

Sezaryen esnasında myomektomi : retrospektif maternal sonuçların değerlendirilmesi

Mehmet Güney, Baha Oral, Mesut Özsoy, Tamer Mungan,

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Isparta

Özet

Uterin myomlar üreme çağında en sık rastlanan pelvik tümörlerdir. Uterin myomların büyümesi dolaşımdaki estrogen ile ilişkilidir. Gebelikte myom sıklığı %0.05-5'dir. Gebelik esnasında myomektomi, kontrol edilemeyen aşırı kanama nedeniyle önerilmemektedir. Bu çalışmada sezaryen myomektominin operasyon esnasında ve sonrasında komplikasyonlarını kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir. Sezaryen operasyonu ve myomektomi geçiren 23 myomlu gebe kadın sadece sezaryen uygulanan 46 myomlu gebe olgu ile karşılaştırıldı. Yaş, parite, önceki abortuslar ve doğum sırasındaki gebelik yaşı gibi özellikler kaydedildi. Myomlar çoğunlukla 2-5 cm ölçüsünde, subserozal ve fundal yerleşimli idi. Çıkarılan myomların ortalama büyüklüğü çalışma grubunda 4.4 ± 2.6 cm, kontrol grubunda 7.2 ± 3.2 cm idi ($p < 0.05$). Postoperatif hastanede yatış süreleri çalışma ve kontrol gruplarında sırasıyla 4.1 ± 0.9 gün ve 4.0 ± 0.8 gün idi ($p > 0.05$). Ortalama operasyon süresi çalışma grubunda 47.8 ± 16.4 dakika, kontrol grubunda 34.4 ± 9.2 dakika idi ($p < 0.05$). Myomektomi ve kontrol grupları arasında postoperatif ateş ve kan transfüzyon sıklığı yönünden anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$). Bulgularımıza göre, sezaryen sırasında myomektomi uygulanması günümüzde çoğu obstetrisyen tarafından kabul edildiği gibi yeterli tecrübe varlığında zararlı bir yöntem değildir.

Anahtar kelimeler: sezaryen, myomektomi, morbidite

Abstract

Myomectomy during cesarean section: Retrospective evaluation of maternal outcomes

Uterine myomas are the most common pelvic tumors during the reproductive period. The growth of uterine myomas is assumed to be related to circulating estrogen. The incidence of myomas in pregnancy is 0.05-5%. Myomectomy during pregnancy is not recommended due to uncontrollable excess bleeding. In this retrospective study, we aimed to assess intra- and postoperative complications of cesarean myomectomy in comparison with a control group. Twenty-three pregnant women with myomas who underwent cesarean delivery and myomectomy were compared with the control group consisted of 46 pregnant cases with myomas who underwent a cesarean delivery solely. Patients characteristics such as age, parity, previous abortions, and gestational age at delivery were recorded. Myomas were mostly observed to be 2-5 cm in size, and subserosal and fundal in location. The average size of myomas removed was 4.4 ± 2.6 cm whereas 7.2 ± 3.2 cm in control group ($p < 0.05$). The mean durations of post-operative hospital stay in the study and control groups were 4.1 ± 0.9 days and 4.0 ± 0.8 days, respectively ($p > 0.05$). The mean operation time was 47.8 ± 16.4 minutes in the study group and 34.4 ± 9.2 minutes in the control group ($p < 0.05$). There were no significant differences in the incidence of postoperative fever and the frequency of blood transfusions between the myomectomy and the control group ($p > 0.05$). Based on our findings, we can conclude that myomectomy at cesarean section is not as hazardous with adequate experience as many now believe.

Key words: Cesarean section, myomectomy, morbidity

Giriş

Üreme çağında en sık görülen pelvik tümörlerden birisi uterus myomlarıdır (1). Bu dönemde kandaki östrojen seviyelerine bağlı olarak uterus myomları büyüme göstermekte ve gebelikte % 0.05-5 oranında görülmektedir (1-6). Sezaryen esnasında myomektomi yapılmasından kanamanın fazla olması ve kanamanın kontrol altına alınabilmesi amacıyla histerektomi

Yazışma Adresi: Yrd.Doç.Dr Mehmet Güney
Modernevler Mahallesi İstanbul Caddesi Karadayı Apartmanı
Kat:1 Daire: 2 Isparta
Tel: 0-246-2238784 Fax: 0-246-2370240
E-mail: mguney@med.sdu.edu.tr

gerekebileceği için genellikle kaçınılmaktadır (7-9). Özellikle uterus alt segment veya posterior duvar yerleşimli myomlara cerrahi müdahalenin sezaryen sonrasına bırakılması tavsiye edilmektedir (7,8). Son yıllarda ise pedinküllü, subseröz, küçük çaplı myomlara sahip seçilmiş olgularda ve deneyimli cerrahi ekip tarafından myomektominin güvenle yapılabileceği bildirilmektedir (2,3,10). Bu çalışmamızda amacımız sezaryen esnasında myomektomi yapılan olguları intra ve postoperatif riskler yönünden kontrol grubuyla retrospektif olarak karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı ile Isparta Çocuk ve Kadın Hastalıkları Hastanesi'nde Ocak 1996-Ocak 2006 tarihleri arasında çeşitli endikasyonlarla sezaryene alınan ve myom görülen 69 olgunun verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Antenatal kanaması olmayan, sezaryen esnasında myomektomi dışında başka cerrahi girişim uygulanmayan ve koagülasyon bozukluğu bulunmayan olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma grubu sezaryen esnasında myomektomi yapılan 23 olgudan meydana geldi. Kontrol grubu aynı dönemde sezaryen esnasında myomu görülen, fakat myomektomi yapılmayan 46 olgudan 1:2 oranında oluşturuldu. Olguların yaşları, önceki abortuslar, parite, sezaryen sırasında gebelik haftaları, sezaryen endikasyonları, myomların yerleşim yeri ve en büyük myomun cm olarak büyüklükleri kaydedilmiştir. Preoperatif ve postoperatif hemoglobin değerleri (Hb), hemoglobin değerlerindeki değişiklikler, kan transfüzyonu, postoperatif ateş, operasyon süresi, hastanedeki kalış süreleri ve çıkarılan myom sayıları olgu dosyalarından incelenmiştir. İntraoperatif kan transfüzyonunun yapıldığı durumlar hemoraji olarak tanımlanmıştır. Postoperatif ateş 38°C ve üzerinde ateş görülen olguları kapsamıştır. Myomektomi tekniği: Bebek doğduktan sonra 500 ml dextroz içerisinde 30 IU oksitosin 60-90 damla/dk verilmesini takiben myom üzerine lineer insizyon yapılmıştır. Myom çıkarıldıktan sonra myometrial boşluk bir veya iki tabaka halinde 1-0 emilebilen sütürlerle kapatılmıştır. Serozanın kapatılması için 3-0 veya 4-0 emilebilen sütürler kullanılmıştır. Serum fizyolojik ile pelvisin yıkanmasını takiben bütün olgulara operasyon sonrasında profilaktik antibiotik başlanmıştır.

İstatistiksel analiz 12.0 SPSS istatistik programı ile

yapıldı. İstatistiksel değerlendirme için χ^2 ve Student's t-testi kullanıldı. P<0.05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Altmış dokuz olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Yirmi üç hastaya sezaryen esnasında myomektomi uygulanmış ve myomlu 46 olguya sadece sezaryen yapılmıştır. Myomektomi ve kontrol grubunun ortalama yaş, abortus sayıları, ortalama gebelik haftası süreleri ve sezaryen endikasyon oranları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Olguların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Myomektomi grubunda ortalama myom çapı 4.4 ± 2.6 cm, kontrol grubunda ise 7.2 ± 3.2 cm bulunmuştur (p<0.05). Myomektomi yapılan grubun myom büyüklükleri ve uterus yerleşim yerleri Tablo 2'de gösterilmiştir. En çok subserozal (%78) ve fundusda önyüz (%74) yerleşimli, çapları 2 ile 5 cm (%52) olan myom tipleri görülmüştür. Preoperatif Hb değerleri myomektomi grubunda daha yüksek olmasına rağmen pre ve postoperatif Hb değerleri arasındaki fark bakımından 2 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0.05). Myomektomi ve kontrol grubu olgularının preoperatif ve postoperatif Hb değerleri, operasyon süreleri, hastanede kalış süreleri ve kan transfüzyon ihtiyaçları Tablo 3'de özetlenmiştir. Her 2 grup arasında kan transfüzyon sıklığı ve hastanede kalış süreleri bakımından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0.05). Ortalama operasyon süresi myomektomi grubunda 47.8 ± 16.4 dk, kontrol grubunda 34.4 ± 9.2 dk bulundu. Bu süre istatistiksel anlamlı olarak myomektomi grubunda daha yüksek idi (p<0.05). Olguların hiçbirisine total veya subtotal histerektomi ya da ek cerrahi girişim uygulanmamıştır.

Tablo 1. Olguların sosyodemografik özellikleri

	Myomektomi n=23	Kontrol n=46	p
Yaş (yıl)*	27.4 ± 1.2	29.1 ± 4.2	AD
Gebelik haftası (hafta)	38.1 ± 2.2	39.0 ± 1.9	AD
Parite	1.2 ± 1.6	0.9 ± 1.2	AD
Abortus	0.4 ± 0.8	0.3 ± 0.9	AD
Myomun çapı (cm)	4.4 ± 2.6	7.2 ± 3.2	<0.05
Sezaryen endikasyonu			
Baş-pelvis uygunsuzluğu	8 (%34)	15 (%32)	AD
Eski sezaryen	5 (%21)	9 (%19)	AD
Fetal distres	7 (%30)	16 (%35)	AD
Makat presentasyon	1 (%4)	1 (%2)	AD
Diğer	2 (%10)	5 (%11)	AD

*Ortalama ± SD
AD: Anlamlı değil

Tablo 2. Myomektomi yapılan uterus myomlarının özellikleri

Myom tipleri	n (%)
Subseröz	18 (%78)
Intramural	4 (%17)
Submüköz	1 (%5)
Myom çapları	
≤ 2 cm	5 (%22)
> 2 cm ve <5 cm	12 (%52)
≥ 5	6 (%26)
Myom yerleşim yeri	
Fundal	17 (%74)
Alt uterin	3 (%13)
Fundal ve alt uterin	3 (%13)
Çıkarılan myom sayısı	
1	19 (%83)
2	2 (%9)
≥2	2 (%9)

Tablo 3. Myomektomi ve kontrol grubu olgularının klinik sonuçları

	Myomektomi n=23	Kontrol n=46	p
Preoperatif Hb (gr/dl)*	12.8 ± 1.2	12.4 ± 1.6	AD
Postoperatif Hb (gr/dl)	11.2 ± 0.8	11.4 ± 1.2	AD
Kan transfüzyonu n (%)	3 (%13)	4 (%9)	AD
Postoperatif ateş n (%)	0	1 (%2)	AD
Operasyon süresi (dakika)	47.8 ± 16.4	34.4 ± 9.2	<0.05
Hastanede kalış süresi (gün)	4.1 ± 0.9	4.0 ± 0.8	AD

*Ortalama ± SD
AD: Anlamlı değil

Tartışma

Son yıllara kadar pedinküllü myomlar dışında sezaryen esnasında myomektomi yapılması, özellikle kanama ve buna bağlı histerektomi riskinden dolayı tavsiye edilmeyen ve tartışılan konular arasındadır (4). Günümüzde ise bazı deneyimli obstetrisyenler, seçilmiş olgularda sezaryen esnasında myomektomi yapılmasını etkili ve güvenilir bir yöntem olarak bildirmektedir (1-4). Literatürde 5-6 cm'den 19 cm'ye kadar değişen büyüklükteki myomların sezaryen sırasında güvenle alınabildiğini gösteren çalışmalar vardır. Çalışmamızı oluşturan olguların çoğu 5 cm ve altındaki myomlara sahipti.

Kaymak ve arkadaşları myomektomi yaptıkları 40 olguluk çalışmalarında kontrol grubu ile preoperatif ve postoperatif Hb seviyeleri arasında anlamlı bir fark bulmamışlardır (1). Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında myomektomi grubunda kan transfüzyon oranları, postoperatif ateş ve hemoraji görülme sıklığı aynı bulunmuştur. Operasyon süresi ve hastanede kalış süreleri karşılaştırıldığında kontrol grubuna göre myomektomi grubunda daha uzun süre izlenmiştir. Öktem ve arkadaşları özellikle korpus ve fundusa yerleşim gösteren, 6 cm'den küçük çaplı

subseröz myomlara myomektomi uygulamışlardır (3). Olgularının hiçbirinde postoperatif ateş ve intraoperatif hemorajiye rastlamamışlardır. Çalışma gruplarında ciddi bir morbidite ve mortalitede artış saptanmazken operasyon süresinde uzama tesbit etmişlerdir. Ortaç ve arkadaşları 22 olguda, 5 cm'den büyük myomlara myomektomi yapmış ortalama operasyon süresi 41.6 ± 8 dk, ortalama intraoperatif kan kaybını ise 324 ± 131.1 ml saptamışlardır (2). Hiçbir olguda kan tranfüzyonu gerekmemiş ve postoperatif dönemde ateş görülmemiştir. Burton ve arkadaşları 13 olguda myomektomi yapmışlar ve bir olguda ağır intraoperatif hemorajiye rastlamışlardır (5). Çalışmamızda postoperatif ateş ve kan tranfüzyonları bakımından myomektomi grubu ile kontrol grubu arasında fark yoktu. Son yıllarda yapılan 111 olguluk başka bir çalışmada kontrol ve çalışma grubu arasında intraoperatif ve postoperatif komplikasyon insidanslarında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (6). Myomektomi yapılan olgularda ortalama myom çapının 3.5 cm bulunması ve 6 cm'den küçük olması önemlidir. Kaymak ve arkadaşları myomektomi uyguladıkları 40 olgunun myomlarının %42.5'i subseröz ve pedinküllü idi. Myom çapları ise 8.1 ± 4.7 cm (aralık 3-25 cm) olarak bulunmuştu (1). Çalışmamızda çıkarılan myomların çoğu fundusa ve önyüze yerleşim gösteren 2 ile 5 cm arasındaki subseröz yerleşimli myomlardır. Olgularımızın %26'sında myom çapı 5 cm'den büyük ve %22 olguda da myom subseröz yerleşimli olmadığı halde hiçbirisinde hemoraji gelişmemiştir. Kanamayı kontrol altına almak için histerektomi ya da diğer cerrahi girişimler uygulanmamıştır. Kaymak ve arkadaşları myomektomi grubunda ortalama operasyon süresini 8.9 dk, Kwawukume 11.25 dk daha uzun bulmuşlardır (1). Myomektomili olgularımızda bu sürenin 13 dk daha uzun olduğu görülmüştür.

Sezaryen esnasında myomektomi yapılmasının kısa dönem morbidite sonuçları bilindiği halde literatürde fertilitenin olumlu ya da olumsuz etkilenmesi gibi uzun dönem sonuçları hakkında çok fazla çalışma bilinmemektedir. Çalışmamızda myomektominin uzun dönem sonuçları bulunmamaktadır. Olgu sayımızın yetersiz olması, myomektomi olgularının farklı obstetrisyenler tarafından yapılması ve operasyon sonrası myomektomi materyali patoloji sonuçlarına tam ulaşılamaması çalışmamızı sınırlayan faktörlerden bazılarıdır. Sonuç olarak sezaryen esnasında myomektomi yapılması küçük ve subseröz myomların varlığında ciddi maternal mortalite ve

Kaynaklar

1. Kaymak O, Üstünyurt E, Okyay RE, Kalyoncu S, Mollamahmutođlu L. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2005;89:90-93.
2. Ortaç F, Güngör M, Sönmezer M. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 1999;67:189-190.
3. Öktem M, Yanık F, Başer E, Kuşcu E. Sezaryan esnasında myomektomi yapılması. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2005;2:188-191.
4. Davis JL, Ray-Mazumder S, Hobel CJ, Baley K, Sassoan D. Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. *Obstet. Gynecol.* 1990;75: 41-44.
5. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet. Gynecol* 1989;74:707-709.
6. Roman AS, Tabsh KMA. Myomectomy at time of cesarean delivery: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2004;4:14-17.
7. Ehigiegba AE, Ande AB, Ojobo SJ. Myomectomy during cesarean section.. *Int J Gynecol Obstet* 2001;75:21-25.
8. Hasan F, Arumugam K, Sivanesaratnam V. Uterine leiomyomata in pregnancy *Int J Gynecol. Obstet* 1990;34:45-48.
9. Kwawukume EY. Myomectomy during cesarean section. *Int J Gynecol Obstet* 2002;76:183-184.
10. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of myomas and complications in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993;82:97-101.