

ANESTHETIC APPROACH TO THE PATIENT WITH PLACENTA PREVIA TOTALIS AND PLACENTA ACREATA; CASE REPORT.**Plasenta previa totalis ve plasenta akreatalı gebeye anestezi yaklaşım;
Olgu sunumu.****Zinet Asuman Arslan Onuk, Ümit Çelik, Ali Coşkun, Bilge Karşlı**

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, Antalya.

Cer San D (J SurgArts): 2012;5(2): 51-53.**ABSTRACT**

Plasenta accreta is defined as an abnormal adherence of the placenta to the uterine Wall owing to a faulty or an absent decidua basalis. Placenta accreta is further subdivided into placenta accreta vera, increta and percreta, depending on the level of invasion of the uterine wall and surrounding structures.

A 32 years old pregnant women was admitted to the hospital with trans vaginal bleeding at 31weeks gestational ages (twins). The patient was assigned for spinal anesthesia as she did not accepted general anesthesia. After the completion of anesthesia, cesarean section was performed and twin baby girls were born alive. Surgical findings revealed total closure of internal ostium by dichorionic placenta and invasion of uterus serosa. The team was prepared for probable risk of hemorrhage and colloid infusion was administered. During the fluid resuscitation Fresh frozen plasma was also given. The hemorrhage could only be controlled by hysterectomy with the informed consent of patients family. Her vital signs were normalized after hemostasis.

Here in, we discussed the case and anesthesia in view of the literature.

Keywords: Placenta previa, spinal anesthesia, cesarean, hysterectomy.

ÖZET

Plasenta akreat, desüde bazalisin bozukluğuna yada yokluğuna neden olan, plasantanın uterus duvarına anormal şekilde yapışıklığı olarak tanımlanır. Plasenta akreat, uterusu invazyon seviyelerine ve tabakaları çevrelemelerine bağlı olarak akreat vera, inkreat ve perkreat olmak üzere üç gruba ayrılır.

32 yaşında 31 haftalık ikiz gebeliği olan hasta kanamayla hastanemize başvurdu. Hasta uyumak istemediği için spinal anestezi planlandı. Anestezi işlemi tamamlandıktan sonra sezeryan başlatıldı, iki tane canlı kız bebek doğumu oldu. Cerrah dikoryonik plasantanın internal os'u tamamen kapattığını ve uterusun serozasına kadar invaze ettiğini bildirdi. Olası kanamaya karşı ekibi uyardı ve hastaya ikinci damar yolundan kolloid sıvı gönderilmeye başlandı. Hastanın kanaması histerektomi yapıldıktan sonra durduruldu ve vital bulgular stabil hale geldi. Operasyon sonrası hasta kanama kontrolü ve vital bulgular açısından stabil seyretti.

Bu yazıda, olgumuz ve anestezi şekli literatür verileri ışığında değerlendirildi.

Anahtar kelimeler: Plasenta previa, spinal anestezi, sezeryan, histerektomi.

GİRİŞ

Plasenta previa, plasantanın fetal prezente olan kısmının altında, alt uterin segmente implante olmasıdır. Plasantanın servikal os'a durumuna göre sınıflandırma yapılır. Buna göre; total plasenta previada internal os'u tamamen kapatmıştır, parsiyel plasenta previada internal os'u kısmen kapatmıştır, marjinal plasenta previada ise plasantanın yerleşimi kenar internalos sınırındadır.

Plasenta previa'ya bağlı olarak 3 farklı tablo oluşabilir. Bunlar; 1) Plasenta accreta; desüde baza-

lis olmaksızın plasantanın uterus duvarına geçen, 2) Plasenta increta; myometriuma penetre olan ve 3) Plasenta percreta; tüm uterus duvarına penetre olan plasentadır.

Tek gebeliklerde %0,28, ikiz gebeliklerde %0,39 oranında görülür. Ciddi klinik problemlere yol açabileceği için hastanede yatış ve gözlemi gerektirir. Hastaların kan transfüzyonuna gereksinimi olup genelde erken doğuma giderler (1,2). İnsidansı genel popülasyonda yaklaşık %0,5 oranında görülürken, tekrarlayan sezaryen sayısı, sigara kullanması, uterus

skar, ileri anne yaşı, multiparite, önceki düşükler, ilaç kullanımı, patolojik prezentasyon, uterin anomaliler ve preterm eylem gibi durumlarda daha fazla görülmektedir. Bu risk faktörleri arasında, plasentanın yerleşim anomalisine en sık tekrarlayan sezaryen sayısı neden olmaktadır. Sosyoekonomik düzeyi gelişmiş toplumlarda peripartum acil histerektomi, en sık plasentasyon anomalisi nedeniyle uygulanmaktadır (3). Perinatal mortalite normal gebeliğe oranla 3-4 kat daha fazladır. Ortalama kan kaybı 3000-5500 ml olarak bildirilmiştir (4, 5).

Biz de plasenta previatotalis tanısı olan bir hastamızda sezaryen operasyonu için anestezi uygulamasındaki deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Olgu

32 yaşında 31 haftalık ikiz gebeliği olan hasta kanamayla hastaneye başvurdu. 10 yıl önce sezaryen öyküsü olan hastanın TA:130/80 mmHg, nabız:80/dk ve SpO₂:100 olarak kaydedildi. Hasta uyumak istemediği için spinal anestezi planlandı. Anestezi öncesi 1000 cc kristalloid sıvı infüzyonu önceden verildi. Hastaya ikinci bir damar yolu açıldı. 3'er ünite kan ve plazma operasyon öncesi hazırlandı. 168 cm boyun-daki hastaya oturur pozisyonda steril şekilde 26 G spinal iğne (spinocan) ile subaraknoidal aralığa girilerek 7,5 mg hiperbarik bupivakain ve 0,025 mikrogram fentanil karıştırılıp toplam 2 ml volüm enjekte edildi. Anestezi işlemi tamamlandıktan sonra, motor ve duyu blok kontrolü yapıp sezaryen başlatıldı. İki tane canlı kız bebek doğumu oldu. Cerrahi ekipleri tarafından, dikoryonik plasentanın internal os'u tamamen kapattığı ve uterusun serozasına kadar invaze ettiği bildirildi ve olası kanamaya karşı ekip uyarıldı. Hastaya ikinci damar yolundan 500 ml kolloid sıvı gönderilmeye başlandı. Plasentalar çıkarılıp kanama durdurulamamıştı hastaya sıvı ve eritrosit süspansiyonu verilmeye başlandı. Kanamanın durdurulamaması üzerine cerrahi ekip spinal anestezi etkisi altındaki hastadan ve hasta yakınlarından acilen histerektomi onayı aldı. Hastanın tansiyonu 3 damar yolundan giden kolloid sıvılara, kan ve plazma infüzyonuna rağmen düşmeye başlayıp nabızı 200/dk'e çıktı. Konfüze hemorajik şok durumundaki ve spinal anestezi altındaki hastada genel anesteziye geçildi. Genel anestezi indüksiyonu 0,15 mg/kg midazolam ve 0,6 mg/kg rokuronyum bromid ile yapıldı. Bu şekilde indüksiyona bağlı tansiyon düşüklüğü minimize edildi, ancak histerektomi esnasında kanama hala devam ettiği için tansiyon da düşüyordu. Hastaya bir ünite eritrosit süspansiyonu gönderilince hastadan arter kan gazı örneği alındı ve kan gazında Hb:5.1, Htc:14.6 (operasyona girmeden önceki venöz Hb:11.8, Htc:35.6) olduğu görülünce ek olarak 2 ünite daha eritrosit süspansiyonu ve 3 ünite taze donmuş plazma hazırlandı ve verildi. Histerektomi yapıldıktan sonra kanama durdu ve vital bulgular stabil hale geldi. İşlem bitiminde TA:100/60 mmHg, Nb:95/dk, SPO₂: 99, ETCO₂:33 olarak kaydedildi. Üç saatlik operasyon sonrası hastaya toplam 5 Ünite ES, 3Ünite TDP ve 4000cc kristalloid ile 1000 cc kolloid

mayinin gönderilmiş olduğu ve 1000cc idrar çıkışının olduğu kaydedildi. Operasyon sonrası hasta kanama kontrolü ve yakın takip açısından yoğun bakımda takibe alındı. Kontrol olarak alınan kanda Hb:9.2, Htc:27.0 olarak saptandı. Hasta bir gün yoğun bakımda takip edildikten sonra kanama dahil herhangi bir komplikasyon gelişmemesi üzerine, 24 saatlik gözlem sonrası TA:135/70, Nb:75/dk, SPO₂:100 vital bulguları ile servisine gönderildi.



Resim 1:Histerektomi materyali.

TARTIŞMA

Plasenta previalı hastalarda spinal anestezi uygulanabilir. Sezaryen vakalarında antepartum hemoraji varlığında genel anestezi uygulamasına yönelmek gerekebilir (6). Plasenta previalı kadınlarda genel anestezi intraoperatif kan kaybı ve kan transfüzyonu ihtiyacı artmaktadır (7). Özellikle genel anestezi, uterin vasküler rezistansı veya perfüzyon basıncını değiştirerek uterustaki kan akımını dolaylı olarak uterus kontraksiyonunu etkileyip intraoperatif kan kaybını artırabilmektedir (8,9). Lertakyamance ve ark. genel anestezi uyguladıkları grupta daha çok kan kaybı ve daha düşük postoperatif hematokrit değerleri saptamıştır (10). Kanama nedeniyle reoperasyon, plasenta previalı olguların %12-33'ünde gerektiği bildirilmektedir (11-12). Knight ve ark. hastaların transfüzyon ihtiyacını 10 ünite eritrosit süspansiyonu ve 4 ünite taze dondurulmuş plazma olarak bildirmişlerdir (13). Olguların ortalama %17-23'ünde erişkin yoğun bakım desteği gerekmiştir (13). Yuichi ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada bu hastalardaki ana problemin hemoraji olup hayatı tehdit edecek kadar fazla miktarda olabileceği belirtilmiştir. Plasenta yerleşim anomalisinden şüphelenilen gebe kadına kan transfüzyonu hazırlamak ve kardiyovasküler destek önem taşımaktadır. Rejyonal ve genel anestezinin bu hastalarda intraoperatif etkilerinde fark bulunmadığı saptanmıştır (14,15). Imarengiaye ve ark. Da antepartum hemoraji varlığında genel anesteziye yönelmek gerektiğini bildirmişlerdir (16).

Sonuç olarak plasenta previaya bağlı antepartum hemoraji varlığında rejyonal anestezi uygun ve güvenilir bir yöntemdir. Bununla birlikte, bizim olgumuzdaki gibi her an genel anesteziye geçiş yapılabileceğinden tüm anestezi hazırlıklarının yapılması gerektiği görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Oppenheimer L, Otlawa ON. Diagnosis and Management of Placenta Previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(3):261-6.
2. Krzysztof M, Kuczkowskiand Tood M. Cesarean hysterectomy for placenta percreta invading the anterior abdominal wall: Anesthetic considerations. *MEJ. Anesth* 2008;19(5):1105-9.
3. Yalınkaya A, Hakverdi AU, Ölmez G, Yalınkaya Ö, Yayla M. Acil postpartum histerektomi. *Perinatoloji Dergisi* 2004;12(3):155-9.
4. Wu S, Kockerginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation; twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192(5):1458-61.
5. O'Brien JM, Barton JR, Donaldson ES. Obstetrics: the management of placenta percreta: concervative and operative strategies. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(6):1632-8.
6. Imarengiaye CO, Osaigbovo EP, Tudgebe SO. Anesthesia for cesarean section in pregnancies complicated by placenta previa. *Saudi Med J*. 2008;29(5):688-91.
7. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180(6 Pt 1):1432-7.
8. Yalınkaya A, Güzel Aİ, Kangal K, Uysal E, Erdem S. Spinal ve genel anestezi uygulanan sezaryen doğumlarında kan değerlerinin karşılaştırılması. *Perinatoloji Dergisi* 2009;17(2):70-3.
9. Afolabi BB, Lesife, Merah NA. Regional versus general anaesthesia for caesarean section. *Cohrane Database SYST. Rev* 2006; 4: CD004350.
10. Lertakyamance J, Chinachoti T, Tritrakorn T, Muanglosum I, Somboonnanendo A, Kolatat T. Comparison of general and regional anesthesia for cesarean section success rate. Blood loss and satisfaction from a randomised trial. *J Med Assoc Thar.* 1999;82(7):672-80.
11. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 132(2):171-6.
12. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, et al: Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstet Gynecol* 2006;107(6): 1226-32.
13. Knight M: Peripartum hysterectomy in the UK: Management and outcomes of the associated haemorrhage. *Br J Obstet Gynaecol* 2008;115(6):799-800.
14. Yuichi E, Hiroshi K, Yoshitada I, Mio T, Fangqin Y. Anesthetic management for cesarean section involving placenta previa. *Masui* 2006;55(12): 1472-5.
15. Chisato N, Masaki N, Shiho H, Norie S, Tsuyoshi I, Masahiro M. Anesthetic management of two cases with placenta percreta that caused massive hemorrhage during cesarean section. *Masui* 2008; 57(5) 616-20.
16. Charles O I, Etinosa P O, Sampson O. Anesthesia for cesarean section in pregnancies complicated by placenta previa. *Saudi Med J* 2008; 29(5):688-91.