

SERVİX YETMEZLİĞİ VE TEDAVİSİ

Dr.Suat Kıyan*
 Dr.Erdal Ahat**
 Dr.Melahat Dönmez***

ÖZET

Yapılan 21 Serklaj operationu anlatılmış, Bunlarda yaş ortalaması 26,5 dir. Müdahale yapılan hastaların % 76,2 'si 24-29 yaş arasında bulunuyordu. En çok tespit edilen bulgu Servikal Kanalin parmak girişine müsait oluşu idi. Hastaların 2 tanesinde Proflaktik diğerlerinde Terapötik olarak serklaj yapılmıştır. Hastalardan % 84,3 'ü spontan doğurmuştur. Doğum başlama zamanı ortalama 39.haftadır. Serklajdan evvel 62 gebelikten % 12,9 yaşayan çocuk bulunduğu halde 19 Serklajdan sonra çocukların % 94,7 'si yaşamıştır.

SUMMARY

Twenty-one cervical insufficiency operations have been discussed. The average age of the patients was 26,5. 76,2 % of the patients operated were between the ages of 24-29. The most common finding concerning the insufficiency was the antrance of a finger into the cervical canal. Two of the operations performed were for the profilactic purposes and the rest was therapeutic average time of delivery was thirty-nine weeks. It has been found that before the cerclage operations the live born infant percantage was 12,9 % in 62 pregnancies and after the operations this number was 94,7 % in nine-teen pregnancies.

Habituel düşüklerin sebepleri arasında önemli bir yer tutan servix yetmezliğinin önemi ilk defa 1948'de Palmer ve Lacomme¹ tarafından daha sonrada 1950'de Lash² tarafından geniş şekilde ele alınmıştır, Literatürde rastlanış nispetleri arasında büyük farklar görülmektedir; Bu nispet % 00,6 ile % 5,1 arasında değişmektedir^{3,4}. Krishnan⁵ servix yetmezlikle-

- * Bursa Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Kliniği Öğretim Üyesi
- ** Bursa Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Kliniği Asistanı
- ***Bursa Tıp Fakültesi Kadın-Doğum Kliniği Asistanı

rinde 3 şekil ayırt etmiştir. 1) Travmatik, 2) Kongenital, 3) Fizyolojik (yani rahim ağzının erken açılması). Travma sebepleri arasında en önemlisi gebe olmayan uterusu teşhis veya tedavi için yapılmış dilatasyonlarla, adeleden fakir olan servix bağ dokusunun bütünlüğünün bozulmuş olması, Abortus incompletusta veya interruptio için servikal kanalın dilatasyonu durumları, müdahaleli doğumlar ve çok süratli seyretmiş ilk doğumlar görülür. Nitekim küretajın serbest bırakıldığı memleketlerde servix yetmezliğine bağlı olarak erken doğum ve spontan abortus sayısı artmıştır⁶.

Servix yetmezliğinin teşhisinde anamnez oldukça önemli rol oynar. Bunlarda 2. Trimesterde başka sebebe bağlanamayan bir veya müteaddit düşükler vardır^{3,4}. Bu düşükler ekseriya aşağıdaki tipik belirtileri gösterirler:

1. Su kesesinin kendiliğinden erken olarak açılması,
2. Az ağrı ve çok az kanama,
3. Düşük olayının çabuk olması yanında kontraksiyonların az sürmesi veya hiç bulunmaması,
4. Abortuttan birkaç gün evvel sulu vaginal bir akıntı meydana çıkabilir veya vagina, rektum bazende küçük pelviste hissedilen basınç hissi vardır.

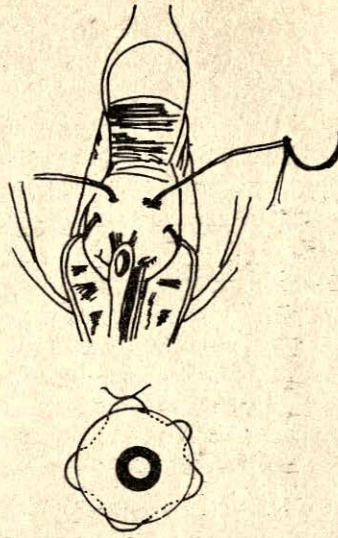
Gebelik esnasında teşhis bulgusu Portionun kısalması veya servikal kanalın parmak girecek kadar açılmasıdır. Bazende ikisi beraber bulunabilir. 28 haftadan evvel yapılan kontrollerde servikal kanal ağrısız olarak genişliyor ise teşhis katidir⁵.

Baden & Baden⁷ 30-36 hafta arasındaki gebelerde servixin 1,5 cm. in üzerinde dilatasyonu ve portiomun kısalması varsa I^o de servix yetmezliği. Bu durum 24-30. gebelik haftaları arasında tespit edilirse II^o servix yetmezliği, 18-24 haftalar arasında olursa III^o servix yetmezliği, 18. haftadan evvel tespit edilirse IV^o bir servix yetmezliği var demişlerdir. 36. haftadan sonraki kollum açılması bir önem taşımaz. Grünberger⁸ Kollum yetmezliğinin tahmin edilenden çok fazla olduğunu yazmıştır. Bu gibilerde gebe olmayan uterusu servikal kanal oldukça gevşektir. Palmer 8 numaralı Hegarın kolaylıkla geçtiği vakaların şüpheli kabul edilmesini tavsiye etmiştir⁹. Lash¹⁰ gebelik dışında 7 nolu hegarın Greene Armitage¹¹ ise 4 nolu Hegarın geçmesini yetmezliğin belirtisi olarak bildirmişlerdir. Buna mukabil pekçok servix yetmezlikli kadında gebelik yok iken bu durum tespit edilemez¹². Diğer taraftan 2. trimesterde açılmış servikal kanal ve kısalmış portiolu kadın her zaman düşük yapacak demek değildir¹². Nitekim Baumgarten 20-

22. gebelik haftasında bulunan 200 gebenin % 30'unda kısalmış portio ve parmak girecek kadar açılmış servikal kanal tespit etmiş fakat bunların hiçbirinde düşük veya erken doğum olmamıştır¹² Jeffcoate¹³ de gebelik dışında servix'i gayet gevşek olan birçok katında gebelik meydana geldikten sonra hiçbir servix yetmezliği belirtisinin ortaya çıkmadığını ve gebeliğin sonuna kadar arızasız devam ettiğini görmüştür. Diğer taraftan çok zaman multiparlarda 34-36.haftada kollum çok kısalmış hatta tamamiyle silinmiş ve servikal kanal 1-2 parmağın girmesine müsait olabilirdi, doğum zamansız olmaz. Bu durum nadiren hiç doğurmamışlarda görülebilir¹². Pek çok rastlanmış bir durumda yetmezlik teşhisi ile serklaj yapıldıktan sonra ağrıların başlaması bandın çıkarılmasından sonra ani olarak ağrıların durması ve gebeliğin miadına kadar devam etmesidir¹². Borglin¹⁴ Cervix yetmezliği bulunan 29 kadında plasenta fonsionlarını normal bulmuş buna dayanarak Abort sebebinin mekânîk olarak izah edileceğini bu sebeple cerrahi müdühalenin lüzumlu olduğunu yazmıştır.

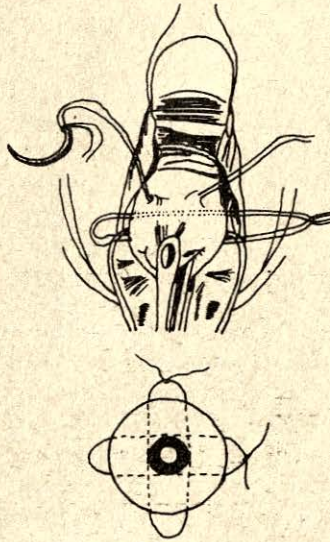
Tedavi olarak 1954'de Shirodkar¹⁵ tarafından tatbik edilen orijinal metotta portio dudakları peslerle tutulup aşağı çekilmekte vagina mukozasına cervix ön ve arka duvarında mümkün olduğu kadar yukardan 3 cm uzunluğunda enine inçision yapılmakta ve künt olarak prepare edilmektedir. Mesane kaidesinin itilmesinden sonra bir eğri iğne veya Deschamps la fasia şeridi önde arkadaki kesige, oradan da dolaşarak öne çepeçevre ve önden orifis interh kapanacak kadar sıkılarak bağlanır. Vagina mukozasındaki kesikler dikilir. Bu metotta fasia şeridi yerinde bırakılır ve doğum seksiyon ile yapılır. Bugün başta MC Donald Metodu olmak üzere muhtelif modifikasyonlar kullanılmaktadır. Bu metodlarda dikiş doğumdan evvel alınmakta ve doğum normal yoldan yaptırılmaktadır.

Mc Donald²⁷ Metodunda esası: Vagina duvarına inçision yapılmadan, mesane reddedilmeden cervixi Shirodkara nazaran biraz aşağıdan (mesane pilisinin hemen altından) çepeçevre bir torba ağzı gibi dikmek ve kanal servikalden 3 no veya 5 No hegar geçecek kadar gevşek bırakıp 6 veya 12 hizasında sıkıca bağlamaktır (Şekil: 1). Geç farkına varılan ilerlemiş gebeliklerde ise cervix açılmış ve kısalmış olduğundan Wurm-Hefner tarafından tarif edilen "U" veya "Şilte (matratzen)"²⁸ dikişi kullanılır. "U" dikişine 3 numara mersilen ile U orifisium interium yüksekliğinde önce 2 hizasından girilip, 10 hizasından çıkılır. 8 hizasından tekrar girilir, 4 hizasından çıkılır ve 3 hizasında bağlanır. 2 dikiş mesane plisi yüksekliğinde 1 hizasından girilir, 5 hizasından çıkılır. Tekrar 7



ŞEKİL I

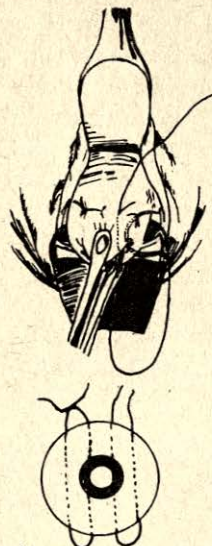
hizasından girilir ve 11 hizasından çıkılır, 12 hizasında bağlanılır (Şekil: 2).



ŞEKİL II

Şilte (Matratzen) dikişinde ise: Yarım hizasından girilip 5,5 hizasından çıkılır. Dönüp 4,5 hizasından girilip 1,5 hizasından çıkılır ve 1 hizasından bağlanılır. Diğer tarafta 11,5 hizasından girilir 6,5 hizasından çıkılır. 7,5 hizasından giri-

lir 10,5 hizasından çıkılır ve 11 hizasında bağlanır (Şekil: 3).



ŞEKİL III

Baum Garten¹², Serklaj için en uygun zaman gebeliğin 16. haftası civarı olduğunu bildirmiş fonksiyonel ve klinik olarak cervix yetmezliğini evvelki gebeliklerde de erken olarak meydana çıktığı bilinen vakalarda Serklaj 12. hafta civarında yapılabilir demiştir.

Shirodkar¹⁵ gebeliğin ilk trimestrinde yapılmasını tavsiye eder. Fakat 6. gebelik ayına kadar da yapılabileceğini bildirmiştir. Hall¹⁶ vakalarında serklajı ikinci ayda yapmıştır. Mc Donald¹⁷ 20. haftadan evvel ipek iplikle yaptığı torba ağzı dikişle iyi bir netice alamadığını serklej yapmak için en uygun zamanın 14-16. gebelik haftaları olduğunu bildirmiştir. Serlaj için muhtelif otörler, Fasia şeridi¹⁵ kuvvetli naylon iplik¹⁶ polietilen boru içinde çelik tel^{20,21} ince polietilen boru^{22,23} naylon band^{24,25,26} ipek iplik¹⁹ gibi materyaller kullanmışlardır. Son zamanlarda en çok mersilene iplik ve bantlar kullanılmaktadır.

Servix yetmezliğinin tedavisi hususunda pek çok dış yayın bulunmasına karşın memleketimizde çok sınırlı kullanılması ve az yayın bulunması sebebiyle bizde az vaka saymamıza rağmen vakalarımızı gözden geçirmeye ve elde ettiğimiz literatürle karşılaştırmaya karar vardık.

MATERYEL VE METOD

21 hastamıza cervix yetmezliği sebebi ile serklaj yaptık. Hastalarımızın hepsinde serklaj ilk defa yapıliyordu. İki vakamız bu çalışma yazıldığı tarihte henüz doğurmamış budumdaydılar. Vakalarımızdan 2 tanesinde anamneze dayanarak prof-laktik olarak serklaj yapıldı. Diğerlerine terapötik indikasyonla serklaj yapıldı. Bunlardan 2 tanesinde su kesesi servikal kanaldan hafif sarkmış olarak görüldüğünden red edildikten sonra dikiş konuldu. 2 tanesinde kollum kısalmış ve aralık idi. Diğerlerinde ise servikal kanala parmak giriyor idi. Operasyon metodu olarak 19 defa Mc Donald, 1 defa "U" dikişi, bir vakada da "Şilte (matratzen)" dikişi kullanılmıştır. Dikiş materyali olarak 8 defa mersilene band, "U" dikişi koyduğumuz vaka için 3 numara mersilene, "şilte" dikişi koyduğumuz vaka için 4 numara ipek, diğer vakalarımız için çift kat 6 numara ipek kullandık.

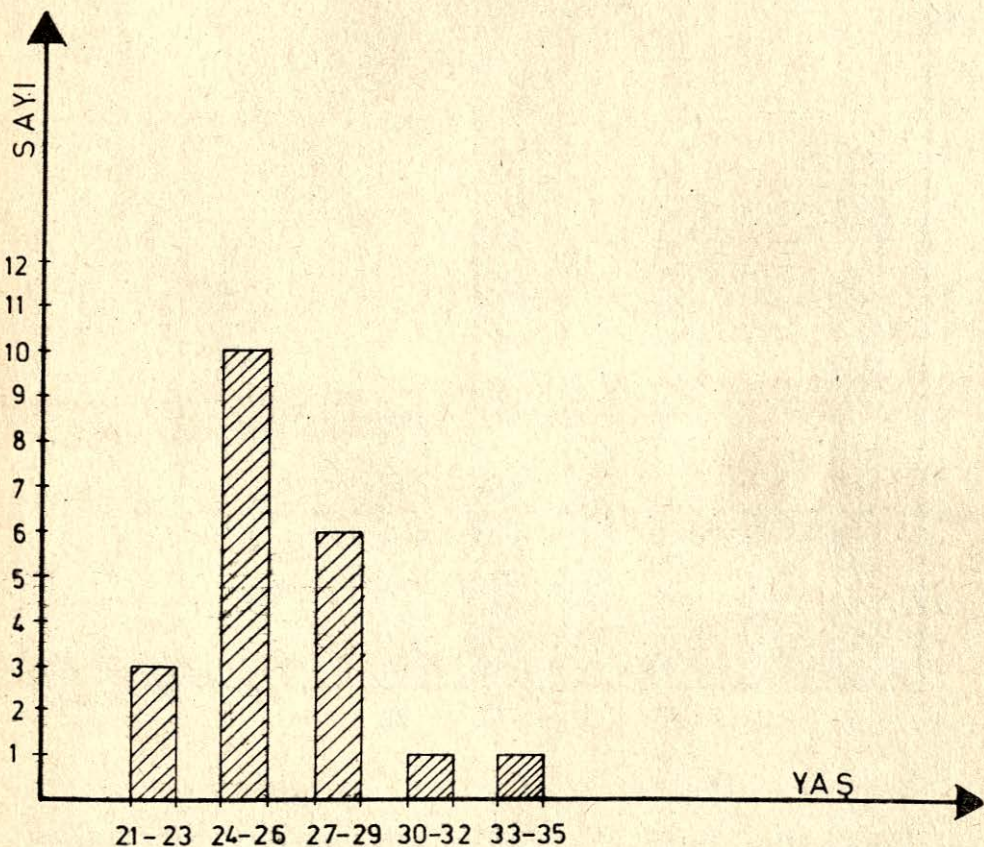
Hastalar, ameliyattan 2-5 gün evvel kliniğe yatırılmış operationdan 2 gün evvel 250 mgr. progesteron depot ve 50 mgr. normal progesteron müteakip 4 günde de 50'şer mgr. normal progesteron İ.M. verilmiştir. Ayrıca hastalara ameliyatı müteakip 3 gün sabah akşam 1'er cc. Duvadılan İ.M. verilmiştir. Hastalar operationdan 1 hafta sonra yavaş yavaş mobilize edilmiş ve ameliyatın 10-12. günü klinikten çıkarılmıştır. Hiç bir şikâyetleri olmaz ise aylık kontrole gelmesi tavsiye edilmiş, ayrıca doğumu mutlak klinikte yapılması lâzım geldiği izah edilmiştir. Doğuma kadarki devrede herhangi bir yük taşımaktan kendisini zorlamaktan kaçınması, mümkün olduğu kadar uzanarak istirahat etmesi, az ayakta kalması kendilerine tavsiye edilmiştir.

SONUC

Tablo 1- 19 Hastanın Serklajdan Evvel ve Serklajdan Sonraki Gebeliklerinin Neticesini Göstermektedir.

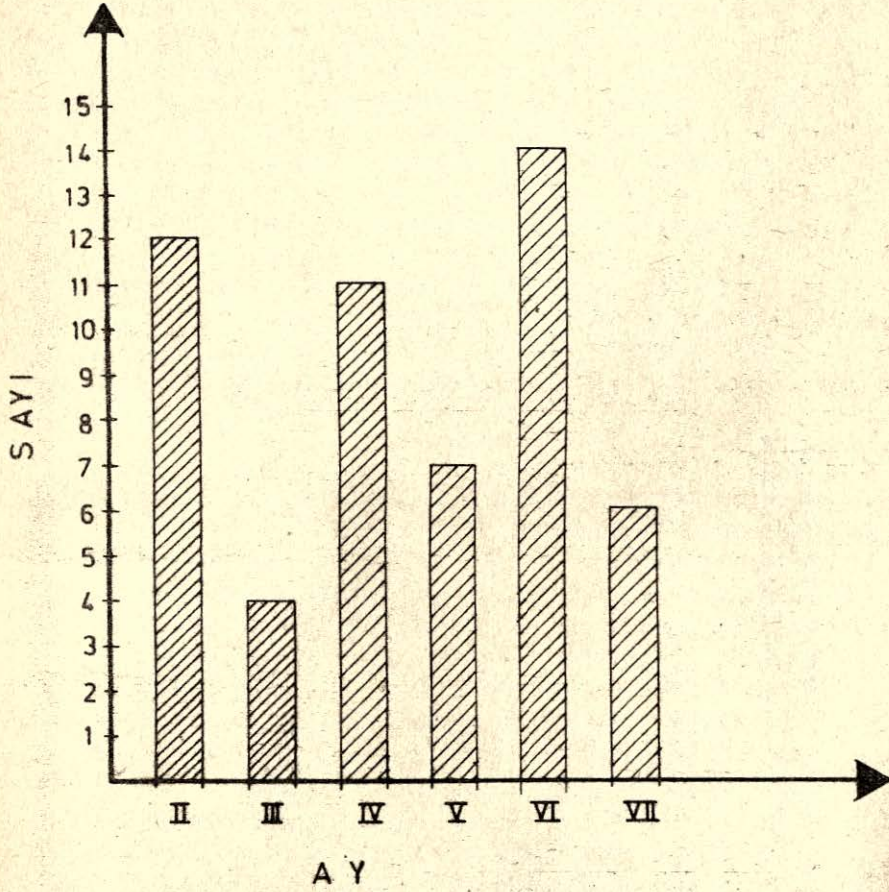
	Serklajdan Evvel	Serklajdan Sonra
Gebelikler	62 % 100	19 % 100
Abortus	48 % 77,4	1 % 5,5
Prematüre doğum	6 % 9,7	2 % 10,5
Miadında doğum	8 % 12,9	16 % 84,2
Kaybedilen çocuk sayısı	54 % 87,1	1 % 5,3
Yaşayan çocuk	8 % 12,9	18 % 94,7

Servix yetmezlikli hastalarda serklej yapıldıktan sonra yaşanan çocuk nispetinin % 12,9 dan % 94,7 ye çıktığını tablo 1'de görüyoruz. Bu istatistiki olarak anlamlıdır.



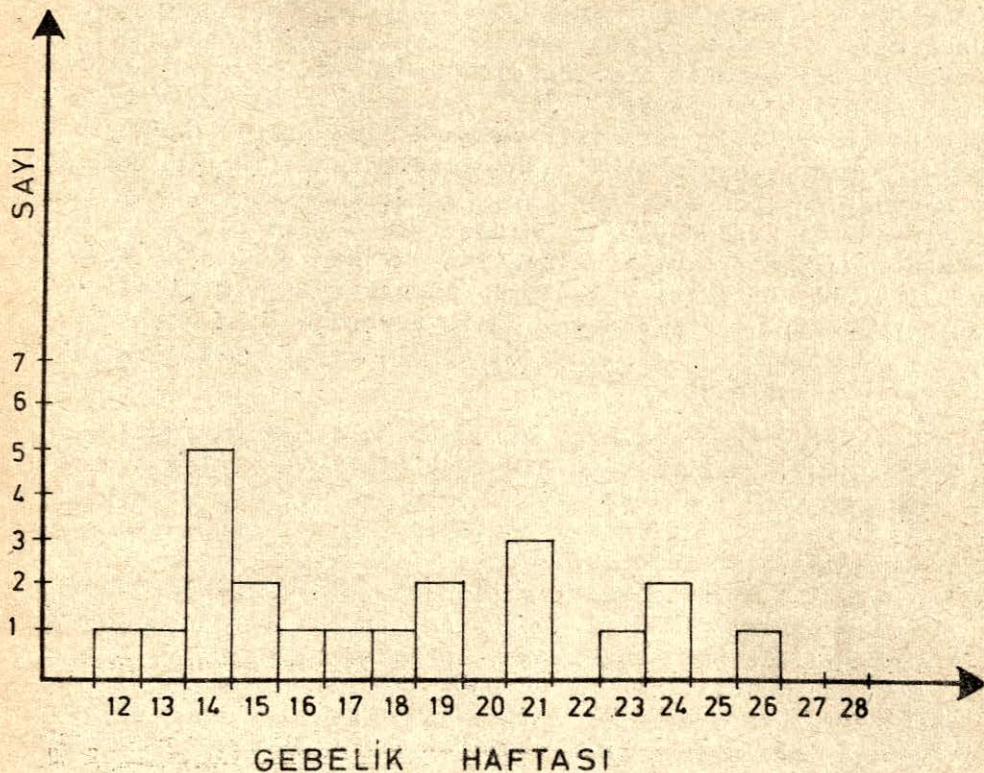
HASTALARIN YAŞLARA GÖRE DAĞILIŞI

Yukarıda grafik I tetkik edildikten en çok 24-26 yaş arasındaki hastalara serklej yapılmış olduğu görülüyor. Onu 27-29 yaş arasındaki hastalar takip etmekte. Hastaların % 76,2 si 24-29 yaş arasında bulunuyordu. Yaş ortalaması 26,5'dir.



HASTALARIN EVVELCE YAPTIKLARI ABORTLARIN AYLARA GÖRE DAĞILIŞI

Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi abortlar en fazla 6. ayda olmak üzere 4'üncü, 5'inci ve 6'ıncı aylarda görülmektedir. 2. aydaki yüksek sayıya gelince bu hastaların ekseriye ilk çocuklarını istemedikleri için aldirtmaları sebebiyle yüksektir. 7'ci aydaki prematüre doğum sadece 6 tanedir.



SERKLAJ OPERASYONUNUN GEBELİK HAFTALARINA GÖRE DAĞILIŞI

Yukarıdaki grafikte görüldüğü gibi en çok serklay operasyonu 14'üncü ve 21'inci haftalarda yapılmıştır. Serklayların çıkarılışı şu şekilde olmuştur. 16 hastanın dikişi hesaplanan doğum gününden 2-16 gün evvel 3 hastaninkisi ise ağrılar başlayınca alınmıştır. Hastalarda doğum ağrılarının başlaması ortalama 39. haftada görülür. Hastalardan 16'sı % 84,3'ü spontan olarak doğurdu. 3 tanesi % 15,7'si sezeryan ile doğurtuldu.

Bunlardan 2 tanesine makat gelişmesi sebebiyle, 1 tanesine de yaşlı primipar ve kıymetli çocuk indikasyonu ile sezeryan yapıldı.

TARTIŞMA

Yukarıda yazılanlardan anlaşılacağı gibi Servix yetmezliğinin hakiki teşhisini yapmak hemen hemen imkânsız gibi görülmektedir. Bu şartlarda operasyonun fayda ve zararları dü-

şünülmelidir. Operasyon tekniği basittir ve tehlikesiz bir müdahaledir. Diğer taraftan serklaj yapılan vakalarda doğan çocuklarda bir anomali olabileceği düşünülmüş bu sahada araştırma yapan pek çok yazar^{29,30,31}, bu çocuklarda daha fazla nispette bir gelişim bozukluğu ve morbidite tespit edememişlerdir. Bunun yanında serklajdan evvelki gebelik ile serklajdan sonraki gebelik sayıları karşılaştırıldıkta müdahale yapılan aynı hasta grubunda abort nispetinin % 77,4'ten % 5,3'e düştüğü görülüyor. Prematüre doğum % 9,7'den % 10,5'e yükseldiği görülüyor ki diğer yazarlarda bunu tespit etmişlerdir. Miadında doğum nispeti ve aynı hasta grubunda % 12,9'dan % 84,2'ye yükselmiştir. Buradan da görülüyor ki serklajın faydası çok büyük olmuştur.

Bu sebeple bugün bazı kliniklerde tipik anamnezle servix bulgusu henüz meydana çıkmadan proflaktik olarak serklaj yapılmaktadır⁶. Kontraksiyonu önleyici ilâçlar ve mutlak yatak istirahati ile sıkıntılı gebelik günleri geçirilen şüpheli vakalarda başarının fazla oluşu tekniğin basit ve tehlikesiz oluşu sebebiyle serklaj geniş şekilde kullanılmalıdır. Grafik II'de görüldüğü gibi Abortuslar en çok 4'üncü, 5'inci ve 6'ıncı aylarda olmaktadır. Bu sebeple kanımızca özellik gösteren vakalar hariç en uygun müdahale zamanı 14-16'ıncı gebelik haftaları arasındadır. Operasyonda merzilen band kullanılması iyi usül olarak görülmektedir.

KAYNAKLAR

1. PALMER, R., LACOMME, M.: La beance de l'orifice interne cause d'avortement a'repetition. Gynec Obstetr 47:905,1948.
2. LASH, A.F., LASH, S.R.: Habitual abortion the incompetent internal os of the cervix. Amer. J. Obstet Gynec 59: 68 1950.
3. BASTER, R.H., Operations to preserva pregnancy Clin Obstet. Gynec 1: 511,1958.
4. LOCH MÜLLER, H., TECKLENBURG, W., ZİMMER, F.: Wurm-Hefner versus "Shirodkar=Mc Donald, Zur Behandlung der Zervix-Insuffiziens in graviditate. Geburtsh Frauenheilk 31:431,1971.
5. KRİSHNAU, JAYA., KRİSHNA, U.R., PURANDARE, B.N.: Incompetent cervical os. J. Obstet Gynaec. India 18:573, 1968.
6. HOHLWEG-MAJERT, P.: Prophylaktische und therapeutische Zervix cerclage an der Universitats Frauen klinik mannheim inden Jahren 1965 bis 1973 Geburtsh u Frauenheilk 34: 1047, 1974

7. BADEN, W.F., BADEN, E.E.: Cervical incompetence current therapy Amer J.Obstet Gynec 79 545, 1960.
8. GRÜNBERGER, V., NARIH, G.: Indikation und Erfolg der Zervix Cerclage nach Shirodkar. Zbl. Gynak 83 1087, 1961.
9. PALMER, R.: Le rôle de la béance de l'isthme uterin dans l'avortement habituel. Rev Gynec Obstetr 45 218, 1950.
10. LASH A.F.: The incompetent internal os of the cervix diagnosis and treatment. Am. J. Obstet Gynec 79 552, 1960.
11. GREENE-ARMITAGE, V.B., Mc CHIRE BROWNE, J.: Habitual abortion due to insufficiency of the internal cervical os. Brit med. J. II 128 1957.
12. BAUMGARTEN, K.: Kritische Betrachtungen zur indikation und operationstechnik bei Zervix insuffizienz Geburtsh u. Frauenheilk 25 260 1965.
13. JEFFCOATE, T., WILSON, J.: Ceterin causes of abortion and premature labor N.Y st.J.Med. 56 680 1956.
14. BORGLIN, N.: Placental function in incompetence of the cervix Fertil and Steril 13, 575 1962.
15. SHIRODKAR, V.N.: Surgical treatment of habitual abortion Internat. Congr Gynecol Genf 1954
16. HALL, H.H.: Occlusive trachelorrhaphy for repeated abortion due to cervical incompetence. Amer J. Obstet Gynec 71 225 1956.
17. Mc. DONALD, J.A.: Incompetent cervix as a cause of recurrent abortion J.Obstet Gynaec (brit) 70,105 1963.
18. STÖCKLI, A.: Die operative Behandlung der isthmo-cervicalen Insuffizienz in der Schwangerschaft Geburtshil u Frauenheilk 21 737 1961.
19. KÖSER, O.: Zur Atiologie der wiederholten und habituellen Aborte Gynaecologia 144,97 1957.
20. d'ERNST, J.P.: L'insuffissance fonctionnelle de l'isthme uterin Gynaecologia 142 317 1956.
21. NADKARNI, R.M.: Treatment of incompetence of the internal os of the cervix J.Obstet Gynec India 12 189 1961.
22. EASTERDAY, C.L., REID, D.E.: The incompetent cervix in repetitive abortion and prematür labor New. Engl J.Med. 260 687 1959.

23. FISHER, J.J.: Employment of polyethylene suture in the Shirodkar operation as a temporary procedure Amer J.Obstet Gynec 84, 819 1962.
24. ANSELMINO, K.J.: Zur operativen Behandlung der Insuffizienz des inneren Muttermundes und der operen Zervix,Geburtsh. u. Frauenheilk 18,797 1958.
25. ANTOINE, T.: Die operation nach Shirodkar bei Abortus habitualis. Wien Klin. Wschr 71, 122 1959.
26. BARTER, R.H., DUSBABCK, J.A., TYNDAL, C.M., ERBENCK, R.V.: Further experince with the Shirodkar operation Amer J. Obstet. Gynec 85,792 1963.
27. Mc. DONALD, J.A.: Suture of the cervix for inevitable miscarriage J. Obstet. Gynaec (brit) 64, 346 1957.
28. KASER, O., IKLE, F.A., HIRSCH, H.A.: Atlas der Gynakologischen Operationen 3 Auflage Georg Thieme Verlag Stuttgart 1973 S:314
29. MAU, G.: Die Bedeutung der Zervix-Cerclage für das kind Z. Geburtsh u.Perinatologie 4,331 1972.
30. KIDESS , E., PROBST, V., FIECHTNER.: Indikationsstellung und Erfolg der Zervix-Cerclage (Shirodkar-Mc Donald) in der Schwangerschaft.Geburtsh u.Frauenheilk 33,198 1973.
31. PRENZLAU, H.P.: Erfahrungsbericht über die Cerclage der Cervix uteri nach Shirodkar an der Univ. Frauenklinik Berlin. Zbl. Gynak 89 1233 1967.