

Servikal Yetmezlikte Tanı ve Tedavi

CERVICAL İMCOMPETENCY: DIAGNOSIS ANI) TREATMES'T

Dr.CHıat ŞEN, Dr.Sımalı KALELİ, Dr.Rıza MADAZLI,
Dr.Fahri ÖÇER, Prof.Dr.VJİdatı OCAK, Prof.Dr.Neeti TOLUN

İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum AFİ), Perinaldoloji BD, İSTANBUL

ÖZET

Sevikal yetmezlik tanısı ve tedavisi halen tanışmak olan bir konudur. Bu nedenle 1985-1989 yıllarında sevikal yetmezlik (SY) tanısı konulan 41 vaka retrospektif olarak irdelendi. McDonald serklaj uygulanan 16 vakada 16 gebelik, Shirodkar serklaj yapılan 14 vakada 15 gebelik ve abdominal serklaj uygulanan 6 vakada 7 gebelik elde edilmiş olup, 3 vaka sonraki gebeliklerinde serklaj planlandığı halde takipten çıktı ve 2 gebeye de konrendikasyon nedeni ile serklaj yapılmayıp yatak istirahati ile izlendi. Vakalarda fetal süvi oranı vaginal serklaj öncesi %9.2 ve abdominal serklaj öncesi %7.1 olup, bunların serklaj sonrası fetal süvi oranı %74.1 ve %85.7 olarak tesbit edilmiştir. En iyi başarı oranları 13-15 haftalarda uygulanan hastalarda elde edildi ve McDonald serklajın daha elverişli olduğu görüldü. Tüm vakalarda serklaj öncesi fetal süvi %15.1 iken. başarılı gebelik oranı %75 olarak teshil edildi ($p < 0.001$).

SUMMARY

We performed therapeutic vaginal and abdominal procedures in 36 patients from 1985 to 1989. In the 41 cases, there were 38 pregnancies of 36 women who were not undergone cerclage and were 2 pregnancies in two patients who were not undergone cerclage because of bleeding and hypertension. McDonald, Shirodkar and abdominal cerclage techniques were used in 16, 15 and 6 women respectively. The cumulated preoperative fetal salvage rate was 19.2 % in the vaginal cerclage group and was 7.1 in the abdominal cerclage group. By vaginal cerclage fetal survival rate has significantly increased to the rate of 74.1 % ($p < 0.001$), by abdominal procedures has increased to 85.7 % ($p < 0.001$). There were no statistically significant difference in success rate between the major vaginal cerclage techniques. The best success rate was achieved in the group with McDonald at 13-15 weeks of gestation ($p < 0.001$). In the group of after 16 weeks of gestation the cerclage procedures had been unsuccessful.

Anahtar Kelimeler: Sevikal yetmezlik, Fetal süvi. Teknik

Key Words: Cerclage. Techniques, fetal survival

TKJin Jinekolojst 1991,1:121-127

Anatolian J Gynecol Obst 1991. 1:121-127

Geliş Tarihi: 18.6.1991

Kabul Tarihi: 27.8.1991

Yazışma Adresi: Dr.Cihat ŞHN
İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Kadın
Hastalıkları ve Doğum ABD Perinatoloji BD
İSTANBUL

Sevikal yetmezlik gerek konjenital gerekse edimsel faktörlere bağlı olarak, serviksin gebelik ürününü uterus içinde tutamaması, ikinci trimesterde kontraksiyonsuz açılması ve gebeliğin abortus ya da immatür doğum ile sonlanmasıdır. Servikal yetmezlik için ilk bildiri 1658'de Rivcrius tarafından yayınlandığından bu yana teşhisi, tedavi şekli ve zamanlanması üzerinde tartışmalar halen

sürmektedir. Rivcius tarafından yaklaşık 200 yıl sonra Gream dismenore veya sterilite nedeni ile serviksin dilatasyonunun serviks yetmezliğine sebep olabileceğini ifade etmiştir. Herman ise 1902'de Emmel yırtıklarında oluşan serviks yetmezliğinde trakeorafı ile tedavi ettiği 3 vakayı yayınlamıştır. Habituel abortuslarda profilaktik cerrahi tedavi, ilk defa, Child tarafından ortaya atılmıştır. Trakeorafinin ilk tarifinden sonra Palmer ve Lacomme ikinci trimester abortusların tedavisinde modifiye trakeorafiyi ileri sürmüş ve Lash 1950'de servikal yetmezliğin (SY) gebelik öncesi profilaktik cerrahi tedavisini içeren vakalarını yayınlamıştır. Shirodkar ise 1955'de adı ile anılan ve gebelikte uygulanan ameliyat tekniğini tarif etmiştir. Halen de değişik teşhis ve tedavi yöntemleri ileri sürülmüş olmakla beraber, tartışmalar devam etmektedir (1).

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın hastalıkları ve doğum ABD'de yapılmıştır. Servikal yetmezlik tanısı konulan 41 vaka, 1985 ile 1989 tarihleri arasında, etyolojik faktörler, tanı ve tedavi yöntemleri açısından ir-

delendi. Gebelik öncesi servikal yetmezlik tanısı, 19 vakada, hislerosalpingografi (HSG) ile konuldu. HSG'de SY kriteri için serviksin 2.5 cm'den kısa, internal os'un 10 mm'den geniş olması alındı. HSG ile tanı konulan hastaların 6'sında, gebeliklerindeki ultrasonografi (USG) tetkikinde SY bulgusu saptandı. Gebelikte tanı konulan 22 vakanın 5'inde, 8 no Hegar buji muayenesi ile klinik tanıya gidildi ve bu tanı USG ile teyid edildi. Daha önce ağrısız ikinci trimester abortus anamnezi olan 17 vakada ise USG muayenesi ile SY tanısı konuldu. Abdominal USG tanı kriteri olarak ikinci trimesterde internal os'un 24 mm'den geniş oluşu ya da serviks boyunun 2.5 cm'den kısası oluşu SY tanısı bulgusu olarak alındı.

Gebelik öncesi tanı konulan 19 vakadan üçüne gebe kaldığında serklaj planlandı, ancak bu vakalar takip dışı kaldılar. İki vakada ise vaginal kanama ve hipertansiyon (Önceki gebeliğinde gebeliğin ağırlaştırdığı kronik hipertansiyon anamnezi mevcuttu) nedeni ile serklaj yapılmadı ve yatak istirahati ile takip edildi. Geriye kalan 36 vakanın 16'sına McDonald, 14'üne Shirodkar ve 6'sına abdominal serklaj yapıldı. Abdominal serklaj endikasyonları;

Tablo 1. Servikal yetmezlikte uygulanan tedavi yönteminin başarı oranları

TEDAVİ YÖNTEMİ	SERKLAJ UYGULANAN GEBELİK HAFTALARI						TOTAL	
	10-12 Serklaj		13-15 Serklaj		16- > Serklaj		Serklaj	
	Öncesi n/N %	Sonrası n/N %	Öncesi n/N %	Sonrası n/N %	Öncesi n/N %	Sonrası n/N %	Öncesi n/N %	Sonrası n/N %
McDONALD	5/24 (20.8) p < 0.05	4/6 (66.6)	1/18 (5.5)	6/7 (85.7)	2/5 (40.0)	1/3 (33.3) p > 0.05	8/47 (17.0)	11/16 (68.7) p < 0.001
SHIRODKAR	3/14 (21.4) p < 0.05	3/3 (100.0)	4/12 (33.3)	8/10 (80.0)	0/5 (00.0)	1/2 (50.0) p > 0.05	7/31 (22.5)	12/15 (80.0) p < 0.001
VAGİNAL SERKLAJ	8/38 (21.0) p < 0.01	7/9 (77.7)	5/30 (16.6)	14/17 (82.3)	2/10 (20.0)	2/5 (40.0) p > 0.05	15/78 (19.2)	23/31 (74.1) p < 0.001
ABDOMİNAL SERKLAJ YATAK	1/14 (7.1) p < 0.01	3/3 (100.0)	1/14 (7.1)	3/4 (75.0)			2/28 (7.1)	6/7 (85.7) p < 0.001
İSTİRAHATİ	****						0/6 (00.0)	1/2 (50.0) p > 0.05

* 38, Haftada obstetrik nedenle antenatal eksilüsolan 2 vaka hariç tutulmuştur

** Shirodkar uygulanan 1 vakada 2 gebelik elde edilmiştir

*** Abdominal serklaj uygulanan 1 vakada 2 gebelik elde edilmiştir

**** Serklaj endikasyonu mevcut olmasına karşın, vaginal kanama ve hipertansiyon olması nedeni ile badece yatak istirahati ile takip edildi

daha önce geçirilmiş vaginal serklaj (4 vaka), derin ve parçalı Emmet yırtığı (1 vaka) ve kısa serviks (1 vaka) idi.

Tüm serklajlar gebelikte (10 ile 22. hafta arasında) uygulandı. Shirodkar grubunda 1 vakada aynı serklaj ile (3 sene ara) 2 gebelik, abdominal serklaj grubunda 1 vakada aynı serklaj ile (1 sene ara) 2 gebelik elde edildi. Böylece 36 serklaj uygulanan vakada 38 gebelik ve yatak istirahati ile izlenen 2 gebelik olmak üzere toplam 40 gebelik olgusu izlendi. Vakalar uygulama haftalarına göre 10-12, 13-15, 16. hafta ve üzeri olmak üzere gruplandırıldı. Herbir grup kendi aralarında serklaj öncesi ve sonrası başarılı gebelik oranları açısından karşılaştırılarak serklaj tekniği ve zamanlaması yönünden irdelendi (Tablo 1).

Çalışma grubumuzda cerrahi tedavi olarak Modifiye McDonald, modifiye Shirodkar ve modilliye abdominal serklaj teknikleri uygulanmıştır. Sütür materyeli olarak tüm serklajlarda 2 no ipek sütür kullanılmıştır. Abdominal serklajda Benson ve Durfee'nin tarif ettiği klasik serklaj yerine tarafımızdan modifiye edilen teknik uygulandı (2). Burada önde periton açılıp mesane

reddedildikten sonra internal os hizasından fibromusküler dokudan 0.5 cm. derinlikte olacak şekilde ve her iki yanda önden arkaya atravmatik 2 no ipek ile a.uterinalarm bifurkasyonu altından, avasküler sahadan ve uterus duvarından alınmadan sütür geçirildi. Yine arkada sakrouterin ligamanlardan sütür her iki taraflı geçilerek sıkıca bağlandı. Abdominal serklaj uygulanan bu vakaların hepsi sezaryen ile doğurtuldu. Hasta tarafından gebelik arzu edildiği durumlarda sütür materyeli alınmadı. Serklaj yapılan tüm vakalara postoperatif 24 saat süre ile parenteral tokoliz uygulandı. Hastalara 5 gün süre ile günde 2 gr. ampicillin verildi. Tokoliz ve antibiyotiğe bağlı herhangi bir komplikasyon görülmedi.

Başarılı gebelik kriteri olarak term ya da preterm canlı bebek elde edilmesi alındı. Ayrıca vakalar preterm. doğum, abortus, erken membran rüptürü ve koryoamnionitis gibi komplikasyonlar açısından değerlendirildi (Tablo 2). Serklaj öncesi fetal kayıp sayısı ile serklaj sonrası başarılı gebelik oranları arasındaki ilişki araştırıldı (Tablo 3). Elde edilen sonuçlar Ki kare, Fisher ve Kolmogorov-Nmirnovtestleri ile değerlendirildi.

Tablo 2.

	Serklaj Haftası	EMR	Perinatal Eksitus	Doğum-Abort Haftası
SHİRODKAR 8/15 vaka	12	--	--	36
	13	+	--	29
	13	--	+	31
	13	--	--	34
	14	+	+	18
	14	--	--	30
	14	--	%	32
	22	+	20.0	23
McDONALD 8/16 vaka	10	--	+	27
	12	--	+	15
	13	--	--	36
	14	--	--	36
	15	--	+	24
	16	--	--	31
	19	+	%	20
	20	+	12.5	21
A.SERKLAJ 2/7 vaka	11	+	%	33
	14	--	14.2	18
YATAK İSTİRAHATI 2/2 vaka	--	+	%	34
	--	--	50.0	13
TOPLAM				(20)
				% 50.0

Tablo 3, Serklaj öncesi aborius ve prematüre kayıp sayılarına göre serklaj başarı oranları

ABORTUS-PREMATÜRE FETAL KAYIP SAYISI	GEBELİK		BAŞARILI	
	n	%	n	%
0	3	7.5	2	66.6
1	5	12.5	4	80.0
2	13	32.5	11	84.6
3	8	20.0	5	62.5
4	5	12.5	4	80.0
5	1	2.5	0	0.0
6	3	7.5	2	66.6
7	2	5.0	2	100.0
TOTAL	40	100.0	30/40	75.0

p>0.05

BULGULAR

Çalışma grubumuzda 1 vakada uterus arkuatus ve plasenta previa, iki vakada konjenital serviks kısıklığı tesbit edildi (%7.3). Konizasyon ve serviks amputasyonu olan hasta mevcut değildi. İki hastada derin Emmel yırtığı saplandı. Yedi olguda sadece dilasyon küretaj öyküsü mevcuttu. Yedi hastada ise daha önce başarısız serklaj anamnezi ve bunlardan birinde ise konjenital serviks kısıklığı belirlendi. Bu yedi hastadan Tüne abdominal serklaj uygulandı. İki vakaya ise gebe kaldıklarında abdominal serklaj yapılması planlandı, ancak hasta takipten çıktı. Bir vakada ise vaginal kanama olması nedeni ile ameliyattan vazgeçüldü ve nitekim bu hastada 13. (milada missed aborius oluştu. Geriye kalan 22 hastada (o 53.0) herhangi bir etyolojik faktör saptanamadı.

Servikal yetmezlik tanısı konulan 41 olgunun 16'suna Modifiye McDonald serklaj, 14'üne Motiine Shirodkar serklaj (1 vakada ike gebelik) ve ö'sına Modifiye Abdominal Serklaj (1 vakada 2 gebelik) uygulandı. Gelecek gebeliklerinde abdominal serklaj planlanan 3 hasta takipten çıktı. Yine 2 hastaya ise konrendikasyonu nedeni ile serklaj yapılmadı. Böylece servikal yetmezliği olan 40 gebe çalışına grubumuzu oluşturdu (Tablo 1).

McDonald uygulanan 10-12, 13-15, 16 ve üzeri halta grubunda, serklaj öncesi başarılı gebelik oranları sırası ile 5/24, 1/18 ve 5/2 iken; serklaj sonrası başarılı gebelik oranları yine sırası ile 4/6, 6/7 ve 2/5'dü. Böylece tüm McDonald grubu için başarılı gebelik oranı; serklaj öncesi 8/47 iken, serklaj sonrası 11/16 olarak elde edildi.

Shirodkar uygulanan 10-12, 13-15, 16 ve üzeri halta grubunda, serklaj öncesi başarılı gebelik oranı

sırası ile 3/14, 4/12 ve 5/5 iken; serklaj sonrası başarılı gebelik oranları yine sırası ile 3/3, 8/10 ve 1/2'dir. Böylece tüm Shirodkar grubu için başarılı gebelik oranı; serklaj öncesi 7/31 iken, serklaj sonrası 12/15 olarak elde edildi.

Abdominal serklaj uygulanan 10-12, 13-15 halta grubunda serklaj öncesi başarılı gebelik oranı sırası ile 1/14, 1/14 iken; serklaj sonrası başarılı gebelik oranı sırası ile 3/3 ve 3/4'dür. Tüm abdominal serklaj grubu için başarılı gebelik oranı; serklaj öncesi 2/28 iken, serklaj sonrası 6/7 olarak elde edilmiştir.

Yatak istirahatı ile takip edilen ve önceki gebelikleri için başarılı gebelik oranı 0/6 olan iki olgunun ancak birinde başarılı gebelik elde edilmiştir.

Toplanı olarak, daha önceki gebeliklerinde başarılı gebelik oranı 17/112 (%15.1) olan 40 gebede, 30/40 (%75) oranında başarılı gebelik elde edilmiştir (Tablo 1).

Olgular erken membran rüptürü (EMR), perinatal eksitus ve preterm doğum yönünden irdelendiğinde (Tablo-2); Shirodkar ve McDonald grubunda, sırası ile, %20 ve %12.5 EMR, %20 ve %57.3 perinatal eksitus, %53.3 ve %50.0 oranında preterm doğum gelişmiştir. Abdominal serklaj grubunda %7, 14.2 EMR, 5/14.2 perinatal eksitus ve %72.85 oranında preterm doğum gözlenmiştir (Tablo 2).

Daha önceki aborius-prematüre letal kayıp sayılarına göre değerlendirildiğinde ise; iki letal kayıp ile en büyük grubu (n=32.5) oluşturan olgularda başarılı gebelik oranı %54.6'dır. Ancak letal kayıp sayılarına göre herhangi bir başarılı gebelik ilişkisi saptanmamıştır (Tablo 3).

İRDELEME

Olguların önceki gebeliklerincicki başarılı gebelik oranları, uygulanan serklaj tekniğinin uygulandıkları gebelik haftalarına göre elde edilen başarılı gebelik oranları ile karşılaştırıldı. Herbir serklaj tekniğini tek tek irdelediğimizde: Modiliye McDonald serklaj toplam 16 vakaya uygulandı ve 16 gebelikten ikinde başarılı gebelik elde edildi, (gebelik haftalarına göre irdelendiğinde; başarılı gebelik oranı 10-12 gebelik haftaları için %72.8'den %66.6'ya ($p<0.05$), 13-15 haftalar için %75.5'tan %85.7'ye ($p<0.001$) yükselmiştir. İstatistiksel açıdan belirgin anlamlı ilişki mevcuttur. Aynı başarılı gebelik oranı 16 ve üzeri gebelik haftaları için serklaj öncesi %74 iken; serklaj sonrası %33,3'tür ($p>0.05$). Bu grupta serklaj ile alınan netice başarılı olmamıştır. McDonald grubunda, sonuç olarak, fetal sürvi %17'den %68.7'e yükselmiştir. En belirgin başarı 13-15 hafta grubunda olmuştur ($p<0.001$) (Tablo-1). McDonald tarafından 1957'de tarif edilen bu serklaj tekniği en çok kullanılan serklaj tekniklerinden biri olup, l) a yakın modifikasyonu mevcuttur. Uyguladığımız Modiliye McDonald tekniğinde ise 2 no ipek kullanılmıştır. McDonald serklaj başarısı üzerine pek çok çalışma yapılmıştır: Cronbichohne'un modiliye McDonald uyguladığı 73 vakada oluşan 75 gebelik olgusunda letal sürvi %730'dan %55'e, Barlbird'un 147 haslada eklettiği 147 gebelik olgusunda %51,18'den %57'ye yükselmiştir (3,4,5,6). McDonald serklajdaki başarı oranlarımız literatürle paralellik göstermektedir.

Modiliye Shirodkar serklaj uygulanan 14 vakada ise oluşan 15 gebelikten 12'sinde başarılı gebelik elde edilmiştir. Başarılı gebelik oranları incelendiğinde, 10-12 gebelik haftası için %21.4'den %40.0'e ($p<0.05$), 13-15 hafta için %73.3'den %75.5'e ($p<0.05$) yükselmiştir. Sağlanan başarı oranları istatistiksel olarak anlamlıdır. Onanlı ve üzeri gebelik haftasında serklaj öncesi oran %70.0 iken serklaj sonrası %50.0 olmuştur ($p<0.05$). Ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Sonuç olarak Shirodkar grubunda fetal sürvi %22.5'den %80'e çıkmıştır ($p<0.001$) (Tablo 1).

Shirodkar 1955'de ilk defa kendi adı ile anılan bu serklaj tekniğini tarif etmiş, ancak daha sonra yine kendisi tarafından modüle edilmiştir (7). Operasyon zamanı için 3-4. ayları ve sütür materyeli için önceleri l) a lala, daha sonra nersilen, naylon ve düğüm yerinin arkada olmasını tavsiye etmiştir.

Pek çok modifikasyonları tarif edilmiştir (Picot, Barter, Ritter, Fisher gibi) (8). Kendi uygulamamızda sülür materyeli olarak 2 no ipek kullanılmıştır. Shirodkar tekniğinin başarı oranları üzerine pek çok çalışma mevcut olup başarı oranları aşağı yukarı aynıdır. Ilohlvveg-Majerl (1976) ve Bloek (1976)'un 144 ve 25 vakalık serilerinde uyguladıkları modiliye Shirodkar serklaj başarı oranları %26 ve %21'den %82 ve %81'e çıkmıştır (9,10). Schvarlz'ın 1984'de yayınladığı 74 modiliye Shirodkar serklaj vakasında fetal sürvi %23'den %81'e değişmiştir (11). Shirodkar serklaj başarı oranı, kendi serimizde, %22.5'den %80'e çıkmıştır ve literatür verileri ile uyumluluk göstermektedir.

Abdominal serklaj uygulanan 6 vakada oluşan 7 gebelikten 6'sında başarılı olunmuştur. Gebelik haftasına göre başarı oranları irdelendiğinde; 10-12 hafta için %7.1'den %100'e ($p<0.01$) ve 13-15 hafta içinde %7.1'den %75'e ($p<0.05$) yükselmiştir. Başarılı gebelik oranlarında belirgin artış olmuştur. 16 ve üzeri haftada uygulanan abdominal serklaj vakası yoktur. Mahran'ın (1978) ve Novy'nin (1982) 10 ve 16 vakadan oluşan abdominal serklaj uygulamalarında başarılı gebelik oranlarının %100 ve %23'ten %100 ve %95'e ulaştığını bildirmişlerdir (12,13). Abdominal serklaj tarafımızdan yapılan modifikasyon ile uygulanmış olup, elde ettiğimiz başarı oranı oldukça yüksektir. Uyguladığımız tekniğin üstünlüğü; yanalarda a.uterina bifurkasyonu altında, uterus duvarından geçmeden, avasküler sahadan geçerek kanama komplikasyonunu azaltılması, kolay ve çabuk uygulanabilir olmasıdır. Yine sülür materyeli olarak 2 no ipek kullanılmıştır. Gebelik halfası dikkate alınmadığında, tüm abdominal serklaj grubu için fetal sürvi oranı %7.1'den %85.7'ye yükselmiştir ($p<0.001$) (Tablo-1).

Hastalarımızdan 3'ü, gebelikle serklaj planlandığı halde, takip dışı kaldı. Abdominal serklaj endikasyonu konulan 2 vakaya ise Finde vaginal kanama ve diğerinde mevcut hipertansiyon nedeni ile serklaj yapılmayıp yatak istirahati önerilerek takibe alındı. Vaginal kanaması olan hasta 13. haftada missed abortus ile sonuçlanırken diğer vakada ise 34. haftada EMR neticesinde prematüre ve sağlıklı bir doğum olmuştur (Tablo 2).

Uyguladığımız McDonald ve Shirodkar serklaj başarı oranları karşılaştırıldığında; 10-12 haftalar için her iki grup arasında istatistiksel bir fark yoktur. 13-15 haftalarda ise McDonald grubunda daha iyi sonuç alınmıştır ($p<0.001$). Onanlı ve üzeri hafta

için istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır. Sonuç olarak 13-15 haftada McDonald serklaj, SY'nin cerrahi tedavisinde en uygun gebelik haftası ve serklaj tekniği olarak gözükmektedir.

Yapılan serklaj türü dikkate alınmaksızın serklaj uygulanan gebeleri gebelik haftalarına göre incelediğimizde; 16 hafta ve üzerindeki gebeliklerde anlamlı bir başarı ($p>0.05$) elde edilememiştir. Hem 10-12 ($p<0.001$) hem de 13-15 gebelik haftalarında ($p<0.001$) başarılı sonuçlar elde edilmekte birlikte en anlamlı başarı 13-15 gebelik haftasındaki gebelerde elde edilmiştir. Vakalar abortus ve prematüre kayıp sayılarına göre grıplandıldığında serklaj öncesi fetal kayıp sayısının serklaj başarısını etkilemediği tesbit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 3), McDonald'ın 70 vakalık serisinde abortus sayıları ile serklajın sağladığı başarılı gebelik oranları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı bildirilmiştir (14).

Çalışmamızda Shirodkar grubundaki 15 gebenin 8'inde prematüre doğum (#.53.3) meydana gelmiştir. EMR vakalarının Pimle koryoamnionitis mevcuttu. McDonald grubundaki 16 gebenin 8'inde prematüre doğum (%50) meydana gelmiştir. EMR oranı ise %12,5'dir. Abdominal serklaj grubundaki 7 gebenin 2'sinde (%28.5) preterm doğum meydana gelmiştir. EMR oranı ise %44.2'dir. Prematüre doğum açısından Shirodkar ile McDonald grubu arasında, bir fark olmayı, abdominal serklaj vakalarında ise yan yarıya daha azdır. Ancak istatistiksel açıdan üç grup arasında anlamlı bir fark yoktur. Erken membran rüptürü açısından da üç grup arasında herhangi bir anlamlı istatistiksel fark bulunamadı. Serklajlı tüm vakalarımızda preterm doğum oranı %45.Ü, EMR oranı %15.7'dir (Tablo-2). Harger 1980'de yaptığı çalışmasında Shirodkar ve McDonald serklajlı hastalarında prematüre doğum oranını %27 ve 17 olarak teshil etmiştir (15). Çetin ve ark yaptıkları bir çalışmada ise %30.7 prematürile ve %30.7 EMR saptamışlardır (16). Preterm doğum ve EMR oranları literatür verileri ile büyük farklılıklar görülmemekle birlikte, abdominal serklaj olgularında hem preterm doğum, hem EMR oranları oldukça düşüktür.

Vaginal serklaj ile abdominal serklaj sonuçları karşılaştırıldığında abdominal serklaj yönteminin başarı oranı daha yüksek olmakla birlikte batın açılması, uzun ameliyat ve anestezi süresi gerektirmesi nedeni ile her vakada uygulanması yerine,

yukarıda bahsettiğimiz ve daha önce yayınladığımız, esaslar içinde uygulanması yararlı olacaktır (2). Ayrıca serklaj uygulama zamanlamasının iyi yapılmasının fetal sürvi üzerine önemli katkısı mevcuttur. Çalışmamızda en uygun zaman diliminin IS-IS gebelik haftaları olduğu gözlenmiştir. Onaltı haftanın üzerinde serklaj uygulanan 5 vakadan 3'üncü McDonald ve 2'sine Shirodkar serklaj uygulanmıştır. Bu vakalardan 19. haftada Shirodkar yapılan hasla 40. haftada ve 16. haftada McDonald uygulanan hasla 31. haftada prematür sağlıklı bir çocuk doğurmuşlardır. Diğer 3 vakaya 19,20 ve 22. haftada 1 Shirodkar ve 2 McDonald serklaj uygulanmış ve üçünde de EMR gelişip immatür doğum yapmışlardır. Geç dönemde, 16. hafta üzerinde, serklaj uygulamalarımızın serklaj öncesi ve sonrası fetal sürvi oranları arasında anlamlı bir fark gözlenmedi. Bu nedenle daha erken dönemde tanı ve tedavinin gerekliliği sonucuna varıldı. Ayrıca antibiyotik ve lokalilik kullanımının gerek maternal ve gerekse de fetal herhangi bir kötü etkisinin olmaması yanında enfeksiyon, uterus kontraksiyonlarının engellenmesinde önemli bir kalkışı olduğu aşikardır.

SONUÇ

Serklaj tekniği, zamanlaması ve bunu bağlı olarak elde edilen başarılı gebelik oranları incelendiğinde; servikal yetmezliği cerrahi tedavisinde 13-15. gebelik haftasında uygulanan McDonald tekniğinin en uygun serklaj tekniği olduğu belirlendi. Preterm doğum ve EMR oranları açısından McDonald ile Shirodkar serklaj arasında bir fark gözlenmedi. Başarısız vaginal serklaj geçirenlerde ya da teknik olarak vaginal serklajın uygun olmadığı olgularda, abdominal serklajın en az vaginal serklaj kadar başarılı olduğu ve daha az. preterm doğum, EMR oranlarına sahip olduğu görüldü.

KAYNAKLAR

1. Shortle BE. .Icwclewic/. R: Clinical aspects of cervical incompetence. Year Book Medical Publishers Inc., London 1989. p: 78.
2. Şen (. Erez S. Ocak V: Transabdominl servikoisunik serklaj endikasyonları ve tekniği. Haseki Tıp Bülteni 1986, 24-3:205.
3. Iloffmeister E.I. Schwärt/ WK. Vondrag BE et al: Sular reinlorceniect of the incompetelU cervix. Am J Obstet (ynecol 1968. 101:58.

