

Case Report / Olgu Sunusu

ServikalEktopik Gebelik: Olgu Sunumu

Cervicalectopicpregnancy: a casereport

Bülent Çakmak¹, Tülay Aysal¹, Zeki Özsoy¹, Fazlı Demirtürk¹

¹Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın
Hastalıkları Ve Doğum
Anabilim Dalı- Tokat.

Corresponding Author:

Yrd. Doç. Dr.

BülentÇAKMAK

GaziosmanpaşaÜniversitesi
Tıp
FakültesiKadınHastalıklarıV
eDoğumAnabilim Dalı-
Tokat.

Email:
drbulentcakmak@hotmail.com

Başvuru Tarihi/Received :

04-06-2012

Kabul Tarihi/Accepted:

19-12-2012

ÖZET

Servikal ektopik gebelik endoservikal bölgeye implante olan, yüksek maternal morbidite ve mortalite ile seyreden nadir bir durumdur. Erken tanı ve tedavi bu hastalarda fertilitenin korunması ile birlikte hayat kurtarıcı olabilmektedir. Bu yazıda endoservikal küretaj ile sonlandırılan ve kanama kontrolü amacıyla intraservikal foley uygulanarak başarılı bir şekilde tedavi edilen bir servikal ektopik gebelik olgusu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Servikal ektopik gebelik, tanı, tedavi.

ABSTRACT

Cervical ectopic pregnancy which is implanted in the endocervical region, a rare condition characterized by high maternal morbidity and mortality. Early diagnosis and treatment can be life saving with preserving fertility in these patients. In this article, diagnosis and treatment of a cervical ectopic pregnancy case is presented with the review of the literature.

Key words: Cervical ectopic pregnancy, diagnosis, treatment.

GİRİŞ

Ektopik gebelik, gebelik ürününün uterinkavite dışında başka bir yerde bulunması olup tüm gebeliklerde yaklaşık %1-2 oranında görülür. En sık tubalektopik gebelik (%95) olup servikalektopik gebelik daha nadir (%0.1-0.2) görülmektedir (1,2). Servikalektopik gebelik döllenmiş yumurtanın anormal olarak servikal internalos seviyesi altında endoservikal kanala implantasyonu sonucu oluşur. Şiddetli kanamaya neden olabilmesi açısından maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasındadır. Servikalektopik gebelik tanısı ve tedavisi hayat kurtarıcı olduğu kadar fertilitenin korunması açısından da önemlidir. Bu yayında servikalküretaj ve sonrasında servikal foley uygulaması ile başarılı bir şekilde tedavi edilen servikalektopik gebelik olgusu sunulmuştur.

OLGU

36 yaşındaki olgu dış merkezde ektopik gebelik tanısı konulmuş; ancak daha önce geçirilmiş batın cerrahisi olduğu için kliniğimize sevk edildi. Obstetrik hikayesinden sırasıyla 2 kez vajinal doğum, bir kez intrauterinex fetusu nedeniyle sezaryen ve bir kez de ektopik gebelik nedeniyle laparotomi ile sağ salpenjektomi operasyonu geçirdiği öğrenildi. Son operasyonu 7 yıl önce olup son 4 yıldır rahimiçi araçla (RİA) korunmaktaydı. Son adet tarihine göre 6 hafta 4 günlük gebeliği mevcuttu. Olgunun adet rotarı dışında ağrı veya vajinal kanama gibi herhangi bir şikayeti yoktu. Fizik muayenede nabız: 88/dakika, tansiyon arteryel: 100/70 mmHg olarak saptandı. Batında pfenstiel insizyonskarı mevcuttu. Jinekolojik muayenesinde kanama izlenmedi. Servikalosta RİA ipi gözlendi. Uterus ve adneksler hareketle hassas idi. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) uterinkavite içerisinde normal yerleşimli RİA izlenirken servikal kanalda, internal servikalos seviyesi altında serviks ön duvarına invaze 15x18 mm'lik gestasyonel kese izlendi (Resim-1). Kese içerisinde yolksack izlenirken fetal pol izlenmedi (Resim-2).

Sol overde 34x28 mm'lik korpus luteum izlenirken diğer over normal olarak izlendi.



Resim-1: Servikal gebeliğin transvajinal ultrasonografik görüntüsü. Siyah oklar serviks ön duvarına invazyon alanını gösteriyor.

Laboratuvar incelemesinde Hb: 12.3 gr/dl, kan grubu: ARh (+) ve β hCG değeri 5590 mIU/ml, diğer hematolojik ve biyokimyasal parametreler normal sınırlar içerisinde saptandı. Olgu genel anestezi şartları altında sedo-analjeji yapılarak önce RİA çıkarılıp takiben endoservikalküretaj ile gebelik materyali boşaltıldı. Kanama kontrolü amacıyla servikal kanala 16f foley sonda yerleştirildi. Foley sonda işleminden 12 saat sonra çıkarıldı. Postoperatif 2. gün β hCG değeri 2200 mIU/ml, 7. gün 183 mIU/ml olarak saptandı. Patoloji sonucu nekrotik desidua ve plasental doku parçaları olarak yorumlandı. Postoperatif 1. ayda değerlendirilen hastanın β hCG değeri negatif olarak, jinekolojik muayenesi ve TVUSG değerlendirmesi normal olarak saptandı.



Resim-2: Servikal gebeliğin transvajinal ultrasonografik görüntüsü. Beyaz ok gestasyonel kese içinde yolksack gösteriyor.

TARTIŞMA

Servikalektopik gebelik nadir görülmekle birlikte; tanısının gecikmesi ve dolayısıyla gecikmiş müdahale sıklıkla masif kanamaya yol açarak olguların yaklaşık %50'sinde acil histerektomi yapılmasını gerektirir (3). Etyolojide en önemli faktör endometrial hasar varlığıdır. Geçirilmiş intrauterin müdahalelerin endometriumda hasara neden olarak endometrial implantasyonu engellediği düşünülmektedir. Geçirilmiş dilatasyonküretaj, sezaryen ile doğum, geçirilmiş uterin cerrahi, abortus öyküsü, submüközmyom, kronik endometrit ve RİA varlığı risk faktörleridir (4). Ayrıca asiste reproduktif teknolojinin kullanımı da servikalektopik gebelik gelişimini için risk faktörüdür (5,6). Sunduğumuz olguda risk faktörü olarak geçirilmiş sezaryen ve ektopik gebelik öyküsü ile RİA kullanımı mevcuttu. Bu risk faktörleri aynı zamanda tubalektopik gebelik için de geçerlidir. Dikkatli bir TVUSG muayenesi ile ayırıcı tanı yapılmalıdır.

Servikalektopik gebelik tanısında klinik, β hCG ölçümü, ultrasonografi ve magnetikrezonans görüntüleme (MRI) yararlanılabilir. Ultrasonografi ile tanı gebelik kesesinin servikte görülmesi, servikal duvara trofoblastik invazyonun olması, uterinkavitenin boş olması ve uterus boyutlarının normal olması ile konur (7,8). MRI da servikalektopik gebelik tanısında ultrasonografinin kısıtlı olduğu durumlarda kullanılabilirle birlikte; acil durumlarda hemen el altında olmaması dezavantajıdır (9). Bu olguda yapılan TVUSG' degestasyonel kese servikal kanalda, serviks ön duvarına invaze olarak izlendi. Uterinkavitede RİA görülmüş olup gebelik ürünleri ait görünüm saptanmadı.

Servikalektopik gebeliğin yönetiminde medikal, cerrahi ve kombine tedaviler uygulanabilir. Tedavi seçiminde hastanın genel durumu, kanama olup olmaması, kesenin servikal duvara olan invazyon derecesi ve fertilitate isteğinin olup olmaması etkilidir. Medikal tedavi olarak metotreksatın sistemik veya intraamniotik uygulaması ile potasyum kloridin intraamniotik uygulaması yapılabilir (10). Sistemik metotreksat tek doz veya çoklu dozlar halinde uygulanabilir. İntraamniotik uygulamalarda metotreksat uygulamasından sonra devam eden fetalkardiak aktivite varlığında potasyum klorid 5mmol/L dozunda uygulanır (11). Servikalküretaj en sık uygulanan tedavidir. Küretaj yapılan olgularda bazen kanamanın durmaması nedeniyle ek girişimler uygulanabilir. İntraservikalfoley sonda uygulaması veya servikalsütür uygulamaları kanamanın kontrol altına alınmasında etkili yöntemlerdir (12,13). Olgumuzda küretaj sonrası kanamanın devam etmesi nedeniyle intraservikalfoley uygulaması yapılmış olup kanama kontrolünde oldukça başarılı olmuştur. Kanamanın kontrol altına alınamadığı olgularda internaliliak arter ligasyonu veya histerektomi gibi radikal tedaviler uygulanabilir. Fertilitenin korunulması istenilen vajinal kanamanın ön planda olduğu servikalektopik gebelik olgularında selektif uterin arter embolizasyonları etkin kanama kontrolü sağlayan yöntemlerdendir (14-17). Sunduğumuz olguda küretaj sonrası kanama kontrolü için servikalfoley uygulaması başarılı olduğundan arter embolizasyonu veya histerektomi gibi daha invaziv girişimlere gerek kalmamıştır.

Sonuç olarak servikal gebelik, ektopik gebeliğin nadir bir şekli olup erken tanı konulmalıdır. Servikalküretaj ve kanama kontrolü için intraservikalfoley sonda uygulaması ile etkin şekilde tedavi edilebilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J ObstetGynecol* 2002; 106:1004-19.
2. Heikinheimo O, Leminen A, Cacciato B, Rutanen EM, Kajanoja P. Advanced cervical pregnancy: uterus-sparing therapy initiated with a combination of methotrexate and mifepristone followed by evacuation and local hemostatic measures. *ActaObstetGynecolScand* 2004;83:211-3.
3. Yitzhak M, Orvieto R, Nitke S, Neuman-Levin M, Ben-Rafael Z, Schoenfeld A. Cervical pregnancy a conservative stepwise approach. *Hum Reprod* 1999;14:847-9.
4. Meerssche MV, Verdonk P, Jacquemyn Y. Cervical pregnancy: three case reports and a review of the literature. *Human Reprod* 1995;10:1850-5.
5. Weyeman PC, Verhoeven AT, Alberda AT. Cervical pregnancy after in vitro fertilization and embryo transfer. *Am J ObstetGynecol* 1990;163:639-4.
6. Brisden PR, Smith B, Craft IL. Cervical ectopic pregnancy following gamete intrafallopian transfer. *J In Vitro FertilEmbryo Transfer* 1988;5:370.
7. Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, Schenker JG. Cervical pregnancy: Past and future. *ObstetGynecolSurv* 1997;52:45-59.
8. Ruano R, Reya F, Picone O. Threedimensionalultrasonographic diagnosis of a cervical pregnancy. *Clinics* 2006;61:355-8.
9. Jung SE, Byun JY, Lee JM, Choi BG, Hahn ST. Characteristic MR findings of cervical pregnancy. *J MagnReson Imaging* 2001;13:918-22.
10. Frates MC, Benson CB, Doubilet PM. Cervical ectopic pregnancy: results of conservative treatment. *Radiology* 1994;19:773-5.
11. Kirk E, Condous G, Haider Z, Syed A, Ojha K, Bourne T. The conservative management of cervical ectopic pregnancies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2006;27:430-7.
12. Maral İ, Sözen U, Balık E. Servikal Gebeliğin Konservatif Tedavisi (Olgu Sunumu). *Turk Klin Jinekoloj Obst* 1993;3:67-9.
13. Seçen İE, Keskin HL, Aşar AF. Servikal ektopik gebelik: Üç olgu sunumu. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2012;9:229-32.
14. Harman M, Zeteroğlu Ş, Etlik Ö, Arslan İ. Bozulmuş servikal gebelikte arteriyel embolizasyon ile tedavi. *Turk J Diagn Intervent Radiol* 2003;9:91-3.
15. Trambert JJ, Einstein MH, Banks E, Frost A, Goldberg GL. Uterine artery embolization in the management of vaginal bleeding from cervical pregnancy: a case series. *J Reprod Med* 2005;50:844-50.
16. Yang JH, Shih JC, Liu KL, Yang YS. Combined treatment with temporary intraoperative balloon occlusion of common iliac arteries and hysteroscopic endocervical resection with postoperative cervical balloon for intractable cervical pregnancy in an infertile woman. *Fertil Steril* 2007;88:1438.e11-13.
17. Farhat LB, Salah YB, Askri A, Dali N, Hendaoui L. Conservative treatment of a cervical twin pregnancy with uterine artery embolization. *Diagn Interv Radiol* 2010;16:248-50.