

Plasenta Perkrata Hastalarının Sosyodemografik Özelliklerinin Retrospektif Analizi

Retrospective Analysis of Sociodemographic Characteristics of Placenta Perkrata Patients

Mehmet İNCEBIYIK¹ , Sibel SAK¹ , Muhammet Erdal SAK¹ 

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

Öz

Amaç: Bu retrospektif çalışma, Plasenta Perkrata(PP) hastalarının sosyodemografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve metod: Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Mart 2021-Mart 2022 tarihleri arasında opere olan ve histopatolojik olarak plasenta perkrata tanısı alan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi ve elde edilen sosyodemografik veriler tarafımızca hazırlanan bilgi formlarına kaydedildi. Bilgi formlarından elde edilen sosyodemografik özellikler istatistiksel olarak analiz edildi.

Bulgular: Araştırmaya katılan 110 hastanın yaş ortalaması 31.18±5.55, kilo ortalaması 67.18 ±11.96, boy ortalaması 156.54 ±4.48cm, BMI ortalaması 25,8 ±2.7 idi. Hastaların gravidası 4.81±2.37, paritesi 3.27±1.69 ve sezeryan sayısı 3.22±1.68 dı. Hastaların çoğunlukla köyde (%50) ikamet ettikleri, çoğunluğunun yeşil kartlı(%50) olduğu, %90'ın hiç sigara kullanmadığı, hiç kimsenin alkol kullanmadığı, büyük çoğunluğunun okur yazar olmadığı (%40.9) belirlenmiştir. Hastaların mesleki çalışma durumu incelendiğinde büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%94.5) gözlenmiştir. Hastaların vatandaşlık durumları incelendiğinde ise %82.7' sinin Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, % 17.3'nün ise Suriye uyruklu olduğu ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Sonuç olarak plasenta perkrata , maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasındadır. Bu araştırma, plasenta perkrata hastalarını sosyo-demografik olarak değerlendiren ilk çalışmadır. Çalışma sonunda bu hastaların çoğunlukla kırsal kesimde yaşayan ve sezeryan sayılarının oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir. Plasenta perkrata maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedeni olduğundan dolayı, özellikle kırsal bölgelerde yaşayan anne adaylarının doğum kontrol yöntemleriyle ilgili eğitimler verilmeli ve sağlık okur yazarlığı artırılmalıdır. Bu şekilde farkındalık yaratılarak maternal morbidite ve mortalite azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Plasenta Perkrata, Retrospektif Çalışma , Sosyodemografik Özellik

Abstract

Background: This study was conducted to evaluate the retrospective analysis of sociodemographic characteristics of patients with Placenta Percreta.

Materials and Methods: The files of the patients who were operated on in the Gynecology and Obstetrics Clinic of Harran University Research and Application Hospital between March 2021 and March 2022 and who were diagnosed with placenta percreta histopathologically were reviewed retrospectively, and the sociodemographic data obtained were recorded in the information forms prepared by us. The socio-demographic characteristics obtained from the information forms were statistically analyzed.

Results: The mean age of 110 patients participating in the study was 31.18 ±5.55, the average weight was 67.18 ±11.96, the average height was 156.54 ± 4.48, the mean body mass index was 25,8 ±2.7 .The gravida of the patients was 4.81±2.37, the parity was 3.27±1.69, and the cesarean section number was 3.22±1.68. It was observed that the patients mostly resided in the village (50%), most of them had greencards (50%), 90% of them never smoked, nobody used alcohol, and the majority of them were illiterate (40.9%). When the occupational employment status of the patients was examined, it was observed that the majority of them (94.5%) did not work. When the citizens' status of the patients was examined, it was observed that 82.7% were citizens of the Republic of Turkey and 17.3% were Syrian nationals.

Conclusions: In conclusion, placenta perkrata is among the important causes of maternal morbidity and mortality. This study is the first to investigate the socio-demographic characteristics of placenta perkrata patients. At the end of the study, it was observed that these patients mostly lived in rural areas and the number of cesarean sections was quite high. Since placenta percreta is among the important causes of maternal morbidity and mortality, placenta percreta can be reduced by increasing education and health literacy about birth control methods, especially for mothers living in rural areas. By raising awareness in this way, maternal deaths can be prevented as well as maternal morbidity and maternal mortality can be reduced.

Key Words: Placenta Percreta, Retrospective Analysis, Sociodemographic Analysis

Sorumlu Yazar/Corresponding Author

Dr. Mehmet İNCEBIYIK

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa, TÜRKİYE

E-mail: drmehmetincebiyik@gmail.com

Geliş tarihi / Received: 24.02.2023

Kabul tarihi / Accepted: 24.07.2023

DOI: 10.35440/hutfd.1256174

Giriş

Plasental yapışma anomalileri, uterusun desiduasındaki hasar sebebiyle trofoblastların patolojik bir penetrasyonudur. Bu invazyon uterus serozasına kadar ulaşır hatta komşu organ yayılımı gösterirse, plasenta perkreta (PP) adını alır (1). En önemli risk faktörlerinden biri uterin skarın bulunduğu plasenta previa vakalarıdır. Sezaryen ve intrauterin invaziv işlemlerin arttığı son yıllarda, anormal invaziv plasentasyon vakalarının görülme sıklığı artmaktadır(2).

Koryonik villusların tüm miyometriyum tabakasını invaze ederek serozaya ve hatta mesane gibi organlara invazyonuna plasenta perkreta adı verilir(1,2). Sezaryen ve geçirilmiş intrauterin işlem öyküsü risk açısından çok önemlidir (2). Son zamanlarda artan sezaryen sayısı ve geçirilmiş uterin cerrahi işlemler PP görülme oranını binde 0.8' den, binde 3'e yükseltmiştir (3). Geçirilmiş sezaryen sayısı ile paralel olarak plasenta perkreta görülme sıklığı artmıştır (4). Plasenta perkreta görülme sıklığı geçirilmiş 1 sezaryeni olan hastalarda %3 iken, geçirilmiş 5 veya daha fazla sezaryen öyküsü olan hastalarda ise bu oran %67'e yükselmiştir. (4,5,6). Ayrıca ileri yaş gebeliği ve sigara kullanımı da PP görülme oranını arttırmaktadır (7,8).

Plasenta perkreta maternal perinatal morbidite ve mortalitesi yüksek olan, fazla miktarda kanamaya neden olabilen ve buna bağlı olarak multiorgan yetmezliğe ve hatta ölüm gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen plasental invazyon bir anomalidir(9,10). Sosyo ekonomik düzeyi yüksek olan toplumlarda acil histerektomi, en sık plasenta anomalisi nedeniyle yapılmaktadır. Plasenta perkreta ön tanısı alan hastalarda intraoperatif tanı netleştiği taktirde uygun olan yöntem histerektomidir(9,10). Sezaryen sonrası histerektomi uygulanan hastalarda fetal mortalite ve morbidite daha yüksek olmakla birlikte, C/S'nin neden olduğu uzun süreli etkiler (önceki C/S, plasenta akreta, plasenta previa) peripartum histerektomi riskini artırmaktadır(11). Ancak kaynaklarda çok sayıda, histerektomi uygulanmayan fertilitte koruyucu cerrahilerin uygulandığı olgularda bulunmaktadır(12).

Şanlıurfa Türkiye'de doğurganlık hızı(3,81) ve kaba doğum hızının en yüksek olduğu ildir (13). Böylece yüksek doğurganlık hızı ile beraber geçirilmiş sezaryen sayısındaki artış nedeniyle Şanlıurfada PP olgularının görülme sıklığı oldukça fazladır. Kliniğimiz tersiyer merkez olduğundan, diğer sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastalar olası PP ön tanısı ile genellikle kliniğimize yönlendirilmektedir.

Araştırmamızda kliniğimizde PP nedeni ile tedavi görmüş olan olguları retrospektif olarak tarayarak, Şanlıurfa bölgesindeki sosyodemografik özelliklerini değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod

Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı(21/03/2022-HRÜ.22/06/20) alındıktan sonra Harran Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Mart 2021-Mart 2022 tarihleri arasında opere olan ve histopatolojik olarak Plasenta Perkrata tanısı alan 110 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların yaş, kilo, boy, BMI, gravida, parite, sezaryen sayısı, eğitim durumu, mesleki durumu, yaşadığı yer, vatandaşlık durumu, sosyal güvence, sigara

ve alkol kullanımı gibi özellikleri dosya kayıtlarından geriye dönük olarak incelendi ve eksik olan veriler hastalara telefon ile ulaşılarak soruldu. Elde edilen sosyodemografik veriler tarafımızca hazırlanan bilgi formlarına kaydedildi.

Analizler için SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences, Inc. Chicago, IL, ABD) paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için ortalama±standart sapma biçiminde, nominal değişkenler için ise gözlem sayısı ve Frekans (%) şeklinde gösterildi.

Bulgular

Çalışmaya katılan 110 hastanın yaş ortalaması 31.18±5.55'di. Hastaların kilo ortalaması 67.18±11.96, boy ortalaması 156.54±4.48, BMI ortalaması 25,8±2.7 idi. Hastaların gravidası 4.81±2.37, paritesi 3.27±1.69 ve sezaryen sayısı 3.22±1.68'di. Hastaların büyük çoğunluğunun köyde(%50) ikamet ettiği görüldü. Yine hastaların sosyal güvenceleri değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun yeşil kartlı(%50) olduğu görüldü. Hastaların %90'nın hiç sigara kullanmadığı, %6.4' nün ara sıra, yüzde 3.6'sının ise sigarayı bırakmış oldukları saptanmıştır. Hastaların alkol kullanım durumu incelendiğinde ise kimsenin alkol kullanmadığı, eğitim durumları incelendiğinde ise büyük çoğunluğunun okur yazar olmadığı(%40.9) ortaya çıkmıştır. Yine hastaların mesleki çalışma durumu değerlendirildiğinde, büyük çoğunluğunun çalışmadığı (%94.5) saptanmıştır. Hastaların vatandaşlık durumlarına bakıldığında ise %82.7' sinin TC vatandaşı, % 17.3'nün ise Suriye uyruklu olduğu gözlenmiştir. Plasenta perkreta hastalarının sosyodemografik özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2' de özetlenmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik Veriler ve Antenatal Özellikler

Demografik Özellikler	Mean±Sd
Yaş	31.1±5.5
Kilo(kg)	67.1±11.9
Boy(cm)	161.5±4.4
Vücut kitle indeksi(kg/m ²)	25,8 ±2.7
Gravida	4.8±2.3
Parite	3.2±1.6
Sezaryen Sayısı	3.2±1.6

Tablo 2. Plasenta Perkrata Hastalarının Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n (110)	%	
Yaşadığı Yer	Şehir	31	28.2
	Köy	55	50.0
	İlçe	24	21.8
Sosyal Güvence	SGK	30	27.3
	Yeşil kart	55	50.0
Alkol Kullanımı	Yok	25	22.7
	Var	0	0
Sigara Kullanımı	Yok	110	100
	Bırakmış	4	3.6
	Ara sıra	7	6.4
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	45	40.9
	İlköğretim	34	30.9
	Ortaöğretim	21	19.1
	Lise	9	8.2
Mesleki Durumu	Üniversite	1	0.9
	Evet	6	5.5
Vatandaşlık Durumu	Hayır	104	94.5
	Türkiye Cumhuriyeti	91	82.7
	Suriye	19	17.3

Tartışma

PP Asya ülkelerinde daha sık görülürken, Avrupa ve Amerika'da ise daha düşük oranlarda görülmektedir. Kliniğimiz tersiyer merkez olması dolayısıyla çevre il ve ilçe sağlık kuruluşlarına müracaat eden hastalar kliniğimize yönlendirilmektedir. Hastanemizin Türkiye'de kaba doğum hızının en yüksek olduğu ilde bulunması ve aynı zamanda yüksek doğurganlık ile beraber sezaryen sayısındaki artıştan dolayı PP hastaları kliniğimizde sıkça görülmektedir. PP insidansında görülen bu artış, özellikle tüm dünyadaki sezaryen sayısındaki artışa bağlanmaktadır. Kaynaklara bakıldığında geçirilmiş sezaryen sayısının PP için çok önemli bir risk faktörü olduğu anlaşılmıştır(14,15). Guro ve meslektaşları 1 sezaryen öyküsü ile PP riskinin 1.6 kat arttığını, 4 sezaryen öyküsü ile ise riskin 8 kat arttığını göstermişlerdir(14). Yine de, bazı çalışmalar ise riskin her sezaryende aynı olduğunu, sezaryen sayısı artışının PP riskini ekstra arttırmadığını vurgulamışlardır(15). Bizim çalışmamızda, ortalama sezaryen sayısı 3.2±1.6, ortalama gravida 4,81±2,37 ve ortalama parite 3,27±1.69 olup bu değerlerin literatürle uyumlu olduğu gözlenmiştir (15,16). İlk gebelik yaşının 35 yaş ve üzerinde olması, PP için önemli bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir(16). Yine başka bir çalışmada, 202 PP vakası incelenmiş ;30 yaş üzeri anne yaşının, PP riskini 2.5 kat arttırdığı fark edilmiştir(17). Bizim çalışmamızda da ortalama maternal yaş 31.18±5.55 olarak tespit edilmiştir. Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada benzer olarak maternal yaş 32.19±4.58 olarak izlenmiştir(18). İleri anne yaşının PP oluşumuna nasıl neden olduğu tam olarak anlaşılmamakla birlikte myometrium tabakasındaki damarsal değişikliklerin yaş ile arttığı ve bununla beraber plasentaya giden kan akımındaki azalma olası teoriler arasındadır(19,20). Geçirilmiş gebeliklerde, plasenta alanının altındaki endometrium tabakasında meydana gelen yıkımın, myometrium tabakasındaki damarlarda oluşan dejeneratif değişikliklerin ve uterus şeklinde ve büyüklüğünde meydana gelen değişikliklerin bir sonraki gebelikte anormal invaziv implantasyona neden olabilmesi; artan doğum sayısındaki artış ve PP arasındaki ilişkiyi açıklamaktadır(21). Düşüklerin endometrium tabakasındaki meydana getirdiği hasara bağlı olarak PP riskini arttırdığını gösteren çalışmalara(22,23) rağmen bu birlikteliği göstermeyen çalışmalar da kaynaklarda mevcuttur(24). Ayrıca myomektomi, sezaryen, küretaj ve metroplasti gibi intrauterin işlemler sonucu myometrium tabakasındaki damarlarda meydana gelen değişiklikler ve skarlar, plasentanın kanlanma açısından daha zengin olan fundusa doğru olması gereken ilerlemesini engelleyerek, yetersiz ve anormal plasenta yerleşimine neden olduğu düşünülmektedir(25). Sosyodemografik olarak hastaların çoğunlukla köyde(%50) ikamet ettiği, büyük çoğunluğunun yeşil kartlı(%50) olduğu, sigara kullanmadığı (%90) ve okur yazar olmadığı (%40.9) gözlenmiştir. Hastaların mesleki durumu değerlendirildiğinde ise büyük kısmının çalışmadığı(%94,5) gözlenmiştir. Hastalarımızdan hiçkimsenin alkol kullanım öyküsü olmadığı belirlenmiştir. Hastaların vatandaşlık durumları incelendiğinde ise %82.7' sinin TC vatandaşı, %17.3' ünün ise Suriye uyruklu olduğu gözlenmiştir. Tüm bu veriler birlikte değerlendirildiğinde PP çoğunlukla düşük sosyoekonomik ve düşük eğitim düzeyli hastalarda daha yüksek gözlemlenmiştir.

Sonuç

Sonuç olarak plasenta perkrata, maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Bu araştırma, plasenta perkrata hastalarının sosyodemografik özelliklerini araştıran ilk çalışmadır. Araştırmamızın ülkemizin diğer kadın doğum kliniklerine başvuran plasenta perkrata hastalarının klinik ve sosyo-demografik özelliklerinin birbirleriyle karşılaştırılarak değerlendirilmesine katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamız sonucunda bu hastaların çoğunlukla kırsal kesimde yaşayan, düşük sosyoekonomik, düşük eğitim düzeyli ve sezaryen sayılarının fazla olduğu gözlenmiştir. Bu hastalık maternal morbidite ve mortaliteyi arttırmamasından dolayı, özellikle kırsal bölgelerde olmak üzere, anne adaylarına doğum kontrol yöntemleri daha iyi anlatılmalıdır. Bu konuda aile sağlık merkezlerine çok iş düşmektedir. Anne adaylarının doğum kontrol yöntemleri hakkında daha iyi bilinçlendirilmesi ve sağlık okur yazarlığının artırılması, maternal morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde azalacaktır.

Etik onam: Harran Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı (21/03/2022-HRÜ.22/06/20)

Yazar Katkıları:

Konsept: M.İ., S.S., M.E.S.

Literatür Tarama: M.İ., S.S., M.E.S.

Tasarım: M.İ., S.S., M.E.S.

Veri toplama: M.İ., S.S., M.E.S.

Analiz ve yorum: M.İ., S.S., M.E.S.

Makale yazımı: M.İ., S.S., M.E.S.

Eleştirel incelenmesi: M.İ., S.S., M.E.S.

Çıkar Çatışması: Yok

Finansal Destek: Yok

Kaynaklar

1. Placenta accreta spectrum: accreta, increta, and percreta 2015 Jun;42(2):381-402. doi: 10.1016/j.ogc.2015.01.014.
2. Placenta accreta, increta, and percreta 2013 Mar;40(1):137-54. doi: 10.1016/j.ogc.2012.12.002.
3. Abnormal placentation: evidence-based diagnosis and management of placenta previa, placenta accreta, and vasa previa 2012 Aug;67(8):503-19. doi: 10.1097/OGX.0b013e3182685870
4. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Comparison of placenta previa: risk factor profiles and related conditions in tectonics and twin births between 1989 and 1998 in the United States. Am J Obstet Gynecol 2003; 188: 275-6
5. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Arch Gynecol Obstet 2011; 284(1): 47-51.
6. D'Antonio F, Bhide A. Ultrasound in placental disorders. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2014;28(3):429-42.
7. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006; 107:1226-7.
8. Choi SJ, Song SE, Jung KL, Oh SY, Kim JH, Roh CR. Antepartum risk factors associated with peripartum cesarean hysterectomy in women with placenta previa. Am J Perinatol. 2008 Jan;25(1):37-41.
9. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkovitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. J Matern Fetal Med. 2001 Dec;10(6):414-9.
10. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa:

- an overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13(3):175-90.
11. Peker N , Turan G , Aydın E , Yavuz M , Ege S, Bademkiran MH , Karaçor T, Gül T et al. Analysis of Patients Undergoing Peripartum Hysterectomy for Obstetric Causes According to Delivery Methods: 13-Year Experience of a Tertiary Center. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Med J* (2020) 47 (1) : 122-129.
 12. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: Pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012;33(4):244-51.
 13. Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri 2020, sayı 37229, 18 Mayıs 2021
 14. Gurol-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, et al. Risk of placenta previa in second birth after first birth cesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011;11:95.
 15. Oppenheimer L, Armson A, Farine D, et al. Maternal Fetal Medicine Committee. Diagnosis and management of placenta previa. *J ObstetGynaecol Can* 2007;29(3):261-6.
 16. Charles JL, Karen RS. Placenta Previa Management, <http://www.uptodate.com/contents/>. Placenta Previa Management Jan 16, 2018;
 17. Abu-Heija A, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta previa: effect of age, gravidity, parity and previous cesarean section. *GynecolObstetInvest* 1999;47(1): 6-8.
 18. Hershkowitz R, Fraser D, Mazor M, Leiberman JR. One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(2):185-8.
 19. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. Placenta previa the possibility of more births and higher parity with more cesarean sections. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 976-7.
 20. Khong TY, Healy DL, McCloud PI. Pregnancy complicated by abnormally adherent placenta and sexratio at birth. *BMJ* 1991; 302: 625-6.
 21. Robert Resnik, Robert M Silver Clinical features and diagnosis of placenta accreta spectrum (placenta accreta, increta, and percreta) [www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-placenta-accreta-spectrum\(placenta accreta, increta, and percreta\)](http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-placenta-accreta-spectrum-placenta-accreta-increta-and-percreta) May, 2018.
 22. Tapisiz OL, Altınbas SK, Yirci B, Cenksoy P, Kaya AE, Dede S, et al. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary hospital in Ankara, Turkey: a 5-year review *Arch Gynecol Obstet* 2012;286(5):1131-4.
 23. Artunç Ülkümen B, Pala HG, Aktenk F, Bülbül Baytur Y. Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları *Ege Tıp Dergisi* 2014;53(2):88-91.
 24. Rani PR, Haritha PH, Gowri R. Comparative study of trans perineal and transabdominal sonography in the diagnosis of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Res* 2007;33(2):134-7.
 25. Hung TH, Shau WY, Hsieh CC et al. Risk factors for placenta accreta. *Obstet Gynecol* 1999; 93: 545-6.