

Sezeryan Skar Dokusunda Ektopik Gebelikli bir olgu: Transabdominal US ve MRG Bulguları ile Vakum Küretaj Tedavisi Sonuçları

A Case With Ectopic Pregnancy in a Cesarean Section Scar: The Results of Vacuum Curvetage Therapy With Transabdominal US and MRI Findings

Ömer Faruk Topaloğlu¹, Mustafa Koplay^{1*}, Nusret Seher¹, Setenay Arzu Yılmaz², Abidin Kiliçer¹, Mustafa Gazi Uçar²

¹Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

²Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

ÖZET

Sezeryen skarektopik gebelik, önceki sezaryen bölgesinde yerleşmiş yeni gebelik kesesi olarak tanımlanan oldukça nadir bir durumdur. Sezeryan sayılarının artması ve tanı araçlarındaki özellikle sonografik incelemenin gelişmesi sayesinde insidansında son yıllarda artma görülmektedir. Tanıda zorlanıldığı durumlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRG) problem çözücü olarak yardımcı olabilmektedir. Tedavide medikal tedaviden cerrahi tedaviye kadar değişen çeşitli yönetim seçenekleri bulunmaktadır. Bu yazıda, sezeryan skar ektopik gebeliğinde kullanılan transabdominal ultrasonografi ve MRG bulguları ve tedavi stratejileri ile birlikte mevcut literatürün kısa bir gözden geçirmesi sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sezeryan skarı, gebelik, US, MRG, tedavi

ABSTRACT

Caesarean section ectopic pregnancy is a rare condition which is defined as a new gestational sac located in the previous caesarean section. The incidence is increasing in recent years due to the increase in the number of cesarean sections and the development of sonographic examination. Magnetic resonance imaging can be helpful as a problem solver in cases of difficulty in diagnosis. There are various management options ranging from medical treatment to surgical treatment. In this study, we present transabdominal ultrasonography and MR imaging findings and treatment strategies used in cesarean scar ectopic pregnancy with a brief review of the current literature.

Key Words: Cesarean section scar, pregnancy, US, MRI, treatment

Giriş

Sezeryan skar ektopik gebeliği, bir önceki sezeryan skarının miyometriyumuna gömülü oluşan ektopik gebelik olarak tanımlanır (1). Önceden sezaryen geçirmiş kadınlarda tüm ektopik gebeliklerin sadece %6'sını temsil eden sezeryan skar ektopik gebeliği nadir görülür. Ancak dünya çapındaki sezeryan sıklığının artması nedeniyle görülme sıklığının artmış olduğu düşünülmektedir. Tahmini insidans, en az bir sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda 1/2.000 veya %0.15'tir (2). Ultrasonografi (US) sezeryan skar gebeliğinin erken ve doğru teşhisinde ve erken tanı ile uterus rüptür, hemoraji, hipovolemik şok gibi ölümcül

maternal komplikasyonların gelişmesinin önlenmesinde önemlidir (3,4). Tedaviler arasında ektopik gebelik kitlesinin lokal rezeksiyonu, dilatasyon ve küretaj (D&C) ve metotreksat uygulaması yer alır. Biz bu vakada, sezeryan skar ektopik gebelik tanısı almış olgunun, transabdominal ultrason (TAUS) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulgularını ve tedavisini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

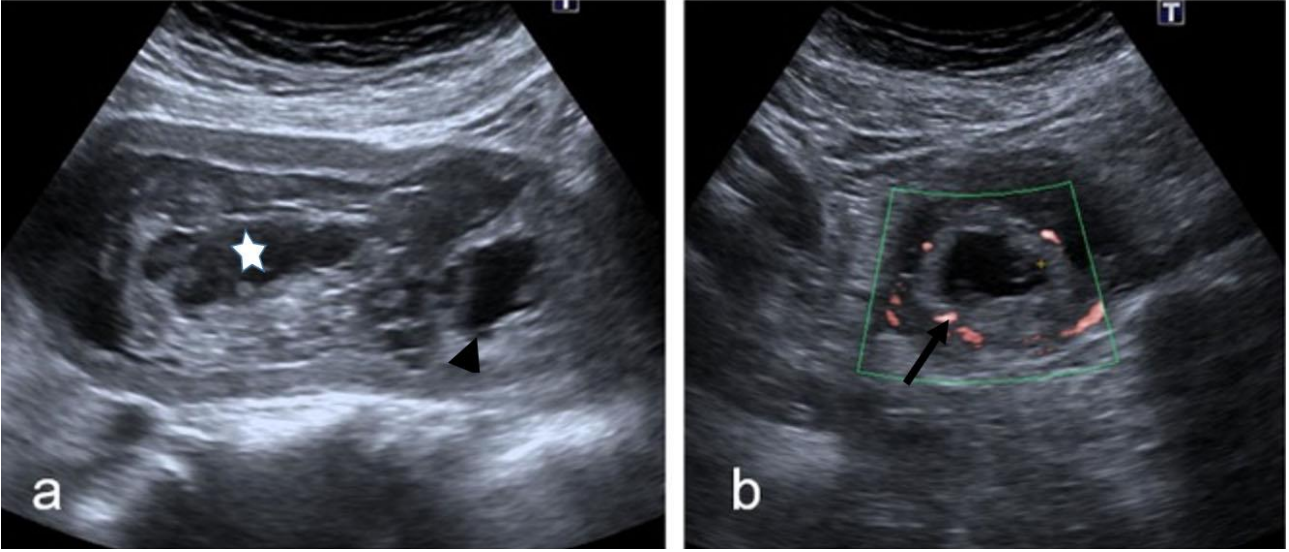
33 yaşında kadın hasta, G4P3, vajinal kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Daha önceki

*Sorumlu Yazar: Prof. Dr. Mustafa Koplay, Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, 42130, Konya, Türkiye

E-mail: koplaymustafa@hotmail.com, Tel: 0 (332) 241 50 00

ORCID ID: Ömer Faruk Topaloğlu: 0000-0002-2331-1923, Mustafa Koplay: 0000-0001-7513-4968, Nusret Seher: 0000-0003-2296-556X, Setenay Arzu Yılmaz: 0000-0002-1106-6342, Abidin Kiliçer: 0000-0001-6027-874X, Mustafa Gazi Uçar: 0000-0002-6888-0206

Geliş Tarihi: 05.05.2019, Kabul Tarihi: 02.10.2019



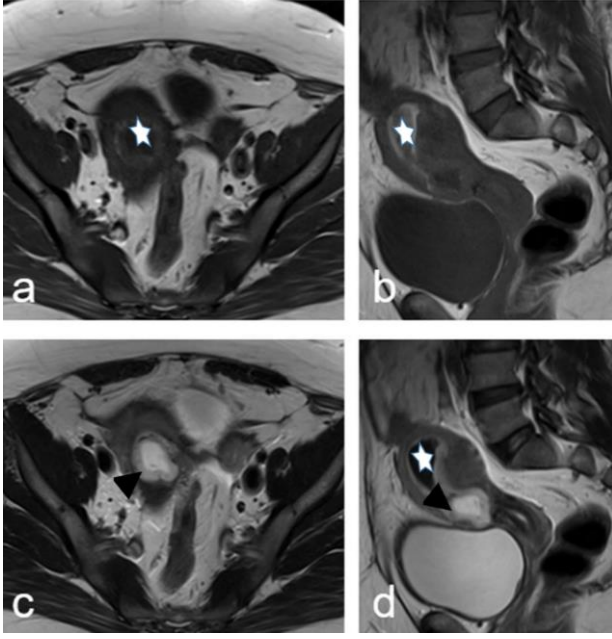
Resim 1. Transabdominal US incelemede uterus normalden büyük izlenmekte olup, fundus-korpus lokalizasyonunda kavite içerisinde hemorajik ekojenitede sıvı artışı ve hematoma ile uyumlu görünüm (yıldız) ve sezeryan skarı lokalizasyonunda içerisinde fetal nod bulunan gebelik kesesi (ok başı) izlenmektedir (a). Gebelik kesesinin desidua tabakasında SMI (Superb Micro-vaskular Imaging) görüntüleme ile vaskülarizasyon (ok) izlenmektedir (b).

gebeliklerinde 3 kez sezeryan geçirme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde özellik olmayan hastanın, düzenli kullandığı ilaç olmadığı öğrenildi. Daha önceden sezeryan dışında kolesistektomi öyküsü mevcuttu. Vajinal muayenede aktif kanama saptanmadı. Vital bulguları stabildi. Başvuru anında hemoglobinin 15 g/dl, betaHCG değeri 19000 mIU/ml olarak geldi. Son sezeryan öyküsünün üzerinden 18 ay geçtiği öğrenildi. Yapılan transvajinal US incelemede; sezeryan skar hattında, serviks yakın lokalizasyonda son adet tarihine (SAT) göre 6hafta4gün, CRL (crown-rumplenght) 6hafta4 gün fetal kardiyak aktivitesi pozitif fetus saptandı. Hastaya inferior yerleşimli gebelik ve skar gebelik ayırıcı tanılarını açısından takip önerildi. Kontrol tarihinde pelvik MRG çekildi. Buna ek olarak TAUS yapılan hastanın incelemesinde; uterus normalden büyük izlenmiş olup, kavite içerisinde hemorajik ekojenitede sıvı artışı ve hematoma ile uyumlu görünüm dikkati çekti (Resim 1a). Uterus sezeryan skarı komşuluğunda uterus korpus anteriorunda skar komşuluğunda gebelik kesesi mevcut olup, gebelik kesesi içerisinde CRL 10,4 mm, Gestational Sac(GS) 23.1mm ile 7 hafta 1 günlük fetüs görünümü mevcuttu. Yolk sak izlendi. Fetalnod içerisinde kalp atımı lehine görünüm vizüalize edilemedi. Söz konusu gebelik kesesinin desidua tabakasında SMI (Superb Micro-vaskular Imaging) görüntüleme ile vaskülarizasyon saptandı (Resim 1b). Adneksiyel alanlarda patoloji saptanmadı. Hastanın MRG bulgularında; uterus normalden

büyük olup, endometrial kavitede seviye veren hemoraji ile uyumlu sinyaller izlendi. Uterus korpus anteriorunda 26x27 mm boyutunda, lobüle konturlu, içerisinde fetalnod içeren, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens alan izlenmiş olup gebelik kesesi lehine değerlendirilmiştir (Resim 2). Yerleşim yeri itibariyle skar gebelik düşünülmüştür. Hastaya görüntüleme bulguları, klinik öykü ve laboratuvar değerleri ile birlikte değerlendirme yapılmış olup, skar gebelik ön tanısı konmuştur. Hastaya daha sonra gebeliğin sonlandırılması açısından, Karmen kanülü ile aspirasyon yapıldı ve veziküler materyel geldi. Beta HCG değerlerinde takiplerde gerileme izlendi.

Tartışma

Geçirilmiş bir önceki sezeryan skar bölgesine embriyo implantasyonu, önceki sezeryan doğumunun nadir görülen ancak potansiyel olarak ciddi sonuçlara yol açabilen bir komplikasyonudur. Son 5-6 yıl boyunca insidansındaki artış, dünya çapında sezeryan oranının artması ya da transvajinal ultrasonografik (TVUS) inceleme'nin hamileliğin erken dönemlerinde daha sık kullanımı sonucu tanı oranının artması nedeni ile olabilir. Gebeliğin erken döneminde kanama ve/veya ağrı başlangıç semptomları olarak tariflenmekle birlikte, ancak yaklaşık her üç kadından biri asemptomatik olabilir. Geçmiş sezeryan hikayesi olan her kadın, sonraki gebeliğinin erken döneminde sezeryan skar hattının rutin kontrolüne



Resim 2. Aksiyel (a), sagittal (b) T1 ağırlıklı görüntüler, aksiyel (c) ve sagittal T2 (d) ağırlıklı görüntülerde, endometrial kavitede seviye veren hemoraji ve hematoma (yıldız) ile uyumlu bulgular ile uterus korpus anteriorunda skar hattı lokalizasyonunda, myometriyumda belirgin incelmeye neden olan, 26x27 mm boyutunda, lobüle konturlu, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens gebelik kesesi (ok başı) detaylı bir şekilde izlenmektedir.

tabi tutulmalıdır (2).

Sezaryen skar gebeliği ile ilişkili risk faktörleri, miyometriyal tramvaya yol açan girişim öyküsü, sezeryan öyküsü, miyomektomi veya adenomyozis eksizyonu, pelvik inflamatuvar hastalık, yardımcı üreme tekniklerinin kullanımı ve bilinen plasental patolojiler olarak tanımlanmıştır (5,6).

Sezeryanskar gebeliğinin tanısında ultrason önemli yer tutmaktadır. TVUS'un tanıdaki duyarlılığının %84.6 olarak bildirildiği literatür bilgisi mevcuttur (2). Bununla birlikte transvajinalsonografi tanıda ilk basamak araç olmasına rağmen, MRG sonografinin yetersiz kaldığı alanlarda bir sorun giderme aracı olarak yararlıdır. T1 ve T2 ağırlıklı MRG sekanslarının sagittal, koronal ve axial kesitleri, implante gebelik kesesini göstermek, pelvik anatomiye daha iyi değerlendirmek, intraoperatif oryantasyonu geliştirmek ve miyometriyal invazyonu ve mesane tutulumunu değerlendirmek için kullanılabilir (2,6,7).

Tedaviye yönelik seçenekler arasında her hasta için genel kabul görmüş belirli bir tedavi şeması bulunmamaktadır (2). Ancak kullanılan tedavilere genel olarak bakıldığında; medikal olarak metotreksat tedavisi, uterin arter embolizasyonu ve cerrahi tedavi seçenekleri

bulunmaktadır. Metotreksat tedavisinin sistemik uygulanması, skar gebelik kesesinin etrafındaki fibröz skar nedeni ile, diğer ektopik gebelik hastalıklarının aksine istenilen cevabı vermemektedir. Gestasyonel kese içerisine metotreksat tedavisi sistemik tedaviye göre başarı oranı daha yüksek bulunmuştur, hemodinamisi stabil, fertilitate korunması istenen uygun hasta gruplarında başarılı sonuçlar verdiğini bildiren yayınlar mevcuttur (5). Uterin arter embolizasyonu da kullanılan bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, gestasyonel keseye uygulanan metotreksat tedavisinde de olduğu gibi, gestasyonel kesenin yok olma süresinin ve beta HCG düzeylerindeki düşmenin uzun sürdüğü bildirilmiştir (6,8). Cerrahi tedaviler içerisinde; laparoskopik veya laparotomik olarak gestasyonel kesenin lokaleksizyonu, histerektomi, dilatasyon ve küretaj tedavisi bulunmaktadır. Medikal tedaviye yanıt vermeyen veya medikal tedaviye uygun görülmeyen hastalarda ileri tedavi seçenekleridir.

İki farklı skar gebelik türü vardır. Tip 1'de embriyo rahim boşluğuna doğru ilerler ve yüksek kanama ve plasenta akreata riski vardır ancak rüptür riski daha azdır. Tip 2'de, hamilelik derhal sonlandırılmalıdır çünkü embriyo sezaryen skarının derinliklerine yerleşir ve mesane ve karın boşluğuna doğru büyür, sıklıkla rahim rüptürüne ve intraperitoneal kanamaya neden olur (9). Derin miyometrial yerleşim ve mesaneye uzanımı bulunan hastalarda izole dilatasyon-küretaj tedavisi rüptür riski nedeni ile önerilmemektedir (2,6). Bizim vakamızda uterin kaviteye yakın yerleşimli, mesaneye uzanımı olmayan skar gebelik kesesi, vakum aspirasyon yöntemi ile çıkarılmıştır.

Sonuç olarak, hastanın tanı aldığı gestasyonel kese yaşı, semptomların şiddeti, hemodinamik durumu, serum beta hCG düzeyleri ve ultrason bulgularına göre tedavi şeklini belirlemek başarılı tedavi için gereklidir. Erken ve zamanında tanı, başarı oranını artırır ve komplikasyonları önemli ölçüde azaltır. Tanısı net konulamayan olgularda MRG faydalı bilgiler vermektedir. Özellikle rahim boşluğuna yakın yerleşimli, mesaneye ve karın boşluğuna uzanımı olmayan, rüptür riski daha düşük vakalarda, vakum aspirasyon yöntemi başarılı bir tedavi yöntemidir.

Kaynaklar

1. Lai YM, Lee JD, Lee CJ, Chen TC, Soong YK. An ectopic pregnancy embedded in the myometrium of a previous cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1995; 74 (7): 573-576.

2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. BJOG 2007; 114(3): 253-263.
3. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16(6): 592-593.
4. Koplay M, Dogan N, Sivri M, Erdogan H, Dogan S, Celik C. Ectopic pregnancy in a cesarean section scar: Successful management using vacuum aspiration under laparoscopic supervision-mini review of current literature. Case RepSurg 2016; 2016: 7460687.
5. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23(3): 247-253.
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): 515-523.
7. Rosen T. Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate. ClinPerinatol 2008; 35(3): 519-529.
8. Kim YS, Yoon RS, Kim JM, Chung JH, Kim YM, Lee WS. Cesareanscar pregnancy; Diagnosis and management between 2003 and 2015 in a single center. Taiwan J Obstet Gynecol 2018; 57(5): 688-691.
9. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16(6): 592-593.