

Sezaryen Skar Gebeliğinin Dilatasyon Küretaj Sonrası Foley Katater Uygulaması ile Başarılı Tedavisi: Olgu Sunumu

Osman Balcı¹, Fedi Ercan¹

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

Öz

Önceki sezaryen (histerotomi) skarında ektopik gebelik, 2000 gebelikte bir görülmektedir ve ektopik gebelik geçiren hastaların yüzde 6'sı daha önceden sezaryen olmuş hastalardır. Adenomyosis, in vitro fertilizasyon, geçirilmiş dilatasyon ve küretaj ile plasentanın elle çıkarılması öyküsü risk faktörleridir. Klinik tablo semptomatik bir hastada hafif bir vajinal kanamadan, ağrılı bir uterin rüptür ve hipovolemik şok tablosuna kadar değişkenlik gösterebilir. Tanı ultrasonografik görüntüleme sezaryen skarına gömülmüş gebelik kitlesinin görülmesi ile netleştirilir. Spontan abortus, servikal ektopik gebelik ve plasenta akreata ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Nadir görülen sezaryen skar gebeliği, literatürde daha çok olgu sunumları şeklinde sunulduğu için ilk seçilecek tedavi konusunda tam bir görüş birliği yoktur. Burada sezaryen skarı içine yerleşmiş gebeliğin dilatasyon küretaj sonrası alt segmente yerleştirilen balon kateter ile başarılı tedavisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen skar gebeliği, ektopik gebelik

ABSTRACT

A successful treatment of cesarean scar pregnancy by foley catheter application after dilatation and curettage: a case report

Ectopic pregnancy in a previous cesarean (hysterotomy) scar occurs in about 1 in 2000 pregnancies and accounts for 6 percent of ectopic pregnancies among women with a prior cesarean delivery. Adenomyosis, in vitro fertilization, previous dilation and curettage, and manual removal of the placenta are purported risk factors. In symptomatic patients, the clinical presentation ranges from vaginal bleeding with or without pain to uterine rupture and hypovolemic shock. The diagnosis is made by sonographically visualizing an enlarged hysterotomy scar with an embedded mass. Differential diagnosis includes spontaneous abortion, cervical ectopic pregnancy and placenta accreta. Cesarean scar pregnancy is rare and there is no complete consensus on the first choice treatment because most of them are presented as case reports in the literature. A successful treatment of cesarean scar pregnancy by placing balloon catheter in the lower segment after dilatation and curettage is presented here.

Keywords: Cesarean scar pregnancy, ectopic pregnancy

Geliş tarihi/Received: 24.11.2014 Kabul tarihi/Accepted: 24.02.2015



Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Fedi Ercan, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Ünitesi, Konya, Türkiye **Telefon/Phone:** +90-505-895-5309 **E-posta/E-mail:** fediercan@gmail.com

Atıf/Citation: Balcı O, Ercan F. A successful treatment of cesarean scar pregnancy by foley catheter application after dilatation and curettage: a case report. Bakırköy Tıp Dergisi 2018;14:133-7. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20141124072213>

GİRİŞ

Önceki sezaryen (histerotomi) skarında ektopik gebelik, 2000 gebelikte bir görülmektedir ve ektopik gebelik geçiren hastaların yüzde 6'sı daha önceden sezaryen olmuş hastalardır (1). Sezaryen skar gebeliği insidansı geçirilmiş sezaryen sayısı ile ilişkili değildir. Gebelik sezaryen skarı içinde ve etrafı myometrium ve konnektif doku ile çevrili bir bölgededir. Bu bölgeye olan implantasyonun mekanizması ile ilgili olarak alt uterin segmentten skar içerisine doğru gelişen mikroskopik fistül traktı suçlanmaktadır (2). Adenomyosis, in vitro fertilizasyon, geçirilmiş dilatasyon ve küretaj ile plasentanın elle çıkarılması öyküsü risk faktörleridir (3).

Klinik tablo semptomatik bir hastada hafif bir vajinal kanamadan, ağrılı bir uterin rüptür ve hipovolemik şok tablosuna kadar değişkenlik gösterebilir (4). Karın ağrısı, vajinal kanama ya da menstrüel anormallikler ile başvuran tüm üreme çağındaki kadınlara gebelik testi yapılmalıdır. Gebelik durumunda gebeliğin konumu (intrauterin ya da ekstrauterin) ultrason muayenesi ile anlaşılır. Şüphe etmek sezaryen skar gebelik tanısı açısından önemlidir. Tanı ultrasonografik görüntülemeye sezaryen skarına gömülmüş gebelik kitlesinin görülmesi ile netleştirilir (5). Diğer bulgular mesane ve uterus ön duvar arasında trofoblastik dokunun izlenmesi, intrauterin bölgede gebelik ürünlerinin olmaması, gestasyonel kese ile mesane arasında myometrial dokunun olmaması veya çok ince olması ve sagittal planda düzensiz olarak görünen anterior uterus duvarının varlığıdır (3). Mesane gibi komşu pelvik organlara invazyon olup olmadığı anlaşılmaya çalışılmalıdır. Manyetik rezonans görüntüleme ve histeroskopi gebelik yerini değerlendirmek için kullanılabilir yöntemler olsa da tanı için yapılmaları zorunlu değildir (6). Spontan abortus, servikal ektopik gebelik ve plasenta akreata ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Burada sezaryen skarı içine yerleşmiş gebeliğin dilatasyon küretaj sonrası alt segmente yerleştirilen balon kateter ile başarılı tedavisi sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

33 yaşında gravida 4, parita 3, daha önce 2 kez sezaryen ile doğum yapmış olan hasta, 3 hafta adet rötari, lekelenme şeklinde vajinal kanama ve hafif kasık ağrısı yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Vital bulguları stabil olan hastanın muaye-

nesinde batında derin palpasyonda hassasiyeti mevcuttu, ancak defans ve reboundu yoktu. Pelvik muayenede; serviks kapalı, minimal kan varlığı gözlemlendi. Uterus 6 haftalık gebelik iriliğinde, adneksler doğaldı. Transvajinal ultrasonografide, internal servikal os'un hemen üstünde eksantrik yerleşimli, Kerr insizyon hattının üzerinde baş-popo mesafesi 3 mm ölçülen, fetal kardiyak aktivitesi net izlenemeyen, beraberinde yolk sak da gözlenen 6 hafta 5 gün ile uyumlu gebelik kesesi izlendi (Resim 1). Uterin kavitenin ve servikal kanalın boş olduğu görüldü. Gebelik kesesi ile mesane arasındaki myometrial kalınlık 3 mm olarak ölçüldü (Resim 2). Hasta ektopik sezaryen skar gebeliği tanısıyla yatırıldı ve aileyle konuşularak, sezaryen skar gebeliği ve komplikasyonları hakkında bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra tedavi planlandı.



Resim 1: Sezaryen skarı içine yerleşmiş yolk sak izlenen gebelik kesesi



Resim 2: Gebelik kesesi ile mesane arası myometrial kalınlık ölçümü (3 mm)



Resim 3: Kanamanın önlenmesi amacıyla işlem sonrası yerleştirilen foley balon kataterin ultrasondaki görünümü

Ameliyat öncesi tetkikler tamamlandıktan sonra hasta, anestezi altında, litotomi pozisyonunda masaya alındı. Perine, vajen temizliğini takiben spekulum yerleştirildi. Kollum tek dişli ile tutulup traksiyone edildikten sonra, Hegar bujiyle 9 mm çapa kadar dilate edildi. Takiben transabdominal ultrasonografi rehberliğinde 7 nolu carman kanülle küretaj yapıldı. İşlem sırasında ve sonrasında hafif kanama dışında kanama izlenmedi. Kontrol ultrasonografisinde endometrial kalınlık 8 mm izlendi. Kanama kontrolünün sağlanması amacıyla işlem sonrası kanama profilaksisine yönelik olarak uterin kavite ve alt segmente 22 F foley kateter balonu 20 CC serum fizyolojik ile şişirilerek yerleştirildi (Resim 3). İşlem sırasında herhangi bir komplikasyon olmadı. İşlem sonrası hemoglobini 12.0 gr/dl ve hematokrit 34.6 olarak geldi. On iki saat sonra foley kateter alındı. Hasta işlem sonrası 1. günde taburcu edilirken genel durum iyi, vital bulguları normal, vajinal kanama veya başka şikayeti yoktu. Hastanın ameliyat öncesi β -hCG değeri 7059 mIU/ml tespit edildi ve bu değer ameliyat sonrası 1. günde 2557 mIU/ml ve 1 hafta sonra 106 mIU/ml şeklinde izlendi. Hastanın daha sonra yapılan haftalık takiplerinde, ameliyat sonrası 2. haftada β -hCG 5 mIU/ml altına indiği görüldü. Hastanın kontrol ultrasonografisi normaldi.

TARTIŞMA

Sezaryen skar gebeliği ektopik gebeliğin nadir görülen formlarından birisidir. Sezaryen oranlarının artmasıyla bir-

likte görülme sıklığı da artmaktadır. Sezaryen skar gebeliği için en uygun tedavi şekli belirsizdir ve bu konu ile ilgili tecrübeler olgu serileri şeklinde literatürde yer bulduğundan ve randomize kontrollü çalışmalar olmadığından standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Kanama veya hemodinamik instabilite belirtileri gösteren hastaya cerrahi müdahale gereklidir. Bu laparoskopi veya laparotomi şeklinde olabilirken cerrahinin şekli olası bir histerektomiye de içerebilir. Stabil hastada, tedavi dilatasyon ve küretaj veya metotreksat tedavisi şeklinde olabilir. Ultrason rehberliği altında lokal metotreksat enjeksiyonu ve sistemik metotreksat tedavisinden oluşan bir kombinasyon sezaryen skar gebeliği olan 26 hastaya uygulanmıştır (7). Ancak, bu yaklaşımın daha etkili ya da tersine daha fazla komplikasyon ile ilişkili olduğunu önermek için yeterli kanıt yoktur.

Diğer seçenekler, laparotomi veya laparoskopi ile ektopik gebelik kısmının kama rezeksiyonu, histeroskopik eksizyon yoluyla ektopik gebelik rezeksiyonu, kese içine 5 mEq potasyum klorür verilerek lokal enjeksiyon, lokal veya sistemik metotreksat ile tedavi şeklindedir (4,8,9).

Tıbbi tedavinin dezavantajları ektopik gebelik rüptürü ve kanama riski ile tedavinin uzun sürebilme ihtimali (haftalar sürebilir) ve en sonunda histerektomi gerekli olabileceğidir. Cerrahi tedavinin avantajları hem gebelik bölgesinin ortadan kaldırılması ile kısa süren tedavi süreci ve hem de eski histerotomi bölgesini onarmak için bir fırsat sağlamasıdır. Sezaryen skar gebeliği için rüptür ve maternal mortalite riski nedeniyle beklemek (ekspektant yaklaşım) uygun bir seçenek değildir (10).

On sekiz sezaryen skar gebeliği içeren bir seride, transvajinal cerrahi tahliye, ekzosölojik boşluğa 25 mg metotreksat lokal enjeksiyonu ile ekspektant yaklaşım karşılaştırılmıştır (11). Küretaj, 8 hastanın 5'inde (%63) başarılı olmuş, ancak üç kadına hemostaz sağlamak için intrauterin foley kateter ile tamponat yerleştirmeyi gerektirecek boyutta (500-1000 ml) kanama olmuştur. Metotreksat uygulanan 7 hastanın 5'inde (%71) başarılı olmuş, ancak 2 hastada gerçekleşen 1000 mL'nin üzerindeki kanamayı kontrol altına alabilmek için acil ameliyat gerekmiştir. Ekspektant yönetimi uygulanan 3 hastanın sadece 1'inde rezolüsyon olmuştur.

Dilatasyon küretaj ile tek başına tedavi sonrası perforasyon ve katastrofik kanama riski vardır. Bu riske karşı önlem oluşturması amacıyla işlem öncesi profilaktik uterin arter

embolizasyonu (UAE) uygulaması da çalışılmıştır. Yapılan bir randomize kontrollü çalışmada 72 sezaryen skar gebeliği olan hastaya tedavi öncesi UAE ya da metotreksat verilmiş ve tedavi sonuçları karşılaştırılmıştır (12). UAE yapılan grupta belirgin şekilde daha az kan kaybı (37 ml'ye karşılık 416 ml) ve hastanede yatış süresi (12'ye karşılık 40 gün) tespit edilmiştir.

Nispeten daha yeni bir yaklaşım doğrudan gözlem altında sezaryen skar gebeliğini çıkartmak için histeroskopi kullanılmasıdır (9). Beş hastadan oluşan bir seride, bir hastada intrauterin foley kateter tamponat gerektirecek düzeyde kanama ve bir vakada da plato yapan serum β -hCG düzeyi nedeniyle metotreksat tedavisi gerekmiştir. Ayrıca laparoskopik yardımcı histeroskopik yönetim de tarif edilmiştir (13).

Günümüzde hemen tüm sezaryen skar gebeliklerinin teşhis ve tedavisi ilk trimesterde olmaktadır. Lokal eksizyon ya da histerektomi en güvenli tedavi yaklaşımları olabilir. Medikal tedavi uterin rüptür ve maternal mortaliteye neden olabilecek şiddetli kanamaya neden olabilir. Ancak küçük gebelik haftalarında medikal tedavi makul bir yaklaşım olabilir. Sezaryen skar gebeliği tamamen ortadan kaldırılsa dahi, hasta bir sonraki gebelikte ciddi komplikasyon (örn, uterus rüptürü, plasenta akreata, şiddetli kanama) riski altındadır.

İkinci trimestere ulaşmış sezaryen skar gebeliği nadirdir. İkinci trimester sezaryen skar gebeliğinin tıbbi tedavisi muhtemelen ilk trimester sezaryen skar gebeliğinin medikal tedavisinden çok daha düşük bir başarı oranına sahiptir.

Bu nedenle ikinci trimesterde tespit edilmiş sezaryen skar gebeliklerinde medikal tedavi düşünülmemelidir.

Sonuç olarak sezaryen skar gebeliklerinin bir kısmı kısmen uterin kavitede yerleştiğinden terme kadar gidebilirken, diğer kısmı sezaryen skarına derin bir şekilde implante olur ve ilk trimesterde uterin rüptüre zemin oluşturur.

Sonraki gebeliklerde sezaryen skarı üzerine implantasyon tekrarlayabilir (14). Sonraki gebeliklerde erken dönemde ultrasonografi ile gebelik kesesinin yerleşim yeri tespit edilmelidir. Sezaryen skar gebeliği sonrasında başarılı gebelikler raporlar edilmektedir. Ancak, uterin rüptür (maternal veya fetal ölümle sonuçlanan) ve plasenta akreata da rapor edilmiştir (15).

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, β -hCG seviyelerine ve hastanın tedavisini üstlenen hekimin tecrübesine bağlıdır. Erken tanı ve tedavi ciddi komplikasyonları önlemek açısından çok önemlidir.

Hasta Onamı: Hasta onamı alınmıştır.

Yazar Katkıları: Olgunun takibi - O.B.; Literatür araştırması - F.E.; Makalenin yazımı - O.B., F.E.; Makalenin gözden geçirilerek revize edilmesi - F.E., O.B.

Çıkar çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107(6): 1373-1381. [CrossRef]
2. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114(3):253-63. [CrossRef]
3. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16(6):592-3. [CrossRef]
4. Graesslin O, Dedecker F Jr, Quereux C, Gabriel R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005;105(4):869-71. [CrossRef]
5. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, et al. Deficient lower-segment Cesarean section scars: prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31(1):72-7. [CrossRef]
6. Shih JC. Cesarean scar pregnancy: diagnosis with three-dimensional (3D) ultrasound and 3D power Doppler. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004;23(3):306-7. [CrossRef]
7. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, et al. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(1):44.e1-13. [CrossRef]
8. Lee CL, Wang CJ, Chao A, et al. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Cesarean section scar. *Hum Reprod* 1999;14(5):1234-6. [CrossRef]
9. Deans R, Abbott J. Hysteroscopic management of cesarean scar ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2010;93(6):1735-40. [CrossRef]
10. Smith A, Ash A, Maxwell D. Sonographic diagnosis of cesarean scar pregnancy at 16 weeks. *J Clin Ultrasound* 2007;35(4):212-5. [CrossRef]
11. 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(3):220-7. [CrossRef]

12. Zhuang Y, Huang L. Uterine artery embolization compared with methotrexate for the management of pregnancy implanted within a cesarean scar. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201(2):152.e1-3. [\[CrossRef\]](#)
13. Robinson JK, Dayal MB, Gindoff P, Frankfurter D. A novel surgical treatment for cesarean scar pregnancy: laparoscopically assisted operative hysteroscopy. *Fertil Steril* 2009;92(4):1497. [\[CrossRef\]](#)
14. Ben Nagi J, Helmy S, Ofili-Yebovi D, et al. Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies. *Hum Reprod* 2007;22(7):2012-5. [\[CrossRef\]](#)
15. Seow KM, Hwang JL, Tsai YL, et al. Subsequent pregnancy outcome after conservative treatment of a previous cesarean scar pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83(12):1167-72. [\[CrossRef\]](#)