

OLGU SUNUMU**İleri haftada sezeryan skar gebeliği yönetimi: Olgu sunumu*****Management of advanced cesarean scar pregnancy: Case report***

Raziye DESDİCİOĞLU¹, Gülin Feykan YEĞİN², Gonca TÜRKER ERGÜN², Ayşe Filiz YAVUZ¹

ÖZ

Sezeryan skar gebeliği ektopik gebeliğin az rastlanan bir tipidir. Sezeryan skar gebeliği, gebelik kesesinin sezeryan skar hattına implante olmasıdır. Dünya genelinde artan sezeryan oranlarına bağlı olarak skar gebeliği oranları da artmaktadır. Skar gebeliğinin yönetimi tanı alınan haftaya ve hastanın hemodinamik durumuna göre planlanmaktadır. Bizim vakamızda ileri haftada tanı konulan skar gebeliği histerotomi ile başarılı şekilde yönetilmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, sezeryan, skar

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy is a rare type of ectopic pregnancy. Cesarean scar pregnancy is the implantation of the gestational sac in the hysterotomy scar. Cesarean scar pregnancy is on the rise worldwide due to the increasing rate of cesarean sections. The management of scar pregnancy is planned according to the week of diagnosis and the hemodynamic status of the patient. In our case, scar pregnancy diagnosed in the advanced week was successfully treated with hysterotomy.

Keywords: Pregnancy, cesarean, scar

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D, Ankara Şehir Hastanesi, Ankara, ²Sağlık Bakanlığı, Ankara Şehir Hastanesi, Ankara, **Sorumlu Yazar:** Raziye DESDİCİOĞLU, **e-posta:** raziyesdicioglu@gmail.com, **ORCID No:** 0000-0002-5190-5083

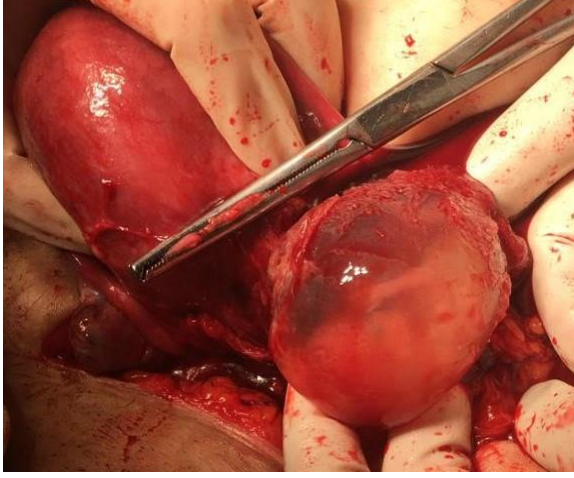
GİRİŞ

Sezeryan skar gebeliği (SSG) gebelik kesesinin histerotomi skar hattına yerleşmesidir (1). Sezeryan oranlarında artışa paralel olarak SSG riski giderek artmaktadır. Güncel literatürde insidansı 1/1800– 1/2500 olarak bildirilmiştir (2). Uterin rüptürü ve kanama gibi mortalitesi yüksek komplikasyonlarla ilişkili olduğu için erken tanı koymak önemlidir. Tanı koymak için uterin kavitenin boş olması ve alt segmentte uterus ön duvarda gebelik kesesi izlenmesi önemlidir. Ayrıca, sezaryen bölgesinde miyometriyumda fokal incelleme mevcuttur. Gebelik skara doğru genişleyebilir. Mesaneye invazyon da görülebilir. Literatürde en fazla gebeliğin 35. haftasına kadar ilerleyen 1 olgu sunumu vardır (3). Sezeryan skar gebeliğinin yönetiminde standart bir klavuz olmayıp hemodinamik stabil hastalarda sistemik veya metotreksat tedavisi, intrakardiyak potasyum enjeksiyonu, uterin arter embolizasyonu gibi yöntemler uygulanabilmektedir. İleri haftalarda ve rüptür riski yüksek hastalarda cerrahi müdahale gerekmektedir. Gecikmiş vakalarda histerektomi ve maternal mortalite riski artmaktadır (4). Bizim vakamız literatüre bakıldığında nispeten geç tanı almış bir vaka olup acil yönetiminin önemini vurgulamak amacıyla sunulmasına karar verilmiştir.

OLGU

Gravidesi 4, parite ve yaşayan çocuk sayısı 3 olan, 35 yaşındaki hastanın 3 kez geçirilmiş sezeryan öyküsü vardı. Son adet tarihine göre 14 hafta 1 günlük gebelik haftasında olan hasta poliklinik kontrolüne geldi. Hastanın daha önce birkaç kez kontrol olduğu, ilk 6. haftadaki muayenesinde skar hattında olabileceğinden şüphelenildiği, sonraki kontrollerde ise normal yerleşimli gebelik olarak takip edildiği görüldü. Hastanın özgeçmişinde geçirilmiş 3 sezeryan ve endometriozis operasyonu dışında özellik yoktu. Yapılan ultrasonografik değerlendirmede uterusun retrovert olduğu, sezeryan skar hattında yerleşmiş gebelik kesesi ve içinde Crown Rump Length (CRL- Tepe makat uzunluğu) 55 mm (11 hafta 3 gün) ile uyumlu fetal kalp atımları pozitif olan tek fetüs izlendi. Myometriyumun ön duvarda oldukça incelmış olduğu görüldü (Şekil 1). Hastanın aktif şikâyeti olmayıp tansiyon arteryel değeri 110/70 mm hg, nabız 84/dk idi. Hasta öncelikle hastaneye yatırıldı. Hemoglobin değeri 12,3 gr/dl olup diğer laboratuvar bulgularında özellik izlenmedi. Hastaya kan grubuna uygun eritrosit hazırlıkları tamamlandıktan sonra laparotomi yapılarak batına girildi. Histerotomi anterior ve skar hattının revizyonu planlandı. Operasyon sırasında mesanenin uterus ön duvarına yapışık olduğu izlendi. Mesane diseke edilerek ulaşılan sezeryan hattında yaklaşık 9 cm gebelik kesesi izlendi (Şekil 2). Kесе uterus dokusundan diseke edilerek çıkarıldı. Skar hattından bir miktar myometriyum dokusu çıkarıldı. Sağlam myometriyum dokusu karşılıklı olarak sütüre edildi. Hastanın ve eşinin çocuk sayılarını tamamladıklarını ifade etmeleri ve onam formunun

önceden imzalanması suretiyle bilateral tuba ligasyonu da yapıldı. Hasta postoperatif herhangi bir komplikasyon olmadan 48. saatinde taburcu edildi.



Şekil 1



Şekil 2

TARTIŞMA

SSG tanı ve tedavisinin gecikmesi maternal morbidite ve mortaliteyi artırmaktadır. Vaka sunumlarında belirtilen vakalar genellikle erken hafta gebeliklerdir. Tanı koymak için muayene ve ultrasonografi önemlidir. Erken haftalarda transvaginal ultrasonografi daha fazla tanısal yere sahiptir. Timor-Tritsch 2012 de skar gebeliklere ait ultrasonografik kriterleri tanımlamışlardır. Buna göre az veya çok kalınlaşmış, hiperekojen endometriyum ile beraber boş uterin kavite, boş servikal kanal, uterus ön duvarda istmus seviyesinde yerleşmiş sak ve kese ile mesane arasında myometriyum yokluğu veya ince bir tabaka halinde (1-3 mm) görülmesidir (2) . Bazı vakalarda tanıyı netleştirmek için magnetik rezonans gerekse de ultrasonografi çoğunlukla yeterli olmaktadır.

Özellikle 9-10 haftadan büyük skar gebeliklerinde medikal tedavi ile başarısızlığın ve komplikasyonların artması nedeniyle cerrahi müdahale önerilmektedir (5,6). Laparotomi ve takiben hysterotomi önerilmektedir. Bizim vakamızda tanı ortalama haftadan daha geç konulmuştur. Fakat herhangi bir komplikasyona yol açmadan cerrahi müdahale yapılmıştır. Hastanın uterus yapısının retrovert olması kesenin yerini değerlendirmede daha önce muayene eden hekimleri yanıltmış olabilir. Özellikle geçirilmiş sezeryanı olan hastalarda alt segment yerleşimli keselerde daha dikkatli değerlendirme yapmak ve skar gebeliğini akla getirmek erken tanı koymamızı sağlayacaktır. Hastayı cerrahi müdahaleye gerek kalmadan yönetmemize ve olası komplikasyonları önlememize katkı sağlayacaktır. Halihazırda SSG yönetimi hastanın hemodinamisi, gebelik haftası, fertilitisini tamamlayıp tamamlamadığı gibi faktörler gözetilerek hastaya göre planlanmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstetrics and Gynecology*. 2006; 107:1373–81.
2. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2012; 207: 44.e1–13.
3. Herman A, Weinraub Z, Avrech O, Maymon R, Ron-El R, Bukovsky Y. Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:839–41.
4. Aydeniz EG, Umut S, Dilek TUK. "Sezaryen skar gebelikleri ve yönetimleri: Olgu serisi." *Perinatoloji Dergisi*. 2013; 26 (3): 155-161.
5. Ash A, Smith A, Maxwell D. 2007. Cesarean scar pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2007; 114:253–63.
6. Hung TH, Shau WY, Hsieh TT, Hsu JJ, Soong YK, Jeng CJ. Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy: a quantitative review. *Human Reproduction*. 1998; 13: 2636–42.