



Sezaryen Skar Gebeliğinin Dilatasyon ve Küretaj ile Başarılı Tedavisi

Hüseyin Cengiz¹, Levent Yaşar¹, Murat Ekin¹, Gül Özel¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Sezaryen skar gebeliğinin dilatasyon ve küretaj ile başarılı tedavisi

Sezaryen skarında implantasyon gösteren gebelik, dış gebeliğin en nadir formu olup hayati tehlike içerebilen klinik bir durumdur. Geçmişte erken tanı koyulamadığı için; tek tedavi maternal morbidite, masif hemoraji ve uterin rüptür nedeniyle ölümü önlemek için acil laparotomi ve gerektiğinde histerektomi yapmaktı. Ancak bugün için tedavide koruyucu seçeneklerde mevcuttur. Nadir görülmesi nedeniyle sezaryen skar gebeliğine dair veriler çoğunlukla olgu sunumlarına dayanır. Bu nedenle tanı ve tedavisi üzerinde fikir birliğine varılmış bir klinik yönetimi bulunmamaktadır. Biz, dilatasyon-küretaj ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş sezaryen skar gebeliği olgusunu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Sezaryen skar gebeliği, küretaj, histerektomi

ABSTRACT

Successful treatment of Caesarean scar pregnancy with dilatation and curettage

While the pregnancy implanted in caesarean scar tissue is the rarest form of ectopic pregnancy. It can cause a fatal clinical situation. Because of the fact that it could not been diagnosed early in the past, to prevent maternal mortality, massive hemorrhage and death by the reason of uterine rupture, the single treatment was urgent laparotomy and in case if necessity hysterectomy. Anyhow, there are some protective choices for the treatment. Because of its rarity, the data about the caesarean scar pregnancy generally predicated on the case reports. Therefore, there is no clinical management which has become a consensus of opinion. We present a caesarean scar pregnancy which has been treated by dilatation- curettage successfully.

Key words: Caesarean scar pregnancy, curettage, hysterectomy

Bakırköy Tıp Dergisi 2014;10:44-46

GİRİŞ

Sezaryen skarında implantasyon gösteren gebelik, dış gebeliğin en nadir formu olup hayati tehlike içerebilen klinik bir durumdur. Eski sezaryen olgularında, skar gebeliği için artmış risk faktörleri, dilatasyon ve küretaj öyküsü, plasental patoloji, dış gebelik öyküsü ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımınıdır (1,2). Tanıda primer olarak transvajinal ultrasonografiden yararlanılır. Tedavisinde histerektomi ya da koruyucu seçenekler vardır.

Geçmişte erken tanı koyulamadığı için; tek tedavi maternal morbidite, masif hemoraji ve uterin rüptür nedeniyle ölümü önlemek için acil laparotomi ve gerektiğinde histerektomi yapmaktı (3). Ancak bugün için tedavide koruyucu seçeneklerde mevcuttur. Uterusu koruyucu seçenekler cerrahi (laparoskopik ya da laparotomik alt segment eksizyonu, histeroskopi, küretaj), medikal [sistemik ya da lokal metotreksat enjeksiyonu, lokal potasyum klorür (KCl) enjeksiyonu] ve minimal invaziv girişimler (selektif arter embolizasyonu) olarak sıralanabilir. Nadir görülmesi nedeniyle sezaryen skar gebeliğine dair veriler çoğunlukla olgu sunumlarına dayanır. Bu nedenle tanı ve tedavisi üzerinde fikir birliğine varılmış bir klinik yönetimi bulunmamaktadır.

Biz burada, dilatasyon-küretaj ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş sezaryen skar gebeliği olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

38 yaşında G9P3A5 olan hasta yaklaşık 2 hafta adet rötarı, lekeleme şeklinde vajinal kanama ve hafif karın ağrısıyla başvurdu. Öyküde hastanın en yenisi 2 yıl önce olmak üzere toplam 3 kez sezaryen ile doğum yaptığı ve 5 kez ilk üç ay abortus sonrası küretaj olduğu öğrenildi. Vital bulguları stabil olan hastanın muayenesinde batın-

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr. Hüseyin Cengiz
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-212-414-7318

Elektronik posta adresi / E-mail address: obstetrik@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 09 Ekim 2011 / October 09, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance: 15 Şubat 2012 / February 15, 2012



Şekil 1: Tanı konulduğu andaki transvajinal ultrasonografi görüntüsü

da derin palpasyonda hassasiyeti mevcut, defans-reboundu yoktu. Pelvik muayenede; kolum kapalı, minimal kanama izlendi. Uterus 8 haftalık gebelik iriliğinde, adneksler doğaldı. Transvajinal ultrasonografide, internal os'un hemen üstünde eksantrik yerleşimli, Kerr insizyon hattının üzerinde 15.3 mm baş-popo mesafesinde, fetal kardiyak aktivitesi mevcut olan 7 hafta 6 günlük gebelik izlendi (Şekil 1). Hasta ektopik sezaryen skar gebeliği tanısıyla yatırıldı ve aileyle konuşularak, onamları da alındıktan sonra gebelik terminasyonu planlandı.

Preoperatif tetkikler tamamlandıktan sonra hasta, larengeal maske anestezi altında, dorsolitotomi pozisyonunda operasyon masasına alındı. Perine, vajen temizliğini takiben spekulum yerleştirdi. Kolum tek dışı ile traksiyone edildikten sonra, Hegar bujisiyle 10 mm çapa kadar dilate edildi. Bu uygulamalardan sonra transabdominal ultrasonografi rehberliğinde 7 nolu carman kanülle küretaj yapıldı. Yaklaşık 15 dk'lık işlem sırasında total kan kaybı 90 ml olarak ölçüldü. Kontrol ultrasonografisinde endometrial kalınlık 7 mm, aynı zamanda uterus sınırları doğal olarak izlendi. İntraoperatif komplikasyon olmadı.

Hastanın postop hafif bulantı hariç şikayeti olmadı. 4. saate bakılan hematokrit değeri %35 idi. Hasta postop 1. günde taburcu edilirken genel durum iyi, vital bulguları normal, vajinal kanama veya başka şikayeti yoktu. Hastanın postoperatif 1. ve 7. günlerdeki Beta-hCG değerleri sırasıyla 6844 ve 758 mIU/ml idi. Hastanın daha sonra yapılan haftalık takiplerinde Beta-hCG değerleri 87 ve 44 mIU/ml olarak ölçülürken, Postop 4. haftada ise tamamen sıfırlanmıştı. Hastanın kontrol ultrasonografisi normal olarak izlendi.

TARTIŞMA

Son yıllarda sezaryenle doğumların artmasına bağlı olarak sezaryen skar gebeliği sıklığı artmakla birlikte, erken gebelik haftalarında transvajinal görüntülemenin daha yaygın kullanılması ile erken tanısı ve histerektomiye varacak cerrahi operasyon gereksinime ihtiyaç kalmaksızın konservatif yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavisi mümkün hale gelmiştir (4). Transvajinal ultrasonografi kullanımının sezaryen skar gebeliğinin tanısında sensitivitesi %84.6'dır ve sıklıkla servikal gebelik, serviko-istmik gebelik, ilerleyen spontan abortus ve inkomplet abortus ile karıştırılmaktadır (5).

Sezaryen skar gebeliği tanısında olduğu gibi tedavisinde de fikir birliğine varılamamıştır. Ancak ilerleyen gebelik haftalarında masif kanama, uterin rüptür gibi hayatı tehdit eden komplikasyonların gelişme riskindeki artış nedeniyle, gebeliğin birinci trimesterde sonlandırılması çoğu araştırmacı tarafından önerilmektedir. Mevcut tedavi seçenekleri arasında konservatif medikal tedavi, lokal enjeksiyon tedavileri, cerrahi kese (sac) aspirasyonu, dilatasyon küretaj (D&C), cerrahi tedaviler ve bunların çeşitli kombinasyonları yer alır (6).

Literatürde olguların çoğunluğunda acil şikayetler var gibi görünmekle beraber, son yıllarda transvajinal ultrasonografinin kullanımı ile hastalar elektif şartlarda tanı alabiliyorlar ve daha konservatif yöntemlerle tedavi edilebiliyorlar. Bizim sunduğumuz olguda, acil müdahale gerektirecek bir klinik yoktu. Ayoubi ve arkadaşlarının yayınladığı raporda, hastalarına küretaj yapmalarına rağmen, postoperatif dönemde Beta-hCG değerleri yükselmeye devam edince, ek tedavi olarak metotreksat uygulamak zorunda kaldıkları görülüyor (7). Lee ve arkadaşlarının yayınladıkları olgu sunumunda, hastalarına elektif şartlarda dilatasyon- küretaj başarılı bir şekilde uygulanıyor ancak hasta 2 hafta sonra şiddetli kanamayla tekrar başvuruyor ve hastaya laparoskopik girişim yapmak durumunda kalıyorlar (8). Gebelik haftası 12 olan bir olgu sunumunda ise, acil şartlarda hastaya dilatasyon küretaj yapılıyor ancak postoperatif kanamanın şiddetli olması nedeniyle, kaviteye balon tamponad uygulanıyor (9).

Bizim olgumuzda, gebelik haftası 7 hafta 6 gündü. Hastaya elektif şartlarda dilatasyon küretaj uyguladık ve ek tedavi gereksinimi doğmadı. Ancak yukarıda da bahsedildiği gibi literatürde çok çeşitli olgu sunumları mevcuttur. Sezaryen skar gebeliğinde, dilatasyon küretaj tedavisinden sonra ek tedavi ihtiyaçlarının olabileceği

akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak, sezaryen skar gebeliği komplike ekto-
pik gebelik tipidir. Erken tanı ve tedavinin hayati önemli-
liği vardır. Erken tanı konmuş acil olmayan sezaryen skar

gebeliği olgularında, dilatasyon küretaj öncelikli tedavi
alternatifi olarak düşünülebilir. Ancak bu konudaki teda-
vi modalitelerini netleştirebilmesi için daha fazla yayına
ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, Schneider D, Herman A. Ectopic pregnancies in a Caesarean scar: review of the medical approach to an iatrogenic complication. *Hum Reprod Update* 2004; 10: 515-523.
2. Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in Caesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Hum Reprod* 2004; 19: 278-284.
3. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57: 537-543.
4. 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 Caesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 220-227.
5. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1373-1381.
6. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007; 25: 123-130.
7. Ayoubi JM, Fanchin R, Meddoun M, Fernandez H, Pons JC. Conservative treatment of complicated cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol* 2001; 80: 469- 470.
8. Lee CL, Wang CJ, Chao A, Yen CF, Soong YK. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous cesarean section scar. *Hum Reprod* 1999;14: 1234-1236.
9. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23: 247-253.