

## Bir Olgu Nedeniyle Servikal Ektopik Gebelik

Hakan Ozan\*, Şakir Küçükkömürcü\*\*, Cevdet İşler\*\*\*, Ahmet Esmer\*\*

**ÖZET.** Ektopik gebelik, teşhisi zor ve mortalitesi yüksek olan bir patolojidir. Geliştirilmiş olan çeşitli kemoterapi protokollerine karşın, cerrahi girişim halen daha geniş bir kesim tarafından kabul görmektedir. Rutin gebelik tetkikleri sırasında saptanan servikal yerleşimli 8 hafta 5 günlük bir intakt gebelik olgusu eşliğinde konu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler .**Servikal gebelik .ektopik gebelik.

### Cervical Ectopic Pregnancy

**SUMMARY.** Ectopic pregnancy is a kind of pathology with high mortality rate and is difficult to diagnose. Though various medications have been developed, surgery is still a widely-accepted therapeutic method. A case of eight week five-day cervical pregnancy, diagnosed during routine antenatal visits, has been presented and the subject has been discussed.

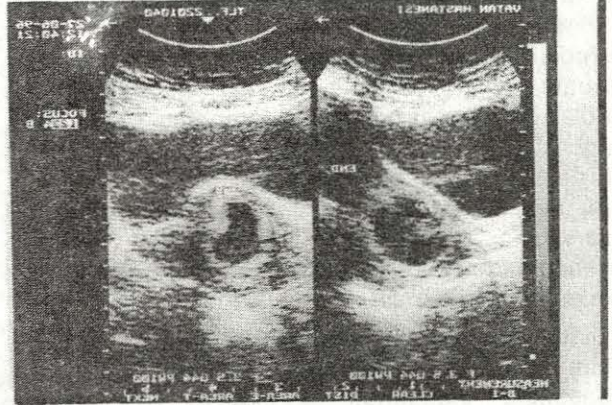
**Key Words.** Cervical pregnancy .ectopic pregnancy.

Ektopik gebelik, her jinekolog için teşhisi zor ve mortalitesi yüksek olan bir patolojidir. Günümüzde ileri teknoloji ürünü görüntüleme yöntemlerine ve oldukça hassas biyokimyasal ve farmakolojik ölçüm yöntemlerine rağmen teşhisi oldukça güçtür. Geliştirilmiş olan çeşitli kemoterapi protokollerinin yanında, cerrahi girişim daha geniş bir kesim tarafından kabul görmektedir. Nadir bir ektopik gebelik şekli olan bir servikal gebelik olgusu sunarak, bu tür olguların tedavisindeki gelişmeleri tartışmaktayız.

### Olgu Sunumu

Kırk yaşında, 27 yıldır evli, gravida 18, parite 5, yaşayarı 4, elektif küretajı 10 ve spontan abortusu 2 olan hasta, 30 günlük periyodlarla düzenli adet görürken, adet rötarı ve gebelik testinin müsbet çıkması nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Sekiz yıl önce appendektomi geçirmiş olan hastanın herhangi bir batin semptomu veya bulgusu yoktu. Rutin gebelik tetkikleri sırasında yapılan ultrasonografide gestasyonel kese ölçümüne göre 8 hafta 5 günlük, fetal kalp atımı müsbet olan intakt, servikal yerleşimli bir gebelik saptandı (Resim 1). Hastanın sterilizasyon isteği de gözönüne alınarak total abdominal histerektomi uygulandı (Resim 2). Peroperatif olarak uterus

yaklaşık 1.5 aylık irilikte ve yumuşak, her iki over ve tuba doğal olarak değerlendirildi. Serviks kalın, yumuşak ve intakt idi. Spesimenin histopatolojik incelemesinde serviksten alınan kesitlerde subepitelyal stromada yaygın desidual reaksiyon ve korion villusları saptandı (Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Patolojik-Anatomi Enstitüsü, Biyopsi no: B-4482-96).



Resim: 1

Servikal gebeliğin ultrasonografik görünümü



Resim: 2

Spesimenin makroskopik görünümü

\* Uzm. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast.ve Doğum ABD

\*\* Prof. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast.ve Doğum ABD

\*\*\* Araş. Gör. Dr.; Uludağ Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum ABD

Geliş Tarihi : 9.11.1996

Kabul Tarihi: 27.1.1997



## Tartışma

Ektopik gebelikler içerisinde serviks nadir, ama trofoblastların servikal duvardan uterin vasküler yapılaraya penetre olabilmeleri nedeniyle tehlikeli bir implantasyon bölgesidir. Geçirilmiş abort ve küretaj bu bölgede konsepsiyon ürününün implante olma olasılığını arttıran bir faktördür. Mayo Kliniği verilerine göre insidansı 1/16000'dir<sup>1</sup>. Anamnezde amenoreyi takiben ağrısız uterin kanama görülebilir. Pelvik muayenede serviks, kum saati görünümünü oluşturacak şekilde fundusla aynı büyüklüğe ulaşmış ve hatta ondan daha büyük ve yumuşak olabilir. Eksternal os kısmen açık olmasına rağmen ultrasonografide internal os kapalıdır ve gebelik endoservikstedir.

Her ne kadar literatürde ikinci trimesterde sezeryan ile ve 28. haftada vajinal yoldan doğurtulan canlı doğumlar varsa da, servikal gebelik canlı doğum planlanmasına ve gebelik takibine izin vermeyecek denli riskli bir sorundur<sup>2,3</sup>. Hastaların hemen hemen % 70'inde total abdominal histerektomi gerekirken, geriye kalan % 30'unda konservatif yaklaşım denenebilir<sup>4</sup>. Konservatif yaklaşım kemoterapi veya küretaj şeklinde olabilir. Kemoterapide en sık kullanılan ajan sistemik ve nadiren de intraamniotik yolla verilen methotrexattır<sup>5,6</sup>. Methotrexatı, aktinomisin-D ve siklofosamid ile kombine edenler olduğu gibi, tek başına etoposid verenerler de vardır<sup>7,8</sup>. Kemoterapi ile ilgili çalışmalar servikal gebeliğin rezolasyonu açısından başarılı sonuçlar göstermektedir. Öte yandan küretaj, implantasyon bölgesinden yoğun kanama riskini taşır. Bu kanamayı önlemek amacıyla işlem öncesinde methotrexat verilebilir, Shirodkar serklaj konabilir veya uterin arter embolizasyonu gerçekleştirilebilir<sup>9-13</sup>. Tüm bunlara karşın yoğun kanama ile karşılaşıldığında ise Foley kateterinin balonu ile tamponaj sağlanabilir, ancak yine de kanama total abdominal histerektomi gerektirecek kadar yoğun olabilir<sup>14,15</sup>. Bu nedenle 8 hafta veya 12 haftanın üstündeki servikal gebeliklerde konservatif yöntem denenmeden direkt olarak radikal cerrahi girişim önerilmektedir<sup>16,17</sup>.

Olgumuzda gebelik yaşının 8 haftanın üzerinde olması, hastanın anamnezinde kontrasepsiyonda başarısız olduğunun görülmesi ve hastanın sterilizasyon isteği nedeniyle total abdominal histerektomi uyguladık. Günümüzün gelişen tetkik ve tedavi yöntemleri, umarız ki büyümüş servikal gebelikleri daha konservatif yöntemlerle tedavi etme şansını ileride biz hekimlere verir.

## Kaynaklar

1. Rock JA: Ectopic pregnancy, in Thompson JD, Rock JA (ed): Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia: JB Lippincott Company Press, 7th ed. 1992, pp 411-436.
2. Cohen I, Altaras M, Siegal A, Ben-Aderet N: Cervico-isthmic pregnancy ending with the delivery of a live-born infant in late second trimester. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 20:61-64, 1985.
3. Kalakoutis GM, Lilford RJ: Cervical pregnancy ending in a live vaginal birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 20:319-323, 1985.
4. Kristoffersen SE: Cervical pregnancy. Ugeskr Laeger 151:1394-1395, 1989.
5. Chao KH, Shyu MK, Juang GT, Hsieh FJ, Chen HY: Methotrexate treatment for cervical pregnancy: experience of four cases. J Formos Med Assoc 92:426-430, 1993.
6. Kaplan BR, Brandt T, Javaheri G, Scommegna A: Nonsurgical treatment of a viable cervical pregnancy with intra-amniotic methotrexate. Fertil Steril 53:941-943, 1990.
7. Bakri YN, Badawi A: Cervical pregnancy successfully treated with chemotherapy. Acta Obstet Gynecol Scand 69:655-656, 1990.
8. Segna RA, Mitchell DR, Misas JE: Successful treatment of cervical pregnancy with oral etoposide. Obstet Gynecol 76:945-947, 1990.
9. Kim DS, Hwang YY, Park MI: Successful treatment of cervical pregnancy by cervical evacuation after use of methotrexate. Asia Oceania J Obstet Gynaecol 15:71-75, 1989.
10. Wharton KR, Gore B: Cervical pregnancy managed by placement of a Shirodkar cerclage before evacuation. A case report. J Reprod Med 33:227-229, 1988.
11. Simon P, Donner C, Delcour C, Kirkpatrick C, Rodesch F: Selective uterine artery embolization in the treatment of cervical pregnancy: two case reports. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 40:159-161, 1991.
12. Lobel SM, Meyerovitz MF, Benson CC, Goff B, Bengtson JM: Obstet Gynecol 76:938-941, 1990.
13. Meyerovitz MF, Lobel SM, Harrington DP, Bengtson JM: Preoperative uterine artery embolization in cervical pregnancy. J Vasc Interv Radiol 2:95-97, 1991.
14. Nolan TE, Chandler PE, Hess LW, Morrison JC: Cervical pregnancy managed without hysterectomy. A case report. J Reprod Med 34:241-243, 1989.
15. Hurley VA, Beischer NA: Cervical pregnancy: hysterectomy avoided with the use of a large Foley catheter balloon. Aust N Z J Obstet Gynaecol 28:230-232, 1988.
16. Hofmann HM, Urld W, Hofler H, Honigl W, Tamussino K: Cervical pregnancy: case reports and current concepts in diagnosis and treatment. Arch Gynecol Obstet 241:63-69, 1987.
17. Palti Z, Rosenn B, Goshen R, Ben-Chitrit A, Yagel S: Successful treatment of a viable cervical pregnancy with methotrexate. Am J Obstet Gynecol 161:1147-1148, 1989.

Uzm. Dr. Hakan OZAN

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD

Tel: 442 84 00 / 1055

16059 Görükle / BURSA