

## Plasenta Akreata Nedeniyle Gelişen Geç Postpartum Kanama Tedavisinde Acar Usulü Kompresyon Sütürü ile Başarılı Tedavi; Olgu Sunumu

Successful Treatment With Acar Compression Sutures On Late Postpartum Hemorrhage Due To The Placenta Accreata; Case Report

Fedi ERCAN<sup>1</sup>, Fatma KILIÇ<sup>1</sup>, Hasan Berkan SAYAL<sup>1</sup>, Damlanur ÜSTÜN<sup>2</sup>, Ali ACAR<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., Konya, Türkiye

<sup>2</sup> Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D., Konya, Türkiye

### ÖZ

Plasenta yapışma anomalileri, plasentanın uterin duvar içine doğru anormal şekilde invaze olmasıdır. Plasenta akreata, inkreata ve perkreata olmak üzere 3 grupta incelenir. Burada plasenta akreata nedeniyle postpartum 17. günde başlayan ciddi postpartum kanamanın tedavisinde kullanılan yeni sütür tekniği (Acar usulü kompresyon sütürü) ile tedavi edilen bir olgu sunulmuştur. Hasta 17 gün önce dış merkezde vajinal doğum yapmış ve postpartum 17. günde gelişen abondan vajinal kanama nedeniyle kliniğimize sevk edilmiştir. Ultrason ve litotomi pozisyonunda yapılan jinekolojik muayenesinde kavitede uterus korpus ön duvarda yaklaşık olarak 3x4 cm boyutlarında uterusu dens olarak yapışmış doku palpe edilmiştir. Abondan vajinal kanaması olan hastaya laparotomi ve histerotomi yapılmış, çıkarılan plasental doku sonrası plasental yataktan gözlenen ciddi kanama Acar Usulü Kompresyon Sütürü konularak kontrol edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Geç postpartum kanama, uterin kompresyon sütürü

### ABSTRACT

Placental adhesion disorders are the abnormal invasions of the placenta into the uterin wall. These disorders are examined in three groups; increata, accreata and percreata. These conditions may lead to serious complications. In this case a patient presented with severe postpartum hemorrhage on the 17th day due to p. accreata. These conditions may lead to serious complications. In this case a patient presented with severe postpartum hemorrhage on the 17th day due to p. accreata was treated with a new suture technique (Acar style compression suture). The patient had vaginal delivery in another center 17 days ago and referred to our center because of severe vaginal hemorrhage on 17th day of postpartum. In vaginal examination performed in the lithotomy position the cervix was found approximately 2 cm open, the cavity was examined under sterile conditions and approximately 3x4 cm adhesive tissue was palpated in the anterior wall. Emergency laparotomy decision was made and hysterectomy was performed. After the placental tissue was taken out, serious hemorrhage observed in the placental bed was controlled by placing the Acar style compression suture.

**Keywords:** Late postpartum hemorrhage, uterine compression suture

### Giriş

Plasenta yapışma anomalisi, plasentanın uterin duvar içine doğru anormal şekilde invaze olmasıdır. Bu anomaliler plasenta akreata, inkreata ve perkreata olmak üzere 3 grupta incelenir. Plasenta akreata en hafif ve en sık görülen formu olup, ciddi vajinal kanama ve enfeksiyona neden olabilirken, perkreata bunlara ek olarak batın içi kanama ve komşu organ yaralanmalarına da neden olabilir (1). Anne ölümlerinin yaklaşık %7'lik kısmının plasenta yapışma anomalileri kaynaklı gelişen komplikasyonlar nedeni ile olduğu düşünülmektedir (2). Geleneksel tedavi yöntemi olan peripartum veya postpartum histerektomi ciddi intraoperatif ve postoperatif komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu komplikasyonlardan uzak durabilmek adına arayışlar sonucu konservatif cerrahi yaklaşımlar geliştirilmeye çalışılmıştır. Pelvik kanamanın kontrolü adına çeşitli büyük arter oklüzyon yöntemleri (hipogastrik arter ligasyonu, uterin arter ligasyonu, ovarian arterin uterin anastomozunun ligasyonu, girişimsel radyolojik işlemler ile yapılan embolizasyon yöntemleri) ve uterusu konulan kompresyon sütürleri

tarif edilmiştir (3). Bu vakada Acar usulü kompresyon sütürü ile başarılı bir şekilde tedavi edilen olgu özelinde, plasenta yapışma anomalileri için kullanılan cerrahi tedavi seçenekleri tartışılmıştır.

### Olgu Sunumu

Yirmi altı yaşında gravida 3, parita 3 olan ve tıbbi öyküsü herhangi bir özellik içermeyen hastanın daha önce yaşadığı gebelikleri ile ilgili hikayede vajinal doğum yaptığı ve herhangi bir sorun yaşamadığı öğrenildi. Son doğumunu 17 gün önce dış merkezde vajinal yol ile epizyotomizis 3200 gram sağ ve sağlıklı erkek bebek olarak dünyaya getirmiştir. Hasta postpartum 1. günde taburcu edilmiş ancak postpartum 17. günde vajinal kanaması olması üzerine doğum yaptığı merkeze başvurmuş ve oradan da tarafımıza plasenta retansiyonu ön tanısı ile sevk edilmiştir. Başvuru esnasında masif vajinal kanaması olan ve vital bulguları stabil olmayan (tansiyon arteriyel 80/50 mmHg, radial nabız 118 atım/dakika ritmik-filiform, hemoglobin 6,4 gr/dl) hastanın kanda β-Hcg ölçümü negatifti. Ultrasonografik değerlendirmede intrauterin yaklaşık 42x45 mm

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Fedi Ercan

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji

Ünitesi, Konya, Türkiye

Tel/Phone: 0505 895 53 09

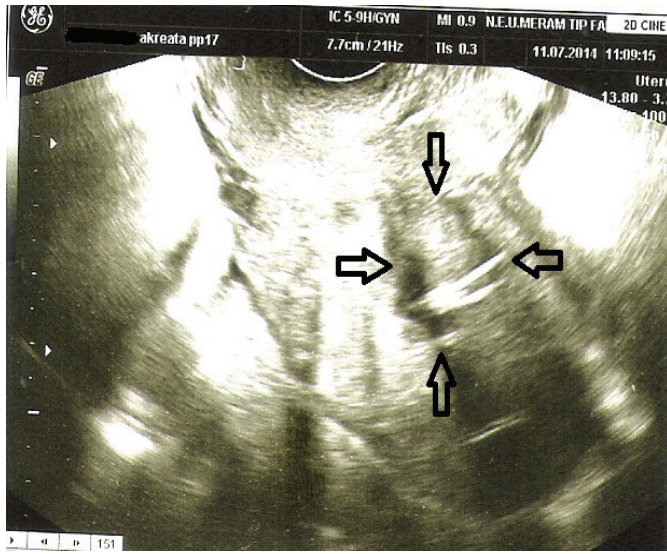
E-mail: fediercan@gmail.com

Geliş Tarihi/ Received: 14/03/2015

Kabul Tarihi/ Accepted: 30/05/2015

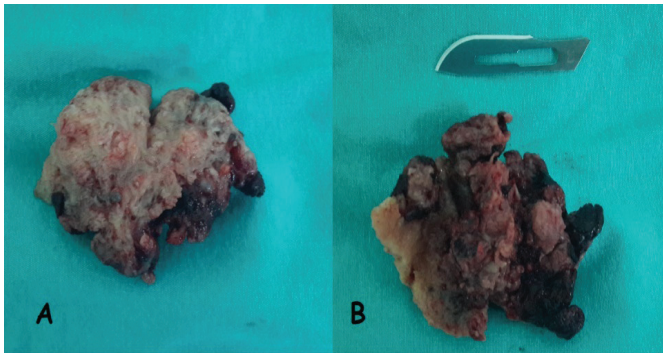
boyutlarında düzensiz kontürlü, Doppler inceleme esnasında vaskülarizasyon gösteren heterojen yumuşak doku kitlesi görülmüştür (Şekil 1). Hasta ameliyathane koşullarında steril şartlarda litotomi pozisyonunda muayeneye alınmış, vajinal muayenede serviks yaklaşık 2 cm kadar dilate ve kaviteden masif kanama olduğu gözlenmiştir. Bimanuel muayenede uterusun kontrakte ancak umblikusa kadar uzanmakta olduğu görülmüş (subinvolyasyon hali izlenmiş) ve serviksten girilerek yapılan dijital muayenede uterus korpus önde uterin duvara dens olarak yapışmış yaklaşık 3x4 cm boyutunda kitle ele gelmiştir. Ele gelen kitle uterus duvarından dekolle edilmeye çalışılmış ancak başarılı olunamamıştır. Histerektomi dahil bilgilendirilmiş onam alınmasını takiben acil laparotomiye geçilmiştir. Litotomi pozisyonundaki hastanın altına toplam vajinal kanama miktarını takip edebilmek için ölçülü steril kanama takip poşeti konulmuştur.

**Şekil 1:** Plasenta akreata alanının transvajinal ultrasonografi görüntüsü



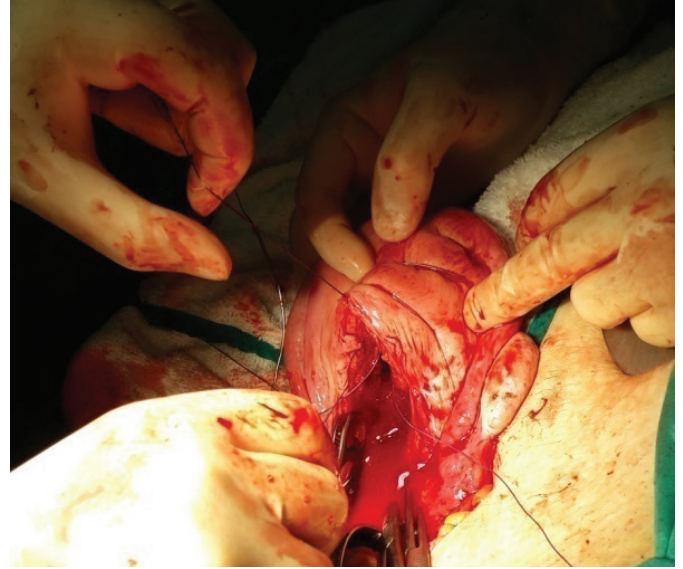
Laparotomi sonrası alt segment histerektomi ile uterin kaviteye girilmiş ve yaklaşık 3x4 cm boyutlarındaki yumuşak doku kitlesi uterin duvara yapışık olduğu yerden manuel olarak ayrılmıştır. Ayrılan doku (Şekil 2) incelenmek üzere patolojiye yolladı.

**Şekil 2:** Çıkarılan plasenta dokusu. Maternal yüzden görünümü (A) ve nekroze alanlar da içeren diğer yüz (B).



Ayrılan plasental doku yatağında yoğun kanama devam ediyordu. Bu bölgeye 2 adet Acar Usulü Kompresyon Sütürü konuldu (Şekil 3). Kavite gözlemlenerek kanamanın kesildiği teyit edildikten sonra histerektomi kapatılarak hasta servise alındı. Ameliyat sırasında cerrahi sahadan 350 cc kan aspire edilirken, vajinal kanamayı takip etmek için konulan ölçülü steril kanama takip poşetinde ise 300 cc olmak üzere toplam 650 cc kanama olmuştur.

**Resim 3:** Kanayan plasenta ayrılma sahasına Acar Usulü Kompresyon Sütürü atılırken



Ameliyat esnasında 2 ünite taze tam kan verilen ve ameliyat sonrası dönemde belirgin vajinal kanaması olmayan hasta postop 3. günde taburcu edildi. Histopatolojik olarak plasenta akreata patolojik inceleme ile teyit edilmiştir.

## Tartışma

Postpartum kanama gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerde maternal morbidite ve mortalitenin hala en önemli sebeplerinden biridir (6). Plasenta yapışma anomalileri postpartum kanama nedenleri arasında artık çok daha sık bir nedendir. Geçirilmiş sezaryen doğum ve plasenta previa en başta gelen risk faktörleridir (4). Subtotal ya da total Histerektomi kanamayı durdurmaya yönelik bir yöntem olmayıp, kanayan organı ortadan kaldırmaya yönelik son çare olarak, annenin hayatını kurtarmak amacıyla yapılan agresif bir cerrahi uygulamadır. Postpartum histerektomi, sıklıkla acil koşullarda yapıldığından, oldukça riskli ve yüksek komplikasyon oranına sahip bir prosedürdür (8). Histerektomiye gidecek hasta sayısını azaltabilmek adına çeşitli cerrahi yöntemler tanımlanmış olup, her birinin kendine göre olumlu ve olumsuz tarafları mevcuttur.

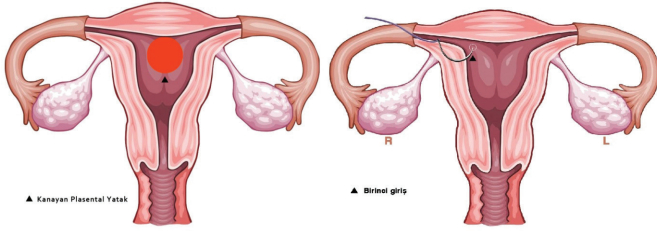
Bu vakada kullanılan teknik 2014 yılında Acar ve arkadaşları tarafından tarif edilen ve literatüre giren "Acar Usulü Kompresyon Sütürü" olup, en yeni konservatif cerrahi seçeneklerden biridir (5). Sütür uygulama basamakları şu şekildedir (Şekil 4-8).

1. Sütürün uygulanması için histerektomi kesisine ihtiyaç vardır. Endometrial kavite plasental artıklardan temizlendikten sonra kanamaya devam eden alan tespit edilir (Resim 4).
2. Kanamanın tespit edildiği alanın sağ üst köşesinden, Acar iğnesi (1 no vicryl, düz 80 mm'lik iğne) ile endometriumdan girilerek tam kat myometrium geçilip, serozadan çıkılır (1.Giriş, 1.Çıkış).
3. Çıkılan yerin ortalama 3-4 cm ilerisinden (kanama alanına göre bu mesafe ayarlanır) yatay olarak serozadan girilip içerde endometriumdan çıkılır (2.Giriş, 2.Çıkış).
4. İğne üçüncü adımda, kanayan alanın sağ alt köşesine yönlendirilir ve endometriumdan ve myometriumdan tam kat geçirilip, serozadan tekrar çıkılır (3.Giriş, 3.Çıkış).
5. Arkada çıkılan yerin 3-4 cm ilerisinden yatay olarak serozadan girilerek

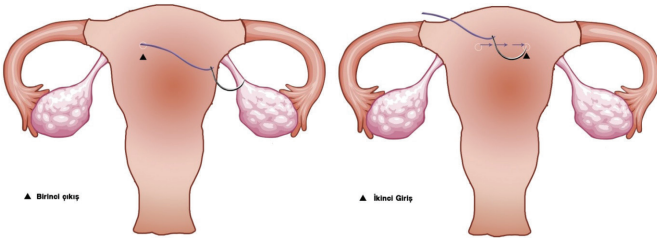
son kez endometriümden çıkarılır (4.Giriş, 4.Çıkış).

6. Endometrial kavitede, birinci giriş sütürü ile 4.çıkış sütürü kaviteye doğru kanayan alanı komprese edecek şekilde düğümlenir.

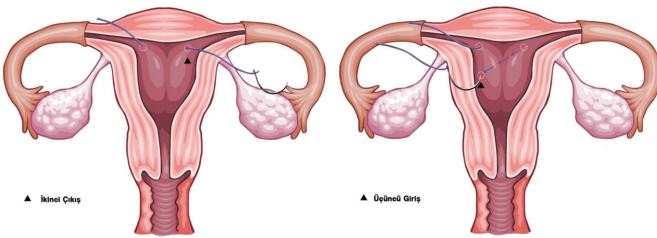
**Şekil 4:** Kanayan alanın tespit edilmesi ve sütürün ilk giriş yeri



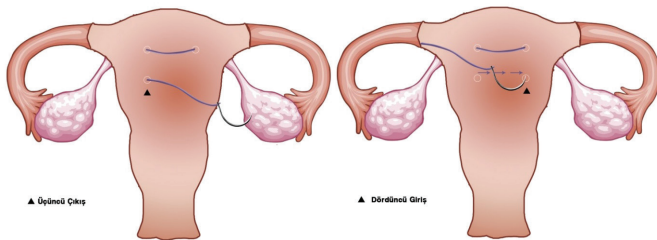
**Şekil 5:** Sütürün ilk çıkış yeri ve 2.giriş yeri



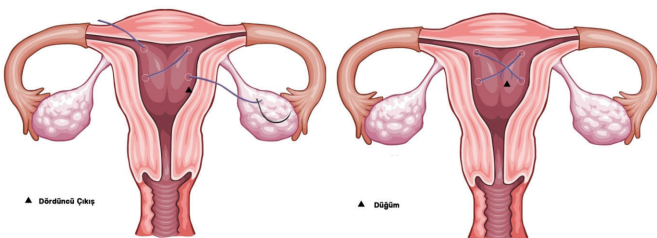
**Şekil 6:** Sütürün 2.çıkış yeri ve 3.giriş yeri



**Şekil 7:** Sütürün 3.çıkış yeri ve 4.giriş yeri



**Şekil 8:** Sütürün 4.çıkış yeri ve bağlanması



1980'lere kadar uterus atoni ve uterus rüptürü, postpartum histerektomide en sık endikasyon iken artmış sezaryen oranları ile birlikte artık plasenta yapışma anomalileri en sık endikasyon haline gelmiştir (7).

Postpartum kanama tedavi seçeneklerinden biri olan "Bilateral Hipogastrik Arter Ligasyonu'nun başarı oranı %50 kadardır (9). Hipogastrik arter ligasyonu için pelvik anatomi çok iyi bilinmeli, ana veya eksternal iliak arter bağlanmamalıdır. Ekstaperitoneal alan açıldığından burada yakın komşulukta seyreden üreterlerin de yaralanma riski vardır. İliak ven hasarı da gelişebilecek bir diğer komplikasyondur. Acar usulü kompresyon sütürü, uygulama için ayrıntılı anatomik bilgi gerektirmez.

Obstetrik kanama için uygulanan girişimsel radyolojik yöntemler vasküler tromboz, parestezi, infeksiyon, postembolizasyon sendromu, iliak arter perforasyonu ve iskemiye bağlı vajina ve mesane nekrozu gibi komplikasyon riskleri taşır (10).

Acar usulü kompresyon sütüründe uterusun iki duvarı birbirine B-Lynch sütürü, Hayman sütürü ve Cho'nun çoklu kare sütüründe olduğu gibi yaklaştırılmadığından uterusun drenaj bozukluğu ve piyometra beklenen komplikasyonlar değildir (11). Tanımlanan bu yeni teknik uterus kompresyon sütürü olmaktan çok plasental alan kompresyon sütürü niteliğindedir.

Acar usulü kompresyon sütürünün postpartum kanamanın diğer nedenleri için de (uterin atoni, plasenta previa, uterus rüptürü) uygulanabileceği gösterilmiştir (5).

Özette Acar Usulü Kompresyon Sütürünün Avantajları;

1. Hayat kurtarıcı, basit ve etkin bir metoddur.
2. Bu yöntemde sezaryende kullanılan malzeme dışında ek malzemeye ihtiyaç yoktur.
3. Cerrah, kanamanın durduğundan işlemden hemen sonra emin olur.
4. Diğer yöntemlere göre daha az invazivdir.
5. Daha kısa sürede uygulanır (Ortalama 7 -10 dakikada kanama kontrol altına alınır).
6. Diğer cerrahi metodlara göre, yapılan kan transfüzyonu daha azdır.
7. Uterusun ön ve arka duvarı sütür atıldıktan sonra birbirleriyle temas etmez (kavite uyumlu sütürasyon) ve uterus kavite açık kalır. B-Lynch, Hayman bası sütürü ve Cho'nun çoklu kare sütüründe olduğu gibi karşılıklı ön ve arka endometrial yüzey birbirine temas edip baskı altında kaldığında karşılaşılan, uterusun drenaj bozukluğu, sineşi, piyometra gibi komplikasyonlar gözlenmez.
8. İşlem her Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından kolaylıkla uygulanabilir.

## Kaynaklar

1. D. A. Miller, J. A. Chollet, and T. M. Goodwin, "Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta," Am J Obstet Gynecol, vol. 177: 1; 210-214, 1997.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Obstetric hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (eds). Williams obstetrics, 23rd edn. New York: McGraw Hill Medical, 2010. pp. 757-803.
3. Committee on Obstetric Practice, "Committee opinion no. 529: placenta accreta," Obstet Gynecol, 2012;120; 1, 207-211,
4. S.Wu, M. Kocherginsky, and J. U. Hibbard, "Abnormal placentation:



- twenty-year analysis," *Am J Obstet Gynecol*, vol. 192, no. 5, pp. 1458–1461, 2005.
5. Acar A, Karataylı R, Sayal B, Elçi A. A new surgical approach for the management of severe postpartum hemorrhage due to uterine atony: preliminary results in 27 cases. Signature of the Author who corrected proofs: January 30, 2014.
  6. Jansen AJ, van Rhenen DJ, Steegers EA, Duvekot JJ. Postpartum hemorrhage and transfusion of blood and blood components. *Obstet Gynecol Surv* 2005; 60: 663-71.
  7. Morlando M, Sarno L, Napolitano R, Capone A, Tessitore G, Maruotti GM, Martinelli P. Placenta accreta: incidence and risk factors in an area with a particularly high rate of cesareansection. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92: 457- 60.
  8. Seago DP, Roberts WE, Johnson VK, Martin RW, Morrison JC, Martin JN. Planned cesarean hysterectomy: A preferred alternative to separate operations. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180: 1385- 93.
  9. Sziller I, Hupuczı P, Papp Z. Hypogastric artery ligation for severe hemorrhage in obstetric patients. *J Perinat Med*. 2007;35:187-92.
  10. Rizvi F, Mackey R, Barrett T, McKenna P, Geary M. Successful reduction of massive postpartum haemorrhage by use of guidelines and staff education. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:495–8.
  11. Acar A, Selimođlu R, Göktepe H, Yılmaz MF. New Surgical Technique for Uterine Atony: Analysis of 7 Cases. *Selçuk Tıp Derg*. 2014;30: 71-73.