

Servikal Gebelik

Dr. Tuğrul ERDENER (*)
Dr. Suat KIYAN (**)

ÖZET

Bu yazımızda bir servikal gebelik vakası sunulmuştur. Dış gebelikler arasında görülen bu tür gebeliklerin etiolojisi, kliniği ve tedavisi üzerinde durulmuş, literatür gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

CERVICAL PREGNANCY

In this article, a case of cervical pregnancy has been presented. Etiology, clinical and therapeutic aspects of such kind of pregnancies, which are rarely seen among extra - uterine pregnancies, have been expressed and the literature has been reviewed.

Servikal gebelik, fertilize ovumun serviks uteride, internal osun altında yerleşmesi ve gelişmesidir. Schneider bu hadiseyi distal ektopik gebelik, Ingerslau anatomik açıdan intrauterin, fonksiyonel açıdan extrauterin olarak tarif etmişlerdir¹.

1911'de Rubin servikal gebelikte 4 kriterin varlığını ileriye sürmüştür¹⁻⁴.

1- Plasentanın implantasyon yerinin aksi istikametinde, servikal gland olmalıdır.

2- Gebelik ürünü ile endoserviks arasında birleşme tam olmalıdır.

3- Plasentanın tümü veya bir kısmı uterin damarlarının uterusu girdiği yerin veya uterusun ön ve arka yüzündeki periton kıvrımlarının altında olmalıdır.

4- Fötal elemanlar korpus uteride bulunmamalıdır.

1959'da Paalman ve Mc. Elin ise şu kriterleri ileriye sürmüşlerdir¹⁻⁶.

1- Uterin kanama bir amenoreyi takiben ağrısız ortaya çıkar.

2- Orantısız olarak büyümüş serviks, yumuşak ve korpus uteriye eşit veya daha büyüktür.

(*) Bursa Tıp Fakültesi Kadın - Doğum Kürsüsü Asistanı

(**) Bursa Tıp Fakültesi Kadın - Doğum Kürsüsü Profesörü

3- Konsepsiyon ürünü tümüyle endoserviks içinde ve ona sıkıca yapışıktır.

4- İnternal os kapalıdır.

5- Eksternal os kısmen açıktır.

OLGU

Hastamız Bn Ş.P 35 yaşında, anamnezinde beş doğum bir abortusu mevcut, özgeçmişinde önemli bir hastalık tarif etmiyor. İlk adeti 14 yaşında, siklusu düzenli.

Şikayeti: Vaginal kanama, karında ve kasıklarında ağrı.

Hikâyesi: Son adetini normal olarak gören hastanın üç gün sonra ani vaginal kanaması başlamış, gittiği doktor tarafından verilen ilaçlarla kanaması hafiflemiş, bir hafta sonra kanamasının miktarı artınca kliniğimize müracaat etmiş, 165254/303 protokol nosu ile yatırılmıştır. Sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanamadı.

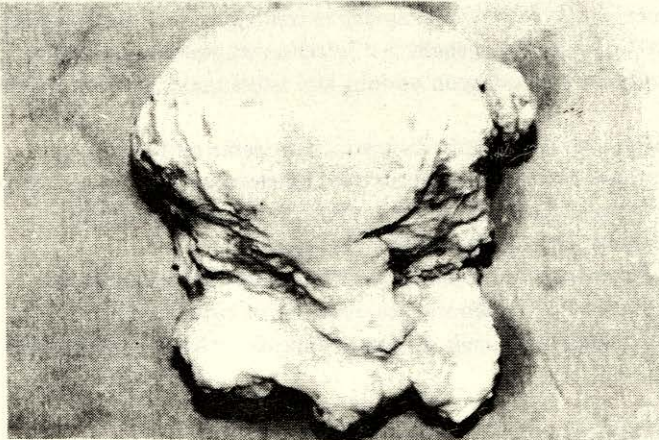
Jinekolojik muayenesinde, vulva vagen normal, portio normalden büyük, yumuşak, servikal kanaldan nekrotik görünümlü doku parçası vagene sarkıyor. Eksternal os açık, exutero kanama mevcut. Korpus normalden az büyük, mobil ve yumuşak kıvamda, adnexler ele gelmiyor, parametriumlar serbest bulundu.

Bu klinik bulgulara dayanarak ön tanıda;

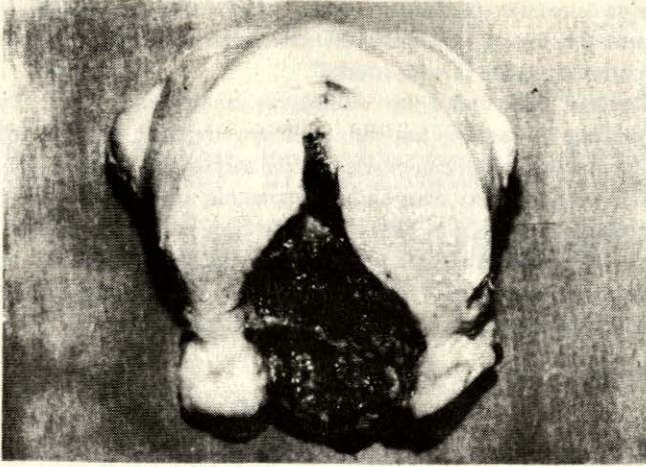
- a) Abortus incompletus,
- b) Uterin neoplâzi,
- c) Servikal gebelik,
- d) Servikal abortus,

düşündük. Vagena sarkan nekrotik dokudan alınan biopsi materyali acil histopatolojik tetkike gönderildi.

B-3575 nolu patolojik tanı plasenta idi. İdrarda kalitatif korionik gonodotropin pozitif bulundu. Abortus düşünülerek vaginal yolla yapılan girişimde kanama miktarı artınca, servikal gebelik tanısı ile hasta operasyona alındı. Operasyonda total abdominal histerektomi uygulandı. Ameliyat öncesi konulan teşhis B-3589 nolu biopsi sonucu ile doğrulandı. Histolojik tanı servikal gebelik idi. Hastamız 8 gün sonra şifa ile taburcu edildi.



Resim 1
Servikal gebelikte ameliyat piyesinin görünüşü



Resim 2
Ameliyat piyesinde servikal gebeliğin görünüşü
(Açılmış halde)

TARTIŞMA

Serviks konsepsion ürünü için nadir, fakat tehlikeli bir implantasyon yeridir. Çünkü trofoblastların serviks duvarlarına oradan kan damarlarına penetrasyonu sonucu şiddetli kanama husule gelebilir. Bu trofoblastik invazyon, plasentanın alt uterin segment ile serviks arasındaki hudutta yerleşmesine ve sekonder olarak kanalda yayılmasına neden olur. Bu anormal implantasyon genellikle ilk trimesterde semptom vermediği başlar. Gerçek bir servikal gebelikte, miadına erişebilen bir fetus bulunabilmesi olanaksızdır²⁻⁴.

Patolojik olarak kabul edilen bu tür bir ektopik gebeliğin etiolojisinde bir çok faktör üzerinde durulmuştur. Schneider, ovum naklindeki anormalliklerin ve fertilizasyon zamanını mesul tutulmuştur²⁻³.

Khosravi ve arkadaşları Asherman sendromunun neden olduğu bir servikal gebelik vakası tanıtmışlar, endometrial ve servikal travmanın bu tür bir gebeliğe yol açtığını ileriye sürmüşlerdir³⁻⁵.

Rothe ve Birnbaum etiolojik faktör olarak uterus kavitesine yapılan mekanik travmaları ileriye sürmüşlerdir³. Shinagawa ve Nagayama'nın 19 vakalık serilerinde nullipara rastlamamışlardır, dolayısıyla servikal gebeliğin yalnız multiparlarda görülebileceğini iddia etmişlerdir¹⁻⁴⁻⁵.

Vakaların çoğunda korpus uteri bu olaya iştirak etmediğinden ağrı yoktur. Kanlı vaginal akıntı ve düzensiz kanama genellikle 6-8 haftalık amenorenden sonra başlar.

Jinekolojik muayenede serviks genişlemiş, gebelik kıvamındadır. Eksternal os açıktır. Korpus normalden az büyük ve yumuşaktır. Tanıda sıklıkla abortus ve uterin neoplazi ile karıştırılır. Ayrıca tanıda ultra - sound'tan yararlanılabilir⁵⁻⁶.

Tedaviye öncelikle abdominal cerrahi girişim ön plânda olduğu halde, birçok otörler plasentanın digital veya enstrümental olarak dikkatlice ayrılmasını bilahere kavitenin tamponlanmasını tavsiye ederler⁶⁻⁷.

Whittle lokal eksizyonla tedavi edilmiş bir vaka yayınlamıştır⁷. Bu tip girişimler şiddetli kanama ile hastanın hayatını tehlikeye sokabilir. Servikal gebelikte teşhisin doğru konması ve komplikasyonsuz tedavisi şarttır.

Görülme sıklığı çok az olan doğum yapmamış ve şiddetli çocuk arzusu olan hastalarda yukarıda bahsedilen tedavi metodundan istifade edilmeğe çalışılabilir. Meydana gelebilecek şiddetli kanama ve şokla mücadele edilir.

Sonuç olarak vakaların büyük çoğunluğunda tedavide takip edilecek en emin yolun abdominal histerektomi olduğunu tekrar vurguluyoruz.

KAYNAKLAR

1. PAALMAN, R.J., Mc ELIN, T.W. : Cervical pregnancy review of the literature and presentation of cases, Am.J.Obstet. Gynecol. 77: 1261, 1959.
2. RASKIN, M.M. : Diagnosis of cervical pregnancy by ultrasound: A case report. Am. J. Obstet. Gynecol 130: 73, 1978.
3. ROTHER, D.J., BIRNBAUM, S.J. : Cervical pregnancy: Diagnosis and management, Obstet. Gynecol 42: 675, 1973.
4. ERIKSEN, P.S. : Cervical pregnancy. Z.Geburtsh. u. Parinat 182: 458 - 461, 1978.
5. WHITTLE, M.J. : Cervical pregnancy managed by local excision, British Med.J, 3: 975, 1976.
6. SHELDON, R.S, AARO, L.A. WELCH, J.S. : Conservative management of cervical pregnancy, Am.J. Obstet - Gynecol 84: 504, 1963.
7. MITRANI, A. : Cervical pregnancy ending in a live birth, Br.J. Obstet. Gynecol 80: 761, 1973.