



# Servikal Gebelik Yönetiminde Minimal İnvaziv Yaklaşım

## Minimal Invasive Approaches in the Management of Cervical Pregnancy

Gonca Batmaz, Fulya Molla, Taner Molla, Serdar Aydın, Ramazan Dansuk

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

### Özet

Servikal ektopik gebelik yüksek maternal morbidite ve mortalite ile seyreden nadir görülen bir tablodur. Fertilitenin korunması amaçlanan, altı haftalık servikal gebelik tespit edilen primipar olgumuzda, tek doz ve multidoz sistemik Methotrexate (MTX) tedavisi uygulanmıştır. Tedavi sonrası hastaya uygulanan aspirasyon ve küretaj işlemi sırasında yoğun kanama izlenmemiştir. Bu tedavi seçeneği ile hastaya invaziv cerrahi müdahale gereksinimi ortadan kalkmış ve fertilitenin korunmasına katkı sağlanmıştır. (*Haseki Tıp Bülteni* 2015; 53: 165-7)

**Anahtar Sözcükler:** Servikal gebelik, methorexate, fertiletinin korunması

### Abstract

Cervical ectopic pregnancy is an exceptional condition which is responsible from high maternal morbidity and mortality. We applied a single- and multi-dose systemic Methotrexate (MTX) treatment protocols in a primipara at six weeks' cervical pregnancy in whom fertility was intended to be preserved. Following this treatment, suction curettage was performed and any massive bleeding did not occur during this intervention. Systemic treatment modality may contribute to preserve fertility and attempts to avoid invasive surgical management. (*The Medical Bulletin of Haseki* 2015; 53: 165-7)

**Key Words:** Cervical pregnancy, methorexate, presevation of fertility

### Giriş

Servikal ektopik gebelik oldukça nadir görülür ve tüm ektopik gebeliklerin %0,2'sini oluşturur (1). Maternal mortalite ve morbiditenin önemli sebepleri arasındadır ve sonuçları gelecekteki fertilitiyi olumsuz etkileyebilir. Servikal intramural ektopik gebelik olgusu daha da nadir görülür ve literatür incelendiğinde bu konuda oldukça az veriye rastlanmaktadır (2-4). Biz de minimal invaziv müdahale için başarılı bir şekilde methotrexate (MTX) uygulamasının yapıldığı servikal intramural ektopik gebelik olgusunu sunduk.

### Olgu

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi acil bölümünden başvuran hasta, son adet tarihine göre on günlük adet gecikmesi olması, yapılan beta hcg değerinin 5583,74 mIU/mL olarak saptanması ve transvaginal ultrason (TV-USG) incelemesinde servikal gebelik şüphesi olmasından dolayı dış merkezden tarafımıza yönlendirildi. Obstetrik hikayesinde iki yıl önce dilatasyon ve küretaj

(D&C) ile sonuçlanan missed abortus öyküsü mevcuttu. Yapılan spekulum muayenesinde serviks nullipar vasıftaydı; koyu kahverengi minimal kanamalı izlendi. TV-USG servikal intramural yerleşimli 14 mm çapında gestasyonel kese (GS) mevcut olup kese içinde embryo izlenmedi. Endometrial kalınlık 6,5 mm ve uterin kavite boş olarak izlendi (Şekil 1). Olgunun iki gün sonra beta hcg değeri 6785,3 mIU/mL saptandı. Olguya tek doz 50 mg/m<sup>2</sup> MTX intramusküler (I.M.) uygulandı. MTX uygulama sonrası dördüncü gün beta hcg değeri 13649,6 mIU/mL olarak izlendi. Spekulum muayenesinde kanama izlenmedi. TV-USG de servikal yerleşimli GS içerisinde fetal kalp atımı mevcut olan 6 haftalık embryo izlendi (Şekil 2). Genel anestezi altında lokal 50 mg MTX uygulandı. İşlem sonrası ikinci gün beta hcg değeri 14340 ve TV-USG de değişiklik olmaması üzerine multidoz sistemik MTX (1., 3., 5., 7. günler MTX I.M. ve 2., 4., 6., 8. günler folinik asit I.M.) tedavisine karar verildi. MTX 55 mg ve kalsiyum folinat 5,5 mg şeklinde tedavisi tamamlandı. Bu süreçte tam kan sayımı ve biyokimyasal değerleri takip edildi ve normal olarak izlendi. Multidoz sistemik MTX tedavisinin sonlandığı gün beta hcg değeri

7519,6 mIU/mL idi, TV-USG'de bozulmuş GS ve etrafında servikal alanda 34,5x31,9 mm nekroze alan izlendi (Şekil 3). Takiplerinde nekroze alanda küçülme saptanmayan ve ağrıları olan hastaya bir ay sonrasında genel anestezi altında no: 6 Karman kanülü ile D&C yapıldı. Patoloji sonucu 'Nekrotik plasental doku' olarak yorumlandı. Takiplerinde beta hcg değerleri gerileyen olguda herhangi bir komplikasyon gelişmedi.

### Tartışma

Biz nadir görülen intramural servikal gebelik olgusunu ve yönetim deneyimini yaşadık. Literatürde, bizim ulaşabildiğimiz benzer dört olguya rastladık. Önceki sunumlarda servikal kanal ve GS arasındaki ilişkiyi göstermek için görüntüleme yöntemleri (MR, ultrasonografi) kullanılmıştı (1-3). Biz bu olguda TV-USG ile endoservikal kanalı net olarak gördük ve daha sonrasında genel anestezi altında TV-USG eşliğinde GS içerisine MTX verilirken 6 numaralı hegar bujisi yardımı ile endoservikal kanal ile GS arasında ilişki olmadığını izledik.

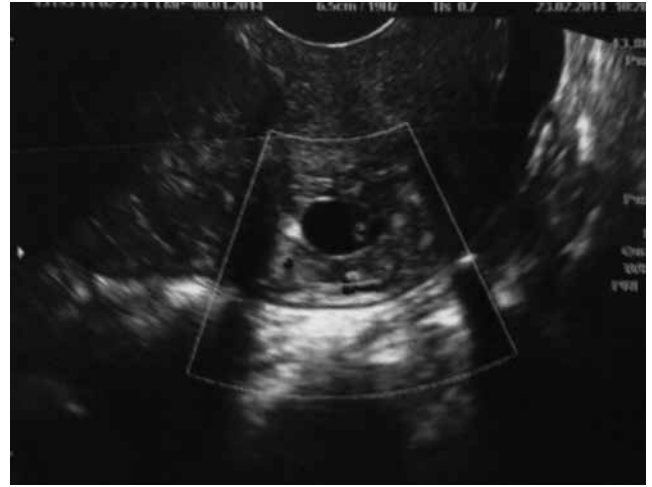
Servikal gebelik ektopik gebeliğin nadir görülen bir formudur. En sık sebepleri; gebelik sonlandırmak için geçirilmiş D&C öyküsü, sezaryan öyküsü, invitro fertilizasyon ile gebelik öyküsüdür (1). Bu makalede sunduğumuz olguda geçirilmiş D&C öyküsü vardı. Servikal gebeliğin en sık görülen semptomu vaginal kanama ve kasık ağrısıdır. Ağrı hastaların sadece 1/3'ünde görülür. Erken servikal gebelikler rutin ultrasonografi sırasında da saptanabilmektedir (5).

Servikal gebelik, inkomplet abortun servikal fazından ve kanayan servikal fibroidden ayrımı yapılmalıdır. Servikal gebeliği spontan düşükten ayıran önemli ultrasonografik bulgular; uterin kavitenin boş olması, gestasyonel kese içeren balonlanmış ve kapalı endoservikal kanaldır (5). Bütün bu kriterler olguda izlenmiştir. Genellikle trofoblastik doku endoservikal kanalı aşındırır. Gebelik serviksini fibröz duvarında büyütür bu da glandüler dokunun koryonik villuslara yakın olmasını engeller (4).

Servikal gebeliğin yönetiminde kanamayı durdurmak için aspirasyon küretaja ek olarak servikal serklaj ve foley katater ile servikal tamponizasyon uygulanabilir. Bu uygulamaların dışında küretaj sonrasında lokal prostoglandin tercih edilebilir. Kontrol edilemeyen kanamalarda uterin arterin servikal dallarının bağlanması, bilateral hipogastrik arterlerin bağlanması düşünülebilir. En son seçenek olarak da histerektomi yapılabilir (6). Özellikle çocuk istemi olan benzer olgularda İntraamniyotik ve sistemik MTX tedavisi büyük avantaj sağlar (6). Sistemik tedavi vücut yüzey alanının metrekaresi başına tek doz 50 mg IM veya multidoz MTX 1 mg/kg 1., 3., 5. ve 7. gün ve aralarda 0,1 mg/kg leukovorin şeklinde uygulanabilir (7). Bu olguda tek doz MTX protokolünün yeterli olmaması



Şekil 1. Servikal bölgeye yerleşmiş gebelik kesesi ve kese içerisinde 5W6D ile uyumlu CRL izlenmektedir. Endometrial kavite boş izlenmektedir



Şekil 2. Renkli doppler ultrasonografide fetal kalp atımı izlenmektedir



Şekil 3. TV-USG'de bozulmuş GS ve etrafında servikal alanda 34,5x31,9 mm nekroze alan izlenmektedir

intramural servikal gebeliğe bağlanmıştır ve multidoz MTX protokolü uygulanmıştır. Bu tedavi sonrasında oluşan koagulum nedeniyle küretaj işlemi sırasında masif kanama meydana gelmemiş ve hastaya ek bir cerrahi müdahale uygulanmamıştır. Sistemik MTX tedavisiyle hastanın fertilitésinin korunmasına katkı sağlanmıştır.

### Sonuç

Servikal intramural gebeliğin şüphesi halinde, klinik ve radyolojik deneyim erken tanı için vazgeçilmezdir. Çocuk istemi olan hastalarda sistemik MTX organ koruyucu olarak akılda bulundurulmalıdır. Sistemik MTX tedavisinin avantajlarını ortaya koyabilmek için daha fazla olgu serilerine ihtiyaç duyulmaktadır.

**Çıkar çatışması:** Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

### Kaynaklar

1. Breen JL. A 21 year survey of 654 ectopic pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2002;106:1004-19.
2. Ozawa N, Takamatsu K, Fujii E, Saito H. Pregnancy implanted in the fibromuscular layer of the cervix. *J Reprod Med* 2006;51:325-8.
3. Taskin S, Taskin EA, Cengiz B. Cervical intramural ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 2009;92:395.e5-7.
4. Sharma A, Ojha R, Mondal S, Chattopadhyay S, Sengupta P. Cervical intramural pregnancy: Report of a rare case. *Niger Med J* 2013;54:271-3.
5. Hofmann HM, Urdl W, Höfler H, Hönlgl W, Tamussino K. Cervical pregnancy: Case reports and current concepts in diagnosis and treatment. *Arch Gynecol Obstet* 1987;241:63-9.
6. Ben Farhat L, Ben Salah Y, Askri A, Dali N, Hendaoui L. Conservative treatment of a cervical twin pregnancy with uterine artery embolization. *Diagn Interv Radiol* 2010;16:248-50.
7. Guzowski G, Sieroszewski P. Invasive ultrasound in the management of cervical ectopic pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;172:7-9.