


BİR OLGU NEDENİYLE SEZARYEN SKARI GEBELİKLER: OLGU SUNUMU


CAESAREAN SCAR PREGNANCIES DUE TO A CASE: A CASE REPORT

Ceylan CESUR USAL*, Ali Rıza ODABAŞI**, Keziban AMANAK***


*Yüksek Lisans Öğr. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın/Türkiye.

 0000-0003-1724-3845

**Prof. Dr. Ali Rıza ODABAŞI Özel Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Aydın/Türkiye.

 0000-0002-4833-7396

***Dr. Öğr. Üyesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Aydın/Türkiye.

 0000-0001-8824-084X

Yazısma Adresi:

Keziban Amanak,

e-posta: keziban.amanak@adu.edu.tr

Gönderim Tarihi: 17 Temmuz 2020

Kabul Tarihi : 28 Aralık 2020

ÖZ

Sezaryen skar gebeliği ektopik gebeliğin nadir bir formu olup, son yıllarda sezaryen oranlarındaki artışa bağlı olarak sıklığı artmaktadır. Sezaryen skar gebeliği, uterin rüptür ve aşırı kan kaybı ile yaşamı tehdit eden komplikasyonlara yol açabilir. Semptomatik hastalarda klinik görünümü oldukça geniş olan bu durumun erken tanı ve tedavisi önemlidir. Tanıda asıl olarak transvajinal ultrasonografi olmak üzere çeşitli görüntüleme teknikleri kullanılır. Uterin kavitenin boş olması ve gestasyonel kesenin anterior istmik miyometrial alanda olduğunun görülmesi sonografik tanı kriterleridir. Medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri yanı sıra bekleme-izleme yaklaşımı da başka bir seçenektir. Medikal tedavide, gebelik kesesi içine ve/veya sistemik metotreksat ve lokal potasyum klorid uygulaması; cerrahi tedavide uterin arter embolizasyonu, dilatasyon küretaj, histeroskopik girişim, gestasyonel kesenin kama şeklinde rezeksiyonu (histerotomi) ve histerektomi tercih edilebilir. Makalede, literatür taranarak, lokal ve sistemik metotreksat tedavisi sonrası spontan rezorbe olan olgu sunuldu. Herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, sezaryen skar gebeliği açısından erken ve doğru tanı konması kadının yaşamı ve fertilizasyonun korunması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik; sezaryen; sezaryen skar gebeliği.

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy, and its frequency has increased in recent years due to an increase in cesarean rates. Cesarean scar pregnancy can lead to life-threatening complications with uterine rupture and excessive blood loss. Early diagnosis and treatment of this condition is important in symptomatic patients. Various imaging techniques, mainly transvaginal ultrasonography, are used in the diagnosis. Embryos of the uterine cavity and the presence of anterior isthmic myometrial area of the gestational sac are the diagnostic criteria for sonographic diagnosis. Medical and surgical treatment options as well as the monitor - and - wait approach is another option. In medical treatment, administration of systemic methotrexate and local potassium chloride into the gestational sac; In surgical treatment, uterine artery embolization, dilatation curettage, hysteroscopic intervention, wedge resection of the gestational sac (hysterotomy) and hysterectomy may be preferred. In this article, we present a case of spontaneous resorption of the patient after local and systemic methotrexate treatment. An early and accurate diagnosis of cesarean scar pregnancy is very important in the pregnancy of a prospective mother who has undergone any uterine surgery in terms of protecting the life and fertilization of women.

Keywords: Cesarean; cesarean scar pregnancy; pregnancy.

Atf için (How to cite): Cesur Usal C, Odabaşı AR, Amanak K. Bir Olgu Nedeniyle Sezaryen Skarı Gebelikler: Olgu Sunumu. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):189-194.

GİRİŞ

Sezaryen skar gebeliği (SSG) gestasyonel kesenin histerotomi skarına implantasyonu ile oluşan nadir bir ektopik gebelik şeklidir (Rotas et al. 2006; Annappa ve et al 2009). SSG insidansının tüm sezaryen doğumların 1/1008'i ile 1/2500'ü arasında olduğu bildirilmektedir (Jurkovic et al. 2003; Jurkovic et al. 2003). Olguların %72'si ikiden fazla sezaryen doğumu olan kadınlarda görülmektedir (Ash et al. 2007;

Timor et al. 2017). Son yıllarda giderek artan sezaryen oranlarına bağlı olarak insidansı da artmaktadır. Altta yatan asıl patoloji halen tam olarak bilinmemektedir ancak blastosistin alt uterin segmentte, kama şeklindeki miyometrial defekt içinde fibröz skar dokusu üzerine implantasyonu sonucu olduğuna inanılmaktadır. SSG, plasenta previa veya akreata, uterin rüptür ve hemoraji gibi komplikasyonlarla maternal

morbidite ve mortaliteye yol açabilir. Bu nedenle doğru tedavi için erken tanı hayati öneme sahiptir. SSG'nin tanısında bir dizi sonografik kriter tanımlanmış olmasına karşın hala tanısal zorluklar vardır (Vial et al. 2000; Jurkovic et al. 2003; Timor and Monteagudo 2012). Dahası erken tanı ve tedavi yaşamsal öneme sahip olmasına karşın optimal tedavi yaklaşımı hala tam olarak belirlenmemiştir. Bu makalede literatür taranarak metotreksat (MTX) ile tedavi edilen bir SSG olgusu sunuldu.

OLGU

Olgumuzun sunumu için Helsinki Deklarasyonu Prensiplerine uyulmuş ve obstetrik anamneziyle birlikte USG görüntülerinin kullanılması için hastadan gönüllü onam alınmıştır. Kırk yaşındaki olgunun obstetrik anamnezinden G5 P3 Y3 D&C1 olduğu ve ilk iki doğumunu normal vajinal yolla, son doğumunu sezaryen ile gerçekleştirdiği öğrenildi. Geçmişte ve halen prezervatif ve geri çekme yöntemiyle korunduğunu söyleyen hastanın bir yıl önce yaklaşık 7-8 haftalık gebeliği elektif yasal tahliye ile yine tarafımızca sonlandırılmıştı. Son adet tarihi 12.05.2018 olan ve düzenli adet gören olgunun 30 günlük adet gecikmesinin ardından yapılan β -HCG'nin pozitif olması nedeni ile gebeliğinin sonlandırılması istemiyle muayenehaneye başvurdu. Transvajinal ultrasonografisinde (TVUSG), gebelik kesesinin endometrial kavite içinde beklenen yerinde olmadığı, sezaryen skarına çok yakın bir lokalizasyonda bulunduğu ve gebelik kesesinin hemen üzerindeki miyometrial alanın oldukça ince olduğu görüldü. Gebelik kesesi 21.84 mm, fetal oluşum 7.57 mm ölçüldü ve son adet tarihi ile uyumlu 6 hafta 5 günlük gebelik tespit edildi (Şekil 1). Fötal kalp atımı izlenemedi. Gebelik kesesi ile uterin seroza arasında kalan miyometrial kalınlığın 3.22 mm. olduğu, gebelik kesesinin eski sezaryen skarının üzerinde olduğu saptandı (Şekil 2).

Hasta sezaryen skar gebeliği ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Tedavi seçenekleri anlatıldı ve muayenehane koşullarında tedavi edilmesinin uygun olmaması nedeniyle üçüncül bir sağlık merkezine yönlendirildi. Süreç içinde üçüncül sağlık merkezinde kese içine MTX enjeksiyonu ve ardından sistemik MTX (S-MTX) tedavisiyle gebeliğin cerrahi bir işleme gerek kalmaksızın kendiliğinden rezorbe olduğu bilgisine ulaşıldı.



Şekil 1. Transvajinal ultrasonografide gebelik tespit bulguları

TARTIŞMA

Geçirilmiş sezaryen ya da uterin cerrahi öyküsü olan ve gebelik testi pozitif bir kadında, dış gebeliğin nadir bir formu olan SSG olabileceği unutulmamalıdır. Ultrasonografik tanı kriterleri, boş uterin kavite ve servikal kanal, gebelik kesesinin anterior uterin duvarda istmik bölgede olduğunun tespit edilmesi, mesane ile gebelik kesesi arasında sağlıklı miyometrial dokunun olmaması ve doppler ultrasonografide gebelik kesesi çevresinde vasküler akım saptanması şeklinde belirlenmiştir (Tan et al. 2005; Fadhlaoui et al. 2012). Tanı kriterlerinin iyi tanımlanmış olmasına karşın SSG hala sıklıkla tanıda atlanan bir durumdur (Timor et al. 2016). Vakaların çoğu ilk trimesterde saptanmaktadır (Rotas et al. 2006). Ancak 7. gebelik haftasından önce gebelik kesesi, içine implante olduğu girintinin şeklini andırır. Gebelik 7. haftadan sonraya devam ederse, kese uterin kaviteye doğru yönelir ve görünümünü değiştirerek intrakaviter, normal yerleşimli bir gebelik şeklini alır. Bu durumun tanının zorlaşmasına veya atlanmasına yol açabileceği unutulmamalıdır (Cali et al. 2013; D'Antonio et al. 2016). Literatür bilgisine paralel olarak son doğumu sezaryen olan olgumuzun gebelik testinin pozitif olmasıyla akla getirilen SSG tanı kriterleri, ultrasonografik olarak ta belirlenmiştir. SSG'deki yüksek morbidite ve mortalite olasılığı dikkate alınarak, bu tür olguların muayenehane veya özel hastane koşullarında doğru ve uygun bir şekilde tedavi ve izleminin yapılamayacağı düşüncesiyle olgu, üçüncül bir sağlık merkezine yönlendirilmiştir.



Şekil 2. Transvajinal ultrasonografide skar gebelik tespit bulguları

SSG'nin erken ve doğru tanı konmamasında muhtemelen ilk ve en büyük etken nadir görülmesinden dolayı akla getirilmemesidir. İkincil olası neden de transvajinal ultrasonografi yerine trans abdominal yaklaşımın tercih edilmesi olabilir. Tanıdaki zorluklar yanı sıra tedavide de henüz bir standart belirlenmemiştir. Tedavi seçenekleri arasında; herhangi bir girişimde bulunmadan sadece bekleme-izleme yaklaşımı, D&C, histeroskopik girişimler, lokal ve/veya sistemik MTX uygulaması, uterin arter embolizasyonu, kısmi ya da parsiyel rezeksiyon (histeretomi) ve histerektomi tedavi seçenekleri arasındadır. Bu tedaviler tek tek uygulanabileceği gibi, kombine edilerek de kullanılabilirdiği belirtilmektedir (Giampaolino et al. 2018). Çok nadir görülmesi nedeniyle literatürde ulaşılabilen olgu sayısı oldukça sınırlıdır (Demirtaş ve ark. 2015; Fuch et al. 2015; Gözdemir ve ark. 2015; Karakuş ve ark. 2014; Turgut ve ark. 2015; Usta ve ark. 2017).

Literatürde en büyük olgu sayılarına sahip 3 makale dikkat çekmektedir (Cali et al. 2013; Pektaş ve ark. 2016; Giampaolino et al. 2018). Giampaolino et al. (2018)'nin morbiditeyi azaltmak, fertilitiyi korumak ve olası komplikasyonları ön görebilmek hedefiyle 751 SSG olgusunun analiz edildiği araştırmasında, 45 olguya uygulanan 5 farklı tedavinin sonuçları karşılaştırılmıştır. Bekleme-izleme yaklaşımı, operatif histereskopi, 50 mg. intramusküler MTX tedavisi ardından USG kontrolü altında servikal dilatasyon ve Karman vakum küretaj, uterin arter embolizasyonu (UAE) ve ardından USG kontrolü altında Karman vakum küretaj ve son olarak laparotomik cerrahi rezeksiyon öncesi UAE sonuçları karşılaştırılmıştır. Çalışmada komplikasyonların en sık 3 ve daha fazla sezaryen geçiren kadınlarda ve gebelik kesesi üzerindeki

miyometrial alanın 2 mm'den daha ince olan olgularda görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca araştırmada en etkin tedavi yöntemi erken gebelik haftalarında MTX ardından D&C iken, erken-geç tüm gebelik haftalarında en yüksek komplikasyon riskinin UAE ve D&C olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın sonucunda komplikasyonları azaltmanın temel yolunun erken-doğru tanı ile yüksek risk taşıyan hastaların ve konzervatif tedaviye uygun hastaların ivedilikle belirlenmesi olduğu görülmüştür (Giampaolino et al. 2018).

Cali et al. (2018)'nin araştırmasında; SSG olan ve bekleme-izleme yaklaşımı ile izlenen 69 olgu, tanı konduğunda fetal kalp atımlarının (FKA) olup olmadığına göre ayrıldıktan sonra, bazı ölçütlere göre değerlendirmeye alınmıştır. Bu ölçütler; ilk trimesterde şiddetli vajinal kanama, tedavi gerektiren klinik semptomlar (abdominal ağrı, vajinal kanama), komplike olmayan gebelik kaybı (düşük), girişim gerektiren komplike gebelik kaybı (düşük), birinci veya ikinci trimester uterin rüptür veya histerektomi, üçüncü trimesterde kanama, uterin rüptür veya histerektomi, maternal ölüm, plasenta insersiyon anormallik (PİA) sıklığı, plasenta percreta prevalansı, muhtemel plasental insersiyon anormalliklerin ultrason bulguları ve canlı doğumdur. Çalışmada 52 olguda FKA pozitif iken, 17 olguda FKA negatif olarak bildirilmiştir. FKA'nın pozitif olduğu 52 olgunun %13'ünde komplike olmayan gebelik kaybı yaşanırken, %20'sinde tıbbi girişim gerekmiş, %9.9'unda birinci veya ikinci trimesterde uterin rüptür gözlenirken, olguların sadece %15.2'sinde histerektomi uygulanmıştır. Çalışmada 40 olgu (%76.9)'nun üçüncü trimestere ulaştığı, %39.2'sinde şiddetli vajinal kanama görüldüğü, %74.8'inde doğum sırasında cerrahi veya patolojik PİA saptandığı bildirilmiştir. Ayrıca araştırmada yaklaşık 2/3 olguda (%69.7) placenta percreta görüldüğü, buna karşılık FKA negatif olan 17 olgunun %69.1'inde komplike olmayan gebelik kaybı (düşük) görülürken, düşük sırasında veya hemen sonrasında cerrahi ya da medikal girişim gerektiren olgu oranı %30.9 bulunduğu görülmektedir. Bu bulgulara ek olarak çalışmada olguların %13.4'ünde ilk trimesterde uterin rüptür geliştiği ancak hiçbir olguda histerektomi gerektirmediği bildirilmiştir. 69 olgudan oluşan bu değerlendirmede, bekleme izleme-yaklaşımı ile izlenmeye karar verilen olgularda, SSG tanısı sırasında fetal kalp atımının pozitif ya da negatif olma durumuna

göre komplikasyonların görülme insidanslarında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir. Pozitif olduğu durumlarda araştırmada; şiddetli kanama, erken dönemde uterin rüptür, histerektomi ve PİA dahil olmak üzere maternal morbiditenin yüksek olduğu komplikasyonlarla karşılaşıldığına ve daha az sayıda olgunun üçüncü trimestere ulaştığına; FKA'nın negatif olduğu durumlarda ise daha az oranda komplikasyon saptandığına dikkat çekilmiştir (Cali et al. 2013).

Literatürdeki 3. büyük olgu serisi, olgu sunumu, olgu serileri ve araştırma verilerinden oluşmuş sistematik bir derlemedir. Farklı primer tedavi modalitelerinin etkinlik ve güvenilirliklerinin değerlendirildiği 274 makale içermektedir. Primer tedavi başarı oranları S-MTX için %8.7, UAE %18.3, histeroskopi için %39.1, D&C için %61.6 ve histerotomi için %92.1 olarak bildirilmiştir. Histerektomi oranları ise sırasıyla %3.6, %1.1, %0, %7.3 ve %1.7 bulunmuştur. Bir sonraki gebeliğin terme ulaşabilme oranı en yüksek histerotomi yapıldığı olgularda saptanmıştır. Histeroskopik girişim ve laparoskopik histerotominin, primer tedavide güvenli ve etkin yöntemler olduğu sonucuna varılan bu analizde, UAE'nin şiddetli kanama ve/veya arteriovenöz malformasyon kuşkusunun yüksek olduğu olgulara saklanması gerektiği düşünülmektedir. S-MTX'in ve D&C'nin, komplikasyon ve histerektomi oranlarının yüksek olması nedeniyle birinci basamak tedavide yeri olmadığı ileri sürülmektedir (Pektaş ve ark. 2016).

Görüldüğü üzere literatürde olgu sayıları görece yüksek araştırmalarda, SSG'nin en etkin ve en az komplikasyona yol açan tedavi şekli hakkında ortak bir görüş bulunmamaktadır. Giampaolino ve arkadaşlarına göre en etkin tedavi yöntemi S-MTX iken tam tersine, Taiwan ve arkadaşlarına göre en yüksek komplikasyon oranı S-MTX tedavisi ile dir. Buna karşılık tanı konduğunda, fetal kalp atımının pozitif olması durumunda şiddetli kanama, erken dönemde uterin rüptür, histerektomi ve PİA dahil olmak üzere maternal morbidite yüksektir. Bir sonraki gebeliğin terme ulaşabilme oranı en yüksek histerotomi yaklaşımında olduğu ileri sürülmektedir.

Olgumuz, fetal kalp atımlarının olmaması ve başvuru amacının gebeliğininin sonlandırılması olduğu için, gebelik, kese içine L-MTX enjeksiyonu ve ardından S-MTX tedavisiyle spontan sonlanmıştır.

SONUÇ

Herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, sezaryen skar gebeliği açısından erken ve doğru tanı konması kadının yaşamı ve fertilizasyonun korunması açısından oldukça önemlidir. Sezaryen sıklığı bugünkü yüksek düzeylerinde kaldığı sürece, batın içi yapışıklıklar, plasenta implantasyon anomalileri ve sezaryen skar gebeliği gibi ciddi komplikasyonlarla daha sık karşılaşılacağı açıktır. Burada en önemli noktalardan biri gebeye birlikte olan sağlık çalışanlarına; özellikle sezaryen başta olmak üzere herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş anne adaylarının gebeliklerinde SSG ile karşılaşma olasılıklarının giderek artmakta olduğu mesajını vermektir. Kuşkusuz herhangi bir uterin cerrahi geçirmiş bir anne adayının gebeliğinde, SSG açısından erken ve doğru tanı konmasına yönelik danışmanlık hizmeti önemlidir. Çünkü SSG'nin erken tanısı, etkin tedavi edilmesi ve komplikasyonların engellenmesi hayat kurtarıcı ve fertilitenin korunması için oldukça önem arz etmektedir.

Ayrıca SSG tanısı almış ve bekleme-izleme yaklaşımı ile takip edilen bir gebenin servisteki izleminde görev alan ebe vb. sağlık çalışanları, ciddi maternal morbidite ve mortalite olasılığını akılda tutmalıdırlar. Son olarak, ailelerin elektif sezaryen istekleri karşısında sezaryenin, SSG gibi nadir görülen ancak ciddi komplikasyonları da dahil olmak üzere her türden riskleri konusunda verilecek danışmanlık önem kazanmaktadır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızda kullanılması için, obstetrik anamneziyle birlikte USG görüntülerinin kullanılması için izin veren çiftimize teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKISI

Yazarların hepsi çalışmanın planlamasında, yürütülmesinde ve değerlendirmesinde katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Annappa M et al.** Cesarean Section Scar Ectopic Pregnancy Presenting as a Fibroid. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2009;29(8):774.
- Ash A et al.** Cesarean Scar Pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology* 2007;114(3):253–63.
- Cali G et al.** Outcome of Cesarean Scar Pregnancy Managed Expectantly: Systematic Review and Meta-Analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51(2): 169–75.
- D’Antonio F et al.** Counseling in Fetal Medicine: Evidence-Based Answers to Clinical Questions on Morbidly Adherent Placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016;47(3):290–1.
- Demirtaş Ö ve ark.** Skar Gebeliğinin Başarısız Dilatasyon ve Küretajdan Sonra Spontan Rezölüsyonu: Olgu Sunumu. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;6(1): 30-4.
- Fadhlaoui A et al.** Successful 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.
- Fuchs N et al.** Laparoscopic Management of Extrauterine Pregnancy in Cesarean Section Scar: Description of a Surgical Technique and Review of the Literature. *BJOG* 2015;122:137–42.
- Giampaolino P et al.** Management of Cesarean Scar Pregnancy: A Single-Institution Retrospective Review. *BioMed Research International* 2018; 1-10.
- Gözdemir E ve ark.** Sezaryen Skar Gebeliğinin Sistemik Multidoz Metotreksat Protokolü ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu. *Int J Basic Clin Med* 2015;3(2):80-3.
- Jurkovic D et al.** Cesarean Scar Pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics &Gynecology* 2003;21(3): 310.
- Jurkovic D et al.** First-Trimester Diagnosis and Management of Pregnancies Implanted into the Lower Uterine Segment Cesarean Section Scar. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2003;21(3):220–27.
- Karakuş S ve ark.** Sezaryen Skar gebeliği: İki olgu nedeniyle. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 558-61.
- Pektaş MK ve ark.** Systematic Review: What is the Best First-Line Approach for Cesarean Section Ectopic Pregnancy? *Taiwanese Journal of Obstetrics& Gynecology* 2016;55(2): 263-9.
- Rotas MA et al.** Cesarean Scar Ectopic Pregnancies: Etiology, Diagnosis, and Management. *Obstetrics & Gynecology* 2006;107(6): 1373–81.
- Tan G et al.** Cesarean Scar Pregnancy: A Diagnosis to Consider Carefully in Patients with Risk Factors. *Ann Acad Med Singapore* 2005;34(2):216-9.
- Timor-Tritsch E et al.** Cesarean Scar Pregnancy and Early Placenta Accreta Share Common Histology. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2014;43(4):383–95.
- Timor-Tritsch E, Monteagudo A.** Unforeseen Consequences of the Increasing Rate of Cesarean Deliveries: Early Placenta Accreta and Cesarean Scar Pregnancy. *A Review* 2012; *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2012;207(1):14–29.
- Timor-Tritsch IE et al.** Easy Sonographic Differential Diagnosis between Intrauterine Pregnancy and Cesarean Delivery Scar Pregnancy in the Early First Trimester. *Am J Obstet :Gynecol* 2016; 215(2): 225.e1-7.
- Turgut A et al.** Sezaryen Skar Gebeliği: Bir Tersiyer Merkez Olgu Serisi ve Literatür İncelemesi. *Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;17(2):62-5.
- Usta A ve ark.** Sezaryen Skar Gebeliğinin Laparoskopik Tedavisi: Olgu Sunumu. *Balıkesir Medical Journal* 2017;1(2):30-3.
- Vial Y et al.** Preganacy in a Cesarean Scan. *Ultrasound in Obstetrics Gynecology* 2000; 1(66):592-3.

EXTENDED ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare form of ectopic pregnancy caused by the implantation of the gestational sac to the hysterotomy scar. It is reported that the incidence of CSP is between 1/1008 and 1/2500 of all cesarean deliveries. 72% of cases are seen in women with more than two cesarean deliveries. The incidence has also increased due to the increasing cesarean rates in recent years. CSP can cause maternal morbidity and mortality with complications such as placenta previa or accreta, uterine rupture and hemorrhage. Therefore, early diagnosis is vital for proper treatment. Although a number of sonographic criteria have been defined, there are still diagnostic difficulties. Moreover, although early diagnosis and treatment is of vital importance, the optimal treatment approach is still not fully defined. A case of CSP treated with methotrexate (MTX) was presented by reviewing the literature. It should be kept in mind that CSP, a rare form of ectopic pregnancy, may be present in a woman with a history of previous cesarean section or uterine surgery and a positive pregnancy test. Ultrasonographic diagnostic criteria were determined as empty uterine cavity and cervical canal, determination of the gestational sac in the isthmus region on the anterior uterine wall, the absence of healthy myometrial tissue between the bladder and gestational sac, and the detection of vascular flow around the gestational sac in doppler ultrasonography. Although the diagnostic criteria are well defined, CSP is still frequently overlooked in the diagnosis. In parallel with the literature, the CSP diagnostic criteria, which were brought to mind with a positive pregnancy test in our case whose last birth was cesarean, were also determined ultrasonographically. Considering the high morbidity and mortality probability in CSP, the case was directed to a tertiary health center with the thought that such cases could not be treated and followed up correctly and appropriately in the office or private hospital conditions. Probably the first and most important factor in the early and accurate diagnosis of CSP is that it is not considered because of its rarity. Secondary possible reason may be the preference of trans abdominal approach instead of transvaginal ultrasonography. In addition to the difficulties in diagnosis, a standard has not yet been determined in treatment. Among the treatment options; the monitor - and - wait approach without any intervention, D&C, hysteroscopic interventions, local and/or systemic MTX application, uterine artery embolization, partial or partial resection (hysterectomy) and hysterectomy are among the treatment options. It is stated that these treatments can be applied individually or in combination. Three articles with the largest number of cases in the literature draw attention. In the literature, in studies with relatively high number of cases, there is no common opinion about the most effective treatment method of CSP that causes the least complications. According to Giampaolino et al., S-MTX is the most effective treatment method, while S-MTX treatment has the highest complication rate according to Taiwan et al. On the other hand, when the fetal heart rate is positive when diagnosed, maternal morbidity is high, including severe bleeding, early uterine rupture, hysterectomy and PIA. It is suggested that the hysterectomy approach has the highest rate of reaching the term in the next pregnancy.

Since our case had no fetal heartbeats and the purpose of application was to terminate the pregnancy, the pregnancy was terminated spontaneously with L-MTX injection into the sac and then S-MTX treatment. In the pregnancy of an expectant mother who has undergone any uterine surgery, early and accurate diagnosis in terms of cesarean scar pregnancy is very important in terms of the life of the woman and the protection of fertilization. It is clear that serious complications such as intraabdominal adhesions, placenta implantation anomalies and cesarean scar pregnancy will be encountered more frequently, as long as the cesarean rate remains at its current high levels. One of the most important points here is to the healthcare professionals who are with the pregnancy; to give the message that prospective mothers who have undergone any uterine surgery, especially cesarean section, are more likely to encounter CSP in their pregnancy. Undoubtedly, in the pregnancy of an expectant mother who has undergone any uterine surgery, consultancy service for early and accurate diagnosis of CSP is important. Because early diagnosis, effective treatment and prevention of complications of CSP are very important for life saving and preservation of fertility. In addition, midwives, etc. healthcare professionals should keep in mind the possibility of serious maternal morbidity and mortality. Finally, counseling on all kinds of risks of cesarean section, including rare but serious complications such as CSP, becomes important in response to families' request for elective cesarean section.