

Sezaryen Skar Gebeliğinde Sistemik Metotreksat ve Vajinal Misoprostol Tedavisi: Bir Olgu Sunumu**Systemic Methotrexate and Vaginal Misoprostol Treatment In Cesarean Scar Pregnancy: A Case Report**

Ali YAVUZCAN, Alper BAŞBUĞ, Esmâ YILDIRIM, Sıtkı ÖZBİLGEÇ, Mete ÇAĞLAR

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

ÖZ

Sezaryen skar gebeliği (SSG) gestasyonel kesenin geçirilmiş sezaryen skarına implante olmasıyla ortaya çıkan nadir bir ektopik gebelik çeşididir. SSG masif hemoraji ve uterin rüptüre neden olabilir. SSG'nin ile ilgili çok sayıda prospektif andomize kontrollü çalışmanın bulunmaması nedeniyle tanı ve tedavisi ile net bir konsensus yoktur. Bu raporda tek doz sistemik metotreksat (MTX) ve vajinal misoprostol ile tedavi edilen SSG olgusu sunulmuştur. Tek doz MTX ve vajinal misoprostol kombinasyon tedavisi olgumuzda başarıyla sonuçlanmış olsa da sessiz rüptür veya masif hemoraji riskine karşı hastalar dikkatli şekilde takip edilmelidir. Tek doz MTX ve misoprostol kombinasyon tedavisinin güvenilirliğinin tam olarak ortaya konabilmesi için kapsamlı randomize çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Metotreksat, misoprostol, sezaryen skar gebeliği.

ABSTRACT

Cesarean scar pregnancy (CSP) is a rare kind of ectopic pregnancy caused by the implantation of the gestational sac on cesarean section scar. CSP can cause massive bleeding and uterine rupture. Due to the lack of prospectiver and omized controlled studies on CSP; there is no clear consensus about diagnosis and treatment. In this report, a CSP case reported, treated with single dose methotrexate (MTX) and vaginal misoprostol combination. Although; single- dose MTX and vaginal misoprostol combination was successful in our patient, the patients should be monitored carefully during this treatment against silent rupture and massive hemorrhage. The reandomized comprehensive studies are needed to reveal the reliability of a single dose of MTX and misoprostol combination therapy.

Keywords: Cesarean scar pregnancy, methotrexate, misoprostol

Giriş

Sezaryen skar gebeliği (SSG) gestasyonel kesenin geçirilmiş sezaryen skarına implante olmasıyla ortaya çıkan nadir bir ektopik gebelik çeşididir (1). Ektopik gebeliklerin yaklaşık %6,1'inde SSG ortaya çıktığı düşünülmektedir (2). SSG masif hemoraji ve uterin rüptür gibi mortalitesi yüksek komplikasyonlarla birliktelik göstermektedir ve artan sezaryen oranları tehlike boyutlarının artmasına neden olmaktadır (3).

SSG'nin iki tipi mevcuttur. Tip 1 SSG amniotik kesenin skar dokusuna implantasyonu ve devam eden süreçte kesenin uterin kavite veya servikoistmik boşluğa doğru büyümesi ile ortaya çıkmaktadır (4). Tip 2 SSG ise gebelik kesesinin skar dokusuna derin şekilde implante olması sonrasında kesenin uterin myometrium ve serozal yüzeye doğru büyümesi şeklinde tanımlanmıştır (4). SSG karın ağrısı ve/veya vajinal kanama gibi semptomlara sahip olabilir veya asemptomatik olup rutin takip sırasında fark edilmiş olabilir. Skar gebeliğinin ayırıcı tanısında servikal ektopik gebelik, servikoistmik gebelikler ve inkomplet abortus gözönünde bulundurulmalıdır (5). Bu nedenle kesin tanı için görüntüleme magnetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ultrasonografik inceleme (USG) gereklidir. Tanı için gerekli çeşitli USG kriterleri tanımlanmıştır

(4,6). SSG'nin ile ilgili prospektif randomize kontrollü çalışmaların bulunmaması nedeniyle tanı ve tedavi ile ilgili halen net bir konsensus bulunmamaktadır. Medikal tedavi, cerrahi tedavi, uterin arter embolizasyonu (UAE), küretaj veya bunların kombinasyonu benzeri pek çok çeşitli uygulama SSG'de başarıyla uygulanmıştır (1,3,5).

Bu raporda kombine tek doz sistemik metotreksat (MTX) ve vajinal misoprostol tedavisi başarılı bir şekilde uygulanan SSG olgusu sunulmuştur.

Olgu

Yirmi üç yaşında gravidası 2, paritesi 1 olan hasta vajinal kanama şikayeti ile başvurduğu dış merkezden SSG ön tanısı ile hastanemize sevk edilmiştir. Özgeçmişinde tıbben önemli bir özellik bulunmayan hastanın geçirilmiş 1 adet sezaryen operasyonu vardır. Son adet tarihine göre hastanın 8 haftalık amenoreesi mevcuttur. Transvajinal USG (TVUSG)'de sagittal kesitte uterin kavitede ve servikal kanalda gestasyonel kese bulunmaması, gestasyonel kesenin uterusun ön istmik seviyede sezaryen skar hattında tespit edilmesi ve mesane duvarı ile gestasyonel sac arasındaki myometrium kalınlığının 5 milimetreden (mm) küçük olması nedeniyle hastaya SSG tanısı konulmuştur (Resim 1.). Crown-Rump Length (CRL) ölçümü 6 hafta 6 gün ile uyumlu olan fetüste fetal

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Ali Yavuzcan

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum

A.B.D, 81000 Konuralp, Düzce, Türkiye

Tel/Phone: 90 380 5421390

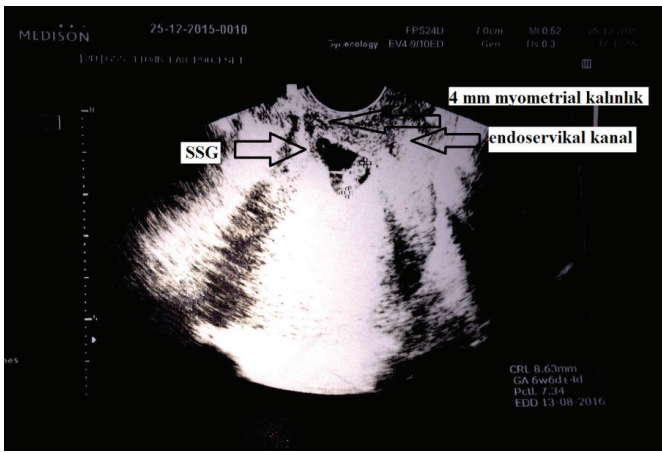
Email: draliyavuzcan@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 10/01/2016

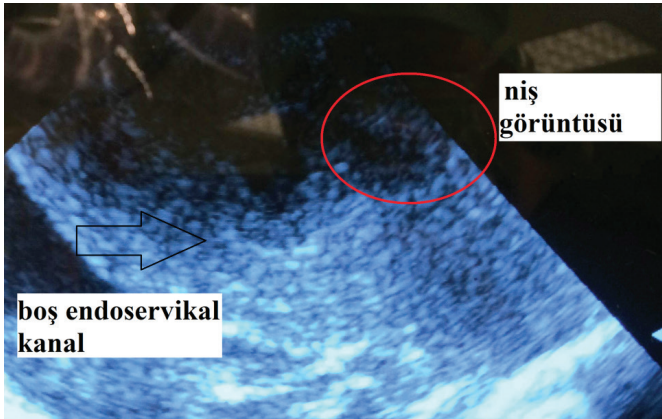
Kabul Tarihi/Accepted: 16/02/2017

kalp atımı izlenmemiştir (Resim 1.). Uterin kavite yönünde gelişim gösteren gestasyonel kese nedeniyle SSG Tip 1 olarak tanımlanmıştır. Hastaya metre-kareye (m²) 50 miligram olacak şekilde MTX yapılmıştır ve eş zamanlı olarak International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) 2012 abortus protokolüne uygun şekilde misoprostol uygulanmıştır (7). MTX uygulandıktan yaklaşık 96 saat sonra gestasyonel kese ve fetal ekler eksternal servikal açıklıktan spontan olarak atılmıştır. Hastada aktif kanama bulgusu izlenmemiştir. Yapılan TVUSG'de istmik bölgede anterior duvarda gestasyonel kesenin içinde bulunmadığı geçirilmiş sezaryen insizyonuna bağlı myometrium içinde niş görüntüsü tespit edilmiştir (Resim 2). Hemodinamisi stabil olan ve ağrı/kanama şikayeti bulunmayan hasta yaklaşık 4 saatlik takibin ardından kendi isteği ile taburcu olmuştur. Hastanın taburculuk sonrası 8. günde yapılan poliklinik kontrolünde herhangi bir patolojik bulgu tespit edilmemiştir.

Resim 1:SSG'ninTVUSG'desagittal kesitte ilk görüntüsü.



Resim 2: Sonlanan SSG'nin ardındanboş endoservikal kanal ve geçirilmiş sezaryen skarına bağlı anterioristmik segmentte izlenen niş görüntüsü.



Tartışma

SSG oluşumundaki yolak halen net açıklanabilmiş değildir (8). Blasto kistin endometriyal kavite ile skar dokusu arasındaki mikroskobik traktus yoluyla ilerleyerek implante olduğu düşünülmektedir (2,9). Tower ve ark. sezaryen sonrası uterin skar dokusundaki iyileşme başarısızlıklarında SSG'nin ortaya çıktığı bildirilmiştir (10). Artan sezaryen sayısı, geçirilmiş myomektomi, adenomyosis varlığı, embriyo transferi ve plasentanin elle çıkartılması gibi myometrium dokusunda travma ve yara iyileşmesi sürecini ortaya çıkaran işlemlerin SSG riskini arttırması da bu görüşü desteklemektedir (11,12). Bizim olgumuzda da geçirilmiş bir tane sezaryen operasyonu öyküsü mevcuttur.

SSG'nin semptomlarının spesifik olmaması nedeniyle tanı için görüntüleme yöntemlerine sıklıkla başvurulmaktadır. Riaz ve ark. SSG'nin sonografik bulgularının myometriumun 5 mm'den daha ince olması, doppler akımında kese etrafında artmış renkli doppler akım paterni, sezaryen skar dokusunda ortaya çıkan şişkinlikte de bu akım paterninin izlenmesi olarak raporlamışlardır (6). Ayrıca endometriyal kavitede veya endometriyal kavitede de gestasyonel kese izlenmemesi gerekmektedir (6). Vial ve ark. "negatif kayan organ bulgusu" kavramına dikkati çekmiştir ve transvajinal prob ile yapılan nazik bir bası ile gestasyonel kesenin internal servikal os seviyesinde yerini değiştirmemesi olarak tanımlanmıştır (4). Bizim olgumuzda sonografik bulguların uyumlu olması üzerine SSG tanısı konulmuştur. MRG ise ektopik kese lokalizasyonunun tam olarak tespiti, plasentasyonun değerlendirilmesi ve gestasyonel kesenin komşu organlarla ilişkisini değerlendirmek için kullanılmaktadır (6). Çoğu olguda USG ilk tanı için ilk kullanılan araçtır fakat invazyon derinliğinin tespitinde MRG faydalı bulunmaktadır (6).

SSG'nin tanısının erken ve doğru biçimde konulması önemlidir. Uterin kaviteye doğru gelişmeye devam eden tip 1 SSG'leri implantasyonun tamamlanması sonrasında plasental invazyon anomalilerinden olan plasenta akreata spektrumu içindeki mortalitesi ve morbiditesi yüksek geç gebelikte obstetrik komplikasyonlara neden olmaktadır (4). Tip 2SSG'ler ise erken gebelik haftalarında uterin rüptür ve mortalitesi yüksek kanamalara neden olmaktadır (4). Ayrıca tanısı net koyulmadan; missed abortus veya inkomplet abortus benzeri ön tanımlarla preoperatif hazırlık yapılmadan; dilatasyon küretaj yapılması SSG'lerde iskemik rüptüre ve masif kanamalara yol açabilir (13).

SSG saptanan hastaların en iyi tedavi seçeneği ve yönetiminde kullanılacak uniform bir algoritma halen yoktur (4). Tanı anında gebelik kaybı bulgularına sahip olanlar, anembriyonik SSG gebelik bulunanlar veya seçilmiş Tip 1 SSG hastalarında gözlemsel yaklaşımın uygun olacağını öneren raporlar sunulmuştur (4,14). Ancak tanı konulurken bile halen net kriterleri bulunmayan bir patolojide müdahale yapmaksızın takip etmek tartışmalı bir yaklaşımdır. SSG'lerde ilk trimester bitmeden ortaya çıkan hayatı tehdit edici kanama riski Zhang ve ark. tarafından da önemle vurgulanmıştır (13).

Medikal tedavi seçeneklerinde en önde gelen yaklaşım sistemik MTX tedavisidir. Çoklu dozlar (15) veya tek doz uygulan (5) raporlar mevcuttur. Riaz ve ark. sistemik MTX'in başarısının gestasyonel kese etrafını saran devaskularize fibröz doku oranına ve MTX'in kısa yarılanma ömrüne bağlı olarak değiştiğini öne sürmüştür (6). Bu nedenle USG eşliğinde direkt gestasyonel kese içini enjekte edilmesinin daha başarılı olacağı düşünülmüştür (3). Lokal olarak uygulanan etanol de SSG tedavisinde başarılı olduğu raporlanmıştır (16). Bizim olgumuza benzer şekilde MTX ve misoprostol tedavisini daha önce Lin ve ark. uygulamışlardır (17). Bu yöntem Riaz ve ark. tarafından (6) da SSG tedavileri arasında gösterilse de yüksek oranda uterin rüptür olasılığı ve masif hemoraji riski göz önünde bulundurulmalıdır.

SSG'de izole küretaj içeren tedaviler önerilmemektedir. Skar yeri rüptürü ve mortalitesi yüksek kanama olasılığına karşı UAE yapılmadan veya MTX uygulamadan hastalar kürete edilmemelidir (1,13). Laparoskopik veya laparatomik yöntemler öncelikle hayatı tehdit eden komplikasyon varlığında uygulanmalıdır (6). Histeroskopi benzeri minimal invaziv cerrahi tedaviler uygun hastalarda ilk tercih olarak düşünülmelidir (6). Histeroskopi UAE sonrasında veya MTX sonrasında yapılabildiği gibi primer olarak da SSG tedavisinde kullanılabilir (18). Reprodüktif dönemdeki SSG hastalarında fertilitte koruyucu tedaviler ön planda

düşünülse de acil histerektomi gereksinimi bazen karşımıza çıkabilmektedir (13).

SSG yönetiminde en önemli nokta tanının doğru konmasıdır. SSG tedavisinin başarısı tanının erken ve doğru şekilde konmasına bağlıdır (13). Bizim uyguladığımız tek doz MTX ve misoprostol kombinasyon tedavisi olgumuzda başarıyla sonuçlanmış olsa da sessiz rüptür veya kontrol altına alınamayan kanama riskine karşı hastalar dikkatli şekilde takip edilmelidir. Tek doz MTX ve misoprostol kombinasyon tedavisinin güvenilirliğinin tam olarak ortaya konabilmesi için geniş kapsamlı randomize çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Liu W, Shen L, Wang Q, Wang W, Sun Z. Uterine artery embolization combined with curettage vs. methotrexate plus curettage for cesarean scar pregnancy. Arch Gynecol Obstet 2015 Nov 18.
2. Seow KM, Huang LW, Lin YH et al. Cesarean scar pregnancy: issues in management. Ultrasound Obstet Gynecol 2004; 23: 247–53.
3. Mutlu İ, Mutlu MF, Erdem A, Bulut B, Erdem M. Sezaryen Skar Gebeliğinin Tek Doz Lokal Metotreksat Uygulaması ile Tedavisi: Olgu Sunumu. Gazi Medical Journal 2015; 26 : 119-20.
4. Vial Y, Petignat P, Hohlfield P. Pregnancy in a cesarean scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2000; 16: 592–3.
5. Karakuş S, Yıldız Ç, Akkar ÖB, Çetin M. Sezaryen Skar Gebeliği: İki Olgu Nedeniyle. Cumhuriyet Tıp Derg 2014; 36: 558-61.
6. Riaz RM, Williams TR, Craig BM, Myers DT. Cesarean scar ectopic pregnancy: imaging features, current treatment options, and clinical outcomes. Abdom Imaging. 2015;40:2589-99.
7. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, GómezPonce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. Int J Gynaecol Obstet 2007; 99:182-5.
8. Ouyang Y, Li X, Yi Y, Gong F, Lin G, Lu G. First-trimester diagnosis and management of Cesarean scar pregnancies after in vitro fertilization-embryo transfer: a retrospective clinical analysis of 12 cases. Reprod Biol Endocrinol 2015 21;13:126.
9. 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;21:501–3.
10. Tower AM, Frishman GN. Cesarean scar defects: an under recognized cause of abnormal uterine bleeding and other gynecologic complications. J Minim Invasive Gynecol 2013;20:562-72.
11. Rajakumar C, Agarwal S, Khalil H, Fung Kee Fung KM, Shenassa H, Singh SS. Caesarean scar pregnancy. J Obstet Gynaecol Can 2015;37:199–200.
12. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, et al. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted in to the lower uterine caesarean section scar. Ultrasound Obstet Gynecol 2003;21:220–7.
13. Zhang Y, Gu Y, Wang JM, Li Y. Analysis of cases with cesarean scar pregnancy. J Obstet Gynaecol Res 2013;39:195-202.
14. Liu H, Leng J, Shi H, Lang J. Expectant treatment of cesarean scar pregnancy: two case reports and a glimpse at the natural courses. Arch Gynecol Obstet 2010 Oct;282:455-8.
15. Kutuk MS, Uysal G, Dolanbay M, Ozgun MT. Success fulmedical treatment of cesarean scar ectopic pregnancies with systemic multi dose methotrexate: single-center experience. J Obstet Gynaecol Res 2014;40:1700-6.
16. Shao MJ, Hu M, Hu MX (2013) Conservative management of cesarean scar pregnancy by local injection of ethanol under hysteroscopic guidance. Int J Gynaecol Obstet 121:281–2.
17. Lin CH, Yu MH, Chang FW. Cervical priming with misoprostol for termination of cesarean scar pregnancy. Taiwan J Obstet Gynecol 2014;53:109-11.
18. 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 ;40:2146-51.