

BÖLÜM 17

PREVİA VE İNVAZYON ANOMALİLİKLERİ YÖNETİMİ

Fatma ÖLMEZ¹

Giriş

Tıptaki gelişmelere rağmen obstetrik kanamalar tüm dünyada tek başına anne ölümünün en önemli nedenidir. Değişen şartlar altında kadınların daha geç yaşlarda gebe kalması, doğum şekli konusunda sezeryanın daha da tercih edilir olması ve artan yardımcı üreme teknikleri nedeniyle maternal ve perinatal morbiditenin en önemli nedenlerinden olan plasenta previa ve plasental invazyon anormallikleri gitgide daha sık görülmektedir.

Plasenta previa, plasentanın normal yerleşim yeri dışında, internal servikal os üzerinde veya 2 cm yakınına yerleşmiş olarak internal servikal kanalın tamamının veya bir kısmının kapladığı bir gebelik sorunudur (1). Doğum sonu kanama için önemli bir risk faktörüdür ve anne ve yenidoğanda morbidite ve mortaliteye yol açabilir. Plasenta previanın görülme sıklığı 1/300'dür. Tanısı Trans-abdominal sonografi (TAS) ve trans vaginal sonografi (TVS) ile konulur. Tedavisinde genellikle ligasyon veya embolizasyon ile devaskülarizasyon uygulanması, uterotonik ilaç tedavisi ve cerrahi prosedürler etkili olmaktadır (2).

Plasenta previa ile bir arada bulunabilen bir başka plasental gebelik komplikasyonu, plasental invazyon anomalileridir (PIA) (3). Plasental invazyon anormallikleri, plasentanın altta yatan miyometriuma anormal yapışması veya invazyonu olarak tanımlanır (4). Villi kas tabakasına ilerlemiş ancak villusun yerleştiği desidua'nın yetersiz gelişimi nedeniyle kas içine girmemişse plasenta akreta; villus kas tabakasına girmişse buna plasenta inkreta denir; villus seroza ve çevre dokulara kadar ilerlemiş ise plasenta perkreta olarak adlandırılır. Sıklığı 2500 doğumda bir olarak bildirilmiş olup ölüm oranı %7 civarındadır (5, 6). Plasenta perkreta, plasental villusların uterin serozadan ve bazen de serviks, mesane veya bağırsak gibi komşu organlara nüfuz ettiği en şiddetli formdur (7). Plasental invazyon anormallikleri, büyük miktarda kan transfüzyonu, peripartum histerektomi, sistotomi, yoğun bakım ünitesine yatış, enfeksiyon ve uzun süreli hastanede kalış gibi önemli maternal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (8).

Bu yazıda yüksek maternal ve neonatal morbidite-mortaliteye sahip plasenta previa ve plasental invazyon anomalisi bulunan olgularında risk faktörlerinin ve son yıllarda tedavi seçeneklerinde ne

¹ Uzm. Dr. Fatma ÖLMEZ, İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü fsolmez@gmail.com



nüz tam olarak aydınlatılmamıştır. Bir prosedürün diğerinden üstün olduğunu gösteren yayınlanmış, randomize, kontrollü çalışma yoktur. Bu nedenle, Yönetim geçmişe dönük vaka serilerine ve uzman görüşlerine dayanmaktadır (8). Şüpheli plasental invazyon anormalliklerinin tedavisinde geleneksel olarak histerektomi önerilmiş olsa da, gelecekte doğurganlığa izin vermek için konservatif uterin koruyucu cerrahi de tanımlanmıştır (36).

Plasental invazyon anormalliklerinin geleneksel tedavisi peripartum sezaryen histerektomidir. Son zamanlarda, peripartum histerektominin morbiditesini azaltmak ve gelecekteki fertilitiyi sağlamak için daha konservatif uterin koruyucu yaklaşımlar uygulanmaktadır (8, 14).

SONUÇ

Plesanta previa ve plasental invazyon anormallikleri saptanan hastalarda da klasik acil doğum yaklaşımının aksine konservatif yöntem de düşünülmeli ve mümkünse 37. hafta üzerinde planlanmış sezeryan ile doğum planlanmalıdır. Risk faktörlerinin mevcut olduğu her gebe de özellikle plasental invazyon anormalliklerinden olan plasenta accreta açısından mutlaka incelenmelidir ve USG en uygun tanı yöntemidir. Doğum eylemi öncesi Plesanta previa ve plasental invazyon anormallikleri tanısı konması ile multidisipliner yaklaşım planlanabilir ve maternal-perinatal mortalite ve morbidite oldukça azaltılabilir. Genel olarak plasental invazyon anormallikleri tanısı konulmuş vakalarda tedavi, planlanmış preterm sezeryan histerektomidir ve kanama miktarını azaltmak için plasenta yerinde bırakılmalıdır. Hastalar olası kan transfüzyonları, uterin arter embolizasyonu ve olası sezaryen histerektomi için onay vermelidir. Cerrahi bölümler arası ekip oluşturulmalı, doğum doktorları, anestezi uzmanı, girişimsel radyolog, damar cerrahı, üroloji cerrahı ve hem cerrahi hem de yenidoğan hemşireleri dahil olmak üzere hastadan haberdar olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wang Y, Hu C, Pan N, Chen C, Wu R. Prophylactic uterine artery embolization in second-trimester pregnancy termination with complete placenta previa. *J Int Med Res.* 2019 Jan;47(1):345-352.
2. Anderson-Bagga F. M. Sep A. Previous placenta., StatPearls Publishing; 2020
3. Rathbun KM, Hildebrand JP. Placenta abnormalities. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2018.
4. Tutar SO, Özeren M., Radiological evaluation of placental invasion anomalies: single center data, *Aegean Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2019; 1(1): 13-16
5. Fan D, Wu S, Liu LI, et al. Prevalence of antepartum hemorrhage in women with placenta previa: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep.* 2017; 7: 40320.
6. Martinelli KG, Garcia EM, Santos Neto ETD, Gama SGND. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saude Publica.* 2018 Feb 19;34(2):e00206116
7. da Cunha Castro EC, Popek E. Abnormalities of placenta implantation. *APMIS.* 2018; 126: 613- 620
8. Silver RM. Abnormal Placentation: Placenta Previa, Vasa Previa, and Placenta Accreta. *Obstet Gynecol.* 2015 Sep;126(3):654-668
9. Ahn KH, Lee EH, Cho GJ, Hong SC, Oh MJ, Kim HJ. Anterior placenta previa in the mid-trimester of pregnancy as a risk factor for neonatal respiratory distress syndrome. *PLoS One.* 2018;13(11):e0207061
10. Ryu JM, Choi YS, Bae JY. Bleeding control using intrauterine continuous running suture during cesarean section in pregnant women with placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2019 Jan;299(1):135-139.
11. Feng Y, Li XY, Xiao J, Li W, Liu J, Zeng X, Chen X, Chen KY, Fan L, Kang QL, Chen SH. Risk Factors and Pregnancy Outcomes: Complete versus Incomplete Placenta Previa in Mid-pregnancy. *Curr Med Sci.* 2018 Aug;38(4):597-601
12. Silver RM, Fox KA, Barton JR, et al. Center of excellence for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(5):561-568.
13. Feng Y, Li XY, Xiao J, Li W, Liu J, Zeng X, Chen X, Chen KY, Fan L, Chen SH. Relationship between placenta location and resolution of second trimester placenta previa. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2017 Jun;37(3):390-394.
14. Jing L, Wei G, Mengfan S, Yanyan H. Effect of site of placentation on pregnancy outcomes in patients with placenta previa. *PLoS One.* 2018;13(7):e0200252
15. Baldwin HJ, Patterson JA, Nippita TA, Torvaldsen S, Ibiebele I, Simpson JM, Ford JB. Antecedents of Abnormally Invasive Placenta in Primiparous Women: Risk Associated With Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol.* 2018 Feb;131(2):227-233.
16. Silver RM, Branch DW. Placenta Accreta Spectrum. *N Engl J Med.* 2018 Apr 19;378(16):1529-1536.
17. Aliyu MH, Lynch O, Wilson RE, Alio AP, Kristensen S, Marty PJ, Whiteman VE, Salihu HM. Association between tobacco use in pregnancy and placenta-associ-



- ated syndromes: a population-based study. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Apr;283(4):729-34.
18. Pedigo R. First trimester pregnancy emergencies: recognition and management. *Emerg Med Pract.* 2019 Jan;21(1):1-20.
 19. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al.. National Institute of child health and human development Maternal-Fetal medicine units network. maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32.
 20. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, et al.. Incidence and risk factors for placenta accreta/increta/percreta in the UK: a national case-control study. *PLoS One* 2012;7:e52893 10. 1371/journal.pone.0052893
 21. Blackwell Sc. Timing of Delivery for Women with Stable Placenta Previa. *Semin Perinatol.* 2011 Oct;35(5):249-51.
 22. Sentilhes L. et al. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 198 (2016) 12–21
 23. Matsuzaki S, Kimura T. Vasa Previa. *N Engl J Med.* 2019 Jan 17; 380 (3): 274.
 24. ACOG Committee Opinion No. 764: Medically Indicated Late-Preterm and Early-Term Deliveries. *Obstet Gynecol.* 2019 Feb;133(2):e151-e155.
 25. MacGibbon A, Ius YM. Conservative Management of Abnormally Invasive Placenta Previa after Mid-trimester Foetal Demise. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018;2018:7478437
 26. Riveros-Perez E, Wood C. Retrospective analysis of obstetric and anesthetic management of patients with placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Mar;140(3):370-374.
 27. Markley JC, Farber MK, Perlman NC, Carusi DA. Neuraxial Anesthesia During Cesarean Delivery for Placenta Previa With Suspected Morbidly Adherent Placenta: A Retrospective Analysis. *Anesth Analg.* 2018 Oct;127(4):930-938.
 28. Peng ZH, Xiong Z, Zhao BS, Zhang GB, Song W, Tao LX, Zhang XZ. Prophylactic abdominal aortic balloon occlusion: An effective method of controlling hemorrhage in patients with placenta previa or accreta. *Exp Ther Med.* 2019 Feb;17(2):1492-1496.
 29. Hecht JL, Baergen R, Ernst LM, Katzman PJ, Jacques SM, Jauniaux E, Khong TY, Metlay LA, Poder L, Qureshi F, Rabban JT, Roberts DJ, Shainker S, Heller DS. Classification and reporting guidelines for the pathology diagnosis of placenta accreta spectrum (PAS) disorders: recommendations from an expert panel. *Mod Pathol.* 2020 Dec;33(12):2382-2396.
 30. Algebally A. M. et. all. The Value of Ultrasound and Magnetic Resonance Imaging in Diagnostics and Prediction of Morbidity in Cases of Placenta Previa with Abnormal Placentation, *Pol J Radiol.* 2014; 79: 409–416.
 31. Hey Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006 Apr; 107 (4): 927-41.
 32. Gielchinsky Y, Rojansky N, Fasouliotis SJ, et al. Placenta accreta: summary of 10 years: a survey of 310 cases. *Placenta.* 2002;23:210–14.
 33. Rossi AC, Lee RH, Chmait RH. Emergency postpartum hysterectomy for uncontrolled postpartum bleeding. *Obstet Gynecol* 2010; 115(3): 637- 44
 34. Shrivastava V, Nageotte M, Major C, Haydon M, Wing D. Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197: 402:e1-402. e5.
 35. Kalelioğlu İ, Çorbacıoğlu Esmer A, Has R, Çalı H, Özkan Seyhan T, Sungur O, M, Kılıç Y Management of Placenta Invasion Anomaly and Cesarean Hysterectomy: Eight-year Experience of A Tertiary Center journal-agent. com 2013; 10(3): 143-50
 36. Shabana A, Fawzy M, Refaie W. Conservative management of placenta percreta: a stepwise approach. *Arch Gynecol Obstet* 2015;29:993-998