

Placenta percreta with bladder invasion: a rare cause of hematuria in pregnancy

Mesaneye invaze plasenta perkreta: Gebelikte görülen hematürinin nadir rastlanan bir sebebi

Bariş Kuzgunbay¹, Ebru Tarım², Şule Akın³, Serkan Erkanlı², Sezgin Güvel¹

ABSTRACT

Placenta percreta is a disorder of placental implantation that significantly increases maternal and fetal morbidity and is characterized by plasental villi invasion to the myometrium, serosa and, rarely, the bladder, penetrating through the decidual layer. Here, we report a 33-year-old patient in the 24th week of gestation, diagnosed with placenta percreta with bladder invasion, and we present a brief review of the literature.

Key words: Hematuria; placenta percreta; pregnancy; urinary bladder.

ÖZET

Plasenta perkreta, plasenta villilerinin desidual tabakayı delerek miyometriumu, serozayı ve nadiren mesaneyi invaze etmesiyle karakterize, maternal ve fetal morbiditeyi belirgin olarak arttıran plasental implantasyon bozukluğudur. Bu olguda, plasenta perkreta ve mesane invazyonu saptanan 33 yaşında, 24 haftalık gebe bir hasta rapor edilmiş ve literatür kısaca gözden geçirilmiştir.

Anahtar sözcükler: Gebe; hematüri; mesane; plasenta perkreta.

¹Department of Urology, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey

²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey

³Department of Anesthesiology and Reanimation, Faculty of Medicine, Başkent University, Ankara, Turkey

Submitted:
17.06.2010

Accepted:
26.08.2010

Correspondence:
Bariş Kuzgunbay
Department of Urology, Başkent University, Adana Practice and Research Hospital, 01250 Adana, Turkey
Phone: +90 322 327 27 27-2044
E-mail: kuzgunbay33@yahoo.com

©Copyright 2011 by Turkish Association of Urology

Available online at
www.turkishjournalofurology.com

Plasenta perkreta nadir görülen, plasenta villilerinin desidual tabakayı delerek miyometriumu, serozayı ve hatta çevre organları invaze etmesiyle karakterize, plasental implantasyon bozukluğudur.^[1-4] Geçirilmiş sezaryan, uterin küretaj, tedavi edilmiş Asherman sendromu, plasenta previa ve multiparite plasental implantasyon bozukluklarına zemin hazırlamaktadır.^[5] Son yıllarda, çoğul gebelik, ileri yaş gebelik ve sezaryan ile yapılan doğum oranlarındaki artış, plasenta perkreta gibi plasental implantasyon bozukluklarının insidansında artmaya sebep olmuştur.^[6,7]

Plasenta perkreta, maternal ve fetal morbiditeyi belirgin olarak arttıran obstetrik bir komplikasyondur. Özellikle mesane invazyonu ile beraberlik gösteren plasenta perkreta, koagülopatiyeye meydan verecek kadar masif maternal kanamaya neden olabilmekte, %9.5 maternal morbidite ve %24 perinatal mortalite oranları ile potansiyel olarak hayatı tehdit edebilmektedir.^[3,6]

Bu çalışmada, plasenta perkreta ve mesane invazyonu saptanan bir olgu sunulmuş ve literatür kısaca gözden geçirilmiştir.

Olgu sunumu

Eşlik eden kronik bir hastalığı bulunmayan, 33 yaşında, 24 haftalık gebe hasta 2 aydır aralıklı olarak devam eden makroskopik hematüri şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde sezaryan ile yapılmış bir canlı doğum ve yine sezaryan ile yapılmış ikiz ölü doğum öyküsü mevcuttu (G3P1Y1). Hastaya sonda takılarak üroloji servisine yatırıldı. Hastanın ara ara olan, ağrısız, pıhtılı hematürisi mevcuttu. Günlük olarak mesane irrigasyonu yapıldı. Yapılan ultrasonografik incelemede intrauterin kavitede bir adet canlı fetusa ait görünüm tespit edildi, mesane duvarı ve diğer yapılar doğal olarak raporlandı. Daha sonra sondanın tıkanması nedeniyle hasta acilen sistoskopi operasyonuna alındı. Mesanedeki pıhtılar boşaltıldıktan sonra mesane domunda yaklaşık 3×3 cm çapında, yüzeyden kabarık şüpheli tümöral oluşum görüldü (Şekil 1). Hematürinin bu oluşumdan kaynaklandığı ve çevresinde perfore bir alan olduğu görüldü. Lezyondan biyopsi alındı. Patoloji spesmeninin frozen incelenmesi sonucunda dokunun plasenta villileri

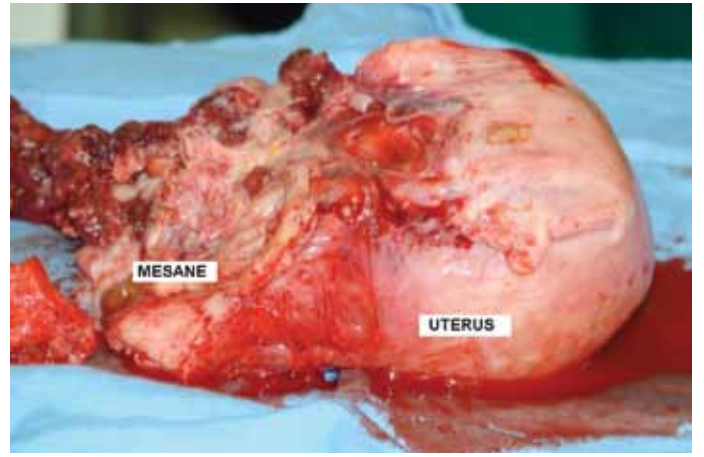
ile uyumlu olduğu rapor edildi. Kadın hastalıkları ve doğum kliniği ile konsülte edildi, plasenta perkreta olarak düşünüldü. Biyopsiden sonra hematurinin arttığı ve masif hale geldiği gözlemlendi. Kadın doğum ekibi ile beraber acilen açık ameliyata geçildi. Sezaryan seksiyon ile gebelik sonlandırıldı. Apgar skoru 4 ve doğum ağırlığı 750 g bebek doğurtuldu. Ardından uterus tabanının mesane kubbesine yapışık olduğu ve buradan ciddi derecede hemoraji olduğu gözlemlendi. Mesaneye anteriordan insizyon yapıldı. Mesane içindeki hematoma boşaltıldı. Üreter orifisleri bulunarak kateterize edildi. Mesane domundan başlayarak mesane anterior ve posterioruna doğru uzanan insizyonla uterusun mesaneye yapışık olan kısmı serbestlenerek, parsiyel sistektomi ve total abdominal histerektomi uygulandı (Şekil 2). Mesaneye 20 F sistostomi ve 22 F Foley sonda, loj da dren yerleştirilerek operasyona son verildi ve hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Operasyon sonrası 6. saatte hastada vazodilatatif medikasyona rağmen düzelmeyen hipotansiyon, taşikardi olması ve drenajdan 900 cc hemorajik drenaj olması üzerine hasta tekrar operasyona alındı. Laparotomi yapıldı. Hematom boşaltıldı, kanama odakları kontrol altına alındı. Operasyon sonlandırıldı ve hasta tekrar yoğun bakım ünitesine alındı. Bu operasyondan sonra hastanın vital bulguları stabil hale geldi. Operasyon sonrası 8. saatte vazodilatatif destek kesildi. Hastanın bilinci açıldı. Hastaya ilk operasyondan itibaren toplam olarak 28 ünite eritrosit süspansiyonu ve 22 ünite taze donmuş plazma replasmanı yapıldı. Operasyon sonrası 12. saatte hasta iki defa konvülsiyon atağı geçirdi. Magnetik rezonans görüntüleme (MRG) beyin frontal lobda akut iskemik alanlar görüldü. Nöroloji bölümü ile konsülte edilen hastaya epdantoin tedavisi başlandı. Hasta bir daha nöbet geçirmedi. Operasyon sonrasında yükselen karaciğer fonksiyon testlerinin günlük takiplerinde kendiliğinden düştüğü ve 5. günde normal seviye geldiği gözlemlendi. Hasta operasyon sonrası 3. günde üroloji servisine alındı. Operasyon sonrası 7. günde dreni ve sistostomi kateteri alındı. Takiplerinde problemi olmayan hasta 10. günde sondalı olarak önerilerle taburcu edildi. Operasyon sonrası 21. günde çekilen sistogram taburcu edildi, mesane konturlarının düzenli olması ve mesaneden ekstremitasyon olmaması üzerine hastanın sondası çekildi. Operasyon sonrası 45. günde çekilen MRG’de mesane üst kısmında operasyona ikincil değişiklikler dışında anormal bulgu saptanmadı. Doğurtulan bebeğe iki defa resusitasyon yapıldı. Çekilen ultrasonografide beyinde kronik atrofi ve grade 4 kanama saptandı. Bebek doğum sonrası 72. saatte kaybedildi.

Tartışma

Plasenta perkreta ve mesane invazyonu ile ilgili literatür taramasında, PubMed’de 131 adet yayına rastlanmaktadır. Bunların çoğunluğu olgu sunumu şeklindedir. Normal gebelik fizyolojisinde, bir desidua tabakası plasenta implantasyonu olan bölgede, plasenta villileri ile miyometriyum birbirinden ayırmaktadır. Bu iki dokuyu ayıran desidua tabakasının olmadığı durumda, plasenta direk olarak miyometriyuma yapışmakta ve bu duruma plasenta akreta denmektedir. Plasenta akreta miyometriyuma invazyon derecesine göre 3 sınıfa ayrılmaktadır: (i) plasenta



Şekil 1. Mesaneye invaze plasenta perkretanın sistoskopik görüntüsü.



Şekil 2. Histerektomi ve parsiyel sistektomi spesmeninin makroskopik görüntüsü.

ta akreta vera, (ii) plasenta inkreta ve (iii) plasenta perkreta. Plasenta akreta vera plasenta villilerinin miyometriyumun yüzeyel tabakasına invazyon gösterdiği durumdur. Plasenta villileri eğer miyometriyumun daha derin kısmına kadar invaze olmuş ancak tüm katını tutmamışsa bu durum plasenta akreta olarak adlandırılmaktadır. Plasenta villileri miyometriyumu tam kat tutmuş ve/veya çevre komşu organlara (rektum, mesane) da invaze olmuş ise bu durum plasenta perkreta olarak adlandırılmaktadır. [5] Plasenta akreta ortalama olarak 2,500 gebelikte bir görülmektedir. Bunların, %75-80’i plasenta akreta vera, %15-20’si plasenta inkreta ve %5’i plasenta perkretadır. Plasenta perkretanın

genel insidansı oldukça düşük olmasına rağmen, son yıllarda sezaryan ile doğum oranlarının artmasına paralel olarak önümüzdeki yıllarda insidansının artacağı tahmin edilmektedir.^[6-8]

Mesane invazyonu ile beraber görülen plasenta perkreta çoğunlukla doğum esnasında fark edilmektedir. Makroskopik hematüri, mesane invazyonu görülen olguların sadece %25'inde rastlanan bir bulgudur.^[9] Plasenta perkretanın tanısında ultrasonografi, MRG ve sistoskopi önemli yer tutmaktadır.^[10] Ultrasonografide ilk trimesterde ince miyometrium ve düşük uzanan uterin kese, ikinci ve üçüncü trimesterde ise plasental laküner boşluklar, mesane ve miyometrium arasındaki sınırdaki irregülerite ve desidua tabakasının kaybı görülebilmektedir. Doppler ultrasonografide plasentadan çevre dokulara uzanan türbülant kan akımları gözlenebilmektedir. MRG görüntülemesinde plasenta ile miyometrium arasındaki desidua tabakasının kaybı saptanabilmektedir.^[10] Sistoskopik muayenede genellikle mesane arka duvardan lümeneye doğru uzanan lezyon görülebilmektedir. Masif hemorajiye neden olabileceklerinden bu lezyonlardan biyopsi alınması ve fulgurasyonu kesinlikle önerilmemektedir.^[9] Sunulan olguda eşlik eden hematüri ve geçirilmiş sezaryan doğum öyküsü mevcuttur. Ancak ultrasonografik incelemede herhangi bir patolojiye rastlanmamıştır. Ayırıcı tanıda plasenta perkreta düşünülmendiğinden hasta ve hekimler bahsedilen problemlere maruz kalmıştır.

Plasenta perkreta takip ve tedavisi, kadın doğum, anesteziyoloji ve yoğun bakım, radyoloji, girişimsel radyoloji, üroloji, hematoloji, genel cerrahi bölümlerinin katıldığı bir ekip tarafından multidisipliner olarak yürütülmelidir.^[11] Hastada masif kanamanın sebep olabileceği olumsuzlukları önlemek için gerekli hazırlıklarda bulunmak anestezi uzmanının önceliği olmalıdır. Operasyon öncesi mevcut kırmızı kan hücre miktarının hesaplanması, perioperatif etkin hemodinamik monitörizasyon, vücut ısısına göre ayarlanmış sıvıların hızlı verilecek şekilde sistemin hazırlanması, verilebilecek bütün banka kan ürünlerinin hazırlanması anestezi ekibi tarafından sağlanmalıdır.^[11] Operasyon öncesinde gerekli görüldüğü takdirde, ureterlerin ve idrar çıkışının kontrol altına alınması amacıyla bilateral perkütan nefrostomi kateteri veya ureter kateteri yerleştirilmelidir.^[11] Ayrıca operasyon öncesinde bilateral internal iliak arterlere balon kateter yerleştirilmesi ve gerekli durumlarda şişirilmesi,^[11] operasyon öncesi yerleştirilen kateterden operasyon esnasında internal iliak arter embolizasyonu veya profilaktik bilateral internal iliak arter ligasyonu,^[8] infrarenal aortanın aralıklı oklüzyonu^[12] masif hemoraji durumunda uterin kan akımının azaltılmasını sağlamak amacıyla önerilen yöntemlerdir. Plasenta perkreta ve mesane invazyonu durumunda histerektomi ile beraber mesanenin invaze kısmı da çıkartılarak parsiyel sistektomi uygulanması gerekmektedir. Ancak rekonstrüktif cerrahi hasta hemodinamik açıdan stabil olana kadar da ertelenebilir. Fakat beraberinde kontrol edilemeyen kanama da mevcutsa mesanenin tamamen çıkartılması dahi gerekli olabilmektedir. Öncelikle mesaneyi korumaya yönelik her türlü girişim yapılmalıdır. Mesane anterior duvarından sistotomi ile mesane içine girilerek diseksiyon planı yapılmalı ve kanama kontrol altına alınmaya çalışılmalıdır.^[12-14]

Bu çalışmada sunulan ve literatürde rapor edilen diğer birçok olguda olduğu gibi suboptimal hazırlıklarla veya hazırlıksız olarak yapılan operasyonlar masif kanama, şok, morbidite ve mortalite ile sonuçlanabilmektedir.^[3,15]

Bahsedilen problemlerle karşılaşmamak için bir ürolog olarak, multiparitesi ve özgeçmişinde sezaryan ile doğum öyküsü bulunan bir gebede eşlik eden hematüri olduğu zaman plasenta perkreta ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli, plasenta perkreta tanısı konulduktan sonra multidisipliner bir yaklaşımla, operasyon öncesi gerekli olabilecek bütün hazırlıklar tamamlandıktan sonra hasta tedavi edilmeye başlanmalıdır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Chung CL, Cheng PJ, Liang CC, Chang FH, Lee JD, Soong YK. Obstetrical hysterectomy and placenta previa/accreta: three bladder injury case reports. *Changeng Yi Xue Za Zhi* 1997;20:44-51.
2. Frederiksen MC, Glassenberg R, Stika CS. Placenta previa: a 22-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:1432-7. [\[CrossRef\]](#)
3. Hunter T, Kleiman S. Anaesthesia for caesarean hysterectomy in a patient with a preoperative diagnosis of placenta percreta with invasion of the urinary bladder. *Can J Anaesth* 1996;43:246-8. [\[CrossRef\]](#)
4. Ota Y, Watanabe H, Fukasawa I, Tanaka S, Kawatsu T, Oishi A, et al. Placenta accreta/increta. Review of 10 cases and a case report. *Arch Gynecol Obstet* 1999;263:69-72. [\[CrossRef\]](#)
5. Poggi SBH, Kapernick PS. Postpartum hemorrhage and abnormal puerperium. In: DeCherney AH, Nathan L, editors. *Current diagnosis and treatment obstetrics and gynecology*. 10th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2007. p. 531.
6. Iyasu S, Saftlas AK, Rowley DL, Koonin LM, Lawson HW, Atrash HK. The epidemiology of placenta previa in the United States, 1979 through 1987. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:1424-9.
7. Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1458-61. [\[CrossRef\]](#)
8. Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:509-17. [\[CrossRef\]](#)
9. Takai N, Eto M, Sato F, Mimata H, Miyakawa I. Placenta percreta invading the urinary bladder. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:274-5. [\[CrossRef\]](#)
10. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:89-96. [\[CrossRef\]](#)
11. Parva M, Chamchad D, Keegan J, Gerson A, Horrow J. Placenta percreta with invasion of the bladder wall: management with a multi-disciplinary approach. *J Clin Anesth* 2010;22:209-12. [\[CrossRef\]](#)
12. Abbas F, Talati J, Wasti S, Akram S, Ghaffar S, Qureshi R. Placenta percreta with bladder invasion as a cause of life threatening hemorrhage. *J Urol* 2000;164:1270-4. [\[CrossRef\]](#)
13. Konijeti R, Rajfer J, Askari A. Placenta percreta and the urologist. *Rev Urol* 2009;11:173-6.
14. Çalışkan E, Tan O, Kurtaran V, Dilbaz B, Haberal A. Placenta previa percreta with urinary bladder and ureter invasion. *Arch Gynecol Obstet* 2003;268:343-4. [\[CrossRef\]](#)
15. Sasaoka N, Kitamura S, Kinouchi K, Fukumitsu K, Taniguchi A, Tachibana K. Cesarean section in a pregnant patient with placenta percreta involving the urinary bladder. *Masui* 2000;49:755-8.