

Bozulmuş servikal gebelikte arteryel embolizasyon ile tedavi

Mustafa Harman, Şahin Zeteroğlu, Ömer Etlik, İsmail Arslan

M. Harman (E), Ö. Etlik, İ. Arslan
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim
Dalı, 65300 Van

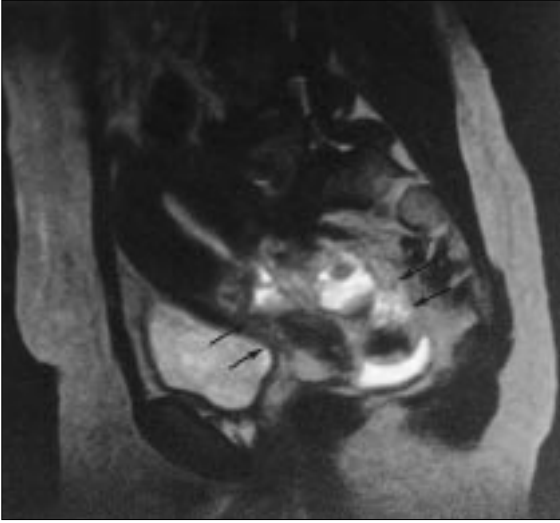
Ş. Zeteroğlu
Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve
Doğum Anabilim Dalı, 65300 Van

Servikal gebelik ektopik gebeliğin nadir bir formu olup tüm ektopik gebeliklerin %1'den azını oluşturur. Ciddi vajinal kanama nedeniyle hayatı tehdit edebilen bir durumdur. Ancak mortalite günümüz tedavi yöntemleri ile azalmıştır (1,2). Tedavi fertilitenin kaybı ile sonuçlanabildiği için günümüzde daha çok konservatif tedavi yöntemleri ön plana çıkmıştır (1-4). Bu tedavi yöntemleri; kemoterapi, servikal sörklaj, dilatasyon ve küretajı takiben arteryel embolizasyondur (3). Biz bu yazımızda bozulmuş servikal gebeliğe bağlı şiddetli vajinal kanaması olan bir hastada iki taraflı uterin arter embolizasyonu uygulayarak, yöntemin etkinliğini literatür bilgileri ışığında tartıştık.

Olgu bildirisi

Şiddetli vajinal kanama nedeniyle kadın doğum polikliniğine başvuran gravida 2, paritesi 1 olan 40 yaşındaki hastanın hikayesinde 4 haftalık adet gecikmesi sonrası şiddetli kanamanın başladığı öğrenildi. Jinekolojik muayenede serviks normalden büyük ve kanamalı olduğu gözlemlendi. Hastanın hematokriti iki ünite kan transfüzyonuna rağmen %29, idrar beta HCG'si negatif idi. Yapılan ultrasonografide (US) serviks normalden büyük ve heterojen eko yapısında izlenirken bu lezyon dışında uterin veya adneksal kitle lezyonu tespit edilmedi. US'de serviksteki kitle görünümü nedeniyle maligniteden şüphelenilen hastaya yapılan manyetik rezonans görüntüleme (MRG) uterus korpus alt polü ile servikste heterojen sinyal özelliğinde kitleyi düşündüren lezyon izlendi (Resim 1). İntravenöz gadolinyum enjeksiyonu sonrası serviksteki lezyonda yoğun heterojen kontrast tutulumu görüldü. Lezyon içerisinde vasküler yapılara ait tübüler sinyalsiz oluşumlar dikkat çekmekte idi (Resim 2). Malignite ekarte edilemeyen hasta, yapılan servikal biyopsi materyalinde gebeliğe ait desidual değişiklik ve koryon villus artıklarının görülmesi üzerine bozulmuş servikal gebelik tanısı aldı. Şiddetli vajinal kanaması devam eden hastaya hem kanama kontrolü hem de tedavi sağlayabileceği düşünülerek iki taraflı uterin arter embolizasyonu planlandı.

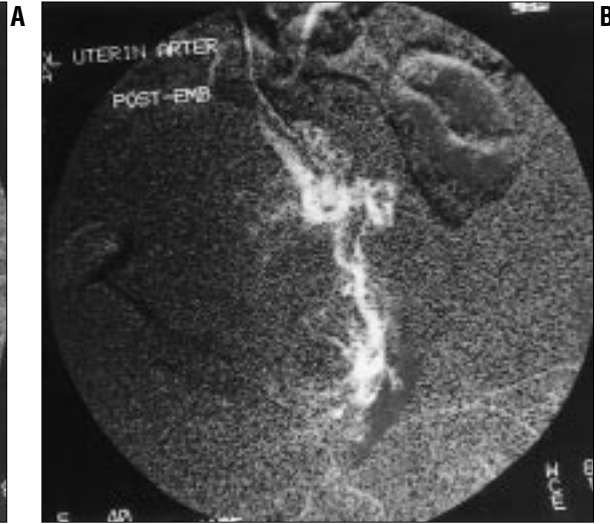
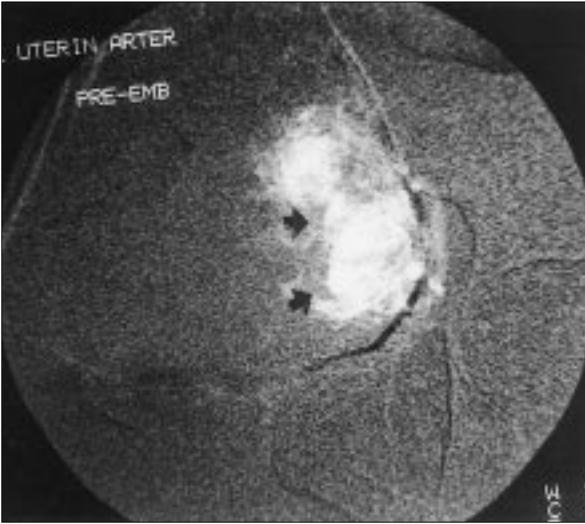
İşlem hakkında bilgilendirilen hasta anjiyografi ünitesine alınarak sağ femoral artere 5F kılıf yerleştirildi. 5F pigtail kateter ile yapılan nonselektif aorto-ilyak arteryogramda her iki uterin arterin ileri derecede geniş ve kıvrımlı olduğu görüldü. 4F Cobra kateter ile sol internal ilyak arter, oradan da selektif olarak uterin arter kataterize edildi. Süperselektif anjiyografide uterus korpus alt polü ile serviks lokalizasyonun-



Resim 1. Pelvisin T2 ağırlıklı sagittal MR kesitinde servikste heterojen sinyal özelliği gösteren kitle lezyonu izleniyor (ok).



Resim 2. Kontrastlı sagittal MRG'de servikste izlenen kitle lezyonu yoğun heterojen kontrast tutulumu gösteriyor. Kitle içerisinde vasküler yapılara ait tübüler sinyalsiz oluşumlar dikkat çekiyor (ok).



Resim 3. A. Sol uterin arterden yapılan süperselektif anjiyografide uterus korpus alt polü ve servikse uyan lokalizasyonda kıvrımlı vasküler oluşumlar ve yoğun opasifikasyon izleniyor (ok başı). **B.** Embolizasyon sonrası patolojik vaskülarizasyonun tamamen kaybolduğu görülüyor.

da kıvrımlı patolojik vasküler yapılar gözlemlendi (Resim 3A). Buradan 500-710 mikron polivinil alkol partikülleri kateter içerisinde gönderilerek embolizasyon işlemi gerçekleştirildi (Resim 3B). Kontrol anjiyografide patolojik vasküler yapıların tamamen kaybolduğu görüldü ve benzer işlem sağ uterin arter için de uygulanarak işlem yaklaşık 40 dakikada komplikasyonsuz olarak sonlandırıldı. İşlem sonrasında 5 gün boyunca analjeziklerle kontrol edilebilen kasık ağrısı olan hastada kanama azalarak 3. günde tamamen durdu. Üç aylık takip boyunca herhangi bir şikayeti bulunmayan, 2. ayda normal adet görmeye başlayan ve hematokriti %42'ye çıkan hasta ek

bir işleme gerek kalmaksızın tam kür sağlanmış olarak kabul edildi.

Tartışma

Servikal gebelik blastositlerin servikal kanal içerisine implantasyonu olarak tanımlanır (5,6). Nadir olmakla birlikte masif kan kaybı, fertilitenin kaybı ve ölümlerle sonuçlanabildiği için oldukça ciddi bir durumdur. Tipik klinik bulgu erken gebelik veya küretaj sırasında şiddetli asemptomatik uterin kanamadır (5-9). 1978 yılına kadar doğru pre-operatif tanı genellikle konulamadığından olguların çoğu histerektomi ile tedavi ediliyordu. Günümüzde ise özellikle transvaginal US ile erken tanı konularak konservatif

tedavi yöntemleri uygulanabilmektedir (8,9). Yine servikal gebelikli hastaların çoğunun düşük pariteli hastalar olması fertilitte koruyucu konservatif yöntemlerin önemini daha da artırmaktadır. Vakum küretaj, sistemik veya gebelik kesesi içine metotreksat uygulaması, kese içine lokal KCL enjeksiyonu gibi konservatif yöntemlerde temel sorun işlem sonrası hayatı tehdit eden kanamalardır. Bu yüzden işlem sonrası kanamayı kontrol etmek için servikal kanal içine foley kateter ile tampon, servikse lokal prostoglandin yerleştirilmesi gibi yöntemler kullanılmakta, ancak olguların önemli bir kısmında kanama cerrahi olarak internal iliak arter ligasyonu veya histe-

rektomi ile kontrol edilebilmektedir (10-15). Bizim olgumuzda servikal gebelik bozulmuş olduğundan metot- reksat uygulamasına gerek duyulma- dan foley kateter ile tampon ve lokal prostaglandin tedavisi uygulanmış, ancak kanama durdurulamamıştı. Hastanın sadece fertilitte koruyucu iş- lemlere izin vermesi nedeniyle tedavi olarak bilateral uterin arter embolizasyon tercih edildi.

Anjiyografik uterin arter embolizasyon servikal gebelik tedavisinde cer- rahiye alternatif bir yöntem olup olgu- ların çoğunda kanama kontrolünü sağ- lar (10-15). İşlem her iki uterin arterin selektif kateterizasyonu ve kateter içe- risinden embolizan polivinil alkol par- tiküllerinin gönderilmesi esasına da- yanır. Embolizasyon ile uterusu giden kan hacmi hızla azalmakta ve serviks- te kanamaya neden olan patolojik vas- küler yapılar tıkanmaktadır (1,2,4,6). İşlem sonrası hastalarda vasküler ok- lüzyona bağlı gelişen iskemi nedeni- le 24 saat-1 hafta devam eden karın ağrıları olmaktadır. Bizim olgumuzda da 3 gün devam eden, ancak analje-

ziklerle kontrol edilebilen karın ağrı- lar oldu. Yine hastalarda enfeksiyon geç dönemde, amenore veya femoral bölgedeki girişim yerine bağlı komp- likasyonlar görülebilir. Biz olgumuz- da ciddi bir komplikasyon görmedik ve işlemin ikinci ayından itibaren has- tamız normal adet görmeye başladı.

Servikal gebelik, yüksek beta HCG düzeyi ve US, gerekirse MRG ile ko- layca tanınabilen bir durum olmakla beraber, bizim olgumuzda da olduğu gibi normal beta HCG düzeyi ile gelen bozulmuş servikal gebeliklerde tanı zorluğu ortaya çıkmaktadır (16,17). Görünüm radyolojik olarak tümörü

taklit edebilmekte ve kesin tanı ancak biyopsi gebelik ürünlerinin görül- mesi ile konulabilmektedir.

Arteriyel embolizasyon pelvik he- morajilerin kontrolünde etkin bir yön- temdir. Travma, serviks tümörü gibi patolojilerde kanama kontrolünü sağ- laması yanında, servikal gebelik teda- visinde de önemli bir yere sahiptir. Canlı servikal gebelik bulunan olgu- larla küretaj veya metotrakset tedavi- si ile arteriyel embolizasyon kombine edilerek tam kür sağlanırken, bozul-muş servikal gebeliklerde embolizasyon tek başına tedavide yeterli olabi- lecek bir yöntemdir.

CASE REPORT: TREATMENT WITH ARTERIAL EMBOLIZATION IN A DESTROYED CERVICAL PREGNANCY

Cervical pregnancy is a rare form of ectopic pregnancy. It is frequently associated with extensive hemorrhage, which, in severe cases, may be stopped only by hysterectomy. We report a case of a destroyed cervical pregnancy simulating cervical cancer. The patient was conservatively managed with simple selective uterine artery embolization without methotrexate administration. Her vaginal bleeding ceased after embolization. No additional treatment was given. The patient resumed normal menstruation two months after embolization.

Key words: • ectopic pregnancy • arteries; uterus • embolotherapy

TURK J DIAGN INTERVENT RADIOL 2003; 9:91-93

Kaynaklar

1. Ryu KY, Kim SR, Cho SH, Song SY. Pre- operative uterine artery embolization and evacuation in the management of cervical pregnancy: report of two cases. J Korean Med Sci 2001; 16:801-804.
2. Has R, Balci NC, Ibrahimoglu L, Rozanes I, Topuz S. Uterine artery embolization in a 10-week cervical pregnancy with coexisting fibroids. Int J Gynaecol Obstet 2001; 72:253-258.
3. Fylstra DL, Coffey MD. Treatment of cer- vical pregnancy with cerclage, curettage and balloon tamponade. A report of three cases. J Reprod Med 2001; 46:71-74.
4. Dilbaz S, Atasay B, Bilgic S, Caliskan E, Oral S, Haberal A. A case of conservative management of cervical pregnancy using selective angiographic embolization. Acta Obstet Gynecol Scand 2001; 80:87-89.
5. Rahimi MA, Benny PS. Cervical preg- nancy managed without hysterectomy. N Z Med J 1999; 26:447-448.
6. Wong YH, Liang EY, Ng TK, Lau KY. A cervical ectopic pregnancy managed by medical treatment and angiographic embo- lization. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999; 39:493-496.
7. Kung FT, Chang SY. Efficacy of methotrexate treatment in viable and nonviable cer- vical pregnancies. Am J Obstet Gynecol 1999; 181:1438-1444.
8. Su YN, Shih JC, Chiu WH, Lee CN, Cheng WF, Hsieh FJ. Cervical pregnancy: assess- ment with three-dimensional power Dopp- ler imaging and successful management with selective uterine artery embolization. Ultrasound Obstet Gynecol 1999; 14:284-287.
9. Hansch E, Chitkara U, McAlpine J, El-Sa- yed Y, Dake MD, Razavi MK. Pelvic arte- rial embolization for control of obstetric hemorrhage: a five-year experience. Am J Obstet Gynecol 1999; 180:1454-1460.
10. Yitzhak M, Orvieto R, Nitke S, Neuman- Levin M, Ben-Rafael Z, Schoenfeld A. Cervical pregnancy-a conservative stepwise approach. Hum Reprod 1999; 14:847-849.
11. Nappi C, D Elia A, Di Carlo C, Giordano E, De Placido G, Iaccarino V. Conservati- ve treatment by angiographic uterine artery embolization of a 12 week cervical ectopic pregnancy. Hum Reprod 1999; 14:1118-1121.
12. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine ar- tery embolization-a successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. Hum Reprod 1999; 14:553-555.
13. Eblen AC, Pridham DD, Tatum CM. Con- servative management of an 11-week cer- vical pregnancy. A case report. J Reprod Med 1999; 44:61-64.
14. Hajenius PJ, Roos D, Ankum WM, Van der Veen F. Are serum human chorionic gonadotropin clearance curves of use in monitoring methotrexate treatment in cer- vical pregnancy? Fertil Steril 1998; 70:362-365.
15. Cosin JA, Bean M, Grow D, Wiczak H. The use of methotrexate and arterial embo- lization to avoid surgery in a case of cer- vical pregnancy. Fertil Steril 1997; 67:1169-1171.
16. Jung SE, Byun JY, Lee JM, Choi BG, Hahn ST. Characteristic MR findings of cervical pregnancy. J Magn Reson Imaging 2001; 13:918-922.
17. Sivalingam N, Mak FK. Delayed diagnosis of cervical pregnancy: management op- tions. Singapore Med J 2000; 41:599-601.