

Sezaryen Skar Gebeliği: İki Olgu Sunumu

Cesarean Scar Pregnancy: Two Case Reports

Ahmet ŞAHBAZ *, İbrahim POLAT **, İsmet ALKIŞ **, Ali İsmet TEKİRDAĞ **

* Cide Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

** Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

ÖZET

Sezaryen skar gebeliği, her ne kadar en nadir ektopik gebelik formlarından birisi olsa da insidansı, hızla artmakta olan sezaryen doğum oranları nedeniyle yükselmektedir. Nadir görülüyor olmasına karşın obstetrik kliniğinin yaşamı en tehdit edici acillerindedir. Bu çalışmamızda, hastanemizde tanısı konan ve tedavisi yapılan iki sezaryen skar gebelik olgu sunumunu yaşamı tehdit edici bu obstetrik acil hakkında dikkat çekmek amaçlı sunduk.

Anahtar kelimeler: sezaryen skar gebelik, ektopik gebelik

SUMMARY

Although cesarean scar pregnancy is one of the rarest form of ectopic pregnancy, it's incidence is rising along with highly increasing cesarean section delivery ratios. Cesarean scar pregnancy is also one of the most life threatening emergency of the obstetrical clinic. We hereby report two cases of cesarean scar pregnancy diagnosed and treated in our hospital in order to bring attention to this highly devastating obstetric emergency.

Key words: cesarean scar pregnancy, ectopic pregnancy

GİRİŞ

En nadir ektopik gebelik formlarındandır biri olan sezaryen skar gebeliğinin insidansı 1: 1800 ile 1: 2216 arasında değişmektedir ⁽¹⁾. Miyometriyumun mikroskopik bir yol ile invazyonu olası en muhtemel oluş mekanizmasıdır. Bu yol, dilatasyon/kürtaj, miyomektomi, geçirilmiş sezaryen gibi üterin cerrahiler sonucu gelişir ⁽²⁾. Çok izlenmemesi nedeniyle genel kabul görmüş bir klinik yönetim şekli mevcut değildir ⁽¹⁾. Her ne kadar, ektopik gebelik formları içinde en nadir olanlarından ise de risk faktörlerine sahip olan hastalarda ayrıca tanıda göz önünde bulundurulmalıdır. Erken tanı ve tedavi ile yaşamı tehdit edebilecek komplikasyonlar önlenebilir ve fertilitte koruyucu tedavi yöntemi uygulanabilir.

Bu çalışmamızda hastanemiz kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran ve sezaryen skar gebeliği tanısı koyduğumuz iki olgunun tanı ve tedavisi sırasında izlenen süreci olgu sunumu olarak sunduk.

OLGU 1

Öncesinde dört adet sezaryen ile doğum öyküsü mevcut olan 33 yaşında, gravidası 5 paritesi 4, olan kadın hasta pelvik ağrı ve amenore yakınlaması ile acil jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde vital bulguları stabil, collum kapalıydı. Hastanın yapılan transvajinal ve abdominal ultrasonografisinde uterus ön yüzde insizyon hattına uyan bölgede 7 hafta 3 gün ile uyumlu fetal kalp atımı (FKA) olmayan bir sezaryen skar gebelik ön tanısı konuldu (Şekil 1). Hastaya olası tedavi seçenekleri ve riskleri anlatılarak cerrahi tedavi uygulanmasına karar verildi. Operasyon sırasında hastanın uterin insizyon hattında gelişen skar gebeliği teyit edildi. Gebelik materyali eksize edildi, operasyon sırasında mesane peritonu sezaryen skarı ile komşuluğu nedenli mesane hasarı oluşması üzerine operasyonda mesane primer olarak onarıldı. Hastanın takiplerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

Alındığı tarih: 25.08.2012

Kabul tarihi: 05.03.2013

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Ahmet Şahbaz, Tayyareci Sadık Sok. Çağrı Apt. No: 22/13 Yenimahalle / Bakırköy - İstanbul

e-posta: drsahbazahmet@yahoo.com



Şekil 1. Skar gebeliğe ait ultrasonografi görüntüsü. Embriyo (ok) CRL: 7 hafta 3 gün, FKA(-) negatif.



Şekil 2. İkinci hastaya ait ultrasonografi görüntüsü. CRL: 7 hafta, FKA(-) negatif embriyo (ok).

OLGU 2

Özgeçmişinde 1 adet normal spontan vajinal doğumu ve 3 adet geçirilmiş sezaryen doğumu olan hasta (38 yaş, gravida 5, parite 4) başka bir sağlık kurumundan hastanemize missed abort ön tanısıyla yönlendirildi. Fizik muayenesinde; vital bulguları stabil, collum kapalıydı. Hastanın yapılan trans-vajinal ve abdominal ultrasonografisinde insizyon hattına uyan bölgede 7 hafta ile uyumlu FKA' sı olmayan sezaryen skar gebeliği izlendi (Şekil 2). Hastaya, tek doz metotreksat protokolüne uygun olarak (metotreksat 50 mg/m²) metotreksat tedavisi uygulandı (3). Hastanın takiplerinde B HCG değerinde referans değerinin % 50'sinden fazla azalma olması üzerine ayakta takip edilmek üzere hasta taburcu edildi. Hastanın takiplerinde herhangi bir sorun ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Son yıllarda sezaryen ile doğumların artmasıyla sezaryen skar gebelik görülme sıklığında artış izlenmektedir (2). Endometrial ve miyometrial hatta ayrılma ve sezaryen insizyonuna bağlı skarlaşma, endometrial ve miyometrial hattın

bozulması sezaryen skar gebelik patofizyolojisinin temellerini oluşturmaktadır (2). SSG olguları, ağrısız vajinal kanama, karın ağrısı, kanamaya eşlik eden karın ağrısı gibi yakınmalar ile kliniğe başvurabileceği gibi asemptomatik olarak rutin sonografik inceleme sırasında da tespit edilebilir (4). Ortalama gestasyonel hafta 5.-6. gebelik haftasındadır, ancak 16. gebelik haftasında da bildirilmiş olgular mevcuttur (5,6). Olguların % 37'si insidental olarak tespit edilmiştir (4). Çoğu asemptomatik uterin skar gebelik, yanlış tanı sonrası uterin kürtaj uygulanıp, yoğun kanama ve acil histerektomi ile sonuçlanabilmektedir (7). Olgularımızdan birisi karın ağrısı ile kliniğimize başvurdu diğer olgu ise asemptomatik iken, yapılan ultrasonografi sırasında missed abort ön tanısıyla kliniğimize refer edilmesi sonucu tanı aldı.

Uterusun panoramik görüntülenmesine olanak sağlaması nedeniyle, SSG tanısında trans-vajinal ultrasonografi ve abdominal ultrasonografi beraber kullanılması tavsiye edilmektedir (8). SSG tanısı için transvajinal ultrasonografi tanı kriterleri: 1) boş uterus; 2) boş servikal kanal; 3) uterus istmik kısım yerleşimli gestasyonel kese ile mesane arasında azalmış miyometrial tabaka; 4)

sagittal görüntüde uterus ön duvarında kesinti izlenmesi^(1,2,9). Her iki olgumuzda da transvajinal ve abdominal ultrasonografiyi birlikte kullanarak tanıya ulaştık.

SSG tedavisinde metotreksat uygulaması (doğrudan veya sistemik), laparotomi veya laparaskopi ile wedge rezeksiyon, dilatasyon ve kürtaj, histerektomi eşliğinde kürtaj, uterin arter embolizasyonu kullanılmaktadır^(2,4,5). Gestasyonel kese, ağrılı olarak fibröz doku ile çevrili olduğundan, farmakolojik tedavide β -hCG değerlerinde geç düşüş izlenebilir (Ravhon et al). Rüptür sonucu yoğun kanama izlenebilir, sonraki gebeliklerde tekrarlama riski ve artmış rüptür riskinin mevcut olduğu bildirilmiştir⁽²⁾. Dilatasyon ve kürtaj uygulanması sonucu hastaların % 76.1'inde ciddi kanama ile karşılaşıldığı bildirilmiştir⁽⁴⁾. Fertilitenin korunması ve rekürenslerin önlenmesi için laparotomi ile implante gebeliğin kama rezeksiyonunun tercih edilmesi gerektiğini bildiren çalışmalar mevcuttur^(9,10). Her iki hastamıza da olası tedavi modaliteleri ve riskleri anlatıldıktan sonra ilk hastamızda laparotomi ile gebelik materyalinin rezeksiyonunu, diğer hastamız da ise metotreksat ile tedavi yöntemini uyguladık.

SONUÇ

Sezaryen skar gebeliği, artmış sezaryen oranları ile orantılı olarak artsa da, en nadir ektopik gebelik formlarından birisidir. Tanının konmasında gecikme yaşamı tehdit edici sonuçlara neden olabileceği gibi yanlış tanı konması halinde gereksiz ve komplikasyonlara neden olabilecek tıbbi girişimler ile sonuçlanabilir. Geçirilmiş uterin skarı veya skar gebelik öyküsü olan hastaların gebeliklerinde transvajinal ultrasonografi ile yeni gebelik lokalizasyonları erken olarak belirlenmeli ve bu gibi riskli gebeliklerde sezaryen skar gebeliği ayırıcı tanılarımız arasında olmalıdır. Literatürdeki çalışmaların çoğu olgu sunumları ya da olgu serileri olduğundan etkin tedavi yöntemi ile ilgili çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. **Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al.** First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220-227. <http://dx.doi.org/10.1002/uog.56> PMID:12666214
2. **Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al.** Ectopic pregnancies in cesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Human Reprod* 2004;19:278-284. <http://dx.doi.org/10.1093/humrep/deh060> PMID:14747167
3. **Glock JL, Jhonson JV, Brumsted JR.** Efficacy and safety of single dose systemic methotrexate in the treatment of ectopic pregnancy, *Fertil Steril* 1994;62:716-718. PMID:7926078
4. **Rotas MA, Haberman S, Levгур M.** Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-1377. <http://dx.doi.org/10.1097/01.AOG.0000218690.24494.ce> PMID:16738166
5. **Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL.** A cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-253. <http://dx.doi.org/10.1002/uog.974> PMID:15027012
6. **Smith A, Maxwell D, Ash A.** Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007;35:212-215. <http://dx.doi.org/10.1002/jcu.20270> PMID:17366559
7. **Einenkel J, Stumpp P, Kosling S, Horn LC, Hockel M.** A misdiagnosed case of cesarean scar pregnancy. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:178-181. <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-004-0683-1> PMID:15645280
8. **Chao AS, Chao A, Wang CJ.** Cesarean scar pregnancy: An emerging Challenge. *J Med Ultrasound* 2008;16(4):268-271. [http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6441\(09\)60004-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0929-6441(09)60004-7)
9. **Flystra DL.** Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002;57:754-757.
10. **Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P.** Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:592-593. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0705.2000.00300-2.x> PMID:11169360