

Servikal Serklajı Olan Bir Gebede Gelişen Servikal Rüptür

Cervical Rupture Arising in the Pregnant Woman Who Has Cervical Cerclage

Dr. Faruk ABİKE,^a
Dr. Osman TEMİZKAN,^a
Dr. Ahmet PAYASLI,^a
Dr. Filiz AVŞAR^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
ANKARA

Geliş Tarihi/Received: 03.04.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 22.05.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Osman TEMİZKAN
Beytepe Askeri Hastanesi
Kadın Doğum Kliniği,
Beytepe, ANKARA
mdtemizkan@yahoo.com

ÖZET Servikal yetmezlik tekrarlayan düşüklere neden olur ve tedavisi servikal serklajdır. Bu uygulamanın birçok komplikasyonu vardır. Bunlardan biri de, erken doğum eylemi nedeniyle gelişen ve çok nadir görülen servikal rüptürdür. Burada servikal serklaj nedeniyle servikal rüptür gelişen bir vaka literatür ışığında tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Servikal serklaj, uterin servikal yetmezlik, rüptür

ABSTRACT Cervical incompetence causes habitual abortion and it's treatment is cervical cerclage. Cervical cerclage has several complications. One of them is cervical rupture which is caused by preterm labor and it is seen very rarely. In this report, a case which developed cervical rupture as a result of cervical cerclage is discussed in the view of literature.

Key Words: Cerclage, cervical, uterine cervical incompetence, rupture

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:68-71

Servikal yetmezlik doğum eylemi başlamaksızın prematür servikal dilatasyon olarak tanımlanmıştır. Klasik olarak olgularda gebeliğin ikinci trimesterinde uterin kontraksiyon ve vaginal kanama olmadan başlayan akut, ağrısız, servikal dilatasyon ile karakterizedir. Servikal yetmezlik tanısı, gebelik dışı dönemde 8 mm Hegar buji ile servikal internal os'un kolaylıkla geçilmesi, intrauterin foley kateterin traksiyonu, histerosalpingografi ve ultrasonografi ile konabilir. Ancak ultrasonografinin tanıdaki yeri sınırlıdır. Prematür servikal dilatasyonun sebebi tam olarak bilinmemekle beraber geçirilmiş servikal travma, konizasyon, servikal lase-rasyon ve serviksin aşırı mekanik dilatasyonunun servikal yetmezliğe yol açabileceği bildirilmiştir.¹⁻⁵

Serviks yetmezliği tedavisinde internal os'a elektrokoter uygulanımı, benzoin ve talk ile skarlaştırma, pesseler, intravajinal balon uygulanımı ve çeşitli hormonlar gibi birçok yöntem kullanılmış olmasına karşın günümüzde servikal yetmezlik tedavisinin cerrahi olduğu kabul edilmektedir. Bugün için başlıca kullanılan yöntemler Shirodkar operasyonu, Mc Donald

operasyonu ve intraabdominal serklajdır. Geçmişte gebe olmayan olgulara LASH prosedürü uygulanırsa da günümüzde oldukça nadir uygulanmaktadır.³⁻⁷

Servikal serklajın uygulama zamanı konusunda farklı görüşler olmasına karşın genel kabul edilen zaman 14. gebelik haftasıdır. Serklajın alınması ise 38. gebelik haftasında veya fetal akciğer matürasyonu saptandığında yapılmalıdır. Ancak membran rüptürü veya doğum eylemi başlamışsa hemen çıkartılmalıdır. Servikal serklaj için kontrendikasyonlar; membranların rüptürü, uterin kanama, uterin kontraksiyonların varlığı, koryo-amnionitis, polihidramnios, servikal dilatasyonun 4 cm üzerinde olması ve fetal anomali olarak kabul edilir. Ayrıca 26. gebelik haftasından sonra da servikal serklaj önerilmez.⁵⁻⁷

Burada 32 haftalık gebeliği olan ve servikal serklaja bağlı servikal rüptür gelişen olgu literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU SUNUMU

Otuz dokuz yaşında, gravida 6, para 0, abortusu 5 olan, son adet tarihine göre 32 hafta gebeliği ve servikal serklajı olan hasta, periferik bir sağlık merkezinden preterm eylem nedeniyle ambulansa doğum yaparak acil servisimize geldi. Hastanın yapılan muayenesinde genel durum iyi, şuur açık, tansiyonu 130/90 mmHg, nabız 96/dk ve diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Jinekolojik muayenede vajinal kanama, bilateral paraüretal laserasyon ve servikal serklajı olduğu görüldü. Servikte; posterior fornikse kadar uzanan serklaj yerine uyan alanda yaklaşık 4-5 cm rüptür mevcuttu. Servikal laserasyon uterusu uzanmıyordu ve uterus tonusu normaldi. Yapılan tüm batin ultrasonunda batında serbest sıvı yoktu. Ameliyathaneye alınan hastaya genel anestezi altında müdahale edildi. Uterin kavite kontrolünü takiben vajinal olarak servikal rüptür onarıldı ve servikal serklaj çıkardıldı. Kanama kontrolü yapılarak, hasta serviste kontrol altına alındı. Serviste takip edilen hasta şifa ile taburcu edildi. Hastanın bebeği 1400 g ağırlığındaydı ve takiplerinde herhangi bir problem gelişmedi.

TARTIŞMA

Servikal yetmezlik tanısı ikinci trimesterde gelişen ağrısız servikal dilatasyon ve tekrarlayan düşüklerin gelişmesi ile konur. Ayrıca ultrason altında ölçülen servikal kanalın dilatasyonu ve uzunluğu tanıda önemlidir. Gebe olmayanlarda 8 no.lu Hegar bujisinin servikal kanaldan kolaylıkla geçmesi, histerosalpingografi sırasında verilen kontrast maddenin geri gelmesi servikal yetmezliği düşündürmelidir.^{1,2,6,8}

Servikal serklaj, servikal yetmezlik tedavisinde %80-90 yararlıdır ve halen en etkin tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir.^{4,5,9} Bununla birlikte, yetersiz takip yapılırsa ve gerekli önlemler alınmazsa önemli komplikasyonlara neden olabilir. Operasyon sonrası en önemli komplikasyon koryoamnionitistir ve %1.2 oranında görülür.⁹⁻¹¹ Servikal serklaj ileri gebelik haftalarında yapılırsa membran rüptürü ve preterm eyleme neden olabilir.^{5,9,11} Günümüzde en yaygın serklaj uygulamaları Mc Donald ve Shirodkar prosedürleridir. Mc Donald prosedüründe, proksimal serviks çevresine dört kadrandan geçilerek sirküler olarak mersilen gibi absorbe olmayan sütür materyali uygulanır. Buna karşın Shirodkar prosedüründe, internal servikal os seviyesinde submukozal sütür uygulanmaktadır. Mc Donald prosedürü Shirodkar prosedürüne göre uygulaması daha basit, daha az invaziv, term gebelik veya servikal dilatasyon esnasında alınması daha kolaydır. Ancak tek dezavantajı sütür materyali nedeniyle vajinal akıntıya sebep olmasıdır. Her iki prosedürde başarı oranları aynı olmasına karşın uygulama kolaylığı açısından pek çok klinikte Mc Donald serklaj prosedürü tercih edilmektedir. İntraabdominal serklaj uygulaması ise, travmatik servikal laserasyon, aşırı kısa serviks, daha önce başarısız transvaginal servikal serklaj uygulaması, ileri derecede servikal efasman durumlarında yapılır. Daha invaziv olması nedeniyle nadiren uygulanır.³⁻⁷

Özellikle Shirodkar serklajı olan hastalarda sezaryenle doğum oranı artmıştır.^{9,10} Preterm ey-

lem, travay ve doğum sırasında, serklaj zamanında alınmazsa uterin ve servikal rüptür veya servikal laserasyon meydana gelebilir.⁸⁻¹⁰ Bu nedenle servikal serklaj yapılan hastalar gelişebilecek komplikasyonlara karşı bilgilendirilmelidir. Erken doğum eylemi başladığında hastalar mutlaka hastaneye yatırılarak kontrol altına alınmalı ve gerekirse serklaj çıkarılmalıdır. Bu hastaların başka bir merkeze gönderilmesi gerekiyorsa ağırları kontrol altına alındıktan sonra gönderilmelidir. Önlem alınmazsa çok ciddi komplikasyonlar gelişebilir. Olgumuzda gebelik haftasının küçük olması nedeniyle ciddi maternal komplikasyon gözlenmemiştir. Ancak ileri gebelik haftalarında servikal serklaja zamanında müdahale edilmemesi sonucunda fetal ve maternal ölümlerle sonuçlanabilecek kadar ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilir.

Jongen ve van Roosmalen'in⁸ 16 olguya servikal serklaj uyguladıkları çalışmalarında 10 (%62.5) canlı doğum gerçekleştirilmiştir. Olguların %43.8'inin doğumu 37. gebelik haftasından sonra gerçekleşmiştir. Bu çalışmada komplikasyon olarak 4 vakada şiddetli servikal laserasyon ve bir vakada ise uterin rüptür bildirilmiştir.

Abdelhak ve ark.nın¹² 96 vaka ile yaptıkları retrospektif bir çalışmada hastalara Shirodkar servikal serklaj uygulanmıştır. Olguların %76'sında vajinal doğum meydana gelmiş, bir vakada servikal distosi saptanmış olup uterin rüptür

bildirilmemiştir. Uterin rüptür, servikal laserasyon, servikal distosi ve akut korioamnionit açısından normal gebeliklerden fark saptanmamıştır.

Peters ve ark.nın¹³ retrospektif çalışma sonuçlarına göre, servikal yetmezlik oranı 1/775 doğum olarak tespit edilmiş olup, 40 olgudan 5'inde komplikasyon bildirilmiştir (3 vakada uterin rüptür, 2 vakada akut korioamnionit). Yapılan bir diğer retrospektif analizde, 10 yıllık dönemde bildirilen 11 uterin rüptür olgusunun 6'sının geçirilmiş sezaryene, 1 olgunun ise servikal serklaja sekonder geliştiği tespit edilmiştir.¹⁴ Yapılan çalışmalarda Shirodkar servikal serklaja bağlı servikovajinal fistül formasyonu ve spontan membran rüptürünü takiben uterin rüptür, sepsis, koagülopati ve akut renal yetmezlik bildirilmiştir.^{15,16}

Bizim vakamızda 32. gebelik haftasında gelişen preterm eylem neticesinde vaginal doğum gerçekleşmiş, komplikasyon olarak servikal rüptür gözlenmiştir. Bu olgu ve literatürdeki diğer olgular değerlendirildiğinde servikal yetmezlik nedeniyle serklaj uygulanan gebeler riskli gebelikler grubuna dahil edilmeli ve tüm gebelik süresince yakın izlem yapılmalıdır. Özellikle servikal serklaj uygulanan hastalara yeterli eğitim verilmeli ve özellikle olası riskler ve riskler ile ilişkili semptomlar konusunda detaylı bilgilendirilme sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Ansari AH, Reynolds RA. Cervical incompetence. A review. *J Reprod Med* 1987;32:161-71.
2. Thomason JL, Sampson MB, Beckmann CR, Spellacy WN. The incompetent cervix: A 1982 update *J Reprod Med* 1982;27:187-92.
3. Barth WH. Operative procedures of the cervix. In: Hankins GDV, Clark SL, Cunningham FG, Gilstrap LC, eds. *Operative Obstetrics*. Norwalk CT: Appleton&Lange; 1995. p.753.
4. Caspi E, Schneider DF, Mor Z, Langer R, Weinraub Z, Bukovsky I. Cervical internal os cerclage: description of a new technique and comparison with Shirodkar operation. *Am J Perinatol* 1990;7:347-9.
5. Kuhn RJP, Pepperell RJ. Cervical Ligation: A Review of 242 Pregnancies. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1977;17:79-83.
6. Iams JD, Johnson FF, Sonek J, Sachs L, Gebauer C, Samuels P. Cervical competence as a continuum: A study of ultrasonographic cervical length and obstetric performance. *Am J Obstet Gynecol* 1995;172(4 Pt 1):1097-103; discussion 1104-6.
7. Schorr SJ, Morales WJ. Obstetric management of incompetent cervix and bulging fetal membranes *J Reprod Med* 1996;41:235-8.
8. Jongen VH, van Roosmalen J. Complications of cervical cerclage in rural areas. *Int J Gynaecol Obstet* 1997;57:23-6.
9. Harger JH. Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. *Obstet Gynecol* 1980;56:543-8.
10. Treadwell MC, Bronsteen RA, Bottoms SF. Prognostic factors and complication rates for cervical cerclage: A review of 482 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:555-8.

11. Ayhan A, Mercan R, Tuncer ZS, Tuncer R, Kışnişçi HA. Postconceptional cervical cerclage. *Int J Gynaecol Obstet* 1993;42:243-6.
12. Abdelhak YE, Aronov R, Roque H, Young BK. Management of cervical cerclage at term: Remove the suture in labor? *J Perinat Med* 2000;28:453-7.
13. Peters WA 3rd, Thiagarajah S, Harbert GM Jr., Cervical cerclage: twenty years' experience. *South Med J* 1979;72:933-7.
14. Soltan MH, Khashoggi T, Adelusi B. Pregnancy following rupture of the pregnant uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;52:37-42.
15. Berchuck A, Sokol RJ. Cervicovaginal fistula formation: A new complication of Shirodkar cerclage. *Am J Perinatol* 1984;1:263-5.
16. Lindberg BS. Maternal sepsis, uterine rupture and coagulopathy complicating cervical cerclage *Acta Obstet Gynecol Scand* 1979;58: 317-9.