

Servikal Serklajı Olan Bir Gebede Servikal Rüptür: Olgı Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Cervical Rupture in the Pregnant Woman Who has Cervical Cerclage: Case Report and Literature Review

Dr. Sami GÜNGÖR,^a
Yrd.Doç.Dr. Burçin KAVAK,^a
Doç.Dr. Hüsnü ÇELİK^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 23.12.2010
Kabul Tarihi/Accepted: 12.07.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Yrd.Doç.Dr. Burçin KAVAK
Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,
TÜRKİYE/TURKEY
burcinkavak@yahoo.com

ÖZET Servikal yetmezlik serviksin yapısal veya fonksiyonel zayıflığına bağlı olarak fetüsü terme kadar taşıyamaması olarak tanımlanmaktadır. Servikal serklaj yapılan hastalar enfeksiyon ve sonrasında gelişebilecek membran rüptürü açısından yakından takip edilmelidir. Sürekli ve nonspesifik ağrı semptomu olan hastalar servikal rüptür açısından değerlendirilmelidir. Yirmi iki haftalık servikal serklajı olan gebe vajinal kanama ve karın ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede aktif amniyon mayi gelişi izlenip tokometrede kontraksiyonları görülmeyen hasta takibe alınmış ve 4 saat sonra servikal rüptür gelişmiştir. Hastada laparotomi ile gebelik sonlandırılıp, takiben vajinal olarak rüptür onarılmıştır. Servikal rüptür gelişen olguların gebeliğinin laparotomi ile sonlandırılması göz önünde bulundurulmalı, ardından vajinal olarak servikal rüptür onarılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Serklaj, servikal; uterus rüptürü; gebelik

ABSTRACT Cervical insufficiency is the failure of the cervix to carry pregnancy till term due to its' structural and functional weakness. Patients who underwent cervical cerclage should be monitored closely for the possibility of infection and rupture of membranes. Patients with the symptom of continuous and non specific pain should be evaluated for cervical rupture. A 22 week pregnant patient with cervical cerclage applied to our clinic with vaginal bleeding and abdominal pain. In physical examination active flow of amniotic fluid was determined and in the tocometer no uterine contraction was determined. 4 hours after follow up cervical rupture was determined. The pregnancy was terminated by laparotomy and after termination of pregnancy cervical rupture was repaired vaginally. According to our experience in patients with cervical rupture, the pregnancy must be terminated by laparotomy and the cervical rupture must be repaired vaginally thereafter.

Key Words: Cerclage, cervical; uterine rupture; pregnancy

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2012;22(1):67-70

Preterm doğum, neonatal morbidite ve mortaliteye neden olan en önemli faktör olarak karşımıza çıkmaktadır.¹ Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine bakıldığında 2002 yılındaki preterm doğum insidansı %12,1 olarak görülmektedir.² Preterm doğumların etiyojisi multifaktöryel olmakla beraber, etiyojide servikal yetmezlik de rol oynamaktadır.

Servikal yetmezlik, serviksin yapısal veya fonksiyonel zayıflığına bağlı olarak fetüsü terme kadar taşıyamaması olarak tanımlanmaktadır.³ Gerçek servikal yetmezlik insidansının, tanımlanmasındaki karmaşıklık nedeniyle tam bilinmemesine karşın, doğum başına 1/200 ile 1/2000 arasında olduğu düşünülmektedir.⁴

Servikal yetmezlik gebeliğin genellikle ikinci trimesterinde membranların prematür olarak rüptürü ve fetüsün doğumuna neden olan ağrısız servikal silinme ve dilatasyonla karakterizedir.³

Günümüzde halen en önemli tanı yöntemi geçmiş obstetrik hikâyesidir. Son zamanlarda ultrasonografi de tanıdaki yerini almış olup altın standart olarak serviks değerlendirilmesinde kullanılmaktadır.^{5,6} Ayrıca gebelik harici dönemlerde de bazı tanı yöntemleri mevcuttur. Bunlardan en popüler olanı özellikle luteal dönemde dirençle karşılaşmadan 8 no'lu Hegar bujisinin servikal kanaldan geçmesidir.⁶

Serklaj 18. haftaya kadar uygulandığında komplikasyonların, özellikle enfeksiyonun, daha nadir geliştiği saptanmıştır.⁷ Perioperatif antimikrobiyal profilaksinin birçok enfeksiyonu engellemediği ve tokolitiklerin birçok doğumu durdurmadığı saptanmıştır.⁸

Yirmi iki haftalık servikal serklajı olan gebe, vajinal kanama ve karın ağrısı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan muayenede aktif amniyon mayi gelişi izlenip tokometrede kontraksiyonları görülmeyen hasta takibe alınmış ve 4 saat sonra servikal rüptür gelişmiştir. Hastada laparotomi ile gebelik sonlandırılıp, takiben vajinal olarak rüptür onarılmıştır. Bu olgu sunumumuzdaki amacımız servikal serklajın önemli bir komplikasyonu olan servikal rüptür konusunda edindiğimiz tecrübeyi aktarmak ve tedavi yaklaşımı hakkında bilgilendirmektir.

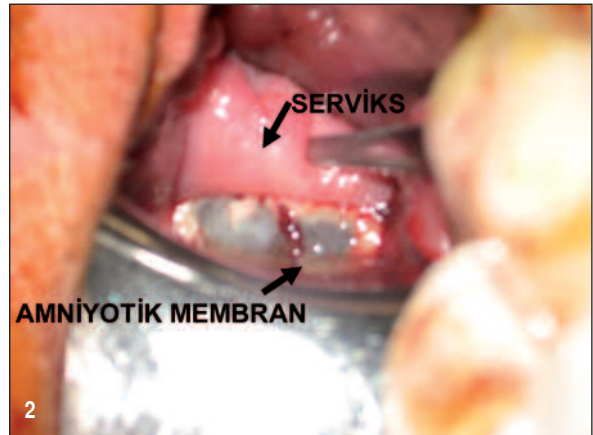
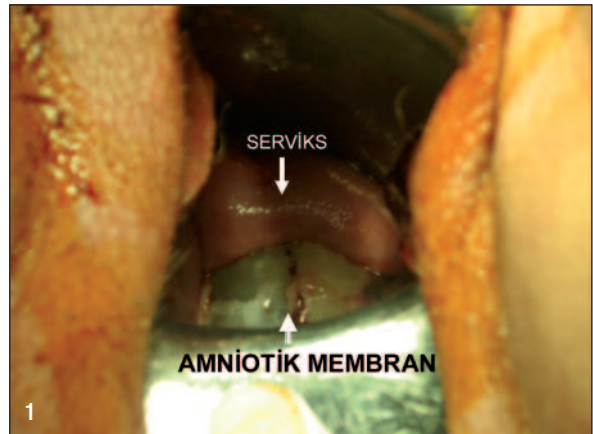
OLGU SUNUMU

Kırk yaşında, 9 yıllık evli, gravida 5, son adet tarihine göre 22 haftalık gebelik ve servikal serklajı bulunan hasta, vajinal kanama ve karın ağrısı şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. İlk gebeliğinde 12 haftalık abortus olan hastanın 2. ve 3. gebeliği 24 ve 27 haftalık ağrısız prematür doğum ile sonuçlanmış, 4. gebeliğinde ise servikal serklaj yapılmış ve miad gebeliğe kadar ilerlemiş, gebelik sezaryen doğum ile sonlandırılmıştır.

Yapılan steril spekulum muayenesinde amniyon mayi gelişi izlendi, pasif tarzda vajinal kanama mevcuttu ve servikal serklaj ipi izleniyordu. Yapı-

lan ultrasonografide fetüs 22 haftalık gebelik ile uyumlu olup, amniyon sıvısı yeterli idi. Hastanın tokometrisinde ve elle muayenesinde kontraksiyon izlenmedi. Vital bulgulardan tansiyon 110/70 mmHg, nabız: 84/dk ateş: 36,0 idi. Hastaya ampisina 1 g flakon 4x1 dozda başlandı ve takibe alındı.

Hastanın ilk muayenesinden yaklaşık 4 saat sonra ağrılarının başlaması üzerine spekulum muayenesi tekrarlandı. Spekulum muayenesinde servikal os'un kapalı olduğu ancak serviks posteriora transvers şeklinde yaklaşık 4-5 cm'lik servikal rüptür alanı gözlemlendi. Servikal rüptürün genişleme riskinden dolayı hasta ameliyathaneye alındı. Genel anestezi altında litotomi pozisyonunda anterior hysterotomi ile 500 g 25 cm kız bebek immatür olarak doğurtuldu ve batın usulüne uygun kapatıldı. Ardından vajinal valfler konarak serviks visualize edildi (Resim 1 ve 2). Servikal serklaj ipi alındı ve



RESİM 1,2: Servikal serklaj olgusunda rüptür görünümü, üstteki ok serviks dokusuna ait olup serviks posteriorından rüptür görünümü izlenmektedir (alttaki ok).

(Renkli hali için <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

vajinal olarak posterior servikal rüptür bölgesi 1 no vicryl ile primer onarıldı. Takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta postpartum 3. günde önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

En sık uygulanan serklaj operasyonları Shirodkar ve McDonald tekniklerinin kullanımınıdır. Perrotin ve ark.nın 25 hasta üzerinde yaptığı çalışmada iki tekniğin birbirine üstünlüğü gösterilememiş ve seçimin olgu ve cerraha göre değişeceği vurgulanmıştır.⁹

Bir diğer sorun ise yaklaşımın transvajinal mi, transabdominal mi olacaktır. Genel yaklaşım, abdominal serklajın ancak transvajinal olarak serviksin anatomik anormalliği serklaj yapılmasına engel olduğunda veya transvajinal serklajın yetersiz kaldığı durumlarda söz konusudur. Abdominal serklajın en büyük dezavantajı hastanın gebeliği süresince 2 defa laparotomi operasyonuna (biri takarken, diğeri ise çıkartırken) maruz kalmasıdır. Son dönemlerde robotik cerrahi yardımı ile abdominal serklaj operasyonları gerçekleştirilmiştir.¹⁰ Bizim hastada servikal serklaj sonrası rüptür geliştiğinden bir sonraki gebelikte abdominal serklaj önerilebilir.

Postoperatif kontraksiyonları durdurmak ve enfeksiyon riskini azaltmak için tokolitik tedavi ve antibiyotik kullanımı konusunda görüş birliği yoktur. Gereksiz antibiyotik kullanımına bağlı koryoamniyonitisin gözden kaçabileceği de ayrı bir sorundur. Bizim hastada erken membran rüptürü sonucu antibiyoterapi başlanmış ancak tokolitik tedavi başlanmamıştır.

Serklajı yerinde duran preterm erken membran rüptürü (PEMR) olan bir kadında serklajın açılması mı, yerinde bırakılması mı gerektiği konusunda çalışma yoktur. PEMR olan ve hemen serklajın açıldığı gebeliklerde PEMR olan ve serklajın yerinde olmadığı gebeliklerin prognozu benzerdir.^{11,12} Serklajın yerinde bırakılması latent süreyi bir miktar uzatır, özellikle serklajın yerinde olduğu PEMR'leri artmış maternal ve fetal/neonatal enfeksiyon riski ile ilişkilidir.¹³⁻¹⁵

İntrauterin enfeksiyon tespiti, belirgin uterin kontraksiyonların varlığı ya da reaktif olmayan fetal kalp atımının bulunması durumunda doğum endikedir. Otuz iki hafta ve üzerinde serklaj hemen açılmalıdır. Otuz iki haftanın altında steroid ve antibiyotik uygulayıp bunların etki etmesini sağlamak için serklajı 48 saat sonra açmak mantıklıdır.

Bizim olguda da servikal serklajlı olan hastanın tokometrisinde ve elle muayenesinde kontraksiyon izlenmemiş olup antibiyoterapi (ampisina 1 g flakon 4x1) başlanmıştır. Dört saat sonra ağrıları artan hastanın yapılan spekulum muayenesinde servikal rüptür geliştiği gözlenmiştir.

Hastada gelişen servikal rüptürün genişlemesi için genel anestezi altında "phannelstien" insizyonla batına girilip anterior histerotomi ile gebelik sonlandırılmıştır. Batının kapatılmasını takiben litotomi pozisyonunda vajinal olarak servikal rüptür onarımı yapılmıştır.

Abike ve ark.nın yayınladığı olgu sunumunda vajinal doğum sonrası laserasyon gelişmiş ve lasere alan servikse sınırlı olup uterusu ilerlememiş, lasere alan genel anestezi altında onarılmıştır. Bizim olgumuzda ise doğum öncesi rüptür gözlenmiş ve rüptürün uterusu doğru uzandığı izlenmiştir. Rüptüre alanın genişleyip abondan kanamalara neden olabileceği göz önünde bulundurularak hastaya laparotomi yapıp anterior histerotomi ile gebelik sonlandırılmıştır. Ardından yukarıdaki söz edildiği gibi rüptüre alan vajinal yolla onarılmıştır.¹⁶

Sonuç olarak servikal serklaj yapılan hastalar enfeksiyon ve sonrasında gelişebilecek membran rüptürü açısından yakından takip edilmelidir. Sürekli ve nonspesifik ağrı semptomu olan hastalar servikal rüptür açısından değerlendirilmelidir.

Vajinal doğumun servikal rüptür boyutlarının artmasına ve uterin arterlere ilerlemesi durumunda abondan vajinal kanamalara neden olabileceği dikkate alınmalı, servikal rüptür gelişen olguların gebeliğinin laparotomi ile sonlandırılması göz önünde bulundurulmalı, ardından vajinal olarak servikal rüptür yeri onarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Iams JD, Creasy RK. Preterm labor and delivery. In: Creasy RK, Resnick R, Iams JD, eds. *Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2004. p.623-62.
2. Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births: final data for 2002. *Natl Vital Stat Rep* 2003;52(10):1-113.
3. Debby A, Sadan O, Glezerman M, Golan A. Favorable outcome following emergency second trimester cerclage. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;96(1):16-9.
4. ACOG Committee on Practice Bulletins. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 48, November 2003: Cervical Insufficiency. *Obstet Gynecol* 2003;102(5):1091-9.
5. Rozenberg P, Gillet A, Ville Y. Transvaginal sonographic examination of the cervix in asymptomatic pregnant women: review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;19(3):302-11.
6. Simcox R, Shennan A. Cervical cerclage: a review. *Int J Surg* 2007;5(3):205-9.
7. Charles D, Edwards WR. Infectious complications of cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 1981;141(8):1065-71.
8. Thomason JL, Sampson MB, Beckmann CR, Spellacy WN. The incompetent cervix: a 1982 update. *J Reprod Med* 1982;27(4):187-92.
9. Perrotin F, Marret H, Ayeva-Derman M, Alonso AM, Lansac J, Body G. [Second trimester cerclage of short cervixes: which technique to use? A retrospective study of 25 cases]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2002;31(7):640-8.
10. Barmat L, Glaser G, Davis G, Craparo F. Da Vinci-assisted abdominal cerclage. *Fertil Steril* 2007;88(5):1437.e1-3.
11. Yeast JD, Garite TR. The role of cervical cerclage in the management of preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1988;158(1):106-10.
12. Blickstein I, Katz Z, Lancet M, Molgilner BM. The outcome of pregnancies complicated by preterm rupture of the membranes with and without cerclage. *Int J Gynaecol Obstet* 1989;28(3):237-42.
13. Ludmir J, Bader T, Chen L, Lindenbaum C, Wong G. Poor perinatal outcome associated with retained cerclage in patients with premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 1994;84(5):823-6.
14. Jenkins TM, Berghella V, Shlossman PA, McIntyre CJ, Maas BD, Pollock MA, et al. Timing of cerclage removal after preterm premature rupture of membranes: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(4):847-52.
15. McElrath TF, Norwitz ER, Lieberman ES, Heffner LJ. Management of cervical cerclage and preterm premature rupture of the membranes: should the stitch be removed? *Am J Obstet Gynecol* 2000;183(4):840-6.
16. Abike F, Temizkan O, Payaslı A, Avşar F. [Cervical rupture arising in the pregnant woman who has cervical cerclage]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2008;18(1):68-71.