

Plasenta Previa

Gebeye Yönelik Kapsamlı Rehber

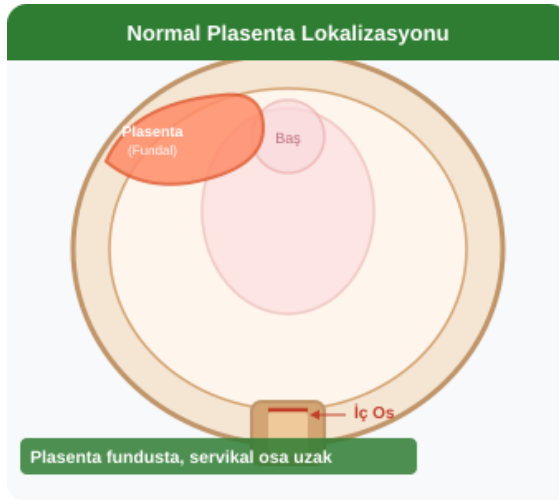
Tanı • Gebelik Süreci • Doğum Hazırlığı • Hasta Rehberi

Bu rehber; plasenta previa tanısı alan gebelerin tanımı anlamalarına, gebelik süreçlerini yönetmelerine ve doğuma hazırlanmalarına yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

1. PLASENTA NEDİR?

Plasenta, gebelik boyunca rahminizin iç duvarına yapışan, annenin kanı ile bebeğin kan dolaşımını birbirine bağlayan geçici bir organdır. Yaklaşık 500 gram ağırlığında ve 20–22 cm çapında olan plasenta; bebeğin oksijen, besin ve antikorlarını almasını, atık maddelerin anneye geri iletilmesini sağlar.

Normal koşullarda plasenta, rahmin üst bölümünde (fundus) veya yan duvarlarında yerleşir ve doğum kanalı olan servikse (ağızına) uzak durur.



Şekil 1. Normal plasenta lokalizasyonu — fundal yerleşim, servikse uzak

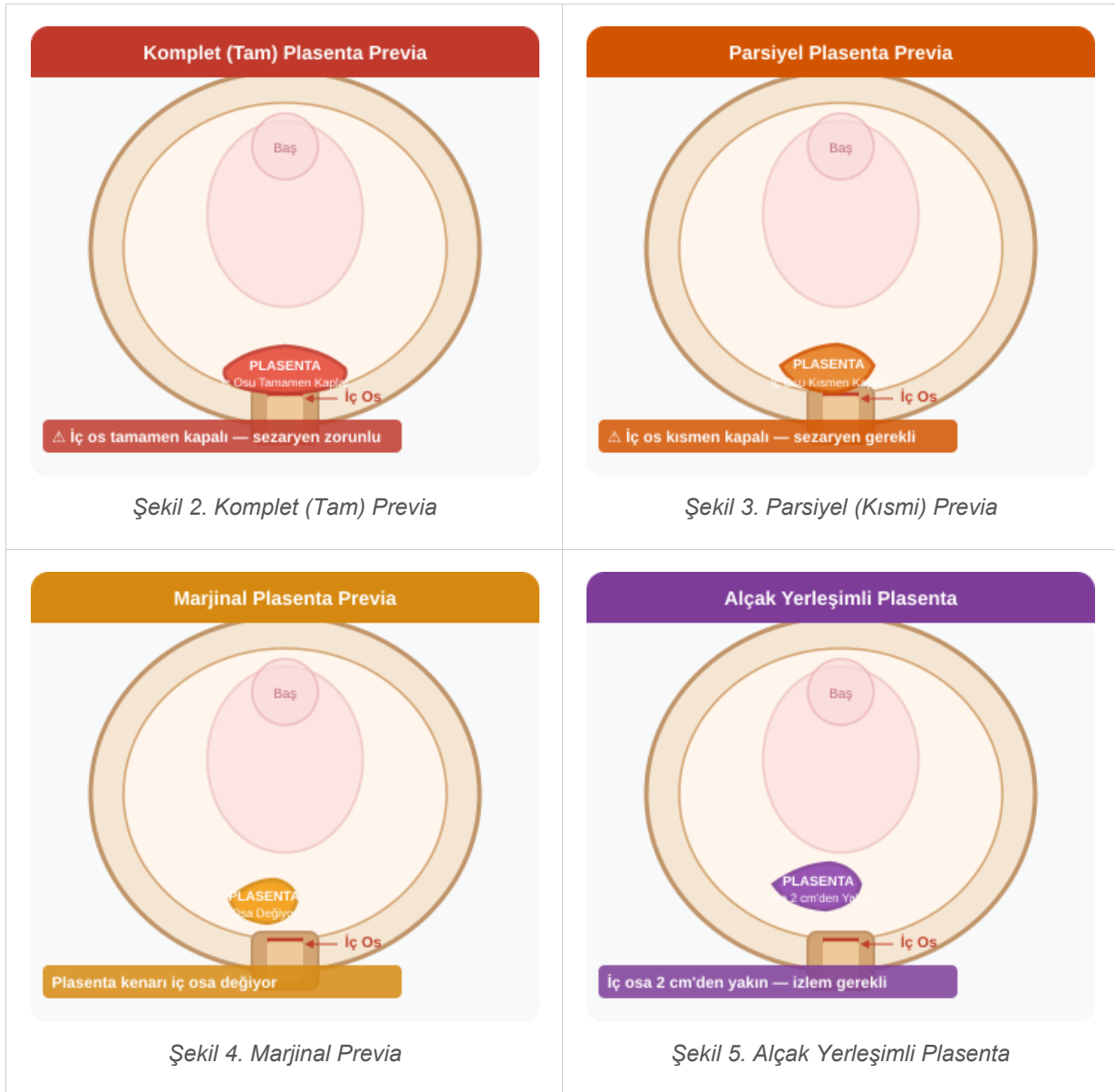
2. PLASENTA PREVİA NEDİR?

Plasenta previa; plasantanın normalden daha aşağıda yerleşerek doğum kanalının girişini (iç os) kısmen veya tamamen kapatması durumudur. Latince 'previa' kelimesi 'önünde gelen' anlamına gelir — plasenta, bebek doğmadan önce doğum kanalının önünde bulunmaktadır.

Her 200–250 doğumdan birinde görülür. Modern ultrasonografi ile erken dönemde saptanabilmekte ve doğru yönetimle anne ve bebek sağlığı büyük ölçüde korunabilmektedir.

2.1 Plasenta Previa Tipleri

Plasantanın iç osa (serviks ağzına) olan konumuna göre dört ana tip tanımlanmaktadır:

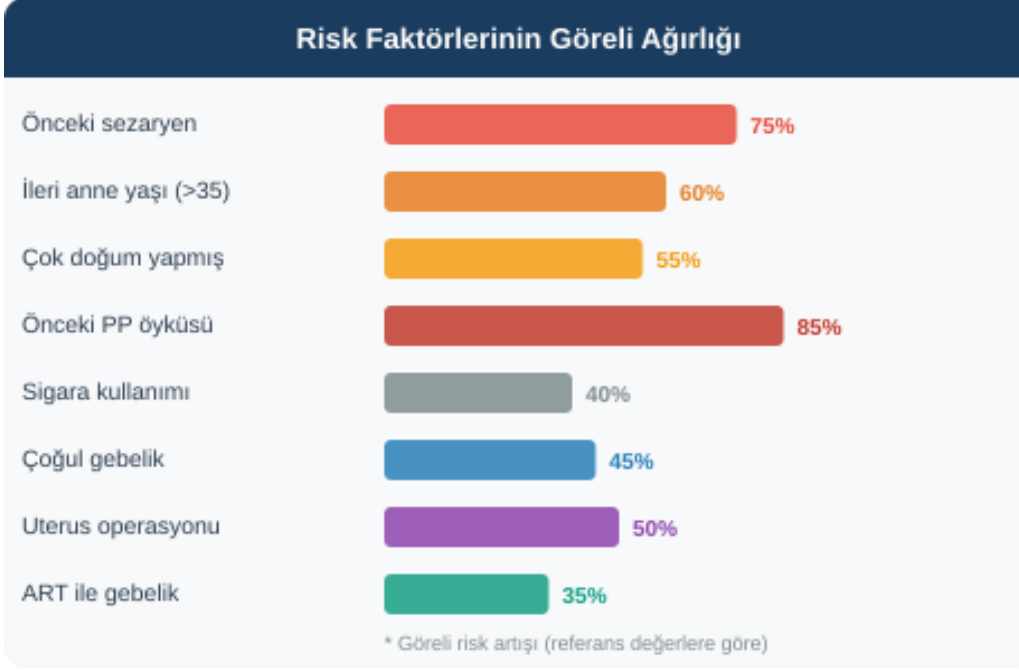


Tip	Tanım	Sezaryen?
Komplet (Tam) Previa	Plasenta iç ost tamamen kapatır	Mutlaka sezaryen
Parsiyel (Kısmi) Previa	Plasenta iç ost kısmen kapatır	Sezaryen gerekli
Marjinal Previa	Plasenta kenarı iç osa değiyor	Genellikle sezaryen
Alçak Yerleşimli	İç osa 2 cm'den yakın, kapsamıyor	Bireysel değerlendirme

i İkinci trimesterde plasenta previa saptanan vakaların %90'ında, gebelik ilerledikçe plasenta yukarı doğru yer değiştirir (migrasyon). Bu nedenle 18–20. haftadaki tanı, üçüncü trimestere kadar izlenmelidir.

3. NEDEN OLUR? — RİSK FAKTÖRLERİ

Plasenta previa için kesin bir neden bilinmemekle birlikte, aşağıdaki faktörler riski artırmaktadır:



Grafik 1. Plasenta previa için görelî risk faktörleri

Risk Faktörü	Açıklama
Önceki sezaryen öyküsü	Her sezaryen, uterus alt segmentinde skar dokusu bırakır ve plasentanın bu bölgeye yapışma riskini artırır.
İleri anne yaşı (>35)	Uterus dokusundaki değişiklikler nedeniyle plasenta anormalliklerine yatkınlık artar.
Çok doğum öyküsü	Birden fazla doğum yapmış kadınlarda endometriyal değişiklikler riski yükseltir.
Önceki plasenta previa	Sonraki gebelikte tekrarlama riski %4–8 arasındadır.
Uterus operasyonları	Miyomektomi, kürtaj, endometrial ablasyon — skar dokusu oluşturur.
Çoğul gebelik	Büyük plasenta daha fazla alan kaplar, alçak yerleşim ihtimali artar.
Sigara ve kokain kullanımı	Uterus perfüzyonunu bozarak anormal plasentasyona zemin hazırlar.
ART (yardımcı üreme)	İn vitro fertilizasyon ile elde edilen gebeliklerde risk 2–3 kat artar.

4. TANI

4.1 Ultrasonografi ile Tanı

Plasenta previa tanısı ultrasonografi (USG) ile konulur. Rutin gebelik kontrollerinde standart bir prosedür olan fetal anatomi taraması sırasında plasenta lokalizasyonu değerlendirilir.

USG Yöntemi	Avantajı	Ne Zaman Tercih Edilir?
Transabdominal USG (TAUSG)	Non-invazif, kolay uygulanır; ilk tercih	Rutin tarama ve genel değerlendirme
Transvajinal USG (TVUSG)	Altın standart; iç os mesafesini net ölçer	Plasenta lokalizasyonu kesinleştirme
Transperineal USG	TVUSG'ye alternatif; güvenli	Vajinal prob kullanılamayan olgular
Renkli Doppler USG	Vaskülarite, akreta değerlendirmesi	Plasenta akreta spektrumu şüphesi
MRI (Manyetik Rezonans)	Posterior plasenta, akreta derinliği	USG yetersiz kaldığında

⚠ *Transvajinal USG, plasenta previa olgularında güvenle uygulanabilir. Vajinal prob, servikal osa doğrudan temas etmez ve kanamanın tetiklenmediği kanıtlanmıştır. TAUSG'ye kıyasla plasenta kenarı ile iç os mesafesini çok daha net gösterir.*

4.2 USG'de Plasenta Previa Bulguları

- Plasenta-os mesafesi:** İç osa uzaklık transvajinal USG ile milimetre hassasiyetinde ölçülür
- Plasenta kalınlığı ve homojenitesi:** Akreta şüphesinde önem kazanır
- Plasental lakünler:** Düzensiz boşluklar — akreta spektrumu işareti
- Retroplasentar anekoik alan:** Kaybolması invazif placentasyon düşündürür
- Myometriyal inceleme:** Alt segment duvar kalınlığının azalması
- Servikal kanal:** Uzunluğu ve morfolojisi (preterm doğum riski için)

4.3 Tanı Kriterleri

Tanım	İç Os'a Mesafe	Klinik Önemi
Komplet Previa	0 mm (üstünü örtüyor)	Kesin sezaryen, yatış gerekebilir
Parsiyel Previa	0 mm (kısmen üstünde)	Sezaryen gerekli
Marjinal Previa	0–10 mm	Büyük olasılıkla sezaryen
Alçak Yerleşimli	11–20 mm	Bireysel değerlendirme; vajinal doğum değerlendirilebilir

Tanım	İç Os'a Mesafe	Klinik Önemi
Normal Sınır	≥20 mm	Vajinal doğum güvenle planlanabilir

4.4 Tanı Zamanlaması ve Takip



Grafik 2. Plasenta previa gebelik izlem takvimi

- 18–22. hafta detaylı anatomi taramasında plasenta lokalizasyonu değerlendirilir
- Düşük yerleşim saptanırsa 28–32. haftada transvajinal USG ile kontrol planlanır
- Üçüncü trimesterde hâlâ previa varsa 34–36. haftalarda doğum planlaması yapılır
- Komplet previa olgularında 4 haftada bir USG ve NST önerilir

5. BELİRTİLER VE UYARI İŞARETLERİ

5.1 Klasik Belirti: Ağrısız Vajinal Kanama

Plasenta previanın en karakteristik belirtisi, gebeliğin ikinci yarısında (özellikle üçüncü trimesterde) ortaya çıkan ANİ, AĞRISIZ, PARLAK KIRMIZI vajinal kanamadır.

Özellik	Açıklama
Başlangıç	Genellikle ani, önceden uyarı vermez
Ağrı	Yok — bu çok önemli bir özelliştir (ablasyo ile ayırıcı tanı)
Renk	Parlak kırmızı — taze kan
Miktarı	Az spottingten çok miktartlı kanamalara kadar değişir
Tekrarlama	Sıklıkla tekrarlayan episodlar şeklinde
Tetikleyici	Cinsel ilişki, muayene, uterin kontraksiyonlar tetikleyebilir

 **ACİL DURUM:** Gebeliğin ikinci yarısında **HERHANGİ BİR** vajinal kanama veya akıntı yaşarsanız derhal hastaneye başvurunuz. Kanamanın miktarı az olsa dahi beklemeyin.

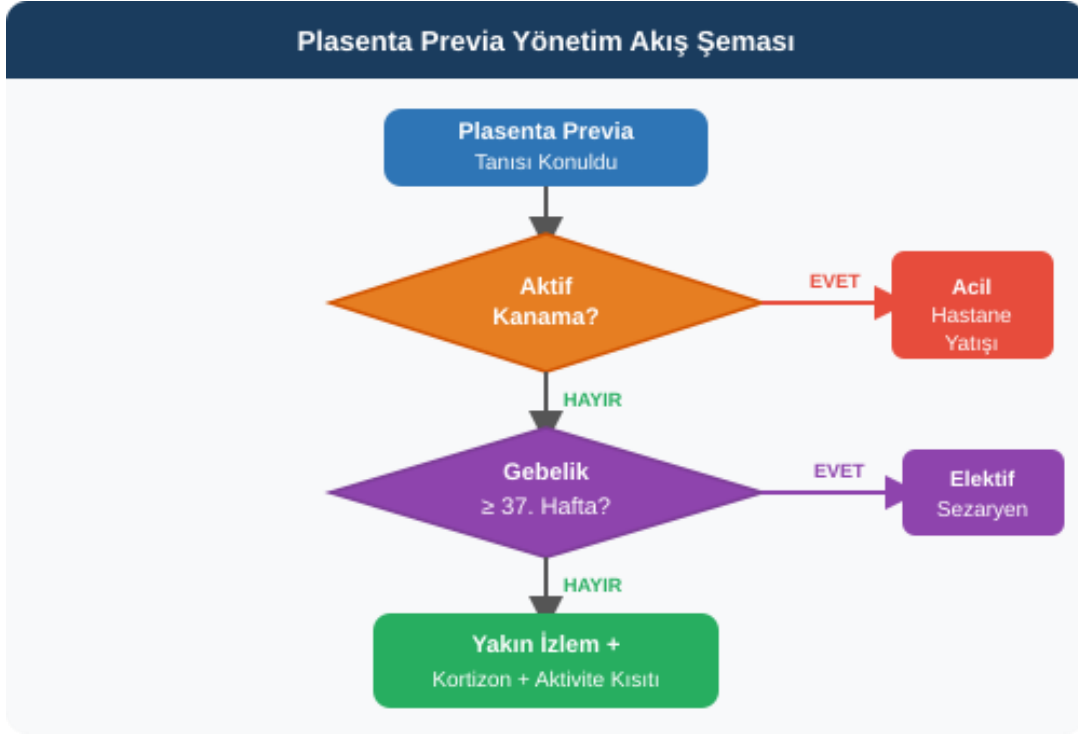
5.2 Kanaması Olmayan (Aseptomatik) Olgular

Plasenta previa olgularının önemli bir kısmı herhangi bir belirti vermez ve rutin ultrasonografi ile tesadüfen saptanır. Bu durum, düzenli prenatal kontrollerin hayati önemini göstermektedir.

5.3 Diğer Belirtiler

- Uterin hassasiyet:** Genellikle yoktur (ablasyo ile ayrımı önemli)
- Fetal prezentasyon:** Bebeğin pozisyonu anormal olabilir — enine veya makat geliş sık görülür
- Uterin kontraksiyonlar:** Kanama eşlik edebilir ancak ağrısız seyreder

6. GEBELİK SÜRECİNİN YÖNETİMİ



Şekil 6. Plasenta previa yönetim akış şeması

6.1 Asemptomatik (Kanamasız) Olgular

Aktif kanaması olmayan plasenta previa olgularında konservatif (bekleme) yönetim hedeflenir. Amaç, gebeliği mümkün olduğunca 37. haftaya taşımaktır.

Aktivite Kısıtlamaları

- **Pelvik istirahat:** Cinsel ilişki, vajinal muayene ve tampon kullanımı kesinlikle yasaktır
- **Fiziksel aktivite:** Ağır egzersiz, uzun yürüyüşler, ağır kaldırma yasaktır
- **Seyahat:** Uzun mesafe seyahat (özellikle hava yolu) hekiminizle görüşülmelidir
- **İstirahat:** Orta-ağır olgularda yatak istirahati önerilebilir

İlaç Tedavileri

İlaç / Müdahale	Endikasyon	Amaç
Demir takviyeleri	Kanama sonrası anemi	Hemoglobin düzeyini korumak
Betametazon (Kortikosteroid)	32–34. hafta öncesi preterm doğum riski	Fetal akciğer matürasyonu
Tokoliz (Ritodrin, Nifedipin)	Eşlik eden uterin kontraksiyonlar	Doğumu geciktirmek
Serklaj	Kısa serviks + alçak previa birlikteliği	Preterm doğumu önlemek (tartışmalı)

İlaç / Müdahale	Endikasyon	Amaç
Anti-D immünglobulin	Rh negatif anne + kanama	Rh sensitizasyonunu önlemek

İzlem ve Kontroller

- **NST (Non-Stres Test):** 32. haftadan itibaren haftada 1–2 kez fetal iyilik değerlendirmesi
- **Hemoglobin takibi:** Kanama sonrası kan sayımı; Hb < 8 g/dL'de transfüzyon düşünülür
- **USG takibi:** Plasenta göçü, fetal büyüme, servikal uzunluk
- **Kan grubu ve crossmatch:** Olası acil transfüzyon için hazır bulundurulmalı

6.2 Semptomatik (Kanamalı) Olgular

Aktif vajinal kanama varlığında yönetim değişir ve genellikle hastane yatışı gerekir.

Klinik Durum	Yönetim
Hafif kanama, stabil anne ve bebek	Yatış, yatak istirahati, fetal monitörizasyon, kan hazırlama
Orta kanama, stabil	Yatış + IV erişim + kan transfüzyonu gerekirse
Ağır kanama, hemodinamik instabilite	Acil sezaryen; gebelik haftasından bağımsız
Preterm kanama (<34 hafta), stabil	Betametazon, tokoliz değerlendirmesi, yakın izlem

✓ Kanama durduğunda ve anne-bebek stabillendikten sonra yakın izlemle gebeliğe devam edilebilir. Erken doğumun riskleri ile kanamanın riskleri birlikte değerlendirilerek karar verilir.

6.3 Hastaneye Yatış Endikasyonları

- **Aktif vajinal kanama** — özellikle ≥ 34 . haftada
- **Tekrarlayan kanama episodları**
- **Şiddetli kanama** — hemodinamik değişiklik
- **Uzak mesafede yaşayan olgular** — 34. haftadan sonra
- **Anemi + previa** — destek tedavisi için
- **Eşlik eden preterm eylem**

7. PLASENTA AKRETA SPEKTRUMU

Plasenta previalı olgularda, özellikle önceki sezaryen öyküsü olanlarda, plasentanın rahim duvarına normalden daha derinlemesine yapışması söz konusu olabilir. Bu tabloya 'Plasenta Akreta Spektrumu' denir.

Tip	Tanım	Derinlik	Sıklık
Akreta	Plasenta miyometriyuma yapışık, invaze değil	Yüzeysel	75–78%
İnkreta	Plasenta miyometriyuma invaze olmuş	Orta	17%
Perkreta	Plasenta serozayı geçmiş, komşu organlara ulaşmış	Derin	5–7%

Risk Faktörü	Risk Artışı
PP + 1 önceki sezaryen	~3%
PP + 2 önceki sezaryen	~11%
PP + 3 önceki sezaryen	~40%
PP + 4 veya daha fazla sezaryen	>60%

⚠ *Plasenta akreta spektrumu, masif obstetrik kanama ve histerektomi riskini önemli ölçüde artırır. Şüphelenilen olgularda doğum, deneyimli perinatoloji ve girişimsel radyoloji ekibinin bulunduğu bir merkeze sevk edilmelidir.*

8. DOĞUM PLANLAMASI

8.1 Doğum Zamanlaması

Durum	Önerilen Doğum Zamanı
Komplet / Parsiyel Previa	36–37. gebelik haftası, elektif sezaryen
Marjinal Previa	37–38. gebelik haftası, sezaryen veya bireysel değerlendirme
Alçak Yerleşimli (≥ 11 mm)	38–39. hafta, vajinal doğum değerlendirilebilir
Kontrol altına alınamayan kanama	Gebelik haftasından bağımsız — acil sezaryen

8.2 Sezaryen Öncesi Hazırlık

Plasenta previalı gebelerde sezaryen operasyonu, standart sezaryene kıyasla daha kapsamlı bir ön hazırlık gerektirmektedir.

Tıbbi Hazırlık

- Kan hazırlığı:** En az 2–4 ünite eritrosit süspansiyonu çapraz testli hazır bulundurulur
- Kan grubu ve tam kan sayımı:** Operasyon öncesi son kontrol yapılır
- Koagülasyon testleri:** PT, aPTT, fibrinojen düzeyi
- İntravenöz erişim:** En az iki geniş damar yolu açılır (≥ 18 G)
- Anestezi konsültasyonu:** Genel veya rejyonal anestezi planlanır
- Pediatric ekibi:** Neonatoloji ekibi operasyon başında hazır bulunur
- Girişimsel radyoloji:** Akreta şüphesinde balonlu kateter uygulaması önceden planlanır

Operasyon Öncesi Bilgilendirme

- Histerektomi olasılığı:** Akreta veya kontrol edilemeyen kanama durumunda rahim alınması gerekebilir
- Masif transfüzyon protokolü:** Hazır bulundurulur
- Yoğun bakım:** Gerekirse postoperatif izlem planlanır

8.3 Vajinal Doğum Mümkün mü?

Komplet ve parsiyel plasenta previa ve vajinal doğum kesinlikle kontrendikedir. Alçak yerleşimli plasenta olgularında plasantanın iç osa mesafesine göre vajinal doğum değerlendirilebilir.

İç Os Mesafesi	Vajinal Doğum	Açıklama
< 10 mm	Kontrendike	Majör kanama riski yüksek
10–20 mm	Tartışmalı	Deneyimli merkez, hazır OT, kan bankası şartıyla
≥ 20 mm	Güvenli	Normal vajinal doğum planlanabilir

9. GEBELER İÇİN GÜNLÜK YAŞAM REHBERİ

9.1 Evde Nelere Dikkat Etmelisiniz?

Konu	Yapılacaklar	Kaçınılacaklar
Fiziksel aktivite	Hafif yürüyüş (hekiminiz onaylarsa)	Ağır kaldırma, koşma, ani hareketler
Cinsel hayat	—	Pelvik istirahat: cinsel ilişki, tampon, vajinal duş yasak
Seyahat	Yakın mesafe, araçla	Uzun yolculuk, hava yolu seyahati (hekime danışın)
Ev işleri	Oturarak yapılan hafif işler	Merdiven çıkma, ağır ev işleri
Çalışma hayatı	Masa başı, uzaktan çalışma	Uzun süre ayakta kalma, fiziksel iş

9.2 Hastaneye Ne Zaman Gitmelisiniz?

 **HEMEN ARAYINIZ veya ACİLE GİDİNİZ:** • Herhangi bir vajinal kanama veya lekelenme • Karın ağrısı veya kasılma • Sert, tahtalaşmış karın • Bebeğin hareketlerinde azalma • Nefes darlığı, çarpıntı, baş dönmesi • Herhangi bir anormal ağrı veya akıntı

9.3 Acil Çanta Hazırlığı

Plasenta previa tanısı alan gebeler, her an hastaneye gitmek zorunda kalabileceklerini göz önünde bulundurarak hazırlıklı olmalıdır.

Kategori	Hazırlanacaklar
Kimlik ve sağlık belgeleri	Nüfus cüzdanı, sağlık kartı, gebelik takip kartı, tüm USG raporları
Anneye ait eşyalar	3–5 günlük kıyafet, bakım ürünleri, rahat terlik, yastık
Bebeğe ait eşyalar	İlk kıyafetler, battaniye, kundak, emzik (tercih varsa)
İletişim	Eş/refakatçi telefonları, doktor ve hastane numaraları liste halinde
Konum bilgisi	Hastaneye en hızlı güzergah; yanınızdakiler bilmeli

10. DOĞUM SONRASI (POSTPARTUM) DÖNEM

10.1 Doğum Sonrası Beklenenler

Plasenta previalı gebelerde sezaryen sonrası toparlanma süreci, komplikasyon olmayan sezaryene benzerdir. Ancak bazı farklılıklar mevcuttur.

Konu	Beklenen Süreç
Hastanede kalış süresi	3–5 gün (komplikasyonsuz sezaryen)
Lohusalık kanaması	Normal düzeyde olabilir; artış durumunda hemen bildirilmeli
Ağrı kontrolü	Oral veya IV analjeziklerle yönetilir
Anemi takibi	Hemogloblin düzeyleri izlenir; gerekirse oral demir başlanır
Emzirme	Sezaryen sonrası emzirmeye başlanabilir; lactasyon desteği önerilir
Aktiviteye dönüş	6. haftada kontrol sonrasında aşamalı artış

10.2 Sonraki Gebelik Planlaması

- Bekleme süresi:** Sezaryen sonrası en az 18–24 ay beklenmesi önerilir
- Tekrarlama riski:** Plasenta previa için sonraki gebelikte %4–8 risk vardır
- Akreta riski:** Sezaryen skarı + previa birlikteliği arttıkça akreta riski yükselir
- Pregebelik danışmanlık:** Skar yerleşimi ve uterus durumu değerlendirilerek bilgilendirme yapılır

11. SIK SORULAN SORULAR

Soru	Yanıt
Plasenta previa bebeğime zarar verir mi?	Kontrol altındaki olgularda bebek sağlığı korunabilir. Erken doğum ve IUGR riski artmış olmakla birlikte, yakın izlemle büyük çoğunluğu sağlıklı doğar.
Plasenta kendi kendine yukarı çıkar mı?	Evet! 2. trimesterde saptanan vakaların %90'ında plasenta göç ederek os'u serbest bırakır. Bu nedenle 3. trimestere kadar beklenmesi önerilir.
Cinsel ilişki tehlikeli midir?	Plasenta previa tanısı alan gebelerde cinsel ilişki, vajinal muayene ve tampon kullanımı kesinlikle yasaktır.
Normal doğum yapabilir miyim?	Komplet/parsiyel previade hayır. İç osa ≥ 20 mm mesafe varsa vajinal doğum değerlendirilebilir.
İkinci bebekte de plasenta previa olur mu?	Tekrarlama riski %4–8 civarındadır. Geçmiş sezaryen sayısı arttıkça bu risk yükselir.

Soru	Yanıt
Plasenta previa ölümcül müdür?	Modern perinatal bakımla anne ve bebek mortalitesi büyük ölçüde azalmıştır. Erken tanı ve doğru yönetim hayat kurtarıcıdır.
Hangi hastanede doğurmalıyım?	Kan bankası, yenidoğan yoğun bakımı ve deneyimli perinatoloji ekibinin bulunduğu bir merkezde doğum planlanmalıdır.

 Bu rehber genel bilgilendirme amaçlıdır. Her gebelik birbirinden farklıdır; tanı, izlem ve doğum planlaması mutlaka kişisel perinatoloji uzmanınız tarafından değerlendirilmelidir.

Hazırlayan: Perinatoloji Kliniği | Hasta Bilgi ve Eğitim Serisi