

Servikal Gebelik: Olgu Sunumu

Cüneyt Eftal Taner, Tolga Mızrak, Semih Mun, İrem Şenyuva, Yiğit Özgenç, Fatma Altıntaşoğlu Çelimli

SSK Ege Doğumevi, Kadın Doğum Kliniği, İzmir

Özet

Giriş: Servikal gebelikler tüm ektopik gebeliklerin %0.1'ini oluşturur. Hayatı tehdit edebilecek kadar aşırı kanama en önemli komplikasyondur.

Olgu: 33 yaşında, gebelik 8, parite 2, abortus 5, yaşayan 2 çocuğu olan olgunun 2 yıl önce over kisti nedeniyle geçirilmiş sol ooforektomi öyküsü mevcuttu. Adet gecikmesi ve kasık ağrısı şikayeti ile başvuran olguda yapılan vaginal ultrasonografik incelemede servikal kanal içerisinde yaklaşık 7.5x3 mm çaplı, konturları düzgün, içerisinde 3 mm'lik yolk sak ve milimetrik CRL'si bulunan 5 hafta 1 gün ile uyumlu servikal gebelik izlendi. Belirgin subkoryonik kanama alanı yoktu. Hastaneye yatırılan olguda β -hCG düzeyi 4532 mIU/ml olarak ölçüldü. Erken gebelik saptanması nedeniyle aspirasyon küretaj uygulandı. Küretaj sonrası ve muayene bulguları normal olarak değerlendirilen olgu bir gün sonra taburcu edildi.

Sonuç: Servikal gebelikler hayatı tehdit edebilecek düzeyde kanama riski taşımaktadır. Ancak erken gebelik olgularında güvenli cerrahi müdahale uygulanabilir.

Anahtar Sözcükler: Servikal ektopik gebelik.

Cervical pregnancy: a case report

Introduction: Cervical pregnancy constitutes 0.1% of all ectopic pregnancies. It is associated with a significant risk of life-threatening severe hemorrhage.

Case: A 33-years-old woman gravida 8, para 2, abortus 5 and living children 2 who had left oophorectomy operation due to ovarian cyst was referred to our hospital with pelvic pain and delayed menstrual period. By vaginal ultrasonographic examination, cervical pregnancy sac which was 7.5x3 mm in diameter and compatible with 5 weeks and 1 day of gestation was found in the cervical canal. There was no significant subchorionic bleeding area. The patient was hospitalised. Beta-human chorionic gonadotropin (β -hCG) level was 4532 mIU/ml on admission. Since the pregnancy was very early, aspiration&curettage was applied. Ultrasonographic and physical findings after curettage were normal and the patient was discharged in the following day.

Conclusion: Cervical pregnancy is associated with life-threatening hemorrhage. Only in early pregnancy surgical interventions can be applied safely.

Keywords: Cervical ectopic pregnancy.

Giriş

Servikal gebelik, ektopik gebeliklerin %0.1'ini oluşturan ve hayatı tehdit eden bir durumdur.¹ Ser-

vikal gebeliğin kesin etyolojisi bilinmemektedir.

Geçirilmiş dilatasyon ve küretaj, Asherman sendromu, sezaryen ile doğum, infertilite, invivofertilizasyon

yon tedavisi, rahim içi araç kullanımı öyküleri ve embriyonun kromozomal anomalileri ile servikal gebelik arasında ilişki söz konusudur.¹ Servikal gebeliğin sonografik bulguları endoservikal lokalizasyonda gebelik kesesinin bulunması ve trofoblastik invazyondur. Servikal gebeliğin patolojik tanısal kriterleri ise plasental bölgenin karşısında endoservikal bezlerin olması, plasentanın servikse invazyonunun başlaması, plasentanın bir kısmının veya tümünün uterin damarların giriş bölgesinin altında veya uterusun ön ve arka yüzündeki peritoneal katlantıların altında olması ve endometrial kavite içerisinde içinde fetal elemanların olmamasıdır. Servikal gebeliklerin yaklaşık %60'ında yaşayan fetus mevcuttur.² Hastaların çoğunluğu düşük paritede gebelerdir ve uygulanan konservatif tedavideki en önemli problem aşırı kanamadır. Konservatif tedavi şekilleri metotraksat ile kemoterapi, kese içine KCl enjeksiyonudur. Histerektomi ise daha çok ikinci ve üçüncü trimester servikal gebeliklerde veya kontrol edilemeyen kanamalarda önerilir.¹

Olgu

33 yaşında, 16 yıllık evli, gebelik 8, parite 2, abortus 5, yaşayan 2 çocuğu olan olgunun 2 yıl önce over kisti nedeniyle geçirilmiş sol ooforektomi

öyküsü mevcuttu. Adet gecikmesi ve kasık ağrısı şikayeti ile başvuran olguya yapılan vaginal ultrasonografik incelemede servikal kanal içerisinde yaklaşık 7.5x3 mm çaplı, konturları düzgün, içerisinde 3 mm'lik yolk sak ve milimetrik CRL'si bulunan 5 hafta 1 gün ile uyumlu servikal gebelik izlendi. Belirgin subkoryonik kanama alanı yoktu (Resim 1). Olgumuzda endometrium kalınlığı yaklaşık 14 mm olup, myometrium ekojenitesi olağandı. β -HCG düzeyi 4532 mIU/ml olarak ölçüldü. Yapılan muayenesinde vajinal kanaması yoktu. Hastanın kan biyokimya ve hemogram parametreleri normaldi. Erken gebelik saptanması nedeniyle aspirasyon küretaj uygulandı. Küretaj sonrası ultrasonografisi normal olan ve izlemde vital bulguları normal, vajinal kanaması olmayan olgu küretaj sonrası 1. günde taburcu edildi. Olgunun patoloji sonucu nonproduktif plasental doku olarak patoloj doktorlar tarafından bildirildi.

Tartışma

Ektopik gebelik insidansı ABD'de 1989'da 1000 gebelikte 16 düzeylerindeyken son yıllarda bu oran 1970'lerdekinin beş katı düzeye kadar çıkmıştır.³ En fazla ektopik gebelik insidansına ise, 1000 gebelikte 20.8 oranıyla, 35-44 yaşları arasında rastlamaktayız.³ Servikal gebelik hayatı tehdit



Resim 1. Servikal kanalda gebelik kesesi.

eden ender görülen bir ektopik gebelik tipidir. ABD'de servikal gebelik insidansı 2.400 ile 50.000 gebelikte 1 arasındadır.³ Ushakov ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada servikal gebeliğin en sık görülen semptomunu %91 ile vaginal kanama ve daha sonra %28 ile kasık ağrısı olduğunu bildirmişlerdir.¹ Bizim olgumuzun muayenesinde vaginal kanama izlenmedi. Hastada sadece kasık ağrısı ve adet gecikmesi şikayeti mevcuttu. Geçirilmiş dilatasyon ve küretaj öyküsü, Asherman sendromu, sezaryen ile doğum, infertilite, IVF tedavisi, rahim içi araç kullanımı öyküleri ve embriyonun kromozomal anomalileri ile servikal gebelik arasında ilişki söz konusudur.¹ Bizim olgumuzda geçirilmiş dilatasyon ve küretaj öyküsü dışında bir risk faktörü yoktu.

Servikal gebeliğin klinik olarak tanısının konması zordur. Nelson ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada preoperatif olarak %50 hastada tanı abortus imminens, inkomplet abortus veya missed abortus olmuştur.³ Tanıda ultrasonogafinin kullanımı ile servikal gebelik diğer abortus tiplerinden ayrılabilir. Yapılan bir çalışmada %4.5'lik yanlış abortus tanısı kalsa da, ultrasonografi kullanılmadığında %46.2 oranında olgu yanlış tanı almaktadır.³ Servikal gebeliklerde transvaginal sonografi tercih edilmelidir fakat en iyi sonuçlar daima transvaginal ve abdominal sonografinin kombinasyonu ile konur.² Bizim olgumuzda transvaginal sonografi ile servikal gebelik tanısı konmuştur. Ushakov ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada %61.5 oranında canlı servikal gebelik tespit ederken, %10.8 erken servikal gebelik ve %13.8 missed servikal gebelik tespit etmişlerdir.

Serum β -hCG düzeyleri servikal gebeliğin tanısında ve konservatif yapılan tedavinin izleminde kullanılmaktadır. Ushakov ve arkadaşları yaptıkları çalışmada serum β -hCG düzeylerini tanı anında 54.1-137.000 mIU/ml arasında bildirmişlerdir. Bizim olgumuzda ise tanı konduğunda serum β -hCG düzeyi 4532 mIU/ml idi. β -hCG takipleri özellikle medikal tedavinin izleminde önem taşımaktadır.

Servikal gebeliğin tedavisinde ana hedef, gebeliğin ortadan kaldırılarak, kanamanın önlenmesidir. Aspirasyon ve küretaj servikal gebeliğin tedavisinde en sık uygulanan seçenektir. Yaklaşık hastaların yarısına aspirasyon ve küretaj uygulanmaktadır.¹

Her ne kadar aspirasyon ve küretaj benign bir tedavi yöntemi gibi gözükse de Schneider'in tariflediği gibi plasenta ayrıldıktan sonra çok ağır kanama başlayabilir.⁴ Bu problemi çözmek için preoperatif olarak serviksin kanlanması azaltacak yaklaşımlar uygulanabilir. Bu yöntemler, transvaginal olarak uterin arterin servikal dallarının ligasyonu, Shirodkar tip serklaj, anjiyografik olarak uterin arterin embolizasyonu veya intraservikal vasopressin enjeksiyonudur.^{1,5} Bu olguda ise erken servikal gebelik olması ve derin trofoblastik invazyonun beklenmemesi nedeni ile preoperatif olarak servikal kanlanmayı azaltacak bir uygulama yapılmadı. İşlem sırasında veya işlem sonrasında ise aşırı bir kanama gözlenmedi.

Aspirasyon ve küretajın yanında servikal gebeliğin tedavisinde, histerektomi, konservatif abdominal cerrahi (bilateral internal iliak veya uterin arterlerin ligasyonu veya servikal hysterotomi) ve medikal tedaviler uygulanabilir. Histerektomi günümüzde 45 yaş ve üzerinde, paritesi yüksek veya uterin patolojisi olan servikal gebelik tanısı almış hastalarda tercih edilmektedir.¹ Medikal tedavide metotraksat veya potasyum klorür uygulanabilir. Metotraksat gebelik yaşı 10 haftanın altında ve hemodinamik olarak stabil olan, kanaması az veya olmayan, aktif renal veya karaciğer hastalığı, lökopeni veya trombositopenisi olmayan hastalara uygulanabilmektedir.⁵ Bu amaçla metotraksat sistemik veya lokal olarak kullanılabilen bir ajandır. Lokal metotraksat uygulanmasına bağlı gebelik kesesi kollapsı; sistemik uygulanmasına bağlı olarak ise kemik iliği depresyonu, stomatit, anoreksi, kusma, bulantı, ishal, akut veya kronik hepatotoksisite, pulmoner fibrozis, alopesi ve fotosensitivite görülebilecek yan etkilerdir.⁶ Potasyum klorür ise lokal olarak kese içine enjeksiyon şeklinde uygulanabilecek bir ajandır.⁷

Sonuç olarak servikal gebelik aşırı kanama riski taşıyan bir ektopik gebelik tipidir. Ancak erken gebelik olgularında cerrahi müdahale güvenle uygulanabilir.

Kaynaklar

1. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. *Obstet Gynecol Surv* 1997; 52: 45-59.

2. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM et al. Cervical ectopic pregnancy: Results of conservative treatment. *Radiology* 1994; 191: 773-5.
3. Ectopic pregnancy. In: Speroff L, Glass RH, Kase NG. Editors. *Clinical Endocrinology and Infertility*. Baltimore: Williams & Wilkins. 1994: 947-66.
4. Nelson RM. Bilateral internal iliac artery ligation in cervical pregnancy: conservation of reproductive function. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 15; 134: 145-50.
5. Dreizin DH, Schneider P. Cervical pregnancy. *Am J Surg* 1957; 93: 27-40.
6. Honey L, Leader A, Claman P. Uterine artery embolization: A successful treatment to control bleeding cervical pregnancy with a simultaneous intrauterine gestation. *Hum Reprod* 1999; 14: 553-5.
7. Bai SW, Lee JS, Park JH, Kim JY, Jung KA, Kim SK, Park KH. Failed methotrexate treatment of cervical pregnancy. Predictive factors. *J Reprod Med* 2002; 47: 483-8.
8. Doubilet PM, Benson CB, Frates MC, Ginsburg E. Sonographically guided minimally invasive treatment of unusual ectopic pregnancies. *Ultrasound Med* 2004; 23: 359-70.