

# SERVİKAL YETMEZLİKTE TANI YÖNTEMLERİ: 26 OLGU ANALİZİ

Fuat DEMİRCİ(1), Orhan ÜNAL(1), Umur KUYUMCUOĞLU(2), Mustafa KEKOVALI(3), Erkut ATTAR(3)

Servikal yetmezlik, gebeliğin ikinci trimesterinde ağrısız ve kanamasız olarak tekrar eden düşüklerle ve genellikle membranların vajene doğru uzaması veya rüptüre olması ile karakterizedir. Servikal yetmezlik tanısını koyduracak kesin bir yöntem henüz bulunmamaktadır. Bu yazıda önceki gebeliklerinde serklaj uygulanmış ve gebeliği sonuçlanmış olgularda yardımcı tanı yöntemlerinin yapılmasındaki yarar araştırıldı. Servikal yetmezliğin tanısında pratikte ne derece değerli olduğu tartışıldı. Bu amaçla 1985-1990 yılları arasında serklaj uygulanmış olgulardan çağrımıza uyararak başvuran 26 olguya Hegar testi, Foley sonda ile traksiyon testi ve histerosalpinografi uygulandı. Testlerin %84.6 olguda servikal yetmezliğin tanısını doğruladığını histerosalpinografide de korporoistik açının ortadan kalkmaya başladığı ve anatomik internal os'un normalden daha geniş olduğu görüldü. Sonuçta Hegar testinin tanıda tek başına diğer testler kadar değerli olduğu görülmüştür. Histerosalpinografi de serviksin durumunu, uterus korpusu ile ilişkisini ve anomalleri göstermesi bakımından gebelik öncesi dönemde gerekli yardımcı tanı yöntemi olarak önemini vurgulamıştır.

## DIAGNOSTIC METHODS OF CERVICAL INCOMPETENCY: ANALYSIS OF 26 CASES

Cervical incompetence is characterized by recurrent abortions in the second trimester of pregnancy without pain, contractions of bleeding and is generally accompanied by rupture or protrusion of the fetal membranes into the vagina. An exact method has not been invented to make a diagnosis of cervical incompetence. In this study the benefit of auxillary test for the patients who has had a cervical ceclage during their antecedent pregnancy have been investigated. The practical value of these methods for the diagnosis of cervical incompetence has been discussed. For this reason, the patients who have had cervical cerclage between the years of 1985-1990 have been invited to hospital. 26 of the invited patients tested by Hegar test and by the traction test with a Foley catheter balloon. Histerosalpingography has been done. It has been revealed that 86.4% of the tested patients has had cervical incompetence. Wideness of corporo-istmic angle and dilated internal os has been confirmed by histerosalpingography. Consequently, for the diagnosis of cervical incompetence using of hegar test alone is a valuable method as much as the others. To evaluate statement of cervix and connection of cervix with corpus uteri and for detection of anomalies, histerosalpingography is emphasized as a valuable method before pregnancy.

Gebeliğin ikinci trimesterindeki kanamasız, ağrısız genellikle membran rüptürü ile birlikte görülen tekrarlayan düşüklerde servikal yetmezlik düşünülmelidir (2,4,5,15). Servikal yetmezlik, tüm gebeliklerin %0.05-1'inde (4,5), bütün düşüklerin %0.2'sinde, ikinci trimester düşüklerinin de %16-20'sinde görülmektedir(7).

Servikal yetmezliğin habitüel abortusa neden olduğuna ait ilk açıklama 1658'de Cole ve Culpepper tarafından yapıldı(3). 1865 yılında Lancet'te Gream ilk defa servikal yetmezlik terimini kullandı(4). 1948'de Palmer ve Lacomme, 1950'de Lash ve Lash, gebe olmayana kadınlarda servikal yetmezliğin tedavisi için değişik cerrahi yöntemler uyguladılar (10,12). 1955'de Shirodkar, 1957'de Mc Donald, gebe kadınlarda serklaj yöntemlerini bildirdiler(10).

Servikal yetmezliğin tanısına yönelik testler gebe ve gebelik dışında uygulanan olmak üzere başlıca iki grupta toplanabilir. Gebelik esnasında uygulanan yöntemlerin esasını uterin kontraksiyon olmaksızın ortaya çıkan servikal effasman ve dilatasyon değişimlerinin saptanması oluşturur. Gebelik dışında uygulanan testlerin başlıcaları Hegar test; servikal kanal internal os'dan 7,8 ya da daha büyük numaralı bir Hegar bujisinin kolayca geçmesine dayanır(12). Traksiyon testi; 1 ml sıvı ile şişirilmiş Foley sonda balonu, uterus kavitesine yerleştirildikten sonra dışardaki kısma 600 gram veya daha az bir ağırlık asıldığında sondanın serviksten dışarı çıkması esasına dayanır bir testtir (4,12). Ayrıca histerosalpingografi serviksin internal os açıklığının ölçümünde kullanılan diğer bir tanıya yönelik yöntemdir(9,14,17).

Çalışmamızda daha önce klinik muayene ve öykü

ile servikal yetmezlik tanısı konularak serklaj uygulanmış ve takiben doğum yapmış olan hastalarda gebelik dışında servikal yetmezlik tanısında kullanılan yöntemlerin değeri araştırılmıştır.

## MATERYAL VE METOD

Zeynep Kamil Kadın Hastalıkları ve Çocuk Hastanesi'nde 1985-1990 yılları arasında Mc Donald Tekniği ile serklaj uygulanmış 62 olgudan hastaneye daveti kabul eden 26 olguda çalışma gerçekleştirildi. Olgulara Hegar testi 7,8 ve 8,5 numaralı Hegar bujilerinden herhangi birisinin internal servikal os'dan geçmesi servikal yetmezlik bulgusu olarak değerlendirildi, traksiyon test balonu 1 ml su ile şişirilmiş olarak uterus kavitesine yerleştirilmiş Foley Sonda'nın ucuna uygulanan 600 gram ağırlık neticesinde servikal kanaldan dışarı çıkması servikal yetmezlik bulgusu olarak değerlendirildi.

Histerosalpingografide istmusun uterus korpusu ile yaptığı açısı ve istmusun genişliği ölçüldü (Şekil 1,2). Histerosalpinografi esnasında istmusun genişliğinin radyopak madde (urografin) vermek için uygulanan kanül ölçümlerinden etkilenmemesi için kanül ucu mümkün olduğunca serviks dış ağzına yakın tutuldu. Ancak teknik olarak doğru ölçüm yapılabilen 19 olgu değerlendirmeye alındı.

## BULGULAR

Serklaj uygulandığı sırada 26 olgunun yaş ortalaması 33.3 idi. Olguların serklaj uygulamasından önceki serviks muayene sonuçları Tablo-1'de sunulmuştur. 26 olgudan 12'sinde (%46.2), serviks

açıklığı 2 cm ve daha fazla, 5'inde (%19.2) ise forme ve kapalı bulunmuştur. Doğum öyküleri değerlendirilen olgularımızın serklaj öncesinde düşük ve erken doğum sayıları Tablo II'de gösterilmiştir. Toplam 78 gebelikten 39'u (%49.9), 14'ü (%17.9) ilk trimester olmak üzere düşük ile, 24'ü (%30.8) immatür doğum, 13'ü (%16.7) prematür doğum ve 2 olguda (%2.6) 37 hafta ve üstündeki doğumlar ile sonuçlanmıştır. Serklaj sonrası doğum, 19 olguda baş gelişi ve 1 olguda makat gelişi olarak vajinal yoldan, 3 olguda (37,38 ve 40. hafta) sezeryan ile gerçekleştirildi (Tablo III). Hegar testi yapılan 26 olgu'dan 16'sında (61,6) 7 no'lu buji, 3'ünde (%11.5) 8 nolu, 3'ünde (%11.5), 8.5 no'lu Hegar bujisinin servikal kanalda kolayca geçtiği gözlemlendi. 22 olguda Foley sonda ile traksiyon testi (+) olarak bulundu (Tablo IV).

Histerosalpingograf çekirtmeyi kabul eden 19 olgudan 10'unda istmus genişliği 11-14mm arasında, 6'sında ise 15-20mm 3'ünde 21mm üzerinde saptandı. Uterus korpusu ile istmus arasındaki açı ölçülerek 15 olgu'da 140-160° 4 olgu'da da 160-180° arasında değişmekte olduğu gözlemlendi (Tablo V).

## TARTIŞMA

Henüz objektif tanı kriterlerinin geliştirilmemiş olması tanıda hasta öyküsünün öneminin devam etmesine neden olmuştur (2,6,15). Tekrarlayan ikinci trimester düşüklüklerinin yanında tarif edilen zor doğumlar, güçlüklerle yapılmış servikal dilatasyon ve küretajlar, servikse yapılmış cerrahi girişimler en sık karşılaşılan travmatik nedenlerdir (7,9).

Hastalarımızın 13'ünde (%50) ilk trimester dilatasyon ve küretaj ile gebelik sonlandırılması, 7'sinde (%27) term ve preterm müdahaleli doğum öyküsünün bulunması travmatik etyolojinin önemli bir rol oynadığını düşündürülebilir.

Serklajın başarısı, hastaların daha önceki gebeliklerinde canlı doğum oranının serklaj sonrası aynı hastaların canlı doğum oranı ile karşılaştırılması sonucu elde edilmektedir (1,6). Bir çalışmada canlı bebek doğum oranının serklaj öncesinde %10-32 iken, sonrasında %85'e ulaştığı bildirilmiştir(4). Robboy canlı bebek doğumunu serklaj sonrasında %76 olarak bildirirken(13), Jennigs ve ark, %86.9'a ulaştığını bildirmiştir(8). Çalışmamızda ise, serklaj öncesi canlı doğum 78 gebelikte (ikinci trimester için) %14, serklaj sonrası canlı doğum oranı ise %88.5 olarak bulunmuştur (Tablo II ve III).

Olgularımızda 7 ve daha yüksek numaralı Hegar bujilerinden birinin internal os'dan rahatça geçtiği olgularda Foley sondanın traksiyonda serviksten dışarı çıktığı gözlemlendi. Jennings ve ark.(8) tarafından 8 numaralı, Lash (9). 9 no'lu, Toaff ve Toaff (16) 6 no'lu Hegar bujisinin servikal yetmezlikli olgularda servikal kanaldan kolayca geçtiğini bildirmişlerdir. Rubovits ve ark. 1ml'lik sıvı ile şişirilmiş Foley sonda ile yapılan traksiyon testinde, servikal yetmezlik olgularından sondanın dışarı çıktığını bildirdiler (14). 4 olgumuzda hem Hegar bujisi ancak 4 numaraya kadar servikal kanaldan geçti ve hem de Foley sonda

ile ağırlık traksiyon testinde sonda balonu dışarı çıkmadı. Geri kalan 22 olguda Foley traksiyon testi (+) idi (TabloV). Olgularımızın %84.6'sı bu testlere yanıt vererek servikal yetmezlik tanısı doğrulanmış oldu.

Yeterli ölçüm yapabilecek nitelik bulunan 19 olgunun 10'unda istmus hizasında servikal genişlik 11-14 mm'ler arasında, 6 olguda 15-20 mm'ler arasında ve 3 olguda da 21 mm üzerinde bulunmuştur (Tablo V).

8 mm'den daha fazla servikal kanal genişliği, servikal yetmezlik bulgusu olarak kabul edilmektedir (4). İstmus ile uterus koruterus arasında histerosalpingografide normalde 100-120° arasında bir açı bulunur (11). Servikal yetmezlikte bu açının ortadan kalkması ve "huni biçiminde serviks" görünümünü histerosalpingografi'ye özgün bulgulardır (4,12). Olgularımızın 19'unda ölçülen korpo-istmik açı, 15 olguda 140-160° arasında bulunmuştur (Resim 1) ve bunların birinde açının tamamen ortadan kalktığı (180°) görülmüştür (Resim 2). Olgu sayımız az olmakla birlikte bildirilen HSG bulguları ile benzerlik görüldü.

Servikal yetmezlik tanısını koymada kesin bir yöntem ya da kriter olmamasına rağmen bazı yardımcı tanı yöntemleri servikal yetmezliği düşündürülecek sonuçlar vermektedir. Bu bakımdan çalışmamızda gebe olmayan ve daha önce serklaj tedavisi uygulanmış hastalarda;

1. Hegar test, Foley sonda ile traksiyon testi uyguladığımızda %84.6 oranında testin (+) olduğu yani servikal yetmezlik tanısını doğruladığını gözledik (Tablo III).

2. Histerosalpingografi sonuçları da servikal yetmezliğin tanısında yapılan testleri doğrular nitelikte bulundu.

3. Servikal yetmezliğin spesifik bir anatomik özellik mi ya da multifaktöryel sebepleri olan fonksiyonel bir olay mı olduğu konusunda şüphelerin bulunduğu, aynı zamanda belirlediğimiz servikal değişimlerin diğer nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan gebelik kayıplarında sonuç tablo olabileceği olasılığı, bu yöntemlerin prospektif ve kontrollü çalışmalarla irdelenmesini zorunlu kılmaktadır.

4. Ancak sonuçta servikal yetmezlik anamnezi veren ya da rutin muayeneleri sırasında şüphelenilen olgularda bu testlerin ve grafilerin yapılmasında yarar görmekteyiz. Özellikle Hegar testinde 8 numaralı Hegar bujisini servikal kanaldan kolayca geçtiği olgularda tek başına diğer testler kadar değerli olduğu görüşüne varılmıştır. Histerosalpingografi serviksin durumunu, uterus korpusu ile ilişkisini ve anomalileri göstermesi bakımından gebe olmayanlarda kullanılabilir son derece yardımcı bir tanı yöntemidir. Bu yöntemlerle yüksek servikal yetmezlik riski gösterilmiş ve diğer gebelik kaybı nedenleri elimine edilmiş olgularda gebeliğin başından itibaren servikal değişimleri transvajinal ultrasonografi ile moniterizasyonunun servikal yetmezlik olgularının tanı ve tedavisinde başarıyı arttıracığı inancındayız.

**Tablo I. Olguların serklaj öncesi servikal açıklıklarının dağılımı**

Serviks açıklığı	Olgu Sayısı	%
Forme, kapalı	5	19.2
1 cm açık	9	34.6
2 cm ve ↑	12	46.2
Toplam	26	100.0

**TABLO II. Olguların serklaj öncesi gebelik öykülerine göre düşük veya ölü doğum ile canlı bebeklerin gebelik haftalarına göre dağılımı**

Gebelik haftası	Ölü bebek (doğum ve düşük)	Canlı bebek (matür/immatür doğum)	Toplam	%
İlk -trimester	14	–	14	17.9
12-20	25	–	25	32.0
21-27	21	3	24	30.8
38-36	5	8	13	16.7
37 ↑	2	–	2	2.6

**Tablo III. Olguların serklajdan sonra doğum sonuçları ve şekillerine göre dağılımı**

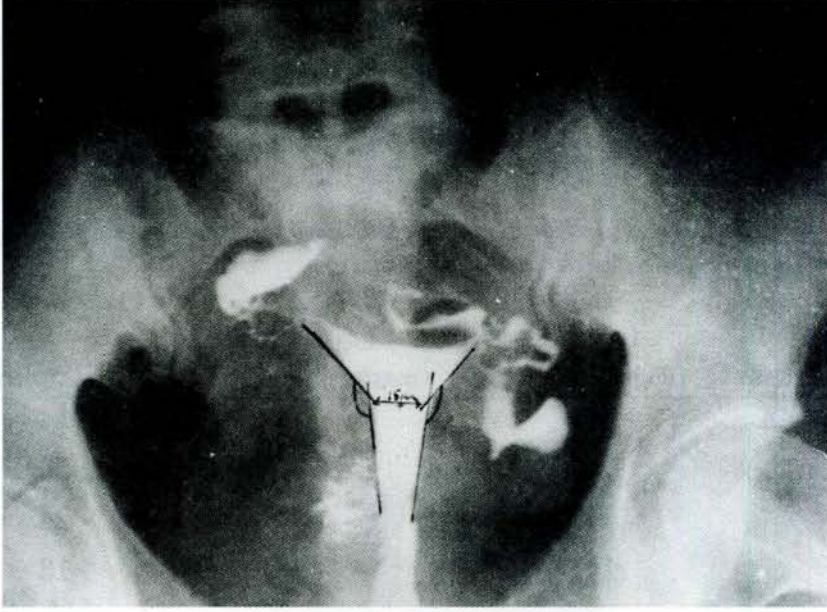
Doğum şekli	Gebelik haftası	Toplam	Canlı bebek %
Vaginal yolla doğum	37 hf. ve↑ Baş geliş	19	23
	37 hf. ve↑ Makat geliş	1	
Sezeryan	37 hf. ve↑	3	–
Düşük ve erken doğum	16	1	
	18	1	
	24	1	

**Tablo IV. Olguların Hegar ve Foley test sonuçları**

Hegar testi	Olgu sayısı	Foley traksiyon testi (+ -)	%
7 no'lu buji	16	+	61.6
8 no'lu buji	3	+	11.5
8.5 no'lu buji	3	+	11.5
4 no'lu buji	4	–	15.4
Toplam	26		

**Tablo V. 19 olguda Histerosalpingografi (HSG) sonuçları**

HsG'de serviks genişliği	Olgu sayısı	Korporo-istemik açı	Olgu sayısı
11-14	10	140-16°	15
15-20	6	160-180°	4
21 ↑	3		
Toplam	19		19



**Şekil 1. Histerosalpingografide istmik kanalın genişliğini ve korporo-istmik açığı değerlendirdiğimiz bir olgu.**



**Şekil 2. Servikal yetmezliği olan bir olguda Histerosalpingografide korporo-istmik açının ortadan kalktığı görülmektedir.**

## KAYNAKLAR

1. Barford, DAG, Rosen MG: Cervical incompetence: Diagnosis and outcome *Obstet Gynecol* 64: 159, 1984.
2. Barter HR, Dusbabek J A, Riva H L, Harks J: Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy. *Am. J Obstet Gynecol* 75:511, 1958.
3. Floyd W S: Cervical dilatation in the midtrimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* 18:380, 1961.
4. Golan A, Barnan R, Wexler S, Langer R, Bukovsky I, Davit MP: Incompetence of the uterine cervix. *Obstet Gynecol Survey* 44:96, 1989.
5. Grimes DA: Surgical management of abortion. (In) Mattingly RF, Thompson JD (eds): *Te Linde's Operative Gynecology*. 6 th Ed., JB Lippincott Company., Philadelphia, 513, 1985.
6. Harger J H: Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures *Obstet Gynecol* 56: 543, 1980.
7. Hofmeister F J, Schwartz W R, Vondrak BF, Martens W: Suture reinforcement of the incompetent cervix. *Am J Obstet Gynecol* 10:58, 1968.
8. Jennings C L: Temporary submucosal cerclage for cervical incompetence. Report of cases. *Am J Obstet Gynecol* 113:1097, 1972.
9. Lash A F: The incompetent internal os of the cervix: Diagnosis and treatment *Am J Obstet and Gynecol* 79:552, 1960.
10. Mc Donald IA.: Suture of the cervix for inevitable Miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br. Emp.* 64:346, 1963.
11. Özdemir İ: İstmus yetersizliğinin istmografi ve histerosalpingografi ile değerlendirilmesi. Doçentlik tezi, İstanbul 1982.
12. Page E W: Incompetent internal os of the cervix causing late abortion and premature labor technic fo surgical repair. *Obstet Gynecol* 12:509, 1958.
13. Robboy MS: The management of cervical incompetence *Obstet Gynecol* 41:108, 1973.
14. Rubovits F E, Cooperman N R, Lash A F: Habitual abortion: A radiographic tecnique to demonstrate the incompetent internal os of the cervix. *Am. J Obstet Gynecol* 66:269, 1953.
15. Scott JR: Spontaneous abortion. (In) Denforth D N, Scott J R (eds): *Obstetrics and Gynecology* 5 th Ed, J B Lippincott Company, Philadelphia, 378, 1986.
16. Toaff R, Toaff ME: Diagnosis of impending late abortion. *Obstet Gynecol* 43: 756, 1974.
17. Witter F R: Negative sonographic findings followed by rapid cervical dilatation due to cervical incompetence. *Obstet Gynecol* 64:136, 1984.