

İkinci trimester gebelik terminasyonunda plasenta inkreta nedeniyle masif uterin kanama: Olgu sunumu

Mustafa ÖZTÜRK (*), Uğur KESKİN (**), Murat DEDE (**), Müfit Cemal YENEN (**)

ÖZET

Bu makalede, gebelik terminasyonu işlemi esnasında plasenta inkreta nedeniyle oluşabilecek masif hemoraji hakkında bilgi vermek ve tedavi yönteminde hızlı karar vermenin önemini vurgulamayı amaçladık. Onsekiz haftalık gebede anhidramnios ve fetal kalp atımının olmadığı tespit edildi. Hastaya gebelik terminasyonu işlemi uygulanması sırasında masif vaginal kanama izlenmesi nedeniyle histerotomi yapıldı. Plasenta inkreta izlenmesi ve kanamanın kontrol altına alınamaması nedeniyle histerektomi yapıldı. İkinci trimester gebelik terminasyonlarında plasenta insersiyon anomalisi açısından dikkatli olunmalıdır. Erken tanı ve müdahale ile morbidite ve mortalitesi azaltılabilir.

Anahtar Kelimeler: Müdahaleli Abort, Masif uterin hemoraji, Plasenta inkreta

SUMMARY

Massive Obstetric Hemorrhage Due to Placenta Increta During Second Trimester Pregnancy Termination : A Case Report

In this case report, we aimed to inform about massive hemorrhage due to placenta increta during the abortion process and emphasize the importance of fast decision making in management. An eighteenth week pregnant woman was diagnosed with anhydramnios and absence of fetal heart pulse. Due to massive vaginal bleeding during pregnancy termination procedure, hysterotomy was decided and performed immediately. Failure to achieve bleeding control and detection of placenta increta led to hysterectomy. In the termination procedure of the second trimester pregnancy anomalies of placenta insertion should be thoroughly considered. Morbidity and mortality can be avoided with early diagnosis and fast decision making for management.

Key words: Induced Abort, Massive Uterine Hemorrhage, Placenta Increta

Giriş

Plasenta insersiyon anomalileri desidua bazalisin bölgesel ya da yaygın yetersizliği ile karakterize bir durumdur. Plasenta akkreta; villusların myometriyuma kadar yaklaştığı, ancak içine invaze olmadığı, plasenta inkreta; villusların miyometriyumun içine invaze olduğu ve plasenta perkreta; plasentanın myometriyumu tümü ile geçerek serozaya kadar ulaştığı patolojilerdir (1).

Plasenta insersiyon anomalilerinin insidansı 2500 doğumda 1 görülmektedir (2). Plasenta inkreata nadir fakat yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur. İlk belirtiler sıklıkla 3. trimesterde vaginal kanama ile başlar. Ancak, plasenta inkreata ilk trimester ve erken trimester gebelik kayıplarında da görülebilir ve tanı koyması zordur (3).

Plasenta inkreta etyolojisi tam bilinmemekle birlikte, plasenta previa öyküsü, önceden sezaryen, geçirilmiş küretaj işlemi, multiparite, ileri anne yaşı suçlanmaktadır (4).

Bizim olgumuzda ise; ikinci trimesterde müdahaleli geç abortus işlemi için misoprostol uygulanmış, işlem esnasında plasenta inkreta'ya bağlı masif hemoraji gelişmiş ve histerektomi uygulanmıştır.

Olgu Sunumu

29 yaşında, paritesi 2, gravidası 1 olan 18 haftalık gebe kliniğimize suyunun gelmesi şikayeti ile başvurdu. 5 yıl önce sezaryen ile doğum yapmış ve 2 yıl öncede unemiyonik gebelik nedeniyle dilatasyon küretaj işlemi uygulanmıştır. Bir gün öncesinde suyunun geldiğini belirten hastanın geldiğinde ateş 36°C, tansiyon arteriyel 110/70 mmHg, nabız 84/dk, biyokimyasal parametrelerinde; Hemoglobin 11.2 g/dL, Hematokrit 33 %, WBC 7200 olarak tespit edildi. Yapılan ultrasonografide 18 hafta ile uyumlu, anhidramnionik ve fetal kalp atımı izlenmeyen fetus izlendi. Plasenta alt segment yerleşimli ve servikal ostiumdan uzak olarak değerlendirildi. Anhidramnios nedeniyle ayrıntılı obstetrik ultrasonografi ve plasental değerlendirme yapılamadı. Abdominal ultrasonografide serviks kapalı ve 5 cm uzunlukta olduğu görüldü.

Hasta müdahaleli geç abortus işlemi için kliniğe yatırıldı ve 100 mcg misoprostol ile 6 saat aralarla vaginal yoldan posterior fornixse yerleştirilerek uygulanmaya başlandı (5).

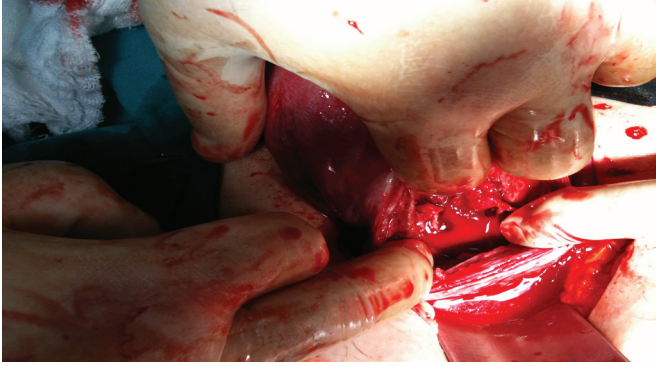
İkinci doz uygulaması sonrası, hastanın kanama şikayeti olması üzerine muayeneye alındı. Spekulum muayenesinde; masif, fışkırır tarzda kanama izlendi ve hastanın muayene masasında kooperasyonu kayboldu. Yapılan abdominal ultrasonografide batında mayii izlenmedi. Tansiyon arteriyel 50/20 mmHg, nabız filiform tarzda hissedildi. Tam kan, fibrinojen ve kan transfüzyonu için 'cross' kanı alındı. Laparotomi kararı verildi. 10 dakika içinde operasyona başlandı. Operasyonda histerektomi uygulanarak kavite boşaltıldıktan sonra plasentanın alt kısmında, uterin arterden olduğu düşünülen kanama izlendi (Şekil 1). Operasyon öncesi Hemoglobinin 5,5 g/dL, fibrinoje-

*Etimesgut Asker Hastanesi Kadın Doğum Servisi
**GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

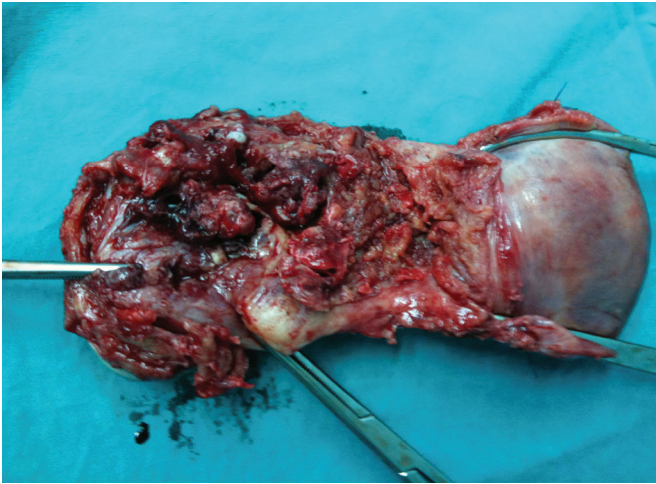
Aynı basım isteği: Dr. Mustafa ÖZTÜRK
Adres: Ankara Etimesgut Asker Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi
06100 Etimesgut / ANKARA
e-posta: drmozturk@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: Nov 05, 2012 • Kabul Tarihi: Mar 05, 2013 • Çevrim İçi Basım Tarihi: 30 Haziran 2015

nin 150 mg/dL olduğu operasyon esnasında bildirildi. Plasenta'nın diğer kısımları ancak manuel halas yöntemi ile güçlükle çıkarıldı. Abondan kanamanın plasental ayrılma sonucu uterin arter veya aberran dalının açılması sonucu olduğuna karar verildi ve kanamanın artması üzerine histerektomi kararı verildi. Operasyon sırasında tansiyon arterial 40/20 mmHg nabız 130 /dk idi. Histerektomi sonrasında kan transfüzyonuna ve taze donmuş plazma infüzyonuna devam edildi. Toplamda 10 ünit eritrosit süspansiyonu, 6 ünit taze donmuş plazma infüzyonu sonrası hasta stabil hale geldi (Hb:8,9 g/dL Fibrinojen 190 mg/dL). 2 gün yoğun bakım şartlarında takip edildi. Hasta postoperatif 7. günde taburcu edildi. Uterusun histopatolojik incelemesi plasenta inkreta olarak rapor edildi.



Şekil 1: Plasenta'nın Çıkarılması Sonrası İntrauterin Kavite.



Şekil 2: Plasenta İnkreta Tanısı Alan Uterus

Tartışma

Plasenta inkreta birinci ve ikinci trimestır gebelik kayıplarında küretaj sonrası yoğun kanama ile karşımıza çıkabilir. Antenatal takipte ultrasonografi (USG), 'power doppler' veya MRI ile tanısı konulabilir (2). Antenatal takipte akkreta tanısı koymada USG'nin değeri net olarak belirgin değildir, yapılan bir çalışmada duyarlılığı %93, özgünlüğü %71 olarak belirtmiştir (6) fakat Lam ve ark. plasenta akkreta da sensitivitesini %33 bulmuştur(7). Ultrasonografide retroplasental miyometriumun normal hipoekoik zonunun kaybı, uterus serozası ile mesane arasındaki hiperekojenitenin incilmesi ve kesintiye uğraması komşu organlara özellikle de mesaneye invazyonu düşündüreren fokal egzofitik kitlenin varlığı tanıda plasental insersiyon anomalisini düşündürmede yardımcı olabilir (8). Bizim olgumuzda plasenta insersiyon anomalisini düşündürebilecek ultrasonografik görüntü izlenmedi, anhidroamnios olması nedeniyle plasental alan değerlendirmesinin güçleştiğini düşün-

mekteyiz.

Plasenta inkreta vakalarında geniş yüzeyli tutulumlarda plasenta'nın ayrılması ile yoğun kanama başlar. Başarılı tedavi acil kan transfüzyonu ve histerektomi ile sağlanmıştır. Konservatif yöntemlerde plasenta insersiyon anomalisinde kullanılacak yöntemlerdir. Konservatif yöntemler; uterin defektin kapatılması, B-Lynch suture, uterin 'packing', hipogastrik veya uterin arter ligasyonudur. (9). Konservatif tedavi parsiyel plasenta akkreta ve minimal kanaması olanlarda uygun görülmektedir. Konservatif tedavilerde maternal mortalite oranı daha yüksektir. Bizim vakamızda operasyon sırasında da hemorajik şok tablosunun devam etmesi ve operasyon esnasında kan transfüzyonu ile de stabil hale getirilememesi nedeniyle histerektomi kararı verilmiştir.

Acil histerektomi yapılan ve masif kan transfüzyonu uygulanan hastalarda peripartum hemoraji (vasküleritenin artması ile), disemin intravasküler koagülopati, bağırsak ve mesane yaralanması, kesi yeri enfeksiyonu, fistül formasyonu görülme sıklığı artmıştır(10). Bizim vakamızda postoperatif 7. gün taburcu edilmiş ve operasyon sonrası komplikasyon izlenmemiştir.

Gebelik sonlandırması için Misoprostol kullanımı ilk defa 1994 yılında yayınlandı. İkinci trimestır gebelik sonlandırmalarında mortalite ve morbiditesi ilk trimestır 'a göre daha risklidir. Ondördüncü gebelik haftasından daha büyük gebeliklerde komplikasyon riski daha da artmaktadır (11). İkinci trimestır misoprostol ile gebelik sonlandırmasında, geçirilmiş uterin cerrahisi olan ve olmayanlar karşılaştırılmış ve histerektomi veya kan transfüzyonu, major hemoraji ve kan kaybı komplikasyonları açısından fark bulunmamıştır(12). Bizim vakamızda da 5 yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonu ve 2 yıl önce unembriyonik gebelik nedeniyle dilatasyon küretaj işlemi uygulanmıştır.

Klinisyenler ikinci trimestır gebelik sonlandırmalarında, uterin skarı bulunan hastalarda, uterin rüptür riskini göz önünde bulundurmalı ve erken tanı koyma açısından uyanık olmalıdır. Acil kan transfüzyonunun sağlanması ve tanının erken konulması ile bu vakada uygun müdahale yapılabilir.

Anhidroamnitik gebelerde özellikle posterior yerleşimli plasenta olanlarda, sonlandırma prosedürü uygulanırken plasental alanlar net değerlendirilemediği göz önünde bulundurulmalı ve hospitalize edildikten sonra yakın takip uygulanmalıdır. Kan transfüzyonu için özellikle geçirilmiş uterin cerrahisi olan hastalarda kan bloke edilmelidir.

Kaynaklar

1. A. Yüksel. Plasenta Krea. Fleischer Obstetrik ve Jinekolojide Sonografi. 2000;1866
2. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis ST, Ezra Y. Placenta accreta summary of 10 years: a survey of 310 cases. Placenta 2002;23:210-4.
3. Harden MA, Walters MD, Valente PT. Postabortal hemorrhage due to placenta increta: a case report. Obstet Gynecol 1990; 75: 523-6.
4. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol 1997; 177: 210-4.
5. Weeks A, Faundes A. Misoprostol in obstetrics and gynecology. J Gynaecol Obstet 2007;99 (s2):S156
6. Dwyer B.K, Belogolovkin V, Tran L, et al. Prenatal Diagnosis of Placenta Accreta: Sonography or Magnetic Resonance Imaging? J Ultrasound Med. 2008 September; 27(9): 1275-1281.
7. Lam G, Kuller J, McMahon M. Use of magnetic resonance imaging and ultrasound in the antenatal diagno-

- sis of placenta accreta. J Soc Gynecol Investig 2002; 9: 37-40.
8. Guy GP, Peisner DB, Timor-Tritsch IE. Ultrasonographic evaluation of uteroplacental blood flow patterns of abnormally located and adherent placentas. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 723.
 9. Lee C, Lin HH, Wang CW, Cheng WF, Huang SC. Successful conservative management of placenta percreta with rectal involvement in a primigravida. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74: 839- 41.
 10. Maral I, Sozen U, Balık E. Peirpartum Hysterectomy: analysis of 64 cases. Anatolian J Gynecol Obst 1993; 3: 43- 47.
 11. C. Mazouni, M. Provenzal, G. Porcu et al., "Termination of pregnancy in patients with previous caesarean section," Contraception, vol. 73, pp. 244–248, 2006.
 12. J. E. Dickinson, "Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery," Obstetrics and Gynecology, vol. 105, no. 2, pp. 352–356, 2005.