

SERVİKAL EKTOPIK GEBELİK: ÜÇ OLGU SUNUMU

Elçin İşlek SEÇEN, Hüseyin Levent KESKİN, Ayşe Filiz AVŞAR

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara

ÖZET

Servikal ektopik gebelik, ektopik gebeliklerin %0.2'sini oluşturan ve yüksek maternal mortalite ile seyreden nadir görülen bir durumdur. Erken tanı ve uygun tedavi şekli bu hastalarda hem hayat kurtarıcı hem de fertilitiyi koruyucu olabilmektedir. Burada üç servikal ektopik gebelik olgusunun tanısının konulması, takipleri ve uygulanan konservatif tedaviler üzerinde durulmuştur.

Anahtar kelimeler: servikal ektopik gebelik, tedavi

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 2 Sayfa: 124- 7

SUMMARY

CERVICAL ECTOPIC PREGNANCY: THREE CASE REPORTS

Cervical ectopic pregnancy, a rare situation that constitutes %0,2 of all ectopic pregnancies and initiative high maternal mortality. Early diagnosis and appropriate treatment in this patients is life saving and helps to preserve fertility .This paper describes diagnosis, follow up and conservative treatment of three cervical ectopic pregnancy cases.

Key words: cervical ectopic pregnancy, treatment

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 2 Pages: 124- 7

GİRİŞ

Ektopik gebelik tüm gebelikler içerisinde % 1.97 oranında görülür. Maternal mortalite ve morbiditenin önemli sebepleri arasındadır. En sık karşılaşılan tip tubal (%95) olup, servikal gebelikler ektopik gebeliklerin %0.2'sini oluşturur⁽¹⁾. Servikal gebelik insidansı 2500 ile 10000 gebelikte 1 arasındadır. Servikal gebeliğin erken tanınması ve tedavisi hayat kurtarıcı olduğu gibi çoğu zaman fertilitenin korunması açısından da önemlidir. Fertilitiyi korumak amacı ile birçok konservatif tedavi seçeneği de mevcuttur. Bu çalışmada, sistemik metotreksat tedavisi ve servikal küretaj uygulanan üç servikal ektopik gebelik olgusu sunulmaktadır.

OLGU 1

26 yaşındaki olgu (A.Ç), yaklaşık 15 gündür devam eden vajinal kanama şikayeti ile başvurdu. Obstetrik hikayesinde sezaryen doğum ile sonlanan 2 gebelik mevcuttu. Son adet tarihine göre yaklaşık 7-8 günlük adet gecikmesi olan hastanın tıbbi kayıtlarında bir hafta önce yapılan transvajinal ultrasonografide (TVUSG) intrauterin, fetal kalp atışları olan, düzensiz gestasyonel sac saptanmış olduğu ve abortus imminens tanısı ile takip edildiği görüldü. Yapılan spekulum muayenesinde serviks hipertrofik ve koyu renkli olarak izlendi. TVUSG servikal yerleşimli gestasyonel kese (9.5 mm çapında, 5 haftalık gebelik ile uyumlu içerisinde fetal kalp atımları izlenen embryo (CRL:3.3

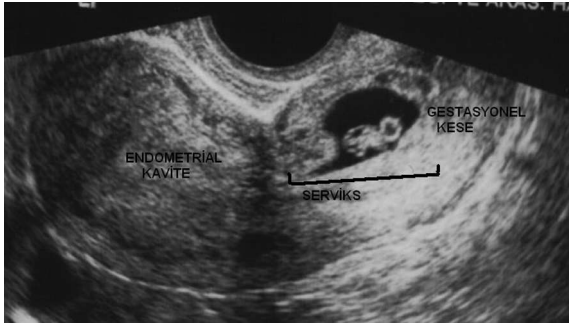
Yazışma adresi: Asistan Elçin İşlek Seçen, Mutluköy mah. Ağaçseven sok. Elit apt. no: 7 Ümitköy, Ankara

Tel.: (0506) 763 79 03

e-posta: elcinislek@hotmail.com

Alındığı tarih: 21.12.2010 revizyon sonrası alınma: 12.05.2011, kabul tarihi: 13.06.2011, online yayım tarihi: 21.06.2011

mm, 6 hafta) izlendi. Endometrial kalınlık yaklaşık 4 mm idi ve uterin kavite boş olarak izlendi (Resim 1). Bu bulgu üzerine olguda daha önceden saptanan intrauterin gebelik kesesinin daha sonra servikal internal os hizasına doğru yer değiştirip serviks ön duvara invaze olduğu düşünüldü. Olgunun β -hCG değeri 5000 mIU/ml'nin üzerinde saptandı. Tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri normaldi. Vajinal kanaması devam eden olguya servikal gebelik tanısı ile küretaj yapılarak materyal boşaltıldı. Ardından 18f foley sonda servikal kanala yerleştirilerek kanama kontrol altına alındı. Olguya aynı gün 50 mg/m² doz (80 mg) metotreksat uygulandı. Metotreksat sonrası 2.gün β -hCG değeri 3966 mIU/ml olarak ölçüldü. Servikal kanala yerleştirilen foley sonda çıkarıldı. 4.gün β -hCG değeri 2346 mIU/ml olan ve vajinal kanaması saptanmayan olgu taburcu edildi. Patoloji sonucu nekrotik desidua ve plasenta dokusu olarak yorumlandı. Hastanın 1. hafta sonundaki β -hCG değeri 1072 idi. 1. ay sonundaki kontrolünde ise β -hCG değeri negatif olarak saptanan hastanın jinekolojik muayenesi ve TVUSG incelemesi normaldi.



Şekil 1: TVUSG görüntüsü (Serviks ön duvarına invaze olmuş gestasyonel kese ve boş endometrial kavite izlenmekte).

OLGU 2

34 yaşında (N.Ş), G:4, P:2, D&C:1 olan olgu 2 gündür olan lekelenme tarzı vajinal kanama ve kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 5 yıl önce geçirilmiş sezaryen öyküsü mevcut olan olguda yapılan TVUSG'de servikal kanaldan ayrı olarak izlenen ve serviks ön duvara doğru invaze olmuş 13x14 mm boyutunda gestasyonel kese izlendi. Endometrium çift duvar kalınlığı 5.1 mm olarak ölçüldü (Resim 2). Olgunun β -hCG değeri 5514 mIU/ml, progesteron değeri 8.1 ng/ml idi. Olgunun 2 gün önceki β -hCG değeri 4253 mIU/ml idi. Laboratuvar değerleri normal

olan olguya 50 mg/m² metotreksat uygulandı. Takiplerinde β -hCG değeri gerileyen olguda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.



Şekil 2: TVUSG görüntüsü (Servikal internal os kapalı, serviks ön duvarda invaze gebelik kesesi ve endometrial kavite boş olarak izlenmekte).

OLGU 3

41 yaşında (A.Ö) G:3, P:1, D&C:1 olan ve 9 yıl önce geçirilmiş sezaryen ile doğum öyküsü olan hasta 10 günlük adet gecikmesi şikayeti ile başvurdu. Jinekolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastada TVUSG'de servikal yerleşimli gestasyonel kese içinde yaklaşık 3 mm çapında yol sak izlendi. Embriyonel kutup izlenemedi (Resim 3). β -hCG değeri 19263 mIU/ml idi. Laboratuvar değerleri normal olan olguya servikal küretaj uygulandı. Küretaj sonrası 3. gün β -hCG değeri 2208 mIU/ml, ultrason bulguları normal olan ve vajinal kanaması saptanmayan hasta taburcu edildi. 7. gün β -hCG değeri 413 mIU/ml olarak saptandı. Olgunun patoloji sonucu desidua ve plasental dokular olarak yorumlandı.



Şekil 3: TVUSG görüntüsü (Boş endometrial kavite ve servikal kanala yerleşmiş gestasyonel kese izlenmekte).

TARTIŞMA

Servikal gebelik hayatı tehdit eden, ender görülen bir ektopik gebelik tipidir. Servikal gebeliğin klinik olarak tanısının konması zordur. Genel olarak tanı, yapılan rutin ultrasonografi sırasında insidental olarak veya inkomplet abortus öntanısı ile yapılan küretaj sonrasında konulur. Servikal gebeliğin en sık görülen semptomu vaginal kanama (%91) ve kasık ağrısıdır (%28). Erken hafta servikal gebelikler asemptomatik (%6) olarak rutin ultrasonografi sırasında da saptanabilmektedir⁽²⁾. Etiyolojide geçirilmiş dilatasyon ve küretaj (en sık neden %68), sezaryen ile doğum, invitro fertilizasyon ile gebelik ve rahim içi araç kullanımı öyküsü mevcuttur ve bu özellikler servikal gebelik yönünden uyarıcı olmalıdır. Bu makalede sunduğumuz olgularımızın hepsinde geçirilmiş sezaryen öyküsü ve ikisinde ise D&C öyküsü mevcut idi. Ultrasonografi ile tanı endoservikal yerleşimli gebelik kesesinin bulunması ve trofoblastik invazyondur⁽²⁾. Olgularımızda yapılan TVUSG de gestasyonel kese serviks ön duvara invaze, servikal os kapalı ve endometrium kavite boş olarak izlendi. Ayrıca olgularımızda birinde ise servikal gebelik, asemptomatik olan sadece adet gecikmesi ile başvuran hasta TVUSG sırasında saptanmıştır.

Servikal gebeliğin yönetiminde kanama miktarı, gestasyonel yaş, gestasyonel kesenin lokalizasyonu (servikal kanal proksimalinde uterin arterin bulunması kanama miktarı açısından önemlidir), trofoblast invazyonunun derinliği ve β -hCG değerleri önemlidir. Servikal gebelikte tedavide yaklaşım radikal ya da konservatif olabilir. Radikal yaklaşım olan histerektomi, kanamanın hayatı tehdit ettiği durumlarda ve fertilitesi tamamlanmış olgularda uygulanır. Konservatif yaklaşım medikal ya da cerrahi olabilir. Cerrahi prosedürde hipogastrik veya uterin arter embolizasyonu, servikal küretaj uygulanabilir. Medikal seçenekler sitotoksik bir ilaç olan metotreksat sistemik veya intraamniotik uygulanabilir ve intraamniotik potasyum klorid verilebilir. Sistemik metotreksat tedavisi tek doz olarak 50mg/m² veya çoklu dozlarda 1mg/kg (1,3,5. günlerde), folinik asit (2,4,6. günlerde) ile birlikte uygulanabilir. Eğer intraamniotik tedavi uygulanacaksa 50 mg metotreksat veya 5 mmol/L potasyum klorid uygulanır (3).

Servikal gebeliği olan hastaların genellikle genç (ortalama yaş: 29.9) ve düşük paritede olması (%47'si nullipar) fertilitite koruyucu konservatif yöntemlerin

önemini daha da artırmaktadır⁽²⁾. Konservatif yöntemlerin başarısı %95.6'dır⁽³⁾. Konservatif yöntemlerde temel sorun işlem sonrası hayatı tehdit eden kanamalardır. Aspirasyon ve küretaj servikal gebeliğin tedavisinde en sık uygulanan seçenektir. Yaklaşık hastaların yarısına aspirasyon ve küretaj uygulanmaktadır. Bununla birlikte aspirasyon ve küretaj sonrasında %21.1 olguda kanamayı kontrol altına almak için ek yöntemler uygulamak gerekebilmektedir^(3,4). Bu yüzden işlem sonrası kanamayı kontrol etmek için servikal kanal içine foley katater ile tampon, servikse lokal prostaglandin yerleştirilmesi ve servikse hemostaz sutürleri koyulması gibi yöntemler kullanılmaktadır ancak bu yöntemlerin başarısız olduğu olgularda kanama cerrahi olarak internal iliak arter ligasyonu veya histerektomi ile kontrol edilebilmektedir^(5,6). Bizim tedavi uyguladığımız olgulardan ise sadece metotreksat uygulanan olguda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir. İlk aşamada küretaj işlemi uygulanan hastalardan birinde ise işlem sonrası kanama nedeni ile foley katater ile tampon ve metotreksat uygulanmıştır. Küretaj uygulanan diğer olguda ise ek bir tedaviye gerek kalmamıştır. Servikal ektopik gebeliklerde tek doz metotreksat tedavisinin başarısı %83 iken multidoz metotreksat tedavisinde bu oran %54'dür. Adjuvan konservatif yöntemlerle uygulanan metotreksat tedavisinde bu oranlar %94'e kadar çıkmaktadır. Tek başına dilatasyon ve küretaj uygulanan olgularda ise başarı oranı %75'dir. Lokal metotreksat veya potasyum klorid enjeksiyonu; tek başına veya dilatasyon küretaj ile birlikte fetal kardiyak aktivitesi olan olgularda başlangıç tedavisi olarak uygulanması önerilmektedir. Erken saptanan servikal ektopik gebelik olgularında konservatif tedavi yöntemlerinin fertilitayı etkilemeden güvenli ve etkin bir yöntem olduğu gösterilmiştir^(3,7,8). Bizim olgularımızda ise servikal gebeliğin 5-7. gebelik haftaları arasında saptanması sayesinde yapılan konservatif yaklaşımlar ile hastaların fertilitesi korunabilmiş, ciddi komplikasyonlar gelişmesi önlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. Am J Obstet Gynecol 2002; 106: 1004- 19.
2. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. Obstet Gynecol Surv 1997; 52:

- 45- 59.
3. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006; 27: 430- 7.
 4. Mun S, Taner C, Mızrak T, Şenyuva İ, Özgenç Y, Çelimli F. Servikal gebelik: Olgu sunumu. *Perinatoloji Dergisi* 2006; 14: 55- 8.
 5. Maral İ, Sözen U, Balık E. Servikal Gebeliğin Konservatif Tedavisi (Olgu Sunumu). *Turk. Klin Jinekoloj Obst* 1993; 3: 67- 9.
 6. Harman M, Zeteroğlu Ş, Etlik Ö, Arslan İ. Bozulmuş servikal gebelikte arteryel embolizasyon ile tedavi. *Turk J Diagn Intervent Radiol* 2003; 9: 91- 3.
 7. Kim TJ, Seong SJ, Lee KJ, Lee JH, Shin JS, Lim KT. Clinical outcomes of patients treated for cervical pregnancy with or without methotrexate *J Korean Med Sci* 2004; 19: 848- 52.
 8. Tang PP, Liu XY, Chen N, Dai Q, Cui QC, Jin ZY, Lang JH. *Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao*. 2010; 32(5): 497- 500.