



Servikal yetmezlik: Profilaktik ve acil serklajların karşılaştırılması

İbrahim Karaca, Ömer Erkan Yapça, İlhan Bahri Delibaş, Metin İngeç

Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Erzurum

Özet

Amaç: Servikal yetmezlik genellikle gebeliğin ikinci trimesterinde ağrısız servikal dilatasyon ve silinme ile karakterizedir. Bu nedenle, erken doğum ile sonuçlanan gebelik kaybı görülür. Servikal serklaj işlemi gebelikte serviksi kapalı tutmak için rahim boynuna uygulanan dikiş işlemidir. Biz bu çalışmamızda profilaktik, teapötik ve acil servikal serklajların gebeliğin devamına olan katkısını inceledik.

Yöntem: Kliniğimizde Ocak 2006 ile Ocak 2010 tarihleri arasında yapılan 54 servikal serklaj olgusunu retrospektif olarak inceledik. Hastalar üç gruba ayrıldı: Servikal dilatasyonu olmayan, önceden 2 ya da daha fazla abortus yapan veya ağrısız servikal yetmezliğe bağlı oluşan geç ikinci trimester gebelik kaybı bulunan, profilaktik servikal serklaj uygulanan hastalar Grup 1 (n=29), servikal dilatasyonu 2 cm'nin altında veya servikal uzunluğu 15 mm ve altında olan, terapötik servikal serklaj uygulanan hastalar Grup 2 (n=9) ve servikal dilatasyonu 2 cm ve üzerinde olan ve acil serklaj uygulanan hastalar Grup 3'ü (n=16) oluşturdu. Basit olması ve acil şartlarda hızlı yapılabilmesi nedeniyle bütün hastalarda serklaj tekniği olarak Mc Donald usulü serklaj uygulandı. Hastaların yaşı, serklaj uygulanan gebelik haftası, devam etmesi sağlanan gebelik süresi, doğumun gerçekleştiği hafta, bebek doğum ağırlığı, önceki serklaj öyküsü, servikal dilatasyon varlığı ve gelişen komplikasyonlar incelendi.

Bulgular: Profilaktik ve terapötik serklaj karşılaştırıldığında fetal yaşam ve bebek doğum ağırlıkları açısından anlamlı fark saptanmadı. Acil serklaj grubunda gebelik haftası 5.8 hafta uzamıştır. On altı acil serklaj olgusundan 6'sı yaşayabileceği gebelik sınırına ulaşmıştır.

Sonuç: Servikal dilatasyon ve efasman oluşmadan önce uygulanan profilaktik serklaj işlemi en iyi sonucu vermektedir. Acil serklajın profilaktik serklaja oranla başarısı daha düşüktür. Fakat bu işlem dilatasyon ve membranın görüldüğü vakalarda fetal yaşamı kurtarmaya faydası olabilmeye amacıyla uygulanabilir.

Anahtar sözcükler: Serklaj, servikal yetmezlik, preterm doğum.

Cervical incompetence: comparison the prophylactic and therapeutic procedures

Objective: Cervical incompetence is characterized by painless dilation and effacement of the cervix, usually in the second trimester of pregnancy. Therefore, it results in a premature birth and possibly the loss of the baby due to the shortened gestational length. Cervical cerclage is a surgical suture procedure applied on cervix to keep it close during pregnancy. In this study, we aimed to find the role of prophylactic, therapeutic and emergency cerclage procedures in prolongation of pregnancy.

Methods: We retrospectively investigated 54 patients who admitted to our department, between January 2006 and January 2010, and treated with cerclage procedure. We divided patients into 3 groups as Group 1 (n=29) including patients who were treated with prophylactic cervical cerclage; Group 2 (n=9) including patients who had cervical dilatation less than 2 cm or cervical length of 15 mm or less and performed therapeutic cervical cerclage; and Group 3 (n=16): patients who had a cervical dilatation of 2 cm or more and treated with emergency cervical cerclage. Due to its simplicity and possibility of performing it in ambulatory situations more quickly, we chose McDonald cerclage procedure. We investigated the following parameters: patient age, gestational weeks of cerclage procedure, pregnancy prolongation, week of delivery, birth weights, previous cerclage history, cervical dilatation and complications.

Results: Compared to prophylactic and therapeutic cerclage, no significant difference was observed in terms of fetal life and birth weights. Gestation was prolonged for 5.8 weeks in emergency cerclage group. Of 16 emergency cerclage cases, 6 pregnant had reached the viable limit.

Conclusion: Cerclage is best performed prophylactically before cervical dilatation and effacement, emergency cerclage is associated with a lower success rate than prophylactic cerclage. Emergency cerclage operation may be the fetal life-saving at advanced cervical dilatation and membrane cases.

Key words: Cerclage, cervical insufficiency, preterm delivery.



Giriş

Servikal yetmezlik ikinci trimesterde tekrarlayan ve ağrısız servikal dilatasyonu takiben gelişen geç 2. trimester ya da erken 3. trimester gebelik kayıplarıdır.^[1] Proksimal serviksin bağ dokusu göreceli olarak daha azdır. Buna ek olarak servikal bağ dokudaki hiyalüronik asid içeriğindeki su miktarı miad gebelikten önce artarsa serviks yetersizliği oluşmaktadır. Önceki doğumlarda hızlı eylem öyküsü, forseps uygulamaları, konizasyon, derin 'leap' uygulamaları da kazanılmış servikal yetersizliğe neden olabilir.^[2] İnsidansı net olarak bilinmemekle beraber, 1/200 ile 1/2000 doğumda görülmektedir.^[3] ABD'deki preterm doğumların (<37 hafta) %10'undan serviks yetersizliğinin sorumlu olduğu bilinmektedir.^[3]

Tanı sıklıkla önceki gebeliklerden edinilen anamnez bilgileri ve muayene bulguları ile konulmaktadır. Son yıllarda, transvajinal ultrasonografide servikal kanalının uzunluğunun ölçümü tanıda kullanımda yerini almıştır.^[4] Gebelik öncesinde yapılan serviks muayenesinde 8 no'lu Hegar bujisinin servikal kanaldan geçmesi diğer bir tanı yöntemidir.^[1]

Tedavide yatak istirahati, farmakolojik yöntemler, servikal halkalar gibi cerrahi dışı yöntemler de kullanılabilmesine rağmen, vajinal yolla serviksi büzen sütür konması halen en sık kullanılan yöntemdir. McDonald'ın kendi adıyla anılan serklaj tekniğini tanıttısından bu yana, bu teknikle yapılan serklaj işleminin acil durumlarda hızlı yapılabilmesi nedeniyle popülerliği devam etmektedir. Serklaj işleminin preterm doğum oranlarında azalma sağladığı bir gerçektir.^[5]

Biz bu çalışmamızda profilaktik, terapötik ve acil servikal serklajların gebeliğin devamına olan katkısını inceledik.

Yöntem

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na Ocak 2006- Ocak 2010 tarihleri arasında başvuran ve servikal yetmezlik tanısı nedeniyle serklaj operasyonu yapılan 54 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların obstetrik öyküleri, önceki servikal operasyonları kaydedildi. Çoğul gebelik, erken membran rüptürü ve fetal anomali saptanan gebeler çalışmaya alınmadı. Hastalardan servikal kültür ve idrar kültürü alındı. Tüm hastalara işlem hakkında bilgi verilerek, olası riskler anlatıldı ve onayları alındı. Transvajinal ultrasonla servikal uzunluk ve dilatasyon ölçüldü.

Servikal serklaj yapılan hastalar üç gruba ayrıldı: Servikal dilatasyonu olmayan, önceden 2 ve üzeri abortus yapan veya ağrısız servikal yetmezliğe bağlı oluşan geç ikinci trimester gebelik kaybı bulunan hastalar Grup 1 (n=29) olarak gruplandı bu olgulara profilaktik servikal serklaj uygulandı. Mevcut gebeliklerinin takibi sırasında servikal dilatasyonu 2 cm'nin altında olan veya servikal uzunluğu 15 mm ve altında olan gebeler Grup 2 (n=9) hastaları oluşturdu ve bu hastalara terapötik servikal serklaj uygulandı. Gebeliği sırasında servikal dilatasyonu 2 cm ve üzerinde olan servikal yetmezlikli hastalar Grup 3 (n=16) olup bu olgulara da acil serklaj uygulandı.

Tüm olgularda, dorsal litotomi pozisyonunda spinal anestezi veya indüksiyon anestezisi altında mersilen tape (5 mm, 1/2 yuvarlak *blunt point* çift iğne) ile McDonald usulü servikal serklaj işlemi uygulandı. İşlem öncesi hastalara tek doz 1 g sefazolin profilaksisi ve rektal indometazin, işlem sonrası tüm hastalara yatak istirahati ve hidrasyon tedavisine başlandı.

Serklaj yapılan hastalarda en sık karşılaşılan komplikasyonlar, koryoamnionit, erken membran rüptürü, prematür kontraksiyonlardır. Karşılaştığımız komplikasyonlar not edildi. Hastaların serklaj ipi erken doğum eylemi durumunda eylemin başında ya da 38. gebelik haftasında veya sezaryene alınanlarda hemen operasyonu müteakiben alındı. İstatistiksel değerlendirilmede SPSS 10 kullanılarak ANOVA testi yapıldı, p<0.05 değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Servikal serklaj uygulanan hastaların demografik özellikler **Tablo 1**'de görülmektedir. Her 3 hasta grubu maternal yaş, gravida, parite ve önceki abortus sayıları açısından benzerdi. Hastaların klinik bulguları ve sonuçları ise **Tablo 2**'de görülmektedir. İşlem öncesi tespit edilen ortalama servikal açıklık, acil serklaj uyguladığımız grupta diğer iki gruba göre anlamlı olarak daha fazla idi (p<0.001). Serklaj işlemi esnasındaki gestasyonel hafta terapötik ve acil serklaj grubunda benzer iken, profilaktik grupta ise diğer iki gruba göre daha düşük idi (p<0.001). Acil serklaj yapılan grubun ortalama doğum haftası belirgin olarak daha düşük olup (p<0.01) fetal doğum ağırlığı da diğer iki gruba göre daha az idi (p<0.001).

Grupların serklaj işlemi sonrası doğuma kadar geçen süreleri birbirlerinden farklı idi. Gebelik uzaması en fazla profilaktik serklaj grubunda sağlanırken, acil serklaj grubunda 5.8 haftalık gebelik uzaması elde edildi (p<0.01). Profilaktik serklaj yapılan 29 gebeden ikisi

Tablo 1. Hastaların demografik özellikleri.

	Grup 1 (n=29)	Grup 2 (n=9)	Grup 3 (n=16)	p
Yaş	30.6±1	32.7±1.5	29.8±1.3	0.421
Gravida	>4	>4	>4	0.576
Parite	>1	>1	>1	0.338
Abortus	>1	>1	>2	0.866
Yaşayan	<1	<1	<1	0.466

erken membran rüptürü nedeniyle 28. haftadan önce doğum yaptı. Acil serklaj grubu hastalarının hiç birinde gebelik 36. haftayı geçmedi. Diğer taraftan profilaktik serklaj grubunda toplam 22 hastanın gebeliği 36. haftaya ulaştı (**Tablo 2**).

En sık karşılaşılan komplikasyonlardan biri olan erken membran rüptürü Grup 2 ve 3'deki hastaların yarısına yakınında ilk bir haftada gelişti. Grup 1 ve 3'deki birer hastada ise koryoamniyonit geliştiği tespit edildi (**Tablo 3**). Serklaj yapılan 54 hastanın 14'ünde (%25) önceki gebeliklerinde serklaj öyküsü mevcuttu. Serklaj öyküsü olan ve acil serklaj uygulanan iki hastanın birinde korioamniyonit, diğerinde ise erken membran rüptürü gelişti. Serklaj öyküsü olan ve terapötik serklaj uyguladığımız 4 hastanın ikisi, preterm uterin kontraksiyonların tokolitik tedaviye yanıt vermemesi nedeniyle 30. haftada ve 34. haftada erken doğum yaptılar. Diğer iki hasta terme ulaştı. Serklaj öyküsü olan ve profilaktik serklaj yaptığımız 8 hastanın tamamı 36. haftadan son-

ra doğum yaptı. Acil serklaj yaptığımız hastaların hospitalizasyon süresi, diğer gruptaki hastalara göre daha uzun idi (Grup 1'de 2.1±0.6 gün, Grup 2'de 2.3±0.7 gün, Grup 3'de 4.2±0.7 gün).

Hastalarımızın %78'inde vajinal yol, %22'sinde sezaryenle doğum gerçekleştirildi. Gebelik sonuçlarına bakıldığında abortus oranı %16, preterm doğum oranı %27, terme ulaşan gebelik oranı %48 idi.

Tartışma

Servikal yetmezlik insidansı teşhisteki sorunlar nedeniyle net olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan serklaj işlem oranlarına bakıldığında doğum başına 1/180'den 1/1800'e kadar değişiklik göstermektedir.^[6] Yapılan çalışmaların sonuçları incelendiğinde servikal yetmezliğin en önemli sebepleri konizasyon, loop elektrocerrahi eksizyon işlemleri, gebelik sonlandırması sırasında serviksin aşırı dilate edilmesi veya obstetrik lasestasyonlara maruz kalması gibi serviksin travmaya uğ-

Tablo 2. Hastaların klinik verileri ve serklaj uygulaması sonuçları.

	Grup 1 (n=29)	Grup 2 (n=9)	Grup 3 (n=16)	p
Servikal dilatasyon (cm)	Yok	0.94±0.13	2.30±0.19	0.001
Serklaj işlemindeki gebelik haftası	15.2±0.3	18.0±1.2	19.5±1.0	0.001
Doğum haftası	36.0±0.6	33.3±1.6	25.4±1.3	0.01
Serklaj ile doğum arasındaki süre (hafta)	20.8±0.7	15.3±1.5	5.8±1.4	0.001
Doğum ağırlığı (gram)	2785.86±131.58	2433.33±330.72	1005.62±205.31	0.001
Erken doğum (<28 hafta)	2 (%3)	1 (%2)	10 (%18)	
Erken doğum (28-32 hafta)	0	2 (%3)	4 (%7)	
Erken doğum (32-36 hafta)	5 (%9)	2 (%3)	2 (%3)	
Doğum (>36 hafta)	22 (%40)	4 (%7)	0	

Tablo 3. Serklaj işlemi sonrası gözlenen komplikasyonlar.

	Grup 1 (n=29)	Grup 2 (n=9)	Grup 3 (n=16)
Prematür kontraksiyonlar	5 (%20)	2 (%8)	2 (%8)
Erken membran rüptürü	3 (%12)	4 (%16)	7 (%28)
Korioamnionit	1 (%4)	0	1 (%4)

raması görülmektedir. Konjenital anomaliler ve in utero dietilstilbestrolde (DES) rol oynamaktadır.^[7] Halen en önemli teşhis yöntemi eski obstetrik öyküdür.

Serklaj işlemi çoğunlukla ilk trimester sonunda servikal yetmezlikten şüphelenilen hastalara profilaktik olarak uygulanmaktadır. Bazı olgularda servikal yetmezlik durumuna, gebeliğin ilerleyen dönemlerinde tanı konulmaktadır. Bu durumda yapılan serklaj işlemi, dilatasyon ve efasmanın derecesine göre terapötik veya acil olarak adlandırılmaktadır. Servikal açıklık yoluyla amnion membranın vajene doğru yer değiştirmesi durumunda membran rüptürü olasılığı ileri derecede artmakta ve gebelik, abortus veya prematür doğum ile sonuçlanabilmektedir. Bu olgularda acil serklaj işlemi, gebeliğin ileri haftalara ulaştırılmasını sağlamak için faydalı olabilmektedir. Acil serklaj işlemi yatak istirahati ile karşılaştıran prospektif bir çalışmada serklaj işleminin doğum ağırlığı ve haftası açısından yatak istirahata oranla önemli derecede iyi sonuç verdiği gösterilmiştir.^[8]

Acil şartlarda serklaj uygulanan hastalarda doğum haftası, gebelik süresinin uzaması, bebeklerin doğum kiloları profilaktik yapılan serklajlara göre anlamlı olarak az bulunmuştur. Servikal dilatasyon bu durumun en önemli sebebi olarak gösterilmiştir.^[9] Serklaj uyguladığımız olgular arasında profilaktik serklaj grubunda başarı oranı en yüksek seviyede iken, terapötik grupta başarı oranı daha düşük olup, acil serklaj uygulanan hastalarda en düşük seviyede idi. Bizim sonuçlarımızda, servikal açıklığın artışı ile başarı oranının düştüğünü göstermektedir.

Olgularımızda acil serklaj grubunda gebelik haftası 5.8 hafta uzamış olup, 16 acil serklaj olgusundan 6'sı viabl gebelik sınırına ulaşmıştır. Yaşam sınırında olmayan gebelikler için bu süre önemli bir kazanım olarak görülmektedir. Hastalarımızda profilaktik ve terapötik serklaj yapılan her iki grupta da fetal sağ kalım ve bebek doğum ağırlıkları açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Gruplara göre hastaların serklaj sonrası hastanede yatış sürelerini karşılaştırdığımızda en uzun yatış

süresi acil serklajlarda bulunmuştur (4.2±0.7 gün). Bu durum hastaların ek tokoliz gereksiniminden kaynaklanmaktadır. Servikal serklaj işlemi sırasında ve sonrasında tokolitik ilaç kullanılması yönünde yapılmış randomize çalışma bulunmamaktadır. Hastalarımıza serklaj işlemi öncesi rektal tek doz indometazin 100 mg verildi. Elli dört hastanın 19'una operasyon sonrası tokolitik tedavi başlandı. Bu hastaların %57'sini acil serklaj olguları oluşturmaktaydı.

Serklaj yapılan hastalarda en sık karşılaşılan komplikasyonlar, koryoamnionit, erken membran rüptürü, prematür kontraksiyonlar ve servikovajinal fistüldür.^[9,10] Çalışmamızda serklaj uygulanan 54 hastanın 9'unda prematür uterin kontraksiyonlar, 14'ünde erken membran rüptürü ve 2'sinde koryoamnionit geliştiği izlendi. Bu komplikasyonların en sık izlendiği olgular, acil serklaj uygulananlar idi. Terapötik serklaj uygulanan hastaların sayısının az olması nedeniyle komplikasyonlara yönelik yorum yapmak güçtür.

Son 20 yılda yapılan çalışmalarda preterm ve term doğum yapan gebelerin servikal ultrason bulguları incelenmiştir. Özellikle ikinci trimester veya erken üçüncü trimester gebelik kayıpları olan gebelerde seri transvajinal ultrasonografik servikal uzunluk ölçümü yapılması servikal yetmezliğin tanınması için önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir.^[11] Son çalışmalarda vajinal progesteron tedavisinin, özellikle servikal uzunluğu 20 mm'den az ölçülen gebelerde 28. haftadan önce doğum yapma oranlarını önemli ölçüde azaltmakta olduğu saptanmıştır.^[12]

Sonuç

Sonuç olarak, servikal dilatasyon miktarı arttıkça, serklaj işlemlerinde başarı oranları düşmektedir. Erken tanı ile yapılacak serklaj işlemi ile gebelik süresinde uzama sağlanabilmekte ve fetal yaşam oranlarında artış sağlanabilmektedir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Simcox R, Shennan A. Cervical cerclage: a review. *Int J Surg* 2007;5:205-9.
2. Shellhaas CS, Iams JD. Ambulatory management of preterm labor. *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:491-502.
3. American Collage of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No: 48. Cervical Insufficiency. *Obstet Gynecol* 2003;102:1091-9.
4. Rao A, Celik E, Poggi S, Poon L, Nicolaides KH. Cervical length and maternal factors in expectantly managed prolonged pregnancy: prediction of onset of labor and mode of delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;32:646-51.
5. McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1957;64:346-50.
6. Harger JH. Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. *Obstet Gynecol* 1980;56:543-8.
7. Giraldo-Isaza MA, Fried GP, Hegarty SE, Suescum-Diaz MA, Cohen AW, Berghella V. Comparison of 2 stitches vs 1 stitch for transvaginal cervical cerclage for preterm birth prevention. *Am J Obstet Gynecol* 2012;12:178-83.
8. Macdonald R, Smith P, Vyas S. Cervical incompetence: the use of transvaginal sonography to provide an objective diagnosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:211-6.
9. Wu MY, Yang YS, Huang CS, Lee TY, Ho HN. Emergent and elective cervical cerclage for cervical incompetence. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;54:23-9.
10. Wong GP, Farquharson DF, Dansereau J. Emergency cervical cerclage: a retrospective review of 51 cases. *Am J Perinatol* 1993;10:341-5.
11. Göğşen M, Kaya S. Acil McDonald serklaj uygulamaları: olgu serisi ve literatürün gözden geçirilmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2010;7:202-5.
12. Hassan SS, Romero R, Vidyadhari D, Fusey S, Baxter JK, Khandelwal M, et al. Vaginal progesterone reduces the rate of preterm birth in women with a sonographic short cervix: a multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;38:18-31.