

Masif Postabortal Kanama: Plasenta İnkreata Olgusu**Massive Postabortal Bleeding: A Case of Placenta Increata****Raziye Keskin Kurt¹, Dilek Benk Silfeler¹, Arif Güngören¹, Kenan Serdar Dolapçioğlu¹,
Ali Ulvi Hakverdi¹, Oğuz Uyar¹, Tümay Özgür²**¹ Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Hatay² Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Hatay**ÖZET**

Plasenta invazyon bozuklukları insidansı son yıllarda sezeryan ile doğumların artması ile birlikte artış göstermiştir. Plasental patolojilerin tanısı genelde ultrasonografi ile konmaktadır ve tanı konmayan vakalarda doğum sırasında plasentanın zor ayrılmasıyla abondan şekilde kanama başlayabilmektedir. Nadir olarak plasenta invazyon bozuklukları abortus sonrası oluşan abondan vajinal kanama ile karşımıza çıkabilir. Bu vaka sunumunda 17 haftalık abortus yaptıktan üç hafta sonra abondan vajinal kanama ile gelen öncelikle rest abort olarak düşünülen bir plasenta inkreata vakası sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: plasenta inkreata, plasenta invazyon bozuklukları, peripartum histerektomi

ABSTRACT

The incidence of placental adhesion disorders have been increased in recent years due to increasing birth rate by cesarean section. The diagnosis of placental anomalies is usually established by ultrasonography and undiagnosed cases could have abundant bleeding because of difficult placental separation. Rarely placental invasion disorders might be presented with abundant vaginal bleeding after abortion. In this report we aimed to present a placenta increta case admitted with abundant vaginal bleeding 3 weeks after 17- week abortion and considered as rest placenta firstly.

Key words: placenta increta, placenta invasion disorders, peripartum hysterectomy

Giriş

Plasenta inkreata desidua bazalisin fokal ya da komplet yokluğu ile karakterize, gebeliğin hayati tehdit eden az rastlanılan bir komplikasyondur(1). Plasenta invazyon bozuklukları son 30 yılda seksiyon insidansının artmasına paralel olarak 13 kat artmıştır (2). Plasenta invazyon bozuklukları peripartum histerektominin başlıca nedenidir(3). Hastalık en çok 3. trimesterde karşımıza çıkmaktadır. Bu olgu sunumunda 17 hafta abortus sonrası 3. haftada vajinal kanama sonucu tanı ve tedavisi yapılan plasenta inkreata olgusunu sunmayı amaçladık.

Olgu

40 yaşında, G4P2A2 olan kadın hasta acil servise abondan vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinde 2 kez seksiyon olduğu, 3 hafta önce 17 haftalık abortus yaptığı öğrenildi. Abort

sırasında bir komplikasyonla karşılaşılmadığı ve abort gününden beri kanamasının azar azar devam ettiği, hastaneye başvuru gününde arttığı belirtildi. Yapılan vajinal muayenede vajinal kanamanın mevcut olduğu, ultrasonografide ise kavitede rest ile uyumlu materyal olduğu görüldü. Vital bulguları stabil olan hastanın takibinde kanamasının azalması üzerine antibiyotik tedavisi başlandı ve ertesi gün rest materyalinin boşaltılmasına karar verildi. Genel anestezi altında uterinkaviteküretle boşaltılırken abondan vajinal kanama başladı. Kavite elle kontrol edildiği sırada plasentanın uterin sol yan duvara dens yapışık olduğu gözlemlendi. Laparotomiye geçilip hipogastrik arter ligasyonu yapıldı, kanamanın devam etmesi üzerine histerektomi yapıldı. Hastaya 4 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 ünite taze donmuş plazma verildi. Takiplerinde sorunu olmadı. Patoloji sonucu plasenta inkreata olarak rapor edildi (Resim1).

Tartışma

Plasenta kreta; plasenta akreata, inkreata ve perkreta patolojilerinin genel adıdır. Plasenta kreta 1950'li yıllarda 1/30000 civarında görülürken

Yazışma Adresi / Correspondence Address:

Raziye Keskin KURT

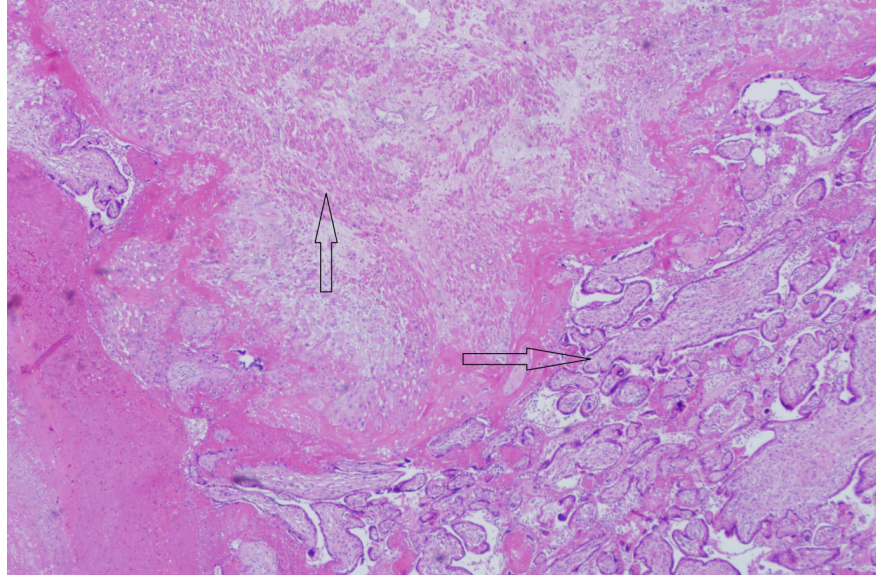
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, 31100, Hatay

Tel: +90 326 245 51 14 • Fax: +90 326 245 53 57

E-mail: drraziyeeskinkurt@yahoo.com

Geliş tarihi / Received : 12.12.2013

Kabul tarihi / Accepted : 18.12.2013



Resim 1: Miyometriumu (↑) infiltre etmiş koryonik viluslar (⇨) (Hematoksilen & Eozin x 40).

sezeryan ile doğumların artması sonucunda günümüzde 1/533 oranında görülmeye başlanmıştır (4, 5). Plasenta kreaka riski özellikle sezeryanlı hastalarda eşzamanlı plasenta previanın olması ile artar; 3 sezeryanlı olup plasenta previası olan gebelerde risk 40%'lara kadar çıkmaktadır (6). Vakamızda 2 sezeryan öyküsü olmasına rağmen eski ultrasonografilerinde plasenta previaya rastlanmamakla birlikte plasenta kreaka için ileri yaş riskine sahiptir (4). Sezeryan öyküsü olup plasenta previası olmayan olgularda plasenta kreaka riski düşüktür, vakamızla korele olarak 2 seksiyosu olanlarda insidans %0.6'dır. Genelde prenatal dönemde asemptomatik hastada yapılan obstetrik ultrasonografi sonrası plasenta kreatadan şüphelenilir. Plasenta kreatanın ultrasonografi bulguları: plasenta homojenitesinin kaybolup plasenta lakünerinin belirlenmesi, plasenta arkasında hipoekoik alanın kaybolması, mesane duvarı-uterin serozayı gösteren beyaz çizginin kaybolmasıdır (7). Yine doppler ultrasonografide fokal ya da difüz laküner akım, belirgin subplasental venöz kompleks ve uterus mesane arası kanlanmada artış plasenta kreatayı düşündürür (8). Bu vakada hasta erken gebelik haftasında olduğundan ultrasonografide bu bulgulara dikkat edilmediği kanaatindeyiz.

Plasenta kreaka olguları genelde 3. trimesterde plasentanın zor ayrılması sırasında oluşan kanama ile semptomatik olmakla birlikte 1. ve 2. trimester abortusları sırasında ya da abort yaptıktan 3 ay sonraya kadar abondan kanama oluşabilir (9). Plasenta kreaka risk faktörlerine (seksiyö öyküsü, plasenta previa, ileri anne yaşı, uterus cerrahisi) sahip abortus sonrası kanamayla başvuran olgularda mutlaka plasenta kreaka akılda tutulmalıdır (10). Daha önce seksiyö öyküsü olan gebelerin ilk trimesterden itibaren plasentasyon anomali bulguları ultrasonografi ile araştırılmalıdır. Tanı konulamayan olgularda abortus sonrası abondan kanama ile karşılaşılıp, acil histerektomi yapılması gerekebilir. Acil histerektominin planlı histerektomiye göre daha riskli olduğu, daha fazla kan transfüzyonu gerektirdiği, enfeksiyon ve başta mesane olmak üzere komşu organ zararının daha fazla olacağı akılda tutulmalıdır (11).

Kaynaklar

1. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM: Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008; 29:639-645.
2. Tocce K, Thomas VW, Teal S: Scheduled hysterectomy for second-trimester abortion in a patient with placenta accreta. *Obstetrics and gynecology* 2009;113:568-570.
3. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD, Jr., Safon LE, Saltzman DH: Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1443-1448.
4. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM: Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:210-214.
5. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU: Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1458-1461.
6. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, Moawad AH, Caritis SN, Harper M, Wagner RJ et al: Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-1232.
7. Finberg HJ, Williams JW: Placenta accreta: prospective sonographic diagnosis in patients with placenta previa and prior cesarean section. *Journal of ultrasound in medicine : official journal of the American Institute of Ultrasound in Medicine* 1992;11:333-343.
8. Chou MM, Ho ES, Lee YH: Prenatal diagnosis of placenta previa accreta by transabdominal color Doppler ultrasound. *Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstet Gynecol* 2000;15:28-35.
9. Harden MA, Walters MD, Valente PT: Postabortal hemorrhage due to placenta increta: a case report. *Obstet Gynecol* 1990;75(3 Pt 2):523-526.
10. Son G, Kwon J, Cho H, Kim S, Yoon B, Nam E, Kim J, Kim Y, Cho N: A case of placenta increta presenting as delayed postabortal intraperitoneal bleeding in the first trimester. *Journal of Korean Medical Science* 2007;22:932-935.
11. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, Saenz CC, Kelly TF, Moore TR, Resnik R: Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115:65-69.