

COVID 19 PANDEMİSİNDE PLASENTA İNVAZYON ANOMALİSİ OLAN GEBEYE UTERUS KORUYUCU YAKLAŞIM

UTERUS PROTECTING APPROACH TO THE PREGNANCY WITH PLACENTAL INVASION ANOMALY IN COVID 19 PANDEMICS

Ceyda KARADAĞ, Özer BİRGE, Mehmet Sait BAKIR, Ünzile KORKMAZ, Tayup ŞİMŞEK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı,
Jinekolojik Onkoloji Kliniği

ÖZET

Plasenta akreata spektrum bozukluğu (PAS) içinde yer alan plasenta akreata, inkreata ve perkreata insidansı, dünya çapında artan sezaryenle doğum oranlarına bağlı olarak artmaktadır. Primigravid gebelerde PAS insidansı %0.01 iken, uterus cerrahisi ve çok sayıda küretaj geçiren olgularda bu insidans belirgin olarak daha yüksektir. Bu invazyon anomalileri yaşamı tehdit eden kanama ve buna bağlı masif kan tansfüzyonu nedeniyle annede morbidite ve mortaliteye neden olmakta ve acil histerektomi nedeniyle doğurganlık kaybına sebep olmaktadır. Covid 19 pandemisi ile mücadele edilen bu günlerde, PAS tanısı konulan olgulara konservatif yaklaşım oldukça büyük önem arz etmektedir. Bu olgu sunumunda, Covid 19 pandemisi döneminde konservatif cerrahi yöntemin tercih edildiği bir plasenta inkreata hastası tanımlanmıştır.

ANAHTAR KELİMELER: Covid 19, Plasenta invazyon anomalileri, Konservatif yaklaşım.

ABSTRACT

The incidence of placenta accreta, increta, and percreta, collectively called placenta accreta spectrum (PAS) disorders has been rising in the world due to the rise in the incidence of cesarean delivery. While the incidence of PAS disorders is 0.01% in primigravid pregnant women, its incidence increases significantly in women who have undergone numerous uterine surgeries and curettages. These invasion anomalies lead to maternal morbidity and mortality due to life threatening hemorrhage and related massive blood transfusion and cause fertility loss due to emergency hysterectomies. Conservative approach to these cases is extremely important in these days of struggle with the COVID 19 pandemic. This case report aims to describe the conservative surgical management of a placenta increta case during the Covid 19 pandemic.

KEYWORDS: Covid-19, Operative surgical procedures, Placenta Accreta.

Geliş Tarihi / Received: 17.11.2020

Kabul Tarihi / Accepted: 26.05.2021

Yazışma Adresi / Correspondence: Uzm. Dr. Özer BİRGE

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Jinekolojik Onkoloji Kliniği

E-mail: ozbirge@gmail.com

Orcid No (Sırasıyla): 0000-0002-9557-0932, 0000-0002-1939-3743, 0000-0002-9773-4339,
0000-0002-8596-5842, 0000-0003-1088-3970

GİRİŞ

Plasenta akreata spektrum bozukluğu (PAS) içinde yer alan plasenta akreata, inkreata ve perkreata insidansı, dünya çapında artan sezaryenle doğum oranlarına koşut olarak artmaktadır (1,2). Dolayısıyla, her geçen gün, plasenta invazyon anomalilerinin getirdiği komplikasyonlarla karşılaşma olasılığı bulunmaktadır. Bu olgulara olabildiğince konservatif yaklaşmak, postoperatif komplikasyon riskini azaltacağı ve hastanede yatış süresini kısaltacağı için COVID 19 pandemisi ile mücadele verilen bu günlerde son derece önem arz etmektedir. Bu olgu sunumunda, Covid 19 pandemisi döneminde konservatif cerrahi yöntemin tercih edildiği bir plasenta inkreata hastası tanımlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Kırk iki yaşında, gravida 2, parite 1, 39 haftalık gebeliği olan kadın hasta, su gelişi şikayeti ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvurdu. Hastanın öyküsünden daha önce bir kez fetal distress nedeniyle sezaryenle canlı doğum yaptığı, halen yaşamakta olduğu ve şu anki gebeliğinin takipsiz olduğu öğrenildi. Hastaya yapılan spekulum muayenesinde amnion sıvısı gelişi saptanmadı. Bunun üzerine yapılan vajinal muayenede servikal dilatasyon belirlenmedi. Hastanın ultrasonografi muayenesinde ise biyometriye göre 39 hafta ile uyumlu olan (biparietal çap, 39 hafta; abdominal çevre, 31 hafta 5 gün ve femur uzunluğu, 39 hafta 2 gün ile uyumlu) tek canlı fetus gözlemlendi. Ayrıca, fetusta, yaklaşık 76*64 mm boyutlarında ve içerisinde karaciğer dokusu bulunan omfalosel kesesi saptanmıştı. Bundan başka, plasentanın uterus arka duvarına yerleşmiş olduğu görüldü. Kardiyotokografide fetal kalp atımları normal aralıkta izlenmişti, ancak düzenli aralıklarla uterus kontraksiyonları mevcuttu. Çalışma merkezlerindeki perinatoloji uzmanları tarafından da değerlendirilen olguya, uterus kontraksiyonları dolayısıyla sezaryenle doğum kararı verildi ve bunun üzerine çocuk cerrahisi uzmanları fetusun durumundan haberdar edildi. Hasta ve eşi, olası cerrahi komplikasyonlar ve morbiditeler ile ilgili olarak bilgilendirildi ve bu bilgilendirme ile ilişkili yazılı onam alındı. Sezaryen sırasında Kerr insizyonla, 3200 gram tek canlı fetüs omfalosel kesesi ile doğurtul-

duktan sonra plasenta çıkarılırken uterin sağ alt segmente invaze olduğu tespit edildi ve jinekolojik onkoloji ekibi de sezaryene davet edildi. Hastanın kanaması olması üzerine uterotonik ajanlar uygulandı. Uterus duvarına yapışık plasenta dokuları dikkatlice çıkartıldıktan sonra plasenta yatağı no:1 Vicryl®(Polyglactin 910) ile sütüre edildi. Ardından, uterus kavitesine Bakri® balon yerleştirildi ve 500 cc ılık serum fizyolojik ile şişirildi; iki ünite eritrosit süspansiyonu transfüzyonu yapıldı. Aktif uterin kanama izlenmesi üzerine önce uterin insizyon onarıldı, ardından batına bir adet dren konularak batın katları kapatıldı. Postoperatif takiplerinde vital bulguları normal seyreden ve hemoglobin düşüşü saptanmayan olgunun Bakri® balonu postpartum 24. saatte, batına konulan dreni ise postpartum 36. Saatte çıkarıldı. Postoperatif 4. günde ise hasta şifa ile taburcu edildi. Hastadan preoperatif covid PCR testi alınmıştır; ancak acil sezaryen kararı nedeniyle test sonucunun negatif olduğu operasyon sonrası öğrenilmiştir.

TARTIŞMA

Plasenta invazyon anomalilerinin insidansı artan sezaryen oranlarının artması ile doğru orantılı olarak artmakta olup Amerika Birleşik Devletleri'nde 1/200-400 doğum oranında ve Birleşik Krallık'ta 1/800 doğum oranında görülür (3). Geçirilmiş sezaryen öyküsü olmayan primigravid gebelerde PAS insidansı %0.01 olarak bildirilmiştir. PAS için risk faktörleri; geçirilmiş uterus cerrahisi, geçirilmiş küretaj, multiparite ve plasentanın elle çıkarılması olarak sıralanabilir. Bununla birlikte; hayatı tehdit eden kanama ve masif kan transfüzyonu nedeniyle maternal morbidite ve hatta mortaliteye, ayrıca yapılan acil histerektomiler nedeniyle fertilitite kaybına da sebep olmaktadır (4). İnvazyon anomalilerinin antenatal tanısının takiplerde önceden konulması, preoperatif hazırlıkların tamamlanması ve multidisipliner cerrahi yaklaşım uygulanabilirliği açısından son derece önemlidir. Önceden tanı almış bir olgu, acil karşılaşılan bir olguya göre daha az kan kaybına, daha az kan transfüzyonuna ve dolayısıyla daha az morbiditeye maruz kalmaktadır (5). Plasenta akreata spektrumu için dört tip konservatif tedavi tanımlanmıştır: ektirpatif tedavi, ekspektan yaklaşım veya plasentayı yerinde bırakma, plasenta ile birlikte

kısmi uterin rezeksiyon, üçlü-P prosedürü olup; bu prosedürlerin her biri için, retrospektif vaka serilerinden elde edilen verilerin kanıt düzeyleri düşüktür (6). Sunulan olgudaki plasenta invazyon anomalisi, sezaryen öncesi tanı almamıştı. Hastanın ilk başvurusu sonrası geçirilmiş sezaryen öyküsünün olması ve kontraksiyonların varlığı nedeniyle sezaryen kararı verilmiş olup plasenta invazyon anomalisi intraoperatif tanı almıştı. Buna rağmen, çalışma merkezindeki perinatoloji ve jinekolojik onkolojisi uzmanlarının multidisipliner yaklaşımı sayesinde hastaya histerektomi uygulanmadı; uterus duvarına yapışık plasenta dokuları elle çıkarıldı ve çıkarılan dokuların bulunduğu uterus duvarı sütüre edilerek desteklendi. Balon uygulaması da plasantanın çıkarıldığı uterus duvarına baskı oluşturarak postoperatif dönemdeki olası kanama riskini en aza indirdi. Uygulanabilir olduğunda, konservatif cerrahi yaklaşım, hem morbiditeyi hem peripartum histerektomi ile ilişkili komplikasyonları (kan kaybı, kan transfüzyonu, mesane ve üreter yaralanması) azaltmaktadır (7). Uterusun korunması; kısa dönemde kan kaybı, kan transfüzyonu, enfeksiyon riski, pelvik organ yaralanması ve dissemine intravasküler koagülopati gibi komplikasyonların yanı sıra maternal mortaliteyi de azaltmaktadır. Bununla birlikte; uzun dönemde fertilitite kaybına bağlı yaşanabilen psikolojik sorunların da oluşmasını engellemektedir (8, 9). Bu olguda, radikal cerrahi yaklaşımın yoğun bakım gereksinimi oluşmasına ve hastanın Corona virüs ile enfekte olma riskinin artmasına sebep olabileceği düşünüldüğü için koruyucu cerrahi yaklaşım tercih edilmiştir. Ayrıca, Covid 19 pandemisi ile mücadele edilen bu dönemde, sağlık çalışanlarının yarı zamanlı çalışması sebebiyle gereken yoğun bakım konusunda yaşanabilecek aksaklıklar da göz önünde bulundurularak koruyucu tedavi yaklaşımı benimsenmiştir. Sonuç olarak; Covid 19, gebelik sırasında karşılaşılabilecek diğer enfeksiyon ajanlarından farklı bir klinik tabloya sebep olmasa da, bağışıklık ve kardiyopulmoner sistemlerindeki fizyolojik değişiklikler nedeniyle hamile kadınların viral solunum yolu enfeksiyonu kapma ve şiddetli pnömoni geliştirme riskinin arttığı bilinmektedir (10) ve oluşabilecek bulaş riskini azaltmak ve en az girişimsel işlemlerle tedaviyi tamamlamak açısından koruyucu yaklaşım en doğru seçenek gibi görünmektedir.

TEŞEKKÜR

Olgunun cerrahi tedavisinde ekip çalışmasının ne kadar önemli olduğunu gösteren ve emeği geçen Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi ameliyathane personeline teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. Fox KA, Shamshirsaz AA, Carusi D, et al. Conservative management of morbidly adherent placenta: expert review. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 213(6): 755-60.
2. Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, et al. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011;24(11):1341-6.
3. Kean L. Antepartum Haemorrhage. In: Luesley DM, Kilby MD, Eds. *Obstetrics & Gynaecology: An Evidence Based text for the MRCOG.* 3rd ed. Boca Raton: Taylor and Francis, 2016;(3): 345-59.
4. Sheikh SM, Khair H. Conservative management of placenta accrete. *Isra Med J.* 2012;4:35-8.
5. Tikkanen M, Paavonen J, Loukovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2011; 90(10):1140-6.
6. Sentilhes L, Kayem G, Silver R.M. Conservative Management of Placenta Accreta Spectrum. *Clin Obstet Gynecol.* 2018;61(4):783-94.
7. Silver RM, Kayem G, Sentilhes L. *Placenta Accreta syndrome.* Boca Raton: Taylor and Francis 2017.
8. Hunt JC. Conservative management of placenta accreta in a multiparous woman. *J Pregnancy.* 2010;(9):329618.
9. Wong SF, Chow KM, Leung TN, et al. Pregnancy and perinatal outcomes of women with severe acute respiratory syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(1): 292-7.
10. Juan J, Gil M.M, Rong Z, et al. Effect of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on maternal, perinatal and neonatal outcome: systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;56(1):15-27.