

34. haftadan önce ciddi hastalık bulguları olmayan preeklampsili gebelerde, guidelinelar prematürütenin olumsuz etkilerinden korunmak için ekspektan yönetimi önerir.

Ciddi Preeklampsisi bulgusu olmayan gebelerde expectan antepartum yönetim; Bu gebeler Preterm (<37 W) ise yakın maternal ve fetal monitorizasyon eşliğinde antihipertansif tedavi almadan takip edilir (hastanede veya evde).

Preeklampsisi tanısı alan gebeler yakın takip edilmelidir. Hastaneye kabul, bu değerlendirmeleri yapmak ve hızlı ilerleyen hastalık varlığında hızlı müdahale açısından önemlidir. Başlangıç değerlendirmeden sonra ciddi preeklampsisi olmayan stabil hastalar hastane dışındaki bakım cost efektif bir yaklaşımdır.

Hastane dışı bakım evde veya antenatal gündüz bakım evlerinde verilebilir. Preeklampsi kadınların hastane dışındaki takiplerinin sonuçlarıyla ilgili bilgiler sınırlıdır. Randomize bir çalışma olumlu sonuçlardan bahseder ancak hasta sayısı sınırlıdır. 504 hastayı kapsayan bir metaanalizde hastanede yatış ile gündüz bakım evlerinde takip arasında klinik sonuçlar açısından major fark tespit edilmemiştir. Hastane dışı izlem yapılacaksa gebe sık takibe uyum göstermelidir ve medikal bakım alacağı merkeze hızla ulaşabilmelidir. Aktivite kısıtlaması önerilebilir çünkü dinlenen hastalarda kan basıncı daha düşüktür, bununla birlikte yatak istirahatinin gebelik sonuçlarını düzelttiği ve hastalığın progresyonunu düzelttiğine dair kanıt yoktur. Sol lateral dekübit pozisyonu kanlanmayı arttırdığından önerilmektedir. Sırt üstü yatmaktan kaçınılmalıdır.

Hastalığın progresyonunun belirti ve bulguları tespit edildiğinde, yakın monitorizasyon için hastaneye yatırılmalıdır. Hastane dışında takip edilen hastalar bulgular hakkında bilgilendirilmeli ve fetal hareket takibi yaptırılmalıdır. Ciddi baş ağrısı, görme bulanıklığı, nefes darlığı, epigastrik ağrı olması halinde hastaneye başvurulmalıdır. Azalmış fetal hareket, kanama, karın ağrısı, su gelmesi durumunda yine aynı yolu izlemelidir.

Laboratuvar takibi

Trombosit sayısı, serum kreatinin ve KC enzim testleri bazal testlerdir. Bu değerler ciddi bulgu göstermeyen olgularda haftada bir kez istenmelidir. Semptom ve bulguların kötüleştiği gebelerde test istem sıklığı artırılır. Diğer testler hastalığı tanımlamada daha az değerlidir. Örneğin artan Htc. intravasküler volüm azalmasını, daha ciddi hastalık boyutuna geçildiğini düşündürürken, azalan Htc.; hemoliz bulgusudur. İndirek bilirubin artışı hemolizi daha hassas olarak gösterir. Artan LDH düzeyleri HELLP sendromu ya da ciddi hastalık için belirteçlerdir. Hemoliz periferik yaymada şistositlerin, helmet hücrelerinin gösterilmesiyle de ortaya konabilir. Pek çok çalışma proteinürinin artış hızı ve artış miktarının maternal ve fetal sonuçlara etki etmediğini göstermiştir. Bu nedenle 24 saatlik idrarda bir kez 300 mg. veya daha fazla protein, tespit edilmişse ya da protein/cre. oranı ≥ 0.3 mg/dl ise, tekrarlayan 24 saatlik proteinüri ölçümlerine gerek yoktur. Renal fonksiyonları izlem için serum kreatinin ölçümü yeterlidir.

Hipertansiyon tedavisi

Kan basıncı en azından haftada 2 kez ölçülmelidir. Hafif hipertansiyonu kontrol için antihipertansif ilaç alımı, hastalığın gidişatını etkilemez, perinatal morbiditeyi azaltmaz, bu nedenle kullanımından kaçınılmalıdır. Diyetle sodyum kısıtlaması veya diüretik kullanımının rutin tedavide yeri yoktur. İntravasküler volüm azalsa da, plazma genişleticilerin fetal ve maternal sonuçları iyileştirdiği randomize çalışmalarda gösterilememiştir.

Fetal iyilik halinin değerlendirilmesi

Fetal biyofizik monitorizasyonun optimal bir yolu veya sıklığı yoktur. Yine de önerilen günlük fetal hareket takibi ve haftada iki kez AMV ile NST değerlendirmesidir (BPP'de kullanılabilir). Anne sağlığında ani değişim olursa testler hızla tekrarlanmalıdır.

Umbilikal arter doppler incelemesi özellikle doğum zamanlaması açısından faydalı olabilir. 16 randomize çalışmanın meta-analizinde preeklampsisi ve/veya IUBK ile komplike olmuş gebeliklerde umbilikal arter doppler kullanımı ile perinatal ölümler %29 azaltılmıştır. Doppler değerlendirmesi normal olan olgularda haftalık inceleme uygundur.

Fetal büyümenin değerlendirilmesi

Erken fetal büyüme kısıtlılığı, preeklampsinin ilk işareti olabilir. Preeklampsisi tanısı esnasında, AMV ve fetal büyüme değerlendirilmelidir. İlk değerlendirme normal ise, fetal büyüme açısından bir sonraki değerlendirme 3 hafta sonradır.

Antenatal steroidler

Preeklampsisi fetal akciğer gelişimini olumlu etkilese de, preeklampsi annelerden doğan prematüre bebeklerde en yaygın sorun RDS'dir. Antenatal steroid uygulaması yine 34. haftanın altındaki fetuslara önerilmektedir. Çünkü bu haftalarda ciddi hastalık gelişme ve buna bağlı erken doğum riski yüksektir.

KÖ-07 [17:55]

Plasenta yapışma anomalilerinde postpartum kanama ve histerektomi nasıl önlenir?

Ahmet Yalınkaya

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Plasental implantasyon anomalileri (PIA)

Tanım: plasentanın endometriumun bazal tabakasını geçmesi, miyometriuma yapışması ve hatta tüm uterus tabakalarını geçip komşu organlara yapışmasıdır. Genel olarak plasenta akreta olarak adlandırılır ve invazyonun derinliğine göre 3 tip plasental yapışma anomalisi mevcuttur. Plasental yapışma anomalilerinin tipleri ve görülme sıklığı:

- Plasenta akreta %75
- Plasenta inkreta %15
- Plasenta perkreta %5 oranında görülmektedir.

İnsidans: Plasental implantasyon anomalileri 1960’larda 1/30.000 gebelikte görülürken, 2000’lerde 3/1000 doğuma yükseldiği ve günümüzde giderek arttığı kabul edilmektedir. Placenta previa olgularında placenta akreta %15 olguda gelişirken, 35 yaş üzeri, placenta previa ve sezaryenli olgularda %40 placenta akreta gelişebilir (ACOG Committee opinion 2002).

Risk Faktörleri: Aşağıdaki durumlarda plasental implantasyon anomalileri artar:

- Geçirilmiş uterin cerrahiler:
 - Tekrarlayan sezaryen sekiyo (CS) sayısı ve placenta akreta:
 - İlk CS %3
 - İkinci CS %11
 - Üçüncü CS %40
 - Dördüncü CS %61
 - Beşinci ve üzeri CS %67 oranında artar.
 - Geçirilmiş miyomektomi
 - Endometrial hasar: Asherman sendromu gibi
 - Thermal ablation
 - Uterin arter embolizasyonu
- Maternal yaş ve multiparite
- Submukozal fibroidler

Plasental implantasyon anomalisi olgularında konservatif cerrahi teknikler

Postpartum kanamalarda organ ve hayat kurtarıcı koruyucu cerrahi kadın doğumun en hassas konusudur. Gerekli ön hazırlıklar yapıldıktan ve anestezi verildikten sonra batin ve vaginal iyodaj yapılır. Spinal anestezi (tercihen) altında Pfannenstiel insizyonla nazikçe batına girilir. Eğer abdominal duvar, uterus, mesane ve diğer komşu organlar arasında adezyonlar varsa kontrollü bir şekilde ayrıştırılır. Alt uterin segment transvers kesi ile placenta içinden uterin kaviteye girilir ve hızla fetüs doğurtulur, arkasından derhal placenta uterus ile birlikte dışarı çıkarılır. Uterus alt segment serviks üzerinden assistan tarafından elle tutulup sıkılır. Placenta yapıştığı yerden hızlıca temizlenir. Placenta yatağı, mesane ve kanayan alanlar hızlıca düz pensetler veya over pensleri ile klemplenir. Bu tekniğin temel amacı mümkün olduğu kadar masif kanamayı en kısa zamanda kontrol altına almaktır. Eğer placenta serviksin alt ucuna kadar inmemişse Foley kateter ile uterus servik üzerinden bağlanabilir ve masif kanama durdurulduktan sonra açılır. Bilateral insizyon köşelerine birer sütür konulur. Mesane arka yüzü serviksin ön yüzüne sütüre edilir ve insizyonun alt kenarı oluşturulur. Sezaryen insizyonu iki taraftan dikilir, ortada 2 cm kalacak şekilde kanama kontrolü yapılır. Eğer alt segmentte kanama varsa ≥ 20 Foley kateter konur 10–20 ml salin solüsyon ile şişirilir. Balon bir tarafa itilir ve insizyon tamamen kapatılır. Lateral köşe sütürleri önden yatay çaprazlanır ve kenarda uterin arterlerin medialinden girilerek posterior duvardan çıkarılır. Ön-arka duvar iki parmak arasında sıkıştırılıp iğne geçirilir. Eğer

doku çok kalınsa iğne düzleştirilir. Sütür atarken balon patlatılmamalıdır. Uterus ön arka duvarı bu kısımlarda incedir, ancak damar oranı fazladır. Sütürler bimanüel kompresyon altında uterus arkasında bağlanır. Balon salin solüsyonu ile şişirilir, ancak balonun kapasitesi aşılmamalıdır. Balon serviks ile sütür arasında kalır, böylece hem internal hem de eksternal kompresyon uygulanmış olur ve ertesi gün Foley çıkarılır.

Cerrahi tekniğin başarılı olabilmesi şu durumlara bağlıdır:

- Antepartum plasental implantasyon anomalisinin doğru tanısını koymak
- Hasta ve yakınlarına konunun ciddiyeti hakkında bilgilendirmek, ancak ürkütmemek gerekir
- Hastaya psikolojik destek ve güven vermek
- Hastanın hastaneye kısa sürede ulaşabilme mesafesinde veya hastanede tutmak
- Deneyimli cerrahi ekip, uygun cerrahi ortam ve koordine çalışmak gerekir
- Yeterli cerrahi enstrümanların bulundurulması gerekir
- Uygun ve yeteri kadar sütür (sütür iğnesi ≥ 45 mm 1 veya 2 nolu sütürler gerekir)
- Gerektiğinde kan bankasından yeterli destek alabilmek
- Gerektiğinde diğer branşlardan da destek alabilmek, özellikle üroloji desteği gerekebilir.

“Anormal plasental implantasyon ve uterin atoniye bağlı masif obstetrik kanamalar için konservatif cerrahi teknikler” başlıklı çalışmamızda yukarıdaki cerrahi teknik detaylı anlatılmıştır. Çalışmamıza Nisan 2013 – Ocak 2015 tarihleri arasında 24 olgudan 22’sine plasental implantasyon anomalisi nedeniyle yukarıda bahsedilen teknik uygulandı. Diğer 2 olgu komplet placenta previa nedeniyle farklı teknik uygulandı. Bu olgulardan hiç birine histerektomi, damar bağlanması veya başka radikal bir cerrahi uygulanmadı. Yalnız bir hastada 10 mm mesane yaralanması dışında hiçbir hastada komplikasyon, morbidite ve mortalite izlenmedi. Bu hastada postoperatif 3. gün Foley kateterinin tıkanması sonucu glob gelişti. Foley kateterinin değişmesinden sonra ani dekompresyona bağlı masif mukozal kanama gelişti ve 6. günde de Foley kateter değiştirilmesi sırasında masif kanama tekrarladı için 3. ve 6. günlerde 4 ve 5’er ünite eritrosit verildi. Her iki defada da sistoskopi de mukozal kanama odakları seçilemedi. Diğer hiçbir hastada komplikasyon olmadı, kan transfüzyonu ise diğer hiçbir hastada 3 ünite eritrositi aşmadı. Gebeliğin komplike ettiği sistemik hastalıkları olan (preeklamps gibi) hastalar hariç çoğu postoperatif 1. gün ve 2. günde taburcu edildi. Hiçbir hasta yoğun bakım ünitesine gereksinim duymadı ve normal servislerde takip edildi.

Sonuç: Bu cerrahi teknik doğru uygulandığı takdirde postpartum masif kanamaları için hem kan kaybını ve hem de organ kaybını önemli ölçüde önlemektedir. Ancak bu tekniğin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi, cerrahi ekibin deneyimine, eğitime ve kabiliyetine bağlı değişebilir.