

Sistemik Metotreksat Sonrası Vakum Küretajla Tedavi Edilen Sezaryen Skar Gebeliği: 2 Olgu Sunumu

Treatment of Cesarean Scar Pregnancy with Vacuum Curettage After Systemic Methotrexate Administration: Report of Two Cases

Sefa KURT,^a
İbrahim UYAR,^a
Tutku GÜRBÜZ,^a
Azra ARICI,^a
Ömer DEMİRTAŞ,^a
Abdullah TAŞYURT^a

^a3. Kadın Doğum Kliniği,
İzmir Ege Doğumevi ve
Kadın Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 17.08.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 13.12.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Tutku GÜRBÜZ
İzmir Ege Doğumevi ve
Kadın Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
3. Kadın Doğum Kliniği, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
tutkugurbuz@hotmail.com

ÖZET Sezaryen skar gebeliği (SSG), ektopik gebeliğin nadir bir formu olup, son yıllarda sıklığı sezaryen oranlarındaki artışa bağlı olarak artmaktadır. Semptomatik hastalarda klinik prezentasyonu oldukça geniş olan bu durumun erken tanı ve tedavisi önemlidir. Tanıda primer olarak transvajinal ultrasonografi (TVUSG) kullanılır. Boş uterin kavite, boş servikal kanal, gestasyonel kesenin anterior istmik miyometriumda izlenmesi sonografik tanı kriterleridir. Tedavi seçenekleri arasında, medikal tedavide metotreksat (MTX), potasyum klorid uygulaması, uterin arter embolizasyonu ve cerrahi olarak D&C, histeroskopi, gestasyonel kesenin kama rezeksiyonu, histerektomi tercih edilebilir. Amacımız, erken dönemde tanı konan ve MTX tedavisi sonrasında vakum küretajla başarılı bir şekilde tedavi edilen 2 olgu nedeniyle SSG'nin tanı ve tedavi yaklaşımlarını literatür eşliğinde tartışmaktır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ektopik; vakum küretaj

ABSTRACT Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare form of ectopic pregnancy but its prevalence is increasing in the last years due to high cesarian section rates. In symptomatic patients early diagnosis and treatment is important for the spectrum of clinical presentation is wide. In diagnosis, transvaginal ultrasonography (TVUSG) is used primarily. Sonographic diagnosis criteria is gestational sac located in the anterior isthmic myometrium with empty uterine cavity and empty cervical canal. Treatment options include methotrexate (MTX), potassium chloride administration, uterine artery embolization as medical treatment; dilatation and curettage, hysteroscopy, wedge resection of gestational sac and hysterectomy as surgical treatment. The aim of this report is to discuss the approach to diagnosis and treatment of CSP in literature through our two cases diagnosed in the early stage and successfully treated with vacuum curettage after MTX administration.

Key Words: Pregnancy, ectopic; vacuum curettage

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(2):123-6

Ektopik gebelik (EG), birinci trimester gebelik komplikasyonlarının değerlendirilmesinde en önemli antitelere biridir. Hâlen maternal morbidite ve artık daha az olmakla birlikte mortalitenin en önemli nedenidir. Erken tanı ve uygun tedavi yaklaşımı aciliyet gerektirir. Tüm gebeliklerin yaklaşık %1-2'si EG'dir ve en sık fallop tüpünde (%97) yerleşir.^{1,2} Bunun dışında, kornual, servikal, ovaryal, abdominal ve sezaryen skar yeri, daha az olmakla birlikte EG yerleşim yerleridir.³

Sezaryen skar gebeliği (SSG), EG'in nadir bir formu olup, görülme sıklığı 2000 gebelikte bir iken daha önce sezaryenle doğum yapmış olan EG

olgularının %6'sını oluşturur.⁴ Embriyonun alt uterin segmentteki defektli alana migrasyonu ve skardaki mikroskobik fistüle penetrasyonun SSG'nin gelişiminde rol oynadığı bildirilmektedir.^{5,6} Diğer bir mekanizma da IVF veya embriyo transferi sırasındaki intramural implantasyondur.⁷ SSG için risk faktörleri; sezaryen, miyomektomi, hysterotomi, metroplasti, küretaj, histeroskopi gibi önceden geçirilmiş uterin cerrahi işlemlerdir.

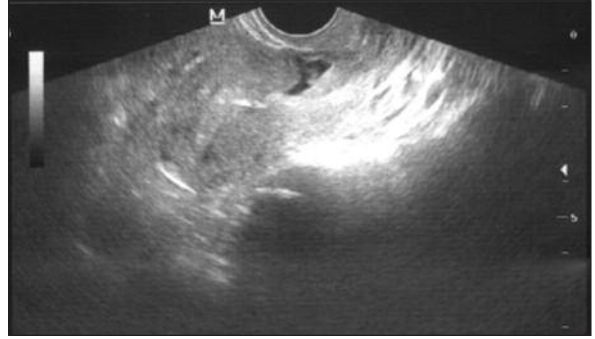
Semptomatik hastalarda klinik prezentasyonun oldukça geniş olduğu SSG'nin erken tanı ve tedavisi, diğer EG formlarında da olduğu gibi çok önemlidir. Tanı anamnezde uterin skar oluşturan cerrahi operasyon öyküsü, transvajinal ultrasonografi (TVUSG)'de SSG tanı kriterlerinin karşılanması (boş uterin kavite, boş servikal kanal, gestasyonel kesenin anterior istmik miyometri-umda izlenmesi), biyokimyasal (serum β -HCG ve progesteron) markerlerin değerlendirilmesiyle konur. Tedavi seçenekleri arasında metotreksat (MTX) ile medikal tedavi (lokal, sistemik, tek veya multipl doz), potasyum klorid uygulaması, uterin arter embolizasyonu ve cerrahi olarak küretaj, laparotomi veya laparoskopi ile gestasyonel kesenin kama rezeksiyonu, histeroskopi ile kesenin rezeksiyonu ve histerektomi yer alır.⁸

Primer ve tekrarlayan sezaryen oranlarındaki artışa paralel olarak SSG insidansında artış görülmektedir. Biz bu çalışmamızda, erken tanı koyup konservatif yöntemlerle (sistemik metotreksat ve vakum evakuasyon) tedavi ettiğimiz 2 olgu nedeniyle, SSG'nin tanı ve tedavisini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

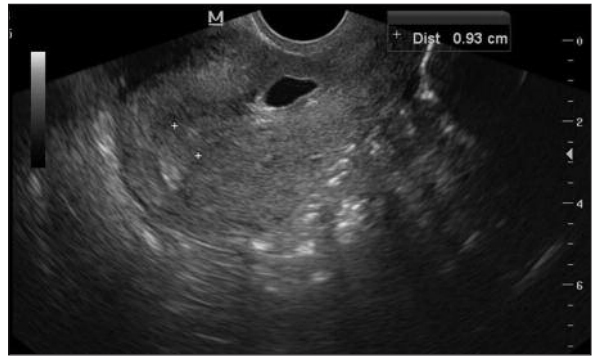
OLGU SUNUMLARI

OLGU 1

Otuz iki yaşında, G7P1Y1A5 olan hasta, adet gecikmesi şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Obstetrik anamnezinden 9 yıl önce alt segment transvers kesi ile sezaryen doğum yaptığı ve sonrasında tekrarlayan gebelik kayıpları nedeniyle 5 kez revizyon küretaj olduğu öğrenildi. Son adet tarihine göre 6 hafta amenoresi olan hastanın TVUSG bakışında, endometrium 8 mm, uterus sezaryen insizyon hat-tında erken gestasyonel keseye ait olabilecek 9x5



RESİM 1: Olgu 1: Transvajinal ultrasonografide sezaryen skar hattı altında erken gestasyonel keseye ait olan görüntü izlenmektedir.



RESİM 2: Olgu 2: Transvajinal ultrasonografide sezaryen skar hattı altında erken gestasyonel kese ve servikal kanal izlenmektedir.

mm'lik hipoeoik alan izlendi. Sağ ve sol over normaldi. Douglasta sıvı ekosu yoktu (Resim 1).

Rutin tetkiklerinde, hemogram ve biyokimya değerleri normal, serum β -hCG değeri 7057 IU/mL ve serum progesteron düzeyi 9,7 pg/mL olarak ölçüldü. Hasta skar gebeliği nedeniyle gelişebilecek hemoraji, uterin rüptür gibi komplikasyonlar ve histerektomi riski hakkında bilgilendirildi. Bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra 85 mg MTX intramusküler olarak uygulandı. İlk dozun 4. gününde β -hCG düzeyi 23,840 IU/mL olarak ölçülen hastaya ilk dozun 5. gününde 85 mg 2. doz MTX uygulandı. İkinci dozun 2. gününde yapılan USG kontrolünde CRL 4,2 mm 6 hafta 1 gün, FKA(+) tespit edildi. İkinci doz MTX'in 4. günü β -hCG düzeyi 27,880 IU/mL ve FKA(+), hemodinamik olarak stabil seyreden olgu sistemik MTX'a yanıtız kabul edildi. Hastaya rejyonel anestezi altında ve ameliyathane koşullarında, ultrason kila-

vuzluğunda revizyon küretaj uygulandı. Revizyon sonrası β -hCG 12 560 saptanan olgunun 1 hafta sonraki kontrolünde β -hCG 628 IU/mL idi.

OLGU 2

Otuz dokuz yaşında, G3P2Y2 olan hasta, adet gecikmesi şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Obstetrik anamnezinden 11 ve 8 yıl önce 2 kez sezaryen operasyonu geçirdiği öğrenildi. Son adet tarihine göre yaklaşık 7 haftalık amenoreesi olan, TVUSG bakımında endometrium 9 mm, uterus sezaryen insizyon hattında 7x12 mm'lik gestasyonel sac içinde 2,4 mm fetal nod ve fetal kardiyak aktivite izlendi. Sağ ve sol over normaldi (Resim 2).

Rutin laboratuvar tetkikleri normal olan hastanın serum β -hCG değeri 15,443 mIU/mL, serum progesteron 14,6 pg/mL olarak saptandı. Bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonrası, gebeliğinin sonlandırılmasına karar verildi. Hastaya 75 mg MTX intramusküler olarak uygulandı. İlk dozun 4. gününde β -hCG düzeyi 16,749 IU/mL, 7. gününde 19,265 IU/mL olarak ölçülen ve FKA(+) saptanan hastaya 75 mg 2. doz MTX uygulandı. Hemodinamik olarak stabil seyreden hastada 2. doz MTX'in 4. günü β -hCG düzeyi 13,643 IU/mL ölçüldü ve fetal kardiyak aktivite izlenmedi. Ameliyathane koşullarında, rejyonal anestezi altında, ultrason kılavuzluğunda revizyon küretaj yapıldı. Revizyon sonrası β -hCG 5320 IU/mL hastanın 1 hafta sonraki kontrolünde β -hCG 543 IU/mL idi.

TARTIŞMA

SSG ilk kez 1978 yılında Larsen ve Solomom tarafından tanımlanmıştır.⁹ Alt uterin segment sezaryen skarına yerleşen gestasyonel sac özellikle geç tanı aldığında hayati tehdit oluşturabilmektedir. Literatürde görülme insidansı 1800:1 ve 2216:1 olarak bildirilmekle birlikte son yıllarda tüm dünyada artan sezaryen oranlarına bağlı olarak insidansı artmaktadır. SSG'nin patofizyolojisinde, embriyonun skardaki mikroskobik ayrılma noktasına olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır.^{5,6} Blastokistin uterin kavite içinde normal lokalizasyonda implante olabildiğini belirleyen ve endometriyal homeostazisi sağlayan birçok hormonal, immünolojik ve lokal vasküler faktörler vardır.^{5,6,10} Daha önce

geçirilmiş sezaryen, miyomektomi, histeroskopi, küretaj, elle plasenta halası vs. gibi etkenler endometriyal homeostazisi bozmaktadır. Öne sürülen bir başka mekanizma da IVF ve embriyo transferi esnasında intramural implantasyondur. Etiyolojide en belirgin faktör geçirilmiş sezaryen operasyonudur.^{5,10,11} Uterin travma ve gebelik arasındaki sürenin implantasyon sürecine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Bazı vakalarda geçirilen sezaryen ile SSG tanısı arasındaki sürenin birkaç ay olarak bildirilmesi, henüz tamamlanmamış iyileşme sürecinin implantasyona katkıda bulunduğunu desteklemektedir.¹¹ Her iki olgumuzda da sezaryen ile SSG arasındaki süre uzun olmakla birlikte 1. olgumuzdaki 5 adet abortus ve küretaj öyküsü endometriyal travmanın önemine işaret etmektedir.

Semptomatik hastalarda, ağrılı veya ağrısız vajinal kanamadan uterin rüptür ve hipovolemik şoka kadar geniş bir klinik prezentasyonda kendini gösterebilir.¹⁰⁻¹² Olguların önemli bir kısmı özellikle erken gebelik haftalarında asemptomatiktir. Daha önce sezaryen geçirmiş hastaların sonraki gebeliklerinin ilk değerlendirilmesinde gestasyonel kesenin lokalizasyonu çok önemlidir. SSG'de tanımda gecikme olması durumunda artan gestasyon haftalarında hayatı tehdit eden uterin rüptür ve hemoraji riski artar. Bu nedenle erken gestasyonel haftalarda tedavi edilmesi önemlidir. Bizim her iki olgumuz da adet gecikmesi ile polikliniğe başvurmuş asemptomatik hastalardı.

SSG tanısında en sık TVUSG kullanılır. Transabdominal ultrasonografiyle kombine etmek tanısal gücü artırır. SSG'de sonografik olarak uterin kavite boş ve endometrium net izlenmeli, servikal kanal boş olmalı, uterusun sagittal görüntüsünde uterus ön duvarında, alt segmentle mesane arasında sezaryen skarına yerleşmiş gestasyonel sac görülmelidir. "Color flow Doppler"de trofoblastik aktivite gestasyonel kesenin anterior istmik miyometriumda izlenmelidir.^{4,6,10} Mesane ile gestasyonel kese arasında sağlıklı bir miyometrium izlenmemesi, SSG'nin servikoistmik implantasyondan ayrımında önemlidir.¹³ Gebelik lokalizasyonunun değerlendirilmesinde bir sonraki aşama manyetik rezonans görüntüleme ve histeroskopedir. Ancak tanı koymak için bu yöntemlerin kulla-

nımı zorunlu değildir.¹⁴⁻¹⁶ SSG tanısında TV USG, transabdominal USG ve “color flow Doppler”den oluşan kombine yaklaşım tanıda altın standarttır.¹⁷⁻¹⁹ SSG'nin ayırıcı tanısında servikal ektopik gebelik, plasenta akreata, inkomplet abortus göz önünde tutulmalıdır.¹⁰

SSG olgularında tedavi deneyimleri olgu sınırlarıyla sınırlıdır. Tedavi planlamasında hastanın yaşı, fertilité isteği, gebelik haftası, hastanın hemodinamik durumu önem kazanır. Ayrıca uygulanacak tedavinin hasta tarafından tolere edilebilir ve hastaya özgü olması önemlidir.

Medikal tedavide sıklıkla kullanılan ajan MTX olup tek veya multipl doz protokolleri kullanılabilir. D&C primer tedavi olarak yüksek intraoperatif hemoraji riski taşır.^{19,20} Medikal tedavi uygulanan hastalarda gebelik ürününün rezolasyonu için zaman gerekir. Medikal tedavi sonrası ultrasonografi eşliğinde evakuasyon, rezolasyon

süresini kısaltmada güvenli bir yöntem olarak görülmektedir. Bizim olgularımızda da 2 doz sistematik MTX tedavisi sonrasında vakum küretaj ultrasonografi kılavuzluğunda komplikasyonsuz olarak uygulanmıştır.

Cerrahi tedavinin de skar gebeliğın sonlandırılmasında ve defektin onarılmasında etkin bir yöntem olduğu bilinmektedir. Uterin kaviteye doğru büyüyen skar gebeliklerinde histeroskopi, derin implantasyon görülenlerde laparoskopi yapılması da seçenekler arasında yer alır.¹⁹

Sonuç olarak SSG, nadir görülen ancak yaşam riski oluşturabilen bir EG şeklidir. Artan sezaryen oranlarıyla birlikte SSG insidansı da artmaktadır. Tedavisinde standart bir yaklaşım yoktur. Medikal ve cerrahi yöntemlerin kombinasyonu tercih edilebilir. Erken tespit edildiğinde sistematik MTX sonrasında vakum küretaj uygun bir alternatif tedavi seçeneğidir.

KAYNAKLAR

- Chang J, Elam-Evans LD, Berg CJ, Herndon J, Flowers L, Seed KA, et al. Pregnancy-related mortality surveillance--United States, 1991--1999. *MMWR Surveill Summ* 2003; 52(2):1-8.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ectopic pregnancy--United States, 1990-1992. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995;44(3):46-8.
- Bouyer J, Coste J, Fernandez H, Pouly JL, Job-Spira N. Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases. *Hum Reprod* 2002;17(12):3224-30.
- Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1373-81.
- 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.
- Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114(3):253-63.
- Aras Ö, Yüksel MA, Ateşer G, Boran AB. [Cesarean scar pregnancy: case report of a rare form of ectopic pregnancy]. *Istanbul Medical Journal* 2011;12(3):135-8.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Cesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update* 2004;10(6):515-23.
- Evsen MS, Vural S, Obut M, Karaçor T, Taner MZ. [Cesarean scar pregnancy: a case report]. *Dicle Medical Journal* 2011;38(4):492-94.
- Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16(6):592-3.
- Huang KH, Lee CL, Wang CJ, Soong YK, Lee KF. Pregnancy in a previous cesarean section scar: case report. *Changgeng Yi Xue Za Zhi* 1998;21(3):323-7.
- Kurt S, Demirtaş Ö, Gürbüz T, Aldemir OS, Biçer H, Taşyurt A. [Management of ectopic pregnancies: retrospective analysis of 171 cases]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2012; 22(2):84-9.
- Godin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous caesarian section scar. *Fertil Steril* 1997;67(2):398-400.
- Valley MT, Pierce JG, Daniel TB, Kaunitz AM. Cesarean scar pregnancy: imaging and treatment with conservative surgery. *Obstet Gynecol* 1998;91(5 Pt 2):838-40.
- Shih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):306-7.
- Shufaro Y, Nadjari M. Implantation of a gestational sac in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2001;75(6):1217.
- 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.
- Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1373-81.
- Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, Wang CW, Soong YK, Lee CL. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006; 85(2):494.e1-4.
- Chueh HY, Cheng PJ, Wang CW, Shaw SW, Lee CL, Soong YK. Ectopic twin pregnancy in cesarean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report. *Fertil Steril* 2008; 90(5):2009.e19-21.