

KADIN SAĞLIĞI · TIP PROFESYONELLERİ İÇİN

Plasental İmplantasyon Anomalileri

Kadın Sağlığında Güvenilir Adres

SoftCare Clinic

softcareclinic.com · +90 212 241 30 10

Sadece bilgilendirme amaçlıdır

Tanım

- Desidua formasyonunun normal gelişiminin aksaması sonucu, villusların doğrudan myometrium yüzeyine yapıştığı (akreata %78), myometrium içine doğru girintiler yaptığı (inkreata %17) veya myometriumu tam kat geçtiği (perkreata %5) plasental implantlar oluşur.
- Plasentanın bir kısmında (parsiyel) veya tamamında (total) görülebilir.

Prevalans

- 1/1667 ile 1/70000 arasında değişen oranlardan bahsedilmektedir (ortalama 1/7000).

En Sık Görülen Yaş

- Üreme çağı, ortalama 29 yaşta sıktır.

Genetik

- Genetik patern saptanmamıştır.

Etiyoloji ve Patogenez

Nedenler

- Plasental implantasyon sırasında gelişen anormal desidua formasyonu.
- Fibrinoid (Nita-buch) tabakasının gelişim anomalisi.
- Plasental implantasyon bölgesinin anomalileri (plasenta akreatanın %64'ü konual veya uterusun alt segmentlerinde veya uterin skarlar -eski sezaryen bölgesi- üzerinde gelişir).

Risk Faktörleri

- Plasenta previa (%5 ek uterin cerrahi yok, %15–70 ek olarak uterin cerrahi var).
- Sezaryenla doğum.
- Multiparite (<3 parite için risk: 1/500000 iken >6 parite için 1/2500 risk).
- İleri anne yaşı, geçirilmiş uterin küretaj, düşük veya sepsis.
- Elle halas öyküsü, leiomyom, uterin malformasyonlar, geçirilmiş düşük.

Klinik Özellikler

Bulgular ve Semptomlar

- Normal plasental ayrılmanın olmaması.
- Plasenta ayrıldıktan sonra aşırı miktarda kanama olması (hayatı tehdit edecek kadar çok olabilir).
- Antepartum kanama öyküsü.

Tanısal Yaklaşım

Ayırıcı Tanı

- Plasenta previa.
- Plasentanın atılmasıyla gelişen uterin rüptür.
- Elle halas sırasında uterin rüptür.

Birlikte Görülen Durumlar

- Plasenta previa (%15), postpartum kanama.

Tetkikler ve Değerlendirme

Laboratuvar

- Doğum sonrası kan kaybını (aşırı olabilir) saptamak için tam kan sayımı.

Görüntüleme

- Spesifik görüntüleme yöntemi yok.
- Bazı vakalarda USG doğum öncesi tanıya yardımcı olabilir. Gebeliğin 30. haftasında aşağı yerleşimli plasentaların %90'ının terme doğru yukarı göç ettiği ve serviksi açık bıraktığı görülmüştür.

Özel Testler

- Yok.

Tanısal İşlemler

- Tanı genellikle doğumda normal ayrılmanın olmaması ile konur.
- Kesin tanı histolojik olarak konur.

Patolojik Bulgular

- Desidua bazalisin olmaması (onun yerini zayıf bağ dokusu almıştır).
- Desidua parietalis normal veya kayıp olabilir.
- Villuslar myometrium hücrelerinden fibrin tabaka ile ayrılmış olabilir.

Yönetim ve Tedavi

Farmakolojik Olmayan — Genel Uygulamalar

- Gereği halinde agresif sıvı replasmanı.
- Oksitosin yada diğer uterotonik ajanlarla plasenta ayrılmasını takiben uterin kontraksiyonların başlatılması.

Özel Uygulamalar

- Pek çok hastada histerektomi uygulamak gerekir.
- Eğer myometrial invazyon inkomplet ve mesane etkilenmemişse uterus içinin doldurulması ile konservatif yaklaşım düşünülebilir.
- Tanı kesinleştiği andan itibaren plasenta çıkarılmadan önce histerektomi için anestezi, ameliyat aletleri, yeterli kan sağlanması gibi gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.

Diyet

- Hastanın durumu stabil olana kadar oral alım yok.

Aktivite

- Hastanın durumu stabil olana kadar yatak istirahati.

Hasta Eğitimi

- Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlar Birliği Hasta Eğitim Broşürü AP038 (Gebelikte kanama), AP006 (Sezaryen Doğum), AP025 (Ultrason Muayenesi).

İlaç Tercih(ler)i

- Uterotonik ajanlar dışında profilaktik olarak geniş spektrumlu antibiotikler kullanılabilir.

Takip

Hasta Monitorizasyonu

- Akut tanı ve tedavi sırasında hemodinamik monitörizasyon.

Önleme / Korunma

- Yüksek riskli hastalar, USG ile subplasental hipoekoik zonun yokluğu ve küner kan akım paterni açısından izlenebilir.
- Eğer bu bulgulara rastlanırsa kan hazırlatılarak elektif sezeryan planlanabilir. Bu bulguların yokluğu tanıyı dışlamaz.

Olası Komplikasyonlar

- Hayati tehdit eden kanamalar gelişebilir.
- Histerektomi yapılan hastalarda maternal mortalite oranı %2–6, konservatif tedavi uygulananlarda %30 olarak rapor edilmiştir.
- Kan kaybına ve replasmanına sekonder koagülopati sıklığı.
- Spontan uterus yırtılmaları bildirilmiştir.
- Plasenta çıkarma denemesi sırasında uterin ruptur veya inversiyon gelişebilir.

Beklenen Sonuç

- Çoğu hasta normal fetal gelişim ile terme kadar gelir.
- Eğer olasılık düşünülmüş ve uygun tedavi sağlanmışsa, sıklıkla uterus alınmakla beraber maternal sağ kalım olasıdır.
- Bir hipoteze göre küçük akreata alanlarının kalması ile plasental kotelidonlar yırtılarak plasental polipleri oluşturabilir.

Diğer Bilgiler

ICD-9-CM Kodları

- 667.0 (Tüm tipler, kanama olmayan).
- 666.0 (Tüm tipler, kanama olan).

Kaynaklar

Breen J, Neubecker R, Gregori C, Franklin J. Placenta accreta, increta and percreta. Obstet Gynecol 1977; 49:43.

Clark SL, Koonings PP, Phelan JP. Placenta previa/accreta and prior cesarean section. Obstet Gynecol 1985; 66:89.

Cox SM, Carpenter RJ, Cotton DB. Placenta percreta: ultrasound diagnosis and conservative surgical management. Obstet Gynecol 1988;72:452.

Fox HG. Placental accreta. Obstet Gynecol Surv 1972; 27:475.

Lauria MR, Cotton DB. Modern management of placenta previa and placenta accreta. In: Sciarra JJ, ed. Gynecology and Obstetrics. Vol 2. Philadelphia, Pa: JB Lippincott; 1994;49:1.

Morison JE. Placenta accreta: a clinicopathologic review of 67 cases. Obstet Gynecol Annu 1978;7:107.

Read JA, Cotton DB, Miller FC. Placenta accreta: changing clinical aspects and outcome. Obstet Gynecol 1980;56:31.

Bu belge genel tıbbi derlemedir; tanı ve tedavi yerine geçmez. SoftCare Clinic — Şişli Fulya. Tıbbi yönetici: Op. Dr. Şükrü Sanus.

Şekil. Plasenta previa yerleşimleri

