

UTERİN RÜPTÜR, PLASENTA PREVİA ve AKREATA BİRLİKTELİĞİ İLE GELEN GEBEDE BAŞARILI BAKRİ BALON KATETER UYGULAMASI

**The Success Of Application Of Bakri Balloon In A Pregnant Case, Came With Uterine Rupture,
Placenta Previa And Accreta**

Betul Usluogullari¹, Deniz Hizli²

¹Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Gaziantep

²Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Ankara

ÖZ

Üçüncü trimester kanamaları hemorajik obstetrik aciller içerisinde yer alıp, gebeliklerin % 2-5'ünde görülmektedir. Bu aciller içerisinde plasenta previa %30'unu oluştururken, uterin rüptür daha az sıklıkta görülmektedir. Plasenta akreata tanısı sıklıkla sezaryen operasyonu sırasında koyulmaktadır ve sonuç olarak birçok vakada uygulanacak nihai tedavi halen peripartum histerektomidir. Olgu sunumuzda genel durum bozukluğu, solunum sıkıntısı ve karın ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvuran 34 haftalık gebede plasenta previa, plasenta akreata ve uterin rüptür birlikteliği mevcuttu. Uterin kanama nedeniyle uygulanan Bakri balon kateterinin başarısı sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Bakri balon, uterin rüptür, plasenta previa, plasenta akreata

ABSTRACT

The third trimester bleeding takes part in hemorrhagic obstetric emergencies and it's seen in 2-5 % of all pregnancies. While Placenta previa makes up 30 % of these emergencies, uterine rupture is seen less frequently. Placenta accreta is often diagnosed during caesarean operations and as a result, peripartum hysterectomy is still the final treatment to be implemented in many cases. In this case report, poor general condition, respiratory distress and abdominal pain with the complaint of 34 weeks of pregnancy is admitted to our clinic, uterine rupture, placenta previa and accreta associated available. Bakri balloon catheter applied succesfully due to uterine bleeding is presented.

Key words: Bakri balloon, uterine rupture, placenta previa, placenta accreta

Gönderme tarihi / Received: 20.05.2015

Kabul tarihi / Accepted: 16.08.2015

İletişim: Betül Usluogullari, Cengiz Gökçek Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, 27010 Gaziantep,

E-posta: drbetuls@hotmail.com

GİRİŞ

Üçüncü trimester kanamaları hemorajik obstetrik aciller içerisinde yer alıp, gebeliklerin % 2-5'ünde görülmektedir. Bu kanamaların %30'unu plasenta previa, %20'sini plasenta dekolmanı oluşturmaktadır, ancak uterin rüptür daha az sıklıkta görülmektedir. Plasenta previa; plasentanın internal servikal osu kısmen ya da tamamen kapatması olarak tanımlanır. Obstetrik kanamaların önemli bir nedeni olup

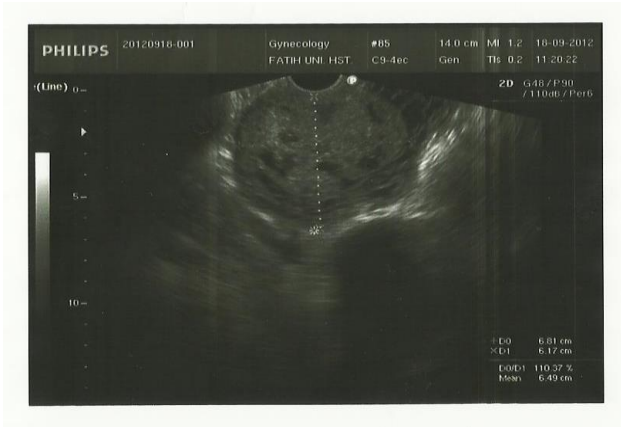
yaklaşık yılda 1000 doğumda %4.8 oranında görülmektedir. Daha önce sezaryen ile doğum yapmış olmak, spontan yada indüklenmiş düşük, previa riskini artıran faktörler arasındadır. Plasenta akreata sıklıkla ileri anne yaşı ve plasenta previa ile birlikte görülür(1). Uterus rüptürlerinin büyük çoğunluğu sezaryene sekonder gelişen skara bağlı rüptür şeklinde karşımıza çıkmaktadır (2).

Uterin ruptür, previa ve akreata birlikteliğinin insidansı literatürde bildirilmemiştir. Bu yazıda, genel durum bozukluğu nedeniyle kliniğimize başvuran 3. trimesterdeki gebe olguda plasenta previa, uterin rüptür ve plasenta akreata birlikteliği ve bakri balon kateter uygulamasının başarısı sunulmuştur.

OLGU

Otuz dört gebelik haftasındaki 33 yaşında gebe (G5P2A2) genel durum bozukluğu, solunum sıkıntısı ve karın ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Daha önce bir normal, bir sezaryen ile doğum yapmış olan hastanın yapılan muayenesinde, nabız filiform 120/dk, arterial kan basıncı 90/60 mmHg, solunum sayısı artmış, cilt soluk, genel durumu orta idi. Hastanın hikâyesinde hastaneye gelişinden on saat önce ani başlayan karın ağrısı şikâyeti mevcut idi. Yapılan obstetrik ultrasonografik inceleme sonucunda, 33 hafta beş gün ile uyumlu kalp atımları alınamayan fetus tesbit edildi. Plasenta serviksi tam olarak kapatmış görünümdeydi. Batın içinde yaygın mayi izlenen hastaya acil laparotomi kararı verildi. Preoperatif gönderilen hemoglobin düzeyi 7 gr/dl olan hastada, laparotomi sırasında peritoneal kavite içinde bol miktarda pıhtılaşmış kan ve uterus alt segmentte 3-4cm'lik rüptür alanı gözlemlendi. Rüptür bölgesinden başlayan alt uterin segment insizyonu yapılarak ex fetüs baş gelişle doğurtuldu. Plasenta akreata olması nedeniyle plasenta elle zor ayrılabilirdi. İnternal servikal os çevresinde kalan plasenta ayrıştırılmaya çalışılırken aktif kanama olması üzerine ayrıştırılmaya son verilip batın kompresleri ile kanama tamponize edildi. Uterin tonus normal idi ve rutinde uygulanan fetusun doğumu

sonrası 10 Ünite oksitosin yavaş infüzyon şeklinde uygulanmaya başlandı. Ancak tamponize edilen plasenta akreata bölgesinden kanamanın durmaması üzerine uterin kaviteye transabdominal yolla bakri balon uygulanmaya çalışıldı. Başarısız olunması üzerine uterin insizyon ve rüptür bölgesi hızla onarılarak, Bakri balon transvajinal yolla uterin kavite alt segmente yerleştirildi. Balon şişirmeye başlanıldığında uterus ve insizyon hattı gözlemlendi. Balon 280 cc serum fizyolojik ile şişirildiğinde kanamanın durduğu gözlemlendi. Balon şişirildikten sonra onarılan uterin insizyon bölgesi intakt olarak gözlemlendikten sonra batın anatomik planda kapatıldı. Postoperatif dönemde hastaya yapılan ultrasonografide uterus içinde bakri balon ve internal servikal os seviyesinde 70x80 cm boyutlarında plasenta izlendi. Bakri balon postoperatif 24. saatte kademeli olarak indirilerek çıkarıldı. Takiplerinde vajinal kanama izlenmeyen hastaya toplam 6 ünite eritrosit süspansiyonu ve 3 ünite taze donmuş plazma transfüzyonu yapıldı ve postoperatif 7. günde şifa ile taburcu edildi. Haftalık takiplerinde Bhcg düzeyi postoperatif 1. ayda 100iu/l düzeylerine, rest plasenta boyutu 61x58 mm boyutuna ulaşan hastanın ara ara olan vajinal kanamasının artması üzerine hastaya dilatasyon küretaj kararı verildi (Resim 1).



Resim 1. Dilatasyon küretaj ile kalan plasental doku tamamen temizlendi ve materyal patolojiye gönderildi. Patoloji sonucu rest plasenta şeklinde gelen hasta düzenli aralıklarla kontrole çağrıldı. Düzenli menstruasyon gören ve ek şikâyeti olmayan hastanın takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA

İlk olarak 1992 yılında, Bakri balon uygulaması plasenta previa, alt segment yerleşimli plasenta, plasenta akreata gibi plasenta anomalilerinde önerilmiştir (3). Özellikle bu yöntemin plasenta previa-akreata nedeniyle uterin alt segment kanamalarındaki başarısı, vaka sunumlarında vurgulanmaya başlandı. Ancak bu başarı sadece plasenta previa da değil, genital yol laserasyonları, atoni, plasental rest ve uterin rüptürdede sağlandı (4). Plasenta previa; akreata, inkreata ve perkreata gibi plasentasyon anomalileri ile komplike olduğunda maternal ve perinatal morbidite ve mortalite riski artmaktadır. Cerrahi doğum sayısının artışına bağlı olarak plasenta previae akreata insidansı her geçen gün artmaktadır(5). Sıklıkla plasenta akreata tanısı sezaryen operasyonu sırasında koyulmaktadır ve sonuç olarak birçok vakada uygulanacak nihayi tedavi halen peripartum histerektomidir. Ancak sezaryen sırasında plasenta yerinde bırakılarak

haftalık b-hcg ve ultrason ile plasental yatağın kanlanması izlenerek plasental dejenerasyon takibi yapılabilir (6). Plasenta yerinde bırakıldığında metotreksat ile tedavi plasental dejenerasyonu hızlandırılabilir (6). Bizim vakamızda da uterus korunmak istenmiş ve hastaya postoperatif seri b-hcg ve ultrasonografi takipleri ile plasental dejenerasyon takibi yapılmıştır. Ancak konservatif yaklaşımlarda görülebilen enfeksiyon ve kanama komplikasyonlarından kanamanın, bizim vakamızda görülmesi üzerine dilatasyon-küretaj ihtiyacı olmuştur.

Peripartum histerektominin en sık üç nedeni; uterin rüptür, anormal plasentasyon ve uterin atonidir. Pospartum kanama tedavisinde farmakolojik tedavi yetersiz kaldığında, histerektomi öncesi bakri balon kateter uygulamaları önerilen konservatif yaklaşımlardan biridir. Sonrasında sezaryen sonrası kanama kontrolünün de ve serviks yerleşimli ektopik gebeliklerde de başarı ile uygulanabileceği gösterilmiştir(7). Ayrıca rekürrens uterin inversiyon gelişen bir olguda da bakri balon kateteri başarıyla uygulanmıştır(8). Literatürde uterin rüptür sonrası Bakri balon uygulanması ile ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte bir olgu sunumunda şüpheli uterin rüptür sonrası balon tamponat uygulamalarından kaçınılması önerilmiştir(9). Ancak miyomektomi sonrası 19 gebelik haftasında uterin rüptür ve atoni gelişen başka bir olguda bakri balon uygulaması ile histerektomiden kaçınılmıştır(10). Bizim vakamızda uterin rüptür gelişmiş ve laparotomi sırasında kontrollü bir şekilde bakri balon uygulanarak benzer şekilde histerektomiden kaçınılmıştır. Yayınlanan olgu serilerinde bakri balon uygulamasının, pospartum hemoroji yönetiminde başarı oranlarını %86-87 olarak

bildirilmiştir (11). Son zamanda yapılan bir çalışmada, daha önce sezaryen öyküsü olan plasenta previa hastalarında, anterior plasentasyonda, trombositopeni varlığında, balon uygulaması sırasında dissemine intravasküler koagülasyonun varlığında ve kateter uygulandıktan bir saat sonra gelen drenaj volümünün 500 cc'yi geçmesi durumunda yöntem başarısızlık oranlarının arttığından bahsedilmiştir (12).

Uterus rüptürü ortaya çıktığında, olay süresince kanama nedeniyle annenin durumu progresif olarak kötüleşir ve kollapsa kadar gidebilir. Böyle bir duruma plasenta previa ve plasenta akreatanın eklenmesi mortaliteyi oldukça artırabilir. Ancak uygun acil müdahale ve uterusu bakri balon uygulaması ile maternal mortalite riski ortadan kaldırılabilir, hatta histerektomiden kaçınılarak fertilitate korunabilir. Bakri balonkateter uygulama tekniğinin kolaylığı ve daha az invaziv olması gözönüne alındığında, postpartum kanamaların cerrahi tedavisinde özellikle fertilitate isteği olan hasta grubunda histerektomiye geçilmeden önce uterin kaviteye Bakri balon uygulaması denenebilir.

REFERANSLAR

1. J C Konje , D J Taylor. Bleeding in latepregnancy. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonik B, Crowther C, Robson SC, editors. High risk pregnancy management options, 3th ed .St Louis: Elsevier 2008:1259-1275
2. Diaz SD, Jones JE, Seryakov M, Mann WJ. Uterine rupture and dehiscence: ten-year review and case-control study. South Med J 2002;95:431-435
3. Bakri YN. Uterine tamponade-drain for hemorrhage secondary to placenta previa-accreta. Int J Gynaecol Obstet 1992;37(4):302-3.
4. Al-Zirqi I, Vangen S, Forsen L, Stray-Pedersen B. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage. Bjog 2008;115(10):1265-72.
5. Chan BCP, Lam HSW, Yuen JHF, Lam TPW, Tso WK, Pun TC et al. Conservative management of placenta previa with accreta. Hong Kong Med J 2008;14:479-84.
6. Arulkumaran S, Ng CSA, Ingemarrsson I, Ratnam SS. Medical treatment of placenta accreta with methotrexate. Acta Obstet GynecolScand 1986;65:285-286.
7. Bakri YN, Amri A, Abdul Jabbar F. Tamponade-balloon for obstetrical bleeding. Int J GynaecolObstet 2001;74:139-42.
8. SoleymaniMajd H, Pilsniak A, Reginald PW. Recurrent uterine inversion: a novel treatment approach using SOS Bakriballoon. BJOG 2009 ;116(7):999-1001.
9. Leparco S, Viot A, Benachi A, Deffieux X. Migration of Bakri balloon through an unsuspected uterine perforation during thetreatment of secondary postpartum hemorrhage. AJOG 2013; 208(6) : 6-7.
10. Gerli S, Baiocchi G, Favilli A, DiRenzoGC .New treatment option for early spontaneous rupture of a post myomectomy gravid uterus. Fertil Steril 2011;96(2):97-8.
11. Grönvall M, Tikkanen M, Tallberg E, Paavonen J, Use of Bakri balloon tamponade in thetreatment of postpartum hemorrhage: a series of 50 cases from a tertiary teaching hospital. Stefanovic VActa Obstet Gynecol Scand. 2013 Apr;92(4):433-8.
12. Cho HY, Park YW, Kim YH, Jung I, Kwon J-Y . Efficacy of Intrauterine Bakri Balloon Tamponade in Cesarean Section for Placenta Previa Patient. PLoS ONE 2015;10(8):1-11.