

**Sezaryen Skar Gebeliği: Dilatasyon Ve Küretaj İle Tedavi Edilen Beş Olgunun Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi**

Cesarean Scar Pregnancy: Treatment Of Five Clinical Cases With Dilatation And Curettage And Review Of The Literature

Ayşe Gül KEBAPÇILAR, Tolgay Tuyan İLHAN, Nilgün AVŞAR, Setenay Arzu YILMAZ, Aybike PEKİN, Çetin ÇELİK

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., Konya, Türkiye

**GİRİŞ**

Sezeryan skarında implantasyon gösteren gebelik, dış gebeliğin en nadir formu olup hayati tehlike içerebilen klinik bir durumdur. Sezeryan skar gebeliğinin 2226 gebelikten birinde görüldüğü bildirilmiştir. Bununla beraber sezeryen skar gebeliklerinin (SSG) insidansı son yıllarda giderek artmaktadır. Bunun nedeni ise tüm dünyada artan sezeryen oranları ve gebeliğin erken dönemlerinde transvajinal ultrasonografinin (USG) daha sık kullanımıdır.(1,2) Bunun yanında eski sezeryanlı olgularda ise skar gebeliği için artmış risk faktörleri; dilatasyon ve küretaj öyküsü, plasental patoloji, dış gebelik öyküsü ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımıdır (3,4).

SSG uterin rüptür, hemoraji gibi hayati tehdit eden komplikasyonları olabilen bir durumdur(5) Olabildiğince erken tanı ve tedavinin yapılması gereklidir.(6) Patofizyolojisinde, embriyonun skardaki mikroskopik ayrılma noktasına olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır.(7) Bu durum önceden geçirilen sezeryan, miyomektomi, metroplasti operasyonları, küretaj, histeroskopi ve presentanın elle alınması gibi müdahaleler sonrası meydana gelebilir. Diğer bir mekanizma ise IVF veya embriyo transferi sırasındaki intramural implantasyondur.(8) Literatür incelemeleri bu hastaların %54'ünün birden fazla sezeryen operasyonu geçirdiğini ortaya koymaktadır.(3) Tanı için transvajinal ultrasonografi ve Doppler ultrasonografi önerilmektedir.(9) Geçmişte erken tanı koyulamadığı için; tek tedavi maternal morbidite, masif hemoraji ve uterin rüptür nedeniyle ölümü önlemek için acil laparotomi ve gerektiğinde histerektomi yapmaktır. 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 sezeryen skar gebeliğine dair veriler çoğunlukla olgu sunumlarına dayanır. Bu nedenle tanı ve tedavisi üzerinde fikir birliğine varılmış bir klinik yönetimi bulunmamaktadır(10).

Bu yazıda dilatasyon-küretaj ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş sezeryen skar gebeliğine sahip beş olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

**OLGULAR**

Hastanemize Ağustos 2013- Ağustos 2014 tarihleri arasında dış merkezlerden yönlendirilen 5 olguya tarafımızca sezeryen skar gebeliği tanısı konuldu. Hastalarımızın ortalama yaşları  $29,4 \pm 2,40$  olarak hesaplandı. Hastalarımızın tümü daha önce en az bir kez sezeryen operasyonu geçirmişti. Olgularımızın şuan ki gebelikleri ile en son sezeryen tarihleri arasında geçen süre ortalama  $37,2 \pm 47,65$  ay olarak saptandı. 2 hastamızın ise daha önce dilatasyon küretaj öyküsü mevcuttu. Olgularımızdan 2 tanesi adet rötari ile geri kalanları ise adet rötari ve vajinal kanama şikayeti ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Vital bulguları stabil olan olguların muayenesinde batında derin palpasyonda hassasiyeti mevcut, defans-reboundu yoktu. Pelvik muayenede; kolum kapalı olarak izlendi. Olgularımızın hiç birinde hastanemize başvurdukları anda aktif vajinal kanama izlenmedi. Transvajinal ultrasonografide, internal os'un hemen üstünde eksantrik yerleşimli, insizyon hattı seviyesine yerleştiği izlenen gebelik keselerinin olduğu gözlemlendi. 3 olguda fetal kardiyak aktivite, 2 olguda ise yalnızca gebelik kesesi mevcuttu. Hastaların yaşı, gebelik sayıları, gebelik haftası, mesane ile kese arasındaki myometriyal kalınlık, daha önce geçirilmiş operasyon öyküsü, bir önceki sezeryan sonrası geçen süre ve ilk başvurudaki  $\beta$ -HCG değerleri Tablo1'de özetlenmiştir.

**Tablo1:** Olguların demografik ve klinik özellikleri

Olgu	Yaş	C/S Sayısı	Son C/S zamanı(ay)	Gebelik Haftası (gün)	Myometriyum Kalınlığı(mm)	İlk Başvurudaki $\beta$ -HCG
1	26	2	10	37	3	26680
2	31	2	120	47	4	81670
3	28	3	36	43	5	76700
4	32	3	8	42	6	68000
5	30	1	12	39	2	53450
Ortalama $\pm$ sd	$29,4 \pm 2,4$	$2,2 \pm 0,83$	$37,2 \pm 47,65$	$41,6 \pm 3,84$	$4 \pm 1,58$	$61300 \pm 2211,96$

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Ayşe Gül Kebapçılar

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

Ana Bilim Dalı, Konya, Türkiye

Tel/Phone: 0332 241 50 00

E-mail: aysegulkebacilar@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 15/10/2014

Kabul Tarihi/ Accepted: 04/02/2015

Olgu	Pos-top.1.Gün β-HCG (mIU/mL)	Postop.7. Gün β-HCG (mIU/mL)	Hematom çapı (mm)	β-HCG Negatifleşme süresi (hafta)
1	17764	14560	34	4
2	60583	27250	23	6
3	60006	23300	42	6
4	48200	18654	19	5
5	32865	17000	17	4
Ortalama±SD	43883±18446,84	20152±5092,66	27,00±10,65	5±1,00

Olgular tetkikler sonrasında ektopik sezaryen skar gebeliği tanısıyla yatırıldı ve ailelerle konuşularak, onamları da alındıktan sonra gebelik terminasyonları planlandı. Preoperatif tetkikler tamamlandıktan sonra olgular, anestezi altında, dorsolitotomi pozisyonunda operasyon masasına alındı. Perine, vajen temizliğini takiben spekulum yerleştirildi. Kollum tek dişli 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 işlemler sırasında aşırı miktarda kanaması olan hasta olmadı. Kontrol ultrasonografisinde tüm olgularda ortalama büyüklüğü 27±10,65 mm olan skar hattının hemen altında hematoma ile uyumlu görünüm izlendi, uterus sınırları doğal olarak saptandı (Şekil 1). İntraoperatif komplikasyon olmadı. Hastaların tümü post operatif dönemde tam kan sayımı, β-HCG ve vajinal kanamanın izlenmesi için ped takibine alındı. Olgularımızın post operatif dönemde genel durum iyi, vital bulguları normaldi. Lekelenme tarzında vajinal kanama izlendi. Tam kan sayımlarında hematokrit değerleri stabildi. Tüm hastalarımız post operatif 2. günde taburcu edildi. Olgularımızın postoperatif 1. ve 7. günlerdeki β-hCG değerleri, ultrasonografik bulguları ve β- HCG'nin negatif olma (Beta-hCG düzeyi <5 mIU/ml) zamanları Tablo2'de özetlenmiştir.

Şekil 1 : D&C işlemi sonucunda oluşan hematoma.



## Tartışma

Sezaryen skar hattının fibröz dokusuna yerleşmiş gebelikler ektopik gebeliklerin nadir görülen formlarından biridir ve hayati tehdit eden durumlara neden olabilir (10). Sezaryen skar gebeliğinin patofizyolojisinde embriyonun skardaki mikroskopik ayrılma noktasına olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır. (11). Diğer bir neden ise uterin skarı olmayan olgularda IVF tedavileri sonrasında intramural embriyo transferidir. (8,12). Risk faktörleri; özellikle iki ve üzeri sayıda sezaryen, D&C, ektopik gebelik, plasental patolojilerin varlığı, gebeliğin

invitro fertilizasyonla sağlanmış olması ve önceki sezaryen ile gebelik gelişimi arasındaki sürenin kısalığıdır (13).

Skar gebeliğinin servikal, servikoistmik gebelikler ve inkomplet abortusdan ayırıcı tanısının yapılması önemlidir. Magnetik rezonans görüntüleme SSG'nin kesin tanısını koydursa da tanıda primer olarak transvajinal ultrasonografi kullanılır. Uterusun panoramik görüntülenmesine olanak sağlaması nedeniyle, SSG tanısında trans-vajinal ultrasonografi ve abdominal ultrasonografi beraber kullanılması tavsiye edilmektedir. SSG tanısı için transvajinal ultrasonografi tanı kriterleri: 1) boş uterus; 2) boş servikal kanal; 3) uterus istmik kısım yerleşimli gestasyonel kese ile mesane arasında azalmış miyometrial tabaka;4) sagittal görüntüde uterus ön duvarında kesinti izlenmesidir (1,4,10). Biz tüm olgularımızda transvajinal ve abdominal ultrasonografiyi birlikte kullanarak tanıya ulaştık.

Literatürde tanı anında gebelik yaşı ortalama 7.5±2.5 hafta, son sezaryen ile sezaryen skar gebeliği arasında geçen süre 6-12 ay olarak bulunmuştur(14). Olgularımızda ortalama gebelik yaşı 41,6±3,84 gün olması, daha önce en az bir kez sezaryen olmaları literatür ile uyumlu görülmektedir. Olguların çoğunluğunda, ağrısız vajinal kanama (%38.6) görülebilmekle beraber önemli bir kısmının asemptomatik (%36) seyir gösterebileceği unutulmamalıdır. Abdominal ağrı ile birlikte vajinal kanama varlığı (%15.8) veya sadece abdominal ağrı (%8.8) ise diğer önemli klinik belirtilerdir(15). Bizim olgularımızdan 2 tanesi adet rötari ile geri kalanları ise adet rötari ve vajinal kanama şikayeti ile bir sağlık kuruluşuna başvurmuştu. Olgularımızda ultrasonografi de uterin kavite ve servikal kanalın boş olduğu gözlemlendi. Gebelik kesesi ile mesane arasında miyometrial dokunun kalınlığı da ortalama 4±1,58mm olarak ölçüldü.

SSG'ye yaklaşım konusunda henüz bir fikir birliğine varılabilmemiş değildir. Bu olguların nadir izlenmesi nedeniyle konu ile ilgili literatür genellikle vaka sunumlarından oluşmaktadır. Bazı yazarlar cerrahi tedavinin en başarılı yaklaşım olduğunu savunmaktadır (2). Her ne kadar uygun şartlar altında yapılmış bir laparotomi ile gestasyonel kesenin eksizyonunun hastanın takip süresini kısaltacağı ve tekrarlama olasılığını azaltacağı düşünülmekteyse de; kesi yerinin büyüklüğü,hastanede kalış süresinin uzun olması ve ameliyat sonrası karın içi yapışıklıkların oluşabilmesi ve bu nedenle hastanın fertilitte sorunları yaşayama ihtimalide göz önünde bulundurulmalıdır (16,17). Girişimsel olarak uygulanabilir olan henüz gebelik kesesinin bütünlüğün bozulmadığı olgularda laparoskopik eşliğinde histereskopi yapılarak başarılı sonuçlar elde edilmiştir (18). Ultrason eşliğinde yapılan histereskopi girişimi ise hem maliyetinin düşük olması hem de başarı oranlarının yüksek olarak tespit edilmiş olması nedeniyle uygun bir yaklaşım olduğu düşünülmektedir (19). Bunun yanında geç tanı almış,kese bütünlüğü bozulmuş ve karın içi kanaması olan olgularda ivedilikle laparotomi yapılması uygundur.

Genel olarak konservatif yaklaşımlar önerilmesede bekleme tedavisi, sistemik ve lokal methotrexate, lokal potasyum klorid infüzyonu, uterin arter embolizasyonu, dilatasyon küretaj (D&C) gününe kadar uygulanmış yöntemler arasındadır. (20) Her beş hastamıza da olası tedavi modaliteleri ve riskleri anlatıldıktan sonra, olguların tercihleri doğrultusunda tüm hastalarımız dilatasyon küretaj ile gebelik sonlandırılması uygulandı.

D&C primer tedavi olarak yüksek intraoperatif hemoraji riski taşımamasına rağmen (1,6), MTX tedavisi sonrası ultrasonografi eşliğinde yapıldığında, serum β-hCG seviyesi normale yaklaştığında (<50 IU/L), subtroblastik kan akımı

tanımlanmadığında ve TVS'de gestasyonel sak ile uterin kavite arasında bağlantı olduğu zaman yada hasta tercihine bağlı olarak düşünülebilir. D&C ile SSG kitlesini çıkararak septik abortus ve aralıklı uterus kanaması önenebilir.

Bizim olgularımızda, ortalama gebelik süreleri  $41,6 \pm 3,84$  gündü. Hastalara elektif şartlarda dilatasyon küretaj uyguladık ve ek tedavi gereksinimi doğmadı. Ancak yukarıda da bahsedildiği gibi literatürde çok çeşitli olgu sunumları mevcuttur ve bazı yayınlara göre DC sonrası kanama ihtimal %76 gibi yüksek oranlarda bildirilmiştir (1).

Sezaryen skar gebeliğinde, D&C tedavisinden sonra ek tedavi ihtiyaçlarının olabileceği akılda tutulmalıdır. 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.

Sonuç olarak, sezaryen skar gebeliği komplike ektopik gebelik tipidir. Erken tanı ve tedavinin hayati önemi vardır. Erken tanı konmuş 7 haftadan küçük gebeliklerde ve acil olmayan sezaryen skar gebeliği olgularında, dilatasyon küretaj öncelikli tedavi alternatifini olarak düşünülebilir. Ancak bu konudaki tedavi modalitelerini netleştirebilmesi için daha fazla yayına ihtiyaç vardır.

## Kaynaklar

- Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:220-7.
- Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23:247-53.
- 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: 515-523.
- Maymon R, Halperin R, Mendlovic S, et al. Ectopic pregnancies in Cesarean section scars: the 8 year experience of one medical centre. *Hum Reprod* 2004; 19: 278-284.
- Herman A, Weinraub Z, Avrech O, et al. Follow up and outcome of isthmic pregnancy located in a previous caesarean section scar. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:839-41.
- Chueh HY, Cheng PJ, Wang CW, et al. Ectopic twin pregnancy in cesarean scar after in vitro fertilization/ embryo transfer: case report. *Fertil Steril* 2008;90:19-21.
- Piccoli V, Martina MD, Biasoli A, et al. Twin ectopic pregnancy in a previous cesarean scar section and subsequent fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;136:131-2.
- Hamilton CJ, Legarth J, Jaroudi KA. Intramural pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil Steril* 1992; 57: 215-217.
- Pascual MA, Hereter L, Graupera B, et al. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2007;88:706.5-7
- Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57: 537-543.
- Gobin PA, Bassil S, Donnez J. An ectopic pregnancy developing in a previous Cesarean section scar. *Fertil Steril* 1997; 67: 398-400.
- Cheng PJ, Chueh HY, Soong YK. Sonographic diagnosis of a uterine defect in a pregnancy at 6 weeks gestation with a history of curettage. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 501-503.
- Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *Br J Obstet Gynecol* 2007;114: 253-63.
- Molinario TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007;25(2): 123-30.
- Rotas MA, Haberman S, Levkur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-81
- Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 592-593.
- Wang CJ, Chao AS, Yuen LT, Wang CW, Soong YK, Lee CL. Endoscopic management of cesarean scar pregnancy. *Fertil Steril* 2006; 85: 494, 1-4.
- He Y, Wu X, Zhu Q, Wu X, Feng L, Wu X, Zhao A, Di W. Combined laparoscopy and hysteroscopy vs. uterine curettage in the uterine artery embolization-based management of cesarean scar pregnancy: a retrospective cohort study. *BMC Womens Health*. 2014 24;14:116.
- Li YR, Xiao SS, Wan YJ, Xue M. Analysis of the efficacy of three treatment options for cesarean scar pregnancy management. *J Obstet Gynaecol Res*. 2014;28.
- Korkontzelos I, Tsirkas P, Antoniou N, Souliotis D, Kosmas I: Successful term pregnancy after treatment of cesarean scar ectopic gestation by endoscopic technique and conservative therapy. *Fertility and Sterility* 2008; 90:13-15.