

Canlı Sezaryen Skar Gebeliğinin İntrakardiyak KCl ve Sistemik Metotreksat Kombinasyonu ile Tedavisi: Olgu sunumu

Gürkan Yazıcı, Aysun Savaş, Talat Umut Kutlu Dilek, Saffet Dilek

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

Özet

Amaç: Sezaryen skar gebeliğinin başarılı farmakolojik tedavisi literatür eşliğinde gözden geçirilmiştir.

Olgu: Yirmi dört yaşında, G3P2A0 olan, 2 kez sezaryen ile doğum yapmış, asemptomatik ve son adet tarihine göre 8 hafta 4 günlük gebeliği olan bir sezaryen skarı gebeliği (CSP) olgusunun intrakardiyak potasyum klorür (KCl) enjeksiyonu sonrası, multiple doz metotreksat kemoterapisi ile tedavisi edilmiştir.

Sonuç: Yüksek hCG titreleri olan veya kardiyak aktivitenin izlendiği sezaryen skar gebeliklerinin farmakolojik tedavisi intrakardiyak KCl ile kombine edilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Sezaryen skar gebeliği, intrakardiyak KCl, sistemik metotreksat.

Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with combination of intracardiac KCl and systemic methotrexate: a case report

Objective: Successful pharmacologic treatment of cesarean scar pregnancy was reviewed by recent literature.

Case: 24 years old G3P2A0 woman who diagnosed as cesarean scar pregnancy was treated by systemic multiple dose of methotrexate following the ultrasound guided intracardiac KCl injection.

Conclusion: Pharmacologic treatment of cesarean scar pregnancy should be combined with intracardiac KCl injection in the presence of high hCG titer and cardiac activity.

Keywords: Cesarean scar pregnancy, intracardiac KCl, methotrexate.

Giriş

Sezaryen skarına implante olan gebelik (CSP), dış gebeliğin en nadir görülen formudur. Jurkovic ve ark.¹ bölgesel popülasyonlarında CSP prevalansını 1/1800 olarak bildirmişlerdir. Seow ve ark.² ise 12 olguluk serilerinde tüm gebeliklerdeki tahmini CSP insidansını 1:2226,

CSP hızını sezaryen ile doğum yapmış kadınlarda %0.15, en az bir sezaryen ile doğum yapmış ve bir dış gebeliği olan kadınlarda ise %6.1 olarak bildirmişlerdir.^{1,2} Ender olması nedeniyle CSP'ye dair veriler çoğunlukla olgu sunumları ve anekdotal bilgilere dayanır. Bu nedenle tanı ve tedavisi üzerine fikir birliğine varılmış bir kli-

nik yönetimi bulunmamaktadır. Bu yazıda intrakardiyak KCl enjeksiyonu sonrası multiple doz metotreksat kemoterapisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen CSP olgusu sunularak ilgili literatür gözden geçirilmiştir.

Olgu

Yirmi dört yaşında gravida 3, para 2, abortus 0 ve kan gurubu O Rh (-) olan kadın hasta son adet tarihine göre gebeliğinin 8 hafta 4 günlük gebe iken, servikal gebelik ön tanısı ile kliniğimize refere edildi. Hastanın başvuru sırasında şikâyeti yoktu. Hastanın özgeçmişinde, ilk doğumunun dört yıl önce makat prezantasyonu nedeniyle sezaryenle gerçekleştiğinin, bundan 10 ay önce de sezaryen ile ikinci doğumunu gerçekleştirdiği öğrenildi. Serum Beta-hCG değeri 62316 mIU/ml idi. Yapılan transvajinal ultrasonografide (TVUSG) internal os'un hemen

üzerine yerleşimli 42x33 mm çapında gestasyonel kese ve içerisinde kalp atımı bulunan embriyo olduğu izlendi. Servikal kanal ve uterin kavitenin boş olduğu ve sagittal kesitte gestasyonel kesenin uterin istmusun anteriorundan geliştiği, anterior uterin duvarın devamlılık arz etmediği ve mesane ile kese arasında myometriyumun incelendiğinin izlenmesi üzerine hastaya CSP tanısı konuldu (Resim 1 ve 2).

Hastaya ultrasonografi eşliğinde 20 gauge spinal iğne yardımıyla intrakardiyak KCl uygulandı ve kardiyak atımın kaybolduğu izlendi. İşlem sonrası hastaya anti D immünglobulin profilaksisi uygulandı ve multiple doz sistemik metotreksat protokolüne başlandı. Hastaya 1, 3, 5 ve 7. günlerde 1 mg/kg intramusküler metotreksat ile 2, 4, 6 ve 8. günlerde 0.1 mk/kg intramusküler folinik asit uygulandı. Hastada tedavi süresince herhangi bir komplikasyon izlenme-



Resim 1. Transvajinal incelemede, servikal kanal ve uterin kavitenin boş olduğu ve alt segment yerleşimli gestasyonel kese izlenmekte.

di. Tedavinin ikinci gününden itibaren üç gün süresince hastanın vajinal kanaması oldu. Tedavinin başlandığı gün 70074 mIU/ml olan serum Beta-hCG değeri kemoterapi sona erdiği gün 44174 olarak ölçüldü. Daha sonra tedricen azalan serum Beta-hCG değeri kemoterapi sonrası altıncı haftada sıfırlandı ve daha sonraki takiplerinde progresyon izlenmedi (Şekil 1). Gestasyonel kese ise kemoterapi sonrası birinci haftada 14x10 mm'lik yer yer kistik ve solid alanlar içeren bir hal aldı ve üçüncü haftanın sonundan itibaren kayboldu.

Tartışma

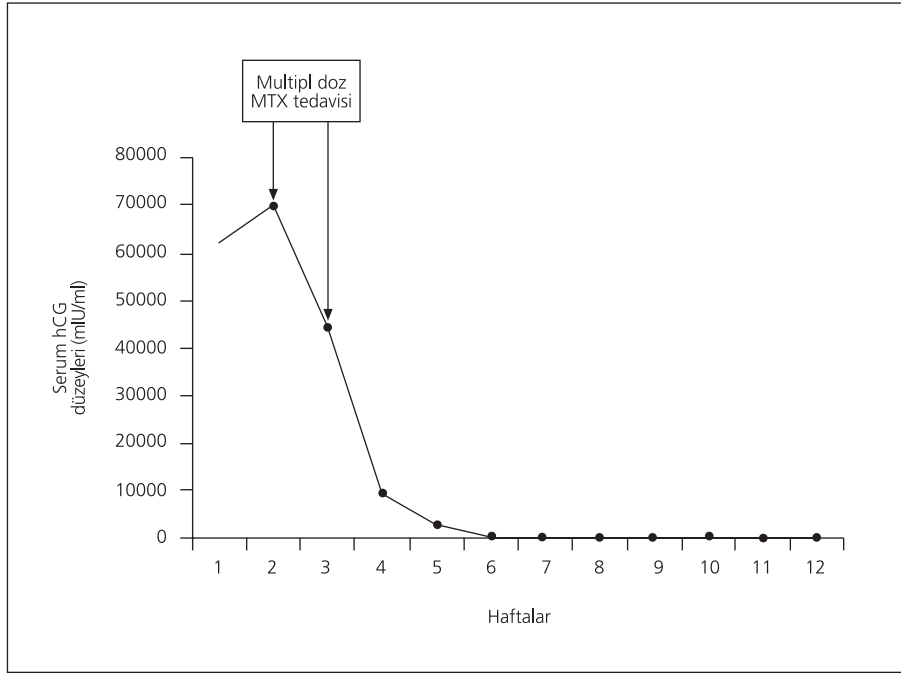
Sezaryen skar gebeliği ilk defa 1978'de bildirilmiştir. Ocak 1966 - Ekim 2006 arasında İngilizce tıp literatüründe bildirilen toplam 161 vaka vardır ve literatüre az sayıda vaka bildirilmesinden dolayı CSP'nin gerçek insidansı bilinme-

mektedir. Son yıllarda sezaryenle doğumların artmasına bağlı olarak CSP sıklığı artmakla birlikte, erken gebelik haftalarında transvajinal görüntülemenin daha yaygın kullanılması ile erken tanısı ve histerektomiye varacak cerrahi operasyon gereksinime ihtiyaç kalmaksızın konservatif yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavisi mümkün hale gelmiştir.¹

CSP gelişiminin patofizyolojisine yönelik tanımlanan tüm teoriler arasında en sık kabul göreni blastokistin myometriyumdaki mikroskopik ayrılma alanına implantasyonudur. Mikroskopik ayrılma alanı sezaryen, dilatasyon&küretaj, myomektomi, metroplasti, histeroskopi gibi diğer uterin cerrahilere bağlı travmalar sonucunda oluştuğu gibi plasentanın elle çıkarılması (hallas) sırasında da oluşabilmektedir. CSP için artmış risk faktörleri; makat prezantasyonu nedeniyle sezaryen yapılmış olması, iki ve üzeri sa-



Resim 2. Transvajinal incelemede myometriyumun incelendiği ve mesaneye doğru protrude olan kese izlenmektedir.



Şekil 1. Sistemik metotreksat tedavisi sonrası serum hCG titresinin seyri.

yıda sezaryen, dilatasyon/küretaj, ektopik gebelik, plasental patolojilerin varlığı, gebeliğin invitro fertilizasyonla sağlanmış olması ve önceki sezaryen ile gebelik gelişimi arasındaki sürenin kısalığı yer alır.^{2,3}

Olgular değerlendirildiğinde sezaryen sayısı ile yaş artmakla beraber hastaların ortalama yaşları 33.4 ± 5.7 yıl olarak bildirilmiştir.⁴ Tanı anında gebelik yaşı 5-12 (ortalama 7.5 ± 2.5) hafta, 4 gün ve son sezaryen ile sezaryen skar gebeliği arasında geçen süre 6-12 ay olarak bulunmuştur.^{1,2} Literatürde bildirilen çoğu vakada olduğu gibi olgumuzun da ilk sezaryen endikasyonu makat prezentasyonu ve bir önceki sezaryeni ile sezaryen skar gebeliği arasında geçen süre 10 aydı. Yine olgumuzun gebelik yaşı 8 hafta 4 gün idi.

Olguların çoğunluğunda (%38.6) ağrısız vajinal kanama görülmekle beraber önemli bir kısmının da (%36.8), olgumuzda olduğu gibi, asemptomatik seyir gösterebileceği unutulmalıdır. Abdominal ağrı ile birlikte vajinal kana-

ma (%15.8) ve yalnız abdominal ağrı (%8.8) ise diğer önemli klinik belirtilerdir.⁴

CSP'de transvajinal ultrasonografi kullanımının sensitivitesi %84.6'dır ve sıklıkla servikal gebelik, servikoistmik gebelik, ilerleyen spontan abortus ve inkomplet abortus ile karıştırılmaktadır.⁴ CSP'ni sonografik tanı kriterleri: (i) boş uterin kavite; (ii) boş servikal kanal; (iii) amniyotik kesenin gösterildiği sagittal uterus kesitinde anterior uterin duvarın incelenmesi veya devamsızlığı ve (iv) gestasyonel kesenin uterin isthmusun anteriorundan gelişmiş olması ve mesane ile ke-se arasında incelmış myometriyal tabaka varlığıdır.² Renkli doppler ultrasonografi, üç boyutlu ultrasonografi, üç boyutlu power doppler ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme tanıda kullanılacak diğer yöntemlerdir.

CSP tanısında olduğu gibi tedavisinde de üzerinde fikir birliğine varılmış bir algoritma bulunmamaktadır. Ancak ilerleyen gebelik haftalarında masif kanama, uterin rüptür gibi hayatı

tehdit eden komplikasyonların gelişme riskindeki artış nedeniyle, gebeliğin birinci trimesterde sonlandırılması çoğu araştırmacı tarafından önerilmektedir. Mevcut tedavi seçenekleri arasında konservatif medikal tedavi, lokal enjeksiyon tedavileri, cerrahi kese (sac) aspirasyonu, dilatasyon küretaj (D&C), cerrahi tedaviler ve bunların çeşitli kombinasyonları yer alır.²

Medikal tedavide sıklıkla kullanılan ajan metotreksat olup tek veya multiple doz protokolle ri kullanılabilir. Lokal enjeksiyon tedavisinde metotreksat, KCl, hiperosmolar glukoz, kristalize trikosantin kullanılmaktadır. Dilatasyon ve küretaj tek başına yapılabildiği gibi medikal tedavi ve lokal enjeksiyon tedavileri ile kombine edilebilir. Dilatasyon ve küretaj sonrasında sistemik metotreksat kullanımı gerektirecek rest doku kalma ihtimali ve histerektomiye kadar gidecek masif kanama riski unutulmamalıdır. Cerrahi tedavi uygulanan hastaların çoğunluğunu geç dönem tanı alan ve/veya hemodinamisi instabil olan hastalar oluşturmaktadır.^{4,5} Smorgick ve ark.⁶ sistemik metotreksat uyguladıkları, 5 sezaryen skar gebeliği olgusunda %100 başarı bildirmişlerdir. Olgumuzda başlangıç hCG titresinin yüksek oluşu ve fetal kardiyak aktivite varlığı nedeni ile intrakardiyak KCl uygulamasını multiple sistemik metotreksat uygulaması tercih edilmiştir.

Sonuç

Yüksek hCG titresini veya kardiyak embriyonal kardiyak aktivitenin izlendiği olgularda tek başına sistemik metotreksat kullanılması durumunda başarı oranlarının düşük olması nedeni ile sistemik tedavilerin lokal tedavilerle kombinasyonu uygun bir yönetim şekli olarak gözükmektedir.

Kaynaklar

1. Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ. First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 220-7.
2. Molinaro TA, Barnhart KT. Ectopic pregnancies in unusual locations. *Semin Reprod Med* 2007; 25: 123-130.
3. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 2007; 114: 253-63.
4. Rotas MA, Haberman S, Levigur M. Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 1373-81.
5. Arslan M, Pata O, Dilek TUK, Aktas M, Aban M, Dilek S. Treatment of viable cesarean scar pregnancy with suction curettage. *Int J Gynecol Obstet* 2005; 89: 163-6.
6. Smorgick N, Vaknin Z, Pansky M, Halperin R, Herman A, Maymon R. Combined local and systemic methotrexate treatment of viable ectopic pregnancy: outcomes of 31 cases. *J Clin Ultrasound* 2008; 36: 545-50.