

## Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları

### Pregnancy outcomes in patients with placenta previa

Artunç Ülkümen B Pala HG Aktenk F Bülbül Baytur Y

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

#### Özet

**Amaç:** Plasenta previa olgularında maternal demografik özelliklerin, perinatal sonuçların ve obstetrik komplikasyonların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kliniğimizde Ocak 2009-Haziran 2013 tarihleri arasında takip edilen toplam 69 plasenta previa olgusu dosya kayıtlarından retrospektif olarak incelendi. Maternal ortalama yaş, gravida, parite özellikleri; gebelik haftaları, doğum şekli, doğum kilosu, 1. ve 5. dakika apgar skorlaması, gestasyonel diyabetes mellitus (GDM), pregestasyonel diyabet, polihidramniyos, oligohidramniyos, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), kan transfüzyon gerekliliği, antepartum kanama sıklığı, peripartum histerektomi olup olmadığı, plasental invazyon bulgusu, in utero mort fetalıs (IUMF) ve neonatal ölüm gibi komplikasyonlar incelendi. Ayrıca olguların obstetrik öyküleri, geçirilmiş sezaryen sayıları incelendi.

**Bulgular:** Plasenta previa olgularında ortalama yaş  $32.19 \pm 4.58$  (22-40 yaş), gravida  $2.29 \pm 1.55$ , parite  $0.96 \pm 1.18$  olarak saptandı. Doğum sırasında ortalama gebelik haftası  $30.99 \pm 6.96$  olarak tespit edildi. 22 olguda (31.9%) geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. Plasenta previa olgularında ortalama bebek doğum kilosu  $2854.38 \pm 815.72$  gr (500 gr-4300 gr), 1. ve 5. Dakika apgar skorları sırası ile  $9.30 \pm 1.57$  ve  $9.70 \pm 0.95$  olarak tespit edildi. 4 olguda invazyon bulguları saptandı, 5 olguda invazyon bulguları nedeni ile peripartum histerektomi yapıldı.

**Sonuç:** Plasenta previa, maternal ve neonatal mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Geçirilmiş sezaryen ameliyatları, grand multiparite, uterin anomaliler, ileri maternal yaş tanımlanmış en önemli risk faktörleridir. Ülkemiz koşulları göz önüne alındığında, özellikle çevre hastanelerde, plasenta previa açısından risk grubunda olan gebelerde sezaryen endikasyonu verilirken dikkatli olunmalı; hasta uyumu düşük, yeterli antenatal takip alamayacak hasta grubunda risk faktörleri de var ise, mümkünse gebelik tespit edilir edilmez koruyucu tedbirler alınmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Plasenta previa, obstetrik risk faktörleri, geçirilmiş sezaryen öyküsü, perinatal sonuçlar.

#### Summary

**Aim:** To evaluate the maternal demographic features, perinatal outcomes and obstetric complications in cases of placenta previa.

**Materials and Methods:** The data of 69 women with placenta previa followed up in our clinic between January 2009 and June 2013 were evaluated retrospectively through file records. Maternal mean age, gravidity, parity, gestational weeks, mode of delivery, birth weight, apgar scores, gestational diabetes (GDM), pregestational diabetes, polyhydramnios, oligohydramnios, intrauterine growth restriction (IUGR), need of transfusion, the frequency of antenatal vaginal bleeding, peripartum hysterectomy need, placental invasion findings, in utero mort fetalıs (IUMF) and neonatal mortality were all evaluated. In addition, obstetric history and the number of prior cesarean deliveries were evaluated.

**Results:** The mean age, gravida and parity were  $32.19 \pm 4.58$  (22-40 years),  $2.29 \pm 1.55$ , and  $0.96 \pm 1.18$  respectively. The mean gestational week was  $30.99 \pm 6.96$ . 22 cases (31.9%) had prior cesarean delivery. The mean birth weight was  $2854.38 \pm 815.72$  g (500 g-4300 g), apgar scores at 1 and 5 minutes were  $9.30 \pm 1.57$  and  $9.70 \pm 0.95$  respectively. Four cases had placental invasion findings and 5 cases needed peripartum hysterectomy.

Yazışma Adresi: Halil Gürsoy PALA

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Manisa, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 30.10.2013 Kabul Tarihi: 31.01.2014

**Conclusion:** *Placenta previa still remains an important cause of maternal and neonatal morbidity and mortality. Prior cesarean operations, grandmultiparity, uterin anomalies, advanced maternal age are well-known risk factors. With respect to Turkey, especially in peripheric hospitals, attention should be directed to the cesarean indications and preventive measures should be taken immediately following known pregnancy for women with low compliance and those who have poor antenatal surveillance.*

**Key Words:** *Placenta previa, obstetric risk factors, prior cesarean history, perinatal outcomes.*

## Giriş

Plasenta previa, uygun olmayan plasentasyonun bir sonucu olarak plasentanın internal servikal os üzerinde veya yakınında yerleşmiş olması durumudur ve son trimester kanamalarının en sık nedenidir. Bu nedenle maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedenidir (1). Term gebelikte plasenta previa insidansı %0.5-1.0 arasındadır. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; multiparite, geçirilmiş sezaryen öyküsü, ileri maternal yaş, abortus öyküsü, maternal sigara kullanımı, erkek fetüs riski arttırmaktadır (2). Ayrıca sezaryen oranlarında izlenen artış nedeni ile tüm dünyada plasenta previa, plasenta invazyon anomalileri ve buna bağlı olarak maternal morbidite ve mortalitede artış olabileceği düşünülmektedir (3,4). Plasentanın internal servikal os'a göre yerleşim yeri dikkate alınarak 4 şekilde sınıflandırılır: servikal osun tamamen plasenta tarafından kapatıldığı "plasenta previa totalis"; servikal osun plasenta tarafından kısmen kapatıldığı "plasenta previa parsiyalis"; plasentanın servikal os kenarına kadar uzandığı ancak osu kapatmadığı "plasenta previa marginalis"; plasentanın servikal osa 2 cm'den daha az mesafede yerleşim gösterdiği "aşağı yerleşimli plasenta" (5). Klinik pratikte bu olguları 'majör' ve 'minör' olarak sınıflandırmak ta mümkündür. Majör plasenta previa olguları, servikal osun kapandığı previa totalis ve parsiyalis durumları için; minör plasenta previa olguları ise osun kapanmadığı previa marginalis ve aşağı yerleşimli plasenta olguları için uygundur (6).

Tanı temel olarak klinik ve ultrasonografi incelemesi ile yapılır (1,2). En tipik klinik özellik, 2.trimester sonunda meydana gelen ağrısız, genellikle tekrarlayıcı nitelikte, spontan vaginal kanamadır. Kanama ne kadar erken haftada oluşursa, ilerleyen haftalarda erken müdahale gerekliliği o kadar daha sıktır. Ultrasonografik incelemede özellikle plasenta lokalizasyonu ile ilgili yorumlardan 22. haftaya kadar kaçınmak gerekir, çünkü 24 hafta öncesinde tüm gebeliklerin yaklaşık %30'da aşağı yerleşimli plasenta tespit edilir. Yaklaşık 24. haftada bu oran yarıya düşer (%15) ve termde sadece %3 oranında izlenir (6). Ya da tam tersi olarak yaklaşık 20.haftada yanlış negatif tanı oranı %7 civarındadır (7). Başka bir deyişle gestasyonel hafta ilerledikçe, özellikle ikinci trimester sonunu takiben plasenta previa tanısı daha doğru ve kesin özellik taşımaktadır.

Çalışmamızda, kliniğimizde takip edilen plasenta previa olgularının maternal özelliklerini, antenatal komplikas-

yonlarını, obstetrik risk faktörlerini ve yenidoğan özelliklerini araştırmayı hedefledik.

## Gereç ve Yöntem

Kliniğimizde Ocak 2009-Haziran 2013 tarihleri arasında takip edilen toplam 69 plasenta previa olgusu dosya kayıtlarından retrospektif olarak incelendi. Çalışma için etik kurul onayı alındı. Olguların yaş, gravida, parite özellikleri, gebelik haftaları, doğum şekli, doğum kilosu, 1. ve 5. dakika apgar skorlaması, gestasyonel diyabet (GDM), pregestasyonel diyabet, polihidramniyos, oligohidramniyos, intrauterin gelişme geriliği (IUGR), kan transfüzyon gerekliliği, antepartum kanama sıklığı, peripartum histerektomi olup olmadığı, plasental invazyon bulgusu, in utero mort fetalis (IUMF) ve neonatal ölüm gibi komplikasyonlar incelendi. Ayrıca olguların obstetrik öyküleri, geçirilmiş sezaryen sayıları incelendi. İstatistiksel değerlendirme SPSS v20 programı ile yapıldı. Tanımlayıcı istatistik kullanılarak sonuçlar ortalama ± standard deviasyon olarak ya da görülme sıklığı (%) olarak ifade edildi.

## Bulgular

Kliniğimizde takip edilen olguların 33'de (47.8%) plasenta previa totalis, 31 olguda (44.9%) plasenta previa marginalis ve 5 olguda (4.2%) aşağı yerleşimli plasenta saptandı. Plasenta previa olgularında ortalama yaş 32.19±4.58 (22-40 yaş), gravida 2.29±1.55, parite 0.96±1.18 olarak saptandı. Doğum sırasında ortalama gebelik haftası 30.99±6.96 olarak tespit edildi. 22 olguda (31.9%) geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. Bu olgulardan 18'de geçirilmiş 1 sezaryen, 3 olguda 2 sezaryen, 1 olguda 3 sezaryen öyküsü mevcuttu. Olguların demografik özellikleri Tablo-1'de gösterilmiştir.

**Tablo-1.** Plasenta Previa Olgularının Demografik Özellikleri.

<b>Yaş (ort±SD)</b>	32.19±4.58
<b>Gravida (ort±SD)</b>	2.29±1.55
<b>Parite (ort±SD)</b>	0.96±1.18
<b>Abortus (ort±SD)</b>	0.34±0.64
<b>Sezaryen öyküsü (n)</b>	22 (% 31.9)

Plasenta previa olgularında ortalama bebek doğum kilosu 2854.38±815.72 gr (400 gr-4300 gr), 1. ve 5. Dakika apgar skorları sırası ile 9.30±1.57 ve 9.70±0.95 olarak tespit edildi. Hastaların ortalama hemogloblin değerleri 9.36±1.60 g/dL, hematokrit değerleri

26.79±4.60 olarak saptandı. 51 olgu 1 kez, 11 olgu 2 kez, 6 olgu 3 kez ve 4 olgu 4 kez hospitalize edildi. Antenatal komplikasyonlar açısından incelendiğinde 4 olguda GDM, 1 olguda ikiz gebelik, 3 olguda IUGR, 2 olguda IUMF saptandı. 4 olguda invazyon bulguları saptandı, 5 olguda invazyon bulguları nedeni ile peripartum histerektomi yapıldı. Diğer olgular sezaryen ile doğum yaptı. 53 hasta (76.8%) akut kanama nedeni ile gebeliği sırasında en az bir kere hospitalize edildi. 21 olguya kan transfüzyonu yapıldı. Antenatal komplikasyonlar Tablo-2'de gösterilmiştir.

**Tablo-2.** Plasenta Previa Olgularında Yenidoğan Özellikleri.

<b>Gebelik haftası</b>	30.99±6.96
<b>Doğum kilosu</b>	2854.38±815.72
<b>1.dakika apgar</b>	9.30±1.57
<b>5.dakika apgar</b>	9.70±0.95

### Tartışma

Plasenta previa, tüm doğumların yaklaşık olarak % 0.5-1.0' ini komplike etmektedir. Ancak özellikle son 20 yıl içerisinde plasenta previa insidansında görülen anlamlı artış, tüm dünyada hızla artan sezaryen oranlarına bağlanmaktadır (2-4,8). Ayrıca ilk gebelik yaşının 35 yaş üzerine ötelenmiş olması da ilk gebeliklerde ortaya çıkan plasenta previa için önemli bir risk faktörüdür. 204 plasenta previa olgusunun değerlendirildiği bir çalışmada, maternal yaşın 30 ve üzerinde olmasının, plasenta previa riskini 2.5 kat arttırdığı gösterilmiştir (2). Bizim çalışmamızda ortalama maternal yaş 32.19±4.58 olarak tespit edilmişti. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada benzer olarak yaş ortalaması 31.15±5.94 saptanmıştır (5). İleri maternal yaşın hangi mekanizmalar ile bozuk plasentasyona neden olduğu tam anlaşılmamıştır. Ancak yaşla birlikte myometriyum tabakasındaki arterlerde oluşan sklerotik değişikliklerin artması ve bunun sonucu olarak plasentaya yeterli kan akımının sağlanamaması bozuk plasentasyona neden oluyor olabilir (2).

Benzer şekilde maternal sigara/kokain gibi madde kullanımı da myometrial damarlarda sklerotik değişiklikler ile bozuk plasentasyona neden olabilir (9). Çalışmamızda olgular ile ilgili verilere retrospektif olarak dosya kayıtlarından ulaştığımız için olgularımızın sigara kullanımı ile ilgili yeterli veriye sahip olmadık. Ancak Akdeniz ve ark. (5), 79 plasenta previa olgusunu inceledikleri bir çalışmada sadece 3 olgularının (%3.79) gebelik süresince sigara kullandığını belirtmektedirler.

Ayrıca geçirilmiş küretaj, geçirilmiş sezaryen gibi intrauterin müdahaleler lokal sklerotik değişiklikler ve skar dokusu oluşumu ile vasküler zengin alana doğru plasentanın normal migrasyonunu engelleyerek yetersiz ya da uygun olmayan plasentasyona neden olabilir. Ancak parite ile plasenta previa gelişimi arasındaki ilişki tartışmalıdır (2). Bazı çalışmalarda artan parite ile

plasenta previa arasında net bir ilişki gösterilememiştir (2). Ancak geçirilmiş sezaryenler göz önüne alındığında, yapılan çalışmalarda previa için artmış risk olduğu gösterilmiştir (10-12). Son yıllarda yapılan bir çalışmada geçirilmiş bir sezaryen ile riskin 2 kat arttığı, geçirilmiş 2 sezaryen durumunda ise riskin 7 kat arttığı gösterilmiştir (2). Bazı çalışmalar ise artan sayıda sezaryen öyküsü ile previa riskinin ayrıca artmadığı, her sezaryende risk artışının aynı olduğunu belirtmektedir (13,14). Bizim çalışmamızda ortalama gravida 2.29±1.55 [en az 1- en çok 10], ortalama parite 0.96±1.18 [en az 0- en çok 7], ortalama abortus 0.34±0.64 [en az 1- en çok 4] olarak bulunmuştur. Ayrıca olgularımızın 22'de (%31.9) geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcuttu. 2001-2004 yılı arasında plasenta previa olgularının incelendiği Akdeniz ve ark. (5), yaptığı çalışmada, sezaryen öyküsü olanların oranı %20.25 (16 olgu) olarak tespit edilmişti. Ayrıca aynı çalışmada kanama nedeni ile peripartum histerektomi olan olgular 2 hasta (%2.5) ile sınırlı idi. Çalışmamızda ise sezaryen öyküsü olan olgular daha fazla tespit edildi. Ayrıca buna bağlı olarak plasental invazyon oranı ve kanama nedeni ile histerektomi olan olguların oranı da daha fazla saptandı (%7.2). Geçirilmiş düşüklerin plasenta previa gelişimi için risk artışı taşıdığını gösteren çalışmaların (2) aksine bazı çalışmalarda bu birliktelik gösterilememiştir (13,14). Çalışmamızda plasenta previa olgularının gravida, parite ve abortus oranları literatür verilerine benzer olarak saptanmıştır (2).

Önceki gebeliğinde plasenta previa öyküsünün olması şimdiki gebelikte previa riskini arttırmaktadır. Bir çalışmada rekürrens riskinin normal gebeliklere göre 6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (15). Çalışmamızda hiçbir olguda plasenta previa öyküsü saptanmamıştır. Ayrıca uterus anomalileri de mekanik bir bariyer gibi davranarak normal plasentasyonu bozup previa riskini arttırabilir. Bir çalışmada bu risk artışının 8.5 kat olduğu tespit edilmiştir (2). Çalışmamızda hiç bir olgumuzda uterin anomali saptanmamıştır.

Antenatal komplikasyonlar açısından incelendiğinde erken doğum ve prematürüreye bağlı sorunlar plasenta previa için halen morbidite ve mortalite yaratan en önemli sorunlardır. Bir çalışmada previa olgularının yaklaşık %40'nın prematür doğduğu tespit edilmiştir (2). Bizim çalışmamızda da ortalama doğum haftası 30.99±6.96 olarak tespit edilmiştir. Ancak diğer çalışmaların aksine (2), çalışmamızda 1. ve 5. dakika apgar skorları previa olguların bebeklerinde gösterilen apgar skorlarına göre daha yüksekti. Bunun nedeni iyileştirilmiş antenatal bakım ile plasenta previa olgularının önceden tanınması, gerekli koruyucu tedbirlerin alınması ve yoğun bakım-anestezi şartlarının iyileşmelerine bağlı olabilir. Ayrıca plasenta previa olan olgularda prematürüreye haricinde IUGR bebek riskinin de artmış olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (16,17). Ayrıca plasenta

previa ile fetal anomali arasında da ilişki saptanmıştır (18).

Plasenta previa olgularında doğum şekli sezaryen olmakla birlikte, aşağı yerleşimli plasenta ve plasenta previa marginalis anterior durumlarında normal vaginal doğum denenebilir. Plasenta previa olguları postpartum kanama yönünden dikkatli takip edilmelidir (19). Bir çalışmada bu olgularda postpartum kanama için 12 kat risk artışı olduğu bildirilmiştir (20).

Plasenta previa durumunda perinatal morbidite ve mortalite doğum haftasına bağlıdır. Yenidoğan bakımında yenilikler ve ekspektan tedavinin gündeme gelmesi ile 1970'li yıllarda %30 civarında seyreden perinatal mortalite oranları, 1990'lı yılların sonlarında yaklaşık olarak %23'lere kadar düşmüştür (18,21-25).

## Sonuç

Sonuç olarak, plasenta previa halen günümüzde hem prematür doğum ve buna bağlı yenidoğan problemleri hem de plasental invazyon ve buna bağlı peripartum histerektomi gerekliliği nedeni ile maternal ve neonatal mortalite ve morbiditenin önemli nedenleri arasında yer almaktadır. Ülkemiz koşulları göz önüne alındığında, özellikle perifer hastanelerde, ileri yaş ve geçirilmiş sezaryen öyküsü olan gebeliklerde sezaryen endikasyonu verilirken dikkatli olunmalı; hasta uyumu düşük, yeterli antenatal takip alamayacak hasta grubunda risk faktörleri de var ise, mümkünse gebelik tespit edilmez koruyucu tedbirler alınmalıdır.

## Kaynaklar

1. Faiz AS, Ananth CV. Etiology and risk factors for placenta previa: An overview and meta-analysis of observational studies. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2003;13(3):175-90.
2. Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. *CMJ* 2003;44(6):728-33.
3. Solheim K, Esakoff T, Little SE, et al. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24(11):1341-6.
4. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: Pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease. *Placenta* 2012;33(4):244-51.
5. Akdeniz N, Yalınkaya A, Akay H ve ark. Plasenta previa: Obstetrik risk faktörleri ve perinatal sonuçlar. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12(3):113-6.
6. Chapman MG, Furness ET, Jones WR, et al. Significance of the location of placenta site in early pregnancy. *BJOG* 1989;86:846-8.
7. McLure N, Dornan JC. Early identification of placenta previa. *BJOG* 1990;97:959-61.
8. Carbillon L. Does the presence of a uterine scar influence the site of placental implantation? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;42(1):121.
9. Chelmon D, Andrew DE, Baker ER. Maternal cigarette smoking and placenta previa. *Obstet Gynecol* 1996;87(5 Pt 1):703-6.
10. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, Hershkowitz R, Katz M, Mazor M. Placenta previa: Obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001;10(6):414-9.
11. Parazzini F, Dindelli M, Luchini L, et al. Risk factors for placenta previa. *Placenta* 1994;15(3):321-6.
12. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol* 2002;99(6):976-80.
13. Abu-Heija A, El-Jallad F, Ziadeh S. Placenta previa: Effect of age, gravidity, parity and previous cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 1999;47(1):6-8.
14. Hershkowitz R, Fraser D, Mazor M, Leiberman JR. One or multiple previous cesarean sections are associated with similar increased frequency of placenta previa. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995;62(2):185-8.
15. Gorodeski IG, Bahari CM. The effect of placenta previa localization upon maternal and fetal-neonatal outcome. *J Perinat Med* 1987;15(2):169-77.
16. Ananth CV, Demissie K, Smulian JC, Vintzileos AM. Relationship among placenta previa, fetal growth restriction, and preterm delivery: a population-based study. *Obstet Gynecol* 2001;98(2):299-306.
17. Wolf EJ, Mallozzi A, Rodis JF, Egan JF, Vintzileos AM, Campbell WA. Placenta previa is not an independent risk factor for a small for gestational age infant. *Obstet Gynecol* 1991;77(5):707-9.
18. Crane JM, van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Neonatal outcomes in placenta previa. *Obstet Gynecol* 1999;93(4):541-4.
19. Jang DG, We JS, Shin JU, et al. Maternal outcomes according to placental position in placental previa. *Int J Med Sci* 2011;8(5):439-44.
20. Horgan R. Placental praevia, placental accreta and vasa praevia. *Obstet Gynecol* 2006;108(3 Pt 1):693-4.
21. Cotton DB, Read JA, Paul RH, Quilligan EJ. The conservative aggressive management of placenta previa. *Am J Obstet Gynecol* 1980;137(6):687-95.
22. Macafee CH, Millar WG, Harley G. Maternal and foetal mortality in placenta praevia. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1962;69(3):203-12.
23. Crenshaw C Jr, Jones DE, Parker RT. Placenta previa: A survey of twenty years experience with improved perinatal survival by expectant therapy and cesarean delivery. *Obstet Gynecol Surv* 1973;28(7):461-70.
24. Kassem GA, Alzahrani AK. Maternal and neonatal outcomes of placenta previa and placenta accreta: Three years of experience with a two-consultant approach. *Int J Womens Health*. 2013;28(5):803-10.
25. Balayla J, Bondarenko HD. Placenta accreta and the risk of adverse maternal and neonatal outcomes. *J Perinat Med* 2013;41(2):141-9.