

PLASENTA PREVIA

Yıldız ERDEM (x)
Birol GEZGİN (xx)
Aysel BAYÇELEBİ (xxx)
Tülay ÖZBEK (xxxx)
Havva ORAL (xxxxx)
Derin KÖSEBAY (xxxxxx)

ÖZET

Kliniğimizde plasenta previa görülme sıklığı %2 dir. Plasenta previa vak'alarının % 29 u santral, % 12.83 ü parsiyel, % 22.3 ü marginaldir. % 35.84 vak'ada plasenta previanın şekli tesbit edilememiştir.

Vak'alarımızın yaş ortalaması 29.12 dir. Bunların % 4.13 ü primipar, % 95.87 si multipardır.

85 hasta (% 57.94) hiç düşük yapmamış, 456 hasta ise (% 37.82) 13 düşük yapmıştır.

Kanama en çok 28 hafta ile miad arasında görülmüştür. 28 haftadan evvel kanama ile müracaat eden hastaların oranı % 12.83 dir.

Vak'alarımızda % 35.13 oranında abdominal yoldan doğum olmuştur. Vaginal yoldan doğum yapanların % 60.2 sinde normal spontan doğum olmuş, geri kalan % 39.8 inde ise çeşitli müdahaleler yapmak gerekmiştir.

Genel çocuk mortalitesi % 28.5 dur. Plasenta previalı kadından doğan çocuğun % 45.36 sı 2500 gr. dan küçüktür.

18 hasta (% 13.46) kiliniğe şokta müracaat etmiş 24 hastanın (%16.24) T.A. 50-80 mmHg arasında bulunmuştur.

Klinikte tesbit edilen komplikasyonlar ise şunlardır :

Enfeksiyon 9 vak'ada (% 6.08)

Evantrasyon 3 vak'ada (% 2.2)

İleus 1 vak'ada (% 0.6)

Plasenta akreataya 4 kere rastlanılmış ve hepsinde de histerektomi yapılmıştır. Oran % 2.7 dir.

Kliniğimizde plasenta previa vak'alarında anne mortalitesi %2 dir. (Düzeltilmiş mortalite % 1.35).

Tablo: 1- Yaşa Göre Vakaların İncelenmesi

- (x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Yöneticisi
(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı
(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı
(xxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı
(xxxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı
(xxxxxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanı

PLASENTA PREVİA

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne kanama ile müracaat eden gebelerin çokluğu, gebeliğin 3. trimestrindeki kanamalarının çok büyük bir kısmını plasenta previa vakalarının kapsaması konumuzu seçmemizde rol oynamıştır.

Materyal ve Metot

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1967-1972 yılları arasında 7405 doğum olmuş ve bunlar arasında 148 plasenta previa vakası tesbit edilmiştir.

Çalışmaya alınan vakaların özellikle kesin plasenta previa olmasına

Bulgular:

Tablo 1- Yaşa göre vakaların incelenmesi

	Yaşlar					Toplam
	15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	
Vak'a Sayısı	9	23	58	41	17	148
(%)	6.04	15.54	39.11	27.71	11.6	100.0

En büyük grup 26-30 yaşları arasında tespit edilmiştir. 26-35 yaşlar arasında ise vakaların % 66.82 si bulunmaktadır.

Tablo: 2- Pariteye Göre Dağılım

	Parite																
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XV	XVI	XVII	
Vak'a Sayısı	6	8	16	8	15	15	13	24	21	4	5	6	2	3	1	1	
%	4.13	5.45	10.81	5.45	10.15	8.78	16.38	14.18	2.22	3.37	4.13	1.35	2.02	0.67	0.67		

148 plasenta previa vakasının % 4.13 ü primipar, % 95.87 si multipardır. Partus V-IX arasında plasenta previa oranı yüksektir. Bu oranlardan da anlaşıldığı gibi plasenta previa teşekkülünde multiparite çok mühim bir rol oynamaktadır.

Tablo: 3- Düşük Sayısına Göre Vakaların Değerlendirilmesi

	Düşük Sayısı					Düşük	Toplam
	I	II	III	IV	V	VI	
Vak'a sayısı	37	14	5	4	1	2	148
(%)	25	9.45	3.37	2.22	0.67	1.35	57.94

Plesanta previa vakalarında kanama en çok 28. nci hafta ile miyad arasında husule gelmektedir (% 87.7)

Tablo: 4- Gebelik Haftasına Göre Vak'aların Dağılımı

	Kanamanın Görüldüğü Gebelik Haftası			Toplam
	28 haftadan evvel	28-33 Hafta arası	34 hafta ile Miad Arası	
Vak'a sayısı	19	59	70	148
(%)	12.83	39.1	48.07	100

Plesanta previa vakalarında en çok 28. hafta ile miyad arasında husule gelmektedir (% 87).

Tablo: 5 - Plesanta Previa Lokalizasyonuna Göre Fetus Prezantasyon Şekilleri
Plasenta Previa Tipi

Prezantasyon Şekli	Santral		Parsiyel		Margianl		Belli Değil									
	Baş Makat Yan Oblik	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.	Baş Mak. Yan Ob.								
Vak'a Sayısı	35	7	1	—	15	2	2	—	26	4	1	2	45	6	1	1
%	23.64	4.73	0.67	—	10.15	1.35	1.35	—	10.84	2.22	0.67	1.22	35.82	4.13	0.67	0.67

121 baş prezantasyonu, 27 anormal prezantasyon tesbit edilmiş, tipi tayin edilenler arasında en fazla (35 vaka) santral tipte başla prezantasyon görülmüştür (% 23.64). 53 vakanın plasenta previa tipi tayin edilememiştir.

Tablo: 6- Uygulanan Doğum Şekline Göre Plesanta Previa Vak'alarının Dağılımı

	Doğum Şekilleri			
	Sezeryan	Vaginal Müdahale	Normal Doğum	İndüksiyon
Adet	52	12	59	25
%	35.3	8.10	39.1	16.89

Abdominal yoldan doğum 52 vak'ada (% 35.3), normal doğum 59 vak'a (% 39.1) dir.

Tablo: 7- Plasenta Previa vakalarında Vaginal Müdahale Şekilleri

	Müdahale Şekli			
	Vakum Ekstraksiyon	Braxton Hicks	Versiyon	Galea Pensi
Adet	4	6	1	1
%	33.33	50.01	8.33	8.33

Vaginal yoldan müdahalede, en fazla vakalarımızda Braxton Hicks manevrası tatbik edilmiştir (% 50.1). Bu nisbetin yüksek olması hastaların ameliyatı kabul etmemeleri nedeniyle olmaktadır. Vakum ekstraksiyon ise, 4 vakada (% 33.33) yapılmıştır.

Tablo: 8- Doğum Şeklinin Fötal Mortaliteye Tesiri.

Müdahale Şekli	Vaka Sayısı	Çocuk Ölümü	Yüzde
Abdominal Müdahale	52	16	30.76
Vaginal Müdahale	12	10	83.3
Normal Doğum	59	18	30.51
İndiksiyon	25	—	—

12 vakada yapılan vaginal müdahalede 10 çocuk ölümü (% 83.3) olarak büyük bulunmuştur. Abdominal müdahalede fötal mortalite % 30.76, spontan doğumda % 30.51 dir.

Tablo: 9- Müracatındaki Çocuk Kalp Sesi Durumu

	Çocuk Kalp Sesi			Toplam
	C.K.S.(+)	Ç.K.S. (-)	Ç.K.S. (?)	
Vak'a sayısı	110	28	10	148
%	74.32	18.91	6.77	100

Ç.K.S. Çocuk Kalp Sesi

Müdahalenin seçilmesi bakımından mühim bir faktör olan Ç.K.S. nin müracaattaki durumu tetkik edildi ve 110 vakada (% 74.32) müsbet bulundu. 10 vakada (% 6.77) Ç.K.S. şüpheli idi.

Tablo: 10- Fetal Mortalitenin İncelenmesi

	Prematür		Matür	
	Adet	Yüzdesi	Adet	Yüzdesi
Ante Partum	6	13.63	12	27.24
İntra Partum	8	18.18	4	9.09
Post Partum	10	22.77	4	9.09

Vakalarımızda prematüre çocuklarda, postpartum ölüm % 22.77, matüre çocuklarda, antepartum ölüm % 27,24 olarak yüksek bulunmuştur.

Tablo: 11- Hb. Durumuna Göre Vaka Dağılımı

	Hb. Değerleri				
	3-5 gm.	5-7 gm.	8-10 gm.	11 den yukarı	Belli Değil
Vak'a Sayısı	19	61	23	29	26
%	12.83	41.24	15.54	12.83	12.76

148 plasenta previa vakamızın 61 inde (% 41,24) Hb. 5-7 gm. olarak tesbit edilmiş olup, hastalarımızın müracaattan önce fazla kanadığını göstermiştir.

Maternal morbidite gebelik hijyeninin, gebelik bakımından iyi olmaması, kültürel ve sosyo-ekonomik yetersizlikler sonucu oldukça yüksektir. Buna rağmen birçok klasik kitabın yazdığı komplikasyonlardan hava ve amnion sıvı ambolisi, tromboflebit hiç görülmemiştir.

Genel çocuk mortalitesi % 28,5 dur. Bunların % 18,91 inde kliniğimize kabul edildikleri zaman Ç.K.S. alınamamıştır. Çocuk mortalitesine tesir eden diğer bir etkende prematüredir. Plasenta previalı kadınlardan doğan çocuğun % 45,36 sı 2500-gr. dan küçüktür. Ayrıca postpartum devrede ölen bebeklerinde % 22,77 si prematüre idi.

18 hasta (% 13,46) kliniğe şokta müracaat etmiş, 24 hastanın (% 16,24) ünde T.A. 50-80 mmHg. arasında bulunmuştur.

Klinikte tesbit edilen komplikasyonlar ise şunlardır :

Enfeksiyon 9 vakada (% 6.08)

Evantrasyon 3 vak'a (% 2.2)

İleus 1 vak'a (% 0.6)

Plasenta akreataya 34 kere rastla-

nılmış ve hepsinde de histerektomi yapılmıştır. Oran % 2.7 dir.

Kliniğimizde plasenta previa vakalarında anne mortalitesi % 2 dir (düzeltilmiş mortalite (% 1.35).

Tartışma

Kliniğimizde plasenta previanın görülme oranı % 2 dir. Birçok araştırmacı bu oranı % 047 ile % 093 arasında bulmuşlardır(2, 6,10,14,15,17).

Aradaki bu büyük farkın doğusunda multiparitenin çok büyük etken olduğunu tesbit ettik. Plasenta previa vakalarımızın % 76.16 sı 5 den fazla doğum yapmışlardır. Buda diğer araştırmacıların bulgularına uymaktadır (4,7, 9,13). Ayrıca kliniğimize müracaat eden doğumların genellikle patolojik vakalar olması nisbetimizi yükselten bir etkidir. Birçok araştırmacı düşüklerden sonra plasenta previanın meydana geldiğini söylemişlerdir (3, 11,15) Biz materyalimizi bu yönde değerlendirdiğimizde vakalarımızın % 58 inin düşük anamnezi vermediğini tesbit ettik. Bu durumun hastalarımızın çeşitli nedenlerle doğru ifade vermediklerinden meydana çıktığı kanısındayız.

Vakalarımızın % 48 inde plasenta previa sebebiyle kanama 34 ünde hafta ile miad arasındadır. Bu değer araştırmacıların bulgularıyla uygunluk göstermektedir(4,6,7,17). Vakalarımızda prezantasyon anomalisi % 18 oranındadır.

Bu oranda diğer araştırıcılının değerlerine uymaktadır (2,4,6,7,12,14). Placenta previanın tipi üzerinde yaptığımız araştırmada da literatürle uygunluk tesbit ettik. Bu hastalarda tuşe vaginal yapılması araştırıcılar tarafından genellikle reddedilmekte, ancak spekülüm muayenesi uygun görülmektedir. Spekülüm muayenesinde karşı çıkanlar varsa da, biz kliniğimizde hastalarımızı rutin olarak ameliyat şartlarında spekulumla muayene ettik ve hiçbir komplikasyonla karşılaşmadık.

Acil olmayan placenta previa vakalarının 24 tanesinde sistogram yaptık ve % 73 oranında plasente previa tesbit ettik. Greenhill bu değeri % 88 olarak bulmuştur. Kliniğimizde placenta lokalizasyonunu tesbit etmek için modern araçlar olmadığından bu hususta daha ileri bir çalışma yapamadık. Vakalarımızın % 35 inde sezeryan yapılmıştır. Bu oranın diğer araştırıcıların değerlerinden daha düşük oluşu nedeni bölge şartlarına göre bir tedavi şekli seçimizdendir.

Vakalarımızın % 39 unda vaginal doğum yapılmış, % 8 oranında vaginal müdahaleli doğum olmuştur. Servisimizde 1966 yılında Braxton-Hicks manevrası yapılan 6 vakadan 2 tanesinde servikal yırtığa bağlı anne ölümü meydana gelmiş ve bu müdahale şekli kati olarak terkedilmiştir. Bu müdahale şeklini Amerikalı araştırıcılarda bizim gibi terkettikleri halde Alman araştırıcılar (1,5,7) halen uygulamaktadırlar(14,15).

Vakalarımızda fütal mortalite prenatal olmaması veya yetersiz olması nedeniyle oldukça yüksek bulunmuştur. Postpartum fütal mortalite nisbetinin yüksek oluşunda biz kliniğimizde pre-

matür bakımı için gerekli olan tıbbi araç ve bu konuda eğitilmiş personelin olmamasına ve 1972 yılı başına kadar çocuk kliniği ile bir kolleberasyonun kurulamamasına bağlıyoruz. Anne mortalitesini ise % 2 olarak bulduk. Buda diğer araştırıcıların değerleri ile uygunluk göstermektedir(4,6,7,8,14,16,16,17).

Vakalarımızın % 70 inde Hb. 10 gr. in altında bulunmuştur. Bunu da fütal ve maternal morbidite ve mortaliteyi artırıcı bir etken olarak kabul etmekteyiz, bölgemizdeki fütal ve maternal morbidite % 30 bulunmuştur. Bu değer memleketimizin diğer bölgelerindeki ve dış ülkelerdeki değerlerden daha yüksektir(7).

Sonuç

Kliniğimizde placenta previanın görülme sıklığı dünyadaki hemen hemen en yüksek değerlerden biri olarak tesbit edilmiştir.

Placenta previanın etiolojisinde vakalarımızda multiparite önemli rol oynamıştır.

Normal doğumların çoğu kere evde yapılıp ancak patolojik doğumların kliniğe müracaatının büyük katkısı vardır.

Vakalarımızda dar pelvis insidensi kontrol gurubundan daha yüksek olarak bulunmuştur. Buda, etiolojide dar pelvisin rol oynamadığını düşündürmektedir.

Kliniğe geğ müracaat edilmesi, anemi tablosunun genellikle bulunması, kliniğe gelmeden önceki muayenelerde gerekli hijyenik şartlara uyulmaması gibi etkenlerin varlığı sezeryan oranını

etkilemiş ve bu tedavi yöntemi hastaların ancak 1/3 üne uygulanmıştır.

Fetal mortalite prenatal bakımın olmaması veya yetersiz olması nedeni ile oldukça yüksektir. Pospartum fetal mortalitede de prematür bakımından gerekli olan tıbbi alet ve yetişmiş personelin alınması ayrıca 1972 yılı başına kadar Doğum servisinin kolleberasyon yapacağı bir çocuk servisinden uzakta bulunuşu rol oynamıştır.

Maternal morbidite gebelik hijyeninin, gebelik bakımından iyi olması, kültürel ve sosyo-ekonomik yetersizlikler sonucu oldukça yüksektir. Buna rağmen birçok klasik kitabın yazdığı komplikasyonlardan hava ve amnion sıvı ambolisi, tromboflebit hiç görülmemiştir.

Maternal mortalite literatürdeki değerlere göre normal hatta birçok araştırmacının sonuçlarından iyidir. Ölen

hastalarında bir tanesi kliniğe kabul edilir edilmez kaydedilmiştir. Bu da göstermektedir ki, bölgede ulaşımın özellikle kış aylarında yeterli hale getirilmesi gereklidir. Ayrıca halkın eğitilmesi gebelik esnasında kontrolün faydasına inandırılması ve acil durumda hızla bir cerrahi müdahale yapılabilecek en yakın sağlık merkezine hastanın ulaşımını sağlamak mutlak gereklidir. Ancak bu şekilde anne ve çocukla morbiditesi ve mortalitesi düşürülebilir. Bunların dışında acil müdahale yapılacak merkezlerde transfüzyon yapma olanaklarını sağlamakta aynı derecede önemli, hayat kurtarıcı olacaktır.

Bugünkü modern tıbbın gerektirdiği plasenta lokalizasyon metodları için gerekli araçların hiç olmazsa üniversite kliniklerinde bulunması hem erken tanı yönünden hastalara, hemde araştırma yapacaklara büyük yararlar sağlayacaktır.

Literatür

- 1- Ariel, O., Menah, M.D., Nadav, S.: Placenta previa accreata. *Obst. Gynec.* 33: 5, 1969.
- 2- Atabey, F., Cemiloğlu, C.: İki plasenta previa vakası münasebeti ile Türk Jinok. *Obstet. Mec.* 1: 70, 1964.
- 3- Chosson, S., Ruf, H.: La Villosito du placenta, *Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst.* 16: 467, 1964.
- 4- Donald, I.: Ultrasonics in obstetrics. *Brit. Med. Bull* 24 (1968) 71.
- 5- Donald, I., Macveicar, J., Brown T.G.: Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound. *Lancet* 1188, 1958.
- 6- Erez, N., Yenen, E., Arısan, K.: Doğum bilgisi, 425, (1955). Servet Mat. İstanbul.
- 7- Greenhill, J.P.: *Obstetrics* (Thirteen Edition). 6.B. Saunders Company Philadelphia and London, 1966.
- 8- Iffy, L.: A clinical analysis of placenta previa. *Am. J. Obst. Gynec.* 50:248 (1945).
- 9- Jaccop. S., Beily, M., Greenberg. W. Aaron, J.B., Sidne, J.P.: The

- conservative management of some varieties of Pl. previa Am. J. Obst. Gynec. 63: 414 (1952).
- 10- Kırdar, Ü.: Plasenta previa ve doğum sonuatonı kanamalarının obstetrikte önemi. Tıp Dünyası, s.: 34 (1961)
- 11- Lepage, F., Hervert, E., Heinron, R.: Aplications medicales de la Thermographie Essai de localisation placentaire. Gynec. et obst. 62:2, 171 (1963).
- 12- Martin, K.: Plazenta lokalisation untek nuzrung des ultraschall doppler effektes und der thermographie. Geburts. und Fereunheilk 12, 1101, 1970.
- 13- Lacomme, M.: Pratique obstetrical 1, 467, (1960).
- 14- Martius, H.: Lehrbuck der Geburtshilfe: Georg Thime Verlag.-Stuttgart, 6, Auflage, 1969.
- 15- Pscyrembel, W.: Pratik doğum bilgisi (çeviren: Doç.Dr. Y. Keçecioglu). Çeltük Matbaası, 1965., İstanbul.
- 16- Topçuoğlu, S.: Plasenta previa. Dünyada Tıp, S.: 11, 119 (1961).
- 17- Williams, T.J.: Prematur separation of the normally implanted placenta Surg. Gynec. Obst. 21: 541, 1951.