

Preterm Plasenta Previa ve Ablasyo Plasenta Vakalarında Sezaryen Endikasyonlarının Tartışılması

Nadi KESKİN

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Kütahya

ÖZET

Amaç: Üçüncü trimester kanamalarının intrapartum fetal ölümlerin önemli bir nedenini oluşturması nedeniyle, bu makalede preterm plasenta previa ve ablasyo plasenta vakalarında, literatür ve klasik kitap bilgilerinin gözden geçirilmesi ve eski bilgilerimizle tartışılması amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Klasik kitap bilgisi ve literatür gözden geçirilmiş ve eski bilgilerimiz ile tartışılmıştır.

Bulgular: Plasenta previa ve ablasyo plasenta üçüncü trimester kanamalarının en sık nedenini oluşturur. Üçüncü trimesterde, % 80 ablasyo plasenta, %10 plasenta previa ve %10 oranında da diğer nedenler sonucu kanama meydana gelir. Masif ablasyo plasenta aynı zamanda intrapartum ölümlerin en sık nedenidir. 37 gebelik haftasının altındaki plasenta previa ve ablasyo plasenta vakalarında masif hemoraji, fetal distres en önemli sezaryen endikasyonlarıdır ve abondan vaginal kanama, annede şok ve DIC gibi hayati tehdit eden bir tablo yoksa, fetal distres yoksa, sadece kanama ve vaginal pıhtı olması sezaryen endikasyonu sayılamaz.

Sonuç: Bu makalede, 37 gebelik haftasının altındaki plasenta previa ve ablasyo plasenta vakalarında masif hemoraji, fetal distres en önemli sezaryen endikasyonları olduğu., abondan vaginal kanama, annede şok ve DIC gibi hayati tehdit eden bir tablo yoksa, fetal distres yoksa, sadece kanama ve vaginal pıhtı olması sezaryen endikasyonu sayılamayacağı vurgulanmıştır..

Anahtar kelimeler: Plasenta previa, ablasyo plasenta, üçüncü trimester kanaması

Discussion on Cesarean delivery indications of preterm placenta previa and ablatio placenta

SUMMARY

Aim: In this article, our aim was to discuss and overview our existing knowledge about preterm placenta previa and ablatio placenta cases because third trimester bleeding is an important cause of intrapartum fetal death.

Material and Method: Data from classical obstetric books and literature was reviewed and missing data and knowledge were discussed.

Results: Placenta previa and ablatio placenta are most common causes of third trimester bleedings. Causes of bleedings in third trimester are 80% ablatio placenta, 10% placenta previa and 10% other causes. Also massive bleeding because of ablatio placenta is the most common cause of intrapartum deaths. In cases with placenta previa and ablatio placenta before 37th week of gestation, massive bleeding and fetal distress are most important indications for cesarean delivery. And unless there is abundant vaginal bleeding or maternal shock or DIC threatening mother's life, or fetal distress, only bleeding or vaginal clot is not an indication of cesarean delivery.

Conclusion: In this article, it was emphasized that in cases with placenta previa and ablatio placenta before 37th gestational week, massive bleeding and fetal distress are most important cesarean indications and unless there is abundant vaginal bleeding or maternal shock or DIC threatening mother's life, or fetal distress, only bleeding or vaginal clot is not an indication of cesarean delivery.

Key words: Placenta previa, ablatio placenta, third trimester bleeding

GİRİŞ

Üçüncü trimester kanamaları gebeliklerin % 4'ünde görülür ve bunların da büyük bir bölümünü plasenta previa ve ablasyo plasenta oluşturur. Gebelerde üçüncü trimester kanamalarının, %80'i ablasyo plasenta, %10'u plasenta previa ve %10'u da vasa previa, servikal ve vaginal neoplazılar ve kondilomlar

gibi nedenlerle oluşur. Tüm gebeliklerde plasenta previanın genel insidansı; %0,5, ablasyo plasentanın ise; % 0,5-%1,8' dir (1-3). Gerek ablasyo plasenta gerekse plasenta previada en sık görülen semptom vaginal kanama olup bu olgulardaki diğer semptomlar tablo 1, tablo 2 de gösterilmiştir.

Tablo 1. Ablasyo plasentada klinik bulgular (6).

1-Vaginal kanama	%78
2-Uterin hassasiyet ve sırt ağrısı	%66
3-Fetal distress	%60
4-Yüksek frekanslı kontraksiyon	%17
5-Hipertonus	%17
6-İdiopatik prematür travay	%17
7-Ölü fetus	%15

Plasenta previa vakalarında kanama çoğu zaman aniden ortaya çıkar ve hasta uykuda ise ortalık kan gölü içerisinde kalabilir. Kesinlikle olmamakla birlikte genellikle, en az beklendiği bir anda tekrarlamak üzere spontan olarak durur. İlk kanamadaki kan kaybı hafiften şiddetliye kadar derecelidir. Büyük uterus sinusları açılmadığı sürece ilk kanama, pıhtılar oluştuğunda durur. Fakat uterusda değişimler oluştuğu süre içerisinde bu kanama tekrarlayabilir. Plasenta previada en karakteristik olay, genellikle ikinci trimesterin sonuna doğru ya da daha sonraya kadar ortaya çıkan, ağrısız kanamadır (4). Plasenta previanın tanısında klasik olarak ağrısız kanama önemlidir ve ultrasonografi yüksek oranda tanısal değer taşır (5). Kesin tanı, acil operasyon yapılabilecek ameliyathane şartlarında uygulanan vaginal muayenede plasentanın palpasyonu ile olur. Kaide olarak fetal distress ve fetal ölüm ancak plasentanın önemli bir bölümü yerinden ayrılmışsa ve anne hemorajik şokta ise meydana gelir.

Ablasyo plasenta gebeliklerin yaklaşık %1'inde görülür. Maternal hipertansif hastalıklar, annenin sigara ve kokain kullanımı, yaş, parite, çoğul gebelik, maternal trombofili ve açıklanamayan alfa fetoprotein yüksekliği olan vakalarda daha yüksek oranda görülmektedir (6,7). İntrapartum ölümlerin en sık nedeni olup, son yıllarda % 15 perinatal mortalite oranına sahiptir (8,7). Hafif derecede ablasyo plasentada ayrışma minimal olduğundan kan kaybı oldukça azdır, fetal ve maternal yaşamsal belirtiler etkilenmez. Orta şiddette ablasyo plasenta, plasentanın 2/3 kadarını etkiler ve hafif bulgular ile başlayabilir. Uterus belirgin biçimde sancılı ve hassastır. Sürekli katı ve kısmi kontraksiyon halinde bulunması başlıca diagnostik bulgusudur. Şiddetli vakalarda plasentanın 2/3'ünden fazlası ayrılmıştır. Başlangıç genellikle anidir ve bıçak saplanır gibi ağrı

Tablo 2. Ablasyo plasenta ve plasenta previanın klinik korelasyonları (7,8).

Değişken	Previa	Ablatio
Uterin ağrı	nadir	sık
Hipertansiyon	<%5	%25-50
Kontraksiyon	<%25	>%75
Anormal duruş	%35	<%5
IUGG	%10-15	>%80

36 haftanın altındaki olgular

mevcuttur. Ağrı dinmeyen bir özelliktedir. Uterus sürekli tahta sertliğinde ve hassastır. Dışa kanama genellikle orta şiddettedir, ya da hiç kanamada olmayabilir. Fetus hemen her zaman ölü doğar ve durum hemen kontrol altına alınmazsa, oligüri, şok ve DIC gelişebilir (4,8,9).

Henüz oluşmuş, yeni ablasyo plasenta vakalarında ultrasonografinin güvenilirliği azdır. Ablasyo plasenta vakalarında DIC, couvelaire uterus, ciddi doğum asfiksisi ve perinatal ölüm sık olarak görülmektedir. Ayrıca ablasyo plasenta ile PIH, DIC, kan transfüzyonu ve couvelaire uterus perinatal sonuçlar için kötü prognostik faktörlerdir. Bu nedenle bu faktörlerin varlığında vaka çok iyi moniterize edilmelidir. Acilen doğum maternal ve fetal yoğun bakım ünitesi olan bir yerde planlanmalıdır (4,9,10).

Hafif şiddetteki ablasyo plasenta vakaları bir süre gözlem sonrası evine dahi gönderilebilir. Orta şiddette ablasyo plasenta vakalarında ise, fetus 37. gebelik haftasının daha altında olduğunda ve fetusun iyi olduğu vakalarda, maternal hipovolemi bulguları yoksa kan kaybı çok azsa girişime karar verebilmek için yeni işaretler beklenmelidir. Ağır ablasyo plasenta vakaları ise acil doğum gerektirir (8).

TARTIŞMA

Otuzyedinci gebelik haftasının altındaki preterm ablasyo plasenta ve plasenta previa vakalarında tedavi anne ve fetusun durumuna bağlı olarak değişir. Çok daha düşük bir hızda meydana gelen kan kaybında tedavi fetusun durumundan büyük ölçüde etkilenecektir. Şayet fetus canlı ve hiç bir fetal distress bulgusu yoksa, persistan bradikardi, kötü deselerasyonlar yada bir sinüzoidal kalp atış paterni delili yok ise ve ciddi hemoraji, hipovolemi, anemiye yol açacak kanama yoksa, çok yakın takip ve ani müdahale imkanları ile birlikte, doğum geciktirilebilir. Fetüsün immatür olduğu durumlarda bunun

yararlı olması ihtimali yüksektir (4). Sholl ve ark. tarafından, 1987 de, 26-37. gebelik haftalarındaki, 72 preterm eylem tedavi edilmiş ve bu çalışmada sezaryen oranı % 50 bulunmuştur. Sezaryenler, ortalama 3 gün içerisinde, fetal distres ve acil hemoraji nedeniyle uygulanmıştır(11). Bond ve arkadaşları, 1989 yılında, gebelik yaşı 35 haftadan daha küçük olan 43 gebe kadından 31'ine tokolitik tedavi uygulamıştır. Bu vakalarda ortalama doğum süresi 12 gün, sezaryen oranı ise %75 olarak bulunmuştur(12). Doğumu etkileyen diğer bir parametrede oligohidramniyos ve erken membran rüptürüdür. Elliot ve arkadaşları, 1998 yılında 20. gebelik haftasında ve 24 gebe üzerinde yaptıkları bir çalışmada, ortalama 28. gebelik haftasında, bu sebeple doğum yaptırmak zorunda kalmışlardır (13).

Ablasyo plasenta şüphesi olan bazı vakalarda ise tokolitik tedavi uygulanabilir. Hurd ve ark. 1983, Sholl ve ark. 1987, Combs ve ark. 1992 ve Towers ve ark. 1999 (5,11,14,15) yıllarında kesin tanı alan ablasyo plasenta ve şüpheli ablasyo plasenta vakalarında tokolitik tedavi uygulamışlardır. Ancak, bu çalışmalarda herhangi bir anda plasentanın ayrılabilmesi ve çok kısa bir sürede fetusu ciddi bir biçimde tehlikeye düşürebileceği bildirilmiştir. Tokolitik tedavinin yegâne kontrendikasyonu ise masif ablasyo plasenta olarak vurgulanmıştır (4). Örneğin, Towers ve ark., preterm ablasyo plasenta tespit ettikleri 131 gebeden, 95 tanesine tokolitik tedavi olarak magnesium sulfat ve terbutaline uygulamışlardır. Bu çalışmada perinatal mortalite oranı %5 olarak tespit edilmiştir (15).

Plasenta previa vakaları, kanın kolaylıkla bulunmadığı ve antibiyotiklerin henüz geliştirilmediği dönemlerde plasentanın tamponlanması ve doğumun induksiyonu ile tedavi edilmişlerdir. Bu dönemde maternal mortalite %10, fetal mortalite ise %50' yi aşmıştır. 1940'lı yıllarda ise, acil sezaryenlerin maternal ölümlerin birçoğunu önlediği görülmüş ve bu yaklaşım benimsenmiştir (8). 1945 yılında Johnson ve Macafee ayrı bildirimler ile, seçilmiş bazı plasenta previa vakalarında, özellikle bebeğin prematüre olduğu ve kanamanın durdurulması için acil doğumun şart olmadığı vakalarda, günümüzde de geçerli olan, bekleyici tedavi biçimini tanıtmışlardır. Bu çalışmacılar plasenta previa vakalarında vaginal ve rektal

muayene yapılmadığında ilk kanamanın nadiren öldürücü olduğunu göstermişlerdir (16). Bekleyici tedavinin amacı; doğum süresini uzatıp, fetusa yaşamansı tanımadır. Cotton, ve ark., Silver ve ark. tarafından yapılmış iki ayrı çalışmada da preterm plasenta previa vakalarında tokolitik tedavi kullanılabileceği bildirilmiştir(17,18). Bu tedaviden önce maternal hemodinaminin önemi vurgulanmıştır.

Son yıllarda ultrasonografik olarak plasenta previa vakalarına yaklaşım tanımlanmıştır: Transvaginal ultrasonografi ile 26. gebelik haftasından sonra internal ostian 20 mm mesafede plasental uç tespit edilmişse, mutlaka düzgün aralar ile ultrasonografik kontrollerle ölçüm tekrarlanmalıdır. Üçüncü trimesterde; herhangi bir zamanda yapılan, ultrasonografide bu mesafe 20 mm üzerinde tespit edilirse, bu değer büyük oranda sezaryen olacağını göstergesidir. Otuzbeşinci gebelik haftasında yapılan ultrasonografi ise, doğumun planlanıldığı ultrasonografi olmalıdır. Üçüncü trimesterde doğuma yaklaşık iki hafta kala yapılan ultrasonografide, plasentanın kenarı internal servikal osa 10 mm'den daha yakın mesafede ise, sezaryen ile doğum gerekir. Plasentanın kenarı, internal servikal ostian 20-35 mm arasındaki bir uzaklıktaysa 'alt segment yerleşimli (low-lying) plasenta' şeklinde ifade edilir ve bu durumda vajinal doğum olasılığı vardır (19).

Plasenta previa vakalarında perinatal mortalite oranları değerlendirildiğinde, gebelik haftası ile değişmekte olup, 27. gebelik haftasından önce; %100'lere ulaşırken, 36. gebelik haftasından sonra; %2.6'dır. Ortalama olarak %4-8 arasındadır. Ancak artmış malformasyon oranı, ayrıca kordon prolapsusu ve kompresyonu, malprezentasyon ve anemi bu oranı etkiler. Ablasyo plasenta da ise perinatal mortalite oranı; %4.4 ile %67.3 arasında değişmektedir. Perinatal ölümlerin %50'sinden fazlası ölü doğumlardır. Canlı doğanlarda ise; 2500 gr altında, %16 perinatal mortalite bildirilmiştir. Perinatal mortalite, 28-37. gebelik haftalarında %77 olarak bulunmuştur. 37-40. gebelik haftalarında ise bu oran; %22.4 olarak bulunmuştur (1-3). Abdella ve ark. 1984 (20) yılındaki bir çalışmada; ablasyo plasenta nedeniyle sorun yaşamış fetusların %25'inde, yaşamlarının ilk bir yılı içerisinde, önemli nörolojik defisitler saptamışlardır.

Maternal mortalite açısından

değerlendirildiğinde ise, tüm dünyada 100.000 canlı doğuma karşılık 430 maternal ölüm görülmektedir. Günümüzde ülkemizde bu oranın 100.000' de 100 civarında olduğu kabul edilmektedir. Ablasyo plasenta ve plasenta previa nedeniyle kanama bu ölümlerin %33.3'ünü oluşturmaktadır (21-23). Bekleyici tedavi; sürekli ve tekrarlayan kanama, ya da doğum eyleminin başlamasına kadar, hastanede vakanın gözleminden ibarettir. Kanama doğumu gerektirecek boyutlarda değilse 37. hafta civarında, fetal akciğer matürasyonu tespit edilerek, sezaryen ile doğum yaptırılır.

SONUÇ

Plasenta previa ve ablasyo plasenta olgularında gebelik yaşı, laboratuvar, kanama miktarı ve fetal değerlendirme tedavi seçeneğini ciddi ölçüde etkiler. Bu nedenle; plasenta previa vakalarında doğum zamanı çok iyi belirlenmelidir (24).

Ciddi kanaması olmayan, Hb 10 gr/dl; Hct %30 üzerinde olan 37. gebelik haftasının altındaki plasenta previa olgularında tedavi konservatiftir. Tedavide tokolitik tedavi denenebilir ya da sadece gözlemlenilebilir. Yine 37. gebelik haftasının altındaki ablasyo plasenta olgularında ise, Hb 10 gr/dl; Hct %30 üzerinde ise, aşırı kanama yoksa, fetal distress yoksa, masif ablasyo yoksa konservatif davranılabilir ve tokolitik tedavi denenebilir (11).

Yazışma Adresi: Nadi KESKİN

Dumlupınar Üniversitesi Tıp Fakültesi,

*Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı,
Tavşanlı Yolu 10. km Merkez Kampus, KÜTAHYA
Telf:+90 533 665 63 23
Fax:+90 275 225 56 34
E-mail: nadikeskin@superonline.com*

KAYNAKLAR

1. Domínguez-Berjón MF, Benach J, García-Arcal MD, Borrell C: Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991; Interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels. Eur J Epidemiol. 15:723-9, 1999.
2. James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B: High Risk Pregnancy Management Options. Second ed., Saunders, London, 1999.
3. Ananth CV, Berkowitz GS, Savitz DA, Lapinski RH: Placental abruption and adverse perinatal outcome. JAMA. 282:1646-51, 1999.

4. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD: Obstetrical hemorrhage. Williams Obstetrics 21st edition. Ed., MacDonald PC. The McGraw-Hill Co., 619-669, 2003.
5. Hurd WW, Miodovnick M, Hertzberg V, et al. Selective management of abruptio placentae: a prospective study. Obstet Gynecol, 1986-67;1986.
6. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM: Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: A meta-analysis of observational studies. Obstet Gynecol, 93:622, 1999.
7. Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. Obstet Gynecol Surv. 57(5):299-305, 2002.
8. Scott JR: Placenta previa and placental abruption. Danforth's, Obstetrics and Gynecology, Seventh edition. Ed. Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN, J.B. Lippincott Co., 489-500, 1994.
9. Lockwood CJ: Üçüncü trimestir kanamaları. Ed.; Queen JT, Hobbins JC; Yüksek riskli gebeliklerde tanı ve tedavi protokolleri. Çeviri ed.: Güner H, 3. baskı. Atlas kitapçılık Tic. Ltd. Şti., Ankara, 567-573,1998.
10. Oyelese Y, Ananth CV: Placental abruption. Obstet Gynecol, 108(4):1005-16, 2006.
11. Shool JS: Abruptio placentae: Clinical management in non-acute cases. Am J Obstet Gynecol, 156:40,1987.
12. Bond AL, Endersheim TG, Curry L, Durizin ML, Hutson JM: Expectant management of abruptio placentae before 35 weeks gestation. Am J Perinatol, 6:121,1989.
13. Elliott JP, Gilphin B, Strong TH Jr, Finberg HJ: Chronic abruption-oligohydramnios sequence. J Reprod Med 43:418, 1998.
14. Combs CA, Nyberg DA, Mack LA, Smith JR, Benedetti TJ: Expectant management after sonographic diagnosis of placental abruption. Am J Perinatol. 9(3):170-4, 1992.
15. Towers CV, Pircon RA, Heppard M: Is tocolysis safe in the management of third - trimester bleeding? Am J Obstet Gynecol, 180: 1572,1999.
16. Macafee CHG: Placenta previa. J Obstet Gynecol Br Emp, 52:313,1945.
17. Cotton DB, Read JA, Paul RH, et al. The conservative aggressive management of

- placenta previa. Am J Obstet Gynecol. 137:687,1980.
18. Silver R, Deep R, Sabbagha RE, et al. Placenta previa: Aggressive expectant management. Am J Obstet Gynecol. 150: 15, 1984.
19. Bhide A, Thilaganathan B: Recent advances in the management of placenta previa. Curr Opin Obstet Gynecol. 16 (6):447-51, 2004.
20. Oppenheimer L: Diagnosis and management placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 29(3):261-6, 2007.
- 21.T.C. Hükümeti - UNICEF İşbirliği Programı. Türkiye' de Anne ve Çocukların Durum Analizi. 1996.
22. Abdella TN, Sibai BM, Hays JM Jr, Anderson GD: Perinatal outcome in abruptio placentae. Obstet Gynecol 63:365,1984.
23. Estimates of Maternal Mortality (Revised 1990): A New Approach by WHO and UNICEF. World Health Organization, Geneva, 1996.
24. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M: Placenta previa: maternal and fetal prognosis covering 128 consecutive cases from the Brazzaville University Hospital Center. Sante. 14(3):177-81, 2004.