

# Plasenta İnvazyon Anomalisi Saptanan 6 Olgunun Retrospektif Analizi

## RETROSPECTIVE ANALYSIS OF SIX CASES OF PLACENTAL INVASION ABNORMALITY

Hüsnü ÇELİK\*, Ekrem SAPMAZ\*, Mehmet ŞİMŞEK\*, Niyazi TUĞ\*\*\*  
Bengü ÇOBANOĞLU\*\*, Bilgin GÜRATESH\*, Aygen ALTINGÜL\*\*\*

\* Yrd.Doç.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

\*\* Arş.Gör.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

\*\*\* Arş.Gör.Dr., Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ELAZIĞ

### Özet

**Amaç :** Kliniğimizde dört yıllık süre içerisinde plasenta invazyon anomalisi saptanan vakaların retrospektif analizinin yapılması.

**Materyal metod:** 1997 Eylül – 2001 Ağustos tarihleri arasında kliniğimize gebelik yada postpartum dönemde başvuran ve histopatolojik olarak tanısı kesinleştirilen plasental invazyon anomalisine sahip olgularımızın retrospektif analizi yapıldı.

**Bulgular.** Kliniğimizin dört yıllık vaka analizinde plasental invazyon anomalilerinin insidansı yaklaşık 1.2 : 1000 olarak tespit edildi. Tanı, olgularımızın birinde preoperatif değerlerinde intraoperatif olarak olarak düşünüldü. Biri postpartum massif kanama diğeri uterin rüptür nedeniyle iki olguda subtotal histerektomi yapıldı. Olgularımızın ikisi total plasenta previa, üçü anterior alt segment yerleşimli plasenta, biri posterior normal yerleşimli idi. Kanama kontrolü amacıyla bir olguda bilateral hipogastrik arter ligasyonu üç olguda 1 no krome katüt ile çapraz süturlar ve foley balon tamponat yöntemi kullanıldı. Bir olgumuzda vezikovaginal fistül gelişti.

**Sonuç:** Plasental invazyon anomalileri anne ve fetus hayatını tehdit edebilen önemli bir obstetrik problemdir. Geçirilmiş sezaryan skarları bu tablo için önemli bir risk faktörüdür. Tedavisinde öncelikle koruyucu yöntemler denenmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Plasenta invazyon anomalileri

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:232-235

### Summary

**Objective:** Our goal was to analyse the placental invasion abnormality cases in our clinic during last four years.

**Methods:** Placental invasion abnormality cases which were applied to our clinic between september 1997 and august 2001, in their pregnancy or postpartum periods with histopathologically proven diagnosis were analysed retrospectively.

**Results:** Four year analysis of placental invasion abnormalities in our clinic revealed the incidence of such cases as 1.2/1000. Diagnosis was suspected preoperatively in one case and intraoperatively in the remaining three cases. Subtotal hysterectomy was performed in two cases one of which was due to postpartum massive bleeding and the other was due to uterine rupture. Placental localization of the cases were placenta previa totalis in two and anterior low lying placenta in three cases, where as remaining one case had posteriorly located placenta. Hypogastric artery ligation was made in one case and cross sutures with No:1 chromic catgut and foley-balloon tamponade was performed in three cases in order to control bleeding. One case was complicated by vesicovaginal fistula.

**Conclusion:** Placental invasion abnormalities constitute a serious life threatening obstetrical problem for both mother and fetus. Previous caesarean section scars are important risk factors for this clinical condition. Conservative treatment modalities must be tried in its management.

**Key Words:** Placental invasion abnormalities

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:232-235

Plasenta invazyon anomalileri (PIA) günümüzde anne ve fetus hayatını tehdit edebilen nadir ancak önemli obstetrik problemlerden birisidir. İnsidansı 1:540 ve 1:93.000 arasında değişir (1,2). Bu grupta plasenta perkreta, akreta ve inkreta gibi invazyon anomalileri yer alır. İsimlendirmeler plasental villusların myometriyumdaki invazyon derinliğine göre yapılır. İnvazyon sadece yüzeysel myometriyumda ise akreta, myometriyumu invaze etmiş ise inkreta, serozaya kadar ilerlemiş yada komşu yapıları tutmuş ise perkreta olarak adlandırılır (3). Reprodüktif yaşlarda olması ve bazı durumlarda geniş cerrahi girişim

gerektirmesinin yanısıra postpartum kanama, kan tranfüzyon gereği ve artmış operatif morbitide plasenta invazyon anomalileri ile ilişkilendirilmiş diğer durumlardır. Yapılan çalışmalarda acil postpartum histerektomiye gerekli kılan en önemli risk faktörlerinden birisi olarak tanımlanmıştır (4). İnvazyondaki bu anormal gelişme plasenta altında bulunan desidua bazalisin tam yada kısmen yokluğu nedeniyle plasental villusların myometriyuma yapışmasına ve invazyonuna bağlanmaktadır (3). Bu duruma sebep olan olaylar başta sezaryan olmak üzere geçirilmiş uterin operasyonlar, intrauterin girişimler, enfeksiyonlar ve grand

multiparitedir. Özellikle geçirilmiş sezeryan (C/S) ile yakından ilişkili olduğu bildirilen çalışmalarda, geçirilmiş sezeryan sayısı ile de yakından ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (5).

Bu çalışmada kliniğimizde PIA tespit edilen olgularımızın özellikleri, tanı ve tedavisindeki deneyimlerimizin sunulması amaçlandı.

### Materyal ve Metod

1997 Eylül – 2001 Ağustos tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine gebelik yada postpartum dönemde başvuran önce klinik olarak PIA düşünülen daha sonra histopatolojik olarak tanısı kesinleştirilen olgularımızın retrospektif analizi yapıldı. Bu kapsamda hastaların sosyodemografik özellikleri, obstetrik anamnezleri, uterusu yönelik cerrahi girişimler, geçirilmiş C/S operasyonu gibi PIA için bilinen risk faktörü olan durumlar, tedavisine yönelik girişimler ve postoperatif kısa dönemde olan gelişmeler yönünden incelendi. İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistik kullanıldı.

### Bulgular

Kliniğimizin dört yıllık vaka analizinde plasenta invazyon anomalilerinin insidansı yaklaşık 1.2: 1000 olarak tespit edildi.

Olgularımızdan birisi hariç diğerlerinin tamamında invazyon anomalisi intraoperatif olarak düşünüldü ve postoperatif materyalin histopatolojik incelenmesiyle tanı kesinleştirildi (%83). Sadece bir olgumuzda rutin ultrasonografik inceleme sırasında plasenta ve myometriyum arasında yoğun damarlanma artışı tespit edilmiş ve ön tanı doppler ile kuvvetlendirilmiştir (%17).

Olgularımızın birisi postpartum kanama ön tanısıyla kliniğimize refere edilen ve massif kan transfüzyonu yapılan, cerrahi öncesi küretaj, foley balon tamponat ve uterotonik tedavi gibi uterusu koruyucu girişimlere cevap vermeyen bir olgu olup acil histerektomi yapılmıştır. Kalan tüm hastalar geçirilmiş C/S nedeniyle sezeryan yapılan olgular olup plasentanın zor ayrılması ve yapışma bölgesinde düzensizlik ile beraber bu bölgeden fazla miktarda kanama olması üzerine PIA'den şüphelenilen olgular (%83).

İki olguda total plasenta previa (%33), üç tanesinde anterior yerleşimli alt segment plasenta (%50) tespit edildi. Kliniğimize postpartum dönemde başvuran hastada ise plasentanın posterior normal yerleşimli olduğu tespit edildi.

Olgularımızdan birisi 34.gebelik haftasında durdurulamayan preterm eylem olup diğerleri 37. hafta ve üzeri miadında gebeliklerdi. Bu olgumuzda ayrıca geçi-

rilmiş submukoz myom rezeksiyonu anamnezi mevcuttu (%17).

Postoperatif dönemde plasenta ayrılma bölgesinden olan kanamaları durdurabilmek için olgulardan birinde bilateral hipogastrik arter ligasyonu, ikisinde 1 no krome ile çapraz (Z) sütür, birinde ise sadece foley balon kateter kullanıldı.

En uzun hastanede kalma süresine sahip 5 nolu olgumuz C/S sırasında mesanenin invaze olduğu bir plasenta perkrata olgusuydu. Miadında gebelik + Uterin rüptür ön tanısıyla acil C/S yapılan olguda kısmen mesaneye invazyon yapan plasenta perkrata ile beraber uterin rüptür tespit edildi. Sezeryanı takiben subtotal histerektomi yapılan olguda postop 6. günde vezikovaginal fistül tespit edildi. Tüm olgular vital bulguları stabil olarak şifa ile taburcu edildi.

Olgularımızın sosyodemografik özellikleri, PIA yönünden risk faktörleri, intra ve postoperatif dönemde yapılan girişimler ve prognoz yönünden değerlendirmeleri Tablo 1'de gösterildi.

### Tartışma

PIA'nın tanısı histopatoloji ile kesin olarak konulabilir. Histopatolojide villusların miyometriyum içine invazyonu tipiktir (Şekil 1). Bununla birlikte özellikle predispoze durumların varlığında PIA'ni akılda bulundurarak yapılan incelemeler ile de tanı konulabilir.

Daha önceki çalışmalarda maternal kanda, alfa fetoprotein yükselmesi, magnetik rezonans ve renkli doppler gibi yardımcı tanı araçlarıyla tanı konulabileceği bildirilmiştir (6-8). Biz olgularımızın biri hariç diğer hiçbirisinde PIA düşünerek herhangi bir tanı aracı kullanmadık. Olgularımızdan birisinde (5 nolu olgu) rutin birinci düzey USG yapılırken plasenta ve myometriyum arasında yoğun anormal damarlanma göze çarpmış ve renkli doppler ile ön tanı konfirme edilmiştir. Bu olgumuz daha sonra gebelik + vaginal kanama şikayeti ile başvurmuş ve uterin rüptür tanısı konmuştur. Postoperatif histopatolojik inceleme ile PIA tanısı kesinleştirilmiştir. Çalışmamızda bu olgu hariç diğerlerinde invazyon anomalisi intraoperatif olarak düşünülmüş ve tanıları histopatolojik inceleme ile kesinleştirilmiştir.

Çoğu kez doğum yada C/S sırasında plasenta invazyon anomalisini düşündürebilecek bazı önemli bulgu ve ipuçları olabilmektedir. Bunlar doğumdan sonra beklenen süre içerisinde plasentanın tam ayrılmaması ile birlikte devam eden kanama, uterin kavitenin kontrolü sırasında plasenta implantasyon bölgesinde tespit edilen düzensizlik, sezeryan sırasında anormal plasentasyondur (9).

Olgularımızın biri hariç (6 nolu olgu) diğerlerinde ya plasenta previa yada anterior alt segment yerleşimli plasenta nedeniyle plasentanın uterustaki eski C/S insizyon skarı

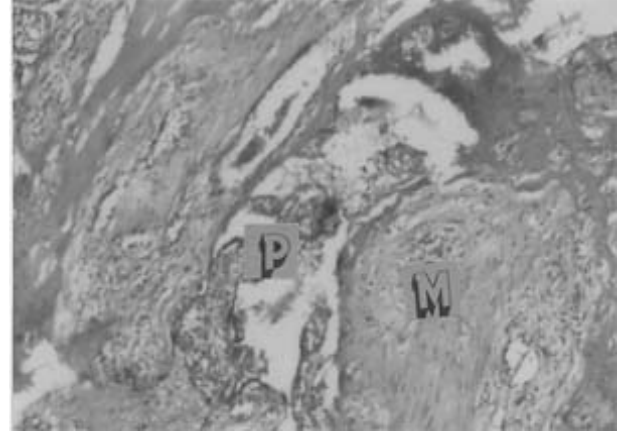
**Tablo 1.** Olguların sosyodemografik özellikleri, PİA yönünden risk faktörleri, intra ve postoperatif dönemde yapılan girişimler

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5	Olgu 6
Yaş (yıl)	27	36	21	34	30	42
Doğum (adet)	3	3	1	6	4	9
Düşük(adet)	1	2	0	4	2	3
Küretaj (adet)	1	2	0	1	1	3
Daha önceki geçirilmiş C/S sayısı (adet)	2	1	1	2	2	0
Plasenta lokalizasyonu	Total Plasenta previa	Anterior alt segment	Total Plasenta previa	Anterior alt segment	Anterior alt segment	Bilinmiyor
Başvuru şikayeti	Gebelik ve kanama	Preterm Eylem ( 34W )	Gebelik ve kanama	Ağrılı miyadında gebelik	Gebelik ve kanama	Postpartum kanama
Komplikasyon	-	Postop. aktif vaginal kanama	-	-	Veziko vaginal fistül	-
Kan transfüzyonu	2U	-	-	-	4U	6 Ü
Kanamayı durdurmaya yönelik ilave girişimler	Bilateral Hipogastrik arter ligasyonu	İntrauterin balon tamponat	Çapraz sütür + İntrauterin balon tamponat	Çapraz sütür + İntrauterin balon tamponat	-	-
Postop. Hastanede kalış süresi	6	5	5	5	22	5

ile ilişkisi mevcuttu. C/S yapılan olguların tamamında operasyon sırasında anormal plasenta görünümü mevcuttu. Hepsinde plasantanın çıkarılması sırasında plasentanın tamamen ayrılmadığı ve uterus duvarı ile plasenta arasında yapışıklıklar olduğu gözlemlendi. 6 nolu olgumuz ise postpartum kanama şikayeti ile kliniğimize refere edilmiş bir olgudur. Bu olgumuzda grand multiparite dışında herhangi bir risk faktörüne rastlanmadı.

Plasenta invazyon anomalileri reproduktif döneme ait bir durumdur. Bu sebeple uterusun korunması önemlidir. İki olgumuzda olduğu gibi sonuç bazen subtotal histerektomi ile sonuçlansa da bu hastalarda çoğu kez uterusun korunması mümkün olabilmektedir. Bunlardan en önemlisi operasyon sırasında kanamanın azaltılması amacıyla bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve balon tamponattır (10). Bu yöntemde yaklaşık 30-40 cc serum fizyolojik ile şişirilen foley balon, kanama alanlarını tamponlayacak şekilde kavite içerisinde bırakılır ve serviksten çıkarılan foley balonun ucu hastanın uyluk iç yüzüne flaster ile tespit edilir. İstenildiği zaman kateterin şişirilmiş balonu indirilerek kolayca çıkarılabilir. Biz olgularımızda foley balon kateteri uterus içinde yaklaşık 12 saat tutuyoruz. Bunun sebebi bu süre sonunda kateterin çekilmesinden hemen sonra olası herhangi bir kanama şüphesinde hastanın spekulum muayenesinin kolayca yapılabilmesi düzeyde mobilize olabilesidir. Biz ayrıca bu olgularda çoğu kez plasenta ayrılma bölgesinden olan kanamaları azaltmak amacıyla 1 no krome katküt ile çapraz sütürlar uygulamaktayız. Çapraz sütür; bir diğer adıyla "Z" sütür, ulaşabildiğimiz oranda en çok kanayan bölgelere uyguladığımız bir yöntemdir.

Literatürde bildirildiği gibi bizim olgularımızda da PİA'leri plasenta previa yada alt segment yerleşimli



**Şekil 1.** Plasenta inkreata. Plasentanın myometriyum içine girdiği görülmektedir. M: Miyometriyum, P: Plasenta (X 10).

plasenta ile sıklıkla beraberlik göstermektedir (9). Daha farklı bir anlatımla olguların hemen tamamında plasentalar uterusdaki eski insizyon skarları ile bir şekilde ilişkili bulunmuştur.

Üzerinde durulması gereken son nokta histopatolojik değerlendirmedir. Biz birkaç olgumuzda plasenta ile myometriyum arasında oldukça fazla miktarda belirgin yapışma alanları olduğunu tespit etmekle birlikte histopatolojik değerlendirme sonucunda PIA gösterilemedi. Bunun sebebi plasental dokunun tek başına histopatolojiye gönderilmesi yada invazyon alanlarının histopatologlar tarafından yeterli miktarda şüpheli alanın çalışılmaması olmasına bağlı olabilir. Zira myometriyum içine trofoblastik invazyonu gösterebilmek için plasenta ile birlikte myometriyal dokununda bulunması gerekir. Böyle bir durum için en uygun materyal histerektomi materyali-

dir. Ancak 4 olgumuzda olduğu gibi tanı C/S sırasında çıkarılarak gönderilen plasenta üzerindeki küçük myometriyum parçalarının değerlendirilmesi ile de konulabilir. Bu tanı için bir avantaj sağlarken yeterli alanın incelenememesine bağlı histopatolojik tanının daha az konulması gibi bir dezavantajda beraberinde getirmektedir.

İnsidansımız Breen JL ve arkadaşları tarafından bildirilen literatür aralığında olmakla birlikte bu çalışmada bildirilen üst sınıra yakındır (1). Ancak Ota Y ve arkadaşlarının bildirdiği değerlere oldukça yakındır (2).

Olgularımızın hemen hepsinde daha önceden “geçirilmiş C/S operasyonu” öyküsünün bulunması, son yıllarda C/S oranlarında olan artışlar ve bölgemizde referans hastanesi olmamız insidansımızdaki bu yüksekliği açıklayabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Breen JL, Neubecker R, Gregori CA, Franklin JE Jr. Placenta accreta, increta, and percreta: a survey of 40 cases. *Obstet Gynecol* 1977;49:43-7.
2. Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I, Tanaka S, Kawatsu T, Oishi A, Yasuda S, Inaba N. Placenta accreta/increta. Review of 10 cases and a case report. *Arch Gynecol Obstet* 1999 ; 263: 69-72.
3. Fox H. Pathology of the placenta. London. WB Saunders, 1978:50-72.
4. Wenham J, Matijevic R. Post-partum hysterectomies: revisited. *J Perinat Med* 2001; 29:260-5.
5. Zaki ZM, Bahar AM, Ali ME, Albar HA, Geraiis MA. Risk factors and morbidity in patients with placenta previa accreta compared to placenta previa non-accreta. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1998 ; 77 : 391-4.
6. Maldjian C, Adam R, Pelosi M, Pelosi M 3<sup>rd</sup>, Rudelli RD, Maldjian J. MRI appearance of placenta percreta and placenta accreta. *Magn Reson Imaging*. 1999 ; 17: 965-71.
7. Butler EL, Dashe JS, Ramus RM. Association between maternal serum alpha-fetoprotein and adverse outcomes in pregnancies with placenta previa. *Obstet Gynecol*. 2001; 97 :35-8.
8. Chou MM, Ho ES, Lee YH. Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2000 ; 15 : 28-35.
9. Still D K. Postpartum hemorrhage and other problems of the third stage. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, Gonic B, eds. High risk pregnancy management options. W. B. Saunders Company, London, 1997: 1167-81.
10. Johanson R, Kumar M, Obhrai M, Young P. Management of massive postpartum haemorrhage: use of a hydrostatic balloon catheter to avoid laparotomy. *BJOG* 2001; 108 : 420-2.

**Geliş Tarihi:** 20.09.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Hüsni ÇELİK  
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ELAZIĞ