

Son Bir Yılda Harran Üniversitesi Kadın-Doğum Kliniğine Gelen Sezaryen Skar Gebeliklerinin Yönetimi

The Management of Cesarean Scar Pregnancies Those Referred to Harran University Obstetrics and Gynecology Clinic at the Last Year

Hacer UYANIKOĞLU,^a
Neşe Gül HİLALİ,^a
Adnan İNCEBİYİK,^a
Aysun CAMUZCUOĞLU,^a
Hakan CAMUZCUOĞLU^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Şanlıurfa

Geliş Tarihi/Received: 13.05.2015
Kabul Tarihi/Accepted: 10.07.2015

Yazışma Adresi/Correspondence:
Hacer UYANIKOĞLU
Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Şanlıurfa,
TÜRKİYE/TURKEY
huoglu@hotmail.com

ÖZET Amaç: Son bir yılda Harran Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine gelen sezaryen skar gebeliklerinin tanı ve tedavilerinin araştırılmasıdır. **Gereç ve Yöntemler:** Son bir yılda, gebelik ön tanısıyla kliniğimize başvuran ve skar gebeliği tanısı konan dokuz hasta retrospektif olarak değerlendirildi. **Bulgular:** Hastaların gravida ortalaması 5 (2-10), parite ortalaması 3 (1-5), geçirilmiş sezaryen sayısı en az bir, en fazla beş idi. Tanı esnasındaki ortalama gebelik haftası 7 idi. Hastalara transvajinal ve transabdominal ultrason kriterlerine göre sezaryen skar gebeliği tanısı konuldu. Sekiz hastaya dilatasyon ve küretaj yapıldı. Bu hastaların birinde küretaj sonrası insizyonel hematoma komplikasyonu geliştiğinden laparotomi ile wedge rezeksiyon uygulandı. Bir hastaya ise laparotomi ile wedge rezeksiyon ve sol uterin arter ligasyonu uygulandı. Ortalama üçüncü günde hastalar oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Tüm hastaların patoloji sonuçları tanı ile uyumlu geldi. **Sonuç:** Sezaryen skar gebelikleri nadir ve de oldukça riskli bir ektopik gebelik türüdür. Erken tanı (≤ 7 hafta) ve tedavi ile bu riskler en az seviyeye indirilebilir. Bu nedenle geçirilmiş uterin cerrahisi olan gebelere bir sonraki gebeliklerinde mümkün olan en erken dönemde ultrason ile tanı konularak seçilmiş olgularda konservatif tedavi yöntemleri uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ektopik; sezaryen; dilatasyon ve küretaj

ABSTRACT Objective: We purposed to search the diagnosis and treatment of cesarean scar pregnancies; those, referred to Department of Gynecology, Harran University at the last year. **Material and Methods:** Nine patient were evaluated retrospectively. They were admitted to our clinic with diagnosis of cesarean scar pregnancy at the last year. **Results:** The average of gravidity was 5 (2-10), parity was 3 (1-5), they have at least one, at most five cesarean section previously. The mean of gestational age was 7 weeks during diagnosis. The diagnosis of scar pregnancy was established according to criteria of transvaginal and transabdominal ultrasound. Dilatation and curettage was performed eight patients. At the one of them, incisional hematoma was occurred. So, wedge resection was required by laparotomy. Also at the one patient, wedge resection and ligation of uterine artery was performed. The patients discharged on postoperative day 3 with antibiotic therapy. The pathology results of all patients were compatible with diagnosis. **Conclusion:** Cesarean scar pregnancy is a rare but life threatening complication of pregnancy. The complications can be minimized by early diagnosis (≤ 7 week). Therefore, diagnosis should be established earlier as possible in the pregnant women with previous uterine surgery, and treatment may be done conservatively.

Key Words: Pregnancy, ectopic; cesarean section; dilatation and curettage

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(4):245-9

doi: 10.5336/gynobstet.2015-46152

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

Sezaryen skar gebelik (SSG) leri, ektopik gebeliklerin ciddi komplikasyonlara sebep olabilen en nadir formudur. SSG insidansı son 10 yılda artan sezaryen oranlarıyla birlikte tüm dünyada artmıştır.¹ İnsidansı 1/2.216 olarak bildirilmektedir.² SSG'nin oluş mekanizması kesin olarak bi-

linmemesine rağmen, önceki geçirilmiş uterin cerrahilerine bağlı gelişen mikroskobik bir yol ile miyometriyumun invazyonu en muhtemel oluş mekanizmasıdır.²

Tanıda transvajinal ultrasonografi (USG) den yararlanılmaktadır. Geçmişte erken tanı konulmadığı için; tek tedavi, uterus rüptürüne bağlı masif hemoraji ve maternal mortaliteyi önlemek için acil laparotomi ve histerektomi yapmak idi.³

Günümüzde erken tanı ile çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Bunlar dilatasyon ve küretaj (D&C), lokal veya sistemik metotreksat (Mtx) uygulaması, laparotomi, laparoskopik veya histeroskopi ile trofoblastik dokunun çıkarılması ve uterin arter embolizasyonudur.^{1,4}

Bu çalışmada, son bir yılda kliniğimize başvuran SSG'li hastaların tanı ve tedavi yönetimleri sunulmuştur.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Mayıs 2014-Mayıs 2015 tarihleri arasında, gebelik ön tanısıyla kliniğimize başvuran ve skar gebeliği tanısı alan dokuz hasta retrospektif olarak değerlendirildi. Gravida, parite, küretaj sayıları, doğum şekli ve geçirilmiş uterin müdahale öyküsü sorularak hastalardan anamnez alındı. Tüm hastalara transvajinal ve transabdominal USG yapıldı. Hastalar hemodinamik açıdan değerlendirildi. Olası kanama riskine karşı tüm hastalara üç ünite eritrosit süpsansiyonu ayrıldı. Uygulanacak tedavi yöntemleri için tüm hastalardan yazılı onam alındı.

BULGULAR

Hastaların yaş ortalaması 30,5 (27-34) yıl idi. Gravida ortalaması 5 (2-10); parite ortalaması 3 (1-5); geçirilmiş sezaryen sayısı en az bir, en fazla beş idi. İki hastada bir, bir hastada ise dört tane geçirilmiş D&C öyküsü vardı.

Beş hasta vajinal kanama ve karın ağrısı şikâyeti ile geldi. Dört hastada ise hiçbir semptom yoktu ve rutin gebelik kontrolü esnasında tanı konuldu. Yapılan USG'ye göre, tanı esnasındaki ortalama gebelik süresi 7 (5 hafta 3 gün-9 hafta) idi. Beş hastada bozulmuş gebelik kesesi vardı. Dört has-

tada ise kese düzenli idi ve embriyoda kalp atımı mevcuttu. Tüm hastalara transvajinal ve transabdominal USG kriterlerine göre tanı kondu. Hastaların tümünde uterus boş, servikal kanal boş, uterus istmik kısma yerleşik gestasyonel kese ile mesane arasında incelenmiş miyometriyal tabaka izlendi. Sadece dört hastada sagittal görüntüde uterus ön duvar bütünlüğünün bozulmuş olduğu saptandı. Bir hastaya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yapıldı ve mesane invazyonu saptandı.

Sekiz hastaya genel anestezi altında ve USG eşliğinde D&C uygulandı. Perforasyonu önleme amaçlı sadece karmen kanülle gebelik materyali boşaltıldı, keskin küret kullanılmadı. D&C yapılan ve aktif kanaması devam eden hastalara kanamayı baskılama amaçlı USG eşliğinde intrakaviter foley sonda takılıp yeterli kompresyon sağlanıncaya kadar şişirildi. D&C uygulanan hastaların birinde insizyonel hematoma gelişmesi nedeni ile laparotomi ile wedge rezeksiyon yapıldı. Bir hastaya mesane invazyonu nedeni ile laparotomi ile histerotomi uygulanarak wedge rezeksiyon yapıldı. Kanamanın durmaması üzerine sol uterin arter ligasyonu yapıldı. Veriler Tablo 1'de görülmektedir.

Hastaların preoperatif ve postoperatif kan değerleri normal olduğundan hiçbirine kan replasmanı yapılmadı. Hastalara yatış süresince intravenöz ikinci kuşak sefalosporin tedavisi verildi. Ortalama üçüncü günde hastalar oral antibiyotik tedavisi ile taburcu edildi. Tüm hastaların patoloji sonuçları tanı ile uyumlu geldi.

TARTIŞMA

SSG, ektopik gebeliğin nadir bir formudur. İnsidansı yaklaşık 2/2.000'dir.⁵ İnsidans geçirilmiş sezaryen sayısı ile ilişkili değildir. Geçirilmiş sezaryenin yanı sıra adenomyozis, in vitro fertilizasyon, önceki D&C'ler ve plasentanın elle çıkarılması risk faktörleri arasında sayılmaktadır.⁶ SSG'nin oluş mekanizmasının önceki geçirilmiş uterin cerrahilerine bağlı gelişen mikroskobik bir yol ile miyometriyumun invazyonu olduğu düşünülmektedir.² Bizim çalışmamızda, hastaların en az iki uterin cerrahi geçirdikleri ve SSG açısından risk taşıdıkları saptanmıştır.

TABLO 1: Hastaların özeti.

Vaka	Yaş	Semptom (kanama, ağrı vs.)	Tanıdaki gebelik hafta *	Eski C/S*** sayısı	Eski D&C sayısı	FKA**	Tedavi yöntemi
1	28	Var	7 hf 6 g	4	1	(+)	D&C sonrası+wedge rezeksiyon
2	34	Var	6 hf 3 g	4	0	(-)	D&C
3	33	Yok	6 hf	2	0	(-)	D&C
4	31	Var	9 hf	1	0	(-)	Laparatomik wedge rezeksiyon+ sol uterin arter ligasyonu
5	27	Yok	5 hf 3 g	2	0	(-)	D&C
6	29	Var	9 hf	5	0	(-)	D&C
7	31	Yok	6 hf	1	4	(+)	D&C
8	29	Yok	6 hf	3	0	(+)	D&C
9	31	Var	7 hf	2	1	(+)	D&C

* hf: Hafta, g: Gün; ** FKA: Fetal kalp atımı; *** C/S: Sezaryen; D&C: Dilestasyon ve küretaj.

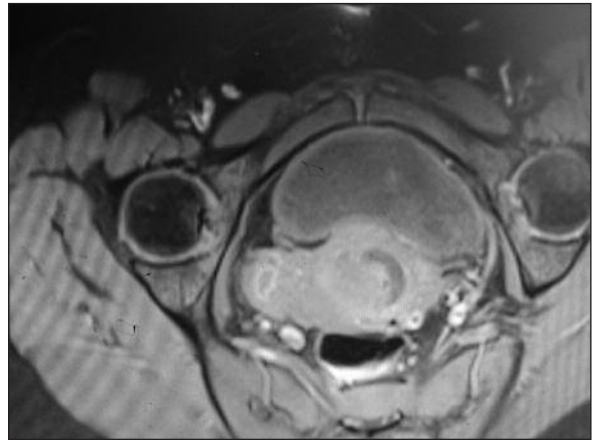
SSG'ler zamanında ve uygun şekilde tedavisi yapılmazsa uterin rüptür, majör kanama ve diğer hayatı tehdit edici komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Nedeni tam olarak açıklanamamış, tedavisi de standardize edilememiştir.⁷ Erken ve doğru tanı ile terminasyon yapılması konservatif tedavi açısından önemlidir. Son yıllarda transvajinal USG'nin transabdominal USG ile birlikte kullanımıyla daha erken ve daha doğru tanı konulabilmektedir. SSG tanısı için transvajinal USG tanı kriterleri:

- 1) Boş uterus;
- 2) Boş servikal kanal;
- 3) Uterus istmik kısım yerleşimli gestasyonel kese ile mesane arasında incelmış miyometriyal tabaka;
- 4) Sagittal görüntüde uterus ön duvar bütünlüğünün bozulmuş olmasıdır.^{2,8}

MRG gebeliğin lokalizasyonunu belirlemede daha hassas bir tetkik olmakla birlikte, tanıyı koymak için şart değildir.⁹ Biz bütün hastalara transvajinal ve transabdominal USG uyguladık. Hastaların hepsinde bu tanı kriterleri pozitif olup, sadece dört hastada uterus ön duvar bütünlüğü bozulmuştu (Resim 1). Diğer hastalarda bu bulgunun olmamasının, bu hastalara daha erken haftada tanı konulmasıyla ilgili olduğunu düşünmekteyiz. Sadece bir hastaya mesane invazyonu açısından ileri tetkik düşünüldü MRG yapılmıştı (Resim 2).



RESİM 1: Skar gebeliği ultrasonografi



RESİM 2: Manyetik rezonans görüntüsü.

Nadir görülmesi nedeni ile SSG'ye bağlı veriler sıklıkla olgu sunumlarına dayanmaktadır. Bu nedenle de tedavisi hakkında fikir birliğine varılmış bir yöntem bulunmamaktadır. Ektopik gebeliğin bir formu olarak düşünülse de mevcut veriler

bekle-gör tedavisini önermemektedir.⁷ Yine, ilerleyen gebelik haftalarında gelişebilecek plasental invazyon anomalileri, uterin rüptür, abondan kanamalar ve maternal mortalite açısından çoğu araştırmacı birinci trimesterde gebeliğin sonlandırılması konusunda hemfikirdir.^{10,11} Skar gebeliklerin nadir görülmesi nedeni ile, bizim dokuz hastalık serimiz literatüre katkıda bulunmak amacıyla sunulmuştur. Serimizdeki tüm hastalara ilk trimesterde erken müdahale edilerek gebelik sonlandırılmış ve ileri haftalarda gelişebilecek komplikasyonlar önlenmiştir.

Tedavi seçenekleri içerisinde D&C, lokal veya sistemik Mtx uygulaması, laparotomi, laparoskopik veya histeroskopi ile trofoblastik dokunun çıkarılması ve uterin arter embolizasyonu bulunmaktadır.^{1,4} Standart bir tedavi yöntemi olmadığından hastanın kliniğine göre tedavi uygulanmaktadır. Hasta hemodinamik açıdan stabil değilse laparotomi ya da laparoskopik ile wedge rezeksiyon yapılmalıdır. Eğer stabil bir hasta ise D&C ya da Mtx ile konservatif tedavi uygulanmalıdır.⁹ Medikal tedavinin başarısız olduğu durumlarda cerrahi uygulanmaktadır. Medikal tedavi başarısızlığını önleme, gebelik materyalinin boşaltılması ve hasarlı dokunun çıkarılarak skar gebeliğinin tekrarlamasını önlemek cerrahi tedavinin avantajlarıdır.¹²

Çalışmamızda tedavi seçeneklerinden D&C, laparotomi ile wedge rezeksiyon ve uterin arter li-

gasyonu uygulanmış olup komplikasyon izlenmemiştir. Laparotomi ile wedge rezeksiyon, hastaların hemodinamisinin bozukluğuna bağlı olmayıp, uterus ön duvar bütünlüğünün bozulmuş olması nedeni ile uygulanmıştır. Bu durum her iki hastanın da yedi haftadan büyük gebeliğe sahip olmasıyla ilişkili olabilir (ilk hasta 7 hafta 6 gün; diğer hasta 9 hafta gebeliğe sahip idi).

SSG'li hastalarda sonraki gebeliklerde tekrarlayan skar implantasyonu olabilmektedir. Tekrarlayan SSG durumlarında uterin rüptüre bağlı maternal ve fetal risk daha da artmaktadır. Bu nedenle, daha önce uterin cerrahisi geçirmiş hastalarda gebeliğin lokalizasyonunu belirlemek için mümkün olduğunca erken USG yapılmalıdır.^{13,14} Biz de tüm hastalara erken dönemde USG yaparak (≤ 9 hf) tanı koyduk ve ileri gebelik haftalarında gelişebilecek komplikasyonları önlemek için konservatif amaçlı tedaviler uyguladık.

SONUÇ

SSG nadir ve oldukça riskli bir gebelik türüdür. Erken tanı (≤ 7 hafta) ve tedavi ile bu riskler en az seviyeye indirilebilir. Bu nedenle geçirilmiş uterin cerrahisi olan gebelere bir sonraki gebeliklerinde mümkün olan en erken dönemde USG ile tanı konularak seçilmiş olgularda konservatif tedavi yöntemleri uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Korkmaz E, Solak N. [Cesarean scar pregnancy: a rare case report]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2015;25(1):57-9.
2. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):247-53.
3. Flystra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(8):537-43.
4. Le Gall J, Fichez A, Lamblin G, Philip CA, Huissoud C. [Cesarean scar ectopic pregnancies: combined modality therapies with uterine artery embolization before surgical procedure]. *Gynecol Obstet Fertil* 2015;43(3):191-9.
5. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1373-81.
6. Marchiolé P, Gorlero F, de Caro G, Podestà M, Valenzano M. Intramural pregnancy embedded in a previous cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):307-9.
7. Li JJ, Liu XY. [Management options of cesarean scar pregnancy]. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao* 2014;36(2):209-13.
8. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21(3):220-7.
9. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(1):44.e1-13.
10. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):123-30.

11. Michaels AY, Washburn EE, Pocius KD, Benson CB, Doubilet PM, Carusi DA. Outcome of cesarean scar pregnancies diagnosed sonographically in the first trimester. *J Ultrasound Med* 2015;34(4):595-9.
12. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007;35(4):212-5.
13. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, Yazbek J, Sawyer E, Jurkovic D. Reproductive outcomes of women with a previous history of cesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007;22(7):2012-5.
14. Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. *Clin Perinatol* 2008;35(3):519-29.