

# Majör Bir Obstetrik Risk; Plasenta Previa Perkreta-Olgu Sunumu

A MAJOR OBSTETRIC CHALLENGE, PLACENTA PREVIA PERCRETA, CASE REPORT

Tijen ERÇAL\*, Selman LAÇİN\*, Turhan USLU\*, Meral KOYUNCUOĞLU\*\*

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi 'Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, "Patoloji ABD, İZMİR

## ÖZET:

**Amaç:** Bir olgu nedeniyle, oldukça az rastlanan ancak morbidite ve mortalitesi yüksek olabilen plasenta previa/perkretanın preoperatif tanı ve tedavi yaklaşımlarını tartışmak.

**Çalışmanın Yapıldığı Yar:** Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İZMİR.

**Olgu Sunumu:** 33 yaşında, 38 haftalık G03P1A1Y1 eski sezeryan ve plasenta previa totalis sebebi ile elektif koşullarda sezeryana alınan ve plasenta perkreta saptanan olguya intraoperatif masif hemoraji nedeni ile bilateral internal iliak arter ligasyonu ve histerektomi uygulandı.

**Sonuç:** Bu patolojinin preoperatif tanısında yararlanılabilecek yöntemler ve medikal ve cerrahi tedavi yaklaşımları literatür bilgileri ışığında gözden geçirildi.

**Anahtar Kelimeler:** Plasenta perkreta, Plasenta previa

T Klin Jinekoloj Obst 1996, 6:50-52

## SUMMARY

**Objective:** Here we report a rare case with placenta previa/percreta and discuss the preoperative diagnostic methods and therapeutic regiments.

**Institution:** DokuzEylül University, Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology İZMİR.

**Case report:** in a 33-years old woman with a gestation of 38 weeks, placenta percreta was diagnosed during cesarean section performed under elective conditions because of placenta previa and previous ceserean. Control of massive hemorrhage was achieved by bilateral internal iliac arter ligation and total hysterectomy.

**Conclusion:** We discussed the preoperative diagnostic methods and medical and surgical therapeutic regiments according to the literature.

**Key Words:** Placenta percreta, Placenta previa

T Klin J Gynecol Obst 1996, 6:50-52

Plasenta akreta gebeliğin nadir komplikasyonlarından biridir. Plasentanın desiduaı aşarak myomethuma uzandığı bu patoloji başlıca 3 şekilde karşımıza çıkar.

I) Plasenta akreta vera; koryon villusları myometriuma tutunmuş ancak tam olarak invaze etmemiştir.

II) Plasenta inkreta; koryon villusları myometriumu kısmen invaze etmiştir.

III) Plasenta perkreta; koryon villusları tüm myometriumu invaze etmiş, serozaya uzanmıştır. Villusların buradan komşu organlara örneğin mesaneye de invaze olabileceği gösterilmiştir (1). Spontan uterin rüptür ve

intraoperatif masif kanamalara ve fertilitenin feda edilmesine neden olabilen bu durumun preoperatif tanınması ve tedavi yaklaşımlarının iyi bilinmesi mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

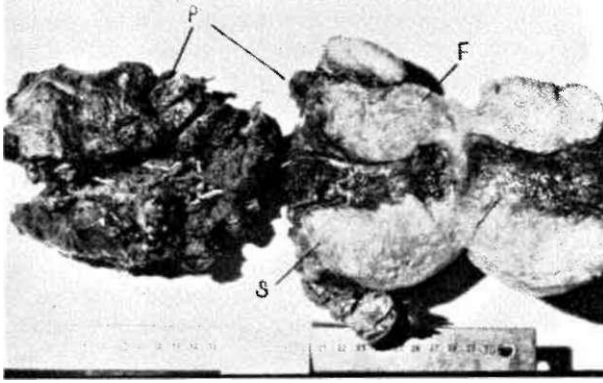
## OLGU

N. E. 33 yaşında, 38 hf. Gb3P1A1Y1 16.haftada yapılan rutin kontrollerde USG ile plasenta previa totalis tanısı kondu. 3 yıl önce plasenta previa nedeniyle sezeryan (C/S) operasyonu geçiren hastanın özgeçmişinde başka bir özellik yoktu. Hasta 38. haftada eski C/S, plasenta previa ve perkreta şüphesi tanılarıyla 3 ünite kan hazırlanarak elektif sezeryana alındı. Batın açıldığında, visseral peritonun alt segmentte uterus yüzeyinden kabardığı ve 10-15 cm çaplı bir alanda yoğun vaskülarizasyon gösterdiği görüldü. Vasküler bölgenin üst sınırından uterus transvers açıldı ve plasenta aşılarak fetusa ulaşıldı. 3250 gr. canlı bebek doğurtuldu, 1. dakika apgar 7 idi. Ardından plasentanın tüm segmenti ve intemal os u invaze ettiği ve yerinden ayrılmadığı

**Geliş Tarihi:** 13.6.1995

**Yazışma Adresi:** Dr.Tijen ERÇAL  
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,  
İZMİR

Su makale 2-6 Haziran 1995'de Antalya'da düzenlenmiş olan 1. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Kongresinde sunulmuştur.



Şekil 1. Plasenta Perkreta  
S: Serviks, F: Fundus, P: Plasenta

Figüre 1. Placenta percreta.



Şekil 2. Plasenta Perkreta  
S: Serviks, P: Plasenta, SK: Servikal Kanal

Figüre 2. Placenta percreta.

görüldü. Plasentanın yerinden ayrılması için yapılan müdahale esnasında ortaya çıkan abondan kanama sebebiyle bilateral iliak internal arter ligasyonu yapıldı. Mesane ve diğer pelvik dokulara invazyon yoktu. Uterus ön duvarına sıkıca yapışık olan mesane dekole edildikten sonra total histerektomi yapıldı, intra ve postoperatif 5 ünite kan transfüzyonunu takiben hasta 5. günde şifa ile taburcu oldu. Operasyon materyalinin patolojik incelenmesi sonucunda plasenta perkreta olduğu rapor edildi (13650/94) (Şekil 1-2).

## TARTIŞMA

Plasenta perkreta 540 doğumda bir ile 93.000 doğumda bir arasında değişmekle beraber ortalama olarak 1500-2000 doğumda bir görülmektedir (1,2).

Açıklayıcı sebep olarak ise plasental yerleşim yerindeki desidualizasyonun yetersizliği ve yeterli beslen-

me gereksiniminin karşılanabilmesi için villusların desidualizasyonunun derin tabakalarına invaze olduğu ileri sürülmektedir. Literatürde pek çok araştırmacı plasenta perkreta ile plasenta previanın ilişkisine dikkat çekmişlerdir. Alt segmente yerleşen plasentanın fundusa oranla daha az kanlanması muhtemeldir. Yine, geçirilmiş sezeryan operasyonları da myometriyumda skar dokusu oluşturarak buradaki desidualizasyonu bozmaktadır. Daha önce bir C/S operasyonu geçiren ve plasenta previası olan vakalarda plasenta akreta görülme oranının % 24, sezeryan ikiden fazla olduğunda ise % 48 olduğu bildirilmiştir (1, 2, 3). Bizim vakamızın özgeçmişinde de bir C/S operasyonu ve hem önceki hem de bu gebeliğinde plasenta previa vardı. C/S operasyonundan başka, myomektomi, küretaj, daha önce plasentanın elle çıkarılması gibi uterusu içten ve dıştan yapılan müdahaleler sonrasında da plasental insersiyon ve invazyon anomalilerinin geliştiği bildirilmiştir. Bazı yayınlara göre ise 6 ya da daha fazla parite de plasental invazyon anomalisi gelişmesinde bağımsız bir risk faktörü olabilmektedir. Bunların hepsi uterin kanlanmanın, diğer bir deyişle desidualizasyonun bozulmasına örnek teşkil etmektedir (3, 4).

Olgularda invazyon anomalisine insersiyon anomalisi eşlik etmiyorsa doğumun 3. dönemine kadar genellikle bir sorun çıkmamaktadır. Bu dönemde ise plasentayı yerinden ayırmaya yönelik müdahalelerle hayatı tehdit eden kanamalar ortaya çıkabilmektedir. Meşene, ligamentum latum ve barsak invazyonu olan vakalarda operatif mortalitenin % 6.5 kadar yüksek olabileceği bildirilmiştir (2). Nadiren doğum anında ya da 3. dönemde uterus rüptürü de görülebilmektedir. Kimi zaman bu rüptür spontan ve beklenmedik bir şekilde 2. ya da 3. trimesterde de ortaya çıkabilir (3). Olgumuzun gebeliğinin 26. ve 35. haftalarında lekelenme tarzında vaginal kanaması olmuş ve yatak istirahatiyle geçmiştir.

Plasenta perkreta olgularının gebelik terme ulaşmadan tanısını koymak ultrasonografi (USG) ile mümkün olabilmektedir. Preoperatif tanıda yardımcı olabilecek USG bulguları şunlardır (5):

- I. Retroplasental myometrial hipoekoik zonun kaybolması.
- II. Uterus mesane sınırının düzensiz olması.
- III. Uterustan dışarı doğru uzanan fokal papiller yapıların gözlenmesi.
- IV. Spontan rüptür olgularında batında serbest sıvı gözlenmesi.

Katz ve arkadaşları plasental invazyon anomalilerinin olduğu olgularda maternal serum a fetoprotein'in (MSaFP) yüksek bulunduğunu bildirmişlerdir (4). Daha sonra başka araştırmacılar da açıklanamayan MSaFP yüksekliği tespit edilen olgularda plasenta akreta, inkreta ve perkreta'nın düşünülmesi gerektiğini söylemişlerdir. Olgumuzda ne maternal kanda, ne de amniyotik sıvıda aFP bakılmamıştı.

Plasenta perkreta olgularında mesane invazyonu söz konusu ise hematüri atakları tanımlanmaktadır. Olgumuzun gebelik süresince yapılan idrar analizlerinde hematüri tespit edilmemişti.

Risk faktörü taşıyan şüpheli olgularda USG dışın-da bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) incelemesi yapılması önerilmektedir.

Tanı konulan veya şüphelenilen vakalarda geniş cerrahiye hazırlıklı girilmesi gerekmektedir. Uterus kesinin transvers ya da vertikal olması, plasentanın uterus ön yüzünün de büyük bölümünü kapladığı durumlarda (olgumuzda olduğu gibi) cerrahın tercihinine bağlıdır. Her iki keşide de genellikle transplasental müdahale gerekecektir. Fertilitenin korunmasının gerektiği vakalarda ise total histerektomi uygun tedavi şekli olacaktır. Bu aşamada en büyük potansiyel tehlikelerden biri mesane dokusunun invazyonudur. Bu olasılığın preoperatif tetkiklerle ortaya konulduğu olgularda operasyonda bir ürologun konsültasyonuna gereksinim duyulabileceği de akıldan çıkarılmamalıdır.

Literatürde fertilitenin ve uterusun korunması amacıyla plasentanın yerinde bırakıldığı konservatif yaklaşımda ise başarı açısından değişik oranlar bildirilmiştir. Legro ve arkadaşları CT ve MR ile tanı konulan bir plasenta perkreta vakasında doğum sonrasında plasentayı yerinde bırakarak 10 gün süre ile, 10 mg/kg methotrexate tedavisiyle başarılı olmuşlar ve bu hastanın daha sonra normal bir gebeliği takiben normal spontan vaginal doğumla bir çocuk sahibi olduğunu bildirmişlerdir (5). Jaffe ve arkadaşları ise mesane tutulumu da olan bir vakada geniş cerrahiden kaçınmak için konservatif davranarak methotrexate tedavisi uygulamışlar ancak başarılı olamadıklarını ve reoperasyon gerektiğini bildirmişlerdir.

## SONUÇ

Geçirilmiş sezeryan operasyonunu takiben plasenta previanın görülmesi halinde klinisyenin anormal plasental invazyonu da aklına getirmesi gerekmektedir. Preoperatif şüpheli olgularda MSaFP bakılmalı detaylı USG hatta BT veya MR yapılmalı ve bu olgularda operasyona en az 5 ünite kan temin edilerek girilmelidir. Fertilitenin korunmasının gerektiği olgularda histerektomi seçilen tedavi şekli olmaktadır. Henüz çocuk sayısını tamamlamamış olgularda fertilitenin devamı için plasentanın yerinde bırakılıp methotrexate verilerek takip edilmesi konusundaki çalışmalar henüz yetersizdir.

Son olarak bu patolojinin ortaya çıkma şansı, geçirilmiş sezeryan operasyonu sayısı ile korelasyon gösterdiğinden, obstetrik başka bir endikasyon yok ise sezeryan sonrası normal doğum fikri haklı gözükmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Klotz PG, Khalaff HM. Placenta percreta involving the bladder: report of two cases. J Urol 1989; 141:938-9.
2. Klotz PG, Khalaff HM. Placenta percreta involving the bladder: report of two cases. J Urol 1989; 141:938-9.
3. Jaffe R. et al. Failure of methotrexate treatment for term placenta percreta. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:558-9.
4. Nagy SP. Placenta percreta induced uterin rupture and resulted in intraabdominal abortion. Am J Obstet Gynecol 1989; 161:1185-6.
5. Katz VL, Chescheir NO, Cefalo RC. Unexplained elevations of maternal serum alpha-fetoprotein. Obstet Gynecol Surv 1990; 45:719-26.
6. Legro LS et al. Non surgical management of placenta percreta: a case report. Obstet Gynecol 1994; 83:847-9.