



IJBCM

International Journal of Basic and Clinical Medicine
Uluslararası Temel ve Klinik Tıp Dergisi

Case Report / Olgu Sunumu

Sezaryen Skar Gebeliğinin Sistemik Multidoz Metotreksat Protokolü ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu

Successful Treatment of Caesarean Scar Pregnancy with Systemic Multidose Methotrexate Protocol:
A Case Report

Elif Gözdemir¹, Hilal Uslu Yuvacı², Müge Eylem Şengül³

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye

²Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya, Türkiye

³Osmaniye Merkez 4 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Osmaniye, Türkiye

Özet

Ektopik gebeliğin nadir görülen formlarından biri olan sezaryen skar gebeliği, artan sezaryen oranları ile daha sık karşımıza çıkmaktadır. İlerleyen haftalarda uterin rüptür ve hemoraji gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olduğundan erken tanı ve tedavisi önemlidir. Sezaryen skar gebeliğinin tedavisinde henüz standart bir tedavi yöntemi belirlenmemiştir. Hastanın vital bulguları, fertilitte isteği, tedavi tercihi, anksiyete durumu göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır. Bu olgu sunumunda, 7 haftalık sezaryen skar gebeliği olan, cerrahi tedavi istemeyen olgunun yüksek β -HCG değerlerine rağmen hemodinamisinin stabil olması nedeniyle sistemik multidoz metotreksat protokolü ile başarılı tedavi edilmesi tartışıldı.

Anahtar kelimeler: Ektopik gebelik, sezaryen, metotreksat tedavisi.

Abstract

Caesarean scar pregnancy, which is one of a rare form of ectopic pregnancy, more frequently emerges with increased caesarean rates. Early diagnosis and treatment is essential. It can cause life-threatening complications such as uterine rupture and hemorrhage in the following weeks of pregnancy. The Standard treatment method has not been determined yet for caesarean scar pregnancy. Treatment should be planned taking into consideration with the patient's vital signs, desire for fertility, treatment preference and the state of anxiety. In this case, a 7-week caesarean scar pregnancy who refuses to have a surgery was discussed for successful treatment with multidose methotrexate protocol because of high level of β -HCG and stable hemodynamics.

Key words: Ectopic pregnancy, caesarean section, methotrexate therapy.

Giriş

Ektopik gebeliğin nadir görülen formlarından biri olan sezaryen skar gebeliği (SSG) gebelik kesesinin eski sezaryen skarı myometriyumuna yerleşmesi ile oluşmaktadır. Giderek artan sezaryen oranları nedeniyle son yıllarda görülme sıklığında artış rapor edilmiştir. Görülme sıklığı tüm gebelikler için 1/2226

oranlarındadır. Erken dönemde tanı ve tedavi önemlidir. Geç dönemde uterin rüptür ve hemorajiye neden olmaktadır¹.

Sezaryen skar gebeliğinin tedavisinde standart bir protokol olmamakla beraber literatürde farklı tedavi yöntemlerinin denendiği olgu sunumları bulunmaktadır. Dilatasyon ve küretaj, suction (vakumlu) küretaj, lokal veya

Corresponding Author / Sorumlu Yazar:

Dr. Elif Gözdemir
Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Kadın Hastalıkları
ve Doğum Anabilim Dalı, Tokat, Türkiye.
Tel: 0533 740 41 55
E-posta: drelakilic@gmail.com

Article History / Makale Geçmişi:

Date Received / Geliş Tarihi: 14.11.2014
Date Accepted / Kabul Tarihi: 08.04.2015

sistemik metotreksat (MTX), lokal potasyum klorid (KCl), uterin arter embolizasyonu, histeroskopi, laparotomi veya laparoskopik eksizyon ve histerektomi gibi tedavi seçenekleri vardır².

Olgu

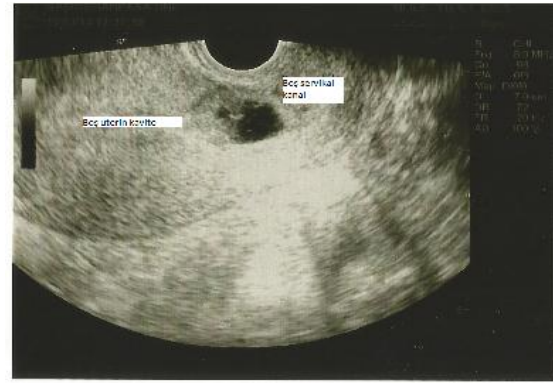
29 yaşında, gravida 4, Parite 2, Abortus 1 olan, 30 günlük adet rotarı ve kanama ile dış merkeze başvuran hasta, gebelik kesesinin alt uterin segmentte lokalize olduğunun tespit edilmesi üzerine sezaryen skar gebeliği ön tanısıyla kliniğimize refere edildi. Hastanın 10 yıllık evli olduğu, birincisi 6, ikincisi 4 yıl önce olmak üzere iki kez sezaryen operasyonu geçirdiği öğrenildi. Yapılan ultrasonografide (USG), uterin kavitenin ve servikal kanalın boş olduğu tespit edildi. Geçirilmiş sezaryen skar bölgesine uyan lokalizasyonda, 25 mm çapında, önceki sezaryen skar hattında bulunan ve mesane ön duvar komşuluğunda olan gestasyonel kese mevcuttu. Kese içinde yolk sak izlendi. Fakat fetal pol izlenmedi (Resim 1 ve Resim 2).

Başvuru anındaki β -HCG düzeyi 20560 mIU/ml idi. Hasta hospitalize edilerek sezaryen skar gebeliği ve komplikasyonları hakkında bilgilendirildi. Cerrahi istemeyen hasta için sistemik multidoz metotreksat (MTX) protokolü uygulanmasına karar verildi. 1 mg/kg'den (78 mg) intramusküler MTX yapıldı. Ertesi gün 0,1 mg/kg'den lökovorin yapıldı. Başarı elde edilene kadar (MTX günü bakılan β -HCG düzeyleri arasında en az % 15 azalma olması) 3., 5. ve 7. günler MTX ve 4., 6. ve 8. günler lökovorin yapıldı. 9. gün β -HCG düzeyi düşmeye başladı. 1 hafta sonra β -HCG düzeyi 16200 mIU/ml idi ve hasta haftalık takibe alındı. Tedaviden 3 ay sonra β -HCG düzeyi ölçülemeyecek düzeylere ulaştı. USG'deki kitle imajı tedaviden 4 ay sonra kayboldu. Herhangi

bir cerrahi tedaviye gereksinim olmadı.



Resim 1. Skar hattındaki gebelik kesesi



Resim 2. Boş uterin kavite ve servikal kanal

Tartışma

Giderek artan sezaryen oranları nedeni ile karşılaşılan SSG'lerde artış görülmektedir. İlerleyen haftalarda uterin rüptür ve hemoraji gibi hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olduğundan erken tanı ve tedavi önemlidir¹.

Tanıda daha çok USG kullanılmaktadır. Tanı net değilse Manyetik Rezonans Görüntüleme de tercih edilebilir³. USG'de servikal kanal ve uterin kavitenin boş olması, anterior uterin duvarla mesane arasında sağlam myometriyal dokunun bulunmaması, gestasyonel kesenin skar hattına uyan bölgede izlenmesi tanı kriterleridir⁴. Biz olgumuzda tanıyı transvajinal ultrasonografi ile koyduk. Gestasyonel sak 7 hafta ile uyumlu olup alt uterin segmente lokalize idi. Servikal kanal ve uterin kavite boş izlendi (Resim 1 ve 2).

Literatürde SSG ile ilgili farklı tedavi modaliteleri denenmiştir. Standart bir tedavi protokolü bulunmamaktadır. Dilatasyon ve küretaj, suction (vakumlu) küretaj, histeroskopik ve laparoskopik eksizyon, histerotomi gibi cerrahi seçeneklerin yanında sistemik MTX ve lokal MTX uygulamaları, uterin arter embolizasyonu gibi cerrahi olmayan uygulamalar da bulunmaktadır.

Tedaviyi seçerken hastanın vital bulguları ve fertilitate isteği göz önünde bulundurulmalıdır³. Cerrahi tedavilerde fertilitateye zarar verilebileceği için bu durum göz önüne alınarak MTX tedavisi uygulanabilir. MTX tedavisinin en önemli dezavantajı gestasyonel kitlenin emilebilmesi için uzun süre gerekmesidir⁵. Bu arada hasta anksiyeteye girebilmektedir. Biz olgumuzla tedavi seçeneklerini konuşarak, tedavi sürecinin uzayabileceği ve gerekli durumlarda cerrahi planlayacağımız hususunda hastayı bilgilendirdikten sonra medikal tedaviye karar verdik. Rotas ve arkadaşları, 112 hastayı içeren bir seride yaptıkları analizde SSG tedavisinde dilatasyon ve küretajı artmış maternal morbidite ile ilişkili bulmuşlardır. Bundan dolayı otörler SSG'de lokal veya sistemik MTX tedavisini önermektedirler³. Sistemik tek doz veya multidoz MTX tedavisi uygulanabilmektedir. Muraji ve arkadaşları yayınladıkları 3 vakalık bir çalışmada tek doz protokolünün başarısızlığı üzerine 2 vakada multidoz, 1 vakada lokal ve sistemik MTX tedavisi uygulanarak komplet remisyon elde etmişlerdir⁶. Biz olgumuzda β -HCG yüksekliği nedeni ile sistemik multidoz tedavi protokolü uygulamayı tercih ettik. Wang ve arkadaşlarının yayınladıkları bir çalışmada 21 olguya sadece MTX vermişler, 50 olguya da dilatasyon ve küretaj sonrası MTX uygulamışlardır. 50 olguluk grupta tedavi

süresi daha kısa bildirilmiştir⁷. Biz hastayı dilatasyon ve küretajın rüptür riski konusunda bilgilendirdik. Hasta bu riski göze alamayarak sadece medikal tedaviyi tercih ettiğinden vital bulguları sıkı takip ederek sistemik multidoz MTX tedavisi uyguladık. MTX kısa yarı ömründen dolayı (10 saat) tekrarlayan dozlara gereksinim olduğundan bazı otörler gestasyonel sak içine direkt uygulamayı tercih etmişlerdir⁸. Fakat farmakokinetik çalışmalarda lokal uygulamanın sistemik toksisite ve ilaç seviyesi açısından sistemik uygulamaya göre avantajının olmadığı tespit edilmiştir⁹. Hasta herhangi bir müdahale istemediğinden sistemik uygulama yolunu tercih ettik. Sistemik tedavinin pnömoni, stomatit, alopesi gibi yan etkileri¹⁰ bildirilmiş olmakla beraber bizim hastamızda herhangi bir yan etki görülmemiştir.

Sonuç olarak son zamanlarda artan sezaryen oranları ile daha sık karşılaştığımız, geç tedavi edildiğinde hayatı tehdit eden bir durum olan SSG'de standart bir tedavi yöntemi yoktur. Hastanın fertilitate isteği, vital bulguları, tedavi tercihi, anksiyete durumu göz önüne alınarak tedavi planlanmalıdır. Hemodinamisi stabil, yakın takip edilebilecek hastalarda, tedavi süresinin uzunluğu hasta ile paylaşılarak sistemik MTX tedavisi denenebilir.

Kaynaklar

1. A. Ash, A. Smith, D. Maxwell. Caesarean scar pregnancy. British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2007;114(3):253-63.
2. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. Obstet Gynecol 2006;107(6):1373-81.
3. Tamai K, Koyama T, Togashi K. MR features of ectopic pregnancy. Eur Radiol 2007;17(12):3236-46.
4. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: a review. Obstet Gynecol Surv 2002; 57(8):537-43
5. Hong SC, Lau MSK, Yam PKL. Ectopic pregnancy in previous Caesarean section scar. Singapore Med J. 2011;52(6):115

-
6. Muraji M, Mabuchi S, Hisamoto K, Muranishi M, Kanagawa T, Nishio Y, et al. Cesarean scar pregnancies successfully treated with methotrexate. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88(6): 720-3.
 7. Wang JH, Xu KH, Lin J, Xu JY, Wu RJ. Methotrexate therapy for cesarean section scar pregnancy with and without suction curettage. *Fertil Steril* 2009;92(4):1208-13.
 8. Donnez J, Godin P-A, Bassil S. Successful methotrexate treatment of a viable pregnancy within a thin uterine scar *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(10):1216–17.
 9. Schiff E, Shalev E, Bustan M, Tsabari A, Mashiach S, Weiner E. Pharmacokinetics of methotrexate after local tubal injection for conservative treatment of ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1992;57(3): 688–90.
 10. Stovall TG. Medical management should be routinely used as primary therapy for ectopic pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 1995; 38(2): 346–52.