



Plasenta Previa

Doç. Dr. Mekin Sezik

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta

1. Amaç

Örnek olgu sunumu ışığında plasenta previa tahmini, tanısı ile yönetimine dair güncel ve özet teorik bilgi verilmesi.

2. Hedef

Katılımcıların aşağıdaki sorulara dair bilgileri özümsemesi

(Not: Cevaplara ve ayrıntılı bilgilere Facebook "Sdiü Kadın Dogum" sayfasından ulaşabilirsiniz)

3. Olgu

39 yaşında, G4P2A1Y0 gebe. Kötü obstetrik hikâyesi mevcut: İlk gebelik, 22 hafta preterm doğum; ikinci gebelik, 39 hafta preeklampsi ve plasenta dekolmanı sonrasında ölü doğum; üçüncü gebelik, 10 haftalık spontan abort; dördüncü gebelik, şimdiki gebeliği.

Gebelik takibi başlangıcından itibaren preeklampsi profilaksisi amaçlı 100 mg aspirin/gün ve 1000 mg kalsiyum/gün başlandı. Birinci trimester ultrasonografi normal ve tarama testi orta riskli değerde idi. Onsekizinci haftada transvajinal ultrasonografide, internal servikal os'u tamamen kapayan (15 mm) plasenta previa mevcuttu. Ayrıca, servikal uzunluğun 19 mm saptanması üzerine intravajinal mikronize progesteron 180 mg/gün başlandı. Rutin ikinci trimester ayrıntılı ultrasonografi muayeneleri normaldi. İki hafta aralıklar ile tekrarlanan servikal uzunluk ölçümlerinin kısalma eğiliminde (24. haftada 9 mm) olması ve "hunileşme" görülmesi üzerine 24. gebelik haftasında başarılı servikal serklaj (McDonald metodu ile) uygulandı. Progesteron (200 mg/gün per oral), aspirin ve kalsiyum tedavilerine devam edildi.

Gebe, 29. gebelik haftasında preterm erken membran rüptürü ile başvurdu. Transvajinal ultrasonografide plasenta ön duvar yerleşimli idi; previa durumu devam etmiyordu ve plasenta ucu-internal os arası 40 mm idi. Serklaj sütürü ile internal os arası silinmişti ve

4.5 mm olarak ölçüldü. Ayrıca, ön duvar yerleşimli plasentanın maternal kısmında mesane hattı boyunca artmış Doppler kan akımı ve plasental göllenmeler mevcuttu. Plasental adezyon bozukluğu ön tanısı düşünüldü. Steroit uygulaması, 48 saat tokolitik tedavi ve i.v antibiyotik (sulbaktam ampisilin) uygulandı. Günlük NST ve biyofizik skor takibine başlandı. Membran rüptürünün 5. gününde spontan doğum eylemi başladı. Grup B Streptokok profilaksisi amaçlı antibiyotiğe devam edildi; nöroprotektif amaçlı antepartum magnezyum tedavisi verildi. Ameliyathane hazır hale getirilerek, 4 ünite tam kan da hazır tutuldu. Normal vajinal doğum ile 1. ve 5. dakika Apgar skorları sırasıyla 7 ve 8 olan 1330 g ağırlığında bebek doğurtuldu.

Doğum sonrasındaki 60 dakika içinde plasentanın kendiliğinden ayrılmaması üzerine elle halas girişiminde bulunuldu; ancak plasentanın tam ayrılmadığının görülmesi üzerine plasenta akkrata/inkrata tanısı doğrulanarak kan transfüzyonuna başlandı. Abondan kanama ve uterin atoni nedeni ile gebede preşok tablosu gelişti. Acil postpartum histerektomi uygulandı. Sonrasında komplikasyon gelişmedi ve postpartum 9. günde anne ve 24. günde de bebek yenidoğan ünitesinden sorunsuz olarak taburcu edildi. Patoloji raporu plasenta inkrata ile uyumluydu.

4. Sorular

4.1. Genel

- Plasenta previa tüm antepartum kanamaların yüzde kaçından sorumludur?
- Üçüncü trimester kanamalarının en sık sebebi nedir?
- Doğumda plasenta previa'nın sıklığı nedir?
- Plasenta previa için risk faktörleri nelerdir?
- Grandmultipar (>5 gebelik) bir kadında plasenta previa sıklığı nedir?
- Türkiye'de lise ve üzeri eğitim alan kadınlarda

ortanca evlenme yaşı kaçırır?

- Türkiye'deki doğumların yüzde kaçını yardımcı üreme teknikleri sonrasında gerçekleştirmektedir?
- Placenta previa'ya bağlı maternal mortalite oranı nedir?

4.2. Placenta Previa Tanısı

- Placenta previa açısından tarama nasıl yapılmaktadır?
- Placenta previa tanısı nasıl konulmaktadır?
- Tanıda hatalı müspetliklere yol açan durumlar nelerdir?
- Santral placenta previa nasıl tanımlanmaktadır?
- Placenta previaya bağlı vajinal kanama ortalama kaçınıc gebelik haftasında görülmektedir?
- Placenta previa'da servikal muayene kontradik olmasına rağmen transvajinal ultrasonografi niçin değildir?
- Placenta previa tanısında tek başına transvajinal ultrasonografi yeterli midir?
- Transvajinal ultrasonografide "plasental uç - internal servikal os" mesafesi ile belirgin kanama olmadan normal doğumun gerçekleşmesi arasındaki ilişkiyi açıklayınız.

4.3. Term Placenta Previa Öngörüsü

- Birinci trimesterde placenta previa saptanan gebeliklerde bu bulgunun termde saptanma oranı nedir?
- İkinci trimesterde placenta previa saptanan gebeliklerde bu bulgunun termde saptanma oranı nedir?
- Yukarıdaki sorulardaki oranlar sırası ile 28-31 ve 32-35 hafta için nedir?
- 20-23 haftada plasental ucun internal os'u örtme miktarı, doğumda placenta previa'yı öngörür mü?
- 20-23 haftada transvajinal ultrasonografide plasental ucun internal os'u geçerek serviksi 25 mm ve üzerinde örttüğü saptandığında, termde normal doğum oranı nedir?
- 20-23 hafta ultrasonografisinde, plasental uç servikal osu geçiyor ancak 15 mm'den az örtüyor. Servikal uzunluk ise 35 mm. Bu gebeye ne önerirsiniz?
- İkinci trimesterde placenta previa saptananlarda Doppler ultrasonografinin yeri var mıdır?

- Vasa previa'nın ortalama görülme sıklığı nedir?
- Bu oran İVF gebelikleri sonrasında nedir?
- Antenatal tanı konulmadığında vasa previa'ya bağlı perinatal mortalite ne kadardır?
- Bu oran, antenatal tanı konulduğunda ne kadardır?
- Vasa previa açısından taramayı nasıl yapabilirsiniz?
- Placenta akrata'nın ortalama görülme sıklığı nedir?
- Bu oran placenta previalı bir gebelikte ne kadardır?
- Otuz altı yaşında, önceki doğumunu sezaryen ile yapmış bir kadında placenta previa saptanır, placenta akrata riski ne kadardır?
- İkinci trimesterde placenta akrata tanısı/öngörüsü mümkün müdür?
- Placenta akrata'yı kuvvetle düşündüren 2 ultrasonografik bulgu nelerdir?
- Placenta akrata şüphesini desteklemede maternal serum belirteçlerinin rolü olabilir mi?
- Rutin obstetrik ultrasonografi muayenelerinde kordon insersiyon yerinin saptanması önemli midir?
- İkinci trimesterde placenta previa saptananlarda kordon insersiyonu incelenmeli midir?

4.4. Placenta Previa Yönetimi

- İkinci trimester ultrasonografisinde şans eseri saptanan placenta previa'da plasental uç servikal osu 15 mm'den az örtüyor ve servikal uzunluk normal ise, takip planınız nasıl olabilir?
- Benzer bir gebede plasental uç servikal osu 15 mm'den fazla örtüyor ise önerileriniz neler olabilir?
- Üçüncü trimesterde hafif vajinal kanama ile başvuran placenta previa olgularında günümüzdeki yaklaşım nasıldır?
- Üçüncü trimesterde placenta previa hastane dışında takip edilebilir mi?
- Üçüncü trimesterde kanama ile başvuran placenta previa olgularında antenatal steroid uygulamasının yeri var mıdır?
- "Rescue steroid" şeması hangi anlamda kullanılmaktadır?
- Ekspektan yaklaşımda transvajinal ultrasonografi ile servikal uzunluk ölçümlerinin değeri var mıdır?

- Doğum öncesinde yapılan transvajinal ultrasonografide "plasental uç - internal servikal os" mesafesi 20 mm üzerinde ise vajinal doğuma izin verilebilir mi?
- Ekspektan tedavi ile 36. haftadan önce tekrarlayan kanama ve buna bağlı (preterm) doğum oranı ne kadardır?
- Placenta previa'nın ekspektan tedavi sonrasında en uygun doğum haftası nedir?
- Placenta previa olgularında amniyosentez ile fetal pulmoner matürite değerlendirilmesi gerekli midir?
- Placenta previa tedavisinde servikal serklajın rolü var mıdır?
- Otuzuncu gebelik haftasında abondan, aşırı miktarda kanaması olan bir previa olgusunda yaklaşım nasıl olmalıdır?

- Placenta previa'da DİK (Diseminne İntravasküler Koagülasyon) riski mevcut mudur?
- Placenta previa'da fetal malprezantasyon oranı nedir?
- Bu gebelerde sezaryen öncesi hangi hazırlıklar yapılmış olmalıdır?
- Sezaryende tercih edilen uterin kesi nedir?
- Antenatal dönemde vasa previa saptandığında temel yaklaşım ve sezaryen zamanlaması nasıl olmalıdır?

Cevaplar ve ayrıntılı bilgilere Facebook "Sdü Kadın Doğum" sayfasından ulaşabilirsiniz.