

Sezaryen Skar Gebeliği: Nadir Bir Olgu Sunumu

Cesarean Scar Pregnancy: A Rare Case Report

Engin KORKMAZER,^a
Neşe SOLAK^b

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Giresun

^bKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Akdağmadeni Devlet Hastanesi, Yozgat

Geliş Tarihi/Received: 18.12.2013
Kabul Tarihi/Accepted: 30.01.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:
Engin KORKMAZER
Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Giresun,
TÜRKİYE/TURKEY
ekorkmazer@yahoo.com

ÖZET Sezaryen skar gebelik (SSG)'leri, ektopik gebeliklerin ciddi komplikasyonlara sebep olabilen en nadir formudur. SSG insidansı son 10 yılda artan sezaryen oranlarıyla birlikte dünya çapında yükselmeye başlamıştır. Erken ve doğru teşhis ile terminasyon tedavi yönetiminde en önemli noktaları oluşturmaktadır. SSG klinik yönetiminde masif kan kaybının önlenmesi ve fertilitenin devamı için uterusun korunması temel amaçtır. Standart tedavi modalitesi hâlâ bilinmemektedir. Tedavi seçenekleri içinde dilatasyon ve küretaj, lokal veya sistemik metotreksat uygulaması, laparotomi, laparoskopi veya histeroskopi ile trofoblastik dokunun çıkarılması ve son zamanlarda denenilen uterin arter embolizasyonu bulunmaktadır. Bu olgu sunumunda, sezaryen skar gebeliği olan ve dilatasyon ve küretaj ile tedavi edilen bir olguyu paylaştık.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, ektopik; sezaryen

ABSTRACT Cesarean scar pregnancy (CSP) is the rarest form of ectopic pregnancies that can cause serious complications. The incidence of CSP has risen during the last decade because of rising cesarean section rates worldwide. An early and accurate diagnosis and termination constitute main points of the management. Clinical management of CSP should be the prevention of massive blood loss and the conservation of the uterus to maintain further fertility. Standard treatment of choice is still unknown. Many therapeutic options are available such as dilatation and curettage, local or systemically administered methotrexate, laparotomy, excision of trophoblastic tissues using either laparoscopy or hysteroscopy and uterine artery embolization. In this report, we present a patient with cesarean scar pregnancy who was successfully treated with dilatation and curettage.

Key Words: Pregnancy, ectopic; cesarean section

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(1):57-9

Ektopik gebelik, gebelik materyalinin endometrial kavite dışında bir yere yerleşmesidir. Sezaryen skar gebeliği (SSG), bir tür ektopik gebelik olup, en nadir görülen formlarından bir tanesidir. Çeşitli çalışmalarda sıklığı 1:1800 ile 1:2216 arasında rapor edilmiştir.¹ Ultrasonografi, erken teşhis sağlamanın yanında hızlı ve ulaşılabilir bir yöntem olması nedeniyle en önemli tanı aracıdır.^{2,3} Tanıda inkomplet abortus ve servikoistmik gebelikten ayrımı yapılmalıdır.^{4,5}

Biz de kliniğimizde SSG tanısı konan bir hastanın yönetimini literatür eşliğinde paylaştık.

OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında gravida 4, parite 2, abortus 1 olan hasta, adet gecikmesi nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın öyküsünde biri beş yıl diğeri 11 ay önce geçirilmiş iki tane alt segment transvers kesi ile yapılmış sezaryen mevcuttu. İlk sezaryeni makat geliş nedeni, ikincisi, geçirilmiş sezaryen nedeni yapılmıştı. Son adet tarihinin üstünde yedi hafta beş günlük bir süre geçmişti. Hastada belirgin bir klinik semptom mevcut değildi. Yapılan fizik muayenede anormal bir bulgu saptanmadı. Pelvik muayenede uterus normalden büyük olarak saptandı. Ultrasonografik incelemede uterin kavite boş olarak gözlenirken, eski insizyon skarına uyan bölgede içinde yolk sac seçilen 23x27 mm boyutlarında mesaneyeye uzaklığı 2,5 mm olan gebelik kesesi gözlemlendi (Resim 1). Serum beta- insan koriyonik gonadotropin (β -hCG) değeri 24 375 mIU/mL olarak saptandı. Vital bulguları stabil olan hastanın aktif bir semptomu yoktu ve hemoglobun değeri 11,5 g/dL olarak saptandı.

Hastaya SSG ön tanısıyla gebelik terminasyonu önerildi. Merkezimizin şartları dolayısıyla hasta ile görüşülerek bilgilendirildi ve onamı alınarak genel anestezi altında laparotomi şartlarında küretaj işlemi planlandı. Hasta dorsolitotomi pozisyonunda masaya alınarak serviks 9 no'lu hegar bujisi ile dilate edildi. 8 no'lu karmen aspiratörle kavite ultrason eşliğinde kürete edildi. İntraoperatif 200 cc kanaması olan hastanın işlem sonrası ka-



RESİM 1: Sezaryen skar gebeliği.

naması olmaması, vital bulgularının stabil seyretmesi ve geride rest materyal gözlenmemesi üzerine servise alındı. Hastaya postoperatif dönemde intravenöz metilergonovin ve oksitosin infüzyonu 24 saat süreyle yapıldı. Hastanın postoperatif altıncı saatte hemoglobun değeri 9,2 g/dL idi. Hasta, 48 saat gözlem altında tutulduktan sonra komplikasyon gelişmemesi üzerine önerilerle taburcu edildi. Postoperatif dördüncü günde bakılan β -hCG değeri 48,40 mIU/mL gelen hastanın izleminde postoperatif 14. günde β -hCG değeri negatifleşti.

TARTIŞMA

SSG, ilk kez 1978 yılında Larsen&Solomom tarafından tanımlanmıştır.⁶ Sezaryen oranının artmasıyla birlikte skar gebelik oranının yükseldiği görülmektedir. Patofizyolojisinde trofoblastların skar bölgesindeki mikroskobik defektif alana olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır.⁷ Risk faktörleri; özellikle iki ve üzeri sayıda sezaryen, dilatasyon ve küretajı (D&C), ektopik gebelik, plasental patolojilerin varlığı, gebeliğin in vitro fertilizasyonla sağlanmış olması ve önceki sezaryen ile gebelik gelişimi arasındaki sürenin kısalığıdır.⁸

Olguların çoğunluğunda ağrısız vajinal kanama (%38,6) görülebilmekle beraber, önemli bir kısmının asemptomatik (%36) seyir gösterebileceği unutulmamalıdır. Abdominal ağrı ile birlikte vajinal kanama varlığı (%15,8) veya sadece abdominal ağrı (%8,8) ise diğeri önemli klinik belirtilerdir.¹

Tanı anında gebelik yaşı ortalama 7,5±2,5 hafta, son sezaryen ile SSG arasında geçen süre 6-12 ay olarak bulunmuştur.^{2,8} Sunulan olguda gebelik yaşı yedi hafta beş gün olması, daha önce iki kez sezaryen olması ve son sezaryenin 11 ay önce olması literatür ile uyumlu görülmektedir.

SSG, erken tanı konulduğunda daha iyi prognoza sahip olan, nadir görülen bir ektopik gebelik türüdür.^{4,5} Ultrasonografik tanı kriterleri tam olarak netleşmemiş olmasına rağmen, benzerlikler içermektedir. Vial ve ark. SSG'nin tanı kriterlerini trofoblastların temel olarak mesane ve anterior uterin duvar arasında yerleşmesi, uterin kavitede fetal yapıların görülmemesi ve uterusun sagittal görünüşünde anterior uterin duvardaki devamlılığın

bozulması olarak tanımlarken, Timor-Tritsch ve ark. tanı kriterlerin uterin kavitenin boş olması, gestasyonel kesenin serviks ve kavite arasında olması, gestasyonel keseyi çevreleyen kan akımının varlığı, skar dokusuna gömülmüş gestasyonel kese, gestasyonel kese ve mesane arasında miyometriyumun incilmesi (1-3 mm) veya yokluğu ve gebelik kesesinin üçgen görünümde olması olarak tanımlamışlardır.^{9,10} Bizim olgumuz her iki yazarın kriterlerini de karşılamaktaydı.

SSG'nin plasenta accreta ve percreta'nın erken bir bulgusu olabileceği ortaya sürülmüştür.¹¹

SSG tedavisinde nadir görülmesinden dolayı henüz bir standart sağlanamamıştır. Bekleme tedavisi, küretaj, histeroskopik girişimler, laparotomi, sistemik veya lokal metotreksat uygulaması ve uterin arter embolizasyonu tedavi seçenekleri arasındadır. Bu tedaviler tek tek uygulanabildiği gibi, kombine edilerek de kullanılabilir. Son zamanlarda histeroskopik girişimler öne çıkmakta ve D&C ve sistemik metotreksat tedavilerinden uzak-

laşılmaktadır. Biz olgumuzda, merkezimizin şartlarını göz önüne alarak ve hasta ile riskleri paylaşarak D&C tedavisini tercih ettik. D&C ile tedavide komplikasyon oranı %61,9 olurken, histeroskopik girişimlerin ve lokal metotreksat tedavisinin komplikasyon oranı daha az görünmektedir (%18,4, %9,6).¹² Buna rağmen standart hale gelmiş bir tedavi modalitesi henüz yoktur. Literatürde tedavi modalitelerinin %41'inde tedavi esnasında ve sonrasında komplikasyona (masif kan kaybı, hemorajik şok, ikincil cerrahi girişimler) rastlanmıştır ve hastaların %88'i postoperatif dönemde transfüzyona ihtiyaç duymuştur.¹²

SSG, nadir görülen ama katastrofik sonuçlara yol açabilen bir ektopik gebelik şekli olduğundan erken tanısı ve tedavisi gereklidir. Artan sezaryen oranlarıyla birlikte gelecek 10 yıllık süreçte jinekologların daha sık karşılaşacağı bir antite olarak daha da önem kazanacaktır. Tedavi kişinin özelliklerine, merkezin olanaklarına ve cerrahın tecrübesine göre bireyselleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Rotas MA, Haberman S, Levgur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6):1373-81.
2. 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.
3. 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.
4. Einkenel J, Stumpp P, Kösling S, Horn LC, Höckel M. A misdiagnosed case of caesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 271(2):178-81.
5. Kung FT, Huang TL, Chen CW, Cheng YF. Image in reproductive medicine. Cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85(5):1508-9.
6. 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.
7. Tan G, Chong YS, Biswas A. Cesarean scar pregnancy: a diagnosis to consider carefully in patients with risk factors. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34(2):216-9.
8. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25(2):123-30.
9. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16(6):592-3.
10. 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.
11. Sinha P, Mishra M. Caesarean scar pregnancy: a precursor of placenta percreta/accreta. *J Obstet Gynaecol* 2012;32(7):621-3.
12. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accreta and cesarean scar pregnancy. A review. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(1):14-29.