

Bölüm 24

PLASENTA ACCRETA SPECTRUM:KLİNİK YÖNETİMİ

Nihan KIZILTUĞ GENÇDAL¹

Giriş

Plasenta accreta spectrumu (PAS); plasenta'nın anormal trofoblastik invazyonu sonucu, uterus boyunca ya da uterus'u aşan patolojik bir yapışma durumu olarak tanımlanabilir(1). Plasenta'nın tam ya da kısmi yapışma probleminden kaynaklı, doğum sonrası yaşamı tehdit eden kanama ve genellikle cerrahi müdahale gerektiren acil obstetrik bir durumdur. Daha önce koryonik villus'un penetrasyon derinliğine göre sırasıyla plasenta accreta, increata ve percreata olarak sınıflandırılmıştır(1,2). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Plasenta Accreta Spektrum Bozuklukları Tanı ve Yönetim Panelinde PAS'ı aşağıdaki gibi tanımlayan bir sınıflandırma sistemi geliştirmiştir(3).

- Grade 1: anormal şekilde yapışık plasenta: plasenta yapışık veya kreta
- Grade 2: anormal invaziv plasenta: inkreata
- Grade 3: anormal derecede invaziv plasenta: perkreta
 - subtype 3a – uterin seroza ile sınırlıdır
 - subtype 3b – mesane invazyonu
 - subtype 3c – diğer pelvik doku/organların invazyonu

Prevalans

Son yıllarda PAS'ta belirgin bir artış izlenmiştir. 2019 yılında, yaklaşık 5,8 milyon doğumu kapsayan 7001 PAS vakasını içeren sistematik bir derlemede, genel prevalans yüzde 0,17 olarak bulunmuştur(4).1980'ler ve 1990'larda başlayan ve dünya çapında gözlenen ve neredeyse 10 kat artışa neden olan en önemli faktörün giderek artan sezaryen doğum olduğu düşünülmektedir(5).

Etyopatogenez

PAS'ın etyo-patogenezi net olarak bilinmemektedir. Ancak genel kanı, geçirilmiş uterus cerrahisinin neden olduğu, endometriyal/miyometriyal bileşkeyi de içeren defektif alandaki kusurlu desidualizasyonun (ince, zayıf biçimli, kısmi, yok veya

¹ Uzm. Dr., İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Email: nihan_kiziltug@hotmail.com

işlevsiz desidua) plasentanın öncü villuslarının doğrudan bağlanmasına izin vermesi ve neticede myometriumu invaze etmesidir(6,7). Her ne kadar bu teori daha önce uterin cerrahi geçirmemiş nullipar kadınlarda, nadiren de olsa görülen PAS'ı açıklamakta hala yetersiz kalmaktadır.

Risk Faktörleri

PAS için en önemli risk faktörü, mükerrer sezaryen sonrası gelişen plasenta previa'dır (8).Diğer risk faktörleri arasında; uterin cerrahi öyküsü (örneğin, submüköz myomektomi, intrauterin adezyonların histeroskopik rezeksiyonu, kornual ekto-pik gebelik rezeksiyonu, dilatasyon/küretaj ve endometriyal ablasyon), anne yaşının 35'ten büyük olması, yükselmiş maternal alfa-fetoprotein, multiparite, pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü bulunur. Pelvik ışınlama, plasentanın elle çıkarılması, doğum sonrası gelişen endometrit, infertilite prosedürleri (örneğin, özellikle dondurularak saklanan embriyoların transferi) ve çoğul gebelikler(9,10).

Klinik

PAS'ın ilk klinik belirtisi kanamadır. Genellikle plasentanın elle çıkarılması sırasında ortaya çıkan ve transfüzyon gereksinim olacak şekilde hayatı tehdit eden aşırı kanamadır. PAS'da normal plasentanın aksine, plasentanın bir kısmı veya tamamı uterus boşluğuna sıkıca bağlı kalır ve hiçbir şekilde ayrılma gerçekleşmez. Cerrahi esnasında; eğer plasenta, fundal seroza veya mesaneye invaze olmuşsa, mesaneyi alt uterin segment'den uzaklaştırma esnasında yaşamı tehdit eden kanama meydana gelebilir. Ancak kanama, antenatal dönemde de görülebilmektedir. Eğer mesane invazyonu erken gelişmişse kanama hematüri şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir.

Tanı

Risk faktörü olan gebelerin erken tanısı, maternal mortalite ve morbiditeyi ciddi oranda azaltacaktır. Gebeye PAS durumu hakkında bilgi verilmesi, hem doğum zamanının hem de doğum yerinin planlanması açısından, özellikle biz klinisyenler için oldukça önemlidir. Elektif şartlarda deneyimli cerrah ve uygun ekipmanla, 3.Basamak bir sağlık merkezinde operasyonun gerçekleştirilmesi perinatal ve maternal sonuçları iyileştirecektir. 11 çalışmanın dahil edildiği, 700 gebenin incelendiği bir meta-analizde prenatal PAS tanısı konulan kadınlarda, daha az kanama ve daha az transfüzyon ihtiyacı saptanmıştır(11).

İkinci ve üçüncü trimesterlerde, aşağıdaki ultrasonografik (USG) bulgular PAS ile ilişkilendirilmiştir; bulguların hepsinin olması gerekmemektedir(11). Posterior plasenta yerleşiminde bulguların çoğu görülmeyebilir.

- Multiple Plasental Lakunalar (intraplasental sonolusent boşluklar)
- Mesane Hattının Bozulması (mesane duvarı-uterin serozası arası)
- Clear Zonun Kaybolması (plasenta-myometrium arasındaki alan)
- Myometriyal İncelme
- Anormal Vaskülarite (color Doppler de türbülans akım)
- Plasental Bulge/Çıkıntı(serozadan mesaneye doğru protüde olan plasenta)
- Ekzofitik Mass (plasenta percreata bulgusu)

Yukarıda bahsedilen ultrasonografik bulgular arasında en önemlileri; plasental lakuna (intraplasental sonolusent boşluklar) ve mesane duvarı-uterin serozası (yani mesane çizgisi) arasındaki ara yüzün bozulmasıdır. Özellikle renkli Doppler de, türbülanslı laküner akımın ve köprü damarların saptanması oldukça doğrulayıcı bir bulgudur. Özellikle Posterior yerleşimli PAS durumunda, myometrial penetrasyon derinliğinin saptanması ve hysterotomi hattının belirlenmesi amaçlı durumlarda Manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ultrasonografi'den daha faydalı olabilmektedir. Yüksek tanısal doğruluk için MRI ve USG bulgularının birlikte, bu alanda deneyimli bir klinisyen tarafından yorumlanması gerekmektedir.

Yönetim

PAS'ın gebelik sonuçları üzerine etkisi iyi tanımlanmış olmasına rağmen, bu bozukluk ile komplike gebeliklerin yönetimini inceleyen gözlemsel çalışma sayısı çok az, ancak randomize çalışma maalesef bulunmamaktadır. PAS yönetimine yönelik öneriler daha çok vaka serilerine, daha çok uzman görüşüne dayanmaktadır. PAS'lı gebelerde prenatal dönemde iyi bir danışmanlık ve sonrasında multidisipliner bir şekilde, perinatoloji ünitesi olan üçüncü basamak bir sağlık merkezine refere edilmek suretiyle doğumun gerçekleştirilmesi önerilmektedir(12).

Prenatal dönemde, eğer gebe de anemi saptanırsa mutlaka düzeltilmelidir. 23-34 haftalar arasında olan ve yedi gün içinde doğumun gerçekleşmesi ön görülen PAS'lı gebelere betametazon yapılmalıdır. Vajinal kanaması olan Rh-Rh uygunsuzluğu olan gebelere uygun haftalar arasında Anti-D immune yapılmalıdır. Pelvik muayene ve aşırı fiziksel aktiviteden kaçınılmalıdır. Kesin kanıt olmamakla beraber çoğu uzman cinsel perhiz de önermektedir. Asemptomatik PAS'lı gebelerde, sancı ve olası kanama riski durumunda, eğer üçüncü basamak sağlık merkezinden uzak mesafede ikamet ediyorsa, bu tarz gebelerin hastaneye yatışının düşünülmesi ve hasta ile paylaşılması faydalı olacaktır. Transfüzyon ihtiyacı göz önünde bulundurularak donör sayısının artırılması bu konuda önlem alınması gerekmektedir.

Doğumun planlanması ve zamanı

PAS'lı gebelerin doğumu, daha önce de bahsedildiği üzere; multidisipliner bir anlayışla üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda deneyimli ekip ve ekipman ile birlikte koordineli bir şekilde gerçekleştirilmelidir. Elektif doğum için optimum gebelik haftası yüksek kaliteli veri olmadığından hala tartışmalıdır. Stabil hastalar için, American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG), 34+0 ve 35+6 gebelik haftaları arasında planlı doğum önermektedir(4). Vajinal kanama, uterin kontraksiyon veya erken membran rüptürü olmayan gebelerin çoğu 36. gebelik haftası boyunca stabil kalır(9).PAS'lı gebelerde doğum haftasının 36.gebelik haftası sonrasına ertelenmesi genellikle tavsiye edilmemektedir(13,14,15). Ancak The Society for Maternal-Fetal Medicine, plasenta akreatalı stabil kadınlar için 34 ila 37. gebelik haftaları arasında doğum yapılmasını önermektedir(16).

Cerrahi Teknik

Sezaryen Histerektomi

PAS'lı gebeler genellikle sezaryen ile doğurtulur. Cerrahi teknik; erken tanıli PAS'lı gebe, plasenta'nın invazyon derecesi, hastanın unstabil olması,gebenin fertilitite istemi ve uygun merkez ve deneyimli ekip olmak üzere bir çok faktöre bağlıdır. En sık uygulanan cerrahi prosedür sezaryen histerektomidir. Batın insizyonu, cerrahın tercihi ve tecrübesine göre değişmekle beraber en sık uygulanan kesi tipi; mid-line insizyondur. Ancak, uterin serozaya uzanmayan posterior yerleşimli plasenta gibi intraoperatif komplikasyon riski düşük olan olgularda Pfannenstiel insizyon da tercih edilebilir(17).

Plasentayı kesmekten kaçınmak amacıyla histerotomi için en iyi pozisyonu belirlemek önemlidir. Bunu sebeple intraoperatif ultrasonografi faydalı olabilir. Kesin konsensus olmamakla beraber, histeretomi insizyonu için vertikal insizyon daha çok tercih edilmektedir. Bebek doğurtulduktan sonra, eğer plasenta percreata ya da mesane invazyonu şüphesi yoksa standart sezaryen histerektomi tekniği ile prosedür gerçekleştirilir. Ancak artmış vasküler anastomozlardan ve frajil dokulardan kaynaklı işlemin zorluğu dikkate alınmalıdır.

Profilaktif hipogastrik arter ligasyonu rutinde çok önerilmemektedir. Çünkü, yaygın pelvik anastomoz ağından kaynaklı hem işlemin başarısı düşmekte hem de selektif uterin arter embolizasyonu işlemini mümkün kılmamakta ve aynı şekilde zaman kaybına neden olduğu düşünülmektedir. Mesane invazyonu olan olgularda; ürojinekolog, ürolog veya jinekolojik onkoloğa mutlaka danışılmalıdır(18).

Uterus Koruyucu cerrahi

Fertilite istemi olan olgulara; kanama, enfeksiyon, histerektomi ihtiyacı, ölüm dahil olası riskler ve sonraki gebeliklerinde nüks oranları hakkında iyi bir danışmanlık verilmelidir(19,20). Eğer, fokal bir alanda fundal plasenta accreta veya uterin serozaya uzanmayan posterior plasenta accreta mevcutsa ve plasental rezeksiyonun mümkün olduğu düşünülüyorsa uterus koruyucu cerrahi yapılabilir. Uterus koruyucu cerrahi için; plasentanın yerinde bırakılması, plasentanın olduğu alanın rezeksiyonu gibi birçok teknik tanımlanmıştır.

Çeşitli modaliteler kullanılarak, konservatif tedavi edilen PAS'LI 167 gebeyi içeren geniş popülasyonlu bir çalışmada(18), 131 olgunun (%78) uterusunu koruduğu, 18 kadına post operatif kanama nedeniyle ilk 24 saat içinde histerektomi gerektiği ve 18 kadına çeşitli komplikasyonlar nedeniyle post-op ortalama 39. Günde tekrar operasyon gereksinimi olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada 10 kadın sepsis, vezikoterin fistül ve/veya uterus nekrozu dahil olmak üzere ciddi morbidite yaşamış, uterusunu koruyan kadınlarda, takipte ortalama 13.5 haftada (4 ila 60 hafta arası) plasental rezorpsiyon gözlenmiştir. Bununla birlikte, bu kadınların yüzde 25'ine doğum sonrası ortalama 20 haftada (2 ila 45 hafta arasında) rezidü plasental dokuyu çıkarmak için histeroskopi, küretaj veya her ikisi uygulanmıştır. Yakın zamanda ülkemizde yapılan bir çalışma da; 11 PAS'lı gebeye kendi geliştirdikleri teknik ile uterus koruyucu cerrahi uygulayan araştırmacılar, ne intraoperatif ne de postoperatif histerektomi gereksinimi olmadığını bildirmişlerdir(21).

Sonuç olarak, PAS giderek artan sıklıkla biz klinisyenlerin korkulu rüyası olmaya aday iatrojenik bir klinik antitedir. Gerek sezaryen oranlarının Global çapta düşürülmesi için ciddi adımların atılması, gerekse de bu gebelerin erken dönemde tanınarak, bu alanda spesifik merkezlerde deneyimli klinisyenlerle, multidisipliner bir yaklaşımla bu gebelerin yönetiminin yapılması hem fetal hem de maternal iyilik durumunu artıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Levels of maternal care. Obstetric Care Consensus No. 2. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2015 ; 125 : 502 – 15 .
2. Shellhaas CS, Gilbert S, Landon MB, et al .The frequency and complication rates of hysterectomy accompanying cesarean delivery. Eunice Kennedy Shriver National Institutes of Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network .*ObstetGynecol*2009 ; 114 : 224 – 9 .
3. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, et al. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J GynaecolObstet*2019; 146:20.
4. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, et al . Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J ObstetGynecol* 2019; 221:208.
5. Chou MM, Hwang JI, Tseng JJ, et al. Internal iliac artery embolization before hysterectomy for placenta accreta. *J Vasc Int Radiol.* 2003;14:1195–1199.

Güncel Kadın Hastalıkları ve Doğum Çalışmaları III

6. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta* 2008; 29:639.
7. Khong TY. The pathology of placenta accreta, a worldwide epidemic. *J ClinPathol*2008; 61:1243.
8. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *ObstetGynecol* 2006; 107:1226.
9. Nageotte MP. Always be vigilant for placenta accreta. *Am J ObstetGynecol*2014; 211:87.
10. Miller HE, Leonard SA, Fox KA, et al. Placenta Accreta Spectrum Among Women With Twin Gestations. *ObstetGynecol* 2021; 137:132.
11. Buca D, Liberati M, Cali G, et al. Influence of prenatal diagnosis of abnormally invasive placenta on maternal outcome: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound ObstetGynecol*2018; 52:304.
12. Silver RM, Fox KA, Barton JR, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J ObstetGynecol*2015; 212:561.
13. Shamshirsaz AA, Fox KA, Salmanian B, et al. Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *Am J ObstetGynecol* 2015; 212:218.e1.
14. Einerson BD, Comstock J, Silver RM, et al. Placenta Accreta Spectrum Disorder: Uterine Dehiscence, Not Placental Invasion. *ObstetGynecol* 2020; 135:1104.
15. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. *ObstetGynecol* 2010; 115:65.
16. Bowman ZS, Manuck TA, Eller AG, et al. Risk factors for unscheduled delivery in patients with placenta accreta. *Am J ObstetGynecol*2014; 210:241.e1.
17. Collins SL, Alemdar B, van Beekhuizen HJ, et al. Evidence-based guidelines for the management of abnormally invasive placenta: recommendations from the International Society for Abnormally Invasive Placenta. *Am J ObstetGynecol*2019; 220:511.
18. Palacios Jaraquemada JM, Pesaresi M, Nassif JC, et al. Anterior placenta percreta: surgical approach, hemostasis and uterine repair. *ActaObstetGynecolScand* 2004; 83:738.
19. Chandharan E, Rao S, Belli AM, et al. The Triple-P procedure as a conservative surgical alternative to peripartum hysterectomy for placenta percreta. *Int J GynaecolObstet*2012; 117:191.
20. Clausen C, Lönn L, Langhoff-Roos J. Management of placenta percreta: a review of published cases. *ActaObstetGynecolScand* 2014; 93:138.
21. Kelekci S., Ekmekci E, GencdalS, et al. A comprehensive surgical procedure in conservative management of placenta accreta: a case series. *Medicine*, 2015. 94(7).