

Sezaryen Skar Yerinde Gelişen Dış Gebeliğin Konservatif Tedavisi

Conservative Treatment of the Ectopic Pregnancy in the Cesarean Scar Site: Case Report

Dr. Selim BÜYÜKKURT,^a
Dr. Erol AKSUNGUR,^b
Dr. Mehmet Ali VARDAR,^a
Dr. Ahmet Barış GÜZEL,^a
Dr. Ümran KÜÇÜKGÖZ GÜLEÇ,^a
Dr. Oktay KADAYIFÇI^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
^bRadyoloji AD,
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Adana

Geliş Tarihi/Received: 02.06.2009
Kabul Tarihi/Accepted: 10.11.2009

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Selim BÜYÜKKURT
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Adana,
TÜRKİYE/TURKEY
selimbuyukkurt@gmail.com

ÖZET Sezaryen skar gebeliği nadir görülen bir dış gebelik türü olup, ölümcül sonuçlara neden olabilir. Tedavisinde histerektomi ya da koruyucu seçenekler vardır. Uterusu koruyucu seçenekler cerrahi (laparoskopik ya da laparotomik alt segment eksizyonu, histeroskopi, kürtaj), medikal [sistemik ya da lokal metotreksat enjeksiyonu, lokal potasyum klorür (KCl) enjeksiyonu] ve minimal invaziv girişimler (selektif arter embolizasyonu) olarak sıralanabilir. İki kez sezaryen geçirmiş bir hastada gelişen sezaryen skar gebeliği önce düşük doz metotreksat ile iyileştirilmeye çalışılmıştır. Ancak bunda başarısız olunca tedavi, yüksek doz metotreksat tedavisi ve uterus arteri embolizasyonu ile değiştirilmiştir. Gebelik kesesinin bozulması sürecindeki kanama ise kürtaj ve serviks balon tamponadı uygulanarak durdurulmuştur. Sezaryen skar gebeliğinde uterusun ve hastanın yaşamının korunması erken tanı ve tedaviye bağlıdır. Sezaryen skar gebeliğinin tedavisinde birden fazla yolun birlikte kullanılmasına ihtiyaç duyulabilir. Düşük doz metotreksatla tedavi başarısının öngörülmesinde β -hCG düzeylerinin, progesteron düzeyleri ve fetal kalp atımı varlığıyla birlikte değerlendirilmesi daha yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ektopik; uterus rüptürü; metotreksat; uterusun arterinin embolizasyonu; kürtaj

ABSTRACT Cesarean scar pregnancy is a rare form of the ectopic pregnancy and its consequences may be fatal. Its treatment is based on the hysterectomy or conservative choices. Conservative modalities may be listed as surgical (low uterine segment excision with laparotomy or laparoscopy, hysteroscopy, curettage), medical [systemic or local use of methotrexate, local potassium chloride (KCl) injection] and minimally invasive interventions (selective uterine artery embolization). A cesarean scar pregnancy was tried to treat with low dose methotrexate regimen in a woman who had two cesareans previously. While this regimen was unsuccessful it was switched to the high dose methotrexate and uterine artery embolization. The bleeding during the destruction of the gestational sac was controlled with curettage and cervical balloon tamponade. Preservation of the uterus and the life of the woman are related to the early diagnosis and treatment. A combination of the many ways may be necessary in the treatment of the cesarean scar pregnancy. The collaboration of the β -hCG levels as well as the progesteron levels and the presence of the cardiac activity may be more useful in the prediction of treatment success of the low dose methotrexate regimen.

Key Words: Pregnancy, ectopic; uterine rupture; methotrexate; uterine artery embolization; curettage

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2010;20(2):133-7

Sezaryen insizyonunun iyileşirken uterus alt segmentinde miyometriyum içine doğru kama şeklinde bir girintiye yol açması sık görülen bir durumdur. Sezaryen öyküsü olan bir kadının sonraki gebeliğinde embriyonun bu bölgeye tutunması sezaryenin uzun dönem komplikasyonları

arasında nadir, ama en tehlikeli olanlarından biridir.¹ Sezaryen skarına yerleşmiş gebeliğin rüptüre olmasıyla, alt segmentin her iki yanından geçen uterusun ana damarlarını da içine alan, şiddetli bir kanama meydana gelebilir. Ağır sonuçları olan bu durumun tedavisi için birçok yol önerilmiştir. Bunların birbirlerinden temel ayrımı uterusun korunuyor ya da korunmuyor olmasıdır. Uterusu koruyan yollar cerrahi tedavi (laparoskopik ya da laparotomik alt segment eksizyonu, histeroskopi, kürtaj), ilaç tedavisi (sistemik ya da lokal metotreksat enjeksiyonu, lokal KCl enjeksiyonu) ve minimal invaziv girişimler (selektif arter embolizasyonu) olarak da kendi içinde bölümlenebilir.²

Bu makalede, kliniğimizde tanısı konup, uterusu koruyan seçeneklerin birçoğuna başvurulmak zorunda kalınarak da olsa, tedavi edilen bir sezaryen skar gebeliği sunulacak ve hasta yönetimi tartışılacaktır.

OLGU SUNUMU

Altıncı gebeliğini yaşayan 35 yaşındaki hasta, kliniğimize ani başlayan vajinal kanama ve adet gecikmesi yakınmasıyla başvurdu. Hastanın ilk gebeliği sırasında doğum eyleminin durması üzerine sezaryenle doğurtulan çocuğu sağ ve sağlıklı idi. İkinci gebeliğinde ikiz gebeliği olan hastada, 26. haftada ablasyo plasenta gelişmesi üzerine acil koşullarda sezaryenle gebelik sona erdirilmiş ve bu gebelikten olan iki çocuk yaşamlarının ilk saatlerinde kaybedilmişlerdir. Ardından üç kez daha gebe kalmasına rağmen, bunların tümünü ilk üç ay içinde düşükle kaybetmiştir.

İki haftalık adet gecikmesi ve kanama yakınmasıyla başvuran hastanın pelvis muayenesinde serviksten gelen az miktarda taze kan dışında özellik saptanmadı. Batın muayenesindeyse sadece eski sezaryenlere ait izler saptandı. Batında herhangi bir periton irritasyon bulgusu izlenmedi. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterusun ve serviksin normal yapı ve boyutta olduğu, ancak eski sezaryen skarında baş-popo mesafesi 7 mm, kalp atımı olan fetusu içeren gebelik kesesi izlendi (Resim 1). Batında serbest sıvı, kan ya da koagulum izlenmedi. Hastanın β -hCG değeri 12.580 IU/mL, progesteron değeri ise 10.2 ng/mL olarak bulundu. Tam

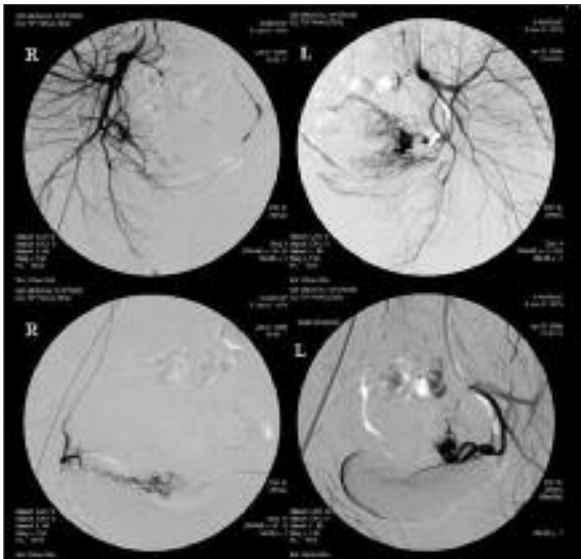


RESİM 1: Sezaryen skarına yerleşmiş gebelik kesesi ve içindeki fetus ile yolk kesesi görülmekte. Oklar servikal kanalın uzandığı doğrultuyu, * ise internal ve eksternal servikal ostiumları belirtiyor.

kan sayımı ve serum biyokimyasında patolojik bir bulgu gözlemlenmedi. Hastaya mevcut durumun ani uterus rüptürü riski taşıdığı ve olası tedavi seçeneklerinin uterusu koruyan (laparoskopik ya da laparotomi skar gebeliği eksizyonu, histeroskopi, kürtaj, sistemik ya da lokal metotreksat, KCl ile fetosid, uterus arteri embolizasyonu) ya da korumayan (laparoskopik histerektomi, laparotomik histerektomi) olarak ayrıldığı hakkında detaylı olarak bilgi verildi. Tedavi sırasında bunların birinden diğerine geçiş yapılabileceği, birden fazlasının kullanılabilceği ve acil koşullarda ameliyat ihtiyacı doğabileceği hakkında da hasta aydınlatıldı. Hastanın öncelikle uterusu koruyucu tedavileri tercih etmesi üzerine, gerekli onam da alındıktan sonra, sistemik metotreksat yapılmasına karar verildi ve 1 mg/m² dozuyla metotreksat uygulandı. Hastanemizin kan merkezine de hastanın serumuyla uyumlu üç adet eritrosit süspansiyonu hazırlattırıldı.

Her ne kadar tedavinin 4. gününde alınan serum örneğinde β -hCG değerinde azalma beklenmiyorsa da, sonucun 24.540 IU/mL gelmesi ve progesteronun 12.58 ng/mL saptanması üzerine bu tedavinin etkili olmadığı düşünülerek hem uterus arteri embolizasyonu, hem de yüksek doz metotreksat tedavisine geçiş yapıldı. Yeni protokolde metotreksat 1., 3., 5. ve 7. günlerde 1 mg/kg; folinik asit 2., 4., 6. ve 8. günlerde 0.1 mg/kg olarak uygulandı. Hastaya dijital substraksiyon anjiyografisi (DSA) uygulandıktan sonra her iki uterin arter ko-

aksiyel yöntemle kateterize edildi. DSA'da solda belirgin uterin hipervaskülarizasyon saptandı. Her iki arter de 250–300 µ'luk polivinil alkol (PVA) partikülleriyle embolize edildi. İşlem sonrası anjiyografik olarak devaskülarizasyon sağlandı (Resim 2). Anjiyografiden ertesi gün yapılan ultrasonografide fetal kalp atımının halen sürdüğü görüldü. Ancak β-hCG'nin artık artma göstermemesi (23.730 IU/mL) ve progesteronun da 2.39 ng/mL'ye düşmesi üzerine hastada mevcut metotreksat protokolüyle tedavinin sürdürülmesine karar verildi. Anjiyografinin 5. gününde fetal kalp atımının durmuş olduğu saptandı. Aynı gün yapılan testte β-hCG 28.050 IU/mL, progesteron 2.34 ng/mL olarak saptandı. Anjiyografinin 9. gününde yapılan ultrasonografide gebelik kesesinin çeperinin ileri derecede düzensizleştiği ve serumda β-hCG düzeyinin 18.519 IU/mL, progesteron düzeyinin ise 3.29 ng/mL olduğu görüldü. Bu testlerin sonuçlandığı günün öğleden sonrasında hastada aniden ve şiddetli olarak vajinal kanama başladı. Serviksten bol miktarda taze kanama geldiğinin görülmesi üzerine Karman kanülüyle endoservikal ve endometriyal kürtaj yapıldı. Bu girişimle kanama durdurulamayınca serviks içine 18 numaralı Foley sonda sokulup, balonu 30 mL izotonik ile şişirildi.



RESİM 2: Üstte embolizasyon öncesi DSA görüntüleri izlenmektedir. Sol tarafın embolizasyon öncesi DSA'sında belirgin olarak vaskülarizasyonun arttığı saptanmıştır. Altta ise embolizasyon sonrası devaskülarizasyon görülmektedir. (R: sağ, L: sol).

Ameliyat günü sabah %32 olan hematokrit değerinin, ameliyat öncesinde %20'ye düşmesi ve taşikardisinin belirmesi üzerine hastaya 2 U eritrosit süspansiyonuyla transfüzyon da yapıldı. Ertesi gün Foley sonda çekildi. Kanaması olmayan hastada β-hCG'nin de 2.390 IU/mL'ye düştüğü görüldü. Hastada dört gün sonra, haftalık olarak β-hCG takibi yaptırmak üzere taburcu edildiğinde β-hCG 276 IU/mL'ydı. Hastanın ayaktan yapılan takiplerinde β-hCG değerleri kürtajdan dört hafta sonra normal düzeylerine gelmişti.

TARTIŞMA

Anestezi, antibiyotik ve diğer ilaç tedavilerindeki gelişmelerin yanı sıra teknolojinin ilerlemesiyle elde edilen cerrahi alet ve malzemelerin getirdiği yararlarla bağlı olarak sezaryen 1970'li yılların sonlarından itibaren giderek artan oranda uygulanmaya başlanmıştır. Bu konuda sadece bir üniversite hastanesine ait verileri yansıtırsa da, Yalınkaya ve ark.nın elde ettiği sonuç ülkemizdeki tablo hakkında fikir vermektedir. Dicle Üniversitesi'nde 1980'li yılların başında %20'ler dolayında olan sezaryen oranları 2000'lerin başında %45-50 düzeylerine çıkmıştır. Bu rakamlara biraz daha detaylı bakacak olursak anılan tarih aralığında elektif sezaryenin %1.6'dan %14'e, eski sezaryen endikasyonuyla yapılan ameliyatların ise %20'lerden %30'lara çıktığı görülmektedir.³ Giderek artan sezaryen oranlarının getirdiği erken dönem komplikasyonların yanı sıra pek göz önüne alınmayan geç dönem komplikasyonları da bulunmaktadır. Bunlar arasında yaşamsal tehlike yaratan plasenta implantasyon anomalileri (plasenta akreata/inkreata/perkreata) ve sezaryen skar gebeliği de bulunmaktadır. İlki daha çok gebeliğin ikinci yarısında kanama yaratmaya başlayıp, doğum sonrası histerektomiye gidecek kadar şiddetli kanamaya neden olabilir. İkincisinde ise hastaların büyük kısmı ya gebeliğin tespiti için yapılan ultrasonografi sırasında tanı alır, yani asemptomatiktir, ya da ağrısız kanamayla başvururlar. Hastaların yaklaşık 1/3'üyse kanamaya eşlik eden kasık ve/veya karın ağrısından yakınırlar.⁴

Sezaryen skar gebeliği ilk kez 1978'de bildirilmiştir.⁵ O zamandan günümüze kadar bildirilen olguların sayısı son 10 yılda daha belirgin olmak

üzere giderek artış göstermektedir.⁶ Son dönemde daha çok olan bildiri sayısının artan sezaryen oranlarıyla olduğu kadar, erken tanıda büyük kolaylıklar sağlayan vajinal sonografinin kullanımının yaygınlaşmasıyla da ilişkisi vardır. Ultrasonografi de uterus boşluğu ve serviks kanalının boş olması; bu yapıların gebelik kesesiyle temasının olmaması; uterus istmus ön yüzünde yerleşen gebelik kesesi ve mesane arasında miyometriyum dokusunun olmamasının saptanmasıyla sezaryen skar gebeliğinin tanısı konabilmektedir.⁷ Ayrıca tanıda Doppler sonografi, 3 boyutlu sonografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi invaziv olmayan yöntemlerin yanı sıra; laparoskopi, histeroskopi gibi minimal invaziv yöntemler de kullanılabilir.²

Sezaryen skar gebeliği klinik gidiş ve tanı aşamalarında servikal gebeliğe benzerlikler gösterir. Hastaların takiplerinde β -hCG değerleri düşüş göstermeye başlasa da gebelik kesesinin bozulmasıyla ani ve şiddetli kanama görülebilir.^{8,9} Bu durumda kanamayı durdurmak için Foley sonda balonu servikal kanal ve uterus alt segmenti üzerine bası yapacak şekilde şişirilerek yerleştirilebilir. Buna serklajı da ekleyerek uterusun kanlanmasını azaltmaya çalışmanın yararından bahseden görüşler de bulunmaktadır.⁸ Ancak yukarıda sunduğumuz olguda daha önceden selektif embolizasyon yapılmış olduğundan bunun işlevsel bir değeri olmadığını düşünerek gerek görülmemiş ve balon tamponadıyla da kanama kontrol altına alınmıştır.

Metotreksat ilk olarak 1950'li yıllarda hematolojik kanserlerin tedavisinde kullanılmak üzere üretilmiştir. Günümüzdeyse kanser dışı birçok durumda da kullanım alanı bulmaktadır. Kanser dışı kullanımlarda daha düşük dozlarda kullanılıyor olmasına rağmen, yine de bu dozlar yan etkiden bağımsız değildir. Düşük dozda bile pansitopeni gibi ciddi yan etkiler gelişebilir.¹⁰ Sunduğumuz olguda ilk başvuru sırasında β -hCG düzeyinin 12.580 IU/mL olması ve fetal kalp atımının olmasına rağmen yan etki gelişmesinden çekindiğimiz için yüksek doz uygulamaktan kaçındık. Dördüncü günde β -hCG'nin bir miktar artabileceği beklenen bir durumdur. Ancak β -hCG'nin iki katına çıkması, progesteronun da düşme göstermemesi nedeniyle durumu başarısızlık bulgusu olarak görüp yüksek

doz metotreksata geçmek zorunda kaldık. Tedavinin başında seçilecek metotreksat dozunu belirlerken sadece β -hCG düzeyini değil, fetal kalp atımının olması ve progesteron düzeyinin yüksek olmasını da göz önüne alıp; yüksek dozla tedavi başlamak, belki bu hastanın daha erken sonuç almasını sağlayabilirdi. Progesteron yüksek ve fetal kalp atımı var olduğu sürece trofoblastik hücrelerin ortadan kaldırılması daha güç olacaktır. Özellikle progesteron düzeyi yüksek olan hastalar için ülkemizde bulunmasa da mifepriston (RU-486) yararlı olabilir.^{2,6}

Bu olgu sunumuna konu olan hastada progesteron ve β -hCG yüksekliğinin önüne geçmek ancak uterusun ana damarlarının embolizasyonundan sonra mümkün olmuştur. Klasik olarak metotreksat tedavisi β -hCG değeri 10.000 IU/mL'nin üzerinde olduğunda önerilmemektedir.¹¹ Ancak sezaryen skarı ya da serviks gibi, beslendiği ana damara anjiyografik olarak ulaşılabilen dış gebeliklerde, yüksek β -hCG değerlerine rağmen metotreksat ve embolizasyon birlikte kullanılarak uterusu koruyucu tedavi denenebilir.¹² Bu hastanın yönetiminde embolizasyonla da başarı elde edilemeseydi lokal KCl enjeksiyonuyla fetosid uygulamayı planlamıştır. Ancak embolizasyondan beş gün sonra kalp atımı durunca bu girişime gerek kalmamıştır. Lokal KCl ya da metotreksat enjeksiyonuyla da sezaryen skarındaki gebeliği ortadan kaldıran tedaviler de tanımlanmıştır. Bu seçenek özellikle teki sezaryen skarına yerleşmiş çoğul gebeliklerde, KCl kullanılarak sezaryen skarındaki gebeliği ortadan kaldırmak için iyi bir yoldur.¹

Sonuç olarak, sezaryen sıklığı bugünkü yüksek düzeylerinde kaldığı sürece sadece kanama, yara yeri enfeksiyonu gibi erken dönem komplikasyonlar değil; batın içi yapışıklıklar, plasenta implantasyon anomalileri ve sezaryen skar gebeliği gibi uzun dönem komplikasyonlarıyla daha sık karşılaşılacaktır. Hatta bazı yazarlar kendi çalıştıkları kliniklerde sezaryen skar gebeliğinin servikal gebeliklerden daha sık görüldüğünü belirtmektedirler.¹³ Sezaryen skar gebeliğinin çoklu tedavi seçenekleri kullanılarak da olsa uterusu koruyucu şekilde tedavisi, erken tanı, yakın ve dikkatli takip ile mümkündür.

KAYNAKLAR

1. Yazicioglu HF, Turgut S, Madazli R, Aygün M, Cebi Z, Sönmez S. An unusual case of heterotopic twin pregnancy managed successfully with selective fetocide. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(6):626-7.
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114(3):253-63.
3. Yalınkaya A, Bayhan G, Kale A, Yayla M. [The rate and indications of cesarean sections at Dicle University during 20 years' period]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2003;13(5):356-60.
4. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 2006;107(6):1373-81.
5. Larsen JV, Solomon MH. Pregnancy in a uterine scar sacculus: an unusual cause of postabortal haemorrhage. *S AfrMed J* 1978;53(4):142-3.
6. 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.
7. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57(8):537-43.
8. Çelik H, Gürateş B, Artaş Z, Deniz R, Artaş H. [The conservative treatment of cervical ectopic pregnancy with methotrexate: presentation of the two cases]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18 (3):202-6.
9. Deb S, Clewes J, Hewer C, Raine-Fenning N. The management of Cesarean scar ectopic pregnancy following treatment with methotrexate--a clinical challenge. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30(6):889-92.
10. Top C, Erikçi A, Danacı M. [Pancytopenia developed following low-dose methotrexate therapy: case report]. *Türkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol* 2003;14(2):93-5.
11. Nappi C, D'Elia A, Di Carlo C, Giordano E, De Placido G, Iaccarino V, et al. Conservative treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1999;14(4):1118-21.
12. Ghezzi F, Lagana D, Franchi M, Fugazzola C, Bolis P. Conservative treatment by chemotherapy and uterine arteries embolization of a cesarean scar pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103(1):88-91.
13. Shih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23 (3):306-7.