



# Sezaryen skar gebeliği: Olgu sunumu

Veli Mihmanlı<sup>1</sup>, Arman Kegam Yeramyan<sup>1</sup>, Aydın Kılınç<sup>1</sup>, Miraç Özalp<sup>1</sup>, Mehmet Fatih Fındık<sup>1</sup>

## ÖZET:

Sezaryen skar gebeliği: Olgu sunumu

Sezaryen skar gebeliği, ektopik gebeliğin nadir görülen bir tipidir ve gebeliğin sezaryen skarında myometriyum içerisinde gelişmesiyle oluşur. Potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur. Erken tanı konularak süratle tedavi edilmezse uterin rüptür, kanama ve maternal ölüm görülebilir. Sezaryen skar gebeliği için, dilatasyon ve küretaj, lokal veya sistemik methotrexate, laparotomi veya laparoskopik ile trofoblastik dokunun eksizyonu ve uterin arter embolizasyonu gibi bir çok tedavi şekli mevcuttur. Bu yazıda, Dilatasyon, Küretaj ve foley kateteri balonu uygulanarak tedavi edilen sezaryen skar gebeliği olgusunu sunmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** Sezaryen skar gebeliği, dilatasyon ve küretaj, ektopik gebelik

## ABSTRACT:

Cesarean scar pregnancy: a case report

Cesarean scar pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy and refers to implantation of a pregnancy within the myometrium at the site of a prior cesarean scar. Cesarean ectopic pregnancy is a potentially life-threatening condition that, if not detected early and managed aggressively, can result in uterine rupture, hemorrhage and maternal death. Many therapeutic options are available such as dilatation and curettage, local or systemically administered methotrexate, excision of trophoblastic tissues using either laparotomy or laparoscopy and uterine artery embolization. Through this paper, we aimed to present a case of cesarean scar pregnancy that was managed by dilatation, curettage and foley catheter bolloon.

**Key words:** Cesarean scar pregnancy, dilatation and curettage, ectopic pregnancy

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2012;46(4):214-216

<sup>1</sup>Dr., Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Dr. Veli Mihmanlı, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul-Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-314-5555

E-posta / E-mail: velimihmanli@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:  
04 Kasım 2012 / November 04, 2012

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
19 Kasım 2012 / November 19, 2012

## GİRİŞ

Sezaryen skar gebeliği, gebelik kesesinin geçirilmiş sezaryen skarında myometriyum içerisinde gelişmesiyle oluşan, ektopik gebeliğin nadir görülen formlarından bir tanesidir ve ilk olarak 1978 yılında Larsen ve Solomon tarafından bildirilmiştir (1,2). Görülme sıklığı, tüm gebelikler için 1/1800-1/2216, geçirilmiş sezaryen öyküsü olanlarda ise %0.15'dir. Sezaryen oranının giderek artması ve yüksek rezolüsyonlu ultrasonografi cihazlarının kullanıma girmesiyle görülme sıklığında son yıllarda artış olmuştur (3). Sezaryen skar gebeliği potansiyel olarak yaşamı tehdit eden bir durumdur ve erken tanı konularak tedavi edilmezse uterin rüptür, hemoraji, dissemine intravasküler koagülasyon ve sonucunda da maternal

ölüm görülebilir (1). Sezaryen skar gebeliği çok nadir görülmesi nedeniyle literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde bildirilmektedir. Bundan dolayı tedavi protokolü konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Bekleme tedavisi, dilatasyon ve küretaj, lokal veya sistemik methotrexate (MTX), lokal potasyum klorid (KCl), uterin arter embolizasyonu, histeroskopi, laparotomi veya laparoskopik eksizyon ve histerektomi gibi tedavi seçenekleri bildirilmiştir. Erken ve doğru tanı, alternatif tedavi seçenekleri ve kombinasyonları ile ciddi komplikasyonları önlemek için çok önemlidir (4,5).

Bu yazıda, dilatasyon ve küretaj sonrası foley kateteri balonu uygulanarak tedavi edilen 7 haftalık canlı sezaryen skar gebeliği literatür eşliğinde tartışıldı.

## OLGU

35 yaşında, gravida 3 Partus 2 olan, 30 günlük adet rötari ile dış merkeze başvuran hastada, gebelik kesesinin alt uterin segmentte lokalize olduğu tespit edilerek, sezaryen skar gebeliği ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Hastanın 16 yıllık evli olduğu, birincisi 15 ikincisi 13 yıl önce olmak üzere iki kez sezaryen operasyonu geçirdiği öğrenildi. Yapılan ultrasonografide, geçirilmiş sezaryen skar bölgesine uyan lokalizasyonda 29 mm çapında serviko-istmik kaviteye doğru protrüze olan gestasyonel kese mevcuttu. Kese içerisinde crown-rump length'i (CRL) 11.4 mm olan 7 hafta 2 gün ile uyumlu canlı embriyo görüldü. Uterin kavitenin ve servikal kanalın boş olduğu tespit edildi. Gebelik kesesi ile mesane arasındaki miyometrial kalınlık 3 mm olarak ölçüldü (Resim1). Hasta sezaryen skar gebeliği ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Ameliyathane koşullarında olası bir hemoraji ve rüptür riski açısından laparotomi hazırlığı da yapılarak genel anestezi altında ultrasonografi eşliğinde dokuz nolu hegar bujisi girinceye kadar servikal kanal dilate edildi ve dokuz nolu kanül ile gebelik ürünü aspire edildi. Ciddi hemoraji ve rüptür gelişmedi. Kanama kontrolünün sağlanması amacıyla için işlem sonrası foley kateter balonu 30cc serum fizyolojik ile şişirilerek uterin kavitede bırakıldı. On iki saat sonra foley kateter alın-



**Resim 1:** Myometrial kalınlığın 3 mm olduğu istmik ön duvara ait ultrasonografi görüntüsü

dı. İşlem sonrası ikinci günde hasta komplikasyonsuz bir şekilde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Sezaryen skar gebeliği ektopik gebeliğin nadir görülen formlarından birisidir. Sezaryen oranlarının artmasıyla birlikte görülme sıklığı da artmaktadır. Geçirilmiş sezaryen öyküsü olan bir hastada alt uterin segmentte gebelik kesesi tespit edilmişse ve servikal os kapalı ise, sezaryen skar gebeliği düşünülerek, spontan abortus ve serviko-istmik gebelikten ayırıcı tanısı yapılmalıdır (6).

Sezaryen skar gebeliği için tanı kriterleri tanımlanmıştır. Bunlar; boş uterin kavite ve servikal kanal, gebelik kesesinin anterior uterin duvarda istmik bölgede tespit edilmesi, mesane ile gebelik kesesi arasında sağlıklı miyometrial dokunun olmaması ve doppler ultrasonografide gebelik kesesi çevresinde yüksek hızda düşük dirençli peri-trofoblastik vasküler akım saptanmasıdır (7).

Olgumuzda ultrasonografi de uterin kavite ve servikal kanalın boş olduğu gözlemlendi. Gebelik kesesi ile mesane arasında miyometrial dokunun kalınlığı da 3 mm olarak ölçüldü. Gebelik kesesinin 29 mm çapta olduğu ve serviko-istmik kaviteye doğru protrüze olduğu tespit edildi.

Rotas ve ark.(8), literatürde bildirilen sezaryen skar gebeliğe sahip elli yedi hastanın bulgularını incelemişler ve %36.8'inin asemptomatik olduğunu, %38.6'sının ağrısız vajinal kanama, %24.6'sının da abdominal ağrı ile başvurduğunu, ortalama gebelik yaşınının da  $7.5 \pm 2.5$  hafta olduğunu tespit etmişlerdir.

Olgumuz, Asemptomatik ve 7 hafta 2 günlük gebelik mevcuttu.

Sezaryen skar ektopik gebeliği için bir çok tedavi seçeneği öne sürülmüştür. Bunlar; bekleme tedavisi, sistemik ve lokal methotrexate, lokal potasyum klorid, uterin arter embolizasyonu, histeroskopi, dilatasyon ve küretaj, laparotomi veya laparoskopi ile miyometrial wedge rezeksiyonu ve histerektomidir (4).

Sadeghi ve ark.(1), literatürde 1995-2008 yılları arasında yayınlanan tüm sezaryen skar gebeliklerini incelemişler ve 21 olgunun bekleme tedavisi ile takip edildiğini, bunların 14'üne (%67) sonradan cerrahi

girişim gerektiğini, girişim yapılan hastalarında 6 sına (%29) histerektomi yapıldığını, lokal MTX ve KCl ile 50 hastanın tedavi edildiğini bunların 23 üne (%46) ek cerrahi girişim gerektiğini ve hiçbirisine histerektomi yapılmadığını, sistemik MTX tedavisi alan 27 hastanın 16'sına (59%) ek cerrahi girişim gerektiğini, bunların 3'üne (%11) histerektomi yapıldığını, sistemik ve lokal tedavinin birlikte uygulandığı 19 hastanın 5'ine (%26) ek cerrahi girişim gerektiğini ve hiçbir hastaya histerektomi yapılmadığını, dilatasyon ve küretaj işleminin başlangıç tedavisi olarak yapıldığı 108 hastanın 58'ine (%54) ek cerrahi girişim gerektiğini ve bunların 9'una (%8) histerektomi yapıldığını, uterin arter embolizasyonu yapılan 19 hastanın tama-

mına ek cerrahi girişim gerektiğini, bunların 2'sine (%11) ise histerektomi yapıldığını, laparotomi yada laparoskopi işleminin ilk tedavi seçeneği olarak kullanıldığı 31 hastanın da 4'üne (%13) histerektomi yapıldığını tespit etmişlerdir.

Çok nadir görülen sezaryen skar gebeliği, literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde sunulduğu için ilk seçilecek tedavi konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Seçilecek tedavi yöntemi, gebeliğin büyüklüğüne, hastanın semptomlarının şiddetine,  $\beta$ -HCG seviyelerine ve hastanın tedavisini üstlenen hekimin tecrübesine bağlıdır. Erken tanı ve tedavi ciddi komplikasyonları önlemek açısından çok önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Sadeghi H, Rutherford T, Rackow BW, Champell KH, et al. Cesarean scar ectopic pregnancy: case series and review of the literature. *American Journal of Perinatology* 2010; 27(2): 111-20.
2. Arslan M, Pata O, Dilek TUK, Aktas A, Aban M, Dilek S: Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage. *International journal of gynecology and obstetrics* 2005; 89:163-66.
3. Chueh HY, Cheng PJ, Wang CW et al. Ectopic twin pregnancy in cesrean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report. *Fertility and Sterility* 2008; 90(5): 2009.e19-e21.
4. Korkontzelos I, Tsirkas P, Antoniou N, Souliotis D, Kosmas I: Succesful term pregnancy after treatment of cesarean scar ectopic gestation by endoscopic technique and conservative therapy. *Fertility and Sterility* 2008; 90(5): 2010.e13-e15.
5. Goynumer G, Gokcen C, Senturk B, Turkgeldi E. Treatment of a viable cesarean scar pregnancy with transvaginal methotrexate and potassium chloride injection. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280: 869-72.
6. Tan G, Chong YS, Biswas A. Cesarean scar pregnancy: A diagnosis to consider carefully in patients with risk factors. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34:216-19.
7. Fadhlouai A, Khrouf M, Khemiri K, Noura K, Chaker A, Zhioua F. Succesful conservative treatment of a cesarean scar pregnancy with systemically administered methotrexate and subsequent dilatation and curettage: a case report. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology* 2012 Article ID 248564.
8. Rotas MA, Haberman S, Levigur M: Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6): 1373-81.