

# On Dokuz Haftalık Bir Servikal Ektopik Gebelik Olgusu

## A Nineteen Weeks Cervical Ectopic Pregnancy Case

Remzi ATILGAN,<sup>a</sup>  
 Mehmet ŞİMŞEK,<sup>a</sup>  
 Zehra Sema ÖZKAN,<sup>a</sup>  
 Gülser GÖKTOLGA PINAR,<sup>a</sup>  
 Uğur ORAK,<sup>a</sup>  
 Banu KUMBAK AYGÜN,<sup>a</sup>  
 Ekrem SAPMAZ,<sup>a</sup>  
 Yaprak KANDEMİR DENİZ<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
 Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
 Elazığ

Geliş Tarihi/Received: 23.05.2012  
 Kabul Tarihi/Accepted: 13.10.2012

*Bu olgu sunumu,  
 10. Ulusal Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi  
 (9-13 Mayıs 2012, Antalya)'nda  
 PP-37 no'lu poster olarak sunulmuştur.*

Yazışma Adresi/Correspondence:  
 Remzi ATILGAN  
 Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
 Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Elazığ,  
 TÜRKİYE/TURKEY  
 remzi\_atilgan@hotmail.com

**ÖZET** Servikal ektopik gebelik, endoservikal kanalın içerisine gebelik ürününün yerleştiği ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden, ektopik gebeliğin nadir görülen bir şeklidir. Bin ila 18 000 canlı gebelikte 1 oranında görülmektedir. Oluş mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, endoservikal kanal veya endometriyal tabakanın hasarlanmasının etiyolojide rol oynayabileceği düşünülmektedir. Servikal ektopik gebeliğin yönetiminde kanama miktarı, gebelik yaşı, gebelik kesesinin yerleşim yeri, trofoblastik invazyon derinliği ve  $\beta$ -HCG düzeyi önemlidir. Tedavide konservatif veya radikal yaklaşım yöntemleri seçilir. Radikal yaklaşım yöntemi olan histerektomi, kanamanın aşırı olduğu ve yaşamı tehdit ettiği ve fertilitisini tamamlamış olgularda yapılır. Biz 36 yaşında masif hemoraji ile seyreden ve histerektomi yapılan 19 haftalık bir servikal ektopik gebelik olgusunu sunduk.

**Anahtar Kelimeler:** Histerektomi; gebelik, ektopik

**ABSTRACT** Cervical ectopic pregnancy is a rare ectopic pregnancy type that settles in endocervical canal and it threatens humanlife. It is seen 1/1000-18.000 alive pregnancies. Its occurrence mechanism is unknown but the damage of endocervical canal and endometrial layer may play role at ethiology. Bleeding volume, gestational week, settled area of gestational sac, depth of trophoblastic invasion and  $\beta$ -HCG level are important for the management of cervical ectopic pregnancy. Conservative and radical managements are selected for threatment. Radical management is hysterectomy and it is used if bleeding is very heavy and threatens humanlife. We prefer a 36-years-old woman haves a nineteen weeks cervical ectopic pregnancy gones with massive hemorrhage and done hysterectomy.

**Key Words:** Hysterectomy; pregnancy, ectopic

**Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(1):60-3**

Servikal ektopik gebelik (SEG), endoservikal kanalın içerisine gebelik ürününün yerleştiği ve potansiyel olarak hayatı tehdit eden, ektopik gebeliğin nadir görülen bir şeklidir.<sup>1</sup> Bin ila 18 000 canlı gebelikte 1 oranında görülmektedir. Oluş mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, endoservikal kanal veya endometriyal tabakanın hasarlanmasının etiyolojide rol oynayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, SEG'in in vitro fertilizasyon yoluyla gebe kalanlarda daha sık olduğu bildirilmiştir.<sup>2-4</sup> SEG, tüm ektopik gebeliklerin %0,2'sini oluşturmaktadır.<sup>5</sup>

Biz, 19. gebelik haftasında ve şiddetli vajinal kanama nedeniyle kliniğimizde histerektomi uygulamak zorunda kaldığımız bir SEG olgusunu sunduk.

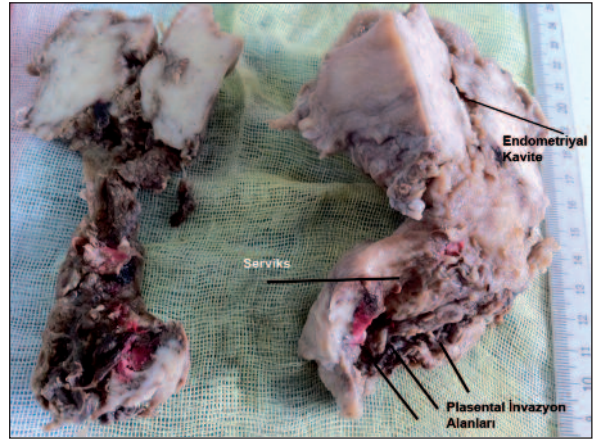
## OLGU SUNUMU

Otuz altı yaşında, G2P2Y2, geçirilmiş iki sezaryen öyküsü olan hasta, kliniğimize şiddetli vajinal kanama nedeniyle getirildi. Hastanın adet gecikmesinin olmadığı, ara ara adet şeklinde kanamasının olduğu öğrenildi. Yapılan vajinal spekulum muayenesinde, aşırı kanamanın olduğu görüldü. Abdominal ultrasonografide servikal bölgeye yerleşmiş olan femur boyuna göre 18 hafta 5 gün ile uyumlu canlı tek fetüs tespit edildi. Uterin kavitenin boş olduğu görüldü. Preoperatif Hb: 7,8 g/dL hematokrit: 21,3 ve trombosit değeri: 186,000 idi. SEG ön tanısıyla acil olarak operasyona alındı. Uterusun serviko-istmik bölgesi ileri derecede büyük ve tipik kum saati görünümü izleniyordu. Bunun üzerine anterior histerektomi yapıldı. Uterin alt segment kesisinden fetüs çıkartıldı. Plasental materyal tam olarak çıkartılmadı. Servikse foley balon yerleştirilerek kanama kontrolü sağlanmaya çalışıldı. Ancak kanama kontrolü sağlanamayınca histerektomi yapıldı. Mesanede operasyon sırasında laserasyon olması üzerine primer mesane onarımı yapıldı. Operasyon esnasında 4 ünite eritrosit süspansiyonu, 4 ünite taze donmuş plazma verildi. Douglas ve mesane boşluklarına foley drenler yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Operasyon sonrası beşinci günde kan değerlerini yükseltmek için 2 ünite eritrosit süspansiyonu ve 2 ünite taze donmuş plazma verildi. Replasman sonrası Hb: 10,1 g/dL, hematokrit 27,6 ve trombosit değeri: 251 000 idi. Postoperatif 10. günde hasta şifa ile taburcu edildi. Histerektomi örneğinde makroskobik olarak servikal bölgeye plasentanın yapışmış olduğu gözlemlendi (Resim 1). Materyalin patolojik incelemesi sonucunda da endoservikal kanalın anterior 1/3 internal kısmına plasental invazyon olduğu rapor edildi (Resim 2, 3).

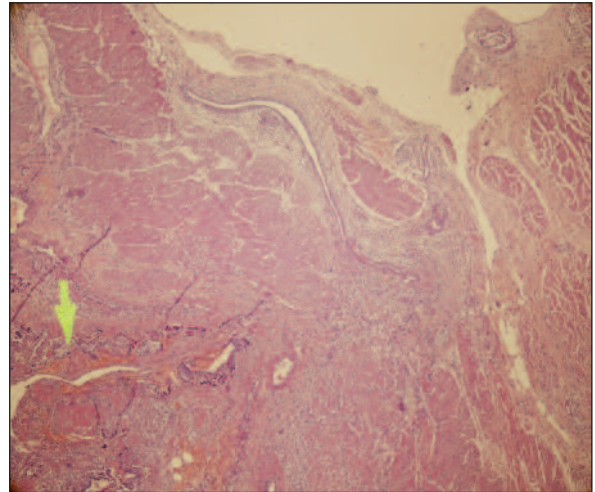
Bu makale için olgumuzdan yazılı onam alınmıştır.

## TARTIŞMA

SEG, inkomplet abortus ön tanısı ile küretaj yapıldığı esnada tanı konulduğunda, kontrol edilemeyen kanama nedeniyle sıklıkla histerektomiyle sonuçlanmaktadır. Ancak ilk trimesterde yapılan ultrasonografi taramasında %80'in üzerinde bir

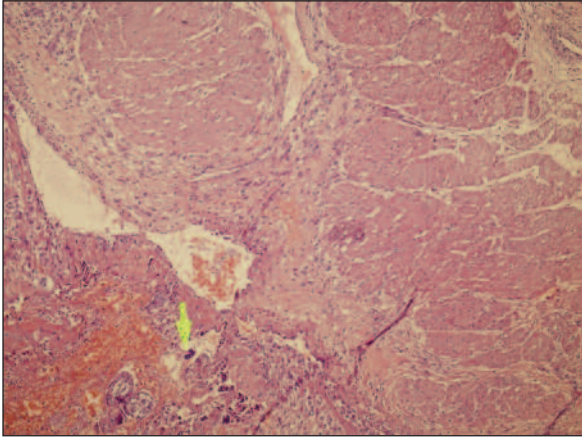


**RESİM 1:** Operasyon sonrası histerektomi örneğinde endoservikal kanalda plasental yapışma yerleri izleniyor. Uterin kavitenin boş olduğu gözleniyor. (Renkli hali için Bkz. <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com/>)



**RESİM 2:** Servikal stroma içerisine invaze olmuş koryon villusları izleniyor (ok işareti) (HE, x200). (Renkli hali için Bkz. <http://jinekoloji.turkiyeklinikleri.com/>)

oranla SEG tanısı konulabilmektedir. SEG tanısı, genel olarak rutin yapılan ultrasonografik değerlendirme esnasında tesadüfen veya inkomplet abortus ön tanısı ile yapılan dilatasyon ve küretaj sonrasında konmaktadır. SEG'de en sık semptom vajinal kanama ve kasık ağrısıdır. Erken haftalarda ise, rutin yapılan ultrasonografi esnasında saptanabilmektedir. Etiyolojide en sık nedenler dilatasyon ve küretaj (%68), sezaryen ile doğum, in vitro fertilizasyon ile oluşan gebelik ve rahim içi araç kullanımıdır.<sup>6</sup> Bizim olgumuzda da geçirilmiş iki sezaryen öyküsü mevcut idi.



**RESİM 3:** Servikal stroma içerisindeki sinsityal düğümler izleniyor (ok işareti) (HE, x200).

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

SEG klinik kriterleri Paalman ve McElin tarafından tanımlanmıştır. Amenoreyi takiben ağrısız uterin kanama, kum saati görünümünde uterus, gebelik ürünlerinin tamamıyla endoservikal kanala yapışmış olarak görülmesi, kapalı internal os ve kısmen açık eksternal os, bu kriterleri oluşturmaktadır.<sup>7</sup> Ultrasonografik tanı, boş bir uterus ve gebelik kesesi içeren genişlemiş bir serviks ile kum saati şeklinde uterus varlığında konulabilir. Rubin 1911'de servikal ektopik gebeliğin histopatolojik tanı kriterlerini bildirmiştir. Bu kriterler plasental yerleşim yerinin karşı tarafında servikal glandlar olmalı, plasental yapışma yeri servikste olmalı, plasentanın bir kısmı veya tamamı uterusun anterior veya posterior uterin damarlarının giriş yerinin altında olmalı, uterin kavitede fetal elemanlar bulunmamalıdır.<sup>1</sup> Bizim olgumuzda da, klinik ve ultrasonografik bulgular SEG'yi desteklemekteydi. Ancak acil şartlar ve teknik aksaklıklar nedeniyle ultrason resimlerini elde edemediğimiz için gösteremedik. Yapılan patolojik incelemede plasental yapışma yerinin anterior servikal kanal içerisinde olduğu ve 1/3 internal kısma plasental invazyonun olduğu görüldü.

SEG yönetiminde kanama miktarı, gebelik yaşı, gebelik kesesinin yerleşim yeri, trofoblastik invazyon derinliği ve  $\beta$ -HCG düzeyi önemlidir. Tedavide konservatif veya radikal yaklaşım yöntemleri seçilmektedir. Radikal yaklaşım yöntemi olan histerektomi, kanamanın aşırı olup yaşamı tehdit eden ve fertilitasını tamamlamış olgularda yapılır. Ayrıca diğer cerrahi yöntemler, hipogastrik veya uterin arter embolizasyonu ve servikal küretajdır. Medikal yöntemler olarak ise sistemik veya intraamniyotik metotreksat ve intraamniyotik potasyum klorür verilmesidir.<sup>8,9</sup>

Kuppuswani, foley balonun servikal kanalda 40 mL ile şişirilerek SEG' in konservatif tedavi edilebileceğini bildirmiştir.<sup>10</sup>

Jeng'a göre 14 haftalık servikal gebelik bildirilen en büyük olgudur.<sup>11</sup> Bizim olgumuz ise 18 hafta 5 günlük gebelik haftası ile bildirilen en büyük gebelik haftasına sahip ilk servikal gebelik olgusudur.

Verma ve ark., 37 yaşındaki ikinci trimesterdeki bir ektopik gebelik olgusunu bildirmişlerdir. Bu olguya, multipl sistemik metotreksat enjeksiyonunu takiben ultrasonografi eşliğinde, fetal intrakardiyak potasyum klorid uygulamışlar, servikal serklaj sütürü ve foley kateter yerleştirerek hemoraji kontrolünü sağlamışlardır. Bu olgunun daha sonraki gebeliğinde term yaşayan bir fetus doğduğunu bildirmişlerdir.<sup>12</sup>

Bizim olgumuzda intra servikal foley balon uygulanıp, kanama kontrolü sağlanamadığı için radikal yaklaşım yöntemi olan histerektomi tercih edildi.

Sonuç olarak, SEG'de erken tanı, konservatif yaklaşımlarla hem fertilitenin korunması hem de mortalite ve morbiditenin azaltılması bakımından önemlidir. Kontrol edilemeyen kanamalı olgularda ise histerektomi hayat kurtarıcı bir yöntem olmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Yankowitz J, Leake J, Huggins G, Gazaway P, Gates E. Cervical ectopic pregnancy: review of the literature and report of a case treated by single-dose methotrexate therapy. *Obstet Gynecol Surv* 1990;45(7):405-14.
2. Leeman LM, Wendland CL. Cervical ectopic pregnancy. Diagnosis with endovaginal ultrasound examination and successful treatment with methotrexate. *Arch Fam Med* 2000;9(1):72-7.
3. Rothe DJ, Birnbaum SJ. Cervical pregnancy: diagnosis and management. *Obstet Gynecol* 1973;42(5):675-80.
4. Ginsburg ES, Frates MC, Rein MS, Fox JH, Hornstein MD, Friedman AJ. Early diagnosis and treatment of cervical pregnancy in an in vitro fertilization program. *Fertil Steril* 1994;61(5):966-9.
5. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 1970;106(7):1004-19.
6. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997;52(1):45-59.
7. Laughlin CL, Lee TG, Richards RC. Ultrasonographic diagnosis of cervical ectopic pregnancy. *J Ultrasound Med* 1983;2(3):137-8.
8. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27(4):430-7.
9. Işık H, Şahin U, Batioğlu AS. [Local methotrexate treatment of cornual and cervical ectopic pregnancies: report of six cases]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2012;22(2):131-6.
10. Kuppaswami N, Vindekilde J, Sethi CM, Shadri M, Freese UE. Diagnosis and treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 1983;61(5):651-3.
11. Jeng CJ, Ko ML, Shen J. Transvaginal ultrasound-guided treatment of cervical pregnancy. *Obstet Gynecol* 2007;109(5):1076-82.
12. Verma U, Maggiorotto F. Conservative management of second-trimester cervical ectopic pregnancy with placenta percreta. *Fertil Steril* 2007;87(3):697.e13-6.