

ACİL SERVİKAL SERKLAJ: OLGU SERİSİ

Arzu DORUK, Talat Umut DİLEK, Hüseyin DURUKAN, Saffet DİLEK

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Mersin

ÖZET

Amaç: Servikal yetmezlik tanısı nedeni ile acil serklaj uyguladığımız hastaları ve bu işlemin gebeliğin devamına olan katkısını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntemler: Acil servikal serklaj uygulanan 13 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm olgular 22- 28. haftalar arasında olup hepsine Mc Donald tekniği ile servikal serklaj uygulandı.

Bulgular: Servikal serklaj uygulanan hastaların 7 tanesi 25-32 hafta arası doğum yapmışken 4 tanesi 34 gebelik haftasından sonra doğum yapmıştır.

Sonuç: Servikal yetmezlik için risk faktörü olan olgularda ultrasonografik değerlendirme 14-20. haftalarda başlamalı pelvik muayenede servikal değişiklikleri olan olgularda hastanın gerçek doğum eyleminin ve koryoamniyotik enfeksiyon tablosunun olmadığı hallerde acil serklaj düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: acil serklaj, preterm eylem, servikal yetmezlik

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 2 Sayfa: 144- 8

SUMMARY

EMERGENCY CERVICAL CERCLAGE: A CASE SERIES

Objective: To observe the effect of the emergency cervical cerclage on the duration of pregnancy in the patient with cervical insufficiency

Material and methods: Thirteen pregnant women between 22-28 th gestational age treated with emergency cerclage were included in the study. Mc Donald technic was performed to in all patients.

Results: Among the patients, 7 women were delivered between 25-32th weeks and 4 patients were followed beyond the 34th week.

Conclusion: Ultrasonographic screening to determine cervical insufficiency among the patient in the risk group should be done at 14-20th weeks for the first time. Emergency cerclage can be considered in patient without contractions or chorioamnionitis, if there is any evidence of cervical dilatation at pelvic examination.

Key words: cervical insufficiency, emergency cerclage, preterm labour

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 2 Pages: 144- 8

GİRİŞ

Preterm doğumlar 37. gebelik haftası tamamlanmadan önce gerçekleşen doğumlar olarak tanımlanmaktadır. Prematür doğumlar infantlarda mortalite ve morbiditenin en büyük nedenidir. Tüm gebeliklerde preterm doğum görülme sıklığı %10-11'dir⁽¹⁾. ABD'de preterm doğumlar tüm doğumların %12'sini oluşturmaktadır⁽²⁾. Preterm doğumların etiyojisi multifaktöriyel olmasına rağmen, etiyojide rol oynayan faktörlerden biri servikal yetmezliktir.

Servikal yetmezlik tanısı klasik öyküye sahip hastalar ve klinik bulguların varlığı ile konur^(3,4). Servikal yetmezlikte, ilk trimester sonrası kontraksiyon olmadan ağrısız biçimde servikal dilatasyonun gelişip uterusun gebeliğin devamını sağlamada yetersiz kalıp fetusun dışarı atılması söz konusudur. Gerçek servikal yetmezlik insidansının, tanımlamadaki karmaşıklık nedeniyle tam bilinmemesine karşın, doğum başına 1/200 ile 1/2000 arasında olduğu düşünülmektedir⁽⁵⁾. Servikal yetmezlik olgularında da, uygulanan serklaj operasyonları acil serklaj, profilaktik serklaj ve sonografik endikasyonlu serklaj olarak üç ana grupta toplanabilir. Acil serklaj, 28. gebelik haftasından önce, doğum eyleminin olmadığı gebelerde dijital muayenede silinme ve dilatasyon varlığında yapılabilir. Profilaktik serklaj 14-16. haftalarda yapılmalıdır. Sonografik endikasyonla serklaj, 2. trimester kaybı veya preterm doğum anamnezi olanlarda gebelikteki servikal değişikliklere göre yapılan serklaj uygulamasıdır⁽⁶⁾. Preterm doğum eyleminin önceden belirlenmesinde kullanılan başlıca yöntemler arasında en sık kullanılanlar; hasta anamnezi, biyokimyasal markerlar, serviksin ultrasonografi ile değerlendirilmesidir⁽⁷⁾. İleri derecede servikal açıklığın bulunduğu durumlarda acil serklajın gebelik süresini 4 ile 13.9 hafta arasında uzattığı bildirilmektedir^(8,9).

Bu olgu serisinde servikal yetmezlik tanısı nedeni ile acil serklaj uyguladığımız hastaları ve bu işlemin gebeliğin devamına olan katkısını incelemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na 2004 - 2009 tarihleri arasında başvuran, servikal yetmezlik tanısı

ile değerlendirilerek acil servikal serklaj uygulanan 13 hastanın klinik verileri geriye dönük olarak değerlendirildi.

Servikal yetmezlik tanısı, 13 hastaya transvajinal ultrasonografi veya dijital muayene ile konuldu. Hastaların hepsinde, canlı fetüs veya fetusların olduğu, fetusların hayatla bağdaşmayan yapısal bir anomali içermediği, membranların intakt olduğu, klinik olarak koryoamniyonitin ve vajinal kanamanın olmadığı, elektronikfetal monitorizasyonda ve elle batın palpasyonunda kontraksiyonun olmadığı belirlendi. Plasenta previa, konjenital ve kromozomal anomalisi olan fetüsler, uterin anomalisi olan hastalar uygulama dışı bırakıldı.

İşlem öncesi hastalar işlemin olası istenmeyen sonuçları hakkında ve preterm doğum hakkında bilgilendirildi. Hastalara işlem sırasında tek doz profilaktik antibiyotik verildi.

Tüm olgulara 22- 28. haftalar arasında trendelenburg pozisyonunda uygun saha temizliği ve örtümünü takiben, indüksiyon anestezisi (Diprivan+ Fentanyl) altında non-absorbabl mersilen tape ile Mc Donald tekniği ile servikal serklaj uygulandı. Membranların spekulum ile izlendiği olgularda işlemden önce 16 F Foley idrar kateteri transservikal olarak uygulanarak balonu 15 cc serum fizyolojik ile şişirildi. Bu yolla sütür tatbik edilirken, membranların serviksten uzaklaştırılması amaçlandı. Hiçbir hastaya işlem sonrası tokoliz tedavisi verilmedi. Tüm hastalara yatak istirahati önerildi. Tüm olgularda serklaj sonrası, ultrasonografide fetusun kardiyak aktivitesinin olduğu gözlemlendi. Serklajı takiben, 34. gebelik haftasına kadar haftalık 500 mg 17- hidrokspirogesteron kaproat intramusküler ve 10 gün boyunca 2x750 mg ampisilin +sulfaktam oral ve %2'lik klindamisin fosfat günde 2 kez vajinal olarak uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş aralığı 25-38 yaş arasında idi. Gebelik haftaları ise 22 hafta 3 günlük ile 28 hafta arasında değişmekte idi (Ortalama gestasyonel yaş: 24 gh). Servikal serklaj uygulanan hastaların 7 tanesi 25-32 hafta arasında, 4 tanesi ise 34 gebelik haftasından sonra doğum yaptı. Hastaların 7 tanesi sezaryen ile doğum yaptı. Hastaların biri üçüz diğer ikisi ikiz gebelik olmak üzere toplam 3 tanesinde

çoğul gebelik mevcuttu. İkiz gebelikler 29 gh ve 36. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yapmışken üçüz gebelik 35. gebelik haftasında sezaryen ile doğum yapmıştır. Tekil gebeliği olan hastaların 4 tanesinin önceki gebeliğinde servikal yetmezlik öyküsü mevcuttu. Tekil gebeliği olupta servikal serklaj uygulanan hastaların 6 tanesi 25-32 hafta arası doğum yapmışken 2 tanesi 34 gebelik haftasından sonra doğum yapmıştır. Bunların 4 tanesi sezaryen 4 tanesi normal spontan vajinal yolla doğum yapmıştır. Hastaların 2 tanesinin halen gebeliği sağlıklı biçimde devam etmektedir. Olguların klinik özellikleri Tablo I' de özetlenmiştir

TARTIŞMA

Servikal yetmezlik tanısı konan hastalara tedavide standart yaklaşım, servikal serklaj uygulanmasıdır. Günümüzde en sık Shirodkar ve McDonald teknikleri kullanılmaktadır⁽¹⁰⁻¹²⁾. Yapılan çalışmalarda iki tekniğin birbirine üstünlüğü net olarak gösterilememiştir⁽¹³⁾. Bizim tüm hastalarımıza Mcdonald tekniği ile serklaj uygulanmıştır.

Servikal yetmezlik tanısında, hikayesinde özellikle ağrısız servikal dilatasyonun olması, servikal travma hikayesi, ikinci trimester veya erken üçüncü trimester gebelik kayıplarının olması önemlidir. Birçok tanı testi önerilmesine rağmen bunların bilimsel önemi çalışmalarla desteklenmemiştir⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Bizim çalışmamıza dâhil edilen hastaların da dört tanesinde (%30.7) servikal yetmezlik hikayesi mevcuttur.

Serviksin TVUSG ile non-invaziv olarak değerlendirilmesi, preterm eylemin yüksek riskli hastalarda öngörülmesinde objektif bilgi vermektedir. Çok sık kullanımına rağmen ölçümler açısından herhangi bir standardizasyon, teknik, endikasyonlar ve muayene aralıkları belirlenmemiştir. American College of Radiology önerisine göre, yapılan her ikinci trimester obstetrik ultrasonografide, serviks ve alt uterin segment görüntülenmelidir. Ultrasonografik değerlendirmede kısa serviks (<25 mm) veya hunileşme varlığı araştırılmalıdır⁽¹⁷⁾. Hunileşme varlığında huni genişliği >10mm, serviks boyu<20mm veya haftalık olarak yapılan incelemede progresif servikal kısılmanın varlığında serklaj operasyonu tavsiye edilir⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Bizim çalışmamıza dahil olan hastaların transvajinal ultrasonografi ile yapılan takiplerinde dört hastada funneling saptanmıştır.

Servikal uzunluğun cut-off değeri cerrahi müdahale için en önemli endikasyondur. Yapılan 4 randomize çalışmayı içeren bir meta-analizde serklajın tekil gebeliği, preterm doğum öyküsü ve kısa servikal uzuluğu olan 16-23 gebelik haftası arasındaki gebelerde faydası olduğu saptanmıştır⁽²¹⁾. Başka bir randomize çalışmada serklajın servikal uzunluğun <15mm olduğu vakalarda da faydasının olduğu görülmüş. Bu çalışmaya göre preterm doğum öyküsü olan hastalarda TVUSG ile servikal uzunluk ölçümlerine 16. gebelik haftasında başlanması 23. gebelik haftasına kadar 2 haftada bir ölçülmesi önerilmiştir⁽²²⁾.

Cockwell ve Smith acil serklajın, önemli ölçüde gebeliğin süresini uzattığını ve gebeliğin uygun bir

Tablo I: Olguların demografik ve klinik özellikleri

Olgu	Yaş	Tanı haftası	Serviks dilatasyonu (cm)	Doğum zamanı (Hafta)	Doğum şekli	Doğum ağırlığı
1	33	23hf3gün	4	25	NSVY	770gr
2	26	24gh5gün	2	29	C/S ikiz	1700gr,1450gr
3	29	22gh5gü	2	40	NSVY	3660gr
4	26	22gh5gün		38	C/S	3030gr
5	35	22	2	30	C/S	1390gr
6	25	24	2	35	C/S üçüz	2260gr,1930gr,2015gr
7	25	22	3	27	NSVY	800
8	33	25	2	36	C/S ikiz	2500gr,2350gr
9	38	24	2			
10	27	28	3	31	C/S	1700gr
11	29	24	3	28	C/S	1140gr
12	32	23	3	23.4	NSVY	
13	26	28	3			

NSVY: Normal Spontan Vajinal Yolla, C/S: Sezaryen

şekilde sonlanma şansını arttırdığını ileri sürmüşlerdir. (23). Wong ve arkadaşları(24), ultrasonografik dilatasyonu yani funnellingi olan hastalarda ortalama gebelik süresindeki uzamayı 16 hafta olarak, 3 cm'den az dilatasyonu olanlarda 1,8 hafta, 3 cm'den fazla dilatasyonu olanlarda 1 hafta olarak bildirmiştir. Bizim çalışmamızda 3 cm'den az dilatasyonu olanlarda 4-15 hafta arasında uzama, 3 cm ve daha fazla dilatasyonu olanlarda 1-4 hafta uzama saptanmıştır.

Daskalakis ve arkadaşları(25), acil serklaj uygulanan hastalarda 32 haftadan önceki preterm doğumların 3 kat azaldığını, neonatal yaşam süresinin 3,5 kat artarak fetal yaşam oranının %89'a ulaştığını bildirmişlerdir. Bizim olgu serimizde neonatal yaşam oranı %90.9 olarak bulunmuştur.

Postoperatif enfeksiyon riskini azaltmak için servikal serklaj uygulaması sırasında antibiyotik kullanımını belirten yayınlar mevcut olup hasta sayısı azlığı nedeniyle bu uygulama hakkında net bir sonuca varılamamıştır. Gereksiz antibiyotik kullanımının bakteri rezistansını arttıracığı düşünülmektedir. Fakat bu konuda da görüş birliği yoktur(26,27). Bizim hastalarımızın tamamında tek doz intraoperatif antibiyotik profilaksisi uygulanmıştır.

Sonuç olarak, servikal yetmezlik için risk faktörü olan olgularda ultrasonografik değerlendirme 14-20. haftalarda yapılmalı, pelvik muayenede servikal değişiklikleri olan olgularda hastanın gerçek doğum eyleminde ve koryoamniyotik enfeksiyon tablosunun olmadığı hallerde acil serklaj düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

- Creasy RK, Iams JD. Preterm labor and delivery. Creasy RK, Resnik R. In: Maternal-Fetal Medicine 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company, 1999; 498- 531.
- American College of Obstetrics and Gynecologist Committee Opinion. Use of the progesteron to reduce preterm birth. Int J Gynecol Obstet. 2004; 84: 93- 4.
- Ludmir J. Sonographic detection of cervical incompetence. Clin Obstet Gynecol 1988; 31: 101- 9.
- Schwartz RP, Chatwani A, Sullivan P. Cervical cerclage. A Review of 74 cases. The J Rep Med 1984; 29: 103- 6.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No. 48. Cervical Insufficiency. Obstet Gynecol. 2003; 102: 1091- 9.
- Şener T. Servikal serklaj gerekli midir? Ultrasonografi Obstetrik ve jinekoloji. 2003; 7: 17- 20.
- Karlık I, Kesim M, Erol M. Föetal solunum hareketleri ile erken doğum eyleminin izlenmesi. Kadın Doğum Dergisi. 1995; 11: 8- 11.
- To MS, Skentou C, Liao AW, et al. Cervical length and funneling at 23 weeks of gestation in prediction of spontaneous early preterm delivery. Ultrasound Obstet Gynecol 2001; 18: 200- 3.
- Benifla JL, Goffinet F, Darai E, Proust A, De Crepy A, Madelenat P. Emergency cervical cerclage after 20 weeks' gestation: a retrospective study of 6 years' practice in 34 cases. Fetal Diagn Ther 1997; 12: 274- 8.
- Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy. Antiseptic 1955; 52: 299- 300.
- Barter RH, Riva HL, Parks J, Dusabeck JA. Surgical closure of the incompetent cervix during pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1958; 75: 511- 21.
- Macdonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. J Obstet Gynaecol Br Emp. 1957; 64: 346- 50.
- Harger JH. Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. Obstet Gynecol. 1980; 56: 543- 8.
- Kiwi R, Neuman MR, Merkatz IR, Selim MA, Lysikiewicz A. Determination of the elastic properties of the cervix. Obstet Gynecol. 1988; 71: 568- 74.
- Anthony GS, Calder AA, MacNaughton MC. Cervical resistance in patients with previous spontaneous mid-trimester abortion. Br J Obstet Gynaecol. 1982; 89: 1046- 9.
- Rubovits FE, Cooperman NR, Lash AF. Habitual abortion: a radiographic technique to demonstrate the incompetent internal os of the cervix. Am J Obstet Gynecol. 1953; 66: 269-280.
- Doyle NM, Monga M. Role of ultrasound in screening patients at risk for preterm delivery. Obstet Gynecol Clin North Am. 2004; 31: 125- 39.
- Guzman ER, Vintzileos AM, McLean DA, Martins ME, Benito CW, Hanley ML. The natural history of a positive response to transfundal pressure in women at risk for cervical incompetence. Am J Obstet Gynecol 1997; 176: 634- 8.
- Guzman ER, Forster JK, Vintzileos AM, Ananth CV, Walters C, Gipson K. Pregnancy outcomes in women treated with elective versus ultrasound-indicated cervical cerclage. Ultrasound Obstet Gynecol 1998; 12: 323- 7.
- Guzman ER, Mellon C, Vintzileos AM, Ananth CV, Walters C, Gipson K. Longitudinal assessment of endocervical canal length between 15 and 24 weeks' gestation in women at risk for pregnancy loss or preterm birth. Obstet Gynecol 1998; 92: 31- 7.
- Berghella V, Odibo AO, To MS, Rust OA, Althuisius SM.

- Cerclage for short cervix on ultrasound: Meta-analysis of trials using individual patient- level data. *Obstet Gynecol* 2005; 106: 181- 9.
22. Owen J, for the Vaginal Ultrasound Trial Consortium. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened mid-trimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 197: 12.
23. Cockwell HA, Smith GN. Cervical incompetence and the role of emergency cerclage. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada* 2005; 27: 123- 9.
24. Wong GP, Farquharson DF, Dansereau I. Emergency cervical cerclage: a retrospective review of 51 cases. *Am J Perinatal* 1993; 5: 341- 7.
25. Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S, Antsaklis A. Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. *Obstet Gynecol*. 2006; 107: 221- 6.
26. Novy MJ, Gupta A, Wothe DD, Gupta S, Kennedy KA, Gravett MG. Cervical cerclage in the second trimester of pregnancy: a historical cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1447- 54.
27. Kessler I, Shoham Z, Lancet M, Blickstein I, Yemini M, Miskin A, Mogilner BM. Complications associated with genital colonization in pregnancies with and without cerclage. *Int J Gynaecol Obstet*. 1988; 27: 359- 63.