



# Sezaryen Skar Gebeliğinde İntraamniyotik Metotreksat Tedavisi Olgu Sunumu

## A Case Report of Intra-Amniotic Methotrexate Treatment in Cesarean Scar Pregnancy

Buğra ŞAHİN<sup>1</sup>, Gizem CURA<sup>1</sup>, Fatih ÇELİK<sup>1</sup>, Banuhan ŞAHİN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Afyonkocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye

<sup>2</sup>Amasya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Amasya, Türkiye

Yazışma Adresi  
Correspondence Address

**Buğra ŞAHİN**  
Afyonkocatepe Üniversitesi Tıp  
Fakültesi, Kadın Hastalıkları  
ve Doğum Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye  
E-posta: raaakun@gmail.com

Geliş tarihi \ Received : 27.12.2017  
Kabul tarihi \ Accepted : 03.05.2018  
Elektronik yayın tarihi : 08.11.2018  
Online published

Şahin B, Cura G, Çelik F, Şahin B.  
Sezaryen skar gebeliğinde intraamniyotik  
metotreksat tedavisi olgu sunumu.  
Akd Tıp D 2019;1:160-163.

Buğra ŞAHİN  
ORCID ID: 0000-0003-0429-3085  
Gizem CURA  
ORCID ID: 0000-0001-5696-4683  
Fatih ÇELİK  
ORCID ID: 0000-0001-5599-6093  
Banuhan ŞAHİN  
ORCID ID: 0000-0002-8711-1584

### ÖZ

Sezaryen skar gebelik insidansı, sezaryen artışına bağlı yükselmekte, konu ile ilgili dünya ve ülkemizde artan bilgi birikimi, skar gebeliklerde tanı, yönetim ve sonuçlar ile ilgili yayınlarla ortaya konulmaktadır. Sezaryen sonrası gebelikler, gebelik kesesinin skara yakınlığına göre: düşükler, morbidite yaratan plasenta adezyon anomalileri (plasenta akreta-inkreta, perkreta) uterus rüptürü, dissemine intravaskular koagülasyon ve anne ölümleri gibi komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Nadir görülmesi nedeniyle sezaryen skar gebeliğine dair veriler çoğunlukla olgu sunumlarına dayanır. Bu nedenle tanı ve tedavisi üzerinde fikir birliğine varılmış bir klinik yönetimi bulunmamaktadır. Biz bu çalışmamızda önce gerekli kürü sağlayamayan lokal olarak metotreksat enjeksiyonu tedavisi sonrası sedasyon altında ultrasonografi eşliğinde aspirasyon dilatasyon ve küretaj işlemi ile tedavi olmuş sezaryen yeri skar gebeliğini işleyeceğiz.

**Anahtar Sözcükler:** Sezaryen skar gebelik, Metotreksat, İntra-amniyotik

### ABSTRACT

The incidence of cesarean section scar pregnancy has increased due to the increase in cesarean, the accumulation of knowledge in the world and our country, and publications on the diagnosis, management and results in scar pregnancies. Pregnancy after cesarean can be complicated by complications such as abortions, miscarriage placenta adhesion anomalies (placenta accreta-increta, percreta), uterus rupture, disseminated intravascular coagulation and maternal deaths according to scar proximity. Because of its rarity, cesarean scar pregnancy is mostly based on case reports. There is therefore no clinical management consensus on the diagnosis and treatment. In this study, we will discuss cesarean section scar pregnancy treated with the aspiration dilatation and curettage procedure guided by ultrasonography under sedation after topical methotrexate injection therapy, following initial unsuccessful management.

**Key Words:** Cesarean scar pregnancy, Methotrexate, Intra-amniotic

### GİRİŞ

Alt uterin segment sezaryen skarında yerleşen gestasyonel sak ektopik gebeliklerin nadir görülenidir (1). Literatürde 1800:1 ve 2216:1 oranları verilmektedir. Ancak tüm dünyada ve ülkemizde artan sezaryen oranlarına bağlı olarak daha yaygın olarak izlenmesi muhtemeldir. Eski sezaryen olgularında, skar gebeliği için artmış risk faktörleri, dilatasyon ve küretaj öyküsü, plasental patoloji, dış gebelik öyküsü ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımındır (2,3).

Hayati riski olan bir durumdur. Tedavi edilmemiş ya da geç tedavi edilmiş olgularda; ciddi kanama, hipovolemik şok, uterin rüptür gibi hayatı tehdit edici komplikasyonlar gelişebilmektedir (2-6).

Patofizyolojisinde, embriyonun skardaki mikroskobik ayrılma noktasına olan penetrasyonu sorumlu tutulmaktadır (7).

Tamı için transvajinal ultrasonografi ve doppler ultrasonografi önerilmektedir (8).

Tedavi seçenekleri arasında sistemik veya lokal metotreksat, dilatasyon ve küretaj, uterin arter embolizasyonu, lokal rezeksiyon, operatif histeroskopi ve suction küretajdır (9-12).

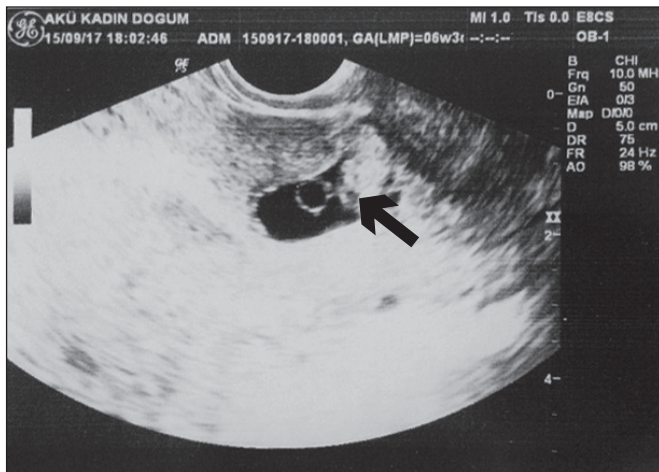
## OLGU SUNUMU

30 yaşında hasta kliniğimize karın ağrısı ve gebelik şüphesi ile başvurdu. Hastanın daha önce 3 sezaryen geçirdiği, 6 aylık abort yaptığı, over kistine bağlı geçirilmiş laparotomi öyküsü olduğu ve yaşayan 2 çocuğu saptandı. Kan uyuşmazlığı yoktu. Hastanın kronik hastalık ve kronik ilaç kullanımı olmadığı anlaşıldı. Hastanın verdiği son adet tarihine göre 6 hafta 3 günlük gebe olduğu ve hastaya yapılan muayenelerinde batında derin palpasyonda hastanın hassasiyeti olduğu, defans ve rebound olmadığı izlendi. Ayrıca pelvik muayenede kanama izlenmeyip, collum kapalı görüldü. Yapılan transvajinal ultrasonografide ise; gestasyonel sak kavitede en uzun çapı yaklaşık 20 mm olduğu, servikal kanalda izlenmeyip insizyon hattında, eski sezaryen skarına yakın, baş popo mesafesi (CRL) nin 2.2 mm, 5 hafta 5 gün ile uyumlu olduğu ve fetal kalp atımı pozitif olarak saptandı. Ayrıca bilateral adneksiel patoloji ve Douglas boşluğunda mayi saptanmadı (Şekil 1,2). Hastanın vitalleri, rutin analizleri normal olarak saptandı. Beta HCG düzeyi 10.000 mIU/ml'nin üzerinde ve progesteron değeri de 11.9 ng/ml olarak geldi. Hastaya durumu hakkında bilgi verildi ve servise yatışı yapıldı.

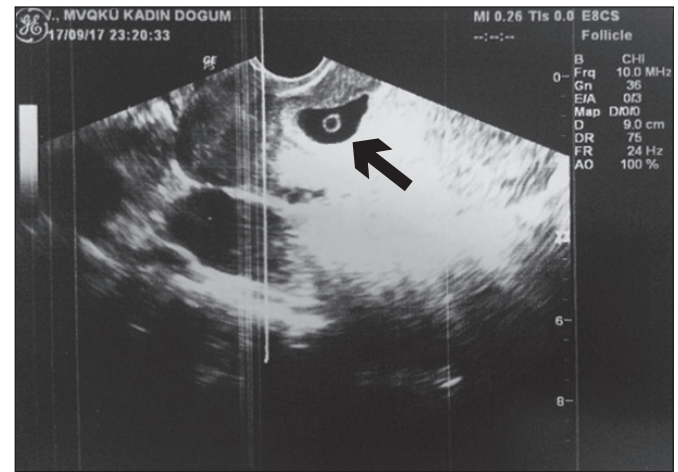
Serviste yatan hastaya ve eşine sezaryen yeri skar gebeliğinin tedavi seçenekleri anlatıldı. İsterse lokal ya da sistemik metotreksat tedavisi verilebileceği, sedasyon altında dilatasyon ve küretaj yapılabileceği ya da laparoskopi /

laparotomi yapılabileceği anlatıldı. Tüm bu tedavilerin başarı ve başarısızlık oranları ile komplikasyonları hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Hastaya onamı da alınarak lokal metotreksat enjeksiyonu planlandı. Hastanın servise yatıştaki beta HCG değeri 22.308 mIU/ml geldi. Hastaya ameliyathane şartlarında sedasyon altında vücut yüzey alanı hesaplanarak bulunan 78.5 mg tek doz servikal kanaldan ultrasonografi eşliğinde intraamniyotik metotreksat uygulandı. İşlem sonrası bir hafta içinde bakılan beta HCG değerleri sırasıyla 20.916 mIU/ml, 24.573 mIU/ml, 23.840 mIU/ml, 24.601 mIU/ml, 26.538 mIU/ml olarak saptandı. Bu arada hemogram ve biyokimya kan değerleri normaldi. Yapılan transvajinal ultrasonografisinde gestasyonel sak en uzun çapı 18 mm olup düzensiz olarak görüldü. Fetal kalp atımı negatif olarak saptandı. Bu süre zarfında hastanın vitalleri normaldi ve vajinal kanaması izlenmedi.

Bunun üzerine bir haftanın sonunda hasta ve eşine durumu anlatıldı ve onamları da alınarak sedasyon altında ultrasonografi eşliğinde aspire dilatasyon ve küretaj yapıldı. Bu işlem sırasında hemostaz ve kanama takibi amaçlı 24F foley sonda serum fizyolojik ile şişirilerek uterusu yerleştirildi. Operasyonda komplikasyon gelişmedi. Postop profilaktik amaçlı intravenöz sefalosporin ve kanama kontrolü amaçlı metarjin başlandı. Hastanın postop vitalleri olağan ve kanaması normal genel durumu iyiydi. Yaklaşık 12 saat sonra foley sonda çekildi. Kanama izlenmedi. Yapılan transvajinal ultrasonografide uterin kavite içerisinde yaklaşık 13 mm lik minimal sıvı ekojenitesi izlendi. Douglas boşluğunda mayi saptanmadı. İnsizyon hattında rest izlenmedi. 5 gün sonra bakılan beta HCG değerinin 995 mIU/ml'e gerilemesi, vitalleri normal gitmesi, vajinal kanaması olmaması, transvajinal ultrasonografinin normal olması ve bir şikayeti olmaması üzerine önerilerle taburcu edildi. Taburculuktan yaklaşık 4 hafta sonra poliklinik beta HCG değerinin negatif gelmesi üzerine yıllık kontrollere gelmesi uygun görüldü.



Şekil 1: Sezaryen yeri skar gebeliği.



Şekil 2: Sezaryen yeri skar gebeliği.

## TARTIŞMA

Son yıllarda sezaryenle doğumların artmasına bağlı olarak sezaryen skar gebeliği 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 (1,7,13). Tanısı da primer olarak transvajinal ultrasonografi ile konur ve şu kriterleri içerir: 1- Boş uterin kavite, endometrium net olarak görülmeli, 2- Boş servikal kanal, 3- Uterusun sagittal görüntüsünde, uterus ön duvarında, alt segmentle mesane arasında sezaryen skarına yerleşmiş gestasyonel sak görüntüsü, 4- Color flow dopplerde trofoblastik aktivitenin görüntülenmesi kullanılmalıdır (2,9,14,18). Bizim sunduğumuz olguda kavite ve servikal boş, gestasyonel sak sezaryen skarına yerleşmiş olarak izlendi.

Sezaryen yeri skar gebeliğinin iki tipi mevcuttur. Tip 1 olanında amniotik kesenin skar dokusuna implantasyonu ve devam eden süreçte kesenin uterin kavite veya servikoistmik boşluğa doğru büyümesi ile ortaya çıkmaktadır (15,16). Tip 2 olanında ise gebelik kesesinin skar dokusuna derin şekilde implante olması sonrasında kesenin uterin myometriyum ve serozal yüzeye doğru büyümesi şeklinde tanımlanmıştır (15,16). Bizim olgumuzda tip 1 olarak tanımlanmıştır.

Literatürde olguların çoğunluğunda acil şikayetler var gibi görünmekle beraber, son yıllarda transvajinal ultrasonografinin kullanımı ile hastalar elektif şartlarda tanı alabiliyorlar ve daha konservatif yöntemlerle tedavi edilebiliyorlar (7). Bizim sunduğumuz olguda, acil müdahale gerektirecek bir klinik yoktu.

Tedavide henüz standart bir konsensus oluşmuş değildir. Komplikasyonların önlenmesinde doğrudan kombine tedavileri öneren yaklaşımlar olduğu gibi, agresif tedavilerden önce medikal tedavilerin sırasıyla uygulanmasını öneren çalışmalar da vardır (3-10,17-19). Cerrahi yaklaşımları ön planda tutan çalışmalarda tedavinin daha etkin olduğu ve

takip süresinin daha kısa olduğu avantajı vurgulanmıştır (17). Literatürde ayrıca hemodinamisi stabil olan hastalarda Transvajinal USG eşliğinde yapılan küretaj işlemi abdominal histeretomiye göre; maliyeti daha az, daha basit uygulama kolaylığı, daha az yan etki ve sezaryen skar gebeliği hastalarında gelecekteki fertilitte istemi nedeniyle daha güvenilir bir birinci basamak tedavi seçeneği olduğu da değerlendirilmiştir (13). Biz bu çalışmada önce ultrasonografi eşliğinde intraamniyotik metotreksat tedavisi uyguladık, sonra da aspirasyon küretaj işlemi yaptık. Ortalama 2 hafta süren bir dönemden sonra komplet remisyon sağlanmış olup, hiçbir komplikasyon gelişmemiştir. Körlleme küretaj işlemi kesinlikle kontrendikedir, çünkü çok ciddi kanama ve uterus rüptürü riski vardır. Skar dokusu kasılma özelliği daha zayıf olduğu için bu tür durumlarda abondan kanama histerektomi sebebi olabilir. Küretaj primer tedaviden çok diğer tedavilere ek olarak kullanılmaktadır. İşlemin ultrasonografi eşliğinde yapılması önerilir.

Sistemik metotreksat tedavi başarısı %38-%80 olarak bildirilirken, bu olguların %6-62'sinin histerektomi ile sonuçlandığı bildirilmektedir. En iyi sonuçlar beta HCG düzeyi 5000 mU/mL altında olan olgulardır; ancak gebelik kesesini çevreleyen skar içindeki, fibroz doku sistemik metotreksat absorpsiyonunu geciktirebilir. Gebelik kesesi içine ve sistemik metotreksat uygulamaları literatürde yer alan minimal invaziv yaklaşımlardandır (3-10,17-19).

## SONUÇ

Sonuç olarak, sezaryen skar gebeliği komplike ektopik gebelik tipidir. Erken tanı ve tedavinin hayati önemliliği vardır. Erken tanı konmuş acil olmayan sezaryen skar gebeliği olgularında, lokal metotreksat tedavi sonrası dilatasyon küretaj şeklinde tedavi alternatifleri olarak düşünülebilir. Çünkü olgumuzda takiplerinde fetal kalp atımı gerilemiştir. Metotreksat tedavisine yanıt vardır ve bu tedavi metotreksat sonrası dilatasyon ve küretaj olarak değerlendirilmelidir. Ancak bu konudaki tedavi modalitelerini netleştirebilmesi için daha fazla yayına ihtiyaç vardır.

## KAYNAKLAR

1. Fylstra DL. Ectopic pregnancy within a cesarean scar: A review. *Obstet Gynecol Surv* 2002; 57:537-43.
2. 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.

3. Seow KM, Huang LW, Lin YH, Lin MY, Tsai YL, Hwang JL. Cesarean scar pregnancy: Issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:247-53.
4. Lee CL, Wang CJ, Chao A, Yen CF, Soong YK. Laparoscopic management of an ectopic pregnancy in a previous Caesarean section scar. *Hum Reprod* 1999; 14:1234-36.
5. Marchiolé P, Gorlero F, de Caro G, Podestà M, Valenzano M. Intramural pregnancy embedded in a previous Cesarean section scar treated conservatively. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 23:307-9.

6. Ofili-Yebovi D, Ben-Nagi J, Sawyer E, Yazbek J, Lee C, Gonzalez J, Jurkovic D. Deficient lower-segment Cesarean section scars: Prevalence and risk factors. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31:72-7.
7. Piccoli V, Martina MD, Biasioli A, Bet E, Driul L, Marchesoni D. Twin ectopic pregnancy in a previous cesarean scar section and subsequent fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008;136:131-2.
8. Pascual MA, Hereter L, Graupera B, Tresserra F, Fernandez-Cid M, Simon M. Three-dimensional power Doppler ultrasound diagnosis and conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean section scar. *Fertil Steril* 2007;88:706.
9. Rotas MA, Haberman S, Levгур M. Cesarean scar ectopic pregnancies: Etiology, diagnosis, and management. *Obstet Gynecol* 2006;107:1373-81.
10. Sugawara J, Senoo M, Chisaka H, Yaegashi N, Okamura K. Successful conservative treatment of a cesarean scar pregnancy with uterine artery embolization. *Tohoku J Exp Med* 2005;206:261-5.
11. Wang CJ, Yuen LT, Chao AS, Lee CL, Yen CF, Soong YK. Cesarean scar pregnancy successfully treated by operative hysteroscopy and suction curettage. *BJOG* 2005;112:839.
12. Graesslin O, Dedecker F Jr, Quereux C, Gabriel R. Conservative treatment of ectopic pregnancy in a cesarean scar. *Obstet Gynecol* 2005;105:869-71.
13. Özcan HÇ, Uğur MG, Balat Ö, Sucu S, Mustafa A, Bayramoğlu Tepe N, Uğur BK. Is ultrasound guided suction curettage a reliable option for treatment of cesarean scar 170 pregnancy? A cross sectional retrospective study. *J 171 Matern Fetal Neonatal Med* 2017;1:1-6.
14. Ash A, Smith A, Maxwell D. Cesarean scar pregnancy. *BJOG* 2007;114:253-63.
15. Vial Y, Petignat P, Hohlfeld P. Pregnancy in a cesarean scar. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:592-3.
16. Yavuzcan A, Başbuğ A, Yıldırım E, Özbilgeç S, Çağlar M. Sezaryen Skar Gebeliğinde Sistemik Metotreksat ve Vajinal Misoprostol Tedavisi: Bir Olgu Sunumu. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017;14(2):89-91.
17. Yin XH, Yang SZ, Wang ZQ, Jia HY, Shi M. Injection of MTX for the treatment of cesarean scar pregnancy: comparison between different methods. *Int J Clin Exp Med* 2014;7:1867-72.
18. Lam PM, Lo KW, Lau TK. Unsuccessful medical treatment of cesarean scar ectopic pregnancy with systemic methotrexate: A report of two cases. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:108.
19. Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(1):44.e1-13.

