

PLASENTA AKRETA SPEKTRUMU VE SEZARYEN SKAR GEBELİĞİ: UTERUS KORUYUCU YAKLAŞIMLARLA YÖNETİLEN İKİ OLGU

Nurten ÇİLEK¹

|GİRİŞ

PAS, trofoblast dokusunun miyometriuma anormal ve invaziv yerleşimi ile karakterize edilen, anormal plasental yapışmayı tanımlayan bir bozukluklar dizisidir. Bu patolojik yapışma, plasentanın doğum sonrası spontan ayrılmasını engelleyerek ciddi postpartum kanamalara yol açabilir ve çoğu zaman histerektomi gereksinimini doğurur. PAS'nin patogenezinde en sık sorumlu tutulan mekanizma, önceki sezaryen doğumlara bağlı olarak endometriyal-miyometriyal bileşkenin bozulması sonucu gelişen yetersiz desidualizasyondur (1).

PAS olguları çoğunlukla gebeliğin ileri haftalarında tanı almakta ve tedavi yaklaşımı genellikle histerektomi ile sonlanmaktadır. Ancak erken gebelik haftalarında tanı konulabilen olgularda, uterusun korunmasını hedefleyen konservatif tedavi seçenekleri gündeme gelebilmektedir.

PAS, gebeliğin herhangi bir döneminde, değişken klinik bulgularla ortaya çıkabilir. Bu nedenle, özellikle sezaryen skarı bulunan gebelerin tüm gebelik süreci boyunca PAS açısından dikkatle değerlendirilmesi, olası komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmeleri ve uygun görüntüleme yöntemleriyle erken dönemde tanı konulması büyük önem taşımaktadır. Erken tanı, multidisipliner bir yaklaşımla hasta özelinde optimal yönetim stratejilerinin belirlenmesini sağla-

¹ Op. Dr., SBÜ Ankara Etik Şehir Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, nurtenurtenas@gmail.com, ORCID iD: 0000 0002 2606 6257



dir. Özellikle doğurganlığın korunmasının öncelikli hedef olduğu vakalarda, her hastanın klinik durumu bireysel olarak değerlendirilerek tedavi seçeneklerinin titizlikle planlanması gerekmektedir.

Bu kompleks vakaların optimal yönetimi yalnızca obstetrik bilgi ve deneyimle sınırlı kalmayıp; girişimsel radyoloji, anesteziyoloji, üroloji ve gerektiğinde jinekolojik onkoloji gibi birçok disiplinin yakın iş birliğini zorunlu kılmaktadır. Tedavi sürecinde kan ürünlerine hızlı erişim, ileri düzey cerrahi yetkinliğe sahip ekiplerin varlığı ve invaziv girişimleri destekleyecek teknolojik altyapının sağlanması, maternal komplikasyonların azaltılmasında kritik rol oynamaktadır.

SONUÇ

Bu vaka sunumları, biri CSP, diğeri ise erken ikinci trimesterde tanı almış placent a perkreta olmak üzere, farklı evrelerde saptanan PAS olgularında uterus koruyucu konservatif yaklaşımların uygun hastalarda başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir. Başarılı PAS yönetimi yalnızca hayat kurtarıcı olmakla kalmayıp, aynı zamanda kadının uzun vadeli üreme sağlığının korunmasına da olanak sağlamaktadır

Bu bağlamda, konservatif yönetim stratejilerinin başarısı; dikkatli hasta seçimi, deneyimli multidisipliner ekip iş birliği ve ileri düzey merkezlerde sağlanan uygun teknik altyapı ile yakından ilişkilidir. Seçilmiş vakalarda bu yaklaşımlar, hem maternal morbiditenin azaltılması hem de fertilitenin korunması açısından önemli katkılar sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Salmanian B, Shainker SA, Hecht JL, et al. The Society for Pediatric Pathology Task Force grading system for placenta accreta spectrum and its correlation with clinical outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(5):720.e1-720.e6. doi:10.1016/j.ajog.2022.02.002PMID: 35139335.
2. Jauniaux E, Ayres-de-Campos D, Langhoff-Roos J, Fox KA, Collins S; FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. FIGO classification for the clinical diagnosis of placenta accreta spectrum disorders. *Int J Gynaecol Obstet.* 2019;146(1):20-24. doi:10.1002/ijgo.12761.
3. Javinani A, Qaderi S, Hessami K, et al. Delivery outcomes in the subsequent pregnancy following the conservative management of placenta accreta spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis.
4. Larish A, Horst K, Brunton J, et al. Focal-occult placenta accreta: a clandestine source of maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023;5(6):100924. doi:10.1016/j.ajog-mf.2023.100924.



5. Rodgers SK, Horrow MM, Doubilet PM, Frates MC, Kennedy A, Andreotti R, vd. A lexicon for first-trimester US: Society of Radiologists in Ultrasound Consensus Conference recommendations. *Radiology*. 2024;312(2):e240122.
6. Tantbirojn P, Crum CP, Parast MM. Pathophysiology of placenta creta: the role of decidua and extravillous trophoblast. *Placenta*. 2008;29(7):639-645. doi:10.1016/j.placenta.2008.04.008.
7. Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(3):208-218. doi:10.1016/j.ajog.2019.01.233.
8. Jauniaux E, Jurkovic D, Hussein AM, Burton GJ. New insights into the etiopathology of placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2022;227(3):384-391. doi:10.1016/j.ajog.2022.02.038.
9. Jauniaux E, Fox KA, Einerson B, Hussein AM, Hecht JL, Silver RM. Perinatal assessment of complex cesarean delivery: beyond placenta accreta spectrum. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(2):129-139. doi:10.1016/j.ajog.2023.02.021.
10. Carusi DA, Fox KA, Lyell DJ, et al. Placenta Accreta Spectrum Without Placenta Previa. *Obstet Gynecol*. 2020;136(3):458-465. doi:10.1097/AOG.0000000000003970.
11. Comstock CH. Antenatal diagnosis of placenta accreta: a review. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;26(1):89-96. doi:10.1002/uog.1926.
12. Pekar Zlotin M, Sharabi-Nov A, Meiri H, et al. Clinical-sonographic scores for the screening of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2024;6(8):101369. doi:10.1016/j.ajogmf.2024.101369.
13. Jauniaux E, Hussein AM, Thabet MM, Elbarmelgy RM, Elbarmelgy RA, Jurkovic D. The role of transvaginal ultrasound in the third-trimester evaluation of patients at high risk of placenta accreta spectrum at birth. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;229(4):445.e1-445.e11. doi:10.1016/j.ajog.2023.05.004.
14. Fitzpatrick KE, Sellers S, Spark P, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P, Knight M. The management and outcomes of placenta accreta, increta, and percreta in the UK: a population-based descriptive study. *BJOG*. 2014;121(1):62-71. doi:10.1111/1471-0528.12405.
15. Bailit JL, Grobman WA, Rice MM, et al. Morbidly adherent placenta treatments and outcomes. *Obstet Gynecol*. 2015;125(3):683-689. doi:10.1097/AOG.0000000000000680.
16. Pagani G, Cali G, Acharya G, et al. Diagnostic accuracy of ultrasound in detecting the severity of abnormally invasive placentation: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97(1):25-37. doi:10.1111/aogs.13238.
17. Jurkovic D, Tellum T, Kirk E. Cesarean scar pregnancy IS an ectopic pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(6):831-832. doi:10.1002/uog.24921.
18. Ko JK, Li RH, Cheung VY. Cesarean scar pregnancy: a 10-year experience. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015;55(1):64-9.
19. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series for cesarean scar pregnancy: each treatment option has its indications OuYang, Zhenbo et al. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 224, Issue 1, 134 – 135.
20. Zhang Y, Zhang Z, Liu X, Zhang L, Hong F, Lu M. Risk factors for massive hemorrhage during the treatment of cesarean scar pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet*. 2021;303:321-8.
21. Zhang X, Pang Y, Ma Y, et al. A comparison between laparoscopy and hysteroscopy approach in treatment of cesarean scar pregnancy. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(43):e22845. doi:10.1097/MD.00000000000022845.
22. Aslan M, Yavuzkir Ş. Suction Curettage and Foley Balloon as a First-Line Treatment Option for Cesarean Scar Pregnancy and Reproductive Outcomes. *Int J Womens Health*. 2021;13:239-245. Published 2021 Feb 23. doi:10.2147/IJWH.S294520.
23. Jordans IPM, Verberkt C, De Leeuw RA, Bilardo CM, Van Den Bosch T, Bourne T, vd. Definition and sonographic reporting system for Cesarean scar pregnancy in early gestation: modified Delphi method. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2022;59(4):437-49.