

Editör'e Mektup

Sayın Editör,

Şahbaz ve ark.⁽¹⁾ imzalı, derginiz Mayıs 2013 sayısında yayınlanan “Sezaryen Skar Gebeliği: İki Olgu Sunumu” başlıklı olgu sunumunu ilgi ile okudum. Yazarları bu başarılı çalışmadan ötürü kutladıktan sonra yayın ile ilgili birkaç katkıda bulunmak istiyorum.

Yayının tartışma bölümünde sezaryen skar gebeliği (SSG) tedavisi, “SSG tedavisinde metotreksat uygulaması (doğrudan veya sistemik), laparotomi veya laparaskopi ile wedge rezeksiyon, dilatasyon ve kürtaj, histereskopi eşliğinde kürtaj, uterin arter embolizasyonu kullanılmaktadır,” diye özetlenmiştir⁽¹⁾. Tedavi seçeneklerinin daha genel bir tasnif yapılarak; konservatif medikal tedaviler, lokal enjeksiyon tedavileri, cerrahi kese (sac) aspirasyonu, küretaj, cerrahi rezeksiyon, uterin arter embolizasyonu ile bunların çeşitli kombinasyonları şeklinde belirtmenin daha uygun olacağı düşüncesindeyim^(2,3).

İkinci bir konu olarak; yayında sunulan her iki olgunun da fetal kalp atımı olmadığı belirtilmiş, ancak serum β -HCG değerleri sunulmamıştır⁽¹⁾. Sistemik metotreksat ile tedavi edilen 2. olgunun serum β -HCG değeri önem göstermektedir. Çünkü yüksek serum β -HCG titresi olan ve/veya embriyonal kardiyak aktivitenin izlendiği olgularda tek başına sistemik metotreksat kullanılması durumunda başarı oranlarının düşük olması nedeni ile sistemik tedavilerin fetal intrakardiyak KCl gibi lokal tedavilerle kombinasyonu daha uygun bir tedavi şekli olarak gözükmektedir^(3,4).

Saygılarımla.

KAYNAKLAR

1. Şahbaz A, Polat İ, Alkış İ, Tekirdağ Aİ. Sezaryen skar gebeliği: İki olgu sunumu. *JOPP Derg* 2013;5:94-6.
2. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25:123-30. <http://dx.doi.org/10.1055/s-2007-970051>
PMid:17377899
3. Yazıcı G, Savaş A, Dilek U, Dilek S. Canlı sezaryen skar gebeliğinin intrakardiyak KCL ve sistemik metotreksat kombinasyonu ile tedavisi: Olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 2009;17:85-9.
4. Smorgick N, Vaknin Z, Pansky M, Halperin R, Herman A, et al. Combined local and systemic methotrexate treatment of viable ectopic pregnancy: outcomes of 31 cases. *J Clin Ultrasound* 2008;36:545-50. <http://dx.doi.org/10.1002/jcu.20506>
PMid:18626871

Aysun Savaş

Yahyalı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

Yazarın Cevabı

Yazarın, yazımıza olan ilgisinden ve katkılarına teşekkür ederiz. Sezaryen skar gebeliği (SSG) tedavisi üzerinde henüz bir fikir birlikteliği yoktur ve çalışmalar daha çok olgu bazlı çalışmalardır. Okuyucuları bu konuda daha da aydınlatmak amaçlı SSG'li olgularda tedavi modalitelerini daha ayrıntılı açıkladık. Olgu serilerinde ve derlemelerde SSG hakkında bildirilen tedavi seçeneklerini⁽¹⁻⁴⁾ aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

Alındığı tarih: 12.07.2013

Kabul tarihi: 23.08.2013

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Aysun Savaş, Yahyalı Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Kayseri

e-posta: aysunefesoy@gmail.com

1) Bekleme Tedavisi

Gebeliğin devamını isteyen ve ultrasonda gebelik kesesinin uterin kaviteye doğru geliştiğinin gösterildiği olgularda tercih edilebilir ⁽³⁾.

Eğer bekleme tedavi yöntemi tercih edilecekse hastaya ilerleyen gebelik haftalarında uterin rüptürün gerçekleşebileceğinin anlatılması gerekmektedir.

2) Medikal Tedavi

Medikal tedavi özellikle trofoblast dokunun mesane üzerinde veziko-uterin boşluğa yaklaştığı olgularda tercih edilmesi önerilmektedir ^(1,4). Ayrıca ağrısı olmayan, hemodinamisi stabil, rüptüre olmamış, gebelik haftası ≤ 8. gebelik haftası olan ve kese ile mesane arasındaki miyometrial kalınlığın 2 mm'den az olduğu SSG'li olgularda da konservatif medikal tedavi önerilebilir ⁽¹⁾.

a) *Yalnız Metotraksat tedavisi*

B-hCG düzeylerinin 5000 mIU/ml olduğu olgularda 50 mg/m² Metotreksat tedavisine iyi yanıt alınabilmektedir ^(5,6).

b) *Lokal Embriosidler*

Metotraksatın yarı ömrünün uzun olması ve SSG'nin çevreleyen fibröz dokunun vaskülarizasyonun görece daha az olması nedeniyle sistemik Metotraksat tedavisini etkinliğini sınırlandırmaktadır. İlk defa kese içine metotraksat uygulaması Godin ve ark. ⁽⁷⁾ tarafından gerçekleştirilmiştir.

KCI ⁽⁷⁾, hiperosmolar glukoz ⁽⁸⁾, kristalin triksantin ⁽⁹⁾ gibi embriosidler de ultrason eşliğinde kese içerisine uygulanmıştır.

c) *Kombine Tedavi*

Bazı yazarlar, klinik tedavi başarısını artırmak için, farklı farmakolojik ajanların kombine kullanımını önermektedirler: lokal hiperosmolar glukoz enjeksiyonu ve oral metotraksat uygulaması, servikal triksantin uygulaması sonrası mifepriston veya metotraksat uygulaması, lokal KCI enjeksiyonu sonrası, kese içine metotraksat uygulaması ⁽⁸⁻¹¹⁾.

3) Cerrahi Tedavi

i) *Histereskopi*

SSG'de histereskopi uygulaması ilk defa Wang ve ark. ⁽¹²⁾ tarafından uygulanmıştır. Robinson ve ark. ⁽¹³⁾ olası mesane hasarını önlemek ve kanama kontrolü amaçlı laparoskopi eşliğinde histereskopi ile SSG boşaltımını bildirmişlerdir.

ii) *Laparoskopi*

Karın boşluğuna ve mesaneye doğru yerleşim gösteren, hemodinamisi stabil SSG'li olgularda tercih edilmektedir.

iii) *Laparotomi*

Uterin rüptür şüphesi olan olgularda SSG'nin wedge rezeksiyonu zorunludur. Bu yöntem ile SSG'nin tam çıkartımı ve skar dokunun onarımına olanak sağlar ⁽¹⁻³⁾. Rezidüel trofoblast dokusunun tam çıkartılmasını sağlar ve mikrotübüler yolların tam eksizyonu ile SSG rekürenlerini önler ^(3,14). Ancak, daha uzun süre hastanede yatış ve post-operatif adezyon ve plasenta previa riskini artırmaktadır ^(3,14).

iv) *Uterin küretaj ve kese aspirasyonu*

Tek başına, SSG'nin körlemesine küretajı yetersiz görülmekte ve önerilmemektedir ⁽¹⁵⁾. Ancak, 7. gebelik haftasından daha erken haftalarda ve miyometrial kalınlığın 3,5 mm'den fazla olduğu olgularda tavsiye edilmektedir ⁽¹⁵⁾.

4) Uterin Arter Embolizasyonu

Tek başına UAE'den çok, lokal/sistemik metotratsat uygulaması, uterin küretaj gibi tedavi modaliteleri ile kombine şekilde bildirilmiş olgu serileri bildirilmiştir ⁽¹⁶⁾.

Yazımızdaki ilk olgunun serum B-hcg değeri 2820 mIU/ml, ikinci olgunun serum B-hcg değeri ise 1940 mIU/ml idi.

Yukarıda söz ettiği gibi halihazırda tavsiye edilen kesin bir tedavi modalitesi yoktur, ancak hasta bazlı olarak mevcut tedavi seçeneklerinden uygun olanı seçilebilir.

KAYNAKLAR

1. **Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneiderand D, Herman A.** Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Human Reproduction Update* 2004;10(6):515-23.
<http://dx.doi.org/10.1093/humupd/dmh042>
PMid:15375087
2. **Litwicka K and Greco E.** Caesarean scar pregnancy: a review of management options. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2011;23:415-21.
<http://dx.doi.org/10.1097/GCO.0b013e32834cef0c>
PMid:22011956
3. **Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P.** Pregnancy in a caesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:592-3.
<http://dx.doi.org/10.1046/j.1469-0705.2000.00300-2.x>
PMid:11169360
4. **Sadeghi H, Rutherford T, Rackow B, et al.** Cesarean scar pregnancy: a case series and review of the literature. *Am J Perinatol* 2010;7:111-20.
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0029-1224874>
PMid:19504427
5. **Shufaro Y, Nadjari M.** Implantation of a gestational sac in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2001;75:1217.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(01\)01795-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(01)01795-2)
6. **Ravhon A, Ben-Chetrit A, Rabinowitz R, et al.** Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy in a thin uterine scar. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:628-9.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11547.x>
PMid:9166212
7. **Godin P, Bassil S, Donnez J.** Ectopic pregnancy developing in a previous caesarean section scar. *Fertil Steril* 1997;67:398-400.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282\(97\)81930-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0015-0282(97)81930-9)
8. **Roberts H, Kohlenber C, Lanzarone V, Murray H.** Ectopic pregnancy in lower uterine segment uterine scar. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 1998;38:114-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-828X.1998.tb02976.x>
9. **Weimin W, Wenqing L.** Effect of early pregnancy on a previous lower segment caesarean section scar. *Int J Gynecol Obstet* 2002;77:201-7.
[http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(02\)00018-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(02)00018-8)
10. **Donnez J, Godin P, Bassil S.** Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy within a thin uterine scar. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1216-7.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb10956.x>
11. **Chiang A, La V, Chou C, et al.** Ectopic pregnancy in a caesarean section scar. *Fertil Steril* 2011;95:2388-9.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.03.104>
PMid:21497339
12. **Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, et al.** Caesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG* 2005;112:839-40.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00532.x>
PMid:15924549
13. **Robinson J, Dayal M, Gindoff P, Frankfurter D.** A novel surgical treatment for caesarean scar pregnancy: laparoscopically assisted operative hysteroscopy. *Fertil Steril* 2009;92:1497.e13-1497.e16.
14. **Flystra DL, Pound-Chang T, Miller MG, et al.** Ectopic pregnancy within a caesarean delivery scar: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:302-4.
<http://dx.doi.org/10.1067/mob.2002.125998>
15. **Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, et al.** Endoscopic management of caesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006;85:494-7.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1322>
PMid:16595234
16. **Yang XY, Yu H, Li KM, et al.** Uterine artery embolization combined with local methotrexate for treatment of caesarean scar pregnancy. *BJOG* 2010;117:990-6.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02578.x>
PMid:20536432

Ahmet ŞAHBAZ

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Zonguldak