

MESANE İNVAZYONU NEDENİYLE PARSİYEL SİSTEKTOMİ YAPILAN İKİ PLASENTA PREVİA PERKRETA OLGUSU

Bülent ÇAKMAK¹, Doğan ATILGAN², Bekir Süha PARLAKTAŞ³,
Reşid Doğan KÖSEOĞLU⁴, Zeki ÖZSOY¹, Mehmet Can NACAR¹, Fazlı DEMİRTÜRK⁵

ÖZET

Plasenta previa perkreta, maternal morbidite ve mortaliteyi belirgin bir şekilde artıran plasenta yapışma anomalisidir. Bu yazıda plasenta previa perkreta olan iki olgunun literatür eşliğinde sunulması amaçlanmıştır. Geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa olması nedeniyle iki olgu kliniğimize refere edildi. Preoperatif değerlendirmede plasenta previa perkreta saptanan olgulara operasyon esnasında çok fazla kanamalarının olması ve plasentanın mesaneye invazyon göstermesi nedeniyle sezaryen histerektomi ve parsiyel sistektomi uygulandı. Postoperatif 45. gün değerlendirilen olguların her hangi bir sorunu olmadığı görüldü. Plasenta previa perkreta olgularında, yeterli preoperatif hazırlık ve multidisipliner yaklaşımla maternal mortalite oranları azaltılabilir.

Anahtar kelimeler: Plasenta Previa Perkreta, Parsiyel Sistektomi, Multidisipliner Yaklaşım

TWO CASES WITH PARTIAL CYSTECTOMY DUE TO THE BLADDER INVASION BECAUSE OF PLACENTA PREVIA PERCRETA

ABSTRACT

Placenta previa percreta is a placenta adhesion anomaly that significantly increases maternal morbidity and mortality. In this paper, two cases of placenta previa percreta were aimed to present with the literature. Two patients were referred to our clinic because of previous cesarean section and placenta previa. Preoperative evaluation of patients diagnosed placenta previa percreta. Because of severe bleeding during the operation and placental invasion of the bladder, cesarean hysterectomy and partial cystectomy was performed. There was no problem for patients after postoperative 45 days evaluation. In cases of placenta previa percreta, maternal mortality can be reduced by adequate preoperative evaluation and a multidisciplinary approach.

Key words: Placenta Previa Percreta, Partial Cystectomy, Multidisciplinary Approach

¹ Yrd. Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

² Yrd. Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

³ Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

⁴ Doç. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

⁵ Prof. Dr. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

İletişim/ Corresponding Author: Bülent Çakmak

Geliş Tarihi / Received :07.05.2013

Tel: +905335726978 **e-posta:** drbulentcakmak@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted:29.06.2013

GİRİŞ

Plasenta previa, plasentanın internal servikal osa yakın yerleştiği bir plasenta implantasyon anomalisi olup insidansı % 0.5 olarak bildirilmiştir (1). Plasenta previanın önemli komplikasyonlarından biri de duruma plasenta perkretanın eşlik etmesidir. Özellikle son yıllarda cerrahi doğum sayının artışına bağlı olarak plasenta previa perkreta insidansı artmaktadır (2). Plasenta krea, 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). Plasentasyonun invazyon derecesine göre akreta, inkreta ve perkreta olmak üzere 3 tipi vardır. Plasenta perkreta, uterus serozasını ve çevre organ ve dokuları da invaze etme potansiyeli olması nedeniyle en ciddi formudur.

Gerek plasenta previa ve perkreta gerekse plasenta previa 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 (4,5). Bu nedenle antenatal dönemde tanınması, operasyon zamanı, yeri ve tipinin önceden belirlenip ilgili bölümlerle birlikte multidisipliner yaklaşım yapılması maternal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemli yere sahiptir.

Bu çalışmada, plasenta previa perkreta ve mesane invazyonu olan, multidisipliner yaklaşımla başarılı bir şekilde tedavi edilen iki olgunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

32 yaşında, son adet tarihine göre 36 hafta gebeliği olan hasta ağrılarının başlaması üzerine geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa tanıları ile kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinde, önceki iki doğumunun sezaryen ile olduğu ve şimdiki gebelik takibinde herhangi bir sorun yaşamadığı öğrenildi. Ultrasonografik değerlendirmede, fetal biyometrik ölçümleri 36 hafta gebelik ile uyumlu tek canlı fetus ve plasenta previa totalis olduğu görüldü. İnceleme esnasında plasentanın uterus ön duvarına derin invazyon gösterdiği ve mesane duvarı ile yakın ilişkili olduğu saptandı (Şekil 1). Aktif kanaması olmayan ancak düzenli kontraksiyonları olan hasta, plasenta previa perkreta tanısıyla 4 ünite eritrosit süspansiyonu (ES) hazırlığı ile üroloji ve anesteziyoloji bölümlerine bilgi verilerek aileye operasyon riskleri

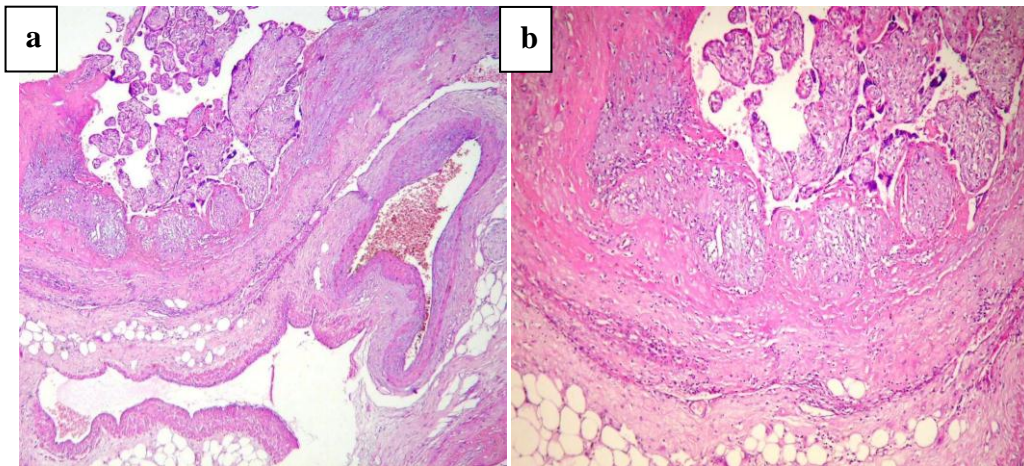
anlatılıp vakaya alındı. Eksplozasyonda plasentanın uterus alt segment ön duvarda serozaya kadar ilerlediği ve mesaneyi invaze ettiği izlendi. Uterusa kerr insizyon hattının yaklaşık 5 cm üst kısmından transvers insizyonla girilerek baş geliş, 1. ve 5. Apgar skorları sırasıyla 8-9 olan, 3250 gram, kız bebek doğurtuldu. Placenta sağ lateralden abondan kanama başlaması nedeniyle bilateral uteri arterlere klemp konuldu. Kanamanın devam etmesi nedeniyle placenta elle halas edilerek çıkarıldı. Placentanın uterus ön duvarını invaze edip mesane arka duvarına kadar invazyonun devam ettiği izlendi. İnvazyonun olduğu mesane arka duvarı uterustan serbestleştirilerek parsiyel sistektomi ve total abdominal histerektomi uygulandı. Sol üretere "Double J" stent yerleştirildi. Mesaneye 20 F sistostomi ve 20 F Foley sonda konularak mesane arka duvarı kapatıldı. İntraoperatif hastanın hemodinamisinin bozulması nedeniyle vazoaktif destek başlanıp 8 ünite ES, 3 ünite taze donmuş plazma (TDP) verildi. Kanama diyatezi gelişen hastanın mesane çevresi ve retroperitoneal alanlardan sızıntı tarzında kanaması başladı. Kanama durdurucu ajanlarla kanamanın durdurulamaması nedeniyle pelvik bölgeye Mikulicz tampon yerleştirilerek batın kapatıldı. Yoğun bakımda takibe alınan hastaya postoperatif 24 saat aralıklı vazoaktif medikasyon uygulanıp 3 ünite ES, 3 ünite taze tam kan, 1 ünite aferez ve 3 ünite TDP verildi. Postoperatif dönemde Mikulicz tamponu aralıklı ve kontrollü olarak çekildi. Operasyon sonrası 3. gün serviste takibe alınan hasta 10 gün sonra taburcu edildi. Operasyon sonrası 21. gün sistogram ile değerlendirilen hastada ektravazasyon tespit edilmemesi üzerine sistostomisi çekildi.



Şekil 1: Plasenta Previa ve Mesane Duvarı ile Olan Yakın İlişkisi (Beyaz çerçeve içerisindeki alan plasenta mesane duvarı yakın ilişkisini göstermektedir)

Olgu 2

30 yaşında, üçüncü gebeliği olan hasta 38 hafta gebeliği varken geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa tanısıyla kliniğimize refere edildi. Özgeçmişinden daha önce 2 sezaryenle doğumu olduğu öğrenildi. Ultrasonografik değerlendirmede, fetal biyometrik ölçümleri 38 hafta ile uyumlu tek canlı fetus ve plasenta previa totalis olduğu saptandı. Değerlendirmede plasenta perkretayı düşündürecek her hangi bir görünüm saptanmadı. Hasta, geçirilmiş sezaryen ve plasenta previa totalis tanısıyla vakaya alındı. Uterusa üst segment kesi ile girilerek baş gelişi, 1. ve 5. dk Apgar skorları sırasıyla 8-9 olan, 3200 gram, kız bebek doğurtuldu. Plasentanın çıkarılmasını takiben bir kısım plasentanın uterus ön duvarında kaldığı izlendi. Massif kanama nedeniyle histerektomiye geçildi. Uterus alt segment ile mesane arasının dens adezyone olduğu ve plasentanın uterus duvarını aşmış mesaneyi invaze ettiği görüldü. Mesane posterior duvarının bir kısmı ile birlikte total abdominal histerektomi tamamlandı. Postoperatif histopatolojik incelemede plasentanın myometrium içerisine serozaya kadar invaze olduğu izlendi (Şekil 2). Her iki üretere "Double J" stent yerleştirilerek plasentanın invaze ettiği mesane arka duvarının bir kısmı daha çıkarıldı. Parsiyel sistektomi sonrası mesaneye 20 F sistostomi ve 20 F Foley sonda konularak mesane kapatıldı. Batına 2 adet dren yerleştirilip batın kapatıldı. Hastaya intraoperatif 6 ünite ES, 2 ünite TDP ve postoperatif 2 ünite ES verildi. Postoperatif 2 gün yoğun bakımda takip edilen hasta takiben servise alınarak operasyonun 15. günü taburcu edildi. Operasyon sonrası 21. gün sistogram ile değerlendirilen hastada ekstrevasiyon tespit edilmemesi üzerine sistostomisi çekildi.



Şekil 2: Uterus Serozasına Kadar İnvazyon Gösteren Matür Korion Villusları ile Karakterli Plasenta Perkreat (a: HE, X6 büyütme, b: HE, X10 büyütme)

TARTIŞMA

Plasenta previa, ciddi maternal ve fetal komplikasyonlara yol açabilen, % 2-7 oranında maternal mortalite ile sonuçlanan, obstetrik pratiğinde %0.5 sıklıkla rastlanan bir durumdur (6). Plasenta previa için risk faktörleri ileri anne yaşı, multiparite, sigara, abortus ve geçirilmiş sezaryen öyküsü şeklinde sıralanabilir. Uteroplasental oksijenizasyonun sağlanması için yeterli kan akımına, dolayısıyla plasentanın uterusu implantasyonu için yeterli yüzey alanına ihtiyaç vardır. Ancak yukarıda bahsedilen risk faktörleri nedeniyle bozulan uterin kavite yüzeyi, implantasyon ve kan akımı için yeterli alan sağlayamamakta ve plasenta alt uterin segmente implante olmaktadır (7). Plasenta yapışma anomalilerinden en ciddi olan plasenta perkretanın risk faktörleri arasında ileri maternal yaş, multiparite, geçirilmiş uterin cerrahi (sezaryen, myomektomi, küretaj) ve plasenta previa yer almaktadır (8). Plasenta perkreta ile plasenta previa arasında yakın ilişki bulunmakta olup previa, perkreta için önemli bir risk faktörüdür. Sunduğumuz her iki olguda da plasenta previa için risk faktörü olarak multiparite ve geçirilmiş sezaryen öyküsü, plasenta perkreta için ise multiparite ve geçirilmiş sezaryen dışında plasenta previa diğer önemli bir risk faktörü olarak bulunmaktadır.

Plasenta previa perkreta yönetiminde önemli noktaların başında preoperatif doğru tanının konulması yer almaktadır. Doğru tanı konulması için transabdominal ve transvajinal ultrasonografi, renkli doppler sonografi ve magnetik rezonans kullanılan yöntemlerdir (9-11). Antenatal ultrasonografik değerlendirmede plasenta/myometriyum ilişkisinin yakından izlenmesi ile plasenta akreta, inkreta ve perkreta tanısı konulabilmektedir (12). Transabdominal ultrasonografi ile antenatal dönemde plasenta previa tanısı %90 oranında konulabilmektedir (13). Plasentanın posterior duvara yerleşimi gibi abdominal bakıda değerlendirilemeyen durumlarda transvajinal sonografiden yararlanılabilir. Bununla birlikte; değerlendirme güçlüğü yaşanan durumlarda ve invazyonun derecesinin ve diğer organlarla olan ilişkisinin değerlendirilmesi gerektiği durumlarda magnetik rezonans kullanılabilir. MR ile %80-88 sensitivite ve %65-100 spesifite ile plasenta perkreta tanısı konulabilmektedir (14). İlk olgumuzda plasenta previa perkreta tanısı transabdominal ultrasonografik değerlendirme ile konulabilmiştir. Ancak ikinci olguda plasenta previa tanısı konulmuş olup perkretadan şüphelendirilecek her hangi bir görünüm izlenmemiştir. Hematürinin eşlik ettiği plasenta previa perkreta saptanan gebelerde operasyon öncesi sistoskopi yapılması mesane invazyonu olup olmaması konusunda ayrıntılı bilgi verebilmektedir (15). Mesane invazyonu olan olguların sadece %25'inde makroskopik hematüri görülmektedir (16). Sunduğumuz her

iki olguda da mesane invazyonu olmasına rağmen antenatal dönemde makroskopik hematüri şikayeti yoktu.

Plasenta perkretanın yönetiminde histerektomi ve konservatif tedavi olmak üzere iki temel yaklaşım bulunmaktadır. Konservatif yaklaşım; plasentanın uterus içinde bırakılıp sonrasında metotreksat uygulanması veya küretaj yapılması, lokal eksizyon ve uterus onarımı yapılması, uterin ve hipogastrik arter ligasyonu, selektif uterin arter embolizasyonu, uterin packing ve B-Lynch sütürü konulması şeklinde sıralanabilir. Konservatif tedaviler özellikler fertilitelerini korumak isteyen genç olgularda uygulanabilecek alternatif bir yöntemlerdir. Çırpan ve ark. plasenta previa perkreta olgusunu bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve sonrası metotreksat ile başarılı bir şekilde tedavi ettiklerini bildirmişlerdir (17). Başka bir çalışmada, plasenta previa perkreta olan iki olguya metotreksat verildiği, ancak olgulardan birine postoperatif 23. gün küretaj yapılarak başarılı bir şekilde tedavi edildiği bildirilmiştir (18). Her iki çalışmada da hemodinamik olarak stabil olan olgularda fertilitiyi korumak amacı ile konservatif tedavi uygulanabileceği vurgulanmıştır. Sunduğumuz her iki olguda da operasyon esnasında abondan kanama başlaması ve hastaların hemodinamik açıdan stabil olmamaları nedeniyle konservatif tedavi yöntemleri uygulanmamıştır.

Histerektomi, plasenta previa perkretanın yönetiminde yıllardır uygulanan geleneksel bir tedavi şeklidir. Peripartum histerektomi esnasında, gebeliğe bağlı pelvik bölgede oluşan değişiklikler nedeniyle mesane, barsak, damar yaralanmaları, dissemine intravasküler koagülasyon ve genitoüriner fistül gibi durumlarla komplike olabilmektedir. Özellikle kanama riski nedeniyle perkreta olgularının operasyon öncesi hazırlığının tam yapılması ve multidisipliner yaklaşım oldukça önemlidir. Bu gibi olgularda operasyon öncesi yeterli kan hazırlığı yapılması, perioperatif kan transfüzyonu, sıvı desteği, gerekirse vazoaktif destek başlanması ve postoperatif hemodinamik takibin yapılması multidisipliner yaklaşım bağlantısında anestezi ekibince desteklenmesi hayat kurtarıcıdır (19). Plasenta perkreta olgularında mesane invazyonu da mevcut ise histerektomi ile birlikte invazyon alanlarının çıkarılması için parsiyel sistektomi uygulanabilir. Böyle olgularda gerekli ise ureterlere stent yerleştirilmesi sonrası mesane alanlarının diseksiyonu parsiyel sistektomi sonrası mesanenin onarımında yardımcı olmaktadır (20). Kuzgunbay ve ark. histerektomi ile birlikte parsiyel sistektomi yapılarak tedavi ettikleri plasenta previa perkreta ve mesane invazyonu olan olguda, preoperatif değerlendirmenin yeterli düzeyde yapılması, hematüri durumunda sistoskopi yapılması gerektiğine ve bu olgularda multidisipliner yaklaşımın önemine dikkat

çekmişlerdir (15). Histerektomi ve mesane onarımı yapılan başka bir plasenta previa perkreta olgusunda, erken tanı ve acil müdahale ile maternal morbidite ve mortalite oranlarının belirgin derecede azaltılabileceği vurgulanmıştır (21). Sunduğumuz iki olguda da mesane invazyonu olması nedeniyle parsiyel sistektomi uygulanmış olup hemodinamik parametrelerde bozukluk olması nedeniyle yoğun bakım ünitesinde multidisipliner yaklaşım çerçevesinde takip edilmişlerdir.

Sonuç olarak; plasenta previa perkreta için risk faktörü taşıyan gebelerin antenatal dönemde plasenta yapışma anomalileri açısından dikkatli değerlendirilmeleri önemlidir. Plasenta previa perkreta olgularında erken tanı, yeterli preoperatif hazırlık ve perioperatif dönemde ilgili branşlarla multidisipliner yaklaşımlar maternal morbidite ve mortalitenin engellenmesinde önemli etkenlerdir.

KAYNAKLAR

1. Hsu TY. Abnormal İnvasive Placentation- Placenta Previa Increta And Percreta. Taiwan J Obstet Gynecol 2009;48(1):1-2.
2. 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(6):479-84.
3. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta Previa, Placenta Accreta, And Vasa Previa. Obstet Gynecol 2006;107(4):927-41.
4. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta Previa: A 22-Year Analysis. Am J Obstet Gynecol 1999;180(6):1432-7.
5. Hunter T, Kleiman S. Anaesthesia For Caesarean Hysterectomy In A Patient With A Preoperative Diagnosis Of Placenta Percreta With Invasion Of The Urinary Bladder. Can J Anaesth 1996;43(3):246-8.
6. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. The Management Of Placenta Percreta: Conservative And Operative Strategies. Am J Obstet Gynecol 1996;175:1632-8.
7. Williams MA, Mittendorf R. Increasing Maternal Age As A Determinant Of Placenta Previa: More Important Than Increasing Parity. J Reprod Med 1993;38:425-8.
8. Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum Haemorrhage: Placenta Accreta, Uterine Inversion And Puerperal Hematomas. Clin Obstet Gynecol 1990;33:422-31.
9. Levine D, Hulka CA, Ludmir J, Li W, Edelman RR. Placenta Accreta: Evaluation With Color Doppler Us, Power Doppler Us, And Mr İmaging. Radiology 1997;205:773-6.

10. Rao AP, Bojahr H, Beski S, MacCallum PK, Renfrew I. Role Of Interventional Radiology In The Management Of Morbidly Adherent Placenta. *J Obstet Gynecol* 2010;30:687-9.

11. Teo TH, Law YM, Tay KH, Tan BS, Cheah FK. Use Of Magnetic Resonance Imaging In Evaluation Of Placental Invasion. *Clin Radiol* 2009;64:511-6.

12. Wong HS, Cheung YK, Williams E. Antenatal Ultrasound Assessment Of Placental / Myometrial Involvement In Morbidly Adherent Placenta. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012;52(1):67-72.

13. Keiner F, Hasbargen U. Emergencies Associated With Pregnancy And Delivery: Peripartum Hemorrhage. *Dtsch Arztebl Int* 2008;105(37):629-38.

14. Elsayes KM, Trout AT, Friedkin AM, Liu PS, Bude RO, Platt JF, et al. Imaging Of The Placenta: A Multimodality Pictorial Review. *Radiographics* 2009;29:1371-91.

15. Kuzgunbay B, Tarım E, Akin Ş, Erkanlı S, Güvel S. Placenta Percreta With Bladder Invasion: A Rare Cause Of Hematuria İn Pregnancy. *Turkish Journal of Urology* 2011;37:372-4.

16. Takai N, Eto M, Sato F, Mimata H, Miyakawa I. Placenta Percreta Invading The Urinary Bladder. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:274-5.

17. Çırpan T, Sanhal CY, Yücebilgin S, Özşener S. Conservative Management Of Placenta Previa Percreta By Leaving Placental Tissue In Situ With Arterial Ligation And Adjuvant Methotrexate Therapy. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2011;12:127-9.

18. Kurdoglu Z, Adalı E, Ay G. The Conservative Management Of Placenta Previa Percreta: Presentation Of Two Cases. *Perinatal Journal* 2011;19(3):145-8.

19. Parva M, Chamchad D, Keegan J, Gerson A, Horrow J. Placenta Percreta With Invasion Of The Bladder Wall: Management With A Multi-Disciplinary Approach. *J Clin Anesth* 2010;22:209-12.

20. Konijeti R, Rajfer J, Askari A. Placenta Percreta And The Urologist. *Rev Urol* 2009;11:173-6.

21. Yeniel AÖ, Ergenoğlu M, Zeybek B, Karadadaş N, Akercan F. Plasenta Previa Percreta. *Ege Journal of Medicine* 2010;49(2):123-7.