

ARAŞTIRMA MAKALESİ

PLASENTA DEKOLMANI VE PERİNATAL SONUÇLAR: SEZARYEN YAPILAN 89 OLGUNUN RETROSPEKTİF ANALİZİ

PLACENTAL ABRUPTION AND PERINATAL OUTCOMES: RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 89 CASES WHO HAD CESAREAN SECTION

Dr. İbrahim Uyar, Dr. İbrahim Gülhan, Dr. Çağdaş Şahin, Dr. Atalay Ekin, Dr. Mehmet Özeren

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Bölümü-İzmir

ÖZET

Plasenta dekolmanı nedeniyle sezaryen yapılan hastaların maternal karakteristikleri ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi

Plasenta dekolmanı tanısıyla sezaryen yapılmış 89 hasta ve elektif sezaryen yapılmış 100 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, yaşı, gravidası, paritesi, doğum haftası ve laboratuvar bulguları saptandı. Plasenta dekolmanı olan hastaların hipertansif hastalıklar, diyabet, oligohidramniyoz, polihidramniyoz ve travma gibi risk faktörleri kayıt edildi. Operasyondaki dekolman büyüklüğü, fetüse ait özellikler, kan ürünleri transfüzyon miktarları ve hastanede kalış süreleri değerlendirildi. Dekolman plasenta ve elektif sezaryen yapılan hastalar sezaryen haftaları, fetal ağırlık, apgar skorları ve hastanede kalış süreleri açısından karşılaştırıldı.

Dekolman ve elektif sezaryen olan hastaların sırasıyla ortalama yaşları 26.9 ± 6.2 ve 28.1 ± 5.2 , gravidaları 2.1 ± 1.2 ve 2.5 ± 1.6 , pariteleri 0.8 ± 1.0 ve 1.0 ± 1.1 'dir. İki grup arasında doğum haftaları, gravida, fetal ağırlık, 1. ve 5. dakika apgar skorları, hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p < 0.05$) Dekolman grubundaki hastalarda 31 (%34.8) ilk semptom vajinal kanamaydı. 32 (%35.9) hastada en az bir risk faktörü saptanırken, 57 (%64.1) hastada herhangi bir risk faktörü yoktu. Preeklampsi en sık bulunan risk faktörüydü. Perinatal mortalite oranı %12.4 idi. 37 haftadan önce doğum oranı ise %53.9'dur. Dekolman büyüklüğü ile 1. ve 5.dakika apgar skorları arasında negatif bir korelasyon saptanmıştır ($p = 0,000$, $r = -0,397$).

Plasenta dekolmanı çoğunlukla risk faktörü bulunmayan hastalarda görülmektedir. En sık karşılaşılan risk faktörü hipertansif hastalıklar, en sık görülen bulgu ise vaginal kanamadır. Tanıda ultrasonun vazgeçilmez bir yeri olmakla birlikte, çalışmamızda hastaların ancak dörtte birinde dekolmana ait ultrasonografik bulgu saptanabilmıştır.

Anahtar Kelimeler: Plasenta dekolmanı, risk faktörleri, perinatal sonuçlar

Yazının alınma tarihi: 23.10.2014, Kabul tarihi: 25.03.2015, Online basım: 01.04.2015

Yazışma adresi:

Dr. İbrahim Uyar
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği
Gaziler cad. No: 468 Yenisehir, İzmir
E-mail: iuyar03@yahoo.com
Tel: 0232 449 49 49

ABSTRACT

Our aim is to evaluate the maternal characteristics and perinatal outcomes of the patients who had Cesarean sections due to placenta abruptio.

The data of 89 patients who had Cesarean sections due to the diagnosis of placenta abruptio and 100 patients who had elective Cesarean sections were retrospectively analyzed. The demographics, age, gravida, parity, delivery week, and the laboratory findings of the patients were established. The risk factors for the patients with placenta abruptio such as hypertensive diseases, oligohydramnios, polyhydramnios, and trauma were recorded. The size of the abruption at the operation, fetal characteristics, amount of blood product transfusion, and the duration of hospitalization were evaluated. The patients who had placental abruption and elective Cesarean sections were compared for the week of the Cesarean section, fetal weight, Apgar scores, and duration of hospitalization.

With regards to the patients who had placental abruption and elective cesarean sections, the mean age was 26.9 ± 6.2 and 28.1 ± 5.2 years, gravida was 2.1 ± 1.2 and 2.5 ± 1.6 , and parity was 0.8 ± 1.0 and 1.0 ± 1.1 , respectively. There was a statistically significant difference in delivery week, gravida, fetal weight, Apgar scores by minutes 1 and 5, and the duration of hospitalization between the two groups ($p < 0.05$). In 31 patients (34.8%) in the abruption group, the first symptom was vaginal bleeding. At least one risk factor was established in 32 patients (35.9%), whereas there were no risk factors in 57 patients (64.1%). Preeclampsia was the most common finding among the risk factors. The perinatal mortality was 12.4%. The rate of delivery prior to week 37 was 53.9%. There was a negative correlation between the size of abruption and the Apgar scores by minutes 1 and 5 ($p=0.000$, $r=0.487$; $p=0.000$, $r=0.397$, respectively).

Placenta abruptio occurs largely in patients with no risk factors. The most common risk factor is hypertensive disease and the most common symptom is vaginal bleeding. Although ultrasonography has an indispensable place in diagnosis, in our study ultrasonographic findings could be determined in only 1/4 of patients.

Key words: Placental abruptio, risk factors, perinatal outcome

GİRİŞ

Plasenta dekolmanı, plasentanın doğumdan önce kısmi veya tam olarak uterustan ayrılması durumudur. Genellikle üçüncü trimesterde kanama ve ağrı ile ortaya çıkan, perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir (1,2,3). Gebeliklerin %1-2'i plasenta dekolmanı ile komplike olmaktadır (4,5). Tanımlanan bir çok risk faktörü arasında multiple gebelikler, ileri maternal yaş, hipertansif hastalıklar, uterin malformasyonlar, koagülopatiler, daha önce dekolman hikayesi, uterin travma, diyabet, polihidramnios, kısa umbilikal kord, eksternal sefalik versiyon ve sigara içilmesi sayılabilir. Plasenta dekolmanı hem anne hem de fetüs için ciddi tehlikeler oluşturur. Maternal açıdan kanamaya bağlı diseminasyon intravasküler koagülasyon ve akut tubuler nekroz, fetal açıdan ise intrauterin fetal ölüm, prematüre doğum ve düşük doğum ağırlığına bağlı komplikasyonlardır.

Biz bu çalışmada plasenta dekolmanı tanısı ile acil sezaryene alınan hastaların maternal karakteristikleri, laboratuvar bulguları ve perinatal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM

Bu çalışma Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde yapıldı. Ocak 2008- Aralık 2013 arasında International Statistical Classification of Diseases (ICD-10) koduna göre plasenta dekolmanı tanısı almış ve acil sezaryen yapılmış 89 hasta ve elektif sezaryen yapılmış 100 hastanın verileri retrospektif olarak toplandı. Hastane etik kurulundan çalışma için gerekli izin alındı. Hastaların maternal karakteristikleri yaşı, gravidası, paritesi, sezaryenle yapılan doğum haftası ve laboratuvar bulguları saptandı. Plasenta dekolmanı olan hastalar için dekolman ile ilgili risk faktörleri hipertansif hastalıklar, diyabet varlığı,

oligohidramnioz, polihidramnioz ve travma durumları kayıt edildi. Hastaların sezaryen öncesi ve sonrası, biyokimyasal testleri ve koagülasyon parametreleri kaydedildi. Ayrıca ultrason bulgularına göre dekolman bulgusu varlığı ve plasental yerleşim yerleri tespit edildi. Operasyondaki dekolman büyüklüğü, fetüse ait özellikler (1. ve 5.dakika apgarı), kan ürünleri transfüzyon miktarları ve hastanede kalış süreleri tespit edildi. Dekolman ve elektif sezaryen olan hastalar sezaryen haftaları, fetal ağırlık ve apgar skorları, hastanede kalış süreleri açısından karşılaştırıldı.

İstatistiksel analizler için SPSS (16.0) paket veri programı kullanıldı. Grupların karşılaştırılmasında student t testi kullanıldı. $P<0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Plasenta dekolmanı tespit edilen toplam 89 hasta ve elektif sezaryen yapılmış 100 hasta değerlendirildi. Dekolman plasenta ve elektif sezaryen olan hastaların sırasıyla ortalama yaşları 26.9 ± 6.2 ve 28.1 ± 5.2 , gravidaları 2.1 ± 1.2 ve 2.5 ± 1.6 , pariteleri 0.8 ± 1.0 ve 1.0 ± 1.1 'dir. Plasenta dekolmanı olan hastaların doğum haftası ve fetal ağırlığı 35.2 ± 3.9 hafta ve 2416.0 ± 916.9 gram iken elektif sezaryen olanların 38.4 ± 1.7 hafta ve 3234.0 ± 531.0 gramdır. Buna göre dekolman olan hastaların doğum haftası ve fetal ağırlıkları daha küçüktür ($p=0.001$). Plasenta dekolmanı olan hastaların ortalama hastanede kalış süreleri 3.2 ± 1.8 gün iken elektif sezaryen olanların 2.2 ± 0.5 gündür. Hastanedeki kalış süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardır ($p=0.001$). Ayrıca dekolman plasenta grubunda bebeklerin 1. ve 5. dakika apgar skorları 4.9 ± 2.5 ve 6.3 ± 2.8 iken, elektif sezaryen grubunda 7.0 ± 1.0 ve 7.8 ± 1.8 'dir. Buna göre dekolman

grubunda apgar skorları daha düşüktür ve istatistik açıdan anlamlıdır ($p=0.001$). Dekolman plasenta grubunda ortalama postoperatif hematokrit 29.5 ± 4.4 , elektif sezaryen grubunda 30.7 ± 3.7 'dir ($p=0.044$) (Tablo 1). Dekolman grubundaki %19.1 hastaya kan ürünleri ihtiyacı olurken, elektif grupta sadece %3 hastaya transfüzyon gerekmiştir.

	Dekolman Placenta (n=89)	Elektif Sezaryen (n=100)	P değeri
Yaş	26.9±6.2	28.1±5.2	0.143
Gravida	2.1±1.2	2.5±1.6	0.040
Parite	0.8±1.0	1.0±1.1	0.213
Doğum haftası	35.2±3.9	38.4±1.7	0.001
Fetal Ağırlık	2416.0±916.9	3234.0±531.0	0.001
Kan ürünü gereksinimi	17 (%19.1)	3 (%3)	
Hastanede kalış süresi	3.2±1.8	2.2±0.5	0.001
Preop Hb	11.4±1.4	11.5±1.3	0.602
Postop Hb	9.9±1.5	10.1±1.3	0.538
Preop HCT	33.8±4.2	34.8±3.4	0.068
Postop HCT	29.5±4.4	30.7±3.7	0.044
Preop PLT	214.7±64.2	224.8±83.3	0.353
Postop PLT	180.3±59.2	193.0±64.6	0.159
Apgar skoru(1.dk)	4.9±2.5	7.0±1.0	0.001
Apgar skoru(5.dk)	6.3±2.8	7.8±1.8	0.001

Tablo1: Dekolman Placenta ve elektif sezaryen olan hastaların demografik, laboratuvar, yenidoğana ait özelliklerin ve hastanede kalış sürelerinin karşılaştırılması

Dekolman plasenta olan hastaların 31(%34.8) ilk semptom vajinal kanamaydı. Hastaların 32 (%35.9)'da en az bir risk faktörü saptanırken, 57 (%64.1) hastada risk faktörü yoktu. Risk faktörlerinin dağılımı sıklık sırasına göre, preek lampsi 17 (%19.1), oligohidramnios 7(%7.9), kronik veya gestasyonel hipertansiyon 5 (%5.6), diyabetes mellitus 5 (%5.6), uterin travma hikayesi 3 (%3.4) ve polihidramnios 2 (%2.2) şeklindedir (Tablo2). Ultrasonda 23 (%25.8) hastada plasenta dekolmanına ait bulgu saptanırken, 66 (%74.2) hastada herhangi bir bulgu yoktu. Doğumların 48'i (%53.9) 37 hafta öncesinde gerçekleşmiştir. İntrauterin fetal kayıp oranı 11/89'du (%12.4). Fetal erkek cinsiyet 51 (%57.3) iken kız cinsiyet 38'di (%42.7). Tam dekolman hali 7 (%7.9) idi. En sık anterior ve lateral yerleşimde tam dekolman hali vardır (Tablo3). Hastalara kan ürünü olarak, ortalama 0,57 ünite eritrosit süspansiyonu, 0,41 ünite taze donmuş plazma ve 0,20 ünite fibrinojen verilmiştir. Hastalar ortalama olarak 3,28 gün hastanede kalmıştır.

Dekolman büyüklüğü ile bebeklerin 1. ve 5.dakika apgar skorları arasında negatif bir korelasyon tespit edildi ($p=0,000$ $r=-0,487$, $p=0,000$ $r=-0,397$). Buna göre dekolman miktarı arttıkça 1. ve 5. dakika apgar skorları düşmektedir.

TARTIŞMA

Plasenta dekolmanı tanısı temel olarak klinik değerlendirme ile konmaktadır. Başta dekolmana bağlı ağırlı tetanik uterin kontraksiyonlar, vajinal

	Var (%)	Yok (%)
Vajinal kanama	31 (34.8)	58 (65.2)
HT	5 (5.6)	84 (94.4)
PE	17 (19.1)	72 (80.9)
DM	5 (5.6)	84 (94.4)
Travma	3 (3.4)	86 (96.6)
Polihidramnios	2 (2.2)	87 (97.8)
USG bulgusu	23 (25.8)	66 (74.2)
Cinsiyet		
Kız	38 (42,7)	
Erkek	51 (57,3)	
Risk faktörü	32 (35.9)	57 (64.1)

Tablo2: Dekolman plasenta olan hastalarda risk faktörleri, ultrason bulgusu varlığı ve cinsiyet özellikleri

Plasenta yerleşim yeri	Fetal kayıp var	Fetal kayıp yok	Tam dekolman
Anterior	7	26	4
Posterior	1	29	0
Lateral	3	22	3
Toplam	11	77	7

Tablo3: Fetal kayıp ve plasenta yerleşim yeri dağılımları

kanama ve sonrasında fetal kalp traselerinde bozulma ortaya çıkmaktadır (6). Ultrasonda her zaman bir bulgu saptanması mümkün olmayabilir. Plasenta dekolmanı olan hastaların yarısından fazlasında ultrasonografik bulgu saptanmayabilir. Glantz ve ark. yaptıkları çalışmada ultrasonun sensitivitesini %24, spesivitesini %96, pozitif ve negatif prediktif değerlerini %88 ve %53 olarak bulmuşlardır (7). Bizim çalışmamızda da ultrasonda dekolmana ait bulgu saptanan hasta oranı %25.8'di.

Obstetrik acillerin başında gelen plasenta dekolmanında, plasentanın erken ayrılması maternal aşırı kanama ile ölüme, dissemine intravasküler koagülopati ve renal yetmezliğe sebep olabilir (8). Bu durum aynı zamanda, fetüsün beslenmesini bozarak anne karnında kaybedilmesine, miadından önce doğmasına ve prematüriteye bağlı olarak mortalitenin artmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda perinatal mortalite oranı %12.4 bulunmuştur. Literatürde perinatal mortalite oranı %9-12 arasında olduğu belirtilmektedir (2,3,9). Hossain ve ark. yaptıkları çalışmada ise %66 bulmuşlardır (10). Perinatal mortalitenin yüksek olmasının önemli bir nedeni de prematür doğumlardır. Fetal ölümlerin yarısından fazlası prematüriteye bağlıdır (11,9). Çalışmamızda 37 haftadan önce doğum oranı %53.9'dur. Benzer şekilde Hossain ve ark. yaptığı çalışmada 37 haftadan önce doğum oranı %51 bulmuşlardır (10).

Plasenta dekolmanı, elektif olan sezaryen ile karşılaştırıldığında kanama miktarları fazla olmakta ve kan ürününü transfüzyonu ihtiyaçları da fazladır. Aynı zamanda bu hastaların hastanede kalış süreleri de daha uzundur.

Plasenta dekolmanında, temel olarak desidua bazalindeki damarların ayrılması olayın başlangıcını oluşturmaktadır (6). Bir çok risk faktörü tanımlanmasına rağmen, pek çok olguda herhangi bir risk faktörü saptanamayabilir. Çalışmamızda da olguların sadece %35,9'da bir risk faktörü bulunmuştur. Bu risk faktörlerinden %19,1 ile en önemli grubu preeklampsi oluşturmuştur. Maternal hipertansif hastalıklar, preeklampsi-eklampsi plasenta dekolmanı için major risk faktörleridir (12,13,14). Normalde gebeliğin son trimesterinde uteroplasental dolaşım fetüsün ihtiyacına paralel olarak artmaktadır. Maternal-fetal dolaşımın oluşmasında spiral arterlerin trofoblastik invazyonu önemlidir. Plasentasyon denilen bu sürecin sonucun da direnci düşük bir dolaşım oluşur. Daha önceden hipertansiyonu olan veya gebelikte ortaya çıkan preeklampsiye bağlı oluşmuş hipertansiyon, hem endotelial hasara neden olup hem de müköler tabakası trofoblastlarla yer değiştirmiş bulunan vasküler yatakta ayrılmaya sebep olabilir. Plasental anomaliler, damarlardaki artmış fragilite ve plasentasyon anomalileri en çok suçlanan nedenlerdir (12,15). Ancak her hipertansif hastalıkta dekolman olmaması, kolaylaştırıcı başka nedenlerin de olduğunu düşündürmektedir. Bu nedenlerden biri de plasentanın uterin kavitede yerleştiği lokalizasyon olabilir. Çalışmamızda %38,2 ile en sık yerleşim yeri olarak uterin anterior duvar bulunmuştur. Ayrıca fetal mortalite dekolman miktarı ile yakından ilgili bulunmuştur. Fetal kayıp tespit edilen olgularımızın %90,9'unda plasenta dekolman miktarı yarımından fazla, %54,5'inde ise tam plasenta dekolman hali mevcuttu. Sezaryende tespit edilen plasenta dekolman büyüklüğü ile fetüslerin 1.dakika ve 5.dakika apgar skorları arasında negatif bir korelasyon tespit edilmiştir. Bu beklenen ve tahmin edilebilen bir sonuçtur.

Muktar ve ark. yaptıkları geniş serili çalışmada plasenta dekolmanı ile fetal cinsiyet arasında ilişki tespit etmişlerdir. Nedeni tam olarak bilinmese de erkek fetüse hamile kalan kadınlarda plasenta dekolmanı daha fazla gözlenmiştir (8). Bizim çalışmamızda da erkek fetüs oranı (%57,3) daha fazla tespit edilmiştir.

Sonuç olarak, çalışmamızda değerlendirilen risk faktörleri açısından hastaların yaklaşık üçte ikisinde, dekolmanı öngörebilecek herhangi bir risk faktörü saptanmamıştır. En sık bulgu vaginal kanama, en sık risk faktörü ise hipertansif hastalıklar olup, dekolman alanı büyüdükçe fetal apgar skorları düşmektedir. Ayrıca elektif sezaryene göre hastanede kalma süreleri daha uzun ve kan ihtiyaçları daha fazladır. Tanıda ultrasonun vazgeçilmez bir yeri olmakla birlikte, çalışmamızda hastaların ancak dörtte birinde dekolmana ait ultrasonografik bulgu saptanabilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1) Hladky K, Yankowitz J, Hansen WF. Placental abruption. *Obstet Gynecol Surv.* 2002; 57(5): 299-305.
- 2) Oyelese Y, Ananth CV. Placental abruption. *Obstet Gynecol.* 2006; 108(4):1005-16.
- 3) Tikkanen M, Nuutila M, Hiilesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006; 85(6):700-5.
- 4) Salihu HM, Bekan B, Aliyu MH, Rouse DJ, Kirby RS, Alexander GR. Perinatal mortality associated with abruptio placenta in singletons and multiples. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(1): 198-203.
- 5) Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hadar A, Gortzak-Uzan L, Katz M, et al. Placental abruption in term pregnancies: clinical significance and obstetric risk factors. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003; 13(1): 45-9.
- 6) Mankita R, Friger M, Pariente G, Sheiner E. Seasonal variation in placental abruption. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25(11): 2252-5.
- 7) Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. *J Ultrasound Med* 2002; 21(8): 837-40.
- 8) Aliyu MH, Salihu HM, Lynch O, Alio AP, Marty PJ. Placental abruption, offspring sex, and birth outcomes in a large cohort of mothers. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2012; 25(3): 248-52.
- 9) Ananth CV, Wilcox AJ. Placental abruption and perinatal mortality in the United States. *Am J Epidemiol* 2001; 153: 332- 7.
- 10) Hossain N, Khan N, Sultana SS, Khan N. Abruptio placenta and adverse pregnancy outcome. *J Pak Med Assoc.* 2010; 60(6): 443-6.
- 11) Nath CA, Ananth CV, DeMarco C, Vintzileos AM, New Jersey-Placental Abruption Study Investigators. Low birthweight in relation to placental abruption and maternal thrombophilia status. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198: 293 e1-5.
- 12) Ananth CV, Savitz DA, Bowes WA Jr, Luther ER. Influence of hypertensive disorders and cigarette smoking on placental abruption and uterine bleeding during pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(5): 572-8.
- 13) Kramer MS, Usher RH, Pollack R, Boyd M, Usher S. Etiologic determinants of abruptio placentae. *Obstet Gynecol* 1997; 89(2): 221-6.
- 14) Misra D, Ananth CV. Risk factor profiles of placental abruption in first and second pregnancies: Heterogeneous etiologies. *J Clin Epidemiol* 1999; 52(5): 453-61.
- 15) Domisse J, Tiltman AJ. Placental bed biopsies in placental abruption. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99(8): 651-4.