

## ABLASYO PLASENTA: NORMOTANSİF ve HİPERTANSİF HASTALARDA MATERNAL ve PERİNATAL ANALİZ SONUÇLARI

Erdal ESKİÇIRAK<sup>1</sup>, Karsel ERTEKİN<sup>2</sup>, Serap YALTI<sup>3</sup>,  
Vedat DAYICIOĞLU<sup>3</sup>

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Kliniğinde 01/Ocak/1997 - 01/Ocak/1998 tarihleri arasında ablasyo plasenta tanısıyla sezeryan operasyonuna alınan hastalar (n=120) çalışma grubunu oluşturdu. Olgular hipertansif ve normotansif olarak iki gruba ayrıldı. Hastanemizin bir yıllık doğum sayısı 20341 ,sezeryan operasyonu sayısı 3558 (%17.49) dir. Preeklampsia tanısı ile hastanemize yatırılan hasta sayısı 821(%4.9)dir. Ablasyo plasenta tanısı almış olguların (n=120) %25'ini (n=30) hipertansif hastalar oluşturmaktaydı. Ablasyo plasenta Grade-III olgular ( fetal ölümün olduğu olgular) hipertansif grupta %40.1 (n=12) , normotansif grupta %19 (n=17) olarak saptandı. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hipertansif olgulardan doğan yenidoğanların % 15'i, hipertansiflerin %16.6' s'ı (n=3) erken neonatal dönemde ex oldu. Perinatal mortalite hipertansif grupta % 50 (n=15), normotansif grupta %31.1 (n=28) olarak bulundu. Fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Hipertansif grupta term yenidoğan oranı düşük %3.33 (n=1), SGA oranı %36.66 (n=11) belirgin olarak yüksek bulundu. Yenidoğanların 1. ve 5. dakika apgar skorları arasında istatistiksel olarak fark bulunmadı. 120 olgumuzun % 15 inde (n=18) ilk trimesterde vaginal kanama öyküsü vardı. Ablasyo plasenta perinatal mortalitenin önemli sebeplerinden biridir. Uteroplasenter perfüzyonun bozulduğu hipertansif olgularda bu oran daha da artmaktadır. Hipertansiyon ablasyo plasentada hem predispozan hem de nedensel bir faktör olabilir.  
*Anahtar Kelimeler: Ablasyo Plasenta, Preeklampsia, Hipertansiyon*

### ABLATIO PLACENTA: THE RESULTS OF MATERNAL AND PERINATAL ANALYSIS OF NORMOTENSIVE AND HYPERTENSIVE PATIENTS.

120 patients who were operated with the diagnosis of placental abruption between January/1/1997 and January/1/1998 at Zeynep Kamil Women and Children's Hospital Obstetric Clinic consisted the study group. Cases were subgrouped as hypertensive or normotensive. In our hospital the number of deliveries was 20341 and the number of caesarian sections was 3558 (%77.49). 821 patients were hospitalized for preeclampsia. %25 of the patients (n=30) with placental abruption were hypertensive. % 40 of the cases (n=12) with hypertention has grade-III placental abruption , ie placental abruption resulting in fetal death, this rate was % 19 (n=17) in the normotensive group. The difference was found to be statically significant. % 15 of the neonates born to hypertensive mothers died in the early neonatal period. Perinatal mortality was % 50 (n=15) in the hypertensive group and %31.1 (n=28) in the normotensive group. The difference between the two groups was statically significant. In the hypertensive group, the rate of term neonates was low % 3.33 (n=1) whereas the rate of small for gestational age neonates was significantly high compared to those of the normotensive group. The 1st and 5th minute Apgar scores were not significantly different. In %15 (n=18) of 120 cases there was a history of vaginal bleeding in the first trimester. Placental abruption is an important cause of perinatal mortality. In hypertensive cases in whom the uteroplacental perfusion is affected the mortality increases. Hypertension may be both a predisposing factor and the cause of placental abruption.

*Keywords: Ablatio Placenta, Preeclampsia, Hypertension*

Ablasyo plasenta eskiden olduğu gibi günümüzde de modern obstetriğin önemli sorunlarından biridir. Maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin de önemli sebeplerinden biridir. Ablasyo plasentanın etyolojisinde pek çok faktör suçlanmışsa da etyoloji halen tam olarak bilinmemektedir. Bununla birlikte fetüsün öldüğü ciddi ablasyo plasenta olgularının yaklaşık % 50 'sinde maternal hipertansiyon vardır. Bu olguların da yarısı kronik hipertansif, yarısı gebelik hipertansiyonudur<sup>1,2,3,4,5</sup>.

Bu çalışmanın amacı; sezeryan operasyonuna alınan ve ablasyo plasenta tanısı konulan hipertansif ve normotansif hastaların perinatal ve maternal sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Kliniğinde 1 /Ocak/ 1997 - 1/ Ocak / 1998 tarihleri arasında sezeryan operasyonuna alınan ve

ablasyo plasenta tanısı konan hastalar (n=120) çalışma grubunu oluşturdu. Olgular normotansif (n=90) ve hipertansif (n=30) olmak üzere iki gruba ayrıldı. Maternal yaş , sosyoekonomik düzey, eğitim seviyesi, mesleği, sigara alışkanlığı, sistemik hastalığı, obstetrik ve jinekolojik özgeçmişi, gebelik haftası, antepartum komplikasyonları (polihidramnios,erken membran rüptürü,erken doğum tehdidi) travma öyküsü, dekole alan oranı, klinik tanı varlığı , ultrasonografik tanı varlığı , post operatif komplikasyonlar, laboratuvar bulguları (tam kan sayımı, kan grubu, kan biokimyası, tam idrar tetkiki), eksternal fetal monitorizasyon sonuçları kaydedildi. Yenidoğanın ağırlığı, cinsiyeti, 1.ve 5.dakika apgar skorları, konjenital anomali varlığı kaydedildi. Normotansif ve hipertansif olguların maternal ve perinatal sonuçları birbirleriyle kıyaslandı. Ablasyo plasenta Grade I, Grade II ve Grade III olarak derecelendirildi.

Grade I: Fetal distres yok, vaginal kanama var,  
Grade II: Vaginal kanama ve fetal distres var,  
Grade III: Fetal ölüm var

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, <sup>1</sup>Asistanı,  
<sup>2</sup>Başasistanı, <sup>3</sup>Klinik Şefi

## BULGULAR

1 Ocak 1997 - 1 Ocak 1998 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Doğum Kliniğinde toplam doğum sayısı 20341'dir. Bunların 3558'i (% 17.49) sezeryan operasyonu ile, geri kalan 16783'ü (%82.51) vaginal yolla doğurtulmuştur. Hastanemize preeklampsi tanısı ile yatırılan hasta oranı %4.9 (n=821) iken, ablasyo plasenta tanısı almış olgularda bu oran %25 olarak saptanmıştır. Yenidoğanda konjenital anomali insidansı % 0.38

**Tablo I.** Normotansif ve hipertansif hasta gruplarının demografik dağılımı

	Normotansif	Hipertansif	P
Yaş	26.80 ± 0.51	27.83 ± 0.94	
Evlilik süresi	6.72 ± 0.52	6.87 ± 0.98	
Eğitim düzeyi			
-Okur yazar değil	7 (%7.8)	3 (%10)	*
-ilkokul	69 (%76.7)	23 (%76.7)	
-ortaokul	7 (%7.8)	-	
-lise	6 (%6.7)	3 (%10)	
-üniversite	1 (%1.1)	1 (%3.3)	

(\*) p>0.05

iken, hasta grubumuzda % 2.50 (n=3)dir. Sezeryan operasyonlarının % 3.4 'ünde endikasyon ablasyo plasentadır. Bu hastaların ortalama postoperatif hastanede yatış süresi diğer nedenlere bağlı sezeryan operasyonu geçirmiş olguların yatış süreleri açısından istatistiksel olarak farklı değildir. Normotansif ve

**Tablo II.** Hasta gruplarımıza ait istatistiksel veriler

	Normotansif Hasta Grubu Ortalama SD	Hipertansif Hasta Grubu Ortalama SD	P
Yaş	26.80 ± 4.83	27.83 ± 5.15	0.549
Gebelik haftası	35.9 ± 4.32	34.2 ± 4.29	0.386
Gravida	3.34 ± 2.17	2.97 ± 2.09	0.270
Parite	1.17 ± 1.87	1.23 ± 1.45	0.052
Dekole alan oranı	43.06 ± 20.18	53 ± 22.65	0.014*
Postoperatif kan Transfüzyonu (ü)	0.80 ± 1.16	1.37 ± 1.59	0.096
Hemoglobin düzeyi (g/dl)	9.60 ± 1.63	9.26 ± 1.62	0.450
Platelet sayısı / mm <sup>3</sup>	183200 ± 6100	55870 ± 80290	0.165
İdrarda protein mg / dl	29 ± 75	147.33 ± 131.62	0.00*
LDH (IU)	632 ± 312	966.96 ± 764.95	0.035*

SD : Standart deviasyon

hipertansif olgu gruplarımızda demografik dağılım açısından istatistiksel fark bulunmamıştır. Tablo I' de normotansif ve hipertansif hasta gruplarının demografik dağılımı verilmiştir.

Hipertansif olgularımızın %20'si (n=6) hafif preeklampsi, %30'u (n=9) ağır preeklampsi, %13.3'ü (n=4) superimpose preeklampsi, %6.7'si (n=2) eklampsi, %30'u (n=9) kronik hipertansif olgulardır.

Olguların gösterilmiş.

**Tablo III.** Yenidoğanlara ait istatistiksel veriler

	Normotansif Hasta Grubu Ortalama SD	Hipertansif Hasta Grubu Ortalama SD	P
Bebek ağırlığı (gr)	2486.82 ± 930.73	2041 ± 873.18	0.021*
1. dakika apgar	4.85 ± 2.24	4.82 ± 2.13	0.711
5. dakika apgar	7.25 ± 1.74	6.94 ± 2.08	0.883
Yoğun bakım ünitesinde yatış süresi (gün)	7.21 ± 6.65	15.20 ± 16.28	0.035

SD : Standart deviasyon

İki grup arasında yaş, gebelik haftası, gravida, parite, post operatif kan transfüzyonu, postoperatif hemoglobin ve trombosit düzeyleri açısından istatistiksel olarak bir fark bulunmadı. Dekole alan oranı hipertansif grupta istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulundu. (p=0.014) Preeklampsi, eklampsi, ağır preeklampsi ve superimpose preeklampsi hipertansif olgularımızın %70' ini (n=21) oluşturmaktaydı. Bu nedenle normotansif ve hipertansif grup arasında LDH, SGOT, SGPT, proteinüri açısından istatistiksel olarak belirgin olarak anlamlı fark bulundu. Tablo III'de yenidoğanla ilgili istatistiksel veriler gösterilmiştir.

Yenidoğanın 1. dakika ve 5. dakika apgar skorları arasında istatistiksel açıdan bir fark bulunmadı. Yenidoğanın yoğun bakım ünitesinde yatış süresi

**Tablo IV.** Hasta gruplarında yenidoğanların dağılımı

	Term %	SGA %	AGA %	LGA %	Genel Toplam %
Normotansif hasta grubu	20 22.22	13 14.44	51 56.66	6 6.66	90 75
Hipertansif hasta grubu	1 3.33	11 36.66	16 53.33	2 6.66	30 25
Genel Toplam	21 17.50	24 20.00	67 55.83	8 6.66	120 100

hipertansif grupta istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklı bulundu. Hipertansif grupta yenidoğanların %3.3'ü (n=1) term, %36.6'sı (n=11) SGA, % 53.3'ü (n=16) AGA, %6.6'sı (n=2) LGA olarak bulundu. Aynı oranlar normotansif grupta sırasıyla% 22.2 (n=20), %14.4 (n=13), %56.6 (n=51), %6.6 (n=6) olarak bulundu. Hipertansif grupta term yenidoğan oranı düşük, SGA oranı ise belirgin olarak yüksek bulundu. Tablo IV'de hasta gruplarında yenidoğanların dağılımı verilmiştir.

Normotansif grupta olguların % 19 'unda (n=17), hipertansif olguların %40.1'inde (n=2) intrapartum fetal ölüm saptandı. Fark istatistiksel olarak belirgin olarak anlamlı saptandı. Normotansif olguların

**Tablo V.** Hasta gruplarında ilk iki trimesterde kanama oranları

	Kanama yok (%)		Kanama var (%)	
Normotansif hasta grubu	76	84.4	14	15.5
Hipertansif hasta grubu	26	86.6	4	13.3
Genel toplam	102	85	18	

yenidoğanlarının (n=73), %15'inde (n=11), hipertansif olguların yenidoğanlarının (n=18) %16.6'sında (n=3) erken neonatal dönemde ölüm saptandı. Ablasyo plasenta grade 3 olguları, normotansif grupta %19 (n=17), hipertansif grupta %40.1 (n=12) olarak saptandı. Fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Ablasyo plasenta gelişen olgularımızın % 15 'inde (n=18) ilk iki trimesterde vaginal kanama öyküsü vardı. Tablo V' de normotansif ve hipertansif gruplarda ilk iki trimesterde vaginal kanama oranları verilmiştir.

Ablasyo plasenta tanısı ultrasonografik olarak 115 olgunun 16'sında (%13.9) mümkün olmuştur. Grade-III, 29 olgunun ise 8 'inde (%27.6) mümkün olmuştur. 5 olguya hastanın klinik tablosunun acil olması nedeniyle ultrasonografi yapılmadan sezeryan operasyonu yapılmıştır.

Normotansif grupta iki olguda myoma uteri, 2 olguda polihidramnios, iki yeni doğanda fetal anomali saptanmıştır. Bir olguda intraoperatif mesane yaralanması, bir olguda postoperatif intraabdominal kanama, bir olguda cilt altı hematoma saptanmıştır. Bir olgu ise vaginal kanama nedeni ile reopere edilmiştir. Hipertansif hasta grubunda iki olguda postoperatif dönemde üriner enfeksiyon, bir olguda ise tromboflebitis gelişmiştir. Bir olguda ise fetal anomali saptanmıştır.

Maternal mortalite ve morbidite oranları diğer nedenlerle sezeryan operasyonu geçiren gruptan farklı bulunmadı. Olgularımızda maternal mortalite yoktu.

## TARTIŞMA

Hastanemizde 1/ Ocak/ 1997 - 1/ Ocak/ 1998 tarihleri arasında 20341 doğum olmuştur. Bunun 3558'i (%17.49) sezeryan ile, 16783'ü (%82.51) vaginal yolla olmuştur. Sezeryan operasyonlarının % 3.4'ü ablasyo plasenta nedeni ile yapılmıştır. Vaginal doğumlarda ablasyo plasenta insidansımızı bilmiyoruz. Fakat ablasyo plasenta tanısı ile sezeryan operasyonuna alınan olgular tüm doğumların % 0.59'udur.

Mark ve arkadaşları ablasyo plasenta insidansını % 0.7, Knab ve arkadaşları ise %0.49-1.29 olarak bildirmişlerdir. Bu oranların gelecekte

kadar ablasyo plasenta insidansı ise daha düşüktür. Knab'ın çalışmasında 420 doğumda bir, bizim çalışmamızda ise bu oran 660 doğumda bir olarak bulundu. Bu da muhtemelen kliniğimizde ablasyo plasenta tanısı almış hastaların bir kısmının vaginal yolla doğurtulmasına bağlıdır.

Kliniğimize hipertansif hastalığı olan gebe tanısı ile yatırılan hasta sayısı 821 (%4.9)dir. Ablasyo plasenta tanısı olan olgularda bu oran % 25'e (n=30) çıkmaktadır. Çoğul gebeliklerde ablasyo plasenta insidansı artmaktadır. Çalışmamızda 5 olgumuz (%4.16) çoğul gebelikti. Bunların 2'si üçüz, 3'ü ikiz gebelikti.

Olgularımıza ait demografik özellikler Tablo I'de gösterilmiştir. Bazı yazarlar ablasyo plasenta etyolojisinde düşük sosyoekonomik düzeyin bir faktör olduğunu bildirmişlerdir<sup>3,8,9</sup>.

Bizim hasta grubumuzda, sosyoekonomik düzeyi yüksek hasta oranı çok düşüktür. Bu nedenle yargımız yanıltıcı olabilir.

Bazı araştırmacılar anne yaşından ziyade paritenin ablasyo plasenta insidansını arttırdığını ileri sürmüşlerdir<sup>2,10</sup>. Biz çalışmamızda yaşa, gebelik haftasına, gravidaya ve pariteye göre istatistiksel olarak bir fark bulamadık. Noeye, Meyer ve arkadaşları paritenin ablasyo plasenta için bir risk faktörü olmadığını savunmuşlardır<sup>3,11</sup>. Hipertansif grupta grade-III olgular normotansif gruba göre belirgin olarak yüksek bulundu. Bunlar intrapartum fetal ölümün olduğu olgulardır. Erken neonatal dönemde normotansif anneden doğan yenidoğanların %15'i (n=11), hipertansif annelerden doğan yenidoğanların %16.6'sı (n=3) kaybedildi. İntrapartum 29 (%24.1) ve erken neonatal dönemde 14 (%11.6) toplam 43 (%35.83) bebek ablasyo plasenta nedeniyle perinatal dönemde kaybedildi. Hipertansif grupta perinatal mortalite olguların % 50'sinde (n=15) normotansif grupta ise % 31.1 'inde (n=28) saptanmıştır. Abdela ve arkadaşları hipertansif gruplarda perinatal mortaliteyi % 38 ,normotansif grupta % 32 olarak saptamışlardır<sup>12</sup>.

Hipertansif grupta perinatal mortalitemizin yüksek oluş sebebi: 1500 gram ve altındaki yeni doğanların kliniğimizdeki mortalitesinin yüksek oluşu nedeniyledir. Bununla birlikte literatürde, bu oranlar hipertansif grupta % 38-72, normotansif grupta %35-58 olarak bildirilmiştir. Sonuçlarımız bu oranlar arasında yer almaktadır.

Williams ve arkadaşları ablasyo plasenta olgularında neonatal ölüm insidansını % 4.9, ölü doğum insidansını % 6.9, perinatal ölüm insidansını ise % 11.8 olarak bildirmişlerdir<sup>13</sup>.

Ablasyo plasenta tanısı ile sezeryan operasyonuna alınan gebelerin % 13.9 'unda ilk iki trimesterde vaginal

kanama öyküsü saptadık. Bu Eriksen ve arkadaşlarının % 10 olarak bildirdikleri oranla uygunluk göstermektedir<sup>14</sup>.

Yenidoğan ağırlığını normotansif grupta belirgin olarak yüksek bulduk. Hipertansif grupta ise SGA yenidoğan oranı belirgin olarak yüksekti. Bu muhtemelen preeklampsi ve fetüs üzerine olumsuz etkileri nedeniyledir. Hipertansif hastalıklar hem ablasyo plasenta insidansını artırır, hem de perinatal sonucu olumsuz etkiler. Abdella ve arkadaşları ablasyo plasentanın perinatal sonucunda hipertansif hastalığın tipinin de etkili olduğunu, kronik hipertansif grupta yenidoğanların sadece % 41 'inin yaşadığını, preeklampsi grupta %76 'sının yaşadığını bildirmişlerdir<sup>12</sup>.

Bizim hipertansif olgularımızın sayısı sınırlı olduğu için kendi aralarında karşılaştırılmamıştır. Nyberg ve arkadaşları dekole alan ile fetal mortalite arasında belirgin bir ilişki bulmuşlardır.<sup>16</sup> Biz de çalışmamızda benzer sonuçları bulduk. Hipertansif grupta dekole alan oranı, grade-III ablasyo plasenta ve perinatal mortaliteyi normotansif gruba göre belirgin olarak yüksek bulduk. Ablasyo plasenta tanısı olgularımızın % 13.9 'unda ultrasonografik olarak konmuştur. Fetal ölümün olduğu grade-III olgularda oran % 27.6 'ya çıkmaktadır. Bulgularımız literatürle uyumludur<sup>16,17,18</sup>.

Sonuç olarak; ablasyo plasenta perinatal mortalitenin önemli sebeplerinden biridir. Uteroplasenter perfüzyonun bozulduğu hipertansif olgularda bu oran daha da artmaktadır. Hipertansif hastalıklar ablasyo plasenta insidansını da artırır. Hipertansiyon ablasyo plasentada hem predispozan hem de nedensel bir faktör olabilir.

1. Pritchard J, Mason R, Corley M, Pritchard S: Genesis of severe placental abruption Am J Obstet Gynecol, 108:22,1970
2. Hibbard BM, Jeffcoat TNA: Abruption Placentae. Obstet Gynecol, 27:155,1966
3. Naeye RL, Harkness WL, Utts J :Abruption placentae and perinatal death:A prospective study. Am J Obstet Gynecol 128:740,1977
4. Williams MA, Lieberman E, Mittendorf R. Risk Factors for Abruption Placentae ; Am J Epidemiol, 134:965-72,1991.
5. Paterson MEL. The etiology and outcome of abruption placentae. Acta Obstet Gynecol Scand, 58:31-5,1979.
6. Knab DR. Abruption Placentae : An assesment of the time and method of delivery. Obstet Gynecol, 52:625,1978.
7. Morgan MA, Berkowitz KM, Thomas SJ, Reimbold P. Abruption placentae: Perinatal outcome in normotensive and hypertensive patients. Am J Obstet Gynecol, 170:595-9, 1994.
8. Safilas AF, Olson DR. National Trends in the incidence of Abruption Placentae.78(6):1979-1987, 1991.
9. Safilas AF, Olson DR. Atrash HK. National trends in the incidence of abruption placentae Obstet -Gynecol, 78( 6)1081-6,1991.
10. Sholl JS, Abruption Placentae: Clinical management in nonacute cases. Am J Obstet Gynecol, 156:40,1987.
11. Meyer MB ,Tonascia JA. Maternal smoking ,pregnancy complications and perinatal mortality. Am J Obstet Gynecol 55:701,1977.
12. Abdella TN, Sibai BM, Hays JM , Anderson GD Relationship of hipertansive disease to abruption plasenta. Obstet gynecol, 63:356,1984.
13. Williams A, Lieberman E. Risk Factors for Abruption placentae, Am J Epidemiol, 134:965- 972,1991
14. Eriksen G, Woblert M, Ersbak V, Vidman HL, Hedegaard M, S kajaa-K. Placental abruption. A case -control investigation. Br J Obstet Gynecol, 98 (5): 448-52, 1991.
15. Raymond E, Mills JL. Placental abruption, maternal risk factors and associated fetal conditions. Acta Obstet Gynecol Scand 72: 633-639, 1993.
16. Nyberg DA, Cyr DR, Mack LA, et al, Sonographic spectrum of placental abruption. AJR, 148: 161, 1987.
17. Rivera-Alxina ME, Saldana LR, Maklad N, Korp S. The use of ultrasound in the expectant management et abruption placentae. Am J Obstet Gynecol, 146: 924, 1993.
18. Mc Gahan JP, Phillips HE, Reid MH, OIRH Sonographic spectrum of retroplacental hemorrhage. Radiology, 142:481, 1982.

