

Sezaryen Skarı Gebeliği

Cesarean Scar Pregnancy: Case Report

Doç.Dr. Pelin ÖCAL,^a
Dr. Hakan ERENEL,^a
Dr. Berna ASLAN,^a
Dr. Begüm AYDOĞAN,^a
Prof.Dr. İsmail ÇEPNİ^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 26.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 21.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Hakan ERENEL
İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İstanbul,
TÜRKİYE/TURKEY
hakanerenel@yahoo.com

ÖZET Otuz beş yaşında G3P1A1 olguya, ultrasonografi ile sezaryen skarı gebeliği teşhisi kondu. Hastaya metotreksat tedavisi uygulandı. Haftalık serum beta-human koryonik gonadotropin (β -hCG) ölçümleri ve muayene ile takibe alındı. β -hCG seviyesi 40 gün sonrasında negatif olarak geldi. Randomize çalışmaların yokluğunda sezaryen skarı gebeliklerinin tedavisinde gestasyonel haftaya, fetal kalp atışı varlığına, miyometrial bütünlüğe, semptomların şiddetine, β -hCG seviyesine, operatörün tecrübesine ve olgunun seçimine göre karar verilmelidir. Metotreksat enjeksiyonu hemodinamik açıdan stabil olgularda güvenli, basit ve kısa süreli bir tedavi yöntemidir. Sonuç olarak, son yıllarda artan sezaryen doğumlarla birlikte uterin skar gebelikleri de daha sık görülmektedir. Dış gebeliğin nadir bir şekli olan uterin skar gebeliklerinin metotreksat ile konservatif tedavisi etkin ve başarılı bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen; gebelik, ektopik; metotreksat

ABSTRACT A 35-year-old woman, G3P1A1 was diagnosed cesarean scar pregnancy by ultrasound. We performed methotrexate treatment. It was offered expectant management comprising weekly measurements of serum beta-human chorionic gonadotrophin (β -hCG) levels and serial ultrasonographic studies. β -hCG level was negative in 40 days. In the absence of randomized trials, the modality of treatment in cesarean scar pregnancy cases should be chosen on the basis of gestational age, presence of fetal heart rate, myometrial integrity, and severity of symptoms, serum β -hCG levels, the experience of the surgeon and the preference of the patient. Methotrexate injection is safe, simple and short treatment modality in hemodynamically stable case. Consequently, as a result of increasing rate of births by cesarean section uterine scar pregnancies are seen more frequently in recent years. Conservative treatment with methotrexate in these form of ectopic pregnancy is an effective and successful method.

Key Words: Cesarean; pregnancy, ectopic; methotrexate

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(1):63-6

Günümüzde artan sezaryen oranları birçok komplikasyonu beraberinde getirmektedir. Uterus skarı implantasyon anomalilerine neden olmaktadır. Sezaryen skar gebeliği insidansı 1:1800-1:2216 olarak tespit edilmiş olmasına rağmen artan sezaryen oranları ile giderek daha yaygın hale gelmektedir. Bu durum da plasenta insersiyon anomalileri ve uterus rüptür riski de artmaktadır.^{1,2}

Sezaryen skarı gebeliğindeki tedavi şekillerinin çoğu; lezyon içine metotreksat enjeksiyonu, laparotomi veya laparoskopisi yoluyla hysterotomi ve dilatasyon küretaj gibi invazif yöntemlerdir.

Sezaryen skar gebelikleri hakkında sınırlı sayıda veri olduğundan hangi tedavi yönteminin en uygun olduğu konusunda fikir birliği mevcut değildir. Amacımız, literatür verileri ışığında nadir bir ektopik gebelik türü olan sezaryen skar gebeliği bulunan olgumuzu sunmak tanı ve tedavi şekillerini tartışmaktır.

OLGU SUNUMU

Sağ kasık ağrısı şikâyeti ve iki haftalık adet rötarı olan 35 yaşında G3P1A1 olgu, servikal gebelik ön tanısı ile tarafımıza yönlendirdi. Olgunun 2005 yılında geçirilmiş bir sezaryeni ve bir komplet abortus öyküsü mevcut idi. Sezaryen dışında geçirilmiş batın cerrahisi yoktu. 163 cm boyunda, 51 kg ağırlığında, genel durumu iyi, tansiyonu, nabız ve ateş normal idi. Fizik muayenesinde abdomen palpasyonu rahat, rebound ve defans bulguları yoktu. Vajinal muayenede kanaması yoktu, serviks kapalıydı. Uterus normal cesametten büyük ve önceki sezaryen skarı üzerinde hassasiyet tespit edildi.

Transvajinal ultrasonografide uterus ön duvarında eski sezaryen skarı üzerinde, eksternal osa 3,6 cm uzaklıkta 11x10 mm boyutundaki gestasyonel kese izlendi. Gestasyonel kese miyometrium tarafından kuşatılmıştı (Resim 1). Uterin kavite boştu ve douglasta sıvı izlenmedi. Sağ overde içerisinde 50x40 mm boyutunda anekojen kistik yapı izlendi. Embriyonun baş-makat mesafesi 6 mm uzunluğunda olup, 6 haftalık gebelik ile uyumluydu. Fetal kalp hareketi izlendi.

Serum beta-human koryonik gonadotropin (β -hCG) seviyesi 1976 IU/mL idi. Laboratuvar analizi



RESİM 1: Gestasyonel kese ve embriyo eski sezaryen skarında izlenmekte.

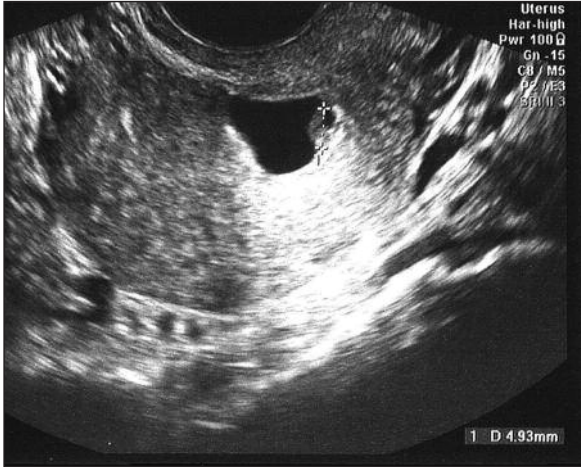
sonucu lökosit, hematokrit ve elektrolit değerleri normal, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyonu normal sınırlarda idi. Hasta sezaryen skar gebeliği tanısı ile yatırıldı.

Olgunun hemodinamisinin normal olması ve akut batın bulgularının olmaması sonucu hastaya bilgi verilerek lokal metotreksat tedavisi yapılmaya karar verildi. Bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra transvajinal yoldan amniyos sıvısı aspire edildi ve 30 mg metotreksat oosit aspirasyon iğnesi ile (17 G) gestasyonel kese içine enjekte edildi, ilaveten 50 mg/m² olacak şekilde intramusküler metotreksat enjeksiyonu yapıldı. Olgu ertesi günü ayaktan poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi. Üç gün sonra transvajinal ultrasonografi ile fetal kalp hareketinin olmadığı görüldü. Birinci haftanın sonunda β -hCG seviyesi 1837 IU/mL idi. Bu tetkikten 4 gün sonra β -hCG 842 IU/mL'ye geriledi. Tedavi sonrası 14. günde yolk kesesi kayboldu ve gestasyonel kese genişlemiş olarak izleniyordu (Resim 2) ve β -hCG seviyesi 160 IU/mL idi. Olgunun metotreksata bağlı herhangi bir sistemik yan etkiden şikâyeti olmadı, kontrol biyokimya ve hemogram değerleri normal idi. İkinci bir metotreksat enjeksiyonu gereksinimi olmadı. Tedavinin 40. gününde β -hCG seviyesi negatif olarak geldi. Herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Sezaryen skarında görülen ilk dış gebelik olgusu, 1978 yılında Larsen ve ark. tarafından uterus skarındaki keseğe bağlı abortus sonrası hemoraji olarak bildirildi.³ Sadeghi ve ark., 1995 ve 2008 yılları arasındaki sezaryen skarı ektopik gebeliklerini derlediler ve toplam 268 olgunun 59 (%22)'unda bizim olgumuzda da olduğu gibi bir sezaryen öyküsü mevcuttu.⁴

Sezaryen skar gebeliği için risk faktörleri daha önceden geçirilmiş sezaryen sayısı, sezaryen ile sonraki gebelik arasında geçen sürenin kısa oluşu, daha önceden geçirilmiş bir endometriyal zedelenme (örneğin; küretaj veya elle plasentanın çıkarılması) olarak belirtilir.⁵ Bizim olgumuzda küretaj olmaksızın geçirilmiş bir komplet abortus hikâyesi vardı.



RESİM 2: Kalp hareketi izlenmeyen embriyo kese duvarına doğru yer değiştirmiş olarak izlenmekte.

Sezaryen skarı gebeliği erken gebelik haftalarında asemptomatik olabilir veya bizim olgumuzda olduğu gibi hafif ağrı şikâyetleri gelişebilir. Literatürde 16. gebelik haftasına kadar gecikmiş tanı mevcuttur.⁶ Erken tanı fertilitiyi koruma açısından çok önemlidir. Tam aksine tanı ve/veya tedavide gecikme söz konusu olur ise uterus rüptürüne bağlı histerektomi gereksinimi artar ve ciddi maternal morbidite oluşabilir.⁷

Sezaryen skar gebeliği implantasyon anomalileri ile birlikte görülebilir. Sezaryen skarı gebeliğinin histopatolojisi miyometrium veya skar dokusu ile trofoblastik doku arasındaki desidual bariyerin yokluğu ile karakterizedir ve plasenta accreta ile benzerdir.⁸

Sezaryen skar gebelikleri için geçerli en uygun tedavi konusunda bir fikir birliği yoktur. Tedavisiz izlem, operatif histereskopi, dilatasyon küretaj, ultrason kontrolünde vakum aspirasyon, transvajinal iğne aspirasyonu, uterin arter embolizasyonu, sistemik veya lokal metotreksat uygulaması, lokal embriyosit uygulamaları veya kombine yaklaşımlar uygulanmaktadır. Bu tedavi protokollerinden birçoğu tubal, kornual veya servikal gebelik tedavilerinden adapte edilmişlerdir. Tedavisiz izlem sezaryen skarı gebeliklerinde uterus rüptürü riski taşıdığından önerilmemelidir.⁹

Sezaryen skarı gebeliklerinde kesin tanı konduktan sonra kısa sürede gebelik sonlandırılmalıdır.^{5,10}

Primer açık cerrahi yapıldığında skar gebeliğinin tamamen çıkarılması sonucu β -hCG seviyesi 1-2 hafta içerisinde normal seviyeye iner. Ayrıca açık cerrahi ile skarı tamir etme şansı mevcuttur. Hasegawa ve ark., eski sezaryen skarının eksizyonu ve tamirinin sezaryen skarı gebeliğinin tekrarlama riskini azaltacağını belirtmektedirler.¹¹ Bu yöntem lokal ve/veya sistemik metotreksat tedavisi başarısız olduğunda, olgunun hemodinamik dengesinin bozulması durumunda veya ilerisi için gebelik isteği olduğunda denenebilir. Olgumuza eski uterus skarını tamir etmeyi önermedik çünkü olgumuzun ilerisi için gebelik isteği yoktu. Ancak medikal tedavi sonrasında geride kalan uterus skarı gelecek gebeliklerde bir risk faktörü oluşturabilir.

Sezaryen skarı gebeliklerinde gebelik 8 haftadan küçük ve kalp aktivitesi yoksa metotreksat uygulaması ve izlem güvenli bir tercihtir.¹² Olgumuzda olduğu gibi kalp aktivitesi mevcut olduğu durumda da metotreksat tedavisi tubal ve servikal gebeliklerde olduğu gibi etkilidir. Fylstra kese içine lokal metotreksat uygulanmasının sistemik metotreksat uygulamasından daha etkili olduğunu belirtmektedir.⁸

Medikal uygulama cerrahi operasyona göre daha az invaziv, kolay ve kısa süren bir yöntemdir. Metotreksat enjeksiyonu genel anestezi ve hastanede yatış yapmayı gerektirmez, olgu ayaktan takip edilebilir. Bazı olgularda medikal ve cerrahi tedavilerin her ikisi de gerekebilir.¹³

Sezaryen skarı gebeliklerinde ayırıcı tanıda missed abortus, servikoistmik gebelik düşünülmelidir.¹⁴

Sonuç olarak, randomize çalışmaların yokluğunda sezaryen skarı gebeliklerinin tedavisi olgunun gebelik haftasına, miyometrial bütünlüğe, semptomların şiddetine, serum β -hCG seviyelerine, cerrahın deneyimine ve hastanın seçimine göre biryselleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1373-81.
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114(3):253-63.
3. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus--an unusual cause of postabortal haemorrhage. A case report. *S Afr Med J* 1978;53(4):142-3.
4. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, Campbell KH, Duzyj CM, Guess MK, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. *Am J Perinatol* 2010; 27(2):111-20.
5. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Vaknin Z, Herman A, et al. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Hum Reprod* 2004;19(2):278-84.
6. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007; 35(4): 212-5.
7. Marcus S, Cheng E, Goff B. Extrauterine pregnancy resulting from early uterine rupture. *Obstet Gynecol* 1999;94(5 Pt 2):804-5.
8. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(8):537-43.
9. 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.
10. Fylstra DL, Pound-Chang T, Miller MG, Cooper A, Miller KM. Ectopic pregnancy within a cesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(2):302-4.
11. Hasegawa J, Ichizuka K, Matsuoka R, Otsuki K, Sekizawa A, Okai T. Limitations of conservative treatment for repeat Cesarean scar pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;25(3):310-1.
12. Haimov-Kochman R, Sciaky-Tamir Y, Yanai N, Yagel S. Conservative management of two ectopic pregnancies implanted in previous uterine scars. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19(6):616-9.
13. Büyükkurt S, Aksungur E, Vardar MA, Güzel AB, Küçükgöz Güleç U, Kadayıfçı O. [Conservative treatment of the ectopic pregnancy in the cesarean scar site: case report]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2010;20(2):133-7.
14. Al-Nazer A, Omar L, Wahba M, Abbas T, Abdulkarim M. Ectopic intramural pregnancy developing at the site of a cesarean section scar: a case report. *Cases J* 2009;2:9404.