

KÖ-02 [10:45]**Sezaryen skar gebelik: Tanı ve yönetim**

Elif Gül Yapar Eyi

Zekai Tabir Burak Kadın Sağlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara

Sezaryen (C/S) skar gebelik insidansı, C/S artışına bağlı yükselebilir, konu ile ilgili başta Çin olmak üzere, dünya ve ülkemizde artan bilgi birikimi, skar gebeliklerde tanı, yönetim ve sonuçlar ile ilgili yayınlarla ortaya konmaktadır.

C/S sonrası gebelikler, gebelik kesesinin skara yakınlığına göre: düşükler, morbidite yaratan plasenta adezyon anomalileri (plasenta akreta-inkreta, perkreta) uterus rüptürü, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ve anne ölümleri gibi komplikasyonlarla karşımıza çıkabilmektedir. Klasik olarak tanımlanan şekli ile C/S skar gebeliklerde sonografik bulgular;

- Gebelik kesesinin isthmus yakınlarında uterusun ön duvarına yerleşmesi.
- Gebelik kesesi, embryo, yolk sak ve kalp atımlarının ektopik yerleşim içinde görülmesi.
- Renkli Doppler muayenede ektopik yerleşim kesesi etrafında peritroblastik vaskülarite artışı olarak belirtilmektedir. C/S skar gebeliklerde, mesane ve gebelik kesesi arasında sağlıklı myometriumun mevcut olmaması serviko-istmik implantasyondan ayrımı sağlar.
- C/S skar gebelikte gebelik kesesi ve uterus skarı arasındaki teorik olarak etyolojide yer verilen fistüloz kanalın sonografik görüntüsü 2015’de literatüre geçmiştir. Transvaginal sonografide implantasyon skardan ayrı, skara yakın, skarın üzerinde ya da skarın içerisinde olabilmektedir

C/S sonrası gebelikler; gebelik kesesinin yerleşim yeri, internal servikal os hizasından fundusa çizilen çizgi ile skarla ilişkisi açısından değerlendirilmeli, ve çizginin tamamen önünde yer alan olgulara, özellikle abortus ve uterus rüptürü açısından risk taşınması nedeni ile en erken dönemde müdahale edilmelidir. Skarın üstünde ya da yakınındaki gebelikler ise, morbidite yaratan plasenta yapışma anomalileri açısından risk taşır.

Ayrırcı tanı: Servikal gebelik

Düşük ayrımı yapılmalıdır.

Yönetim: Skar gebeliklerde ekspektan yaklaşım ile doğum yaptırıldığı bildirilse de, zamanına ulaşan gebelik nadirdir. Gebelik sonucu, skar gebeliklerle birlikte gelişen plasenta previa/akreta ve beraberindeki masif hemoraji ve %71’e ulaşan histerektomi oranları nedeni ile olumsuz neticelenmektedir

İlk trimesterde skar gebelik nedeni ile gebelik sonlandırması yapılan olguların %20–%40’ında hemoraji gelişirse de, bu dönemde histerektomi oranları daha düşüktür; bu nedenle müdahale, mesane ve karın boşluğuna yayılımın erken bulgularının belirlenebildiği bu evrede, yaşamı tehdit eden komplikasyonlar gelişmeden ve fertilité kaybı yaşanmadan yapılmalıdır ancak

hangi tedavinin seçileceği kanıta dayalı olarak ortaya konamamıştır. Tedavi, gebeliğin viabilitesine, gebelik yaşına, gelecekteki aile planlanmasına göre belirlenir. Tıbbi ve cerrahi yaklaşımlar, gebelik kesesinin ortadan kaldırılarak fertilitenin korunmasını amaçlamaktadır.

Skar gebeliklerde tek başına, çoğu kez de birlikte uygulanan yaklaşımları:

- Sistemik farmakolojik tedavi,
- Gebelik kesesi içine lokal metotreksat (MTX), potasyum klorid ve hipertonic glukozun lokal enjeksiyonu,
- Gebelik kesesinin cerrahi aspirasyonu, cerrahi seçenekler laparotomi/laparoskopi ile gebelik dokularının çıkarılması, histerektomi laparoskopik bilateral uterin arter bağlanması, uterin arter embolizasyonu, histeroskopik/laparoskopik gebelik kesesi ile skarın çıkarılarak geri kalan dokuların onarımı, transvaginal yol ile gebelik dokusunun ve yaranın rezeksiyonu ve robotik yardımla laparoskopik onarım bir ya da birden fazla olarak özetlemek mümkündür.

Mesane-uterus sınırına trofoblastlar eriştiğinde uterusun ön duvarının kalınlığının değerlendirilmesi ile cerrahi olmayan bir yaklaşımın, invaziv, fertilité kaybına yol açacak cerrahi yerine uygulanabilmesi mümkündür. Tek başına ya da aspirasyon ve/veya lokal enjeksiyonlarla birlikte medikal tedavi, gereksiz laparotominin önlenmesi ile fertilitenin korunmasını sağlar. Bu yaklaşımlar, hemodinamik açıdan stabil, 8 haftadan küçük, rüptüre olmamış, mesane ve gebelik kesesi arasında 2 mm’den az mesafe olan skar gebeliklere uygulanabilir.

Sistemik MTX tedavi başarısı %38–%80 olarak bildirilirken, bu olguların %6–62’sinin histerektomi ile sonuçlandığı bildirilmektedir. En iyi sonuçlar human koryonik gonadotropin düzeyi 5000 mU/mL altında olan olgulardır; ancak gebelik kesesini çevreleyen skar içindeki, fibroz doku sistemik MTX absorpsiyonunu geciktirebilir. MTX’ın kısa yarı ömrü nedeni ile, sıklıkla birden çok doz uygulanması gerekmektedir. Embryosid ajanlarla lokal enjeksiyon sistemik MTX’a göre ek girişimleri azaltmaktadır. Histeroskopik rezeksiyon, dilatasyon ve küretaj Tip II skar gebeliklerde lezyonun lokalizasyonu nedeni ile tedavide kullanılmamalıdır. Gonadotropin (hCG) düzeyi, peritroblastik akım, gebelik kesesinin önündeki myometrial kalınlık tedavi seçimlerini belirleme amacı ile literatürde yer almakta ise de, tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir. Hasta yararına en kolay uygulanabilecek ve en az invaziv yöntemin seçimi üzerinde durulmalıdır.

Gebelik kesesi içine ve sistemik metotreksat (MTX) uygulamaları literatürde yer alan minimal invaziv yaklaşımlardandır. Embryonik kalp atımı mevcut, hCG değerinin 118.000 mIU/ml olduğu Tip II skar gebelik olgusunda embryosid sonrası, gebelik kesesi içine MTX verilmesi ve sistemik MTX ile skar gebelik rezolüsyonu literatürde mevcuttur.