

# Servikal Gebeliğin Konservatif Tedavisi (Olgu Sunumu)

CONSERVATIVE TREATMENT OF CERVICAL PREGNANCY (CASE REPORT)

Dr.izzet MARAL, Dr.Uğur SÖZEN, Dr.Erdinç BALIK

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesi, İZMİR.

## ÖZET

Servikal gebelik oldukça seyrek görülen bir ektopik gebeliktir. Görülme sıklığı ileri yaşlarda azalmaktadır. Servikal karsinom ve abortusların diğer formları ile karışabildiğinden tanısında zorluk çekilebilir. 28 yaşında olan hastamız, servisimize gebeliğinin 8. haftasında bir gündür devam eden ağrısız vaginal kanama ve halsizlik yakınmaları ile başvurdu. Muayene bulguları ve ultrasonografik olarak servikal gebelik tanısı konan hastaya 2 ünite kan verildi. Küretajdan evvel saat 3 ve 9 hizalarına sütür kondu. Küretajdan sonra kanamanın durmaması üzerine serklaj uygulamak suretiyle kanama durduruldu. Hastanın postoperatif 10. günde serklaj ipi ve sütürler alınarak taburcu edildi. Bu çalışmada; servikal gebelik tespit edilen bir olgu sunulmuş, tanısı ve tedavisi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Servikal gebelik, Konservatif tedavi

T Klin Jinekoloj Obst 1993, 3:67-69

Servikal gebelik blastokistin internal os'dan daha aşağıda servikal mukozaya implantasyonu ile başlayan ve burada gebeliğin gelişmesi ile devam eden ektopik bir süreçtir. İnsidansı 1/16.000 den 1/95.000 gebeliğe kadar değişik oranlarda verilmektedir (1). En yüksek insidans 1/1000 ile Japonyadadır. Bu farklılık Japonyada elektif kürtaj sayısının çok fazla olmasına bağlıdır. Çok küretaj olan ve doğuran kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (1). Servikal gebelik ilk olarak

Geliş Tarihi: 25.03.1992

Kabul Tarihi: 08.05.1992

Yazışma Adresi: Dr.izzet MARAL

SSK Tepecik Doğumevi ve Kadın  
Hastalıkları Hastanesi, İZMİR

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3

## SUMMARY

Cervical pregnancy is a very rare form of ectopic gestation. The incidence is decreased by age. Cervical carcinoma and the other forms of abortions must be ruled out in order to make differential diagnosis. A 28 years old woman was admitted to our clinic in the eighth week of pregnancy with painless vaginal bleeding that has started the previous day. On gynecologic examination, a tentative diagnosis of cervical pregnancy was made and confirmed by ultrasound examination. 2 units of blood were transfused. With the patient under general anesthesia, a suture was placed in the lateral wall of the cervix at the 3 and 9 o'clock positions for ligation of the descending branch of uterine arteries before the curettage was performed. After the curettage, profuse bleeding ensued. We stopped, performing the cervical cerclage. The suture was removed on the tenth postoperative day and the patient was discharged from the hospital in good condition. In the present study, a case of cervical pregnancy is presented and diagnosis and treatment of cervical pregnancy is discussed.

Key Words: Cervical pregnancy, Conservative treatment

Anatolian J Gynecol Obst 1993, 3:67-69

1817'de Sir E. Home tarafından tanımlanmıştır (2). Serviksin damarsal yapılardan zengin olması plasentanın buraya yerleşmesi açısından çok tehlikelidir. Derin arter ve venler kısa bir süre içinde trofoblastların invazyonuna uğrayabilir. Bu bakımdan servikal kanalda gebeliğin gelişmesi olanaksızdır. Vakaların hepsinde ilk semptom 1. trimesterde ağrısız vaginal kanamadır.

Kanamaya birlikte bel ve kasık ağrısı, dizüri, abdominal gerginlik olabilir. Paalman ve McElin tanı koymak için; amenore döneminden sonra ağrısız kanama korpus'a eşit veya daha büyük yumuşamış ve genişlemiş bir serviks, konsepsiyon materyalinin endoservikse sıkıca yapışık olması ve kapalı internal os gibi kriterlerin saptanması gerektiğinde bildirdiler (2). Ayırıcı tanıda serviks karsinomu, servikal abortus, plasenta previa ve abortus insipiens düşünülmelidir.

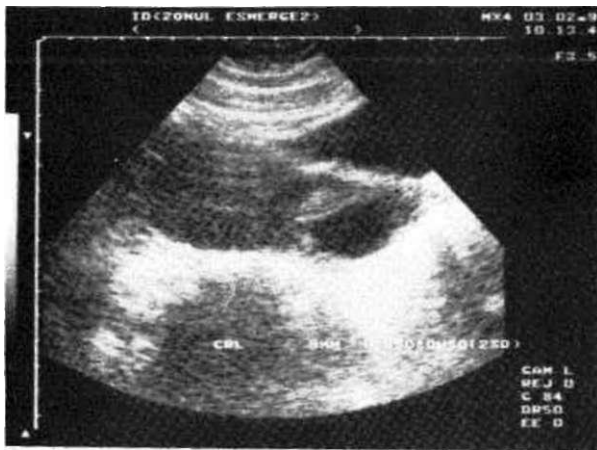
67

Bu çalışmada; nadir görülen bir ektopik gebelik olan servikal gebeliğin tanı ve tedavisindeki yaklaşımların gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

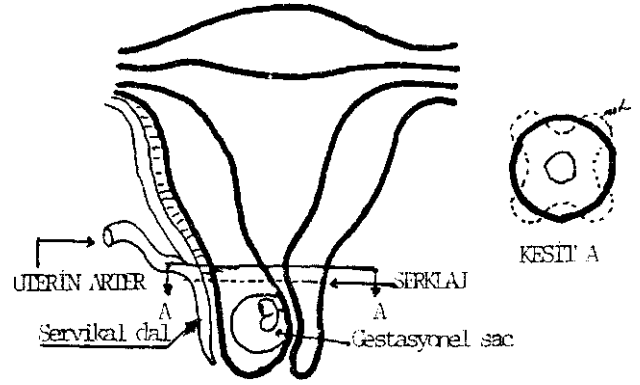
#### Olgu Sunumu

F.Ö., 28 yaşında, ev hanımı, prot No; 2058/92, Gebelik; 6, Para: 1,3 medikal küretaj, 2 abortus tanımlayan hasta vaginal kamana ve halsizlik yakması ve abortus imminens ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Son adetini 2 ay önce gördüğünü belirten hastanın kanaması bir gün önce başlamış ve giderek artmıştı. Daha önce düzenli mens gören hastanın fizik bakışında; TA.-90/60 mmHg, Nb: 96/dk., ateş: 36.5 C, hasta anemik olup diğer sistem muayeneleri normal bulundu. Jinekolojik muayenede; vulva normal, vajen kanlı, kolum bir parmak dilate ve os eksternumdan orta derecede kanama, uterus normal cesamette, ancak kollum yumuşamış ve uterustan daha büyük, adneksler serbest olarak değerlendirildi. Hemogramında; lökosit: 9600/mm<sup>3</sup>, Eritrosit: 2.500.000/mm<sup>3</sup>, Hb: 7.1 g/dl, Hct: %21.4, Trombosit: 270.000/mm<sup>3</sup> olarak tespit edildi. Diğer rutin tetkikleri normal olan hastanın gebelik testi (+) idi. Özellikle serviksin korpusdan büyük ve yumuşak oluşu ve diğer belirtilerle servikal gebelikten şüphelenilen hastanın ultrasonografisinde; servikal kanalda 24X28 mm ebadında hipoekoik saha (gestasyonel sac) izlenmiş olup, içerisinde fetüse ait olabilecek CRL: 9 mm, 6 hafta 5 günlük cesamette solid parçukül izlenmiştir. (Aktivite gözlenmemiştir.) Uterus normal büyüklükte, endometrium lineer olarak izlenmiştir Servikal gebelik? (Şekil 1).

Hastaya 2 ünite kan transfüzyonu yapıldıktan sonra ameliyathane koşulları altında genel anestezi verilerek önce saat 3 ve 9 hizalarına uterin arterin servikal dalını bağlayacak şekilde 2 adet sütür uygulandı, sonra fraksiyona küretaj yapıldı. Önce serviks kürete edildi ve 20 cc kadar gebelik materyali elde edildi. Kavum uteriden çok az materyel geldi. Serviksin küretajı sırasında başlayan kanama giderek arttı ve yaklaşık 700 cc hemoraji meydana geldi. Bunun üzerine 3 ünite daha kan istendi ve mersilene kullanılarak büzücü serklaj uygu-



Şekil 1. Olgumuzun ultrasonografik görünümü.



Şekil 2. Serklaj uygulanarak uterin arterin servikal dalının ligasyonu.

landı (Şekil 2). Sütür bağlandıktan sonra kanama durdu. Kanama takibine alınan hastanın postoperatif dönemi normal seyretti. Küretaj materyelinin histopatolojik tetkikin sonucu; 1. Serviks: Kan ve fibrin kitlesi içinde koryon villus yapıları ve sinsiyotrofoblast kitleleri izlenmiştir. 2. Kavum: Desidual reaksiyon gösteren endometrial doku örnekleri izlenmiştir olarak geldi. Postoperatif 10. günde serklaj ipi ve servikse atılan sütürler alınan hasta şifa ile taburcu edildi.

#### TARTIŞMA

Servikal gebelik nadir görülen bir olay olmasına karşılık, çoğu kez acil müdahale gerektirecek bir klinik tabloya sahiptir, bu bakımdan önemlidir. En korkulan komplikasyon, şoka veya ölüme sebep olabilecek profüz hemorajidir. Maternal mortalite %6 dan %40-50'ye kadar değişik oranlarda bildirilmiştir (1,3). Etiyolojide endometriumun yapışıklık veya myom nedeniyle uygun olmaması ve fertilizasyon zamanlanmasındaki bozukluklar rol oynayabilir. Olguların büyük çoğunluğu kısa süreli adet gecikmesini takip eden veya hiç adet gecikmesi olmaksızın başlayıp durmayan kanama yakınması ile başvururlar. Servikal gebelikler hemen daima 1. trimesterde sonlanırlar. 12. haftayı geçen gebelikler servikal gebelikten öteye istmikoservikal gebelik olarak kabul edilmelidir (4).

Tanıda spekulum muayenesi çok değerlidir (3). Tanı servikal kanalda eksternal ostiumdan dışarı doğru büyümüş, kanayan, damardan zengin, koyu renkte, hipertrofik dejenerasyon olmuş görünümü veren lezyonun görülmesi ile rahatlıkla konulabilir. Servikal kanal dilate olmuştur. Servikal gebelik bazen serviks karsinomu ile semptomlar ve makroskopi açısından benzerlik gösterir, tanı içinde servikal biopsi yapılabilir, ancak gebeliğin bozulması ile abondan kanama gelişebileceğinden, biopsi yapılacaksa; hemen laparotomiye geçilebilecek bir ortamda ve koşullarda yapılmalıdır. Servikal gebeliğin tanısı patolojik olarak konur, ancak tanıda ultrasonografi de çok önemlidir (3). Kobayashi ve Raskin ultrasonografi kriterlerini diffüz amorfik intrauterin ekolar, uterin genişleme, ve intrauterin gebeliğin olmaması olarak formüle etmişlerdir (4).

Servikal gebeliğin maternal mortalitenin önemli bir sebebi olması; müdahale edilmeden önce erken tanının ve özellikle çocuk isteyen kadınlarda yeterli tedavinin planlanmasının önemini ortaya koymuştur. Tedavi 2 şekilde yapılabilir. 1.Konservatif tedavi. 2. Radikal tedavi. Konservatif olarak ilk önce iyi bir teknik ve beceri ile endoservikal ve endometrial küretaj yapılabilir. Whittle çok erken servikal gebelikte bunu ısrarla önermiştir (5). Mortimer ise 8 haftadan daha büyük gebelikte hiç bir zaman konservatif tedaviyi önermemektedir (3). Endoservikal küretaj yapıldıktan sonra servikse hemostaz sütürleri konularak ve tamponman yapılarak kanama önlenir. Nelson diğer bir konservatif yöntem olarak bilateral internal iliak arter ligasyonunu önererek, böylece üreme fonksiyonunda korunacağını bildirmiştir (1). Çeşitli yazarlar uterin arterin servikal dalının ligasyonundan, serviksin rezeksiyonuna ve rekonstrüksiyonuna kadar değişik yöntemler bildirmektedirler (1,3). Bernstein ise kanamanın durdurulmasında serklaj uygulayarak iyi sonuçlar almıştır (4). Kuppaswani ise foley sonda balonun servikal kanalda 40 mi şişirilmesini önermektedir (3). Ayrıca konservatif tedavide actinomycin-D methotrexate, cyclophosphamide kullanılmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır (5).

Konservatif tedavide anahtar faktör erken tanı olarak, transfüzyon imkanları sağlayarak yerinde bir zamanla ile müdahale edilerek kanamanın önlenmesidir. Bizde olgumuzda anamnez ve muayene bulgularına ilaveten ultrasonografi ile; müdahale etmeden önce servikal gebelik tanısını koyduk. Ameliyathane ve transfüzyon imkanları altında kanamayı önleyici tedbirleri alarak endoservikal küretaj uyguladık. Buna rağmen ka-

namanın olması üzerine servikal serklaj uygulamak suretiyle kanamayı durdurduk.

Radikal tedavi ise histerektomi yapılması olup, bazı otörter trofoblastların derin verileri ve arterleri invaze etmeleri, konservatif tedavi sırasında kanamanın fazla olması ve mortalité yüksekliği nedeniyle histerektomiye en iyi yöntem olarak önermektedirler (5).

Sonuç olarak; servikal gebelik olguları acil olgular olarak kabul edilip, bir an önce tedavisi planlanmalı; tedavi şekli seçilirken hastanın yaşı, paritesi mutlaka göz önüne alınmalıdır. Konservatif tedavi seçilmişse mutlaka laparotomiye hemen geçilebilecek koşullarda denenmelidir. Aksi takdirde kanamanın kontrol altına alınmadığı veya histerektomide gecikilen durumlarda hemorajik şok ve ölüm görülebilir.

### KAYNAKLAR

1. Mattingly RF, Thompson JF. Ectopic Pregnancy in Te Linde's Operative Gynecology 6 th ed. Lippincott, Philadelphia 1985:429-48.
2. Raskin MM. Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: A case report. Am J Obstet. Gynecol 1978; 130:234.
3. Kuppaswami N, Witdekilde J, et al. Diagnosis and tretment of cervical pregnancy Obstet. Gynecol 1983; 61:651.
4. Bernstein D, Holzinger M, Ovidia J, Frishman B. Conservative treatment of cervical pregnancy. Obstet Gynecol 1981; 58:741-2.
5. Gitstein S, Ballas S, Schujman E, et al. Early cervical pregnancy, ultrasonic diagnosis and conservative treatment. Obstet Gynecol 1979; 54:758.