

ANNE ADAYLARI VE AİLELER İÇİN REHBER

Bebeğin Eşi ve Su Kesesiyle İlgili Sorunlar

Plasenta previa · Plasenta akreta, inkreta, perkreta · Ablasyo plasenta · Su kesesinin erken açılması (PROM / PPRM) · Koryoamniyonit

Bu rehber kimin için?

Bu rehber, gebeliğinde bebeğin eşi (plasenta) ya da su kesesiyle (zarlar) ilgili bir sorun saptanan anne adayları ve yakınları için hazırlandı. Beş durumu, aynı sırayla ve aynı sorularla anlattık: bu nedir, nasıl anlaşılır, ne yapılır, bebeğim ve ben nasıl etkileniriz?

Tıbbi terimlerin gündelik karşılığını verdik; terimin kendisini de yanına yazdık ki hekiminizle konuşurken tanıyabilesiniz. Metindeki köşeli parantez içindeki numaralar sondaki kaynak listesine işaret eder.

Bebeğin eşi ve su kesesi ne işe yarar?

Bebeğin eşi (plasenta), rahim duvarına yerleşmiş, tabak biçiminde bir organdır. Bebeğe kanla oksijen ve besin taşır, atıkları uzaklaştırır ve gebeliği sürdüren hormonları üretir. Bebek, göbek kordonuyla bu organa bağlıdır.

Su kesesi ise bebeğin içinde yüzdüğü sıvıyı çevreleyen ince zarlardan oluşur. Bu zarlar iki iş yapar: bebeği darbelerle karşı yastıklar ve dış dünyadan gelen mikroplara karşı bir engel oluşturur. Zarlar açıldığında (halk arasında «suyun gelmesi») bu engel ortadan kalkar.

Bu rehberdeki beş durum, işte bu iki yapıyla ilgilidir: bebeğin eşinin nereye yerleştiği (previa), rahim duvarına ne kadar derin yapıştığı (akreta spektrumu), zamanından önce ayrılıp ayrılmadığı (ablasyo), zarların erken açılması (PROM/PPROM) ve açılan zarlardan sonra gelişebilen enfeksiyon (koryoamniyonit).

Plasenta previa: bebeğin eşi rahim ağzını kapatıyorsa

Bebeğin eşi normalde rahmin üst bölümüne yerleşir. Rahim ağzını örtecek biçimde aşağıya yerleştiğinde buna plasenta previa denir; kenarı rahim ağzına 2 cm'den yakın ama ağzı kapatmıyorsa «aşağı yerleşimli plasenta» adını alır [3]. Doğumda yaklaşık her 200 gebelikten birinde görülür [2].

Bebeğin eşi nereye yerleşmiş?

Ayırım, eşin kenarı ile rahim ağzı (siyah nokta) arasındaki uzaklığa göre yapılır ve ultrasonla ölçülür.



20. hafta ultrasonunda «plasenta aşağıda» denmesi geçici bir bulgudur; kontrol ultrasonu 32. hafta dolayında yapılır.

20. hafta ultrasonunda «plasentanız aşağıda» denmesi çoğu zaman geçici bir bulgudur. Rahim büyüdükçe eşin yeri yukarı taşınır ve bu gebeliklerin yaklaşık %90'ında sorun kendiliğinden düzelir; daha önce sezaryen olmuş kadınlarda düzelme olasılığı biraz daha düşüktür [2]. Bu nedenle 32. hafta dolayında, gerekirse 36. haftada kontrol ultrasonu yapılır [2].

Belirtileri ve dikkat edilecekler

Tipik belirtisi, gebeliğin ikinci yarısında ortaya çıkan ağrısız, parlak kırmızı kanamadır; kanama sıklıkla tekrarlar. Az miktarda bile olsa her kanamada hastaneye başvurun.

Çok önemli bir kural: Placenta previa olasılığı varken parmakla iç muayene yapılmaz; önce ultrason bakılır [2]. Parmak muayenesi eşin kenarını zedeleyip çok ağır kanamaya yol açabilir. Bir sağlık kuruluşuna başvurduğunuzda «plasentam aşağıda» demeyi unutmayın.

Kanamada hastaneye çabuk ulaşabileceğiniz bir yerde olmanız, yanınızda birinin bulunması ve kan sayımınızın (kansızlık açısından) takip edilmesi istenir. Rahim ağzına dikiş atmanın (serklaj) yararı gösterilmemiştir ve önerilmez [2].

Doğum nasıl olur?

Doğum kanalı kapalı olduğu için doğum planlı sezaryenle yapılır. Sorunsuz seyreden previa da doğum genellikle 36–37. haftalarda planlanır [2]. Bunun bir nedeni şudur: beklendikçe acil bir kanama nedeniyle plansız doğum yapma olasılığı artar — 35. haftaya kadar yaklaşık %5, 36. haftaya kadar %15, 37. haftaya kadar %30 [2]. Erken doğum bekleniyorsa bebeğin akciğerlerini olgunlaştıran kortizon iğnesi yapılır.

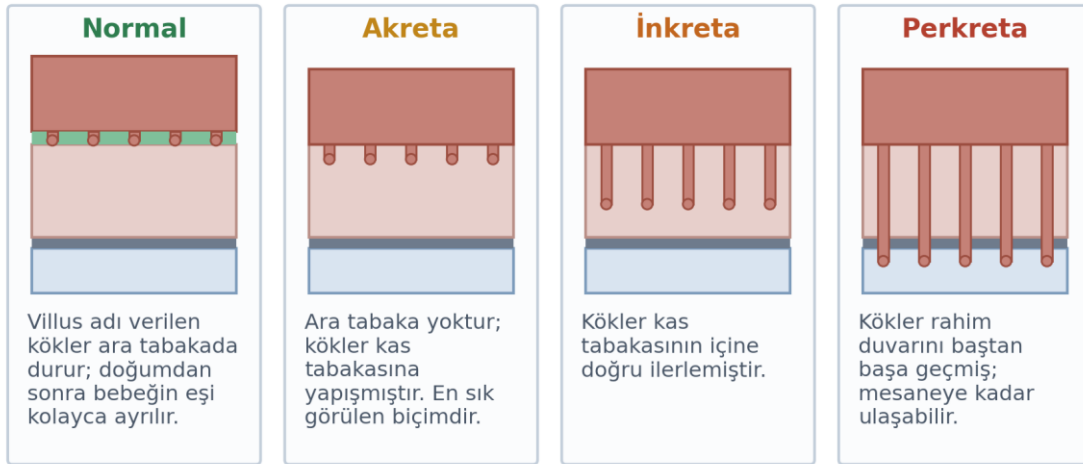
Eşin kenarı rahim ağzını kapatmıyor, yalnızca yakınsa (aşağı yerleşimli plasenta) normal doğum bir seçenek olabilir; karar, ultrasondaki uzaklığa, öykünüze ve sizin tercihinize göre birlikte verilir [2].

Plasenta akreta spektrumu: eş rahim duvarına fazla derin yapıştığında

Normalde bebeğin eşi, rahim duvarına ince bir ara tabaka üzerinden tutunur ve doğumdan sonra bu tabakadan kolayca ayrılır. Bazı kadınlarda — özellikle daha önce sezaryen olanlarda — bu ara tabaka eksiktir ve eşin kökleri doğrudan kas dokusuna yapışır. O zaman doğumdan sonra eş ayrılmaz; ayırmaya çalışmak çok ağır kanamaya yol açar.

Bebeğin eşi rahim duvarına ne kadar derin yapışmış?

Üç derece, yapışmanın derinliğine göre adlandırılır; hepsi «akreta spektrumu» başlığı altındadır.



■ bebeğin eşi ve kökleri ■ ayırıcı ara tabaka ■ rahim kası ■ rahmin dış zarı ■ mesane

Şema gerçek ölçekte değildir. Derece, çoğu kez ancak ameliyat sırasında kesinleşir.

Bu duruma topluca «plasenta akreta spektrumu» denir. Yapışmanın derinliğine göre akreta, inkreta ve perkreta olarak adlandırılır [4]; en sık görülen, en yüzeysel biçim olan akretadır, ancak yayınlarda bu oranlar merkezden merkeze belirgin biçimde değişir [8].

Kimlerde görülür?

Son elli yılda belirgin biçimde arttı: 1980'lerde yaklaşık 2500–4000 doğumda bir görülürken, günümüzde yaklaşık 300 doğumda bire kadar çıkmıştır [1,9]. Bu artışın başlıca nedeni sezaryen oranlarındaki artıştır.

En güçlü risk birleşimi, geçirilmiş sezaryen ile bu gebelikte plasenta previanın bir arada bulunmasıdır. Previası olan kadınlarda akreta olasılığı sezaryen sayısına göre şöyle değişir [10]:

Kaçıncı sezaryen	Previa varsa akreta olasılığı
Birinci	%3
İkinci	%11
Üçüncü	%40
Dördüncü	%61
Beşinci ve sonrası	%67

Previa olmadan da risk artar ama çok daha düşüktür: akreta sıklığı birinci sezaryende %0,24 iken, altıncı ve sonrasında %6,74'e çıkar [10]. Diğer risk etkenleri: rahimde geçirilmiş başka ameliyatlar (miyom alınması, kürtaj, histeroskopik girişimler, rahim içi yapışıklık öyküsü), tüp bebek gebeliği, ileri anne yaşı ve çok doğum yapmış olmak [1].

Doğumdan önce anlaşılabilir mi?

Evet — ve bu, sonucu en çok değiştiren şeydir. Deneyimli ellerde renkli Doppler ultrasonun duyarlılığı yaklaşık %91'dir; gerektiğinde MR görüntüleme eklenir [1]. Ancak ultrasonda bulgu görülmemesi tanıyı dışlamaz [1].

Gerçek şu ki bu durum hâlâ sıklıkla gözden kaçıyor: toplum düzeyinde yapılan çalışmalarda olguların ancak yaklaşık yarısı doğumdan önce fark edilebilmiştir [11,12]. Fark edilmesi ile edilmemesi arasındaki fark ise çarpıcıdır — İngiltere verilerinde, en derin yapışma biçimlerinde (inkreta ve perkreta) önceden bilinen olgularda ortalama kan kaybı 2750 mL iken, bilinmeyenlerde 6100 mL; kan nakli oranı %59'a karşı %94 olmuştur [11].

Sizin için pratik anlamı: Daha önce sezaryen olduysanız ve bu gebelikte plasentanız aşağıda ya da eski dikiş yerinin üzerindeyse, bunu her ultrasonda hatırlatın ve «akreta açısından da bakıldı mı?» diye sorun.

Doğum nasıl planlanır?

Akreta spektrumu, planlı bir ameliyat olarak ele alınır. Önerilen zamanlama, ağır kanama başlamadan ve doğum sancıları gelmeden, 34+0 – 35+6. haftalar arasındır [1]. Ameliyat, kadın doğum uzmanı, deneyimli bir cerrah, ürolog, anestezi ve kan bankasının hazır olduğu bir merkezde yapılmalıdır [1].

Standart yaklaşım şudur: bebek sezaryenle çıkarılır, bebeğin eşi yerinde bırakılır ve rahim alınır (sezaryen histerektomi). Eşi yerinden ayırmaya çalışmak, kanamanın en sık nedenidir [1].

Bu ameliyat neredeyse her zaman kan nakli gerektirir; olguların önemli bir bölümünde çok sayıda ünite kan verilir ve ameliyat sonrası yoğun bakımda izlem gerekebilir [1]. Mesane ya da idrar yollarının zedelenmesi, deneyimli merkezlerde bile her beş kadından yaklaşık birinde bildirilmiştir [13].

Deneyimli bir ekiple çalışmanın farkı ölçülebilir düzeydedir: İrlanda'da çok disiplinli bir hizmet kurulduktan sonra doğum öncesi tanı oranı %56'dan %93'e çıkmış, ortalama kan kaybı 4150 mL'den 1975 mL'ye, kan nakli 7 ünitenden 1 üniteye inmiştir [14].

Rahmin alınması ne anlama geliyor?

Bu, ailelerin en çok korktuğu ve en çok yanlış bilinen konudur. Açık konuşalım:

- Rahim alındıktan sonra yeniden gebe kalmak mümkün değildir ve âdet kanamaları biter.
- **Yumurtalıklar genellikle yerinde bırakılır.** Bu nedenle hormonlarınız üretilmeye devam eder; bu ameliyat «erken menopoz» anlamına gelmez.
- Cinsel yaşam etkilenmez; iyileşme tamamlandıktan sonra normale döner.
- Hastanede kalış süresi normal bir sezaryene göre daha uzundur ve toparlanma haftalar alır.

Bazı seçilmiş durumlarda rahmi koruyan yaklaşımlar denenebilir; bu yöntemle kadınların yaklaşık dörtte üçünde rahim alınmadan sonuca ulaşılmıştır, ancak dörtte birinde sonradan yine rahmin alınması gerekmiş, enfeksiyon ve yeniden hastaneye yatış belirgin biçimde daha sık görülmüştür [1,15]. Bu yaklaşım deneysel kabul edilir ve ancak ayrıntılı görüşme sonrası seçilmiş kadınlarda uygulanır [1]. Sonraki gebeliklerde akretanın tekrarlama olasılığı yayınlarda yaklaşık %12–29 arasında bildirilmiştir; bu aralık geniştir ve çalışma sayısı azdır [1,16,17].

Önceden konuşulması gerekenler: Kan ve kan ürünlerinin kullanımı bu ameliyatın planlı bir parçasıdır. Kan ürünleri konusunda bir çekinceniz ya da inancınıza dayanan bir tutumunuz varsa bunu ameliyattan önce, sakın bir ortamda ekibe söyleyin; plan buna göre yapılır. Ayrıca ameliyat sonrası kimin yanınızda olacağını, bebeğinizin nerede bakılacağını ve emzirmeyi nasıl sürdüreceğinizi de baştan konuşun.

Ablasyo plasenta: bebeğin eşinin erken ayrılması

Bebeğin eşi normalde bebek doğduktan sonra ayrılır. Doğumdan önce ayrılmasına ablasyo plasenta (dekolman) denir; gebeliklerin yaklaşık %0,4–1'inde görülür [18].

Tipik tablo ağrılı kanamadır: karın sürekli ağrır, rahim sertleşir ve dokunmakla hassaslaşır. Ancak en kritik bilgi şudur:

Gördüğünüz kan, kaybettiğiniz kanı göstermez

Kan çoğu kez eşin arkasında birikir. Ayrılmaların yaklaşık üçte birinde dışarıya hiç kan gelmez, beşte birinde ise ne kanama ne de belirgin ağrı olur [19].

Bu nedenle sürekli karın ağrısı, sert ve hassas bir karın ya da bebeğin hareketlerinde azalma, kanama olmasa bile acil başvuru nedenidir.

Ultrason bu tanıda güvenilir değildir: ayrılmaların yalnızca dörtte birini gösterebilir [20,21]. «Ultrason temiz» denmesi ablasyoyu dışlamaz.

Risk artıran durumlar: daha önce ablasyo geçirmiş olmak (tekrarlama olasılığı yaklaşık %4–5, iki kez sonrasında çok daha yüksek), preeklampsi ve tansiyon yüksekliği, sigara, karına alınan darbe ya da trafik kazası, suyun erken gelmesi, çoğul gebelik ve ileri anne yaşı [18,21]. Buna karşın ablasyoların yaklaşık %70'i düşük riskli gebeliklerde olur [21] — yani çoğu zaman kimsenin hatası değildir.

Anne ya da bebek için tehlike varsa doğum, gebelik haftası ne olursa olsun geciktirilmez; bu genellikle acil sezaryen anlamına gelir. Tablo hafifse, gebelik 37 haftanın altındaysa, anne dengeli ve bebeğin takibi güven vericiyse hastanede yakın izlemle bir süre beklenebilir.

Su kesesinin erken açılması (PROM ve PPRM)

Su kesesinin doğum sancıları başlamadan önce açılmasına «erken membran rüptürü» denir. Bu 37. haftadan sonra olursa PROM, 37. haftadan önce olursa PPRM adını alır. Zamanında gebeliklerin yaklaşık %8'inde PROM görülür; PPRM ise gebeliklerin %2–3'ünde görülür ve erken doğumların dörtte biri ile üçte birinden sorumludur [5,22].

Suyum mu geldi, nasıl anlarım?

Amniyon sıvısı genellikle berrak ya da hafif pembemsi olur, kokusuzdur ve idrar gibi tutulup kesilemez; siz hareket ettikçe yeniden gelir. İdrar kaçırma ve gebelikte artan akıntı ile karıştırılabilir. Emin olamıyorsanız değerlendirilmeniz gerekir.

- Bir ped takın ve ne kadar ısladığını, saatini, sıvının rengini ve kokusunu not edin.
- Yeşil ya da kahverengi renk, kötü koku ya da ateş varsa bunu mutlaka söyleyin.
- **Yapmayın:** cinsel ilişkide bulunmayın, tampon kullanmayın, kendiniz iç muayene yapmayın, banyoya (küvette) girmeyin. Bunların hepsi mikropların rahime ulaşmasını kolaylaştırır.
- Hastaneye gidin — «biraz bekleyelim, belki durur» demeyin.

Tanı, steril spekulum muayenesiyle konur: rahim ağzından sıvı gelip gelmediğine bakılır. Şüphede kalırsa sıvıyı tanıyan testler (PAMG-1 ya da IGFBP-1) kullanılabilir; bu testlerin yanlış pozitif verebileceği unutulmaz ve tek başlarına karar vermezler [5,23]. Suyun erken açıldığı bilinen gebeliklerde parmakla iç muayeneden kaçınılır, çünkü hem enfeksiyon riskini artırır hem de doğuma kadar geçen süreyi kısaltır [5].

Bundan sonra ne olacak?

Yapılacaklar, öncelikle bebeğin kaçınıcı haftada olduğuna bağlıdır. Ekip iki riski tartar: erken doğmanın bebeğe zararı ile beklerken gelişebilecek enfeksiyonun zararı.

Su kesesi erken açıldıysa: gebelik haftasına göre plan

Yapılacaklar tek bir kurala değil, bebeğin kaçınıcı haftada olduğuna bağlıdır. İki risk tartılır: erken doğmanın bebeğe zararı ile beklerken gelişebilecek enfeksiyonun zararı.

24. haftadan önce çok erken dönem	24-33+6 hafta beklenerek izlem	34-36+6 hafta iki seçenek de makul	37. hafta ve sonrası doğum zamanı
• Karar aileyle birlikte verilir. • Enfeksiyon açısından yakın izlem. • Akciğer gelişimi riski konuşulur. • Kortizon ve magnezyum daha ileri haftada başlanır.	• Hastaneye yatış ve yakın izlem. • Kortizon iğnesi. • Süreyi uzatan antibiyotik kürü. • 32. haftadan önce doğumda magnezyum sülfat. • GBS'ye göre antibiyotik.	• Doğumu başlatmak da, izlemek de kabul edilebilir. • Karar sizinle birlikte verilir. • Kortizon daha önce yapılmadıysa düşünülür. • Süre uzatan antibiyotik verilmez.	• Doğumun başlatılması önerilir. • Beklemek enfeksiyon riskini artırır. • GBS'ye göre antibiyotik.

Kanama, enfeksiyon belirtisi ya da bebeğin sıkıntıya girmesi durumunda doğum beklenmeden yapılır.

Süre uzatan antibiyotikler bu tedavinin en yararlı parçalarından biridir: enfeksiyon riskini, bebekte enfeksiyon gelişmesini ve solunum desteği ihtiyacını azaltır [24,25]. Bir noktanın altı çizilir: bu amaçla ko-amoksiklav (amoksisilin-klavulanat) kullanılmaz, çünkü bebeklerde bir bağırsak hastalığı riskini artırdığı gösterilmiştir [24,25]. İngiltere ve Amerika'daki rehberler antibiyotik şemasında biraz farklıdır; ikisi de geçerlidir [5,23]. Antibiyotığın bebekte enfeksiyonu azalttığı, karşılaştırmalı çalışmalarla gösterilmiştir [26].

Erken doğum bekleniyorsa magnezyum sülfat verilir; bu ilaç bebekte serebral palsi gelişme riskini azaltır [27]. Doğumu geciktirmek amacıyla kasılma önleyici ilaçların uzun süreli kullanımı önerilmez [5].

Zamanında (37. hafta ve sonrası) su geldiğinde beklemek yerine doğumun başlatılması önerilir: bu yaklaşım annede enfeksiyonu, bebekte erken kan enfeksiyonunu ve yenidoğan yoğun bakım yatışını azaltır, sezaryen oranını artırmaz [28,29]. 34–36. haftalarda ise durum farklıdır: derlemeler, doğumu hemen başlatmanın bebekte solunum sıkıntısını, yoğun bakım yatışını ve sezaryen oranını artırdığını, buna karşılık rahim içi

enfeksiyonu azalttığını göstermiştir. Bu nedenle bu haftalarda genellikle yakın izlemle beklemek tercih edilir; her iki seçenek de kabul edilebilir sayıldığı için karar sizinle birlikte verilir [5,30,31].

Riskler ve olasılıklar

Beklenerek izlenen PPROM gebeliklerinde görülebilecekler: rahim içi enfeksiyon (yaklaşık %15–35, çok erken haftalarda daha sık), bebeğin eşinin ayrılması (%2–5), göbek kordonunun sarkması ve bebeğin rahim içinde kaybı (%1–2) [5]. Umut veren bir bilgi de var: zarların kendiliğinden kapanması olguların yaklaşık %3–11'inde görülür [5].

Su çok erken — 24. haftadan önce — gelirse, sıvı azlığı bebeğin akciğer gelişimini ve eklem hareketlerini etkileyebilir. Bu durumda yaşama şansı gebelik haftasına göre çok değişir; 23. haftadan önce düşük, 24–25. haftalarda belirgin biçimde artar [22]. Bu haftalarda karar tek bir doğru üzerinden verilmez; ailelerle ayrıntılı görüşülerek, sizin değerlerinizi de gözетerek verilir [22].

Sonraki gebelikte tekrarlama olasılığı, suyu zamanında gelmiş kadınlara göre daha yüksektir; bu nedenle bir sonraki gebelikte rahim ağzı uzunluğu takibi ve korunma seçenekleri hekiminizle ayrıca konuşulur [5,23].

Koryoamniyonit: rahim içi enfeksiyon

Zarlar açıldıktan sonra, vajinadaki mikroplar rahim içine ulaşır ve bebeği çevreleyen sıvıda ve zarlarda iltihaba yol açabilir. Buna koryoamniyonit denir. Son yıllarda «rahim içi enfeksiyon ya da iltihap» terimi tercih edilmektedir, çünkü tabloya her zaman bir mikrop eşlik etmez [6,7,32].

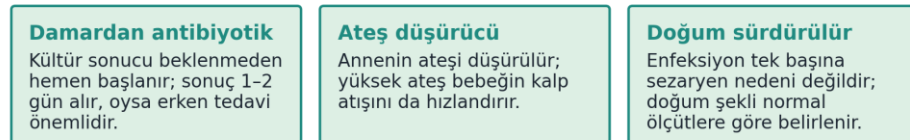
Sıklığı gebelik haftasına ve zarların ne kadar süre açık kaldığına göre çok değişir: zamanında ve zarları sağlam doğumlarda %1–3 iken, su erken gelmişse %6–10'a, çok erken haftalardaki PPROM'da %40–60'a kadar çıkabilir [22,33].

Rahim içi enfeksiyon (koryoamniyonit) nasıl anlaşılır?

Tanı tek bir teste değil, bir bulgu birleşimine dayanır: ateş, yanına eklenen bir bulguyla birlikte değerlendirilir.



Tanı konduğunda ne yapılır?



Bebek doğduktan sonra enfeksiyon açısından izlenir ve gerekirse kan testi yapılır; bebeklerin büyük çoğunluğu iyi seyreder.

Tanı ölçütleri 2024 yılında güncellenmiştir: ateşin 30 dakika sonra doğrulanması artık şart değildir ve bazı durumlarda ateş olmadan da, diğer bulgular varsa tanı konabilir [32].

Risk artıran durumlar: zarların uzun süre açık kalması, uzun süren doğum eylemi, çok sayıda parmakla muayene, ilk doğum olması, GBS taşıyıcılığı ve rahim içi izlem araçlarının kullanılması [6].

Ateşin her zaman enfeksiyon anlamına gelmediğini bilin: Doğum sırasında epidural anestezi alan kadınların yaklaşık beşte birinde, enfeksiyon olmadan da ateş görülebilir [34]. Ne yazık ki bu ikisini o anda kesin ayırmak mümkün değildir; bu yüzden ekip güvenli tarafta kalıp antibiyotik başlar. Yani antibiyotik başlanması, kesin enfeksiyon olduğu anlamına gelmez.

Tedavi

Damardan antibiyotik hemen başlanır ve ateş düşürücü verilir. Antibiyotikler kültür sonucu beklenmeden başlanır; çünkü kültür 1–2 gün sürer, oysa tedavi için elde olan süre çok daha kısadır [6].

Sık sorulan soru: «Enfeksiyon var, hemen sezaryen olacak mıyım?» Hayır. Rahim içi enfeksiyon tek başına sezaryen nedeni değildir; doğumun devam etmesi hedeflenir ve doğum şekli olağan ölçütlere göre belirlenir [6].

Anne ve bebek nasıl etkilenir?

Annede: doğumun uzaması, sezaryen olasılığının artması, rahmin doğumdan sonra iyi kasılmamasına bağlı kanama, rahim iltihabı ve seyrek olarak yaygın enfeksiyon. Sezaryen yapılan kadınlarda doğum sonrası rahim iltihabı daha sık görülür [33].

Bebekte: doğumdan sonra enfeksiyon açısından izlem gerekir; erken yenidoğan enfeksiyonu olasılığı yaklaşık dört kat artar [35]. Sayıyı doğru okumak önemlidir: rahim içi enfeksiyon tanısı alan annelerin bebeklerinde erken enfeksiyon yaklaşık %6 oranında görülür — yani yirmi bebekten yaklaşık on dokuzunda görülmez [33].

Uzun dönem için: rahim içi iltihap, hem erken hem de zamanında doğan bebeklerde serebral palsi ile ilişkili bulunmuştur [36,37]. Bu bir ilişkidir, tek başına bir neden değildir; etkilenen bebeklerin büyük çoğunluğunda serebral palsi gelişmez. Yine de bu nedenle erken doğum bekleniyorsa magnezyum sülfat verilmesi önem kazanır [27].

Hepsi için ortak: hastanede ne olur, evde neye dikkat ederim?

Ne yapılır	Ne için
Tansiyon, nabız, ateş ölçümü	Kan kaybının ve enfeksiyonun erken yakalanması için
Kan sayımı, kan grubu ve pıhtılaşma testleri	Kansızlığı görmek, Rh durumunu belirlemek ve gerekirse kan hazırlamak için
Ultrason ve Doppler	Bebegin eşinin yerini, bebeğin büyümesini ve suyunu değerlendirmek için
NST (bebeğin kalp atışı takibi)	Bebegin rahat olup olmadığını anlamak için
Steril spekulum muayenesi	Suyun gelip gelmediğini ve kanamanın kaynağını görmek için — previa dışlanmadan parmakla muayene yapılmaz
Kortizon iğnesi	Erken doğum bekleniyorsa bebeğin akciğerlerini olgunlaştırmak için
Magnezyum sülfat	32. haftadan önce doğum bekleniyorsa bebeğin beynini korumak için

Beklemeden hastaneye başvurun

Kanama — özellikle bir saat içinde bir pedi ıslatacak kadar ya da daha fazlası.

Sürekli karın ağrısı ya da karnın taş gibi sertleşmesi.

Su gelmesi, ıslaklık hissi ya da kokulu akıntı.

38 °C ve üzeri ateş, titreme.

Bebegin hareketlerinde azalma.

Baş dönmesi, bayılacak gibi olma, çarpıntı.

Bir sonraki gebelikte ne olur?

Bu sorunun yanıtı hangi durumu yaşadığınıza göre değişir; ama ortak bir nokta var: sonraki gebelik daha erken ve daha yakından izlenir, ve çoğu kadın sağlıklı bir gebelik geçirir.

- **Plasenta previadan sonra:** Tekrarlama olasılığı vardır. Yeni gebelikte 20. hafta ultrasonunda eşin yerine özellikle bakılır ve aşağıdaysa 32. haftada tekrar değerlendirilir [2].
- **Akreta spektrumundan sonra:** Rahim alındıysa yeniden gebe kalmak mümkün değildir. Rahim korunduysa sonraki gebelikte akretanın tekrarlama olasılığı yayınlarda yaklaşık %12–29 arasında bildirilmiştir; bu nedenle gebelik en baştan deneyimli bir merkezde izlenir [1,16].
- **Ablasyodan sonra:** Tekrarlama olasılığı yaklaşık %4–5, iki kez yaşandıysa çok daha yüksektir. Tansiyon, sigara ve varsa pıhtılaşma sorunları gözden geçirilir ve takip sıklaştırılır [18,21].
- **Suyun erken gelmesinden sonra:** Sonraki gebelikte erken doğum riski artmıştır. Rahim ağzı uzunluğunun ultrasonla izlenmesi ve korunma seçenekleri hekiminizle konuşulur [5,23].
- **Rahim içi enfeksiyondan sonra:** Bu, kendi başına tekrarlayan bir hastalık değildir; riski belirleyen, o gebelikte zarların erken açılıp açılmadığıdır [6].

Sezaryen sayısı, geleceğinizi ilgilendirir: Her ek sezaryen, sonraki gebeliklerde hem plasenta previa hem de akreta olasılığını artırır [10]. Bu, bugün yapılmış bir sezaryenin yanlış olduğu anlamına gelmez; ama doğum şeklini konuşurken yalnız bu gebeliği değil, kaç çocuk düşündüğünüzü de hesaba katmanız gerektiğini gösterir.

Duygusal tarafı: bunları yaşamak zordur

Bu tanılardan biriyle karşılaşmak, gebeliğin geri kalanını bir bekleyişe çevirir. Hastaneye yatış, tekrarlanan kontroller, «acaba bugün mü olur» kaygısı ve planlanandan erken bir doğum — bunların hepsi yorucudur. Bu duygular olağandır ve zayıflık göstergesi değildir.

- Ne olduğunu ve planın ne olduğunu yazılı olarak isteyin; belirsizlik, bilinen bir riskten daha çok yorar.
- Yanınızda birinin olmasını sağlayın; kontrollere mümkünse birlikte gidin ve konuşulanları not alın.
- İnternette rastgele arama yapmak yerine hekiminize soru listesi götürün — aşağıdaki liste bunun için hazırlandı.
- Doğum beklediğiniz gibi olmadıysa, sonrasında ekipten bir kez daha anlatmasını isteyin: ne oldu, neden öyle yapıldı. Bu görüşme pek çok kadını rahatlatır.
- Uykusuzluk, sürekli tetikte olma hissi, bebeğinize yaklaşmakta zorlanma gibi belirtiler sürüyorsa bir ruh sağlığı uzmanından destek istemek doğru bir adımdır.

Hekiminize sorabileceğiniz sorular

Kontrolre giderken bu listeyi yanınızda götürebilirsiniz.

- Plasentam tam olarak nerede? Rahim ağzını kapatıyor mu, yoksa yakın mı?
- Daha önce sezaryen oldum: eski dikiş yerine yapışma açısından da bakıldı mı?
- Doğumu hangi haftada, hangi merkezde planlıyoruz?
- Rahmin alınma olasılığı var mı? Varsa bunu önceden nasıl konuşalım?
- Kan nakli gerekebilir mi, hazırlık nasıl yapılıyor?
- Suyum geldiyse ne kadar bekleyeceğiz, hangi tedaviler verilecek?
- Kortizon ve magnezyum sülfat bana yapılacak mı?
- Enfeksiyon belirtisi olarak neye dikkat etmeliyim, hangi durumda sizi arayayım?
- Bebeğim doğduktan sonra nasıl izlenecek?
- Bu durum bir sonraki gebeliğimde tekrarlar mı? Şimdiden yapılabilecek bir şey var mı?

Aklınızda kalsın

20. hafta ultrasonunda «plasenta aşağıda» denmesi geçicidir; onda dokuzu kendiliğinden düzelir.

Previa varsa parmakla iç muayene yapılmaz; her başvuruda bunu söyleyin.

Akreta spektrumunun en büyük riski geçirilmiş sezaryen ile previanın bir aradalığıdır.

Akreta doğumdan önce fark edildiğinde kan kaybı yarıya iner; deneyimli merkezde doğum önemlidir.

Rahim alınması gebeliği sonlandırır ama yumurtalıklar kaldığı için erken menopoz anlamına gelmez.

Ablasyoda kan içeride birikebilir; ağrı ve sert karın, kanama olmasa da acildir.

Su geldiyse: pedi not edin, ilişkiden ve iç muayeneden kaçının, hemen hastaneye gidin.

Doğumda ateş her zaman enfeksiyon demek değildir; yine de antibiyotik güvenli tarafta kalmak içindir.

Bu rehber hakkında: Metin, uluslararası kılavuzlar ve büyük klinik çalışmalar temel alınarak aileler için sadeleştirilerek hazırlandı. Genel bilgilendirme amaçlıdır ve sizi izleyen hekimin değerlendirmesinin yerini almaz. Sayılar toplumdan topluma değişebilir ve öneriler zamanla güncellenir; kararlarınızı izlem ekibinizle birlikte alın.

Kaynaklar

1. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Placenta accreta spectrum. Obstetric Care Consensus No. 7. Obstet Gynecol. 2018;132(6):e259–e275.
2. Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, ve ark.; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management. Green-top Guideline No. 27a. BJOG. 2019;126(1):e1–e48.
3. Reddy UM, Abuhamad AZ, Levine D, Saade GR. Fetal imaging: executive summary of a joint NICHD, SMFM, AIUM, ACOG, ACR, SPR, SRU workshop. Obstet Gynecol. 2014;123(5):1070–1082.
4. 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.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Prelabor rupture of membranes. Practice Bulletin No. 217. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e80–e97.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Obstetric Practice. Intrapartum management of intraamniotic infection. Committee Opinion No. 712. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e95–e101.
7. Higgins RD, Saade G, Polin RA, ve ark. Evaluation and management of women and newborns with a maternal diagnosis of chorioamnionitis: summary of a workshop. Obstet Gynecol. 2016;127(3):426–436.
8. Placenta accreta spectrum disorders: update and pictorial review of the SAR-ESUR joint consensus statement for MRI. RadioGraphics. 2023;43(5):e220090.
9. Mogos MF, Salemi JL, Ashley M, Whiteman VE, Salihu HM. Recent trends in placenta accreta in the United States and its impact on maternal-fetal morbidity and healthcare-associated costs, 1998–2011. J Matern Fetal Neonatal Med. 2016;29(7):1077–1082.
10. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, ve ark. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. Obstet Gynecol. 2006;107(6):1226–1232.
11. 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):62–70.
12. Ornaghi S, Maraschini A, Donati S; Regional Obstetric Surveillance System Working Group. Characteristics and outcomes of pregnant women with placenta accreta spectrum in Italy: a prospective population-based cohort study. PLoS One. 2021;16(6):e0252654.
13. Pinton A, Ornaghi S, Knight M, ve ark. Management and outcomes of women with placenta accreta spectrum grade 3: an INOSS multicountry multiperiod population-based study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025;25:401.
14. Bartels HC, Mulligan KM, Craven S, ve ark. Maternal morbidity in placenta accreta spectrum following introduction of a multi-disciplinary service compared to standard care. Ir J Med Sci. 2021;190(4):1451–1457.
15. Pan S, Han M, Zhai T, ve ark. Maternal outcomes of conservative management and cesarean hysterectomy for placenta accreta spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2024;24:463.
16. Javiani A, Qaderi S, Hessami K, ve ark. Delivery outcomes in the subsequent pregnancy following the conservative management of placenta accreta spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2024;230(5):485–492.e7.
17. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, ve ark. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. Obstet Gynecol. 2010;115(3):526–534.
18. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand. 2011;90(2):140–149.
19. Tikkanen M, Nuutila M, Hillesmaa V, Paavonen J, Ylikorkala O. Clinical presentation and risk factors of placental abruption. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(6):700–705.
20. Glantz C, Purnell L. Clinical utility of sonography in the diagnosis and treatment of placental abruption. J Ultrasound Med. 2002;21(8):837–840.
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum haemorrhage. Green-top Guideline No. 63; 2011.
22. Battarbee AN, Osmundson SS, McCarthy AM, Louis JM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #71: management of previable and perivable preterm prelabor rupture of membranes. Am J Obstet Gynecol. 2024;231(4):B2–B15.
23. National Institute for Health and Care Excellence. Preterm labour and birth. NICE guideline NG25; 2015 (güncellenmiş).
24. Kenyon S, Boulvain M, Neilson JP. Antibiotics for preterm rupture of membranes. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(12):CD001058.
25. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W; ORACLE Collaborative Group. Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial. Lancet. 2001;357(9261):979–988.
26. Mercer BM, Miodovnik M, Thurnau GR, ve ark. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes: a randomized controlled trial. JAMA. 1997;278(12):989–995.
27. Shepherd ES, Goldsmith S, Doyle LW, ve ark. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. Cochrane Database Syst Rev. 2024;(5):CD004661.
28. Middleton P, Shepherd E, Flenady V, McBain RD, Crowther CA. Planned early birth versus expectant management for prelabour rupture of membranes at term. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD005302.
29. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, ve ark.; TERMPROM Study Group. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. N Engl J Med. 1996;334(16):1005–1010.
30. Bond DM, Middleton P, Levett KM, ve ark. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(3):CD004735.
31. van der Ham DP, Vijgen SMC, Nijhuis JG, ve ark. Induction of labor versus expectant management in women with preterm prelabour rupture of membranes between 34 and 37 weeks (PPROMEXIL). PLoS Med. 2012;9(4):e1001208.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists. Update on criteria for suspected diagnosis of intraamniotic infection. ACOG Clinical Practice Update. Obstet Gynecol. 2024;144(1).
33. Lukanovic D, Batkoska M, Kavšek G, Drušković M. Clinical chorioamnionitis: where do we stand now? Front Med. 2023;10:1191254.
34. Kinishi Y, Koyama Y, Yuba T, Fujino Y, Shimada S. Fever in childbirth: a mini-review of epidural-related maternal fever. Front Neurosci. 2024;18:1389132.
35. Villamor-Martinez E, Lubach GA, Rahim OM, ve ark. Association of histological and clinical chorioamnionitis with neonatal sepsis among preterm infants: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Front Immunol. 2020;11:972.
36. Wu YW, Colford JM Jr. Chorioamnionitis as a risk factor for cerebral palsy: a meta-analysis. JAMA. 2000;284(11):1417–1424.
37. Shatrov JG, Birch SCM, Lam LT, Quinlivan JA, McIntyre S, Mendz GL. Chorioamnionitis and cerebral palsy: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2010;116(2):387–392.