

Plasenta Perkreta

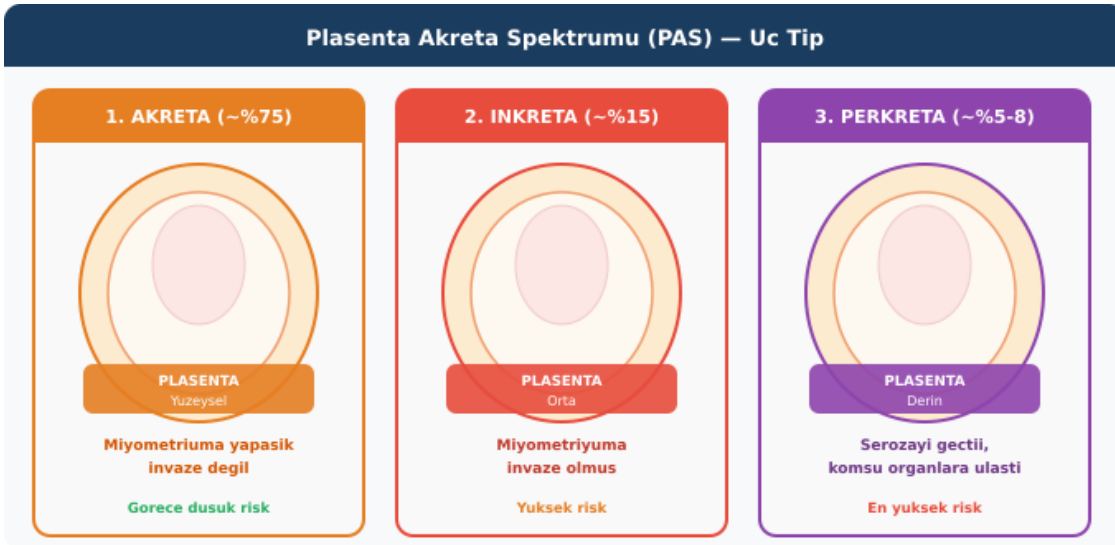
ve Plasenta Akreta Spektrumu (PAS)

Gebeye Yönelik Kapsamlı Rehber — Tanı • Gebelik • Doğum • İyileşme

Bu rehber; plasenta akreta spektrumu (PAS) ya da plasenta perkreta tanısı alan gebelerin bu durumu anlamalarına, gebelik süreçlerini güvenle yönetmelerine, doğuma hazırlanmalarına ve doğum sonrası iyileşme dönemini planlamalarına yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

1. GİRİŞ — PAS VE PERKRETA NEDİR?

Plasenta Akreta Spektrumu (PAS); plasentanın doğum sonrasında rahim duvarından normal şekilde ayrılamaması durumunu tanımlayan bir terimdir. Plasentanın rahim duvarına olan yapışma derinliğine göre üç alt tip tanımlanmaktadır.



Şekil 1. Plasenta Akreta Spektrumu — üç tipin karşılaştırmalı anatomik şeması

Tip	Kısaltma	Açıklama	Sıklık	Risk
Plasenta Akreta	PA	Plasenta miyometriuma yüzeysel yapışmış; invaze değil	~%75	Orta
Plasenta İnkreta	PI	Plasenta miyometriyuma derinlemesine invaze olmuş	~%15	Yüksek
Plasenta Perkreta	PP	Plasenta serozayı geçmiş; mesane, bağırsak veya damarları tutmuş	~%5–8	Çok yüksek

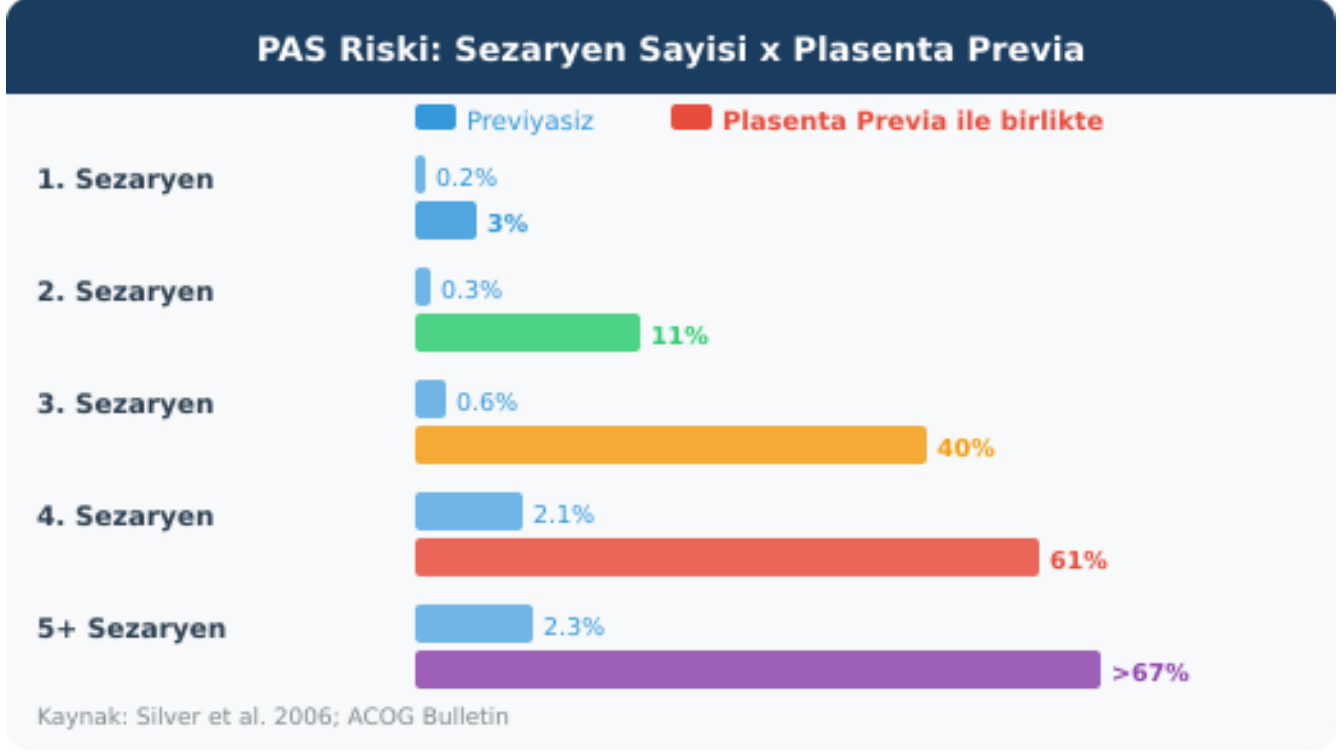
Plasenta perkreta, spektrumun en ağır ucunu oluşturmaktadır. Plasentanın uterusu tamamen kateden doku, yaşamsal komşu organlara — en sık mesaneye — yapışmasıyla veya içine girmesiyle karakterizedir. Masif kanama, histerektomi ve çok sayıda organın etkilenmesi gibi ciddi komplikasyon riskleri taşımaktadır.

⚠ *Plasenta perkreta ile yaşayan pek çok kadın, yakın izlem ve uzman bir ekibin planlamasıyla sağlıklı doğumlar gerçekleştirmektedir. Tanı koymak tedavi edilemez anlamına gelmez — aksine erken tanı, en iyi sonuçların güvencesidir.*

2. NEDEN OLUR? — RİSK FAKTÖRLERİ

PAS'ın temelinde, geçmiş uterus operasyonlarından kalan skar dokusunun normal plasenta yapışmasını bozması yatmaktadır. Skar dokusunda desidua bazalis adı verilen koruyucu tabaka yetersiz kalır; plasenta bu bölgede miyometriyuma doğru ilerlemeye başlar.

2.1 Sezaryen + Plasenta Previa: Risk Çarpanı



Grafik 1. Sezaryen sayısı ve plasenta previa varlığına göre PAS riski

i Önceki sezaryen sayısı tek başına riski artırırken, buna plasenta previanın eklenmesi riski katlanarak yükseltir. 3 veya daha fazla sezaryen geçirmiş bir gebede plasenta previa eşlik ediyorsa PAS olasılığı %40'ı geçebilir.

2.2 Diğer Risk Faktörleri

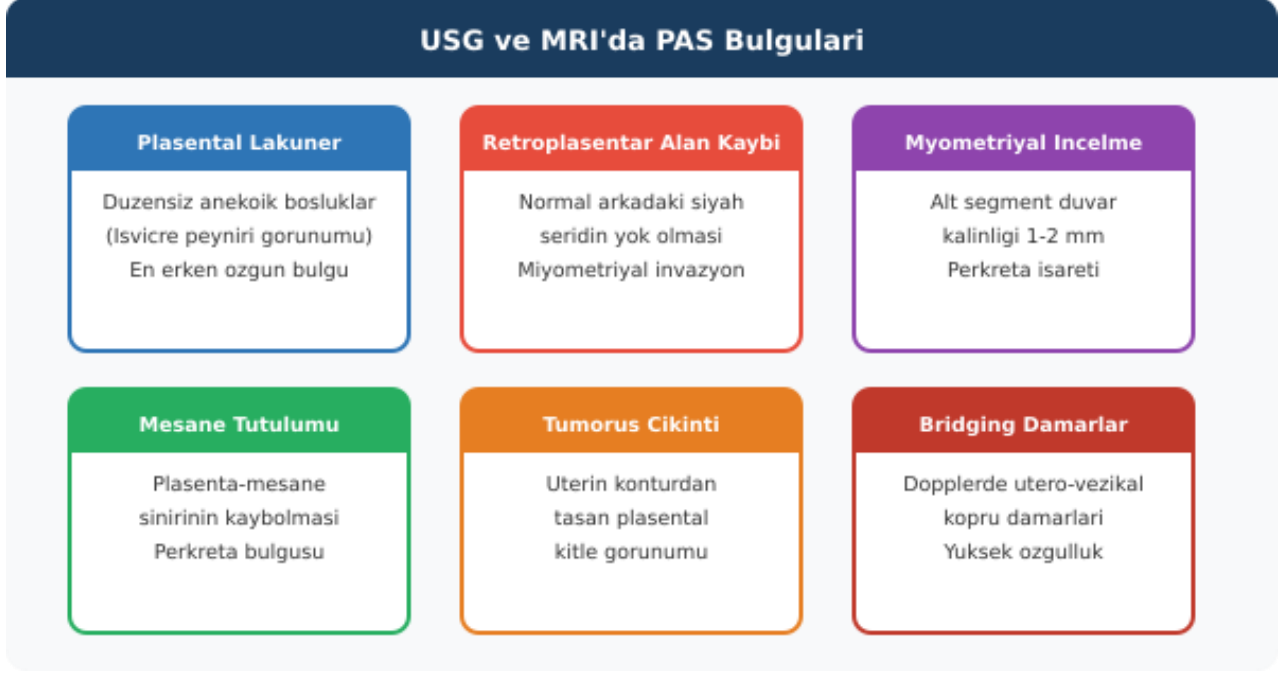
Risk Faktörü	Açıklama
Önceki sezaryen (en önemli)	Her sezaryen alt segment skara yol açar; skar sayısı arttıkça risk artar
Plasenta previa	Skarın üzerine yerleşen plasenta için en güçlü tetikleyici
Önceki miyomektomi	Uterus kası içindeki skar bölgesi potansiyel yapışma alanı oluşturur
Endometrium ablasyonu	Tüm endometriyal kalınlığının tahrip edilmesi zemin hazırlar

Risk Faktörü	Açıklama
Uterus kavitesine giren operasyonlar	Septal rezeksiyon, polipektomi, kürtaj
İleri anne yaşı (>35)	Uterus damarlanması ve doku yapısındaki değişiklikler
Çok sayıda doğum öyküsü	Tekrarlayan implantasyon hasarı birikimi
Yardımcı üreme teknikleri	Hormonal stimülasyona bağlı endometriyal değişiklikler

3. TANI

PAS ve plasenta perkretanın prenatal dönemde tanınması, optimum sonuçların elde edilmesinde belirleyici öneme sahiptir. Erken tanı, doğum planlamasının doğru şekilde yapılmasına doğrudan katkı sağlar.

3.1 Ultrasonografi ve MRI Bulguları



Şekil 2. USG ve MRI'da PAS'a özgü tanısal bulgular

USG Bulgusu	Tanımı	Tanısal Önemi
Plasental laküner	Plasenta içinde düzensiz anekoik boşluklar	En erken ve en özgün bulgu
Retroplasental alan kaybı	Plasenta arkasındaki normal siyah şeridin yok olması	Miyometriyal invazyon işareti
Miyometriyal incelme	Alt segment duvar kalınlığı 1–2 mm altında	Perkreta için güçlü işaret
Mesane arka duvarı tutulumu	Plasenta-mesane sınırının kaybolması	Perkreta — en önemli bulgu
Bridging damarlar (Doppler)	Utero-vezikal bileşkeyi geçen hipervaskülerite	Perkreta için %90+ özgüllük
Tümöröz çıkıntı	Uterin konturdan taşan plasental kitle	Serozal veya ekstrauterin yayılım

3.2 MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme)

USG'nin belirsiz kaldığı durumlarda ya da perkreta şüphesinde MRI, plasentanın komşu organlara yayılımını ve invazyon derinliğini daha net ortaya koyar. MRI fetüs ve anne için güvenlidir.

MRI Bulgusu	Yorumu
T2'de plasenta içi dark bantlar	İnvazif plasentasyonun en özgün MRI bulgusu
Uterinoplasental sınırın kaybolması	Miyometriyal invazyon
Mesane duvarı T2 hiperintensitesi	Perkreta — mesane invazyonu
Uterin kontur düzensizliği	Serozal aşım işareti
Lateral parametrial yayılım	Geniş bağ ve damar invazyonu

3.3 Tanısal Kesinlik Sınıflandırması

Tanısal Kesinlik	Kriter
Şüpheli PAS	1 USG bulgusu veya tek risk faktörü — ileri tetkik planlanır
Olası PAS	2+ USG bulgusu veya USG + yüksek risk faktörü birlikteliği
Yüksek Olasılıklı PAS	USG + MRI uyumlu bulgular; uzman merkezine sevk edilir
Kesin PAS (Histolojik)	Histerektomi veya biyopsi materyalinin patolojik incelemesi ile

4. GEBELİK SÜRECİNİN YÖNETİMİ



Grafik 2. PAS / Perkreta gebelik izlem takvimi

4.1 Uzman Merkeze Sevk

PAS tanısı veya şüphesi olan tüm gebeler, maternal-fetal tıp (perinatoloji) uzmanı ve fetal cerrahi deneyimine sahip, kan bankası ve neonatal yoğun bakım birimi bulunan bir üçüncü basamak merkeze sevk edilmelidir.

Merkez Şartı	Neden Gerekli?
Deneyimli perinatoloji ekibi	PAS cerrahisi teknik bilgi ve deneyim gerektirir
Girişimsel radyoloji 7/24	İntraoperatif balonlu kateter, embolizasyon
Kan bankası ve masif transfüzyon protokolü	Ortalama 3–5 ünite, bazen 10+ ünite transfüzyon gerekebilir
Yenidoğan yoğun bakımı (YDYBÜ)	Prematüre doğum riski yüksek; bebek hazırlığı zorunlu
Ürolog ve genel cerrah erişimi	Mesane, üreter veya bağırsak tutulumu söz konusu olabilir

4.2 Gebelik Boyunca İzlem

Görüntüleme ve Fetal Takip

- Her 4 haftada bir USG:** Plasenta invazyonunun progresyonu, fetal büyüme, servikal uzunluk
- 28–32. haftada MRI:** Mesane tutulumunu ve invazyon derinliğini netleştirmek
- NST:** 32. haftadan itibaren haftada 1–2 kez fetal iyilik değerlendirmesi

Laboratuvar Takibi

- Tam kan sayımı:** Hemoglobin ve trombosit düzeyi, 4 haftada bir
- Koagülasyon testleri:** PT, aPTT, fibrinojen — kanama episodlarında
- Kan grubu ve crossmatch:** Her vizitte güncel tutulur
- Böbrek fonksiyon testleri:** Perkretada üreter/böbrek tutulumu izlenir

Destekleyici Tedaviler

- Oral demir takviyesi gebelik boyunca sürdürülür
- Hemoglobin < 10 g/dL ise IV demir veya kan transfüzyonu yapılır
- Operasyon öncesi hemoglobin $\geq$ 10–11 g/dL hedeflenir

4.3 Aktivite ve Yaşam Kısıtlamaları

Konu	Yapılabilir	Kaçınılmalı
Fiziksel aktivite	Hafif yürüyüş, oturarak çalışma	Ağır kaldırma, koşma, sportif aktivite
Cinsel hayat	—	Pelvik istirahat: cinsel ilişki kesinlikle yasak
Seyahat	Kısa mesafe araç seyahati	Hava yolu, uzun otobüs yolculuğu
Çalışma	Uzaktan, masa başı	Uzun süre ayakta, fiziksel yoğun iş

 **ACİL:** Herhangi bir vajinal kanama, karın ağrısı, sert kasılma veya bebek hareketlerinde azalma durumunda hemen hastaneye gidin. PAS'ta kanama aniden başlayabilir ve hızla ilerleyebilir.

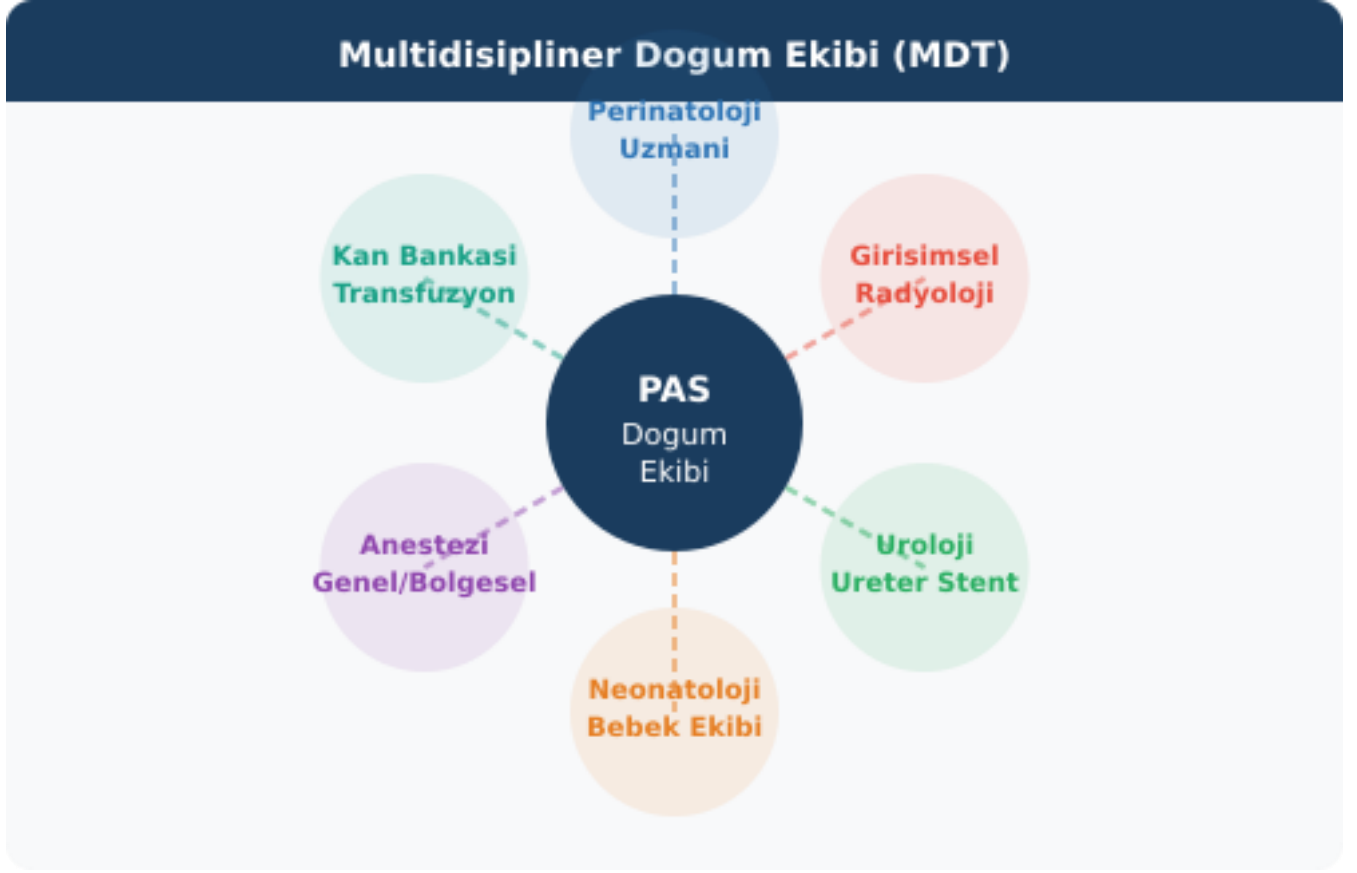
4.4 Psikolojik Destek

PAS tanısı ciddi kaygı ve stres yaratabilir. Gebeliğin her döneminde psikolojik destek almak hem siz hem de bebeğiniz için önemlidir.

- Uzman psikolog veya psikiyatrist ile düzenli görüşme
- Eşiniz ve aile üyelerinizin tanımı anlaması için birlikte danışmanlık
- PAS deneyimli kadınlardan oluşan destek gruplarına katılım
- 'Durumun ciddiyeti' ile 'kontrol altında olması' arasındaki dengeyi kavramak

5. MULTİDİSİPLİNER EKİP (MDT)

PAS — özellikle plasenta perkreta — yönetimi, tek bir uzmanın değil; birlikte çalışan çok sayıda uzmanın ortak kararlarını gerektiren bir süreçtir.



Şekil 3. PAS doğum ekibi — multidisipliner yaklaşım

Ekip Üyesi	Rolü
Perinatoloji Uzmanı (MFM)	Gebelik yönetimi, doğum planlaması, operasyonu yönetir
Girişimsel Radyolog	Pre-op balonlu kateter ve gerekirse embolizasyon uygular
Üroloji Uzmanı	Mesane ve üreter tutulumunda cerrahi destek; üreteral stent
Anesteziyoloji Uzmanı	Genel anestezi planı, masif transfüzyon protokolü yönetimi
Kan Bankası ve Hematoloji	Masif transfüzyon hazırlığı, pıhtılaşma faktörleri desteği
Neonatoloji Uzmanı	Prematüre bebek için doğumda hazır ekip
Genel / Vasküler Cerrahi	Bağırsak veya büyük damar tutulumunda destek
Yoğun Bakım Uzmanı	Postoperatif kritik bakım planlaması
Psikolog / Psikiyatrist	Tanı anından iyileşme sürecine psikolojik destek

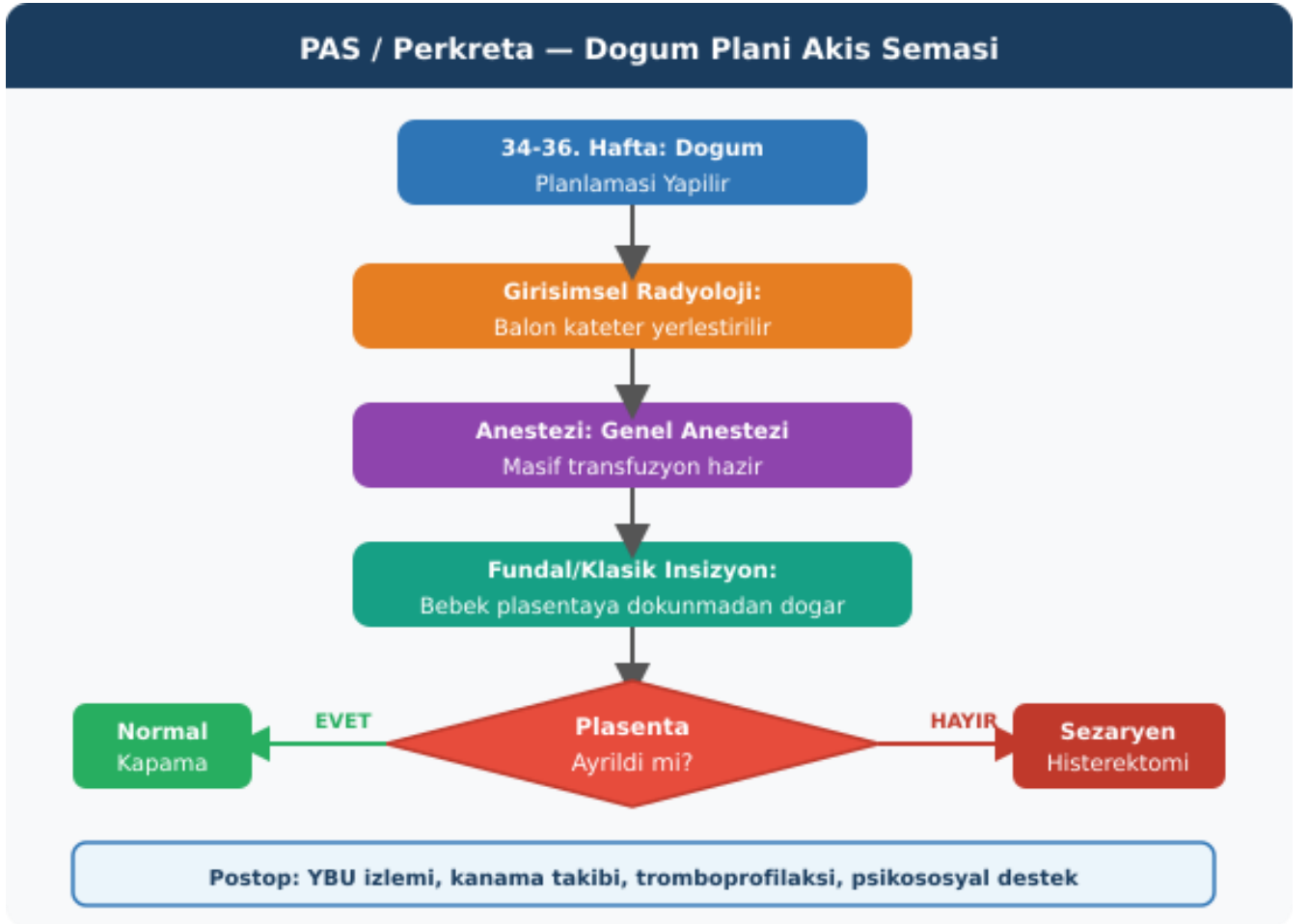
✓ Doğumdan önce MDT toplantısında tüm senaryo adımları planlanır: balonun zamanlaması, insizyon tipi, kanama eşiği, histerektomi kararı, transfüzyon basamakları ve postop YBÜ. Bu planlama hayat kurtarır.

6. DOĞUM PLANLAMASI VE SÜRECİ

6.1 Doğum Zamanlaması

PAS Tipi	Önerilen Doğum Haftası	Gerekçe
Akreta (şüpheli/düşük derece)	36–37. hafta	Kontrollü koşullarda sezaryen
İnkreta	34–36. hafta	İnvazyon derinliği arttı, erken planlama
Perkreta (mesanesiz)	34–35. hafta	Kompleks cerrahi için optimize koşul
Perkreta + mesane tutulumu	34. hafta	Ürolog hazır, masif transfüzyon aktif
Aktif kanama / fetal distres	Gebelik haftasından bağımsız	Acil sezaryen

6.2 Doğum Akış Şeması



Şekil 4. PAS / Perkreta operasyon akış şeması

6.3 Sezaryen Tekniği

İnsizyon Seçimi

- **Klasik (fundal) insizyon:** Plasentaya dokunmaktan kaçınmak için alt segmentten uzak yapılır
- **Neden önemli:** Plasentanın insizyonla kesilmesi masif kanamanın tetikleyicisi olabilir

Bebek Doğumu

- Bebek, plasentaya hiç dokunulmadan, doğrudan uterus kavitesinden çıkarılır
- Göbek kordonu klemplenip kesilir; neonatoloji ekibi doğumda hazır bulunur

Plasenta Yönetimi

Yaklaşım	Ne Zaman Seçilir?	Sonuç
Plasenta bırakılır + Histerektomi	PAS kesin, histerektomi planlandıysa	Kesin tedavi; en güvenli seçenek
Konservatif yönetim	Fertiliteyi korumak isteyen seçilmiş vakalar	Riskli; enfeksiyon, geç kanama izlenir
Kısmi rezeksiyon + onarım	Fokal akretada uygulanabilir	Uterus korunabilir; dikkatli vaka seçimi şart

6.4 Histerektomi Hakkında

Plasenta perkreta olgularının büyük çoğunluğunda sezaryen histerektomi en güvenli tedavi seçeneğidir. Bu karar önceden planlanabildiği gibi, operasyon sırasında kanama durumunda acilen de alınabilir.

Sık sorulan soru	Yanıt
Hormonal durum etkilenir mi?	Yumurtalıklar korunursa hormon üretimi devam eder; menopoz yaşanmaz
Tekrar hamile kalabilir miyim?	Hayır; taşıyıcı annelik ve evlat edinme gibi seçenekler mevcuttur
Cinsel yaşam etkilenir mi?	Hormonlar korunduğunda libido ve cinsel işlev büyük ölçüde korunur
Operasyon ne kadar sürer?	Genellikle 2–5 saat; YBÜ sonrası 5–7 gün servis izlemi

♥ Histerektomi kararı son derece kişisel bir süreçtir. Bu kararı önceden doktorunuzla, partnerinizle ve istiyorsanız psikolojik destek alarak konuşmanızı öneririz. Hayatta kalmak ve sağlıklı olmak her şeyin önündedir.

6.5 Girişimsel Radyoloji Desteği

Teknik	Amacı	Zamanı
Balonlu kateter (iliak/uterin)	İntraoperatif kan kaybını azaltmak	Operasyon öncesi floroskopi altında
Arteriyel embolizasyon	Balonun yetersiz kaldığı kanamaları durdurmak	İntraoperatif veya erken postoperatif
Üreteral stent (Ürolog)	Üreterleri belirginleştirmek, yaralanmayı önlemek	Operasyon başında sistoskopi ile

7. DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) DÖNEM

7.1 Yoğun Bakım Süreci

Plasenta perkreta operasyonundan sonra büyük çoğunlukla 1–3 günlük yoğun bakım ünitesi (YBÜ) takibi gerekir.

YBÜ'de İzlenen Parametre	Amaç
Vital bulgular (TA, nabız, O ₂ satürasyonu)	Hemodinamik stabilizasyon
Saatlik idrar çıkışı	Böbrek fonksiyonu ve mesane durumu
Hemoglobin ve hematokrit	Devam eden kanama takibi
Koagülasyon profili	DIC'in erken tanısı
Karna drenaj miktarı ve özellikleri	Aktif kanama, safra veya idrar kaçağı

7.2 Olası Postoperatif Komplikasyonlar

Komplikasyon	Belirtisi	Yönetimi
Postoperatif kanama	Artan drenaj, kan basıncı düşüşü	Re-operasyon veya embolizasyon
Mesane yaralanması	İdrar kaçağı, hematüri	Üroloji; sonda desteği
Üreter hasarı	Yan ağrı, ateş	Görüntüleme + üroloji
DIC (Yaygın pıhtılaşma)	Koagülasyon bozulması, kanama durmuyor	Masif transfüzyon, FFP, kriyopresipitat
Enfeksiyon / sepsis	Ateş, lökositoz, karın ağrısı	Antibiyotik + kültür
DVT ve pulmoner emboli	Bacak ağrısı, nefes darlığı	Tromboprofilaksi; Doppler USG

7.3 Taburculuk Sonrası İyileşme

İlk 6 Hafta

- Aktivite kısıtı:** Ağır kaldırma (3–4 kg üstü), yoğun egzersiz yasak
- Yara bakımı:** Sezaryen yarasını günde 1 kez temizleyin; kızarıklık/akıntıda hekime başvurun
- Ağrı yönetimi:** Reçete edilen analjezikleri kullanın
- Emzirme:** Sezaryen sonrası emzirmeye başlanabilir; laktasyon uzmanı desteği önerilir
- Tromboprofilaksi:** Düşük moleküler ağırlıklı heparin veya elastik çorap — hekiminizin önerisine göre

6. Hafta ve Sonrası

- Jinekolojik muayene ve yara iyileşmesinin değerlendirmesi
- Hemogloblin, koagülasyon ve böbrek fonksiyon testleri
- Mesane ve üreter işlevi (perkretada üroloji takibi devam eder)
- Psikolojik iyilik hali ve emzirme kontrolü

⚠ *Taburculuk sonrası şu durumlar gelişirse HEMEN hastaneye başvurun: aşırı vajinal kanama (1 saatte 1'den fazla ped doluyorsa), yüksek ateş ($>38^{\circ}\text{C}$), karın şişliği ve sertleşme, idrar yapamamak, nefes darlığı, bacakta şişlik veya kızarıklık.*

8. EMZİRME VE BEBEK BAKIMI

PAS operasyonu geçiren anneler emzirebilir. Histerektomi dahil tüm operasyon türleri emzirme kapasitesini doğrudan etkilemez; çünkü süt üretimi yumurtalıklar değil, prolaktin hormonu tarafından yönetilir.

Durum	Öneri
YBÜ'de iken emzirme	Annenin durumu stabil olduğunda, laktasyon uzmanı eşliğinde başlanır
Erken prematüre bebek	YDYBÜ'de ise sütün saklanması (pompalama) başlatılır
Ağrı kesici kullanımı	Emzirmeyle uyumlu analjezikler seçilir (Parasetamol öncelikli)
Süt gelmesi gecikiyor	Stres ve cerrahi süt gelmesini geciktirebilir; sabırlı olun
Anne sütü verilemiyor	Donor süt veya formül süt pediatrist önerisiyle kullanılır

9. SONRAKİ GEBELİK VE FERTİLİTE

9.1 Histerektomi Sonrası Seçenekler

Seçenek	Açıklama
Gestasyonel taşıyıcı annelik	Kendi yumurtanız ve eşinizin spermiyle oluşturulan embriyo başka bir kadının rahmine yerleştirilir
Evlat edinme	Yasal süreç tamamlanarak bir çocuğun yasal ebeveynliği üstlenilir
Uterus transplantasyonu	Deneysel; bazı merkezlerde araştırma kapsamında yapılmaktadır
Çocuk sahibi olmama kararı	Tamamen geçerli ve saygı duyulan bir yaşam tercihi

9.2 Uterus Korunan Olgularda Yeniden Gebelik

Konu	Öneri
Bekleme süresi	En az 18–24 ay; uterus iyileşmesi için
Tekrarlama riski	PAS için %20–30 tekrarlama riski; yakın izlem şart
Planlama	Perinatoloji + MRI değerlendirmesi gerekli
Doğum yeri	Yüksek deneyimli merkezde planlanmalı

10. SIK SORULAN SORULAR

Soru	Yanıt
Bu tanıyla normal doğum yapabilir miyim?	Hayır. PAS ve perkretada vajinal doğum kontrendikedir; planlı sezaryen zorunludur.
Bebeğim sağlıklı doğar mı?	PAS, bebeği doğrudan etkilemez. Ana risk prematüre doğumdur (34–36. hafta). Modern neonatoloji ile bu haftadaki bebekler çok iyi sonuçlar almaktadır.
Kesinlikle rahim alınacak mı?	Her vaka farklıdır. Komplet perkretada çoğunlukla histerektomi yapılır. Seçilmiş vakalarda konservatif yaklaşım denenebilir.
Kanama ne kadar olabilir?	Ortalama 3–5 litre kan kaybı olabilir. Ekibiniz masif transfüzyon için tamamen hazırdır.
Yoğun bakımda ne kadar kalacağım?	Komplikasyonsuz olgularda 1–2 gün; daha karmaşık vakalarda 3–5 güne uzayabilir.
Bu tanıyı neden şimdi öğrendim?	PAS 2. trimesterde şüphelenilir; kesinlik çoğunlukla 28–32. haftada MRI ile sağlanır. Bazı olgular doğuma kadar fark edilmeyebilir.

Soru	Yanıt
Sonraki gebelikte tekrar olur mu?	Uterus korunmuşsa %20–30 tekrarlama riski vardır. Mutlaka uzman merkezde izlenmelidir.
Bu tanıyla sağ kalım ne kadar?	Uzman merkezlerde anne mortalitesi çok düşüktür. Doğru planlama ve deneyimli ekip bu başarının anahtarıdır.

 Bu rehber genel bilgilendirme amaçlıdır. PAS yönetimi bireysel klinik duruma özgüdür. Tüm kararlar deneyimli perinatoloji ekibinizle birlikte verilmelidir. Güncel ACOG, FIGO ve SMFM kılavuzları esas alınır.

Hazırlayan: Perinatoloji & Fetal Cerrahi Birimi | Hasta Bilgi ve Eğitim Serisi