

ACOG DİYOR Kİ;

Özeti Yapan: Dr. Esra Esim Büyükbayrak

SERVİKAL YETMEZLİK TEDAVİSİ İÇİN SERKLAJ

İkinci üçay'da serviksin gebeliği koruyamaması servikal yetmezlik olarak adlandırılır. Tıbbi literatürde servikal yetmezlik patofizyolojisi, tarama, tanı ve yönetim konularına ilişkin uyumsuzluk bulunmaktadır. Bu belgenin amacı, asemptomatik risk altındaki kadınların taranması dahil, servikal yetmezlikle ilgili mevcut kanıtları gözden geçirmek ve yönetimi için serklaj kullanımı ile ilgili kurallar sunmaktır. Diğer servikal konuların, örneğin kısa servikal uzunluk, tanısı ve yönetimi Amerikan Jinekologlar ve Obstetrisyenler Cemiyetinin diğer yayınlarında daha derinlemesine tartışılmıştır.

GİRİŞ

Tanım

İkinci üçay'da klinik kasılmaların belirti ve bulgusu yokluğunda veya doğum veya her ikisinin yokluğunda serviksin gebeliği koruyamaması servikal yetmezlik olarak adlandırılır. Mevcut verilere dayanarak, ikinci üçay ultrasonunda kısa servikal uzunluk bulgusu artmış erken doğum riski ile ilişkilidir, ancak servikal yetmezlik tanısı için yeterli değildir.

Patofizyoloji

Servikal yetmezlik patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Servikal yetmezlik riskini arttıran faktörler, bu ilişkileri doğrulayan veriler tutarsız olsa da, konizasyona bağlı cerrahi travma, loop elektrocerrahi eksizyon işlemleri, gebelik sonlandırma esnasında serviksin mekanik dilatasyonu veya obstetrik laserasyonu içerir. Diğer önerilen etiyolojik faktörler müllerian anomaliler, servikal kolajen ve elastin eksiklikleri ve in utero dietilstilbestrol maruziyetidir. Bununla birlikte, **bu faktörler kesin olarak servikal yetmezlikle ilişkili değildir ve servikal serklaj kullanım endikasyonları değildir.**

Tanı

Objektif bulgular ve net tanı kriterlerinin eksikliği nedeniyle servikal yetmezlik tanısı zordur. İlk üçaydan sonra ikinci üçayda, tipik olarak 24 haftadan önce, kasılmalar, travay veya diğer bir patoloji (örneğin; kanama, enfeksiyon, rüptüre membranlar) olmadan gebeliğin sonlanmasıyla sonuçlanan ağrısız servikal dilatasyon öyküsüne dayanır. Son zamanlarda, servikal yetmezlikte ikinci üçayda servikal uzunluk değerlendirmesi ve servikal kısalmanın ultrasonografik tanı belirteci olarak kullanılmasıyla ilgili girişimler yapılmıştır. Ancak, kısa servikal uzunluğun genel olarak servikal yetmezlik için kesin belirteç olmaktan çok erken doğumun belirteci olduğu

gösterilmiştir. **Bununla birlikte, kısa bir serviks bulunduğu serklaj özel durumlarda etkili olabilir.**

Gebe olmayan kadınlarda çeşitli tanı testleri - histerosalpingografi ve radyografik olarak rahim ağzında balon traksiyonu ile görüntüleme, Hegar veya Pratt dilatörleriyle değerlendirme, balon elastisite testi ve aşamalı servikal dilatörlerle servikal rezistans indeksi hesaplamak dahil- servikal yetmezlik varlığını onaylamak için ileri sürülmüştür. Ancak, bu testlerin hiçbiri titiz bilimsel çalışmalarda geçerliliği onaylanmamıştır ve servikal yetmezlik tanısı için kullanılmamalıdır.

TEDAVİ SEÇENEKLERİ

Tarihsel olarak, çeşitli cerrahi olan ve olmayan yöntemler servikal yetmezlik tedavisi için önerilmiştir. Bazı cerrahi olmayan yaklaşımların -hareket kısıtlama, yatak istirahati ve pelvik dinlenme- servikal yetmezlik tedavisinde etkili olduğu kanıtlanmamıştır ve kullanımı önerilmez. Servikal yetmezlik riski taşıyan hastalarda gözönüne alınması gereken bir başka cerrahi olmayan tedavi vaginal pesserdir. Kanıt, seçilmiş yüksek riskli hastalarda pesser yerleştirmenin potansiyel yararı ile sınırlıdır.

Cerrahi yaklaşımlar transvajinal ve transabdominal servikal serklaj içerir. Şu anda kullanılan standart transvajinal serklaj yöntemleri McDonald ve Shirodkar teknikleri ve modifikasyonlarını içerir. Bir dikiş türü veya cerrahi tekniğin diğerine üstünlüğü tespit edilmemiştir. McDonald prosedüründe, rezorbe olmayan materyalden bir kese ağzı sütürü servikovajinal bileşkeye atılır. Retrospektif çalışmalarda takviye için ek bir dikiş yerleştirme veya servikal mukusu geri yüklemenin yararı gösterilememiştir.

Shirodkar prosedürü servikal internal os'a mümkün olan en yakın dikişi yerleştirmek için vesikoservikal mukozanın diseksiyonu içerir. Mesane ve rektum sefalik şekilde serviksten disseke edilir, dikiş yerleştirilir ve bağlanır sonra mukoza düğüm üzerine geri kapatılır. Shirodkar prosedüründe de emilmeyen dikişler kullanılmalıdır.

Transabdominal serviko-istmik serklaj genellikle servikal yetmezlik tanısına dayalı olarak serklaj önerilen ancak anatomik sınırlamalar (örneğin; trakelektomi sonrası) nedeniyle yerleştirilememiş veya ikici üçay gebelik kaybıyla sonuçlanmış başarısız transvajinal servikal serklaj prosedürleri durumunda olan hastalar için ayrılmıştır. Transabdominal serklaj hekim tecrübesi ya da hasta tercihine bağlı olarak açık laparotomi veya laparoskopisi ile yapılabilir. Servikoistmik serklaj için bir cerrahi yaklaşımın diğer tekniklere göre daha avantajlı olduğunu gösteren hiçbir kanıt yoktur. Abdominal serklaj prosedürleri genellikle geç ilk üçay veya erken ikinci üçay (gebeliğin 10-14 haftası) ya da gebe olmayan dönemde yapılmaktadır. Sütür gebelikler arasında sonraki sezaryene kadar yerinde bırakılabilir.

KLİNİK DÜŞÜNCELER VE ÖNERİLER

- **Hangi hastalarda obstetrik öykü veya fizik muayene bulgularına dayanarak serklaj gereklidir?**

Serklaj yerleştirme servikal yetmezlik öyküsü, fizik muayene bulguları ya da erken doğum öyküsü ve bazı ultrasonografik bulgulara dayalı olarak gerekebilir (Tablo 1). Serklajın güvenliği ve etkinliği, servikal yetmezliği olan hastaların tedavisinde fetal viabilite sınırından sonra yeterince değerlendirilmemiştir. Serklaj, ikinci üçayda fetal viabilite sınırından önceki gebeliklere sınırlı olmalıdır.

Tablo 1: Tekiz Gebeliği Olan Kadınlarda Servikal Serklaj Endikasyonları

Öykü

- Travay veya plasenta dekolmanı yokluğunda, ağrısız servikal dilatasyonla ilişkili bir veya daha fazla ikinci üçay gebelik kaybı,
- İkinci üçayda ağrısız servikal dilatasyon nedeniyle önceki serklaj

Fizik Muayene

- İkinci üçayda ağrısız servikal dilatasyon

Önceki Erken Doğum Öyküsüyle Birlikte Ultrasonografik Bulgu

- Önceki gebeliğin 34. haftası öncesinde spontan erken doğum varlığında, mevcut tekil gebelikte, gebeliğin 24. haftası öncesi, kısa servikal uzunluk (en az 25 mm)

Öykü Endikasyonlu Serklaj

Öykü endikasyonlu serklaj (ayrıca **profilaktik serklaj** olarak da bilinir) için hasta seçimi klasik servikal yetmezlik öyküsüne dayanır (Tablo 1). Öykü endikasyonlu serklaj travay veya plasenta dekolmanı yokluğunda açıklanamayan ikinci üçay doğum öyküsü olan hastada gözönüne alınabilir.

Öykü endikasyonlu serklaj tipik olarak gebeliğin yaklaşık 13.-14. haftalarında yerleştirilir. Üç randomize kontrollü klinik çalışmada, sadece öyküdeki özelliğe göre seçilmiş kadınlarda, öykü endikasyonlu serklaj etkinliği bildirmiştir. Bu çalışmalardan ikisinde preterm doğum öyküsü olan kadınlarda serklaj yapmakla yapmamak karşılaştırılmış ve serklajla tedavi edilen kadınların sonuçlarında önemli bir iyileşme bulunmamıştır. Üçüncü çalışmada preterm doğum riski olan 1292 tekiz gebelikte, 33 haftadan önce doğum sayısının serklaj grubunda (83 [% 13]) diğer gruba oranla daha az olduğu (110 [% 17]) bulunmuştur (p = 0,03).

Fizik Muayene Endikasyonlu Serklaj

Travay veya plasenta dekolmanı yokluğunda ilerlemiş servikal dilatasyonla başvuran kadınlar tarihsel olarak, muayeneye dayalı serklaj (*acil veya kurtarma serklajı* olarak da bilinir) için adaydır. Küçük bir randomize çalışmadan ve retrospektif çalışmalardan elde edilen sınırlı veriler bu kadınlarda serklajın fayda olasılığını düşündürmektedir. Böylece, uterin aktivite veya intraamniyotik enfeksiyon veya her ikisini birde ekarte etmek için klinik muayene sonrası fizik muayene endikasyonlu serklaj yerleştirmek (teknik olarak mümkünse) internal os'ta servikal değişikliği olan tekil gebeliğe sahip hastalarda yararlı olabilir. Bununla birlikte, net bir yarar gösteren daha büyük randomize çalışmaların eksikliği nedeniyle, kadınlar maternal ve perinatal morbidite potansiyeli hakkında bilgilendirilmelidir.

- **Servikal yetmezlik öyküsü olan kadınların yönetiminde ultrasonografinin rolü nedir?**

Servikal uzunluk değerlendirmesi için transvajinal ultrason yaygın olarak kullanılabilir hale geldiğinden beri, Öykü endikasyonlu serklaj ile tedavi edilenlerle seri transvajinal ultrason incelemeleriyle izlenip ultrason endikasyonlu serklaj ile tedavi edilen hastaların perinatal sonuçlarının karşılaştırıldığı birçok çalışma vardır. Bu çalışmaların sonuçlarının özetlendiği iki yeni özette tekil gebeliklere sınırlı olarak aşağıdaki sonuçlara varılmıştır;

- Servikal yetmezlik riski olan hastaların çoğu ikinci trimesterde seri transvajinal ultrason muayeneleriyle güvenle takip edilebilir.
- Gereksiz öykü endikasyonlu serklaj işlemleri hastaların yarısından fazlasında önlenemez.
- Gözetim süresi gebeliğin 16. haftasında başlayıp 24. haftasında bitmelidir.

Ultrason endikasyonlu serklaj genellikle transvajinal ultrasonda hunileşme varlığı ya da yokluğunda kısa serviks ile tutarlı ultrason bulguları olan kadınlara tavsiye edilir. Bu kadınlara genellikle erken doğum açısından risk faktörleri olduğu için ultrason muayenesi olurlar. Hastalar genellikle asemptomatik olmakla birlikte, bazı spesifik olmayan belirtiler örneğin, sırt ağrısı, rahim kasılmaları, vajinal lekelenme, pelvik basınç veya mukoid vajinal akıntı, olabilir. Birden fazla randomize çalışmaların meta-analizleri, ikinci üçayda kısa servikal uzunluğu olan hastalarda serklaj yapılan ve yapılmayanları karşılaştırdığında aşağıdaki sonuçlara ulaşmıştır:

- Servikal yetmezlik için tanı ölçütlerine uymadığı halde, 24. gebelik haftasından önce, tekiz gebeliklerde, kısa servikal uzunluk (en az 25 mm) olan ve önceki 34. hafta öncesinde spontan erken doğum öyküsü olan kadınlarda, mevcut kanıtlar serklaj uygulamasının etkili olabileceğini göstermektedir. Serklaj, preterm doğum sonuçlarında önemli azalmalar ile ilişkilidir, ayrıca neonatal morbidite ve mortalitede gelişmelerle de ilişkilidir, ve öykü ile ultrasonda bu kombinasyonu

olan kadınlarda düşünülebilir.

- Önceki spontan preterm doğum öyküsü olmayan ancak, 16- 24 gebelik haftası arasında 25 mm'den kısa servikal uzunluk saptanan kadınlarda serklaj yerleştirme erken doğumda önemli bir azalma ile ilişkili olmamıştır.

- ***Hangi hastalar serklaj adayı olarak kabul edilmemelidir?***

Bir önceki tekil preterm doğum yokluğunda, ikinci üçayda tesadüfen tespit edilen kısa servikal uzunluk, servikal yetmezlik için tanı koydurucu değildir ve bu durumda serklaj endike değildir.

Önceki erken doğum öyküsü olmayan asemptomatik tekil gebeliklerde 24. gebelik haftasında veya öncesinde tesadüfen çok kısa (≤ 20 mm.) servikal uzunluk saptanan kadınlarda, erken doğum riskini azaltmak için vajinal progesteron bir yönetim seçeneği olarak tavsiye edilir.

İkiz gebeliği olan ve ultrasonografik olarak servikal uzunluk 25 mm'den az saptanan kadınlarda ise serklaj erken doğum riskini arttırabilir ve önerilmez. Buna ek olarak, sadece aşağıdaki endikasyonlar için serklaj yararını gösteren kanıtlar eksiktir; önceki loop elektrocerrahi eksizyon prosedürü, konizasyon veya mülleriyan anomali.

- ***Serklaj morbidite artışıyla ilişkili midir?***

Genel olarak, serklaj ile az komplikasyon riski vardır. Bildirilen komplikasyonlar; membran rüptürü, koryoamniyonit, servikal laserasyon ve dikişin kaymasıdır. Komplikasyonlar, serklajın zamanlaması ve endikasyonları ile ilgili olarak değişir. Membran yırtılması ya da servikal dilatasyon mevcudiyetinde serklaj, artmış komplikasyon riski ile ilişkilidir. Uterus rüptürü ve maternal septisemi gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonlar son derece nadirdir ama serklajın her türü ile bildirilmiştir.

Transvajinal serklaj ile karşılaştırıldığında transabdominal serklaj, hayatı tehdit edici olabilen kanama riski taşır, ek olarak abdominal cerrahi ile bağlantılı tüm komplikasyonlar da görülebilir. Ayrıca, genellikle gebelik tahliyesi ya da vajinal doğum performansını engeller. Ancak, transabdominal serklaj 39 hafta öncesi endikasyonsuz doğum için gerekçe değildir.

- ***Serklaj uygulamasında ek perioperatif girişim veya postoperatif ultrason değerlendirmesinin rolü var mıdır?***

Ne antibiyotiklerin ne de profilaktik tokolitiklerin serklajın zamanlamasından ve endikasyonundan bağımsız olarak, etkinliğini arttırdığı gösterilmemiştir. Buna ek olarak, serklajdan sonra servikal uzunluğunun ultrasonografik kontrolü de gerekli değildir.

- **Komplikasyon olmayan hastalarda transvajinal McDonald serklajın kaldırılması için uygun zaman ve uygun şartlar nedir?**

Komplikasyon olmayan hastalarda, transvajinal McDonald serklaj kaldırma gebeliğin 36 - 37 haftalarında önerilir. **Planlı vajinal doğum durumlarında, serklaj kaldırmanın travay başlangıç zamanına kadar kasıtlı ertelenmesi tavsiye edilmez.** Serklaj kaldırma doğum için bir endikasyon değildir. 39 hafta ve sonrasında elektif sezaryen olacak hastalarda serklaj kaldırma doğum sırasında yapılabilir ancak 37- 39 haftalar arası spontan doğum olasılığı göz önüne alınmalıdır. Hastalar ofis şartlarında serklaj kaldırma sonrası tipik olarak hemen travaya girmezler. Çoğu durumda McDonald serklajı ofis ortamında kaldırmak uygundur.

- **Serklajlı ve Preterm Prematür Membran Rüptürü Olan Hastalar Nasıl Yönetilmelidir?**

Servikal serklajı olan ve erken membran rüptürü (EMR) olan kadınların bakımına rehberlik edecek prospektif çalışmalar bulunmamaktadır. Retrospektif çalışmalardan elde edilen sonuçlar tutarlı değildir ancak genellikle, preterm EMR sonrası serklajın 24 saatten fazla tutulması gebeliğin uzamasıyla ilişkili bulunmuştur. Ancak, raporların randomize olmayan doğası nedeniyle serklaj kaldırılması kararına katkıda bulunan faktörlerin (örneğin travay veya enfeksiyon) etkisi belirsizdir ve bu durum taraflı sonuçlara neden olmuş olabilir. Bazı çalışmalarda, preterm EMR'li hastalarda serklaj tutma sepsise bağlı neonatal mortalite, neonatal sepsis, solunum sıkıntısı sendromu ve annede koryoamniyonit oranlarında artışla ilişkili bulunmuştur. **Preterm EMR sonrası serklaj çıkarılmalıdır şeklinde kesin bir tavsiye yapılamaz, kaldırılması da tutulması da makul olabilir. Preterm EMR durumunda serklajın yerinde kalmasına bakmaksızın, 7 günden uzun süreli antibiyotik profilaksisi tavsiye edilmez**

- **Preterm Doğumu Başlayan Kadında Serklaj Kaldırılmalı mıdır?**

Erken doğum teşhisi serklaj olan hastalarda daha zor olabilir. Erken doğumun belirtileri ile başvuran hastada serklaj kaldırma tavsiye edilir. Erken doğumun rutin yönetimi semptomatik erken doğum olan hastalar için takip edilmelidir. Servikal değişim, ağrılı kasılmalar veya vajinal kanama devam ederse serklaj çıkarılması önerilir.

ÖNERİLERİN VE SONUÇLARIN ÖZETİ

Aşağıdaki öneriler iyi ya da tutarlı bir bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (Seviye A)

- Önceki gebeliğin 34. haftası öncesinde spontan erken doğum öyküsü olması ve mevcut tekil gebelikte, gebeliğin 24. haftası öncesi kısa servikal uzunluk (en az 25 mm) olması servikal yetmezlik için tanı kriterini karşılamamakla birlikte mevcut

kanıtlar bu durumda serklaj yerleştirmenin etkili olabileceğini göstermektedir. Serklaj, neonatal morbidite ve mortalitedeki düzelmelerin yanısıra preterm doğum sonuçlarında da önemli azalmalar ile birlikte. Serkalj uygulanması, öykü ile ultrasonografik bulguları bu kombinasyonda olan kadınlarda göz önüne alınabilir.

- Gebeliğin 16.- 24. haftaları arasında tespit edilen serviks uzunluğu 25 mm'den az olan ancak önceki spontan erken doğum öyküsü olmayan kadınlarda serklaj yerleştirme ile erken doğumda azalma olmamıştır.

Aşağıdaki öneriler sınırlı ya da tutarsız bilimsel kanıtlara dayanmaktadır (Seviye B)

- Hareket kısıtlama, yatak istirahati ve pelvik dinlenme dahil bazı cerrahi olmayan yaklaşımların, servikal yetersizlik tedavisi için etkili olduğu kanıtlanmamıştır ve bunların kullanımı önerilmez.
- Şu anda kullanılan standart transvajinal serklaj yöntemleri McDonald ve Shirodkar teknikleri modifikasyonlarını içerir. Bir sütür türü veya cerrahi tekniğin diğerine üstünlüğü kanıtlanmamıştır.
- Serklaj, ikiz gebeliği olan ve ultrasonografik olarak servikal uzunluk 25 mm'den az olan kadınlarda erken doğum riskini arttırabilir ve önerilmez.
- Zamanlama veya endikasyondan bağımsız olarak ne antibiyotiklerin, ne de profilaktik tokolitiklerin serklajın etkinliğini arttırdığı gösterilmemiştir.
- Öyküye dayalı serklaj, travay veya dekolman plasenta yokluğunda açıklanamayan ikinci üçay doğum öyküsü olan hastada göz önüne alınabilir.

Aşağıdaki öneriler, öncelikle uzlaşma ve uzman görüşüne dayanmaktadır (Seviye C)

- Serklaj, ikinci trimesterde fetal viabilite elde edilmeden öncesine sınırlı olmalıdır.
- Transabdominal servikoistmik serklaj genellikle servikal yetmezlik tanısına dayalı olarak serklaj önerilen ancak anatomik sınırlamalar (örneğin; trakelektomi sonrası) nedeniyle yerleştirilememiş veya ikinci üçay gebelik kaybıyla sonuçlanmış başarısız transvajinal servikal serklaj prosedürleri durumunda olan hastalar için ayrılmıştır.
- Uterin aktivite veya intraamniyotik enfeksiyon veya her ikisini birde ekarte etmek için klinik muayene sonrası fizik muayene endikasyonlu serklaj yerleştirmek (teknik olarak mümkünse) internal osta servikal değişikliği olan tekil gebeliğe sahip hastalarda yararlı olabilir.

- Hiçbir komplikasyon olmayan hastalarda, transvajinal McDonald serklaj çıkarılması 36.-37. gebelik haftasında tavsiye edilir.
- 39 hafta ve sonrasında elektif sezaryen olacak hastalarda serklaj kaldırma doğum sırasında yapılabilir ancak 37-39 haftalar arası spontan doğum olasılığı göz önüne alınmalıdır.
- Çoğu durumda McDonald serklajı ofis ortamında kaldırmak uygundur.

KAYNAK

1. Cerclage for the management of cervical insufficiency. Practice Bulletin No. 142. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;123:372-9.