

## SERVİKAL GEBELİK ANALİZİ : BİR VAKA TAKDİMİ VE LİTERATÜR TARAMASI

Dr. Vedat DAYICIOĞLU (\*) Dr. Kemâl LAKAY (\*\*)  
Dr. Hidâyet HOROZOĞLU (\*\*\*)

### ÖZET

Zeynep-Kâmil Hastanesi'nde tanı-tedavisi yapılan bir servikal gebelik vakası sunuldu ve ilgili literatür gözden geçirildi.

Daha önceleri doğum hekiminin meslek yaşamı boyunca karşılaşmayabileceği kadar nadir görülen ve karşılaşmış olanların da tekrar karşılaşmamayı diledikleri bu yüksek riskli patolojik gebeliğin son yıllarda giderek artan sayıda görülmesinin nedenleri; tanı, takip, tedavisi tartışıldı.

### SUMMARY

One case of cervical pregnancy that we made diagnosis and management in Zeynep-Kâmil Hospital in October 1985 is presented and the recent literature are reviewed.

They said before that most obstetricians would never see a cervical pregnancy and those who did encounter the complication would wish they had not. Reasons of the rising incidence; early confirmation of the clinical diagnosis and management of this high risk pathological pregnancy is discussed.

- (\*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Şef Muavini.  
(\*\*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Şef Muavini.  
(\*\*\*) Zeynep-Kâmil Hastanesi Şef Muavini.

## VAKA RAPORU

G. T., Prot. : 38966-3726; 39 yaşında iki çocuklu olup; fazla vaginal kanama yakınmasıyla hastanemize başvurdu. Son âdetini ağustosta gördüğü, 1 ekimde başlayan, kendi ifadesine göre gecikmeli âdetinin; on gün devam ettikten sonraki günlerde artması üzerine hastanemize geldiği, ağrısının hiç olmadığı öğrenildi.

Pelvik muayenesinde; eksternal servikal osun 5×5 cm. boyutlarda açık; hiperemik, gergin görünümde olduğunu ve servikal açıklıktan vagene doğru şişkinlik gösteren kırmızı renkli homojen kitle varlığını tespit ettik. Kitlenin hysterometri ile çepeçevre kontrolünde; kolum ile kolluma her yönde ve tamamiyle yapışık patolojik kitle arasına girilemedi. Bimanuel muayenede; küre şeklinde, yaklaşık beş santim çapta, kısmen yumuşka olan kitle; üzerinde normal sertlik ve normalin üst sınırında irilikteki uterin korpus ile devam etmekteydi.

Servikal ektopik gebelik; myom + gebelik ön tanılarıyla, patolojik servikal kitlenin ortasından biyopsi aldık. Sonucu, «Dejenerasyon gösteren koryon villusları» olarak rapor edildi. Hastaneye müracaatının üçüncü gününde vakayı ameliyata aldık : Vaginal yaklaşımla, servikalde görülen kitle, ortasından perfore edilip vinter pensi ile parçalar halinde koparılıp çıkarılıp, servikal duvarlar kürete edildi. Dört nolu küretle, dilatasyon yapılmadan internal osdan uterin kaviteye girilip ayrıca kürete edildi. Uterin kavite regülerdi ve az miktarda desidual görünümlü materyal geldi. Hemostaz, servikal açıklığa ve vagene rulo tamponlar konularak sağlandı. Servikla ve uterin kavitelere alınan spesmenler ayrı olarak patolojiye gönderildi. Patoloji raporu, klinik tanımıza uygundu.

## TARTIŞMA

Servikal gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir şekli olup, ovumun internal os düzeyinin altında servikal mukozaya implante olmasıdır (1, 4, 5, 8). Burada servikal gebeliğin, servikoistmik gebelik hariç tutularak değerlendirildiği göz önünde tutulmalıdır (5).

Fertilize ovumun aşağılarda implante oluşuyla ilgili olarak bilinen ilk rapor; 1817'de Sir Everard Home tarafından sunulmuştur (1, 5). Servikal gebelik terimi, ilk olarak 1860'da Viyanalı patolog Rokitansky tarafından kullanılmıştır (5). 1887'de Tarnier; ilk servikal gebelik ol-

duğu kanıtlanmış vakayı sundu ki bu vakanın canlı term fetüsün doğumuyla ve fatal sonuçlandığı belirtilmiştir (4, 5).

Servikal gebeliğin gerçek insidansını tayin güçtür. Çünkü bu gebeliklerin birçoğu, çok erken dönemlerde, uygunsuz nidasyon yeri yüzünden; daha servikal gebelik olduğu farkedilmeden abortusla sonuçlanmaktadır (5, 8). Diğer yandan, rapor edilen vakaların birçoğu da, tanı için geçerli kriterleri tam anlamıyla taşımamaktadır (5).

1945'de Studdiford, dünya literatür taraması yapıp, ikisi kendisine ait olmak üzere 16 vaka bildirmiştir (5). Connor, supraservikal histerektomi ameliyatı sonrası servikal stumpa oluşan servikal gebelik vakasıyla literatürde tek olarak yer almıştır (4). 1961'de Thomsen, literatürde kayıtlı 80 vaka olduğunu belirtmiştir (4). 1963'de Sheldon; Mayo Klinik'te onbeş yıllık süredeki servikal gebelik insidansını 1/16.000 gebelik olarak bildirdi (4, 8). 1966'da Dees; rapor edilmiş servikal gebelik insidansının 1/18.000 olduğunu öne sürdü (3, 4, 7).

En yüksek servikal gebelik insidansı Japonya'dan rapor edildi. Shingawa ve Nagayama, 1969'da her bin gebelikte bir servikal gebeliğe rastlandığını öne sürdüler (3, 4, 7, 8). Ondokuz tanesi kendilerine ait olmak üzere yüz vaka yayınlanmış olduğunu belirttiler (5). 1953 - 1979 yılları arasındaki sürede Japon medikla literatürüne 200'den fazla vakanın girdiği bildirilmiştir (9).

Literatürdeki yayınlardan, servikal gebelik insidansının; Shingawa'nın 1/1.000 rakamından; diğer bazılarının 1/95.000 rakamına kadar geniş bir sınır içinde yer aldığı görülmekle beraber; geniş serilerde 1/16.000 ilâ 1/18.000 gebelikte bildirildiği anlaşılmaktadır.

Etyolojisi bilinmemekte olup spekülasyonlara dayandırılabilir (5). Studdiford; fertilize ovumun hızlı transportu ve böylece daha nidasyon yeteneğini kazanmadan servikal kanala girmiş olabileceği görüşünü ileri sürmüştür (5, 8). Sorumlu tutulan diğer faktörler arasında; önceye ait uterin cerrahi travma, uterin malformasyonlar, uterin atrofi, myomlar, intrauterin araçlar, oral kontraseptifler, abortuslar, multiparite ve ileri yaş sayılabilir (4, 5, 7, 8). Diğer yandan, Shinagawa ve Nagayama, Japonya'da keskin küretajla yapılan induced abortuslarla, daha sonra yüksek insidansla servikal gebelikte karşılaşılması arasında yakın ilişki olduğunu ileri sürmüşlerdir (3, 4, 5, 7, 8, 9).

Anatomopatolojik açıdan bakıldığında; 1911'de Rubin'in öne sürdüğü, gerçek servikal gebelik tanısı için gerekli katı kriterler bugün de geçerlidir. Buna göre; bir vakaya «servikal gebelik» diyebilmek için : (4, 5, 7, 8)

- Plasentanın yerleşmiş olduğu yerde, servikal bezler var olmalı,
- Plasentanın servikse yapışıklığı, etkili şekilde olmalı,
- Plasentanın tamamı veya bir kısmı, uterin damarların giriş seviyesinin altında yerleşmiş olmalı,
- Uterin kavite içinde fetal elementler bulunmamalıdır.

Servikal gebelik vaka raporlarının hepsinde bu kriterlere rastlamak mümkün değildir, çünkü Rubin'in kriterleri, cerrahi veya otopsi spesmeni olarak çıkarılmış uterusun patolojik muayenesini gerektirmektedir (4).

Böylece, 1959'da Paalman ve Mc Elin, çeşitli objektif klinik semptom ve bulguların varlığı halinde servikal gebelik tanısı konulabileceğini öne sürmüşler ve bunları şu şekilde listelemişlerdir : (3, 4, 7, 8)

- Kramp şeklinde ağrı olmaksızın, amenoreyi izleyen uterin kanama varlığı,
- Uterusun korporal kısmı kadar veya daha büyük olacak şekilde geniş ve yumuşak serviks, yani kum saati görünümünde uterus,
- Gebelik ürünü tümüyle serviks içinde yer almış ve endoserviks ile sıkı şekilde ilişkili,
- İnternal os sıkılı; eksternal os kısmen açık.

Bu kriterlere; frakiyone küretajda uterin kavitede gebelik ürününe ait parça olmayışı da eklenmektedir (5).

Enstrumantasyondan veya tedaviden önce şüphe edilmiş vakalarda Ultrasonografik inceleme de tanıya yardımcı olmaktadır (5). 1969'da Kobayashi ve 1978'de Raskin; servikal gebelikte ultrasonografik kriterleri şöyle formüle etmişlerdir : (3, 7)

- Diffüz, amorf intrauterin ekolar,
- Uterin genişleme ve intrauterin gebeliğin olmayışı,
- Genişlemiş serviks görünümünün tesbiti.

Klasik semptomatolojisinin olmayışı, nadiren akla getirilmesi gibi nedenlerle, küretaj veya enstrumantasyondan önce servikal gebelik tanısı nadiren konabilmekte; inkomplet abortus sanarak tedbirsiz şekilde müdahaleye girmekle hayati tehlikeye yol açılabilmektedir (1, 4, 7).

Genellikle ağrı öyküsünün olmayışı, aşırı kanamalarla karşılaşılması; ancak % 15 kadarı düz kas liflerinden yapılı olan serviksin histolojik yapısıyla ilgilidir (4, 7).

Vakaların % 50'sinde, kanlı vaginal akıntı veya irregüler vaginal kanama; medikal müracaat nedenidir. Bunun dışında intakt servikal gebelikleri olup, normal gebe olduklarını sanarak volonter terminasyon için müracaat edenler de çoğunluktadır. En sıklıkla konulan ön tanılar da inkomplet abortus ve abortus insipiens olmaktadır (5).

Sınırlı gelişim sahası nedeniyle servikal gebelik nadiren 20. gebelik haftası üzerine çıkar. Pisarski, 1960'da, 35 haftalığa ulaşan, sezaryen histerektomi ile 2650 gr. canlı fetüsün alınmasıyla sonuçlanan ve tanı için gerekli tüm rijid kriterleri içeren vaka bildirmiştir (5, 8).

### AYIRICI TANI

Ayırıcı tanıda şunlar gözönünde tutulmalıdır (5, 8) :

- Abortuslar (insipiens, inkomplet, komplet)
  - Uterin abortusun servikal fazı
  - Servikal abortus
- Servikal malignansi
- Gelişmiş fundal malignansi
- Dejeneratif servikal myom
- Trofoblastik tümör
- Plasentanın alt segment lokalizasyonu ve plasenta previa (plasentanın az bir kısmının servikal kanala doğru uzanışı).

### TEDAVİ

Servikal gebelik tedavisinde uygulanmış yöntemler şöyle özetlenebilir :

#### *Radikal :*

- Histerektomi.

#### *Konservatif :*

- Basit digital boşaltım (3, 6)
- Küretaj (1, 3, 4)
- Küretaj + tampon uygulanımı (1, 3, 4, 5, 7, 8)
- Servikal amputasyon (1, 3, 5, 7, 8)
- Uterin arterin servikal dalının ligasyonu + serviksin rezeksiyon ve rekonstrüksiyonu (3, 4, 7)

- Küretaj sonrası servikal sirklaaj (3, 5)
- Küretaj + bilateral hipogastrik ligasyon (3, 4, 5, 7, 8)

Nadir görülüşü nedeniyle; servikal gebeliğin herkesçe benimsenmiş, klasikleşmiş bir tedavi yolunun olmadığı söylenebilir (2). Kan ve ürünlerinin kolay temin edilemediği eski dönemlerde temel yaklaşım tampon ile kanamayı sınırlamaya çalışıp, süratle histerektomiye gitmek şeklindeydi (2). Bu nedenle önceki yayınlarda, servikal gebelikte histerektomi; seçilecek tedavi yolu olarak gösterilmekteydi (2). Bir araştırmaya göre, son yıllarda rapor edilen olguların da % 90 kadarının, aşırı kanamanın kontrolü için histerektomiye gittiği ve konservatif yöntemlerin sadece az sayıda vakada ve 8 haftanın altındaki gebeliklerde başarılı olabildiği öne sürülmektedir (4).

Bütün bunlara rağmen; doğurganlık fonksiyonunu korumak için, erken servikal gebeliklerde, riskini iyi değerlendirmek kaydı ile konservatif yaklaşım tercih edilmelidir (3, 8). Ancak konservatif vaginal tedavi denenmiş ve yetersiz kalmışsa mutlaka ve gecikilmeksizin histerektomi yapılmalıdır (8). Ölümün genellikle küretajı takiben oluşan persiste kanamaya bağlı hemorajik şok veyahut diğer bir deyişle, histerektomide gecikme sonucu olduğu hatırdâ tutulmalıdır (8). İlerlemiş servikal gebelikte konservatif yaklaşım yolu olarak Dodeck tarafından transabdominal servikotomi ve bilateral hipogastrik arter ligasyonu teklif edilmişse de klinik uygulama olmamıştır (4).

### PROGNOZ

Servikal gebelik hakkında yazılanların çoğu hâlâ, Rubin (1911) ve Studdiford (1945) tarafından yayınlanan ilk maternal mortalite rakamlarını (% 40, % 50) aktarmaktadır (3, 5, 7, 8). 1963'de Bapisti, maternal mortaliteyi % 6 olarak saptamıştır (3, 8). Ancak 1953'den bu yana literatürde bu nedenle maternal ölüm raporuna rastlanmamıştır (5). Son yıllarda maternal mortalitedeki düşüş; şüphesiz, erken tanı ve uygun tedavi, kan transfüzyonu, antibiyotikler, daha iyi anestezi ve cerrahi teknikteki ilerlemelerle ilgilidir (5).

Vaka azlığı nedeniyle, konservatif yolla tedavi edilmiş servikal gebelik vakalarında daha sonraki gebeliklerin prognozu bilinmemektedir (4, 7). Normal gebelik ve vaginal doğum rapor edilmiştir (Bapitsi 1953, Sheldon 1963 (4, 7). Sherman (1977), servikal yetersizlik olmuş bir vaka bildirilmiştir. On haftalık servikal gebeliği transabdominal ser-

vikal boşaltım yapılan bir vaka 1,5 yıl sonra gebe kalmış ve sezeryanla canlı doğum yaptırılmıştır (2). Bu vakalar henüz birkaç tane olmakla beraber; konservatif yaklaşımlardan sonra gebelik beklenmemesi için bir neden de görünmemektedir (2).

### SONUÇ

Servikal gebelik nadir bir antite olmakla beraber, son yıllarda insidansı giderek artmaktadır. Bu artışın, bazı ülkelerin kanunlarında değişiklik yapması ve böylece daha liberal kürtaj yapılmasıyla olan ilgisine ilerideki araştırmalar açıklık kazandıracaktır (8).

Servikal gebelik, tüm gebelik komplikasyonları içinde en tehlikelilerinden biridir (3). Erken tanısı, obstetrisyenin bu olasılığı sürekli akılda tutarak uyanık olması ve pelvik muayene bulgularını çok dikkatle değerlendirmesi ile mümkün olabilir (4). Takip ve tedavisinde; erken tanı, seçilecek müdahale şekli ve zamanının dikkatle belirlenmesi, kanamanın önlenmesi ve/veya efektif kontrolü, anahtar faktörlerdir (3).

### LİTERATÜR

1. Bernstein, D., et al. : Conservative treatment of cervical pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1981 Dec; 58 (6) : 741-2.
2. Kim, D. S., et al. : Successful pregnancy after transabdominal cervical evacuation of cervical pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1983 Oct; 62 (4) : 522.
3. Kuppuswami, N., et al. : Diagnosis and treatment of cervical pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1983 May; 61 (5) : 651-3.
4. Nelson, R. M. : Bilateral internal iliac artery ligation in cervical pregnancy : conservation of reproductive function. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 134/2 (145 : 50).
5. Parente, J. T., et al. : Cervical pregnancy analysis : a review and report of five cases. *Obstet. Gynecol.* 1983 Jul; 62 (1) : 79-82.
6. Price, J. J., Webster, A. : Cervical pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 99 : 136, 1967.
7. Ratten, G. J. : Cervical pregnancy treated by ligation of the descending branch of the uterine arteries. *Case Report. Br. J. Obstet. Gynaecol.* 1983 Apr; 90 (4) : 367-71.
8. Rothe, J. D., et al. : Cervical pregnancy : Diagnosis and management. *Obstet. Gynecol.* 1973 Nov; 42 (5) : 675-680.
9. Shinagawa, S., et al. : Induced abortion as a risk factor for cervical pregnancy (Letter). *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1982 Aug. 1; 143 (7) : 853-4.

