



Servikal yetmezlikte modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj: 16 olgunun analizi

Ebru Çelik Kavak¹, Salih Burçin Kavak¹, Yakup Baykuş², Hüsnü Çelik³

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

²Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars

³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Adana

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj uygulanan 16 olgunun retrospektif olarak değerlendirilmesidir.

Yöntem: Başarısız vajinal serklaj öyküsü bulunan ve abdominal serviko-istmik serklaj uygulanan olgular retrospektif olarak analiz edildi. Olguların sosyodemografik özellikleri, operasyon esnasında ve sonrasında karşılaşılan sorunlar ile gebelik sonuçları hasta dosyaları incelenerek kayıt altına alındı. Verilerin istatistiksel analizi için tanımlayıcı metodlar kullanıldı.

Bulgular: Olguların hiçbirinde intraoperatif komplikasyon gelişmedi. Operasyonun uygulandığı ortalama gebelik haftası 14±4 gün, ortalama doğum haftası 34.4±6 gün olarak tespit edildi. %81.25 olguda gebelik 34 hafta ve üzerine ulaştı. İki olguda erken membran rüptürü gelişti ve bu gebelikler anterior histerotomi ile sonlandırıldı. İşlem sonrası erken dönemde komplikasyon gelişme oranı %12.5 olarak tespit edildi. Bir olguda operasyondan 12 hafta sonra (29. gebelik haftasında), preterm eylem ortaya çıktı, tokolitik tedaviye yanıt alınmadı ve sezaryen ile doğum yaptırıldı. Tüm hastalara sezaryen ile doğum yaptırıldı ve işlem sonunda eve canlı bebek götürme oranı %87.5 olarak tespit edildi.

Sonuç: Modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj uygulaması, vajinal girişim için uygun olmayan olgularda, başarılı perinatal sonuçlar alınabilecek bir girişim olarak görünmektedir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj, canlı doğum.

Abstract: Modified transabdominal cervico-isthmio- cerclage: analysis of 16 cases

Objective: The aim of the study is to evaluate 16 cases retrospectively who underwent modified transabdominal cervico-isthmio- cerclage.

Methods: The cases that had unsuccessful vaginal cerclage history and underwent abdominal cervico-isthmio- cerclage were analyzed retrospectively. Sociodemographic characteristics of the cases, problems encountered during and after the operation and gestational outcomes were recorded by investigating patient files. Descriptive methods were used for the statistical analysis of the data.

Results: None of the cases developed intraoperative complication. Mean week of gestation and mean week of delivery for the operation were found as 14±4 and 34.4±6 days, respectively. Gestation reached to 34 weeks and above in 81.25% of the cases. Premature rupture of membrane developed in two cases and these pregnancies were terminated with anterior hysterectomy. The rate of complication at early period after the operation was found as 12.5%. Preterm labor occurred in one case after 12 weeks (at 29 weeks of gestation) following the operation; there was no response to the tocolytic treatment, therefore cesarean section was performed. All patients had cesarean section and the rate of live birth after the operation was 87.5%.

Conclusion: Modified transabdominal cervico-isthmio- cerclage practice is considered as an initiative to get successful perinatal outcomes in cases which are inappropriate for vaginal approach.

Keywords: Live birth, modified transabdominal cervico-isthmio- cerclage, pregnancy.

Giriş

“Servikal yetmezlik” veya “erken servikal dilatasyon” ikinci trimester gebelik kayıplarının önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Gebeliğin ikinci trimesterinde veya er-

ken üçüncü trimesterde serviksin ağrısız dilatasyonunu takiben, membranların yırtılması ve henüz yaşayabilecek olgunluğa ulaşmamış fetüsün atılması ile sonuçlanan bir durumdur.^[1] İnsidansı net olarak bilinmemekle birlikte

Yazışma adresi: Dr. Salih Burçin Kavak, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ. e-posta: burcinkavak1@gmail.com

Geliş tarihi: 23 Nisan 2016; **Kabul tarihi:** 17 Haziran 2016

Bu çalışma 15. Ulusal Perinatoloji Kongresinde (15-18 Ekim 2015, Muğla) poster tebliği olarak sunulmuştur.

Bu yazının atf künyesi: Çelik Kavak E, Kavak SB, Baykuş Y, Çelik H. Modified transabdominal cervico-isthmio- cerclage: analysis of 16 cases. Perinatal Journal 2016;24(2):96-99.

©2016 Perinatal Tıp Vakfı

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20160242007
doi:10.2399/prn.16.0242007
Karekod (Quick Response) Code:



deomed®

tüm gebeliklerin %0.1–1’inde, iki veya daha fazla gebelik kaybı yaşayan kadınların ise %8’inde izlenir.^[2] Tanısı genelde anamnez ve klinik muayene ile konur. Gebelik öncesi tanı amaçlı histerografi, servikal dilatatörler veya kateter balonları kullanılabilirken, gebelikte tek tanı metodu transvajinal ultrasonografidir.

Servikal yetmezlik tedavisinde uygulanan yatak istirahati, pesser uygulamaları ve farmakolojik ajanlar gibi cerrahi olmayan yöntemlerin başarısı net olarak ortaya konamamıştır ve servikal yetmezliğin günümüzde etkinliği tanımlanmış tedavi şekli transvajinal veya abdominal yol ile servikse, serklaj adı verilen kapatıcı sütür konulmasıdır.^[3]

Transvajinal serklaj 1950’lerde Hindistan’dan Shirodkar ve Avustralya’dan McDonald tarafından önerildiğinden bu yana kullanılmakta olup, başarı oranı yüksektir.^[4,5] Servikal yetmezlik öyküsü olup konjenital kısa servikse sahip veya cerrahi olarak ampüte serviksi olanlara transvajinal serklajın uygulanamaması nedeniyle, 1965 yılında Benson ve Durfee tarafından transabdominal servikoistmik serklaj olarak bilinen, serklajın transabdominal yol ile servikoistmik bölgeye yerleştirilmesi önerilmiştir.^[6] Bu prosedür Novy tarafından daha popüler hale getirilmiş ve endikasyonları genişletilerek, geçirilmiş başarısız serklajlar başta olmak üzere servikte doku kaybına neden olan geniş konizasyonlara ve düşük sonrası ortaya çıkan servikovajinal fistüllü olgulara da uygulanması önerilmiştir.^[7] Bu yöntem ile %82 ile %95 arasında değişen fetal sağkalım bildirilmiştir.^[8,9]

Çalışmamızda kliniğimizde modifiye transabdominal serviko-istmik serklaj operasyonu uygulanan hastaların retrospektif analizi sunulmaktadır.

Yöntem

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı’na 2003–2014 tarihleri arasında başvuran abdominal servikal serklaj gerektiren ve

modifiye transabdominal servikoistmik serklaj uygulanan 16 hasta sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları gebelik sayıları, gebelik haftaları kaydedildi.

Tüm hastalara Benson ve Durfee tarafından tanımlanan abdominal servikoistmik serklajın kısmen modifiye edilmiş versiyonu uygulandı.^[6] Özetleyecek olursak operasyon genel anestezi altında uygulanmış ve transvers insizyon ile batına ulaşıldı. Batına ulaşıldıktan sonra, serviko-istmik bölgedeki ön periton disseke edilmiş ve 5 mm Mersilen tape, uterin damarlar laterale doğru disseke edilmeden servikoistmik bölgedeki myometri-umdan geçirilerek önde sıkıca bağlandı. İşlem öncesi tüm hastalara 1 g sefazolin profleksisi yapıldı, işlem sonrası yatak istirahati ve hidrasyon tedavisi uygulandı. İşlem sırasında ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonlar ameliyat notlarından bulundu. İstatistiksel analiz için tanımlayıcı metodlar kullanıldı.

Bulgular

Modifiye transabdominal servikoistmik serklaj uygulanan hastaların demografik özellikleri ve operasyona ait bulgu ve sonuçlar **Tablo 1**’de görülmektedir. Hiçbir hastaya acil serklaj operasyonu uygulanmadı. Hiçbir hastada konjenital serviks hipoplazisi veya yokluğu bulunmayıp tüm hastalarda başarısız vajinal serklaj öyküsü olduğu tespit edildi. Sadece bir olgunun, yaşayan bir çocuğu vardı. Abdominal serklaj operasyonu sırasında hiçbir hastada majör komplikasyon tesbit edilmedi, aynı hastalarda yapılan sezaryen operasyonları esnasında da komplikasyon ile karşılaşılmadı. Operasyonun uygulandığı gebelik haftası ortalama 14±4 gün, ortalama doğum haftası 34.4±6 gündü. Olguların %81.25’inde gebelik 34 hafta ve üzerine ulaşmıştı. İki olguda erken membran rüptürü gelişti. Bunlardan birinde operasyondan 4 gün sonra (17 hafta 3 gün), diğesinde ise operasyondan 4 hafta sonra (20 hafta 4 gün) erken membran rüptürü ve anhidramniyos gelişmesi sonucu bu gebelikler anterior histe-

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri ve operasyona ait bulgu ve sonuçları.

Olgu sayısı	16
Yaş (yıl)	27.6±5
Ortalama gebelik sayısı	3.4±2
Operasyon esnasında ortalama gebelik haftası	14±4
Doğumdaki ortalama gebelik haftası	34.4±6
Perinatal sonuç	Bir olguda erken preterm eylem ve doğum

rotomi ile sonlandırıldı. Bir olguda operasyondan 12 hafta sonra, gebeliğin 29. haftasında preterm eylem ortaya çıktı, tokolitik tedaviye yanıt alınamadı ve sezaryen ile doğum yaptırıldı. Tüm hastalara sezaryen ile doğum yaptırılmış olup işlem sonunda eve canlı bebek götürme oranı %87.5 idi.

Tartışma

Servikal yetmezlik tanısında obstetrik hikaye halen en önemli ayrıntıdır ve klasik olarak hastalar tekrarlayan ikinci trimester gebelik kaybı öyküsü verirler. Tanı metodlarında standardizasyonun olmaması nedeniyle serklaj operasyonu uygulama oranı yapılan doğum başına 1/180 ile 1/1800 arasında değişir.^[10] Yapılan çalışmalar incelendiğinde servikal yetmezliğin en önemli nedenleri gebelik sonlandırılması sırasında serviksin aşırı dilate edilmesi, obstetrik laserasyonlar, konizasyon, *loop* elektrocerrahi eksizyon (LEEP) işlemleri gibi müdahaleler ile serviksin travmaya uğramasıdır.

Servikal yetersizliğin tedavisi cerrahidir ve zayıf serviksin bir çeşit kese ağzı sütürü ile güçlendirilmesini içerir. Servikal sütürün ilk trimester sonrası planlı olarak konması profilaktik (primer), servikal değişikliklerin izlenmesinden sonra konması terapötik (sekonder) ve ilerlemiş silinme-dilatasyon ve prolabe membranlar oluşumundan sonra konmasına da acil (tersiyer) serklaj denmektedir.^[11] Bizim hastalarımızın hepsine primer serklaj uygulanmıştır.

Abdominal serklaj gebelik öncesi veya gebelik esnasında uygulanabilir.^[12] Prekonsepsiyonel dönemde daha iyi bir görüş alanı sağlandığı gibi kanama gibi riskler de daha azdır. İlk trimesterden sonra serklajın yerleştirilmesi istenmez çünkü büyüyen korpustan dolayı istmusa ulaşmak zorlaşır ve uterusu yapılacak manipülasyonlar gebelik komplikasyonlarına neden olabilir. Prekonsepsiyonel ve postkonsepsiyonel uygulamaların başarısını karşılaştıran randomize çalışmalar olmasa da 1990 ve 2013 yılları arasında yayınlanmış abdominal serklaj olgularının gözden geçirildiği bir metaanalizde benzer canlı doğum oranları rapor edilmiştir.^[13] Biz tüm hastalarımıza postkonsepsiyonel dönemde serklaj uyguladık çünkü hastalar postkonsepsiyonel dönemde hastanemize refere edilmişlerdi ve ortalama serklaj haftası 14±4 idi.

Abdominal serklajın, vajinal serklaja göre sütürün daha yukarıya internal os seviyesine yerleştirilebilme, sütür kayma ihtimalinde azalma, vajende enfeksiyona zemin hazırlayacak bir yabancı cisim bulunmaması ve yerinde

birakılan sütürün sonraki gebeliklerde de servikal yetmezliği önleme gibi üstünlükleri vardır.^[14] Bu yöntemin en önemli dezavantajı ise gebelik boyunca iki kez laparotomiye ihtiyaç duyulmasıdır. Bizim de iki hastamızda erken membran ruptürü ve anhidramniyos gelişmesi nedeniyle anterior histerotomi yapılarak gebelik sonlandırılmıştır.

Abdominal serklaj yapılan hastalarda karşılaşılan majör intraoperatif komplikasyon komşu damarların travmatize olması sonucu kanamanın ortaya çıkmasıdır ve bu komplikasyon; cerrahi girişimi, damarların daha ince olduğu prekonsepsiyonel dönemde uygulayarak azaltılabilir.^[15] Olgu serileri veya sunumlarında tanımlanan komplikasyonlar fetal ölüm, intrauterin gelişme geriliği, sütür migrasyonu, enfeksiyon, prematür doğum, membranların prematür ruptürü, uterin ruptür ve rektovajinal fistüldür.^[16,17] Bizim serimizde iki hastada işlem sonrası erken membran ruptürü ve anhidramniyos ve bir hastada 29. gebelik haftasında durdurulamayan eylem nedeniyle erken doğum olmuştu. İşlem sırasında uygulanan modifiye teknik ile uterin damarların lateralize edilmesine gerek kalmadığı için bu damarların travmasına bağlı majör bir kanama da ortaya çıkmamıştır. Modifiye transabdominal servikoistmik serklaj operasyonunun bir üstünlüğü de, sütürün dokudan geçmesi nedeniyle kayma riskinin hiç olmamasıdır.

Çalışmamızda 17- α hidroksiprogesteron gibi herhangi bir medikasyon, gebelik süresince serklaj uygulanan hastalara rutin olarak uygulanmamıştır. Sadece bir hastada eylem başladıktan sonra tokoliz uygulanmış ancak başarılı olunamamıştır. Yani çalışmada sunulan başarı sadece uygulanan cerrahi metoda bağlıdır.

Tüm viable gebelikler sezaryen ile sonlandırılmıştır. Uterus kesileri serklaj sütürünün üstünden yapılmıştır. Hastalarımızın hepsi tekrar gebelik planlıyor olduklarından hiçbirinden sezaryen sırasında sütür alınmamıştır. Başka yayınlarda hasta tekrar gebelik planladığında hasta gebelik isteğinden emin olmadığında dahi sütürü almayıp yerinde bırakmayı tavsiye edilmektedir.^[18] Hastalarımızın takip eden hayatlarındaki obstetrik öyküleriyle ilgili bilgilere ise ulaşamamıştır.

Sonuç

Çalışmamız retrospektif özellikte olup ayrı bir kontrol grubu mevcut değildir. Bu durum çalışmamızın kısıtlayıcı özelliğidir. Öte yandan abdominal serklaj işlemine aday olan olgularda, prospektif randomize kon-

trollü bir çalışma planlamak etik olarak uygun değildir. Çalışmamız, modifiye transabdominal servikoistmik serklaj ile düşük komplikasyon oranının eşlik ettiği yüksek fetal sağ kalıma ulaşılabilindiğini göstermiştir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Simcox R, Shennan A. Cervical cerclage: a review. *Int J Surg* 2007;5:205-9.
2. Scarantino SE, Reilly JG, Moretti ML, Pillari VT. Laparoscopic removal of a transabdominal cervical cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1086-8.
3. Newcomer J. Pessaries for the treatment of incompetent cervix and premature delivery. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:443-8.
4. Shirodkar VN. A new method of operative treatment for habitual abortions in the second trimester of pregnancy. *Antiseptic* 1955;52:299-300.
5. McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1957;64:346-50.
6. Benson RC, Durfee RB. Transabdominal cervico uterine cerclage during pregnancy for the treatment of cervical incompetency. *Obstet Gynecol* 1965;25:145-55.
7. Novy MJ. Transabdominal cervicoisthmie cerclage for the management of repetitive abortion and premature delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1982;143:44-54.
8. Fick AL, Caughey AB, Parer JT. Transabdominal cerclage: can we predict who fails? *J Matern Fetal Neonatal Med* 2007;20:63-7.
9. Anthony GS, Walker R G, Cameron AD, Price J L, Walker JJ, Calder AA. Transabdominal cervico-isthmie cerclage in the management of cervical incompetence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;72:127-30.
10. Harger JH. Comparison of success and morbidity in cervical cerclage procedures. *Obstet Gynecol* 1980;56:543-8.
11. Rust OA, Roberts WE. Does cerclage prevent preterm birth? *Obstet Gynecol Clin North Am* 2005;32:441-56.
12. Burger NB, Einarsson JI, Brölmann HA, Vree FE, McElrath TF, Huirne JA. Preconceptional laparoscopic abdominal cerclage: a multicenter cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:273.e1-12.
13. Tulandi T, Alghanaim N, Hakeem G, Tan X. Pre and post-conceptional abdominal cerclage by laparoscopy or laparotomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2014;21:987-93.
14. Herron MA, Parer JT. Transabdominal cerclage for fetal wastage due to cervical incompetence. *Obstet Gynecol* 1988;71:865-8.
15. Norwitz ER, Lee DM, Goldstein DP. Transabdominal cervico-isthmie cerclage: placing the stitch before conception. *Journal of Gynecologic Techniques* 1997;3:53.
16. Debbs RH, DeLa Vega GA, Pearson S, Sehdev H, Marchiano D, Ludmir J. Transabdominal cerclage after comprehensive evaluation of women with previous unsuccessful transvaginal cerclage. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:317.e1-4.
17. Foster TL, Moore ES, Summers JE. Operative complications and fetal morbidity encountered in 300 prophylactic transabdominal cervical cerclage procedures by one obstetric surgeon. *J Obstet Gynaecol* 2011;31:713-7.
18. Gibb DM, Salaria DA. Transabdominal cervicoisthmie cerclage in the management of recurrent second trimester miscarriage and preterm delivery. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:802-6.