



Kısa Serviks: Tanı ve Tedavi

Serdar H. Ural, M.D., F.A.C.O.G.

*Director, Division of Maternal Fetal Medicine Medical Director, Labor & Delivery Unit Director, Fetal Imaging & Testing Suite
Associate Professor of Obstetrics & Gynecology and Radiology Penn State University College of Medicine, U.S.A.*

Serviks ile ilgili bu metindeki amacım, kısa serviks tanısının ve de tanı konmasının önemini anlamak, sorklajın yararlarını ve de kısa serviksi olan hastaya danışmanlığın hangi bilgiyle yapılabileceğini anlatabilmektir.

Preterm eylem (PTE) ve doğum, ABD'de 1 numaralı obstetrik problemdir. Perinatal ve neonatal mortalitenin çoğuna sebep olmaktadır. Nörogelesimsel problemlerin yarısına sebep olmakta ve ciddi sonuçlar içerirken aynı zamanda tıbbi finansal giderleri de çok yüksektir.

PTE 20-36 hafta olmasına denir. ABD'de tüm gebeliklerin %12.9'unda görülür. Her 8 canlı doğandan 1 tanesi PTE'e bağlıdır. 1990'dan beri %18 oranında artış göstermiştir. Bebeklerin prognozu direk olarak gestasyonel yaşa bağlıdır.

37 hafta ve sonrasında bebek mortalite oranı 2.5/1000 canlı doğum, 37'den evvel ise 37.2/1000'dir. Arada görüldüğü gibi çok ciddi bir fark vardır.

PTE için birçok teori, mekanizma, düşünce ve tartışma vardır. Sizler için yukarıya bir tane emsal teoriyi düşünmeniz için koydum.

Yaklaşık birkaç sene öncesine kadar serviksin fonksiyonel veya non-fonksiyonel (servikal yetmezlik-klasik 2. trimester kayıp hikayesi) bir yapıya sahip olduğu düşünülürdü.

Servikal fonksiyon bugün uzunlukla tespit edilebilmektedir. Yani transvajinal ultrasonda serviks ne denli uzun ise servikal yetmezlikle o denli ters orantılı olmaktadır.

Bu da direk olarak 2. trimester kaybı veya PTE ile bağlantı teşkil etmektedir.

Temel araştırmalar normal servikal uzunluğun 45 mm olduğu, sonradan yayınlanan nesriyatta bunun 35 mm olduğu tespit edilmiştir. Uzunluk transvajinal ultrason (TVU) ile ölçülmekte, tekniği net olan, güvenilir, kabul edilmiş bir yöntemdir.

TVU ile servikal kısalık semptom gelişmeden asemptomatik hastalarda tespit olanağı verebilmektedir. Bilhassa 24. gestasyonel haftadan önce tespit edilmişse, hasta da sorklaj adayı ise, bu prosedürün uygulanmasına olanak vermektedir.

Eğer serviks 25 mm'den kısa ise (kısa serviks tanımı), 2. trimesterde 2'den az kayıp hikayesi var ise, veya PTE hikayesi yok ise yönetim= Girişim yok, yakın takip

Bu yaklaşımın yararı gebelikte bu konuyla ilgili dikkat artmakta, ona göre yönetim planı yapılabil-mektedir.

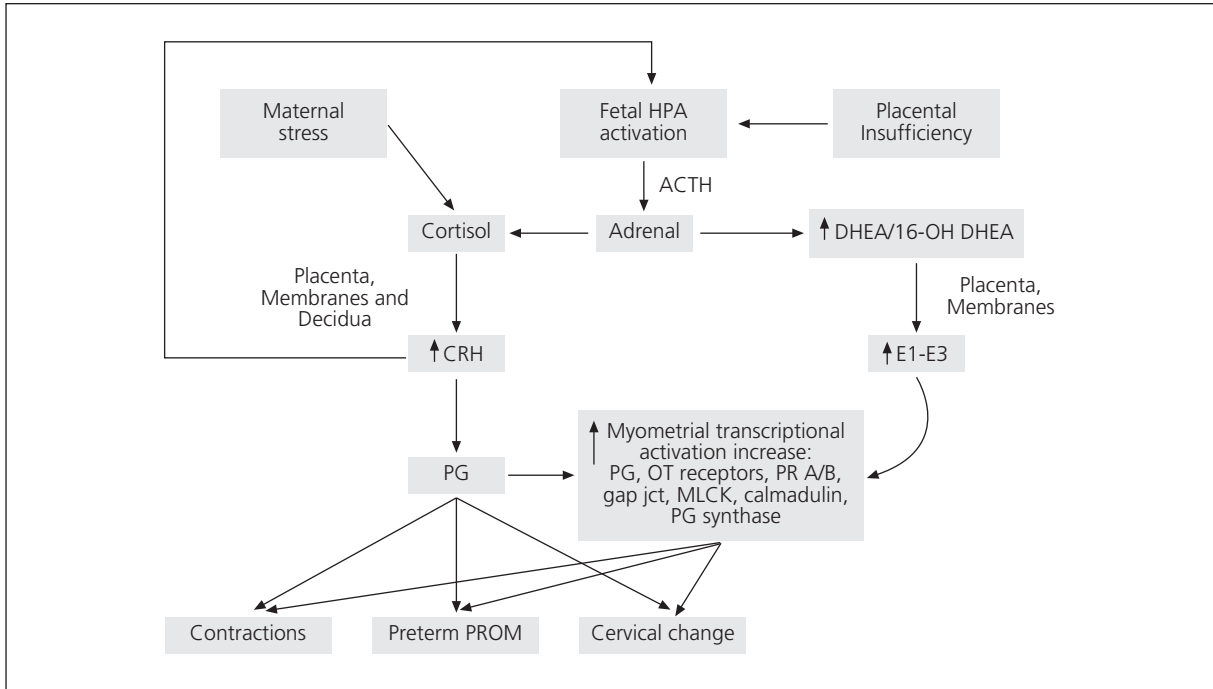
Eğer serviks 25 mm'den kısa ise, 2. trimesterde 1'den fazla kayıp hikayesi var ise, profilaktik sorklaj (genelde 14. haftada)- bu uygulanmamışsa acil sorklaj (24 haftadan evvel) önerilmez.

Bu yaklaşımın yararı tekrarlayan gebelik kaybını önleme ihtimalinin olmasıdır.

Kısa serviks ve PTE hikayesi var ise bu konu ile ilgili riskler hakkında danışmanlık yapılmalı ve yakın takip uygulanmalıdır. Bugüne kadar uygulanan ve de uygulanması gereken yaklaşım zaten budur. 24. haftadan sonra fetal akciğer maturitesi için betametazon steroid uygulanması-Makena düşünülmelidir. Bu yaklaşımın yararı gebelikte bu konuyla ilgili dikkat artmakta, ona göre yönetim planı yapılabil-mektedir.

Bir çalışmada yaklaşık 39,000 hasta, 22 ila 24 6/7 haftalar arası incelenmiş ve de 37. haftadan evvel doğum prediktabilitesinin en yüksek oranda kısa serviks tanısı ile (%61) olduğu kanıtlanmıştır. Eğer PTE hikayesi eklenirse prekitabilite %65, servikal cerrahi eklenirse %66'a kadar yükseltmiş fakat gerçek orantı kısa serviks ile görülmüştür. 2900 hastada servikal uzunluğun PTE ile olan ters orantı ilişkisi tespit edilmiştir.

24-28 hafta arası serviks kısalmalarında PTE riskinde artış görülmüş. 30 mm'den kısa servikte 3.7 kat, 25 mm'den kısa servikte PTE riski 6 kat artmıştır.



24. haftada kısa serviksin PTE pozitif prediktif değeri (PPD) %18'dir. 20. haftada %50'ye çıkar.

Bütün bu verilerin ana düşüncesi; serviksi ihmal etmemektir. PTE riski ile ilgili bilhassa değerli bilgi içermektedir. Serviks kısalıkça PTE riski artmaktadır.

Ultrason ve servikal uzunluk ikizlerde incelendiğinde <25 mm ise, 24 haftadan evvel, preterm doğum prediktabilitesi en yüksek testtir.

Üçüzler için benzer çalışma mevcuttur, aynı sonuç çıkmıştır.

Aseptomatik düşük ya da normal gebelik riski olan hastalarda PTE prevalansı düşüktür, FAKAT unutulmalıdır ki bu risk SIFIR değildir.

Serviks uzunluğuna ilaveten fetal fibronektin (FFN) testi de PTE riski tespiti için kullanılabilir ya da ikisi de beraber kullanılabilir.

FFN yüksek moleküler ağırlıklı ekstraselüler bir matriks glikoproteindir, fetal membran, plasenta, amniyotik sivida mevcuttur normalde. Vajinal sekresyonda 50 ng/ml'den az seviyede bulunur normalde. Tek test sonrası yüksek negatif prediktif değeri vardır. Seri testler uygulandığında yüksek pozitif prediktif değeri verebilmektedir.

Kısa serviks ve FFN negatif prediktif değeri yüksek testtirler, yani başka bir deyişle serviks uzunluğu kısa değilse, PTE riski düşüktür.

Bu önemlidir çünkü, gerekli olmayan girişimsel yaklaşımları önleyebilmektedir.

Proflaktik sorklaj, ilk çalışmalardan ikisinde kısa serviksi olanlara uygulanmış, 50 ve 74 gebe hastanın gebelik süresi uzamamış, perinatal komplikasyon azalmamış.

Kısa serviks olanlarda başka bir çalışmada; Rutin olarak hastaneye yatırma = Başarı sıfır

Aktivite azaltma, evde yatak istirahati = Başarı sıfır olarak görülmüş.

Preterm eylem yönetimi olarak 7 prospektif çalışmada proflaktik tokolitik kullanımı incelenmiş ve de preterm doğum, doğum ağırlığı, neonatal mortalitede azalma bulunmadığı tespit edilmiş. Hatta tam aksine tokolitik ilaç riskinde artış şu şekilde tespit edilmiş;

- Maternal/fetal kardiyak stres
- Gestasyonel diyabet
- Pulmoner ödem
- Respiratuar distres

Kısa Serviksi Önlemek İçin Proflaksi Böyle Birşey Olabilir mi?

Projesteron miyometriyumunu sakinleştirir, aralık köprü formasyonunu yavaşlatır, serviksin yumuşamasını önler böylece travay başlangıcını önleyebilir.

Bildiğimiz gibi projesteron antagonisti travayın indüklemesinde kullanılabilir, serviksi yumuşatabilir, rahim kasılmasına yol açar.

Bu bilgi ve yoldan çıkarak randomize bir çalışmada transvajinal projesteron supozituarı incelenmiştir.

Kısa serviksi olan 250 asemptomatik hastaya 200 mg vajinal supozituar ya da placebo 24-34 haftalarda verilmiş.

Amaç 34 haftadan evvel PTE oranını ölçmek. Tedavi grubunda PTE oranında %44'lük azalma tespit edilmiş (95% CI, 0.35-0.92; P=0.02).

Başka benzer bir çalışmada kısa serviks teşhisi olan hastalara günlük vajinal projesteron jel verilmiş, ve de PTE oranı projesteron grubunda %0, plasebo grubunda %40 olarak görülmüş.

Bunlar çok enteresan neticelerdir ve üstünde durulması gerekir diye düşünüyorum.

Henüz yayınlanmamış fakat bu sene basılacak bir çalışmada 18-24 hafta arası kısa serviksi olan düşük riskli gebelerde vajinal projesteron verilmiş ve de popülasyondaki neonatal ölüm oranı ve uzun vadeli santral sinir sistemi morbidite riskleri göz önüne alınarak karşılaştırma yapılmış, popülasyon bazında herkese kısa serviks taramasının yapılmasının sağlık harcamaları açısından daha ekonomik olduğu bulunmuştur.

Sonuç itibari ile kısa serviks başlı başına preterm doğumun en önemli prediktörüdür. Başka hiç birşey olmasa bile bu bilgi bize hastanın riskini anlatır ve de en azından gebelik süresince daha dikkatli ve yakın takibe yol açar, büyük ihtimalle PTE'i erken yakalattır ve de tokolitik tedaviye başlatarak sonuçların daha iyi olmasına neden olabilir.

Projesterone profilaksisi önemli bir yer teşkil edebilir kısa zaman içinde.

24 haftadan evvel kısa serviksi olana profilaktik sorklaj ile gebelik kaybı ve/veya PTE önleme ihtimali bulunmaktadır.

Şu anda serviks hakkında daha fazla ve daha kaliteli bilgiye sahibiz.

Klasik bilgilerimize yeni bilgileri katabilirsek PTE'e bağlı komplikasyonları azaltma ihtimalizi olabilir.

Tahmin ederim projesteron profilaksisi ve de belki de profilaktik sorklaj kısa serviks tanısı olan hastalara önerilecek 2 değişik alternatif olabilecektir.

Eğer 24 hafta sonrası kısa serviks var ise, asemptomatik hastaya fetal akciğer maturitesi için steroid ve yakın takip gereklidir.

Semptomatik, >24 hafta ise steroid, tokoliz tedavisi önerilir.

Kaynaklar

1. Ural SH, Cox C, Blakemore K, Pressman E, Bienstock J. Lack of prenatal care increases the rate of recurrent preterm delivery and health care costs when compared to university hospital based prenatal care. *Prim Care Update ObGyn* 1998 1;5(4):177
2. Ural SH, Blakemore K, Pressman E, Cox C, Duhl A, Bienstock J. University hospital based care decreases recurrent preterm deliveries and costs in comparison to no prenatal care. *Primary Care Update in Obstetrics and Gynecology* 7(2):74-76, 2000
3. Romero R et al. Antibiotic treatment of PTL with intact membranes; a multicenter randomized, double blinded, placebo controlled study. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:764-74
4. Martin J et al. Births; final data for 2001. *Natl Vital Stat Rep* 2002;51;2:1-104
5. Goldenberg R et al. Preventing PTB; are we making any progress. *Yale J Biol Med* 1997;70:227-32 Management of preterm labor. *ACOG Practice Bulletin*, # 43, May 2003
6. Lyell D et al. MgSO₄ compared with CCB for acute tocolysis of preterm labor, a RCT. *Obstet Gynecol* 2007;110;1:61-7
7. Borna S et al. Celecoxib vs. MgSO₄ to arrest PTL, randomized trial. *J Obstet Gynecol Res* 2007;33;5:631-4