

Sezaryen Skar Gebeliği: Nadir Görülen Bir Ektopik Gebelik, Olgu Sunumu

Cesarean Scar Pregnancy: Case Report of a Rare Form of Ectopic Pregnancy

Özlem ARAS, Mehmet Aytaç YÜKSEL, Güler ATEŞER, Ahmet Birtan BORAN

ÖZET

Alt uterin segment sezaryen skarında gestasyonel sak gelişimi ektopik gebeliğin nadir bir formudur. Dünya çapında sezaryen oranlarında artıştan dolayı son 5-6 yılda sezaryen skar gebeliği (SSG) insidansı artmaktadır. SSG tehlikeli bir durumdur, muhtemelen gebelik ilerledikçe uterin rüptüre, bol kanama ve hayatı tehdit edici komplikasyonlara yol açabilir. Tedavi yönetiminde en önemli noktaları; erken ve kesin teşhis ve terminasyon oluşturmaktadır. Bu olgu sunumunda, iki doz sistemik metotreksat tedavisi sonrası dilatasyon ve küretaj ile tedavi başarısızlığı ve sonrasında cerrahi girişim yapılan olgu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Dilatasyon ve küretaj; metotreksat; sezaryen skar gebeliği.

SUMMARY

Development of a gestational sac in a cesarean scar of the lower uterine segment is a rare form of ectopic pregnancy. The incidence of cesarean scar pregnancy (CSP) has risen during the past 5-6 years because of rising cesarean section rates worldwide. The CSP is a dangerous condition, possibly leading to uterine rupture, massive bleeding and life-threatening complications as the pregnancy advances. An early and accurate diagnosis and termination constitute pivotal points in the management. In this report, we present a patient with cesarean scar ectopic pregnancy who was unsuccessfully treated with dilatation and curettage after two-dose systemic methotrexate administration and required subsequent surgical interventions.

Key words: Dilatation and curettage; methotrexate; cesarean scar pregnancy.

GİRİŞ

Alt uterin segment sezaryen skarında yerleşen gestasyonel sak (GS) ektopik gebeliklerin nadir görülen ve hayatı tehdit eden bir formudur.^[1] Literatürde 1800:1 ve 2216:1 oranları verilmektedir. Bununla beraber sezaryen skar gebeliklerinin (SSG) insidansı son yıllarda giderek artmaktadır. Bunun nedeni ise tüm dünyada artan sezaryen oranları ve gebeliğin erken dönemlerinde transvajinal ultrasonografinin (USG) daha sık kullanımıdır.^[2,3]

SSG uterin rüptür, hemoraji gibi hayatı tehdit eden komplikasyonları olabilen bir durumdur.^[4] Olabildiğince erken tanı ve tedavinin yapılması gereklidir.^[5] Patofizyolojisinde, embriyonun skardaki mikroskopik ayrılma noktasına olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır.^[6] Bu durum önceden geçirilen sezeryan, miyomektomi, metroplasti operasyonları, küretaj, histeroskopi ve plesentanin elle alınması gibi müdahaleler sonrası meydana gelebilir. Diğer bir mekanizmada ise IVF veya embriyo transferi sırasında



Şekil 1. 34 mm çapında servikoistmik gestasyonel sak'ın transvajinal ultrasonografik görüntüsü.

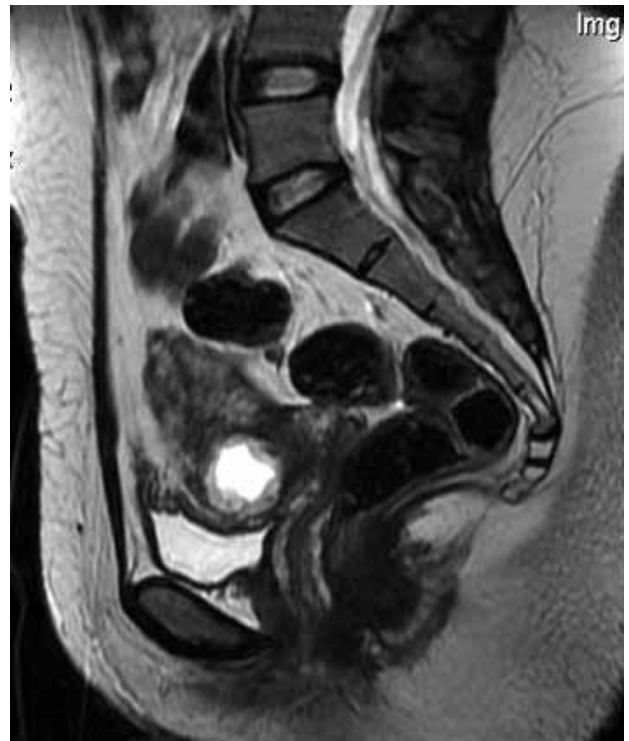
daki intramural implantasyondur.^[5] Literatür incelemeleri bu hastaların %54'ünün birden fazla sezaryen operasyonu geçirdiğini ortaya koymaktadır.^[7] Tanı için transvajinal ultrasonografi ve Doppler ultrasonografi önerilmektedir.^[8] Tedavi seçenekleri arasında sistemik veya lokal metotreksat (MTX), dilataşyon küretaj (DC), uterin arter embolizasyonu (UAE), lokal rezeksiyon, operatif histeroskopi ve *suction* küretajdır.^[9-12]

OLGU SUNUMU

Yirmi altı yaşında G3P1C1Y1 olan hasta, vajinal kanama ve adet gecikmesi şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Obstetrik anamnezinde 5 yıl önce alt segment transvers kesi ile sezaryenle doğum yaptığı 1 yıl öncede DC olduğu öğrenildi. Ekim 2009'dan itibaren korunmayı bırakan hastanın son adet tarihi 17 Kasım 2009 idi. Fizik muayenede; vital bulguları stabil, collum minimal kanamalı ve kapalı, uterus antevert ve adneksler normal idi. Transvajinal USG'de uterus kavitesinde ve servikal kanalda gebelik kesesi izlenmedi. Mesaneye 3,3 mm uzaklıkta uterin alt segmente isthmus hizasında, ön duvarda vezikouterin alana yerleşmiş, uterus serozasına doğru çıkıntı yapmış, 34x11 mm boyutlarında gestasyonel kese ve kalp atımları olan 8,0 mm (6 hafta 6 gün) boyutunda bir adet embriyo izlendi (Şekil 1).

Douglasta sıvı izlenmedi. Hastanın rutin tetkikleri yapıldı, hemogram ve rutin biyokimya değerleri normal idi. Serum β -hCG değeri 30666 IU/mL idi.

Alt batin manyetik rezonans görüntülemeye (MRG); insizyon skarındaki GS ile mesane arasındaki mesafe 6 mm ölçüldü (Şekil 2). Hastaya medikal tedavi planlandı, gelişebilecek komplikasyonlar ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgi verilerle interne edildi. Yatarak tedavi edilen hastaya tek doz 50 mg/m²'den MTX protokolü uygulandı. Tedaviden bir hafta sonraki serum β -hCG değeri 34,297 IU/mL olarak ölçüldü ve 50 mg/m²'den ikinci doz MTX uygulandı. Bir hafta sonraki serum β -hCG değerleri 16307 IU/mL olarak ölçüldü. Gün aşırı serum seri β -hCG değerleri ise 9700 IU/mL ve 5330 IU/mL olarak ölçüldü. Seri transvajinal USG takiplerinde kitlenin çapının arttığı izlendi ve bu çiftte anksiyeteye yol açtı (Şekil 3). Hastaya USG eşliğinde DC yapıldı. Postoperatif ikinci saatte hemotokrit değerinin düşmesi üzerine acil laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda uterus ön duvarında gebelik kesesi izlendi. Mesane ön duvarı reddedilerek yapışıklıkları ayrıldı. Uterus ön duvarına kama rezeksiyon yapılarak gebelik materyali çıkarıldı. Kalan kısımlar primer onarılarak kapatıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde herhangi bir problem çıkmadı ve hasta taburcu edildi.



Şekil 2. 34 mm çapında servikoistmik gestasyonel sak'ın MRG'si.



Şekil 3. 45,9 mm çapında servikoistmik gestasyonel sak'ın transvajinal USG görüntüsü.

TARTIŞMA

Sezaryen skar gebeliği artan sezaryen oranları nedeniyle artan oranlarda görülse de, ektopik gebeliğin en nadir görülen ve hayatı tehdit eden formlarından biridir.^[1,7] Eski kesi hattındaki defektif miyometriyum trofoblast invazyonu nedeniyle ilerleyen gebelik haftasıyla birlikte, uterin ön duvar alt segmentinde artan anormal vaskülarizasyon ve varikozite kaçınılmazdır.^[2]

Hastanın başvuru şikâyetleri karın ağrısı ve/veya vajinal kanama olabileceği gibi asemptomatik olup rutin takip sırasında fark edilmiş olabilir.^[7] Skar gebeliğinin servikal, servikoistmik gebelikler ve inkomplet abortustan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. MRG skar gebeliğinin kesin tanısını koydursa da tanıda primer olarak transvajinal USG ve şu kriterler: 1- Boş uterin kavite, endometrium net olarak görülmeli, 2- Boş servikal kanal, 3- Uterusun sağıtal görüntüsünde, uterus ön duvarında, alt segmentle mesane arasında sezaryen skarına yerleşmiş GS görüntüsü, 4- Color flow Dopplerde trofoblastik aktivitenin görüntülenmesi kullanılmalıdır.^[2,9,13]

SSG tanısında transvajinal USG, transabdominal USG ve color flow Dopplerden oluşan kombine yaklaşım tanıda altın standarttır.^[2,9,14]

Sezaryen skar gebeliğin doğal seyriyle ilgili çok az bilinen vardır. İlk veriler bekleme tedavisinin nadiren başarılı ve hayatı tehdit edici olduğunu göstermiştir.^[2,4] SSG'li kadınlarda uterin rüptüre, massif

kanama ve hayatı tehdit edici komplikasyonların gelişmesi açısından yüksek riskli oldukları için, ilk trimesterde gebelik terminasyonu önerilir.^[13]

Nadir görülen klinik bir durum olmasından dolayı tedavi yaklaşımlarında henüz netlik kazanmamıştır. Cerrahi olmayan tedaviler MTX (lokal ve/veya sistemik, tek ve/veya multipl doz), UAE, potasyum klorid ve hiperosmolar glukoz uygulamalarını içerir. Cerrahi prosedürlerde DC, gestasyonel kesenin kama rezeksiyonu (laparotomi veya laparoskopi ile), histerektomi, histereskopi ile kesenin rezeksiyonu bulunur.^[7]

Sistemik MTX verilmesi tubal ve servikal gebelik için standart tedavidir.^[15]

Wang ve arkadaşları,^[16] β -hCG değeri >5000 IU/mL ve kardiyak aktivitesi olan SSG'li kadınlarda tedavi için uzun dönem ve yüksek miktarda MTX terapisi ya da lokal MTX tedavisi ile birleştirilmiş intravenöz (İV) MTX terapisi gerekmesine rağmen, tek doz 100 mg İV MTX ya da multidoz İV MTX (20 mg, günde bir kez beş doz) tedavisinin β -hCG değerinin <5000 IU/mL ve fetal kardiyak aktivitenin olmadığı SSG'li olan hastalarda embriyosid etkili olduğunu göstermişlerdir.

DC primer tedavi olarak yüksek intraoperatif hemoraji riski taşımasına rağmen,^[2,5] MTX tedavi sonrası TAS altında DC, serum β -hCG seviyesi normale yaklaştığında (<50 IU/L), subtrofoblastik kan akımı tanımlanmadığında ve TVS'de gestasyonel sak ile uterin kavite arasında bağlantı olduğu zaman düşünülebilir. DC SSG kitlesini çıkararak septik abortus ve aralıklı uterin kanaması önlenabilir. Uterin kavite içine büyüyen gestasyonel sak durumları, DC için tek endikasyondur. Graesslin ve arkadaşlarına göre uterin kavite ile gestasyonel sak ilişkisi MTX tedavisinin doğal seyrinin bir parçasıdır.^[12]

Bizim hastamızda iki doz MTX tedavisi sonrası β -hCG değerleri düşmeye başlamasına rağmen hasta ve yakınlarının uyumsuzluğu ve cerrahi müdahale istemesi üzerine MTX tedavisi sonrası BHCG değerleri normale dönmeden TAS altında DC yapılmış ve sonrasında kanama olması dolayısıyla laparotomi yapılmıştır.

Çalışmalar göstermiştir ki, yalnız başına MTX tedavisi veya DC ile beraber olan MTX tedavisi fertilitiyi korumakta ve laparatomiden kaçınmamızı sağlamaktadır. Fakat β -hCG değerinin düşmesi ve kitlenin rezolüsyonu için zaman gerekmektedir.^[3,16]

KAYNAKLAR

1. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:537-43.
2. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220-7.
3. Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
4. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, et al. Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:839-41.
5. Chueh HY, Cheng PJ, Wang CW, et al. Ectopic twin pregnancy in cesarean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report. *Fertil Steril* 2008;90:2009.e19-21.
6. Piccoli V, Martina MD, Biasioli A, et al. Twin ectopic pregnancy in a previous cesarean scar section and subsequent fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;136:131-2.
7. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in a Cesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update* 2004;10:515-23.
8. Pascual MA, Hereter L, Graupera B, et al. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2007;88:706.e5-7.
9. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-81.
10. Sugawara J, Senoo M, Chisaka H, et al. Successful conservative treatment of a cesarean scar pregnancy with uterine artery embolization. *Tohoku J Exp Med* 2005;206:261-5.
11. Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, et al. Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG* 2005;112:839-40.
12. Graesslin O, Dedecker F Jr, Quereux C, et al. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005;105:869-71.
13. Ash A, Smith A, Maxwell D. Caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114:253-63.
14. Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85:494.e1-4.
15. Fernandez H, Yves Vincent SC, Pauthier S, et al. Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Hum Reprod* 1998;13:3239-43.
16. Wang JH, Xu KH, Lin J, et al. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage. *Fertil Steril* 2009;92:1208-13.