

gal olaylar gereksiz girişimleri ve sezaryen oranlarını artırmıştır. Akmal ve ark.'nın yaptıkları çalışmada oksiput posterior geliş, klinik muayene ile ancak %50 doğrulukla saptanabilmektedir. Bu nedenle, gebelerin spontan vajinal doğum olasılıklarını gösterecek objektif kriterlere sahip yeni metotlara ihtiyaç vardır. Bu metotlardan biri olmaya en önemli aday ise intrapartum ultrasonografidir.

Intrapartum ultrasonografinin başlıca üç avantajı vardır:

1. Eğitim
2. Fetal pozisyonun değerlendirilmesi
3. Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesidir.

Klinik değerlendirme becerimizi intrapartum ultrasonografi vasıtasıyla artırabiliriz. Tuşeden sonra yapacağımız intrapartum sonografi klinik değerlendirme becerimizi arttıracaktır.

Fetal başın malpozisyonu operatif doğum, perinatal ve maternal morbiditeyle ilişkilidir. Fetal başın pozisyonunu belirlemede transabdominal, transvaginal ve transperineal ultrasonografi yaklaşımlarından yararlanabiliriz. Başın angajmanından önce transabdominal ultrasonografide probumuzu yatay tutarak fetal başın pozisyonunu belirleyebiliriz. Angajmandan sonra ise transabdominal ultrasonografide probumuzu uzunlamasına tutmalıyız. Baş, pelvisin derinliklerine doğru ilerledikçe transperineal sonografi daha değerlidir.

Fetal başın pelviste bulunduğu yerin saptanması ve inişin değerlendirilmesi transperineal sonografide prob uzunlamasına ve yanlamasına tutularak yapılır. Probu uzunlamasına tutarak yapılan inceleme ve ölçümler: başın yönü, ilerleme açısı ve ilerleme mesafesidir. Probu yanlamasına tutarak yapılan ölçümler ise rotasyon açısı, baş perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

Başın yönü yukarıya doğru olduğunda vaginal doğum olasılığı yüksektir. Rotasyon açısı başın ilerlemesini gösteren önemli bir belirteçtir. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda vaginal doğum şansı %90'lara ulaşır. İlerleme açısı başın inişinin yetersiz olduğunu gösteren erken bir bulgu olmasına rağmen, rotasyon açısı geç ortaya çıkan bir bulgudur. İlerleme açısı 1200 üstünde olduğunda, oksiput anterior gelişlerde, operatif vaginal doğumların başarılı olma şansı yüksektir. Fakat oksiput posterior doğumlarda ise iyi bir belirteç değildir. Burada başka beliteçlere ihtiyaç vardır. Bunlar; hem oksiput anterior hem de oksiput posterior gelişlerde kullanılan baş-perine ve baş-sinfiz mesafesidir.

KÖ-06

Plasenta akreta: Tanı ve yönetimi

Ahmet Yalınkaya

Plasenta akreta (PA) hayatı tehdit eden ve yönetiminde de multidisipliner bir yaklaşım gerektiren obstetrik bir tablodur.

PA insidansı sezaryen artışına paralel olarak artmaktadır. Antepartum PA tanısının konulması multidisipliner planın yapılmasına, potansiyel maternal-neonatal morbidite ve mortalitelerinin azalmasına yol açar.

Tanı

PA genel olarak klinik bir terimdir; plasentanın uterin duvara invaze olmasını ve ayrılmamasını ifade eder. PA tanısı için Grayscale ultrasonografi yeterli kabul edilmektedir. Diğer üst segment ultrasonlarla daha kolay tanı konur. Belirsiz olgularda MRI da yardımcı olabilir.

PA doğumda masif kanama ve sorunlara yol açabilir; Disseminated intravascular coagulopathy (DIC), histerektomi, üreter yaralanması, mesane yaralanması, barsak yaralanması, nörovasküler yapıların yaralanması, adult respiratory distress syndrome (ARDS), akut transfüzyon reaksiyonu, elektrolit imbalansı ve böbrek yetmezliği görülebilir. PA olguları doğumda 3000-5000 ml kan kaybedebilirler. PA olgularının %90'ı kan transfüzyonuna ve bunların %40'ı 10 ünitenin üzerinde eritrosit süspansiyonuna gereksinim duyarlar. PA olgularında maternal mortalite oldukça yüksek ve %7 olarak verilmiştir. Maternal mortalite optimal transfüzyon yönetimi ve cerrahi girişime rağmen gelişebilir.

Patogenez

PA'nın üç tipi vardır:

1. **Plasenta akreta:** %75-78 oranında görülür ve plasenta myometriuma yapışmış ancak penetre olmamıştır.
2. **Plasenta inkreta:** %17. Plasenta myometriuma penetre olmuştur.
3. **Plasenta perkreta:** %5-7. Plasenta miyometriuma, serozaya ve hatta pelvik organlara da penetre olmuştur.

Insidans

Plasenta akreta insidansı sezaryen doğum artışına paralel olarak artmaktadır. 1960'larda 1/30.000 doğum, 1985-1994 arasında 1/ 2.510 doğum, 1982-2002'de 1/533 doğum, günümüzde insidans çok daha artmıştır

Risk Faktörleri

Tekrarlayan sezaryen doğumlar (en sık), ileri anne yaşı, multiparite, geçirilmiş myomektomi, Asherman sendromu, submuköz leiomyomlar, termal ablasyon ve uterin arter embolizasyonu. Sezaryen doğum yapan kadınlarda myometrial hasar ve skar oluşur. Plasenta previa bu uterin skar üzerine yerleşirse plasenta akreta için büyük risk taşır. Uterin cerrahi skarı olmayan plasenta previa olgularında plasenta akreta riski %1-5'tir. Tekrarlayan sezaryen doğum sayısı ile PA riski artar: ilk CS %3, ikinci CS %11, üçüncü CS %40, dördüncü CS %61 ve beşinci CS %67.

Prepartum Tanı

Multidisipliner planın yapılmasını, potansiyel maternal ve neonatal morbidite ve mortalitenin azalmasını sağlar. Tanı genellikle ultrason ile konur, nadiren ve belirsiz olgularda MRI da kullanılabilir.

Ultrasonografi

Transvaginal sonografi (TVS) ve transabdominal sonografi (TAS) tanıda tamamlayıcı yöntemlerdir. TVS alt uterin segment ve plasenta previa tanısı için tamamlayıcıdır. Normal bir plasentanın yapışma yeri plasenta ile mesane arasında hipoekoik bir sınırla ayrılır. Gebeliğin 15-20 haftaları arasında plasenta içinde lacun sayısında artış PA tanısı için en prediktif değerdir. Bu lacunlar güve yeniği veya İsviçre peyniri görünümünü verir ve Grayscale ultrason PA tanısı için yeterlidir.

Ultrasonografi bulguları: düzensiz şekilli plasental lacun (vascular spaces), plasentayı saran ince myometrium, retropasental doku kaybı «clear space», mesane içine doğru protrüze olan plasenta, uterin seroza ve mesane arayüzünde damarlanma artışı ve C/P Doppler US'de lacun içine kan tribülansı izlenebilir.

Magnetic Resonance Imaging (MRI): MRI ultrasona göre pahalı bir yöntemdir. PA tanısında US ile MRI tanısal değeri benzerdir. MRI, US tanısına çok az şey katabilmektedir. Tanı için deneyim gerektirir. MRI, belirsiz olgularda (posterior PA gibi) ve parametrial invazyonu göstermede yararlı olabilir.

Yönetim

Genel yaklaşım: PA tanısı konulan olgular, yeterli ve deneyimli obstetrik timi, kan bankası ve yandal desteği olan tersiyer perinatal bakım merkezine transfer edilmelidir. Massif kan kaybı riski nedeniyle preoperatif annenin hemoglobin ve hematokrit değerlerine bakılmalıdır. PA olgularının çoğunda ani başlayan masif kanama nedeniyle acil preterm doğum gereksinimi doğabilir.

Doğum planı içinde kimler olmalı? Hasta güvenliğini artırmak için eğer mümkünse: deneyimli obstetrik takımı: Anestezi, Obstetrisyen, Jinekolojik Onkolog, Yoğun bakımçı, Maternal-fetal Tıp Uzmanı, Neonatolog, Urolog, Hematolog, Girişimsel radyolog.

Doğumun planlanması: PA olgularının doğumları bireyselleştirilmelidir. Bu karar hasta, obstetrisyen ve neonatolog ile birlikte verilmelidir.

Hasta danışmanlığında: hasta ve eşine muhtemel histerektomi riski, masif kanama riski ve maternal morbidite-mortalite riski anlatılmalıdır. Burada temel prensip planlı doğumdur. Acil doğumun planlı doğuma göre kan kaybı ve kompli-

kasyonları daha fazladır. Planlı doğuma rağmen her hasta için acil durum ortaya çıkabilir ve maternal hemoraji için şu protokol takip edilmelidir:

1. Doğum zamanı bireyselleştirilmelidir, hastanın tercihin ve koşullarına bağlı olmalıdır.
2. Bir seçenek amniyosentez ile fetal akciğer maturitesini saptandıktan sonra doğurtmaktır.
3. Ancak son zamanlarda stabil hastalarda amniyosentez yapmadan 34. haftada doğum önerilmektedir.
4. Antenatal steroid kararı ve uygulama zamanı bireyselleştirilmelidir.

Planlı doğumdaki prosedürler: intraoperatif olası komplikasyonlara karşı önlemler alınır

1. Preoperatif anestezi değerlendirilmesi
2. Anestezi tipi (genel veya lokal) hastanın ve klinik durumuna göre seçilmelidir
3. Profilaktik antibiyotik ve tekrar doz cerrahiden 2-3 saat sonra veya tahminen 1500 cc kan kaybindan sonra verilmelidir
4. Preoperatif üreteral stent takılması cerrahi yaralanmaya karşı koruyucu olabilir
5. Mesane irrigasyonu ve drenajı için üç girişi olan foley kateter takılabilir
6. Massif hemorajiye karşı preoperatif kan bankası haberdar edilmeli ve desteği alınmalıdır.
7. Taze kan ve TDP ve koagülasyon faktörleri verilmelidir

Cerrahi Yaklaşım

ACOG temelde iki yaklaşım belirlemiştir, bunlar; preterm sezaryen histerektomi ve plasenta yerinde bırakılmasıdır. Aslında birçok hasta için özellikle çocuk arzusu olan kadınlarda en temel yaklaşım konservatif yaklaşım olmalıdır.

1. Konservatif yaklaşım: fertilitasını tamamlamamış olgular için ideal olan yöntemdir. Ancak her zaman başarılı olmayabilir. Burada cerrahın ve cerrahi timin deneyimi ve becerisi rol oynar. Fetüs çıkarıldıktan sonra plasenta çıkarılır, uygun mekanik kompresyon ve dikiş yapılır. Öncelikle kanama kontrol altına alınır. Hastanın durumuna göre ve cerrahın başarisına göre uygulanabilecek pek çok yöntem vardır.

2. Preterm sezaryen histerektomi: Bu yaklaşım çocuk arzusu olan kadınlarda ilk seçenek olmamalıdır. Bu olgularda insizyon seçimi hastanın durumuna bağlı olmakla beraber midline insizyon, transfundal klasik insizyon önerilmektedir.

3. Plasenta yerinde bırakılması: Kord kısa kesilip çıkarıldıktan sonra, plasenta yerinde bırakılır. Sonradan histerektomi riski ~%20'dir. Başarılı gebelikler de bildirilmiştir.¹

4. Girişimsel radiolojik yöntemler: bu yöntemin yararı kanıtlanamamış ve pratik değildir.

5. Methotrexate (MTX): Folat antagonistidir. PA tedavisinde genel görüş; trofoblastik aktivite durduğu için inefektif olduğu kabul edilmektedir.

Sonuç ve Öneriler (ACOG)

1. Daha önce sezaryen doğum nedeniyle myometrial hasar gelişen, plasenta previa anterior veya posteriordan uterin skar üzerine yerleşen kadınlar PA için büyük risk altındadır.
2. Plasenta akreta olgularında maternal mortalite %7 dolaylarındadır.
3. PA tanısı için ultrasonografi yeterlidir.
4. PA olguları, doğum için yeterli pratiği ve deneyimi olan, diğer branşlardan destek alabilen hastanelere (tertiary perinatal care center) refere edilmelidir.
5. Hasta güvenliğini artırmak için deneyimli obstetrik time (obstetri cerrah, ürolog, genel cerrah, jinekolojik onkolog) gereksinim vardır.
6. PA olgularının doğumu, spesyalize tersiyer merkezlerde daha güvenlidir.
7. Bu kadınlara histerektomi, masif kanama ve maternal mortalite riski olabileceği preoperatif anlatılmalıdır.
8. Planlı doğum amaçlanmalıdır, ancak acil doğum olasılığı her hasta için unutulmamalı ve önlem alınmalıdır.
9. Doğum zamanlaması hasta koşullara bağlı olarak, kişiye özel olmalıdır.
10. Stabil hastalarda amniyosentez yapmaksızın anne ve yenidoğan sonuçları birlikte optimize edildiğinde 34. haftada doğurtulmalıdır.
11. Antenatal kortikosteroid kullanımı ve zamanı bireyselleştirilmelidir.
12. Genel olarak PA olgularında; plasentanın içerde bırakılması ciddi kanamalara yol açması ve planlı preterm sezaryen histerektomi önerilen yönetimdir.
13. PA olgularında cerrahi yönetim bireyselleştirilmelidir.

KÖ-07

Skar gebeliği: Tanı ve yaklaşım

İbrahim Polat

Skar gebeliği tanımından kasıt, sezaryen skar gebeliğidir (SSG). SSG, blastokistin eski sezaryen skarında açılan mikroskopik ya da makroskopik yollardan myometrium içine implante olduğu anormal bir gebeliktir. Yani gebelik kesesi endometrial kavitede değil, sezaryen skarın fibröz dokusu ve myometrium içindedir. Aslında en nadir görülen ektopik gebeliktir.

İlk olarak 1978'de Larsen ve Solomon tarafından bildirilmiştir. Çok nadir görülmekle (tüm gebeliklerde 1/1800 ila

1/2226, eski sezaryenli gebelerde %0.15 ve en az bir sezaryeni ile bir dış gebeliği bulunanlarda %6.1) beraber, sezaryen oranının ve tanı olanaklarının artması (hemen bütün erken gebeliklerin değerlendirilmesinde TV-ultrasonografi kullanılması) ile birlikte görülme sıklığı artmaktadır. 2002 yılında 18 olgu bildirilirken, 2007 yılında 161 olgu bildirilmiştir ve son iki yılda ise yayınlar çok artmıştır. %52 SSG olgusunda hastanın sadece bir kez sezaryen ile doğum yapmış olduğu saptanmıştır. Sezaryen, myomektomi, metroplastisi, elle halas, D&C, histeroskopi, IVF gebeliği gibi durumlar riski arttırmaktadırlar.

Hayatı tehdit eden bir durumdur. Yanlış tanı konulur ise veya tanı konulduğu halde gebelik sonlandırılmaz ise uterus rüptürü veya masif kanama nedeniyle ağır maternal morbidite, hatta maternal ölüm bile olabilir.

Asemptomatik olabileceği gibi, en sık görülen semptom ağrısız veya ağrılı vaginal kanamadır. Yalnızca karın ağrısı da olabilir.

Tanı

Transvaginal ultrasonografinin tanıda sensitivitesi yaklaşık %85'tir. Ultrasonografide tanı kriterleri:

1. Boş uterin kavite
2. Boş serviks
3. Mesane ile gebelik kesesi (GS) arası mesafe (myometrium kalınlığı) azalmıştır, 2-5 mm
4. Uterus ön duvarında incelleme veya devamlılığında kesinti (mesane ve uterus ön duvarına yakın GS nedeniyle)
5. Üçgen şekilli GS
6. Renkli Doppler USG: GS iyi perfüze olur, Sezaryen yerinde arteriyovenöz malformasyon (AVM) saptanabilir.

Tanı ve tedavi takibinde 3-D renkli doppler ve MRI kullanılabilir.

Ayrırtıcı tanıda abortuslar (inkomplet, insipiens) ve serviko-istmik gebelikler göz önüne alınmalıdır.

Yaklaşım

Herkesin kabul ettiği ortak bir tedavi protokolü yoktur. Ancak hayatı tehdit eden komplikasyonları (rüptür, masif kanama gibi) nedeni ile özellikle ilk trimesterde tanı alan olgularda gebeliğin sonlandırılması önerilmektedir. Çoğu olguda tedavi şekli semptom, beta hcg'ye ve cerrahi deneyime bağlıdır. Aşağıda belirtilen tedavi şekilleri tek olarak uygulanırlar gibi, çeşitli kombine tedaviler de uygulanmaktadır.

Tedavi Şekilleri

1. Konservatif tedavi (bekleme tedavisi): Gebelik uterin kaviteye bağlanır ve terme kadar gidebilir veya uterus rüptürü gelişebilir.