



Plasenta Previa Olgularının Retrospektif İncelemesi

Retrospective Analysis of Patients with Placenta Previa

Gonca Batmaz, Fulya Molla, Taner Molla, Pinar Özcan, Ramazan Dansuk, Banu Dane
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Öz

Amaç: Plasenta previa olgularında risk faktörlerini değerlendirerek maternal doğum sürecinin yönetimini incelemek.

Yöntemler: Kliniğimizde takip edilen toplam 41 plasenta previa olgusu retrospektif olarak dosya kayıtlarından incelendi. Olguların demografik özellikleri, ultrasonografi ile plasental invazyon bulgusu olup olmadığı, kan transfüzyon gerekliliği bilgileri incelendi. Plasenta previa durumunda histerektomi, relaparotomi oranı ve neonatal sonuçlar değerlendirildi. Plasenta previa tanısıyla izlenen tüm hastalara postoperatif kan transfüzyonu ve yoğun bakım ihtiyacı göz önüne alınarak elektif şartlar oluşturuldu.

Bulgular: Antenatal ultrasonografi ile değerlendirilen ve invazyon düşünülmeyen 18 olguda peroperatif invazyon saptanmadı ve bu olgularda histerektomi ihtiyacı olmadı. Yirmi üç olguda antenatal ultrasonografi ile invazyon bulguları saptandı, 15 olguda invazyon bulguları nedeni ile peripartum histerektomi yapıldı. Histerektomi sonrası 4 olguya relaparotomi uygulandı. Histerektomi geçiren 15 olgunun 9'unda patolojik incelemede plasenta akreata, 2'sinde plasenta perkreat, 2'sinde plasenta inkreat saptanmıştır. Antenatal dönemde invazyon şüphesi olan ancak peroperatif histerektomi uygulanmayan 8 olguya akut kanama kontrolü için organ koruyucu müdahale yeterli olmuştur. On bir olguya preoperatif, 11 olguya postoperatif kan transfüzyonu yapıldı.

Sonuç: Çalışmamızda ultrasonografi ile tüm olgularda plasenta invazyon anomalisi öngörülebilmştir. Bu hastalarda, doğum şeklinin ve zamanlamasının belirlenmesinde multidisipliner yaklaşım büyük önem arz eder.

Anahtar Sözcükler: Multidisipliner yaklaşım, plasenta previa, retrospektif çalışma

Abstract

Aim: To evaluate risk factors of patients with placenta previa and investigate management strategies.

Methods: A retrospective review of medical records of 41 cases with placenta previa who were followed up in our center. The cases were evaluated according to demographic features, presence of placental invasion of the uterus, and necessity of blood transfusion. Requirement for a peripartum hysterectomy, relaparotomy rates and neonatal outcomes were also addressed. All patients with placenta previa were considered for elective surgery.

Results: Eighteen patients, who did not have any sign of uterine invasion in their antenatal sonographic evaluations, were observed alike during cesarean section. In 23 patients, uterine invasion was detected by antenatal sonographic evaluations, 15 patients underwent hysterectomy due to invasion. Subsequent laparotomy was needed in four patients in whom hysterectomy was performed. Out of 15 patients, who underwent hysterectomy, 9 had placenta accreta, 2 had placenta percreata, and 2 had placenta increta. Organ-preserving treatment was performed in 8 patients who had a suspicious uterine invasion owing to their antenatal sonographic evaluations.

Conclusion: In our study, abnormal placental invasion was predicted by antenatal sonographic findings. Multidisciplinary approach is required for patients with placenta previa to determine appropriate mode and timing of delivery.

Keywords: Multidisciplinary approach, placenta previa, retrospective analysis

Giriş

Plasenta previa, plasentanın normal yerleşim yeri dışında, internal servikal os üzerinde veya 2 cm yakınına yerleşmiş olması durumudur, internal servikal kanal tamamen plasenta ile kaplanmışsa komplet plasenta previa, kısmen kaplanmışsa inkomplet plasenta previadan söz edilir (1). Plasenta previa prevalansı son zamanlarda artmaktadır ve tüm gebeliklerin yaklaşık %0,5'inde görülür. Bu artış yüksek sezaryen oranları ile koreledir (2-4). Plasenta previa ile ilişkili risk faktörler; ileri anne yaşı, multiparite, sigara ve kokain kullanımı, plasenta previa öyküsü, sezaryen doğum, spontan düşük, küretaj ve jinekolojik cerrahi öyküsünü içerir (5). Klinik özellik, 2. trimester sonunda meydana gelen ağrısız, genellikle tekrarlayıcı nitelikte, spontan vajinal kanamadır (6). Tanı, temel olarak klinik ve ultrasonografi incelemesi ile yapılır (5). Trans abdominal sonografi (TAS) %96 doğruluk ile tanı konulur. Ancak trans vaginal sonografi (TVS) daha duyarlıdır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) anormal plasentasyon (placenta accreta, increta or percreta) tespitinde kullanılabilir (7). Plasenta previa tedavisi için uterotonik ilaçlar, ligasyon veya embolizasyon ile devaskülarizasyon ve birçok farklı cerrahi prosedür türleri vardır (8,9).

Plasenta previa, masif antepartum ve intrapartum kanama, peripartum histerektomi, kan transfüzyonu, vaza previa, doğum sonu kanama ve sepsis gibi olumsuz olaylar ile ilişkili olarak maternal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir (6,10). Bu hastalarda eğer plasenta akreta da mevcutsa, hastanede kalış süreleri uzar, ameliyat sırasında yüksek kan kaybı meydana gelir ve kan transfüzyonu ihtiyacı artar (11). Maternal komplikasyonlar yanı sıra, en sık erken doğum olmak üzere plasenta previa ilişkili neonatal komplikasyonlar da vardır (12).

Çalışmamızda, tersiyer bir merkez olarak yüksek maternal ve neonatal morbidite-mortaliteye sahip plasenta previa olgularında risk faktörlerini değerlendirerek maternal doğum sürecinin yönetimini inceledik.

Yöntemler

Kliniğimizde 2010-2015 tarihleri arasında takip edilen toplam 41 plasenta previa olgusu retrospektif olarak dosya kayıtlarından incelendi. Olguların yaş, gravida, parite, abort ve küretaj sayıları, gebelik haftaları, doğum kilosu, cinsiyeti, 1. ve 5. dakika apgar skorlaması, obstetrik öyküleri, geçirilmiş sezaryen sayıları incelendi. Ayrıca antenatal takipleri sırasında ultrasonografi ile plasental invazyon bulgusu olup olmadığı, kan transfüzyon gerekliliği, antepartum kanama varlığı incelendi. Plasenta previa durumunda histerektomi, relaparotomi oranı ve neonatal sonuçlar değerlendirildi. Plasenta previa tanısıyla izlenen tüm hastalara postoperatif kan transfüzyonu ve

yoğun bakım ihtiyacı göz önüne alınarak elektif şartlar oluşturuldu. Tüm hastalar postoperatif akut kanamanın en çok görüldüğü ilk 24 saat yoğun bakım şartlarında takip edildi.

İstatistiksel değerlendirme SPSS ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistik kullanılarak sonuçlar ortalama \pm standart deviasyon olarak ya da görülme sıklığı (%) olarak ifade edildi.

Bulgular

Kliniğimizde takip edilen plasenta previa olgularının sosyo-demografik özellikleri ve antenatal özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Plasenta previa olgularının subgrup incelemesi Tablo 2'de gösterilmiştir. Antenatal ultrasonografi ile değerlendirilen ve invazyon düşünülmeyen 18 olguda (7 olgu komplet plasenta previa, 11'i inkomplet plasenta previa) peroperatif invazyon saptanmadı ve bu olgularda histerektomi ihtiyacı olmadı. Yirmi üç olguda antenatal ultrasonografi ile invazyon bulguları saptandı, 15 olguda invazyon bulguları nedeni ile peripartum histerektomi yapıldı. Histerektomi sonrası dört olguya relaparotomi uygulandı. Bu olguların birine hipogastrik arter ligasyonu ve hemostaz uygulandı, diğerlerinde sadece hemostaz sağlandı. Histerektomi geçiren 15 olgunun 9'unda patolojik incelemede plasenta akreta, ikisinde plasenta perkreta, ikisinde plasenta inkreta saptanmıştır. Antenatal dönemde invazyon şüphesi olan ancak peroperatif histerektomi uygulanmayan 8 olguya akut kanama kontrolü için organ koruyucu müdahale (HA ligasyonu, uterin arter ligasyonu, balon tamponad) yeterli olmuştur. On bir olguya preoperatif, 11 olguya postoperatif kan transfüzyonu yapıldı.

Tartışma

Plasenta previa, tüm doğumların yaklaşık olarak %0,5-1,0'ını komplike etmektedir. Ancak özellikle son 20 yıl içerisinde plasenta previa insidansında görülen anlamlı artış,

Tablo 1. Sosyo-demografik veriler ve antenatal özellikler

Yaş (ort \pm SD)	33,3 \pm 5,3 (22-45)
Gravida (ort \pm SD)	3 \pm 1,8
Parite (ort \pm SD)	1,6 \pm 1,4
Abort+D&C (ort \pm SD)	0,6 \pm 1
Sezaryen öyküsü (n)	22 (%54)
Doğum haftası	36 \pm 3
Doğum kilosu	2890 \pm 680 gr
1.dk apgar skoru	6,8 \pm 1,8
5. dk apgar skoru	8,4 \pm 1,7
Preoperatif hemoglobin	11,5 \pm 1.5 g/dL
Postoperatif hemoglobin	9,8 \pm 1,6 g/dL

tüm dünyada hızla artan sezaryen oranlarına bağlanmaktadır (1). Ayrıca ileri anne yaşı, parite, sigara, alkol ve ilaç kullanımı, çoğul gebelik, tekrarlayan gebelik kaybı da plasenta previa için önemli risk faktörleridir (5,13-16).

İleri maternal yaşın hangi mekanizmalar ile bozuk plasentasyona neden olduğu tam anlaşılmamıştır. Olası açıklamalardan biri, plasenta kan akımını azaltan intramyometrial arterler üzerindeki sklerotik değişikliklerin artan yüzdesidir, diğeri tekrarlayan gebelik sayısının ve küretaj oranlarının artması ve buna bağlı olarak uterusu skar ve adezyon oluşarak endometriyal dokunun hasarlanmasıdır (17-19). Yapılan bir çalışma, 30 yaşından büyük kadınların plasenta previa gelişimi için 2,5 kat yüksek riskli olduğunu göstermiştir. Yine aynı çalışmada 35 yaşından büyük kadınlarda anlamlı olarak daha yüksek sıklıkta ve 25 yaşın altındaki kadınlarda anlamlı olarak daha düşük sıklıkta olduğu saptanmıştır (19). Bizim çalışmamızda da plasenta previa gelişmiş kadınların yaş ortalaması literatür ile uyumlu olarak 33,3 saptanmıştır. Geçirilmiş sezaryenler göz önüne alındığında, yapılan çalışmalarda previa ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (20). Yapılan bir çalışmada geçirilmiş bir sezaryen ile riskin 2 kat arttığı, geçirilmiş 2 sezaryen durumunda ise riskin 7 kat arttığı gösterilmiştir (19). Bizim çalışmamızda ülkemizden yapılan çalışmalara kıyasla sezaryen oranı %54 olarak daha yüksek saptanmıştır (1,21). Plasenta previa varlığında geçirilmiş sezaryen operasyonu ve ileri anne yaşı plasenta previa akreata için bağımsız risk faktörleridir (18).

Antenatal komplikasyonlar açısından incelendiğinde erken doğum ve erken doğuma bağlı sorunlar plasenta previa için halen morbidite ve mortalite yaratan en önemli sorunlardır. Bir çalışmada previa olgularının %41,1'inin 37 haftadan küçük doğduğu tespit edilmiştir (19). Bizim çalışmamızda da ortalama doğum haftası bu çalışma ile benzerdir. Çalışmamızda ortalama 1. ve 5. apgar skorları literatür ile uyumludur (19). Literatür incelendiğinde, plasenta previanın tipi ve preterm doğum arasındaki ilişki çelişkilidir. Yapılan bazı çalışmalarda komplet plasenta previanın preterm doğum riskini arttırdığı bulunurken, bazı çalışmalarda ilişki saptanmamıştır (19,22). Bizim

çalışmamızda plasenta previa inkomplet ve komplet olguları arasında doğum haftası, doğum kilosu ve apgar skorları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Ancak çalışmamızdaki olgu sayısının diğeri çalışmalara kıyasla az olması bu sonuçları değerlendirirken dikkate alınması gereken bir husustur.

Son yıllarda sezaryen ve dolayısıyla plasenta previa oranındaki bu artış sezaryen histerektomi oranlarını da arttırmaktadır. Yüksek sezaryen histerektomi oranları, geçirilmiş sezaryen öyküsü, plasenta invazyon anomalisi, plasenta previa ve geçirilmiş uterin skar öyküsü ile ilişkilidir (23). Plasenta invazyon anomalilerinde prognozu etkileyen en önemli faktör, antepartum tanı koymaktır (24). Antenatal dönemde plasenta invazyon anomalilerini öngörmek, hastaya bilgi vermek ve elektif şartlarda tecrübeli ekip ile operasyonu planlamak açısından avantaj sağlar. Ultrasonun plasenta akreata tanısındaki duyarlılığı %93, özgüllüğü %79 olarak bildirilmiştir (14). Ancak obez hastalarda ve plasentanın posterior yerleşimli olduğu durumlarda ultrasonun rezolüsyonu iyi olmadığından MRG, ultrasona ek olarak kullanılabilir bir yöntemdir (14). Kliniğimizde MRG plasenta invazyon anomalisini değerlendirmek için rutin kullanılmamaktadır. Bu çalışmada olguların hiçbirinde MRG kullanılmamıştır. Bizim çalışmamızda 18 olguda antenatal ultrasonografi ile değerlendirilmede invazyon düşünülmemiş ve bu olguların hiçbirinde histerektomi ihtiyacı olmamıştır. Çalışmamızda 41 olgunun 15'i histerektomi olmuş ve tüm olgularda plasenta invazyon anomalisi öngörülebilmştir. Bu olguların %60'ında plasenta akreata, %13,3'ünde plasenta perkreata, %13,3'ünde plasenta inkreata patolojik incelemede tespit edilmiştir.

Sonuç

İleri maternal yaş ve parite sayısı komplet plasenta previa ile ilişkilidir. Bu olgularda ultrasonografi ile invazyon durumu, doğum şeklini ve zamanlamasını belirlemede çok önemlidir. Bu nedenle bu hastalara uygulanacak multidisipliner yaklaşım, tersiyer merkezlerde ve tecrübeli bir ekip tarafından iyi planlanmış bir şekilde olmalıdır.

Tablo 2. Sosyo-demografik veriler ve antenatal özelliklerin karşılaştırılması

	Komplet plasenta previa n=24	İnkomplet plasenta previa n=17	p
Yaş (ort±SD)	34,6±5,3	31,2±4,7	0,04*
Gravida (ort±SD)	3,7±1,8	2,6±1,5	0,046*
Parite (ort±SD)	2,1±1,5	1,1±1,3	0,032*
Abort+D&C (ort±SD)	0,6±0,8	0,5± 0,6	0,66
Doğum haftası	35,3±3	36,6 ±3,2	0,19
Doğum kilosu	2911±762	2862±576	0,82
5. dk Apgar skoru <7	2 (%8,3)	1 (%5,8)	0,23

Yazarlık Katkıları

Etik Kurul Onayı: Retrospektif çalışma, Dizayn: Gonca Batmaz, Fulya Molla, Taner Molla, Pınar Özcan, Ramazan Dansuk, Banu Dane, Veri Toplama veya İşleme: Fulya Özkal, Taner Molla, Analiz veya Yorumlama: Banu Dane, Gonca Batmaz, Literatür Arama: Gonca Batmaz, Yazan: Gonca Batmaz, Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu tarafından değerlendirilmiştir, Çıkar Çatışması: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir, Finansal Destek: Çalışmamız için hiçbir kurum ya da kişiden finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

- Artunç Ülkümen B, Pala HG, Aktenk F, Bülbül Baytur Y. Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları. *Ege Tıp Dergisi* 2014;53:88-91.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Obstetrical hemorrhage. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, editors. *Williams Obstetrics*. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2009:757-803.
- Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:1341-6.
- Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012;33:244-51.
- 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;13:175-90.
- Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284:47-51.
- Bhatt AD, Meena A, Desai MR. Maternal and perinatal outcome in cases of placenta previa. *IJSR* 2014;3:299-301.
- Marasinghe JP, Condous G. Uterine compression sutures for post-partum bleeding with atony; modification of the B-Lynch suture. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49:67-70.
- Palacios-Jaraquemada JM. Efficacy of surgical techniques to control obstetric hemorrhage: analysis of 539 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1036-42.
- Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006;107:927-41.
- Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1045-9.
- Zlatnik MG, Cheng YW, Norton ME, Thiet MP, Caughey AB. Placenta previa and the risk of preterm delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:719-23.
- Zahn CM, Yeomans ER. Postpartum hemorrhage: placenta accreta, uterine inversion and puerperal hematomas. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:422-31.
- Thia EW, Lee SL, Tan HK, Tan LK. Ultrasonographical features of morbidly-adherent placentas. *Singapore Med J* 2007;48:799-802.
- Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001;10:414-9.
- Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Placenta previa in singleton and twin births in the United States, 1989 through 1998: a comparison of risk factor profiles and associated conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:275-81.
- Ananth CV, Wilcox AJ, Savitz DA, Bowes WAJr, Luther ER. Effect of maternal age and parity on the risk of uteroplacental bleeding disorders in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996;88: 511-6.
- Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:89-96.
- Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. *Croat Med J* 2003;44:728-33.
- Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99:976-80.
- Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H, Yayla M, Yıldırım Z. Plasenta previa: Obstetrik risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12:113-6.
- Dola CP, Garite TJ, Dowling DD, Friend D, Ahdoon D, Asrat T. Placenta previa: does its type affect pregnancy outcome? *Am J Perinatol* 2003;20:353-60.
- Demirci O, Tugrul AS, Yılmaz E, Tosun Ö, Demirci E, Eren YS. Emergency peripartum hysterectomy in a tertiary obstetric center: nine years evaluation. *J Obstet Gynaecol Res* 2011;37:1054-60.
- Tikkanen M, Paavonen J, Luokovaara M, Stefanovic V. Antenatal diagnosis of placenta accreta leads to reduced blood loss. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2011;90:1140-6.