

SERVİKAL YETMEZLİĞİN ULTRASONOGRAFİK TANISI

UÇAR, A., ÖNVURAL, A.

ÖZET: Ultrasonografik olarak servikal yetmezlik; serviksin kısalması, dilate olması ve amnion kesesinin saat camı gibi prolabe olması ile tanınır. Günümüzde bazı otörler ultrason eşliğinde operasyon ile tedaviyi önerirler.

ABSTRACT: Aylin(ARI) UÇAR, Ata ÖNVURAL, Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine. Ultrasonographic diagnose of servikal incompetence. Ultrasonic visualization of a dilated, shortened cervix and the herniation of the fetal membranes helps us to diagnose incompetent cervix. Today some authors suggest to eperate their patients with the ait of ultrasonography.

Anahtar sözcükler: Servikal yetmezlik, obstetrik ultrasonografi.

Key words: Cervical incompetence, obstetrical ultrasonography.

Doğum olmadığı halde, endoservikal kanalın prematür dilatasyonuna serviks yetmezliği denir. 1948'de Palmer, 1950'de Lash, bunu takiben 1954'de Hindistanda Schirodkar ve 1958'de Avusturyada Mc Donald servikal kanalın yetmezliği konusunda çalışmalar yaptılar.

Literatürde serviks yetmezliğinin Sarti'ye(1) göre 1000 de 0.2-2 ve Mc Donald'a göre %0.1-1.8 oranında görülmesine karşılık fetal kaybın %45-89 arasında olduğu düşünüldüğünde(2) konunun önemi ortaya çıkmaktadır(2).

Servikal yetmezlik etyolojisini Scierra(3) 3 kategoride incelenmiştir. Bunlar;

Opr.Dr.Aylin(ARI) UÇAR, Senirkent Devlet Hst. Kadın Hst. ve Doğum Uzm.
Doç.Dr.Ata ÖNVURAL, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı.

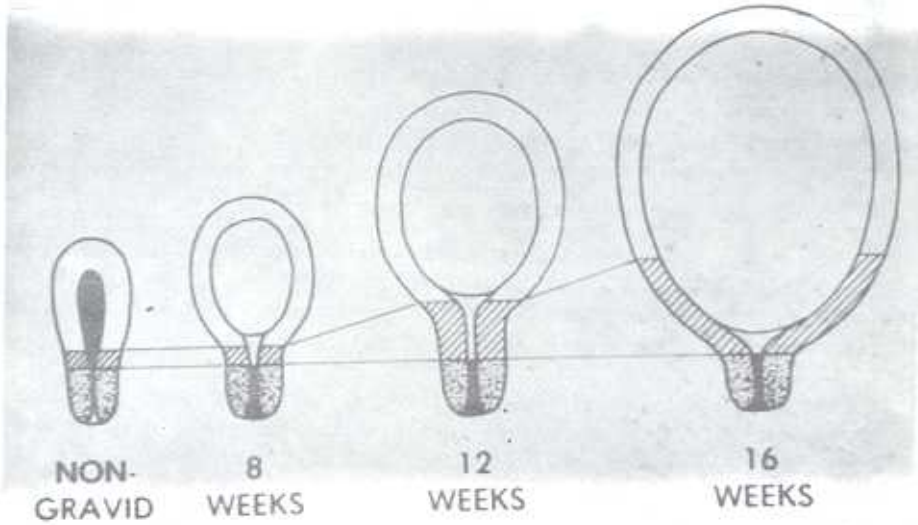
1. Kazanılmış nedenler: Dilatasyon, küretaj, travmatik forseps, alt servikal sezeryan, konizasyon, servikal yırtıklar gibi operasyon sonucu gelişenlerdir. En sık rastlanan nedeninin bu travmalar olduğunu bazı öteçiler savunur.

2. Konjenital olarak bağ dokusunun zayıf olması

3. Fizyolojik olarak görülen yetmezlik: Hastanın fark etmesine karşılık anormal uterin kontraksiyonlar sonucu normal serviksin açılmasıdır.

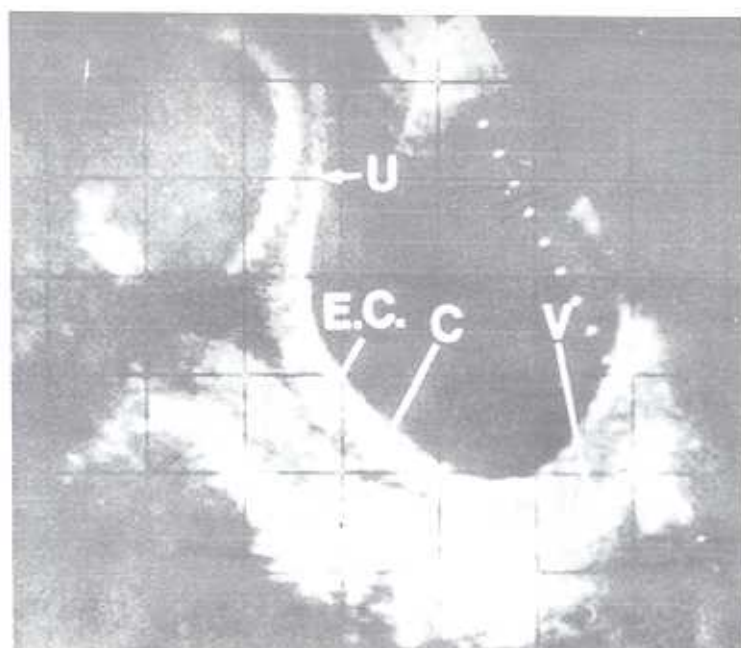
Servikal yetmezliği olan hastalar bazen terme kadar bebeği taşıyabildiği halde sıklıkla 2. trimesterde abortus oluşur. Eğer gebeliğin erken devresinde tanı koyulur ve cerclage uygulanırsa %58-77 oranında fetus kurtarılabilir(1).

Gebe olmayan kadında isthmus 1cm iken gebelik boyunca farklılıklar gösterir. 3. ayda isthmusta elongasyon görülür. Gebeliğin yaklaşık 16. haftasında muskuler yapı açılır. Termde alt segment 7-10cm.dir. Servikste ise boy olarak bir değişme görülmez. Resim 1'de gebe olmayan ve gebe kadındaki serviks ve alt segment değişimleri izlenmektedir.

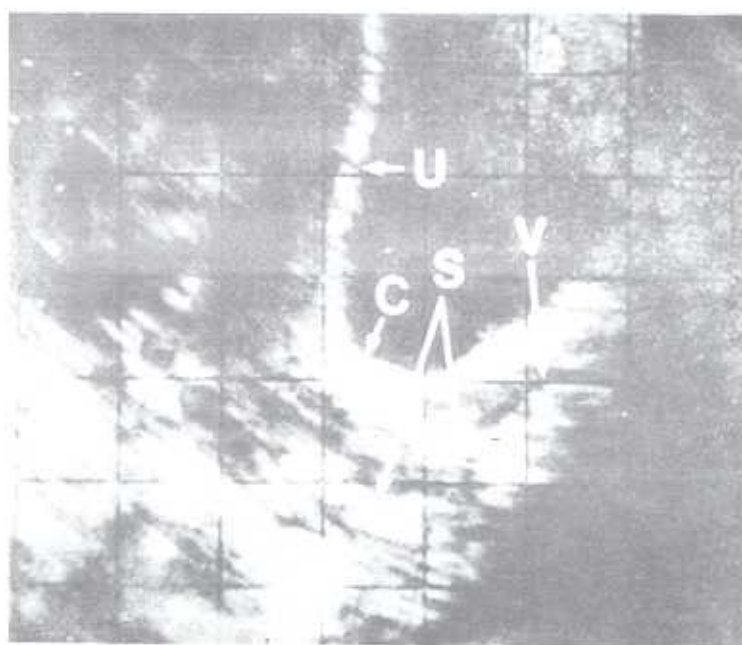


Gebelikte servikste endoservikal mukozanın proliferasyonu ve servikal mukus tıkacının kanalı tamamen doldurduğu görülür. Kanal ekojen, serviks nisbeten sonolusent olarak izlenir. External os ve vagen arasındaki akustik farklılık fazla değildir, bu nedenle vaginaya sıvı konulduğunda external os daha kolay izlenir.

Serviksin normaldeki uzunluğu 2-4cm.dir. En çok 7 cm'ye ulaşmaktadır(5). Dilate olmamış uzunluğu 2cm'e kadar inen servikslerin gebelikte herhangi bir komplikasyona yol açmadığı bildirilmektedir(6). Resim 2'de normal, resim 3'de elonge serviks izlenmektedir.



Resim 2



Resim 3

28. haftadan önce serviks ultrasonografik izlenebilmektedir. Servikal uzunluğun 2cm'nin altına düşmesi ve servikal açıklığın ilk trimesterde 15, ikinci trimesterde 20mm'yi geçmesi servikal yetmezliğin tanısı için değerli parametrelerdir(6).

Servikste fibröz, isthmusta ise muskular yapı daha fazladır. Serviksin alt 1/3'ünde %6.4, ortada %18, en üst 1/3'ünde %29 oranında düz kas bulunur. Anatomik olarak isthmus korpusun bir parçasıdır. 3 aydan itibaren isthmusta elongasyon ve dilatasyon gelişir(6).

External osun kapalı olarak hissedildiği durumlarda bile ultrasonografik muayenede servikal yetmezlik görülebilmektedir.

Servikal kısalmayı takiben amnion kesesinin saat camı gibi prolebe olduğu görülür(7). Bu durumdan sonra abortus gecikmez(Bkz. resim 4).

Mesane tam dolu değilse akustik gölge yanıltıcı tanılara sebep olabilir. İleri derecede dolu mesane, serviks duvarına bası yaparak, servikal yetmezlik olduğu halde serviksin olduğundan uzun görülmesine yol açar. Bu da servikal yetmezlik tanısının gözden kaçması demektir(4). Bu durumdan şüphelenilen gebelerde kısmen miksiyonu takiben ultrasonografik değerlendirme yapılmalıdır. İkinci izlemede serviks kısalmış ve amnion sıvısının saat camı gibi kanal içine kabarmış olduğu görülür.

Gebelikte, servikal kanalın açık uç durum vardır.

1. Prematür doğum
2. Durdurulmayan abortus
3. Servikal yetmezlik (1).

Prematür doğumda: Membran rüptürü olmadığı zaman beta sempatomimetiklerle tokoliz sağlanmaya çalışılır. Bu ilaçların, hipertansiyon, taşikardi ve hiperglisemi gibi yan tesirleri vardır. Membranların rüptüre olduğu prematüre doğumlarda infeksiyon riski nedeniyle vaginal tuşe yerine ultrasonda serviksin incelenmesi çok değerli bir yöntemdir.

Durdurulmayan abortusta: Ultrasonografik değerlendirme yapıldığında: İnkomplet gestasyonel kese, boş gestasyonel kese, seri incelemelerde gestasyonel kesede küçülme, fetal kalp aktivitesinin olmayışı bulguları mevcuttur.

Serviks yetmezliğinde: Ağrısız, kanamasız ikinci trimester kanamaları mevcuttur. Diğer obstetrik veya pelvik ultrasonografi değerlendirmeleri gibi önce dolu mesane ile serviks ve alt segment görülür. Önce transvers

düzlemde servikse dik kesit alınır. Serviks genellikle orta hatta olmasına rağmen bazen sağa veya sola devie bulunabilir. Daha sonra pelvik aksına paralel olarak longitudinal incelemeye geçilir. 0.5cm aralıklarla kesitler alınır. Serviksin lateral kısımları uterus gibi miyometrial eko verir. Endoservikal kanal kuvvetli linear eko verir. Kanal ekosu genellikle cerviks ekosunun ortasında yer alır. Kanal görüldüğünde scan 2-3mm intervallerle taranmalı ve kanal tam olarak izlenmelidir(1).

Servikal yetmezlik olgularının tanısında çeşitli ultrasound endikasyonları vardır(9). Bu durumun tedavisi en iyi 14-18 gebelik haftalarında sağlandığı için önemli derecede servikal dilatasyon gelişmeden fetus anomalisi veya molar gebelik olup olmadığı değerlendirilmelidir. İkinci bir endikasyon tanının kesinleştirilmesidir. Servikal yetmezlikte ultrasonografik olarak fetal parçaların ve amniotik sıvının dilate endoservikal kanalda görülmesi çok önemli bir bulgudur. Anne mesanesinin aşırı distansiyonda olduğu durumlarda hasta ayağa kaldırılıp realtime ultrasound ile değerlendirilir(9). Veya kısmen mesane boşaltılıp tekrar değerlendirmek uygundur(10).

Bazen endoservikal mukoza veya paraservikal sıvı kolleksiyonunun normal ekolusent görünümü, endoservikal kanala sıvı dolmuş gibi değerlendirilebilir. Realtime değerlendirme bu gibi yanlışlıkları minimale indirir.

Servikal yetmezlikte ultrasonun diğer bir yeri cerrahje uygulanmış hastaların takibidir. Ultrasound ile suturun eksternal osa göre yeri ve membranların sıkıntı yapıp yapmadığı değerlendirilebilir.

1976'da Zador ve Kok tarafından normal doğumda serviks dilatasyonunun ultrasoundla takibi üzerindeki çalışmalardan günümüze kadar ultrasoundda çok ilerleme kaydedilmiştir. 1979 da Sarti ve ark servikal yetmezliği tanımlamışlar, 1984'de Wheelock ve ark. ultrasound eşliğinde servikal cerrahjeyi gerçekleştirmişlerdir(11). Bu araştırmacı makalesinde, ultrasoundla yapılan cerrahi işlemin avantajlarını şöylece sıralamaktadır:

1. Amniotik kese rüptürü önlemekte,
2. Çok sıkı bağlama ile doku nekrozu ve enfeksiyon oluşmakta,
3. Uterin arter yaralanması ve kanama görülmemekte,
4. Servikal ve uterin manipülasyon en aza indirilerek doğum stimülasyonu önlenmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sarti, D.A., Sample, W.F., Hobel, C.J.
Ultrasonic visualization of a Dilated cervix during Pregnancy.
Radiology. 1979 February; 130:417-420.
2. Gökşin, E., Saraçoğlu, F.
Servikal yetmezliğin tanısında ultrasonografinin yeri.
Kadın Doğum Dergisi. 1985; 1: 2-5
3. Scierra.
The incompetent cervix.
Gynecology and Obstetrics, Harper-Row Publishers Philadelphia 1984;
3(53): 1-9.
4. Jackson, G., Pendleton, N.J., Nichol, B., Wittman, B.K.
Diagnostic Ultrasound in the assesment of patients with incompetent
cervix.
British Journal of Obstetrics and Gynecology. 1984 March; 91:232-236.
5. Zemlyn, S.
Thelenght of the uterine cervix and its significance.
J.Clin. Ultrasound. 1981; 9:267.
6. Vaalamo, P., Kivikoski, A.
The incompetent cervix during pregnancy diagnosed by ultrasound Acta
Obstet. Gynecol. Scand. 1983; 62:19-21.
7. Redford, D.H.A., Nicol, B.D., Wittmann, B.K.
Diagnosis by real time ultrasound of hourglass herniation of the
fetal membranes two case report.
British Journal of Obstetrics and Gynecology 1981 January; 88:73-75.
8. Hansmann, H.S.
Ultraschalldiagnostik in Gebertshilfe und Gynakologie Lehrbuch und
Atlas Springer-Verlag Berlin 1985; 329-332.
9. Laing, F.C.
Ultrasound Evaluation of Obstetric problems Relating to the Lower
Uterine Segment and Cervix.
The principles and practice of ultrasonography in obstet. And gyn.
1983; 355-366.
10. Peter W., Callen, M.D.
Ultrasonography in obs. and gyn.
W.B. Saunders Company USA 1983; 244-246.
11. Wheelock, J.B., Johnson, T.R.B. Graham, D., et al.
Ultrasound-Assisted Cervical Cerclage.
J.Clin.Ultrasound 1984 June; 12:307-308.