

PLASENTA AKREATA OLGUSUNDA UTERUS KORUYUCU KARE SÜTÜR UYGULAMASI

Application of Uterus Preserving Square Suture Technique in A Case of Placenta Accreta

Jule ERİÇ

ÖZET

Plasenta yapışma anomalilerinden biri olan plasenta akreata maternal mortalite ve morbiditeye neden olan postpartum kanamaların en sık nedenlerinden birisidir. Çalışmamızda plasenta akreata'ya bağlı abondan postpartum hemorajiyi kontrol için uterus koruyucu kare sütür uyguladığımız bir olguyu tarif ettik. Hasta 3 yıl önce normal doğum sonrasında plasenta retansiyonu nedeniyle postpartum dönemde küretaj işlemi geçirmiş. Daha sonra menstrüel kanaması olmaması üzerine başvuran hastada endometrial sineşi tespit edilip operatif histeroskopi ile sineşi açıldı. Yakın dönemde gerçekleşen gebeliğinde, normal spontan doğum sonrası plasenta akreata nedeniyle postpartum hemoraji gerçekleşti. Kare kompresyon sütürü uygulanarak uterus koruyucu cerrahi gerçekleştirildi. Hastanın postoperatif takibinde herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Anahtar Sözcükler: *Plasenta akreata; Postpartum kanama; Kare kompresyon sütürü*

ABSTRACT

As one of the anomalies of placental attachment, placenta accreta is among the most common reasons of postpartum hemorrhages leading to maternal mortality and morbidity. In the report, we described a case where we used square sutures to protect uterus in order to control postpartum hemorrhage due to placenta accreta. The case had had curettage induced by placental retention after vaginal delivery within the postpartum period three years ago. Then, the patient was admitted to our clinic with the complaint of no menstrual bleeding, endometrial synechia was detected, and the synechia was cut open through operative hysteroscopy. In her recent pregnancy, postpartum haemorrhage due to placental accreta occurred following normal spontaneous delivery. So, uterus-protecting surgery was performed by using square compression sutures. During the postoperative follow-up, no complications were observed.

Keywords: *Placenta accreta; Postpartum hemorrhage; Square compression suture*

KTO Karatay Üniversitesi, Medicana
Tıp Fakültesi Hastanesi, Kadın
Hastalıkları ve Doğum Bölüm, Konya

Jule ERİÇ, Dr. Öğr. Üyesi

İletişim:

Dr. Jule ERİÇ
Gökler sokak Kule Konakları
Selçuklu/ Konya
Tel: +90 5554793394
e-mail:
juleesen@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 12.07.2018
Kabul tarihi/Accepted: 19.09.2018
DOI: 10.16919/bozoktip.442927

Bozok Tıp Derg 2018;8(4):162-69
Bozok Med J 2018;8(4):162-69

Giriş

Plasenta yapışma anomalileri, maternal mortalite ve morbiditeye neden olan postpartum kanamaların en sık nedenlerinden birisidir (1). Plasenta dokusunun uterus içerisine anormal invazyonu olarak tanımlanabilen bu anomaliler plasenta akreatada, inkreatada ve perkreatada olmak üzere 3 gruba ayrılır (2). Bu anomalilerden en yaygın görüleni olan plasenta akreatada koryonik villusların myometrium içerisine invazyonu daha yüzeyseldir. Plasenta akreatadaki patofizyolojik sorunun desidua basalisin kısmi veya tam yokluğu olduğu öne sürülmüştür (3). Daha önceleri hamileliğin nadir bir komplikasyonu olarak düşünülen plasenta akreatada'nın görülme sıklığının, sezeryan oranlarının artması ile birlikte, son yıllarda arttığı bildirilmektedir (4).

Maternal mortaliteyi önlemek için abondan postpartum hemoraji durumunda acil müdahale ve enerjik yaklaşım önemlidir. Geleneksel tedavi yöntemi olan histerektominin olası komplikasyonlarından kaçınmak ve fertilitenin devamını sağlamak amacıyla, büyük arter ligasyonu ve uterusu kompresyon sütürü konulması gibi çeşitli konservatif yöntemler geliştirilmiştir (5). Modifiye sütür teknikleri, plasenta akreatada'nın da içerisinde bulunduğu postpartum hemorajilerde etkin bir cerrahi seçim sunmaktadır. Biz de çalışmamızda plasenta akreataya bağlı abondan postpartum hemorajiyi kontrol için uterus koruyucu kare sütür uyguladığımız bir olguyu tarif ettik.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 3 yıl önce normal doğum sonrasında plasenta retansiyonu nedeniyle postpartum dönemde küretaj işlemi geçirmiş olan hasta amenore şikayeti ile başvurdu. Kasık ve bel ağrısı mevcut olan hastaya progesteron verildi. Menstrüel kanaması olmaması üzerine histerosalpingografi önerildi. Yapılan histerosalpingografide endometrial sineşi gözlemlendi (Resim 1). Hastaya operatif histeroskopi uygulanarak sineşi açıldı.

2 ay sonra kontrol histerosalpingografi gebelik için uygun olarak değerlendirildi. Hasta spontan olarak 2 ay içinde gebe kaldı. 16. Gebelik haftasına kadar kanamaları aralıklı devam etti. Antenatal dönemde 38. gebelik haftasında ultrasonografide lakünler gözlemlendi,

plasenta akreatadan şüphelenildi. Bu durum hasta ve yakınları ile paylaşıldı. Bu dönemde hastanın kanaması ve acil bir durumu söz konusu değildi. Hasta sezeryan önerisini ve doğumu 38. gebelik haftasında kabul etmedi ve yakın takibe alındı.

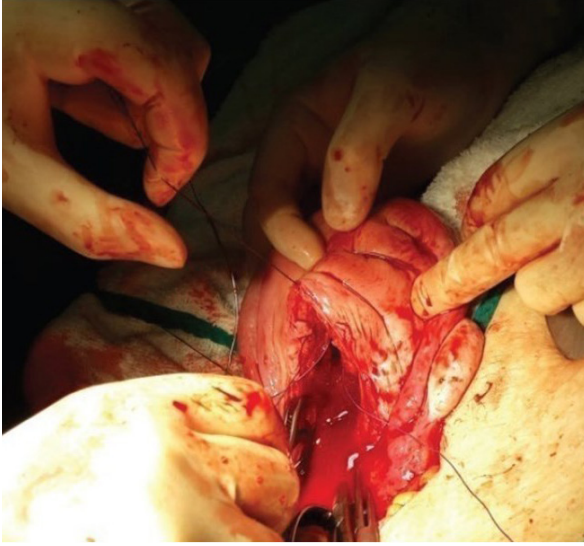


Şekil 1. Histerosalpingografi görüntüsü (sineşi mevcut)

39. gebelik haftasında membran rüptürü ve travay başlaması ile başvuran hasta doğum için yatırıldı. Ultrasonografik olarak retroplasental myometriumun normal hipoeoik zonunun kaybı nedeniyle sezeryan ile doğum önerildi. Hasta sezeryan önerimizi daha önce normal doğum yaptığı için kabul etmedi. Normal spontan doğum gerçekleşti, plasentanın ayrılmadığı gözlemlendi. Abondan kanama ile hasta ameliyathaneye alındı. Laparotomi sonrası uterus, a. uterina seviyesinden foley sonda ile komprese edildi. Uterus alt segmente transvers kesi yapılarak plasenta çıkartıldı. Uterus fundusta toplamda 8 cm'lik bir bölgede akreatada alanları kanamalı gözlemlendi. Bu bölgelere daha önce Acar ve ark. tarafından tarif edilen teknik kullanılarak kare sütürler uygulandı (Resim 2). Kare sütür uygulaması ile kanama kontrolü tam olarak sağlandı.

Bu teknikte önce endometrial kavite plasental artıklardan temizlendikten sonra kanamaya devam eden alan tespit edilir ve alanın sağ üst köşesinden düzleştirilmiş 1 no vicryl (80 mm'lik) iğne ile endometriumdan girilerek tam kat myometrium geçilip, serozadan çıkılır (1. Giriş, 1. Çıkış). Çıkılan yerin ortalama 3-4 cm ilerisinden yatay olarak serozadan girilip içerde endometriumdan çıkılır (2. Giriş, 2. Çıkış). İğne üçüncü adımda, kanayan alanın sağ alt köşesine yönlendirilir ve endometriumdan ve myometriumdan

tam kat geçirilip, serozadan tekrar çıkılır (3. Giriş, 3. Çıkış). Arkada çıkılan yerin 3-4 cm ilerisinden yatay olarak serozadan girilerek son kez endometriumdan çıkılır (4. Giriş, 4. Çıkış). Endometrial kavitede, birinci giriş sütürü ile 4. çıkış sütürü kaviteye doğru kanayan alanı komprese edecek şekilde düğümlenir (Resim 3).

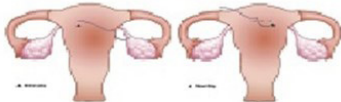


Şekil 2. Operasyon fotoğrafı

Şekil 4: Kanayan alanın kapatılması ve sütürün ilk giriş yeri



Şekil 5: Sütürün ilk giriş yeri ve 2. giriş yeri



Şekil 6: Sütürün 2. giriş yeri ve 3. giriş yeri



Şekil 7: Sütürün 3. giriş yeri ve 4. giriş yeri



Şekil 8: Sütürün 4. giriş yeri ve toğlanması



Şekil 3.
Acar yöntemi kare
kompresyon sütürü

TARTIŞMA

Plasenta akreata tanısının doğum öncesi dönemde konulmasının maternal hemorajik morbiditede azalma ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (6). Erken tanı için risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve uygun görüntüleme yöntemlerinin kullanılması önemlidir. Plasenta akreata için tanımlanmış risk faktörleri, sezeryan doğum başta olmak üzere uterus veya uterin kaviteye uygulanan her türlü geçirilmiş invazif işlem ve daha önce plasenta previa öyküsüdür (2). Riskli hastaların antenatal dönemde değerlendirilmesinde görüntüleme yöntemleri önemli rol almaktadır. Standart transabdominal ultrasonografi, plasenta akreatanın teşhisinde güvenli bir şekilde kullanılacak en önemli görüntüleme yöntemlerinden biridir. Ayrıca plasentanın parametrium veya çevre organlara invazyonundan şüphelenilmesinde, veya posterior yerleşimli plasenta akreata şüphesinde manyetik rezonans görüntüleme de tanının konulmasında yardımcı olabilmektedir (5). Plasenta yapışma anomalisinden antenatal dönemde şüphelenilmesi veya doğum sırasında karşılaşılması durumunda maternal mortalitenin önlenmesi için kullanılan en sık yöntem, planlı sezeryan histerektomi veya postpartum histerektomidir (5). Planlı sezeryan histerektominin plasentayı ayırma girişimine nazaran her ne kadar maternal morbiditeyi azalttığı gösterilmiş olsa da, bu majör cerrahiler fertilitiyi ortadan kaldırmakta ve hastalarda psikolojik strese yol açmaktadır. Hastanın fertilitate isteğinin olması durumunda ve genç hasta grubunda, histerektomiye alternatif bir tedavi metodu seçilmesi gerekmektedir. Bu amaçla bilateral hipogastrik arter ligasyonu ve uterin arter embolizasyonu gibi yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerle de hayatı tehdit edebilecek veya ciddi morbiditeye yol açabilecek komplikasyonlar bildirilmiştir (7). Postpartum hemoraji kontrolünde uygulanabilecek diğer bir yöntem de uterusu kompresyon sütürleri konulmasıdır. Bu amaçla tarif edilen çeşitli sütür tekniklerinin uterin duvarda nekroz gelişimi, şineşi, pyometri gibi dezavantajları bulunmaktadır (8).

Biz bu vakada ilk olarak Acar ve arkadaşları tarafından tarif edilen kare sütür tekniği kullanarak kanamayı başarılı bir şekilde kontrol altına aldık. Bu tekniğin diğer uterus kompresyon sütürlerine göre avantajı, uterusun

iki duvarı birbirine yaklaştırılmadığından uterus drenaj bozukluğuna yol açmaması ve komplikasyon oranının düşük olmasıdır (9). Bu teknik daha çok plasental alan kompresyon sütürü niteliğindedir (10).

Plasenta akreataya bağlı postpartum hemorajı kontrolünde alternatif bir yöntem olarak topikal hemostatik ajanların da kullanılabileceği bildirilmiştir. Monsel solüsyonunun fokal plasenta akreataya bağlı kanamanın tedavisinde etkili olabildiği bildirilmiştir (11). Postpartum kanamanın tedavisi ve maternal mortalite ve morbiditenin azaltılmasında en etkili yöntemin tanımlanması için daha ileride yapılacak kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Olgumuzda dikkate değer nokta, risk faktörleri bulunmasına rağmen hastaya dikkatli, zamanında ve enerjik bir yaklaşımla müdahalenin gerçekleşmesi, modifiye sütür teknikleri ile uterusun korunmuş olmasıdır. Modifiye sütür ile multifokal olan yoğun kanama kontrol altına alınmış ve hastanın postoperatif takibinde herhangi bir komplikasyon izlenmemiştir.

KAYNAKLAR

1. Belfort M. Placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 2010; 203(5):430-9.
2. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. Am J Obstet Gynecol. 1997 Jul; 177(1):210-4.
3. Craven C, Chedwick L, Ward K. Placental basal plate formation is associated with fibrin deposition in decidual veins at sites of trophoblastic cell invasion. Am J Obstet Gynecol. 2002 Feb; 186(2):291-6.
4. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. Am J Obstet Gynecol. 2005 May; 192(5):1458-61.
5. Goh W, Zalud I. Placenta accreta: Diagnosis, management and the molecular biology of the morbidly adherent placenta. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(11):1795-1800.
6. Warshak CR, Ramos GA, Eskander R, Benirschke K, et al. Effect of predelivery diagnosis in 99 consecutive cases of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2010 Jan; 115(1):65-9.
7. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, et al. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2010 Mar; 115(3):526-34.
8. Doumouchtsis SK, Papageoghiou AT, Arulkumaran S. Systematic review of conservative management of postpartum haemorrhage: what to do when medical treatment fails. Obstet Gynecol Surv 2007; 62: 540-7.
9. Acar A, Karatayli R, Sayal B, Alçi A. A new surgical approach for the management of severe postpartum hemorrhage due to uterine

atony: preliminary results in 27 cases. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015;42(2):202-7.

10. F Ercan, F Kılıç, HB Sayal, D Üstün, A Acar. Plasenta Akreatada Nedeniyle Gelişen Geç Postpartum Kanama Tedavisinde Acar Usulü Kompresyon Sütürü ile Başarılı Tedavi; Olgu Sunumu. Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016 Olgu Sunumları Sayısı; Sayfa: 21 - 24
11. Miller DT, Roque DM, Santin AD. Use of Monsel's Solution to Treat Obstetrical Hemorrhage: A Review and Comparison to Other Topical Hemostatic Agents. American journal of obstetrics and gynecology. 2015;212(6):725-735.