

Plasenta Perkretanın Neden Olduğu Yoğun Vajinal Kanama Sonucu Gelişen Maternal Morbidite ve Near Miss Olgusu

A Case of Maternal Morbidity and Near Miss Resulting From Massive Vaginal Bleeding Due to Placenta Percreta

Kadir GÜZİN, Alev ÖZER, İnci HANSU

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

Özet

Dünya sağlık örgütünün tanımlamasına göre gebelik veya postpartum dönemde yaşamı tehdit edecek düzeyde obstetrik komplikasyon gelişen ancak tesadüfen veya sağlık kuruluşlarında sağlanan iyi bakım sayesinde kurtulup yaşayan olgular neredeyse kaybedilecek (near-miss) olarak adlandırılmaktadır. Plasental yapışma anomalileri, uterin rüptür, ablasyo plasenta gibi nedenlere bağlı olarak oluşan obstetrik kanamalar, şiddetli preeklampsi, eklampsi, hipertansif ensefalopati maternal near-miss morbidite nedenleri arasında yer almaktadır. Plasenta perkreta, aşırı kan kaybına neden olarak maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin bir şekilde artıran plasental yapışma anomalisidir. Tedavisinde hemodinamik olarak stabil hastalarda fertilitate koruma amacıyla konservatif yaklaşımlar sınırlı olarak uygulanırsa da tedavi şekli genellikle histerektomidir. Plasenta perkreta olgularında multidisipliner yaklaşımla maternal mortalite azaltılabilir. Masif vajinal kanamaya bağlı hipovolemik şok ve asidoz tablosuyla 3. basamak referans bir hastanenin obstetri kliniğine başvuran, acil sezaryen histerektomi ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu cerrahisi ve yoğun kan ürünleri replasmanı ile ölümden dönen (near-miss) plasenta perkreta olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Plasenta previa, Plasenta perkreta, Sezaryen histerektomi

Abstract

According to the definition of the World Health Organization, cases that develop life-threatening obstetric complications during pregnancy or postpartum period, but survive by chance or thanks to good care provided by health institutions, are called near-miss. Severe preeclampsia, eclampsia, hypertensive encephalopathy, obstetric hemorrhages including placental adhesion anomalies, uterine rupture, ablation placenta are listed among the causes of maternal near-miss morbidity. Placenta percreta is a placental adhesion anomaly that significantly increases maternal morbidity and mortality by causing excessive blood loss. Although conservative approaches are limited for the purpose of preserving fertility in hemodynamically stable patients, treatment is generally hysterectomy. In cases of placenta percreta, maternal mortality can be reduced by multidisciplinary approach. It is aimed to present the case of placenta percreta that returned from death with emergency cesarean hysterectomy and bilateral hypogastric artery ligation surgery and intensive blood product replacement, who admitted obstetrics clinic of a tertiary referral hospital with a picture of hypovolemic shock and acidosis due to massive vaginal bleeding.

Keywords: Placenta previa, Placenta percreta, Cesarean hysterectomy

Yazışma Adresi: Alev ÖZER, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye, Telefon: 05053968540, Mail: dralevozer@gmail.com

ORCID No (Sırasıyla): 0000-0002-0934-0226, 0000-0002-0511-0933, 0000-0001-9894-5261

Geliş Tarihi: 17.06.2020

Kabul Tarihi: 28.08.2020

DOI: 10.17517/ksutfd.753770

GİRİŞ

Plasenta previa, plasentanın internal servikal osu yakın yerleştiği veya internal osu kısmen ya da tamamen kapattığı bir plasenta implantasyon anomalisi olup insidansı %0.3-0.5 olarak bildirilmiştir (1). Plasenta previanın önemli komplikasyonlarından biri de duruma plasenta kreatanın eşlik etmesidir. Özellikle son yıllarda sezaryen seksiyon ile doğum oranlarının artışına bağlı olarak plasenta previae plasenta kreta insidansı artmaktadır (2). Plasenta kreata, desidua bazalisin Nitabuch tabakasının yetersizliği veya yokluğuna bağlı olarak plasentanın uterus duvarına değişen derecelerde invazyonu sonucu oluşan ve önemli obstetrik komplikasyonlara neden olabilen bir plasentasyon anomalisidir (3). Plasental adezyon anormalliklerinin en az görülen alt tipi olan plasenta perkretada plasentanın tüm uterus duvarı ve komşu organlara invazyonu vardır. Son dönemlerde insidansı artmakla birlikte yaklaşık olarak 189/100000'dir (4). Gerek plasenta previa gerekse plasenta previaya eşlik eden perkreta maternal perinatal morbidite ve mortalitesi yüksek olan, hayatı tehdit edecek ölçüde maternal kanamaya ve buna bağlı multiorgan yetmezliğine ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen durumlardır.

Sosyoekonomik düzeyi gelişmiş toplumlarda peripartum acil histerektomi, en sık plasentasyon anomalisi nedeniyle uygulanmaktadır (4,5). Gebelik sürecinde, doğumda ve doğum sonrası 42. güne kadar olan dönemde yaşamı tehdit edecek düzeyde obstetrik komplikasyon gelişen ancak tesa-düfen veya sağlık kuruluşlarında sağlanan iyi bakım sayesinde kurtulup yaşayan hastalar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından neredeyse kaybedilecek (near-miss) hasta olarak tanımlanmıştır (6). Maternal near-miss morbidite nedenleri arasında ektopik gebelik, ablasyo plasenta, uterin ruptür, plasenta kreta gibi nedenlerle oluşan obstetrik kanamalar, şiddetli preeklampsi, eklampsi, hipertansif ensefalopati, akut solunum sıkıntısı sendromu, sepsis gibi nedenler yer almaktadır (7-10). Nearmiss tanısı retrospektif olarak koyulmaktadır ve DSÖ tarafından tanımlanmış kriterler bulunmaktaysa da altın standart tanı kriterleri yoktur. Yoğun bakım ünitesinde takibi gereken, kan transfüzyonu yapılan, acil histerektomi yapılan gebeler, near-miss olarak kabul edilmektedir (6,7).

Bu olguda; aktif vajinal kanamanın neden olduğu hipovolemik şok ve asidoz nedeniyle neredeyse hayatını kaybedecek (near-miss) olan, plasenta perkreta nedeniyle acil peripartum histerektomi yapılan, multidisipliner yaklaşımla başarılı bir şekilde tedavi edilen olgunun literatür taraması eşliğinde sunulması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Eşlik eden kronik bir hastalığı bulunmayan, 33 yaşında, gravida:4, parite:2 abortus:1 olan ve geçirilmiş 2 sezaryen seksiyon öyküsü bulunan hasta, aktif vajinal kanama ve plasenta previa totalis ön tanısıyla Kahramanmaraş Sütçü İmam üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Do-

ğum Kliniği'ne kabul edildi. Son adet tarihini hatırlamayan hastanın yapılan ultrasonografisinde 31 hafta ile uyumlu tek canlı fetüs izlendi. Hastanın öyküsünden gebelik takiplerinde plasenta previa totalis tanısı koyulduğu ancak plasental yapışma anomalisine ait herhangi bir tanı koyulmadığı öğrenildi. Kliniğimizde yapılan ultrasonografik incelemede plasentanın servikal osu tamamen kapatması, plasentada çok sayıda laküner alanlar görülmesi ve uterus-mesane sınırının görünmemesi nedeniyle plasenta previa totalis ve plasental yapışma anomalisi ön tanısı koyuldu. Hastanın hipotansif, takipneik, taşikardik olması, soluk görünümü, masif vajinal kanaması olması nedeniyle hipovolemik şok tanısı koyulup sıvı replasmanı başlanarak ve acil kan transfüzyonu için kan merkezinden istemler yapılarak acil operasyon kararı alındı.

Genel anestezi uygulaması sonrasında göbek altı median ve göbek üstü median insizyonla batına girildi. Eksplo-rasyonda plasentanın uterus alt segment ön duvarda serozaya kadar ilerlediği ve mesaneyi invaze ettiği izlendi. Plasental kesiden kaçınmak amacıyla uterus fundusa klasik vertikal kesi yapıldı. Bir adet canlı 1420 gr ağırlığında bebek 6/8 AP-GAR ile doğurtuldu. İnteroperatif yapılan kan gazı analizinde asidozda olduğu saptanan hastanın kan değerleri şu şekildeydi: pH:7.04 Hb:11.8g/dL Plt:125000, D-dimer 80ng/mL, fibrinojen 49 mg/dL. Bu bulgularla yaygın intravasküler koagülasyon (dissemine intravasküler koagülasyon, DİK) tanısı koyulan hastaya intraoperatif 5 ünite eritrosit süspansiyonu, 3 ünite taze donmuş plazma, 1 ünite afarez, 2 ünite fibrinojen replasmanı yapıldı. Mesane üzerinde plasental invazyonun görülmesi ve plasentanın spontan ayrılmaması nedeniyle plasenta perkreta tanısı koyularak histerektomi kararı alındı. Plasenta yerinde bırakılarak uterus kapatıldı (**Şekil 1**). Plasentanın mesaneye yüzeye invazyonu olan bölgede mesane üzerindeki damarlar hemoklipsle kapatıldıktan sonra mesane uterustan disseke edildi. Takiben total abdominal histerektomi ve bilateral salpenjektomi yapıldı (**Şekil 2**). Mesane kubbesinde saptanan 1 cm'lik hasar onarıldı. Mesane çevresi ve retroperitoneal alanlardan sızıntı tarzında kanamaların suturasyon ve elektrokoagülasyona rağmen devam etmesi üzerine bilateral hipogastrik arter ligasyonu yapıldı. Pelvise bir adet dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Hasta postoperatif dönemde yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Postoperatif dönemde hemogram değerlerinde düşüşün devam etmesi nedeniyle aralıklı olarak 8 ünite eritrosit süspansiyonu, 4 ünite taze donmuş plazma 2 ünite afarez ve 1 ünite fibrinojen verildi. Postoperatif takip boyunca pulmoner tromboemboli profilaksisini sağlamak amacıyla düşük moleküler ağırlıklı heparin uygulaması yapıldı. Olgu, postoperatif 3. günde ekstübe edilerek serviste takibe alındı. DSÖ kriterlerine göre olgumuza neredeyse kaybedilecek hasta (near-miss) tanısı koyuldu. Takiplerinde genel durumu iyi olan olgu, postoperatif 6. günde taburcu edildi. Mesane sondası 10 gün tutulduktan sonra çıkarıldı. Takiplerde herhangi bir üriner komplikasyon gelişmedi.



Şekil 1. Fetus doğurtulduktan sonra plasenta yerinde bırakılarak kapatılmış olan uterusa histerektomi öncesi bakış



Şekil 2. Postpartum histerektomi sonrası uterusun görünümü

TARTIŞMA

Plasenta previa ve perkreta, ciddi maternal ve fetal komplikasyonlara yol açabilen, % 2-7 oranında maternal mortalite ile sonuçlanan bir durumdur (4). Plasenta perkreta ile plasenta previa arasında yakın ilişki bulunmakta olup previa, perkreta için önemli bir risk faktörüdür. Plasental yapışma anormalliklerinin tanısının gebelik takipleri sırasında koyulmuş olması, preoperatif dönemde olası komplikasyonlara hazırlıklı olmak açısından ve bu olguların doğumlarının bu konuda yeterli tecrübe ve donanıma sahip sağlık merkezlerinde gerçekleştirilmesi bakımından hayati öneme sahiptir (4). Ayrıca antenatal dönemde plasental adezyon anormalliklerinin öntanısının koyulması; hastaların peripartum histerektomi, kan transfüzyonu gereksinimi, yoğun bakım ünitesinde takip gereksinimi gibi muhtemel süreçler hakkında bilgilendirilmeleri açısından da çok önemlidir. Özellikle öyküsünde geçirilmiş sezaryen sekiyo, myomektomi, metroplasti gibi nedenlerle uterin skarı olan her gebe plasenta-miyometriyum ilişkisi açısından detaylı olarak incelenmelidir (8). Bizim olgumuzda antenatal dönemde plasenta perkreta ön tanısı koyulmamıştır. Plasenta previa ve plasental invazyon anomalilerinin tanısının konulması için kullanılan yöntemler arasında; trans abdominal ve transvajinal ultrasonografi, renkli doppler sonografi ve magnetik rezonans (MR) görüntüleme yer almaktadır. Ultrasonografik olarak retroplasental myometriyumun normal hipokoik zonunun kaybı, uterus serozası ile mesane arasındaki hiperekojenitenin incelenmesi, plasentada türbülant akım gösteren lakünler ve kesintiye uğraması komşu organlara özellikle de mesaneye invazyonu düşündürülen fokal egzofitik kitlenin varlığı tanıda yardımcı olabilir. Plasentanın posterior duvara yerleşimi gibi abdominal olarak değerlendirilemeyen durumlarda transvajinal ultrasonografi kullanılabilir. Tanıda güçlük yaşanan olgularda invazyonun derecesini ve diğer organlarla olan ilişkisini belirlemek amacıyla magnetik rezonans görüntüleme kullanılabilir (3,4).

Plasenta perkreta yönetiminde; hastanın hemodinamik durumu ve fertilitatesinin korunmak istenmesi gibi durumlar göz önünde bulundurularak metotreksat uygulanması, uterin ve hipogastrik arter ligasyonu, uterin arter embolizasyonu, uterin packing, B-lync sütün konulması gibi konservatif yaklaşımlar mevcutsa da histerektomi plasenta perkreta yönetiminde yıllardır en çok uygulanan geleneksel yöntemdir. Bizim olgumuz aktif vajinal kanamaya bağlı hipovolemik şok tablosunda olduğundan ve plasenta uterusun alt segmentinin tamamını ve mesaneyi yoğun bir şekilde invaze ettiğinden konzervatif tedavi seçeneğinin kullanılması mümkün değildi. Bu nedenle hastada acil peripartum histerektomi kararı aldık.

Acil periparum histerektomilerden sık görülen komplikasyonlar arasında hipovolemik şok ve üriner sistem yaralanmaları yer almaktadır (9-11). Bizim sunduğumuz olgu da hipovolemik şok tablosuyla başvurmuştur. Ayrıca yoğun ka-

namaya bağlı olarak hastanın DİK tablosunda olduğu görülmüştür. DİK'te tedavide en önemli adımlardan bir tanesi alta yatan nedenin düzeltilmesidir (12). Bizim hastamızda hiç zaman kaybetmeden acil histerektomi yapılarak DİK'e neden olan yoğun kanamanın durdurulması ve buna ek olarak kan ve kan ürünleri replasmanın yapılması hayat kurtarıcı olmuştur. Histerektomi sırasında titizlikle mesane uterusun reddedilmiş olmasına rağmen, plasentanın mesane duvarına olan invazyonu nedeniyle olgumuzda mesane kubbesinde 1 cm'lik bir alanda yaralanma olmuştur. Bu yaralanma intraoperatif olarak farkedilip onarılmış ve postoperatif dönemde herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Gebelik döneminde, doğumda ya da postpartum dönemde neredeyse ölmek üzere olan, ancak yaşatılan kadınlar ile ilgili çalışmalar dünyada obstetrik bakımın ve anne sağlığının önemli bir göstergesi olarak kabul edilmeye başlanmıştır. DSÖ tarafından maternal morbidite ve mortalite ilişkili olarak yakın zamanda bildirilen bir derlemeye göre neredeyse kaybedilecek (near-miss) anne prevalansı dünyada %0.4-8 arasında değişmektedir (11). Bizim sunduğumuz olgu, hipovolemik şok ve asidoz tablosuyla başvurması, gerek intraoperatif gerekse postoperatif dönemde yoğun kan transfüzyonu yapılması ve yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi gerektiği için DSÖ kriterlerine göre neredeyse kaybedilecek (near-miss) anne olarak kabul edilmiştir.

Plasenta perkreta için risk faktörü taşıyan gebelerin antenatal dönemde plasenta yapışma anomalileri açısından dikkatli değerlendirilmeleri önemlidir (12). Neredeyse kaybedilecek hasta mortaliteye doğru hızla yol alan hastadır. Bu olgularda erken tanı, yeterli preoperatif hazırlık ve perioperatif dönemde ilgili branşlarla multidisipliner yaklaşımlar, obstetrik bakım hizmeti sunan ekibin yeterli donanım, eğitim ve tecrübeye sahip olması maternal morbidite ve mortalitenin engellenmesinde önemli etkenlerdir.

Çıkar Çatışması ve Finansman Beyanı: Bu çalışmada çıkar çatışması yoktur. Finansman desteği alınmamıştır.

Araştırmacıların Katkı Oranı Beyan Özeti: Yazarlar makaleye eşit katkı sağlamış olduklarını beyan ederler.

KAYNAKLAR

1. Kollmann M, Gaulhofer J, Lang U, Klaritsch P. Placenta praevia: incidence, risk factors and outcome. *Jour of Mater-Fetal Neonat Med.* 2016;29(9):1395-8.
2. Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Trop Med Inter Health.* 2013;18(6):712-24.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):927-41.
4. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management: Green-top Guideline No. 27a. *BJOG* 2019;126(1):e1-e48.
5. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med* 2013;41(2):141-9.
6. Souza JP, Cecatti JG, Haddad SM, Parpinelli MA, Costa ML, Katz L, et al. The WHO maternal near-miss approach and the mater-

- nal severity index model (MSI): tools for assessing the management of severe maternal morbidity. *PloS one* 2012;7(8):e44129.
7. Say L, Souza JP, Pattinson RC. Maternal near miss—towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. *Best Prac Res Clin ObstetGynecol* 2009;23(3):287-96.
 8. Obstetric Care Consensus No. 7: Placenta Accreta Spectrum. *Obstet Gynecol* 2018;132(6):e259-e75.
 9. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide A, Belfort M, Burton G, Collins S, et al. Placenta Praevia and Placenta Accreta: Diagnosis and Management. *BJOG: Inter Jour Obstet Gynecol* 2019;126(1):e1-e48.
 10. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Amer Jour Obstet Gynecol* 2005;192(5):1458-61.
 11. Sahin S, Guzin K, Eroğlu M, Kayabasoglu F, Yaşartekin MS. Emergency peripartum hysterectomy: our 12-year experience. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289(5):953-8.
 12. Wada H, Matsumoto T, Yamashita Y. Diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation (DIC) according to four DIC guidelines. *J Intens Care*. 2014;2(1):15.