

Servikal Serklajlı Olgularda Serviks Dilatasyonu ve Kısallığının Prognoza Etkileri

EFFECTS OF CERVICAL DILATATION AND SHORTAGE ON PROGNOSIS OF PATIENTS WITH CERVICAL CERCLAGE

Tansu KÜÇÜK*, Namık K. DURU*, M. Cemal YENEN*, Ali Rüştü ERGÜR**, Recai PABUÇCU***

* Yrd.Doç. Dİ.GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

** Yrd.Doç. Dr.,GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İSTANBUL

*** Prof.Dr. t!ATA Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA

Özet

Amaç: Serklaj sülünü konan huştu/artla obstetrik performansını incelemek.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: (iATA - Ankara ve OATA - Haydarpaşa, Kadın Hastalıkları ve Doğum klinikleri.

Materyal ve Metod: Serviksini sadece kısa (<20 mm) olduğu 177 olgu (Grup I) ve hem kısa hem de dikite (6 no Hegur İni fi geçişil olduğu 102 olguya (Grup II) McDonald prosedürü uygulanmıştır.

Bulgular: Geç abortus, immalür doğum, erken doğum tehdidi, erken memkran rüptürü, erken doğum ve terin doğum oranları Grup I'de strusıvı "4,1.1. "4,1.1. "4,24.2, "4,5, "4,10.1, ve "4,52 iken, Grup II'de ayın orunlar sırasıyla "4,1.0, "4,2.9. ",52.9, "410.7. ",22.5. "461 olarak saptanmıştır.

Sonuç: Serviksini hem kısa hem de dikite olduğu olgularda serklaj sülünü konmalı ve özellikle Grup II olgular daha yakın ve tersiyer merkezlen/e izlenmelidir

Anahtar Kelimeler: Servikal yetmezlik, Servikal kısallık, Servikal dilatasyon, Serklaj, Obstetrik performans

T Klin Jmekol Obst 1999. 0:61-64

Servikal yetmezlik jinekoloji-obstetrik pratiğinde etyolojisi ve kesin tanı kriterleri hala ortaya konamamış bir durumdur. Ancak, tedavisinin cerrahi olduğu konusunda neredeyse fikir birliği vardır. Bu çalışmanın amacı serviks dilatasyonu

Geliş Tarihi: 11 V

Yazışma Adresi: Dr. Ali Rüştü ERGÜR
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği
S 1327 Kadıköy. İSTANBUL

T Klin 4 Gvncenl Oh.sı i VW, '1

Summary

Objective: To analyze the obstetrical performance in patients with cervical cerclage.

Institution: Departments (O)Obstetrics and Gynecology. GATA - Ankara and GATA - Haydarpaşa.

Materials and Methods: 177 women with short cervical canal (<20 mm, Group I) and 102 women with both short and dilated (insertion of no 6 Hegar's dilator, Group II) were included in this study. They all undergone McDonald's procedure.

Results: Incidences of late abortion, immature birth, premature labor, premature rupture of membranes, premature birth and term birth were 1.1%, 1.1%, 24.2%, 5%, 10.1%, and 52.9% in Group I. while 1.0%, 2.9%, 410.7%, 22.5%, 461% in Group II.

Conclusion: Cerclage is indicated in women with short and dilated cervical canal. Particularly, patients in Group II should get antenatal visits in referral centers due to higher incidence of complications of till types.

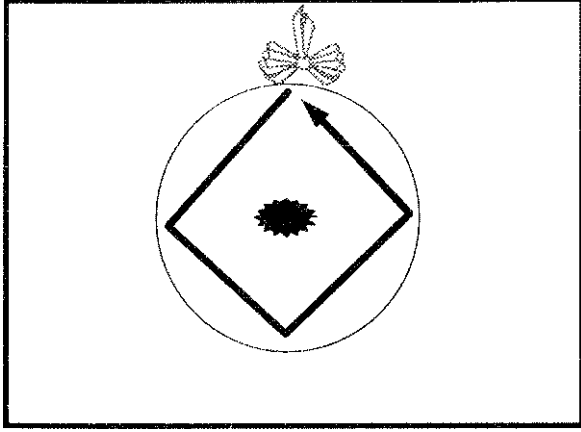
Key Words: Cervical incompetency, Short cervical canal, Cervical dilatation, Cerclage, Obstetric performance

T Klin J Gynecol Obst 1999, 9:61-64

ve/veya kısallığı endikasyonlarıyla serklaj sülünü konan hastalarda obstetrik performansın incelenmesidir.

Materyel ve Metod

1990-1996 yılları arasında GATA - Ankara ve GATA - Haydarpaşa, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniklerine başvuran, tıbbi kayıtları tam tutulmuş olan ve gebelikleri sonlanmaya kadar merkezimizde kontrollere devam etmiş 279 olgu incelenmiştir. Gebe kadınların ortalama yaşı 29.6 (21-40),



Şekil 1. McDonald serklaj sütün işlemi.

ortalama parité ise 2,3 (1-5) idi. Daha önce gebeliği olmayan olguların 19'u uterin septum histeroskopik insizyonundan sonraki ilk gebeliklerdi. Olgulardan 188 tanesi spontan gebelik iken, 91 tanesi ovülasyon indüksiyonu ile oluşmuştu. Çoğul gebelikler, tıbbi kayıtları eksik kalanlar ya da takiplere devam etmeyenler çalışmaya alınmamıştır.

Olguların tümüne dolu mesane ile transabdominal ultrasonografisi yapılarak servikal kanal uzunluğu ve internal os dilatasyonu ölçülmüştü. Ancak, servikal dilatasyon kriteri olarak 6 numara Hegar bujisinin eksternal os'ları rahat geçişi kabul edilmişti.

İncelenen kayıtlara göre olgular iki gruba ayrılmıştır:

Grup 1: Sadece serviks dilate olduğu olgular (n=177)

Grup II: Serviks hem dilate hem de 20 mm'den kısa olduğu olgular (n=102)

Endikasyon konan tüm olgulara kısa süreli genel anestezi altında McDonald tekniği ile serklaj

siitürü konmuştur (Şekil 1). Vulvo-vajinal ve servikal antiseptiği takiben serviks tutularak saat 12 hizasından başlamak üzere iğne sırasıyla 9-6-3-12 hizalarından çıkılmış ve düğüm atıldıktan sonra mukozaya altına gömülmemişim. Tüm olgularda Mercilenc tape (Ethieon, Edinburgh, UK) kullanılmıştır.

Olguların gestasyonal yaşları 14-21 nci haftalar arasında idi. Grup I'de 4 Grup H'de 1 olguda serklajı takiben 7 gün içinde amnion kesesi açılmış ve bu gebelikler sonlandırılmıştır. İşleme bağlı komplikasyon kabul edilen bu olgular obstetrik performans analizine dahil edilmemiştir. Bunlar dışında işleme bağlı komplikasyon görülmemiş, herhangi bir medikasyon yapılmamış ve hastalar aynı gün taburcu edilmişlerdir. Kontroller için yüksek riskli gebelik polikliniğine davet edilen olguların obstetrik sonuçları dosyalarından öğrenilmiştir.

Komplikasyonların iki grup arasındaki farklılıkları chi-square testi ile değerlendirilmiş ve fark 0.05'den küçük ise anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Sonuçlar değerlendirilirken gebelik sonlandığında gestasyonal yaş <20 hafta ise geç abortus, gestasyonal yaş 21-28 hafta ise immatür doğum, 29-37 hafta ise erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü ya da erken doğum kabul edilmiştir. Belirtilen komplikasyonlardan erken doğum tehdidi ve erken doğum ikinci grupta istatistik olarak daha anlamlı bir fazlalık izlenirken, birinci gruptaki gebeler daha fazla bir oranda miatta doğum yapmışlardır. Diğer komplikasyonlar açısından her iki grup arasında anlamlı bir fark izlenmemiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Obstetrik performans

	Grup I n=77	Grup II n=102	p
İnce abortus	2 (%1,1)	2 (%1,9)	> 0.05
İmmatür doğum	2 (%1,1)	3 (%2,9)	> 0.05
Erken doğum tehdidi	43 (%55,2)	54 (%52,9)	< 0.05
Erken membran rüptürü	9 (%11,7)	11 (%10,7)	- 0.05
Erken doğum	18 (%23,1)	23 (%22,5)	< 0.05
Terimde doğum	146 (%82)	63 (%61)	< 0.05

Tartışma

Bizim çalışmamızda serklaj yapmadan sadece istirahate alınan ve böylece kontrol grubu oluşturacak olgular yoktur. Ancak, literatürde kontrol grubu olan çalışmalarda serklaj ile terin doğum oranının %49'dan % 78'e çıktığı, prematür doğum oranının %35'le %18'e düştüğü ve geç abort oranının %16'dan %0,4'e düştüğü bildirilmiştir (1). Genelde, tüm çalışma sonuçları, doğru indikasyonla yapıldığında, serklaj sütürünün etkinliğini göstermiştir

Serklaj, ilen derecede silinme açılması olan, hatta amnion kesesinin prolabc olduğu gebeliklerde de denenmiştir (2,3). 5 cm altında dilatasyon olan olgularda acil serklajın gebeliği 60 gün uzattığı, 6 cm üzerinde ise doğumun sadece 5.4 gün geciktirilebildiği bildirilmiştir (4). Ancak etkinliği tartışmalıdır. Wong'un randomize kontrollü çalışmasında değişik derecelerde dilatasyonu olan 3 gaip hasta incelenmiştir. Ultrasonografik dilatasyonu olan hastalarda ortalama gebelik uzama süresi 16 hafta, 3 santimetreden az dilatasyonu olanlarda 1,8 hafta, 3 santimetreden fazla dilatasyonu olanlarda 1 hafta bulunmuştur (5).

Serklaj işleminin hastaneye yatırarak ya da ayaktan yapılması arasında işlemin etkinliği, erken ya da geç komplikasyonlar açısından fark olmadığı; hatta ayaktan yapıldığında hastanın psikolojik olarak daha rahat olduğu ve maliyetinin de azaldığı bildirilmiştir (6). Bizim çalışmamızda tüm olgular hastaneye yatırılmış ve 24 saat izlenmiştir.

Ayhan ve arkadaşlarının 374 olguluk serisinde sütür konduğu zamandaki cerrahi teknik, gestasyonel yaş ve progesteron tedavisinin prognostik değerlerinin olmadığı, servikal açıklığın ise gebeliğin seyri ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır (7).

Bizim serimizde birinci trimesterde çoğu malforme olduğu kabul edilen erken abortusları engellemek için serklaj 14ncü hafta sonrasına bırakılmıştır. Ancak, bu bekleme süresinde servikal yetmezliğin ilerleme olasılığı vardır. Malforme embriyolara daha erken ve etkili tanı koymak pratik hale geldiğinde serklaj işlemleri de erken gebelik haftalarına alınabilir. 1292 olguluk bir çalışmada hemen ya da endikasyonun açıkça ortaya çıkması beklenen olgular karşılaştırılmıştır. Hemen serklaj

yapılan olgularda 33 haftadan önce doğum oranı %13, beklenenlerde %17 bulunmuştur. Abort, ölü doğum ve neonatal ölüm oranları arasında bir fark bulunmamıştır. Sonuç olarak serklajın riskli olgularda (üç veya daha fazla gebeliği 37 haftadan önce sonlananlar) mutlaka hemen yapılması gerektiği bildirilmiştir (8).

Metroplasti operasyonlarından sonra fetal yaşam oranı %3,7'den %75'e yükseldiği ancak serklajın mutlaka gerektiği bildirilmiştir (9).

Uterin malformasyon olan gebelerde servikal yetmezlik sıklığı %41 olarak bildirilmiş ve serklajın gebeliğin sonucunu iyileştirmediği bildirilmiştir. Terni doğum oranı %56, fetal kayıp oranı %26 bulunmuştur (10). Bizim çalışmamızda bu olgular histeroskopik septum eksizyonundan sonra incelenmiş ve terin doğum oranı %85, fetal kayıp oranı %9 olarak bulunmuştur.

Bu çalışmanın en büyük dezavantajı muayene, ultrasonografi ve serklajların tek hekim tarafından yapılmamış olmasıdır. Bu nedenle her üç noktada da "interobserver" değişim olasılığı kuvvetlidir. Dilatasyonu saptamak için buji kullanılmış olması interobserver değişim olasılığını azaltmaktadır. Yapılan bir çalışmada, dijital dilatasyon değerlendirilmesinde "intraobserver" değişkenliğin bile %52 olduğu saptanmıştır (11). 1 cm yanılma payına izin verildiğinde ise bu değişkenlik %10'a kadar düşmektedir. Ancak, çok küçük dilatasyonların önemli olduğu birinci ve ikinci trimesterde 1 santimetrelilik değişim bile önemlidir. Diğer yandan 1. trimesterde dilatasyonun subjektif ya da özel bir cihazla ölçülmesi incelenmiş ve anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (12).

Çalışmadan şu sonuçları çıkarmak hatalı olmayacaktır:

a. Bütün komplikasyonlar Grup II'de daha yüksek oranda görülmüştür. Özellikle erken doğum tehdidi ve erken doğum ikinci grupta istatistikte daha fazla oranda izlenmiştir. Bunun da başlıca nedeni ilerleyen gebelik haftası ile hem kısa hem de dilate serviks, fetusu uterus içinde tutmaya fiziksel olarak yeterli olamamasından kaynaklanmaktadır. Doğal bir başka sonuç ise, birinci grupta daha fazla terinde doğum olmasıdır. Diğer bir çalışmada, sütür üzerinde kalan servikal kanal uzunluğunun gebeliğin prognozunu belirlemede en önemli

predıklıf faktör olduğu bildirilmiştir (13). Sütürün üzerindeki seğmenim 10 mm'den kısa olduğu gebeliklerin 36ncı haftadan önce sonlanması oranının %58, 10 mm'den uzun olanların ise %10 olduğu saptanmıştır.

b. Serklajlı hastalar yüksek riskli gebelik polikliğini de takip edilmeli ve sık görülmelidir.

c. Serklajm küçük merkezlerde bile yapıldığında oldukça makul oranda komplikasyona sahip olduğunu gösterir yayınlar vardır (14). Ancak, gebeliklerin periferik hastaneler yerine neonatal yoğun bakım ünitelerinin bulunduğu referans merkezlerinde izlenmesi ve doğumlarının yaptırılması bir gerekliliktir.

Sonuç olarak, serviksm hem kısalığı hem de dilasyonu indikasyonları ile yapılacak serklaj işlemleri gebeliği uzatmakta, prematür doğumu ve perinatal kayıp oranını azaltmaktadır. Serviksin hem dilate ve hem de kısa olduğu gebelikler daha yakın ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan merkezlerde izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Golan A, Wolman I, Aneli S. Cervical Cerclage for the incompetent cervical os: Improving the fetal salvage rate. *J Reprod Med* 1995; 40:367-70.
2. Laita RA, Yickelina B. Emergent cervical Cerclage: prediction of success or failure. *J Matern Infant Med* 1996; 1:22-7.

3. Olatunbosun OA, Al Nua'im L, Turnell RW. Emergency cerclage compared with bed rest for advanced cervical dilatation in pregnancy. *Int Surg* 1995; 2:170-4.
4. Higuchi M, Hirano H, Maki M. Emergency cervical cerclage using a metreurynter in patients with bulging membranes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1992; 1:40-8.
5. Wong GP, Farquharson DF, Dansereau J. Emergency cervical cerclage: a retrospective review of 51 cases. *Am J Perinatal* 1993; 5:341-7.
6. Golan A, Wolman I, Barnan R. Outpatient versus inpatient cervical cerclage. *J Reprod Med* 1994; 10:788-90.
7. Ayhan A, Merean R, Tuncer ZS, Tuncer R, Kisnisci HA. Postconceptional cervical cerclage. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;3:243-6.
8. MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. Final report of the Medical Research Council / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 6:5 16-23.
9. Ayhan A, Yiicel I, Tuncer ZS, Kisnisci HA. Reproductive performance after conventional metroplasty. *Fertil Steril* 1992;6:1194-96.
10. Leibovitz Z, Levitan Z, Aharoni A, Sharf M. Cervical cerclage in uterine malformations. *Int J Fertil* 1992; 4:2 14-7.
11. Phelps JY, Higby K, Smyth MH. Accuracy and intraobserver variability of simulated cervical dilatation measurements. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:942-5.
12. Molin A, Brundin J. Evaluation of the clinical method of measuring cervical dilatation after treatment of the cervix prior to first trimester abortion. *Gynecol Obstet Invest* 1992;4:228-30.
13. Andersen HE, Karimi A, Sakala EP, Kalugdan R. Prediction of cervical cerclage outcome by endovaginal ultrasonography. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 4:1102-6.
14. Jongen VH, van Roosmaleir J. Complications of cervical cerclage in rural areas. *Int J Gynecol Obstet* 1997; 1:23-6.