

# Habitüel Abortuslu Bir Olguda Acil Serklaj Operasyonu

**Dr. Sinem ALBAYRAK (1), Dr. Deniz ARIKAN (2), Dr. Aytaç YÜKSEL (3), Dr. Serpil BOZKURT (4), Dr. Remzi ABALI (2), Dr. Ayşe KONAÇ UYAR (2)**

## ÖZET

*Bu çalışmanın amacı, dilate serviks ve prolabe olmuş fetal membranlar varlığında uygulanan acil servikal serklajın etkinliğinin araştırılmasıdır. Habitüel abortus birbirini izleyen en az iki veya daha fazla düşüğün 20. gebelik haftasından önce spontan olarak sonlanmasıdır. Etiyolojide en önemli nedenlerden biri servikal yetmezliktir. Literatür araştırıldığında, gebeliğin devamı için uygulanan serklaj operasyonları ile ilgili çelişkili sonuçlara ulaştık. Serklaj yöntemi ile ilgili sınıflandırmalardan biri de uygulama zamanı (elektif ve acil) üzerinedir. Acil serklaj gebelik süresini uzatabilir, düşüğü geciktirebilir ancak koryo-amniyonit, intrauterin enfeksiyon, uterus rüptürü riskini arttırdığı da mutlaka dikkate alınmalıdır.*

**Anahtar Kelimeler:** Acil serklaj, habitüel abortus, servikal yetmezlik

## SUMMARY

***A woman with habitual abortion underwent emergency cervical cerclage; a case report***

*The purpose of this study is to evaluate the efficacy of emergency cerclage in cases with bulging fetal membranes and dilated cervix. Habitual abortion is the occurrence of two or more losses of pregnancy less than 20 weeks gestational age.*

*One of the most important etiological factors is cervical insufficiency. According to the literature, placement of cerclage as a modality of pregnancy prolongation have provided conflicting results. One of the classification of the cerclage procedures is timing (elective, emergent). Emergency cervical cerclage can postpone the abortion and prolongate the pregnancy with dilated cervix and bulging membranes however it increases the risk of microbial invasion of the amniotic cavity, intrauterine infection, uterine rupture.*

**Key Words:** Emergency cerclage, habitual abortion, cervical insufficiency

## GİRİŞ

Tekrarlayan gebelik kaybı, ya da tıbbi literatürdeki adıyla 'habitüel abortus' gebeliğin ilk üç ayında ard arda kendiliğinden olan gebelik kayıplarıdır (1). Dünya Sağlık Örgütü'nün epidemiyolojik tanımına göre ise 500 gr altında ve/veya 20 hafta öncesi -viabilite öncesi- embryo veya fetüsün anne rahminden ayrılmasıdır.

Tüm konsepsiyon ürünlerinin %50'si abortla sonuçlanmaktadır. Klinik olarak tanımlanmış gebeliklerin de -adet gecikmesinden sonra oluşan- yine % 12-15'i abort-

usla sonuçlanmaktadır. Yapılan tetkikler sonucunda hastaların %50'sinde herhangi bir etyolojik neden bulunmaz (2).

Primer habitüel abortus, tüm gebeliklerin spontan sonlanmasıdır. Düşük sayısı arttıkça bir sonraki gebeliğin düşükle sonuçlanma olasılığı da artmaktadır. Daha önce doğumla sonuçlanan gebelik olması ise başarılı gebelik şansını arttırmaktadır.(3)

Etyolojik faktörler arasında, maternal ve paternal yaş, genetik faktörler -ki trisomiler ilk trimester düşüklerinin en sık nedenidir, servikal yetmezlik, Müller kanalı defektleri, uterin myomlar gibi uterin faktörler, tiroid disfonksiyonu, diabetes mellitus, luteal faz defekti gibi endokrin faktörler, HLA uygunsuzluğu, otoimmün faktörler, koagülasyon bozuklukları sayılabilir.

Tekrarlayan gebelik kayıpları, hekim ve hasta açısından oldukça zor ve stresli bir sorun olup, gebe kalmak isteyen çiftlerin %1'inde görülmektedir.

*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Doğum Kliniği, Asistanı (1)*

*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Doğum Kliniği, Uzmanı (2)*

*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 1. Kadın Doğum Kliniği, Asistanı (3)*

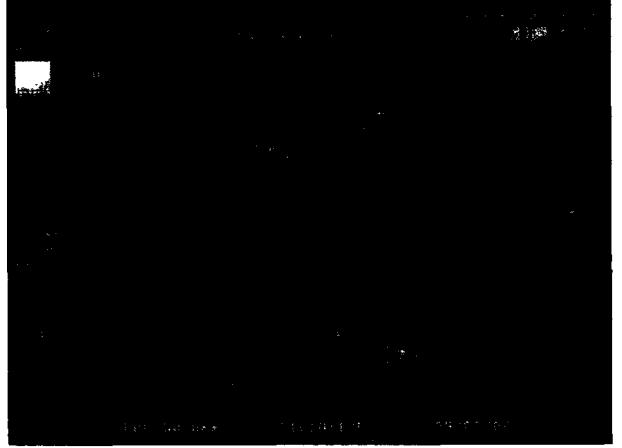
*Istanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Doğum Kliniği, Şefi (4)*

Servikal yetmezlik, tanısı zor olan, ancak tekrarlayan ikinci trimester kayıplarına neden olan önemli bir uterin faktördür. Kötü obstetrik hikayesi olan, ikinci trimester düşüğü olan ve servikal yetmezlik düşünülen olgularda 1950 yılından bu yana serklaj ile oldukça başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Bu süre içinde yapılan 22 çalışmada 2662 hastada yapılan elektif serklaj ile %86 başarılı sonuç alınmıştır (3). Serklaj, diğer faktörlere bağlı erken abortusların tanımlanması için genellikle 14. haftaya kadar ertelenmelidir, elektif olarak 12-14. haftalarda uygulanıp 37-38. haftalarda çıkarılmalıdır. Kanama, uterus kontraksiyonları ya da rüptüre membranlar genellikle cerrahi için kontrendikasyonlardır. Prosedürün gebelikte ne kadar geç uygulanacağına dair konsensus yoktur. Ancak gebelik ne kadar ilerlerse, cerrahi müdahalenin preterm doğum eylemini ya da membran rüptürünü stimüle etme olasılığı o kadar artar (4). Ancak 24-26. haftalar sonrası uygulanması genellikle tercih edilmez. Acil serklaj olarak bilinen geç 2. trimester serklajı bazı gebelerde yararlı olur, ancak komplikasyonlar özellikle enfeksiyon insidansı yüksektir (5). Serklaj zamanında prolabe membran varlığında sadece %44 oranında 28. gebelik haftasına ulaşılabilmiştir (6). Operasyonun başarısız olduğu ve abortus imminens belirtilerinin ya da doğumun geliştiği durumlarda, sütürün bir an evvel gevşetilmesi zorunludur. Bunu gerçekleştirmedeki başarısızlık ağır sekellerle sonuçlanabilir. Uterus ya da serviks rüptürü kaçınılmaz olabilir. (7)

## OLGU SUNUMU

Daha önce 4 düşüğü (bulunan 33 yaşındaki hastamız (EA), 5. gebeliğinin 21. haftasında kasık ağrısı şikayeti ile servisimize başvurdu. Hikayesinde 2 gündür kasık ağrıları ve kahverengi lekelenme tarzında kanaması olan hastamızın özgeçmişinde sistemik hastalık ve operasyonu yoktu. Obstetrik ultrasonografide biparyetal çap (BPD) 50.4 mm 21 hafta 2 günle uyumlu, femur boyu (FL) 32.7 mm 20hafta 1 günle uyumlu, karın çevresi (AC) 159 mm 21 haftayla uyumlu olarak bulundu. Fetal kardiyak aktivite ve fetal hareketler pozitif olarak izlendi. Amniyon membranı servikal kanala doğru hunileşmiş, poş prolabe, ancak vajene dek uzanmamış ve servikal kanal 21 mm idi. Tuşede servikal kanal 2cm dilate ve %50-60 efafe idi. Hastanın kardiyotokografisinde nonstress test (NST)'si reaktif, kontraksiyonları pozitif olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit: 10950, hemogloblin: 9.6, hematokrit: 28.1 ,trombosit: 173000, idrar tahlilinde lökosit: 25 idi.

Hastadaki habitüel abortus öyküsünü açıklamak için daha önce yapılmış hormon tetkikleri, TORCH antikör-



Resim 1: 21 haftalık gebelikte uyumlu baş çevresi, kısalmış servikal kanal 21 mm.

ları, HbA1C düzeyleri, kanama profili, eşinin ve kendisinin sitogenetik analiz sonuçları normalolarak değerlendirildi. Hastanın abort öyküsü araştırıldığında ilki 12 haftalık missed abortus, bundan yaklaşık 14 ay sonra 36 haftalık prematür membran rüptürü nedeniyle normal vajinal yoldan mort fetüs doğurtulmuş, 6 ay kadar sonra 8 haftalık missed abortus, ve 1 sene sonra 14 haftalık anomalili abort öyküsü vardı ve bu fetusun otopsisinde anensefali, spina bifida ve göbek kordonunda 3 damar yapısı rapor edilmişti.

Ultrasonografide herhangi bir fetal anomali saptanmayan hastaya acil serklaj operasyonu uygulanmasını karar verildi. Burada en büyük sorun servikal kanala girmiş, hatta eksternal ostan prolabe olmuş amniyos kesesini reddetmektir. Mc Donald serklaj tekniği ile; collum 2 no'lu serklaj sütürüyle saat 12, 9, 6, 3 hizalarından, internalos düzeyinde mukoza altından girip çıkılarak sütüre edildi. Prolabe olan poş içeri itildi.

Hastaya postoperatif dönemde profilaktik antibiyoterapi başlandı, tokolize ve hidrasyona devam edildi. Ancak postoperatif 10. günde hastanın kanaması ve kontraksiyonları arttı. Poş prolabe oldu ve kısmen vajene dek uzandı, uterin rüptür ve servikal laserasyon riskinden dolayı serklaj sütürü çıkarıldı. Bir gün sonra 350 gr ölü bir kız bebek spontan abort oldu. Hasta genel durumu stabilleşince sonraki gebeliklerinde erken dönemde takibe girmesi açısından uyarıldı.

## TARTIŞMA

14-24. haftalarda transvaginal ultrasonografi ile saptanan 15 mm veya daha kısa ölçülen serviks boyu, preterm doğum için güçlü bir belirteçdir. Ancak kısa serviks saptandığı zaman uygulanacak serklajın preterm eylemi önleyebilirliği konusundaki çalışmalar farklı sonuçlar

göstermektedir. Gebelik haftalarının doğru saptanması, seçilen serklaj teknikleri ve serklajın uygulanma zamanı, amniyotik kavitenin enfeksiyonu sonuçlardaki farklılıklara neden olarak sayılabilir.(8) Servikal yetmezlik tanısı konan vakalarda, serklaj operasyonu fetus için hayat kurtarıcı olabilir.

Membranın prolabe olması ve ilerlemiş servikal dilatasyon varlığı ise kötü prognoz göstergeleridir (9). Acil serklaj operasyonunun servikal yetmezlikli gebelere ne gibi kazanımlar sağladığını gösteren bir çalışmada; 6 yıl süren 18-26 haftalık gebeliği olan 29 kadına acil serklaj operasyonu uygulanmış, 17 gebe serklajı reddetmiş ve sadece yatak istirahati ile takibe alınmıştır. Tüm çalışma grubuna profilaktik antibiyoterapi ve tokoliz uygulanmıştır. Yatak istirahati tercih eden grupta ortalama gebelik süresi 3.1 hafta uzamış ve doğum ağırlığı 739 gr artmışken, serklaj uygulanan grupta ortalama gebelik süresi 8.8 hafta uzamış ve doğum ağırlığı 2.1 01 gr artmıştır. Serklaj grubunda 29 gebeliğin 25'i canlı doğumla sonuçlanırken, bu oran yatak istirahati tercih eden grupta 17 gebeliğin 7'sinin canlı doğması şeklinde olmuştur (10). Tanı ve tedavisinde günümüzde hala belirsizlikler yaşanan bu klinik tablo gebelik ümnünü in utero tutan serviksin anatomisi ve histolojisinin de etyolojide sorumlu faktörler arasında yer almasıyla daha komplice bir hal almıştır. (11)

Günümüzde serklaj girişimi ile 8-9 hafta kadar uzatılabilen gebelik süresi nedeniyle ve 1500 gr ve/veya 28 haftalık yenidoğanların özel koşullarda yaşatılma şanslarının olması nedeniyle kanıta dayalı tıbbi verilerden yola çıkarak, önceki 4 gebeliğinden yaşayan çocuğu bulunmayan hastamıza acil serklaj operasyonu uyguladık. Ancak serklajın 10. günü hastada efasman kanaması başladı ve tokolize rağmen kontraksiyonları arttı, poş vajenede prolabe oldu. Hastada oluşabilecek komplikasyonlardan ötürü serklaj sütüm çıkarıldı. Sütürün çıkarılması-

nı takiben aynı gün amniyon mayii boşalan fetusün kardiyak aktivitesi izlenemedi ve mort fetus spontan abort oldu. Servikal yetmezliğin de etyolojide yer aldığı kötü gebelik öyküsü bulunan ve preterm doğum riski yüksek 21 haftalık gebe olgumuzu acil serklaj uygulamasının gerekliliğinin literatürde halen tartışılmasından ötürü sunmayı uygun bulduk.

## KAYNAKLAR

- 1- **Cunningham GF, Gant FN, Leveno JK et al.** Abortus içinde: Cunningham GF, editörle. Çeviren Akman AC, Williams Doğum Bilgisi Ankara; Nobel Tıp Kitabevi, 21. Baskı, 2005;33: 855-82 .
- 2- **Stirrat GM, Wandle PG.** Recurrent Miscarriage. In James DK Editors. High Risk Pregnancy: Management Options. Philadelphia: Saunders, 1999;91-111.
- 3- **Şen C, Çelik E.** Erken doğumun önceden belirlenmesi. Perinatoloji Dergisi 2002 10(2);88-89.
- 4- **Cockwell HA, Smith Gn.** Cervical incompetence and role of emergency cerclage. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27(2):123-9.
- 5- **Vidaeff AC, Ramin SM.** From concept to practice:the recent history of preterm delivery prevention. PartII:Subclinical infection and hormonal effects. Am J Perinatol, 2006;23(2):75-84.
- 6- **Olatunbosun OA, Dyck F.** Cervical cerclage operation for a dilated cervix. Obstet Gynecol. 1981;57(2): 166-70.
- 7- **Hassan SS, Romero R, Maymon E et al.** Does cervical cerclage prevent preterm delivery in patients with a short cervix? Am J Obstet Gynecol 2001 Jun; 184(7): 1325-9. 8-Hibbard JU, Snow J, Moawad AH. Short cervicallength by ultrasound and cerclage. J Perinatol. 2000 20(3):161-5.
- 9- **Sapmaz E, Çelik H, Altıngül A.** Servikal yetmezlik vakalarında acil ve elektif serklaj operasyonu. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2001 11: 314-318 .
- 10- **Daskalakis G, Papantoniou N, Mesogitis S et al.** Management of cervical insufficiency and bulging fetal membranes. Obstet Gynecol. 2006 107 (2Pt1): 219
- 11- **Guzman ER, Shen-Shwarz S, Benito C. et al.** The relationship between placental histology and cervical ultrasonography in women at risk for pregnancy loss and spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol. 1999;181 (4 ):793-7



**Resim 2:** Servikal kanala doğru prolabe olmuş poş