

## Sekonder infertil bir kadında dev myom vakası

A case report of giant myoma in a secondary infertil woman

Hacer UYANIKOĞLU<sup>1</sup> , Güler ÇAKMAK<sup>1</sup> , Emine Bihter GÜNDOĞDU<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

### Öz.

Myomlar üreme çağındaki kadınlarda en sık rastlanan uterus patolojisidirler. Boyutları genellikle değişken olup, >10 cm olanlar dev myom olarak adlandırılır. 20 cm'den büyük olması ise oldukça nadirdir. Biz bu yazıda sekonder infertilite nedeniyle doktora başvuran ve dev myom (21 cm) tespit edilip tarafımıza yönlendirilen bir olguyu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Dev myom, Sekonder infertilite, Myomektomi

### Abstract

Myomas are the most common uterine pathologies in women with reproductive age. The size of myomas is generally variable, > 10 cm are called giant myoma. It is quite rare when it is bigger than 20 cm. In this article, we aimed to discuss the case of a woman with giant myoma (21 cm) who was directed to us due to secondary infertility.

**Keywords:** Giant Myoma, Secondary Infertility, Myomectomy

### Sorumlu Yazar / Corresponding Author

Dr. Hacer UYANIKOĞLU

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Anabilim Dalı, Şanlıurfa/ Türkiye

Tel: +90 535 574 04 25

E-mail: huoglu@hotmail.com

**Geliş tarihi / Received:** 04.09.2018

**Kabul tarihi / Accepted:** 26.11.2018

## Giriş

Leiomyomlar uterusun düz kas hücrelerinden kaynaklanan en yaygın benign tümörleridir. Reprodüktif dönem boyunca sıklığı giderek artar, menopoz sonrası ise sıklık azalır. Büyüklükleri oldukça değişken olup mikroskopik veya çok büyük (dev myom) olabilir (1). Myomlar %50 oranında asemptomatik olmalarına rağmen, menoraji, dismenore, infertilite, abdominal şişme ve bası semptomları ile karşımıza çıkabilir (2). Küçük ve asemptomatik myomlar belli aralarla takip edilebilir fakat büyük myomların tedavisi genellikle cerrahidir (myomektomi ya da histerektomi). Reprodüktif dönemdeki kadınlarda fertilitenin korunması için myomektomi tercih edilmektedir (3). Biz bu olguda sekonder infertilite nedeniyle doktora başvuran ve dev myom tespit edilip tarafımıza yönlendirilen bir olguyu literatür ışığında tartışmayı amaçladık.

## Olgu

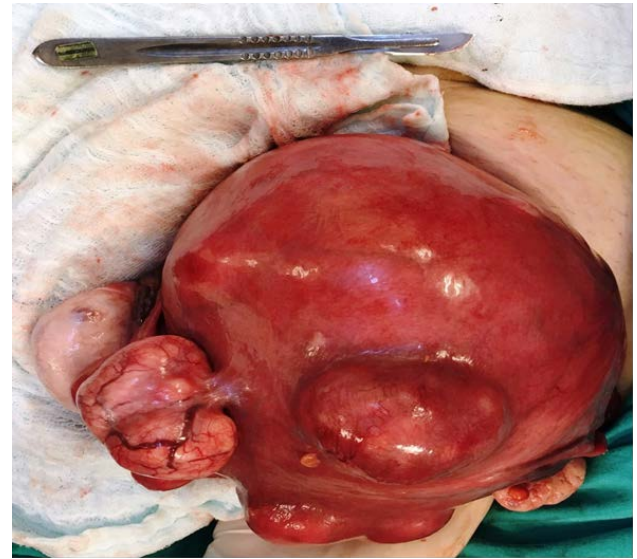
Otuz iki yaşında ikinci evliliği olan bir hasta infertilite şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Daha önceki evliliğinden 1 yaşayan çocuğu olan hasta bu evliliğinde 2 yıldır düzenli cinsel ilişkiye rağmen çocuk sahibi olamamış. Obstetrik anamnezinde bir özellik yoktu. Jinekolojik muayenesinde vulva-vajen doğal, serviks silinmiş izlendi. Bimanuel muayenede uterus yaklaşık 25 hafta gebelik cesametinde idi. Yapılan transabdominal USG'de uterusu komple kaplayan bir adet 195 x 80 cm myom ve birkaç adet fundus kaynaklı subseröz / intramural myom tespit edildi. Overler kitle nedeniyle net değerlendirilemedi. Myomların lokalizasyonunu ve çevre dokularla ilişkisini belirlemek amacıyla manyetik rezonans görüntüleme (MRI) istendi. MRI'da uterus korpus ve fundus bölümünde en büyüğü 210 x 75 cm olmak üzere çok sayıda lobule konturlu kitle izlendi. Hastanın rutin laboratuvar testleri (tam kan sayımı, serum elektrolit seviyeleri, biyokimya testleri, hormon profili ve tümör belirteçleri) normal sınırlarda idi. Bu bulgularla hastada dev myom düşünüldü. Hasta ve yakınlarından aydınlatılmış onam alındıktan sonra laparotomik myomektomi planlandı.

Genel anestezi altında göbek altı ve göbek üstü median insizyonla batına girildi. Explorasyonda kitlenin uterus kaynaklı olduğu görüldü (Şekil 1). Bilateral tubalar ve overler normal izlendi. Batındaki yaklaşık 100 cc lik asit mayi aspire edildi. Subserözal ~ 4 cm'lik myom eksize edildi. İntraoperatif kanamayı azaltmak için 16 nolu Foley sonda ile uterus istmik bölgeden çepeçevre bağlandı. Uterus anterior duvardaki intramural ~ 20 cm'lik dev myom endometriyal kavite bozulmaksızın kapsülünden sıyırılarak enükle edildi. Myom tabanı 4 kat zet sütürler ile kapatıldı. Fundustaki çok sayıda intramural myomlar kapsüllerinden enükle edilerek çıkartıldı. Zet sütürler ile kanama kontrolü yapıldı. Batına 1 adet dren yerleştirildi.

Batın serum fizyolojik ile 2 kez yıkandıktan sonra fasya PDS loop ile kapatıldı. Cilt 3/0 vikril ile matres sütürler atılarak kapatıldı.

İntraoperatif kan kaybı minimal düzeyde olup (preop hemoglobin (Hb): 15,05 g/dL, postop 4. saat Hb: 14,16 g/dL) herhangi bir komplikasyon izlenmedi. Operasyon süresi 90 dakika idi. Çıkartılan myomların total ağırlığı 1909 gr idi (Şekil 2).

Postoperatif klinik izlemde bir sorun çıkmadı ve hasta postop 2. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu dejenerasyon bulguları içeren leiomyom olarak geldi.



Şekil.1 Uterus kaynaklı multipl myomlar



Şekil.2 Çıkartılan myomların makroskopik görünümleri

## Tartışma

Batın ön duvarının genişleyebilme yeteneği uterus myomlarının çok büyük boyutlara ulaşabilmesine olanak sağlar. Myomların ayırıcı tanısında adenomyozis, hematometra, sarkomlar ve over maligniteleri düşünülmelidir. Literatürde over kanserini taklit eden bir dev myom vakası sunulmuştur (4). Ultrasonografi myom tanısı için tercih edilen ilk basamak görüntüleme yöntemidir. MRI ise myomların saptanması ve karakterizasyonunda ultrasonografiye göre daha sensitiftir. Özellikle büyük myomatöz uterusları değerlendirmede ultrasonografi yetersiz kalabilmektedir. MRI uterus zonal anatomisini mükemmel şekilde göstererek myomların yerleşim lokalizasyonlarını net bir şekilde belirleyebilir. Bu nedenle dev myomlarda myomların sayısını, yerleşim yerlerini, endometriyal kaviteyle ve çevre dokularla ilişkisini daha iyi belirleyebilmek için MRI gerekebilir (5). Olgumuzda jinekolojik muayene ve ultrasonografi ile pelvik kitle tespit edildi fakat kitlenin orijini hakkında yeterli bilgi elde edilemedi. Bu nedenle MRI çekirip diğer organlarla ilişkisini ve kitlenin orijini hakkında yeterli bilgiye ulaşabildik. MRI görüntülerine ek olarak serum tümör belirteçlerini de değerlendirerek malignite ön tanısını ekarte ettik. Myomlar sıklıkla asemptomatikler, fakat myomun yerleşimi ve büyüklüğüne bağlı olarak çeşitli semptomlara neden olabilirler. En sık rastlanan klinik semptom anormal uterin kanamadır (2). Bunun dışında dismenore, kronik pelvik ağrı, infertilite ve çevre organlara bası semptomları (pollaküri, konstipasyon, tenesmus, hidroüreter ve hidronefroz) gibi sorunlara yol açabilirler (6). Bizim olgumuzda anormal uterin kanama, dismenore ve çevre organlara bası semptomları yoktu. Sadece abdominal şişme/rahatsızlık ve hastanın tolere edilebildiği pelvik ağrı mevcuttu. Vakamızın asıl şikâyeti 2 yıldır düzenli cinsel birlikteliğe rağmen çocuk sahibi olamaması idi. Literatürde submüköz myomların endometriyal implantasyonu bozarak infertiliteye sebep olabileceği bildirilmiştir (6). Bizim olgumuzda endometriyal kavite sağlam olmakla birlikte uterus ön duvardaki dev myomun kaviteye ve tubal ostiumlara baskı yaparak spermelerin ve ovumun transportunu engellediğini düşünmekteyiz.

Myomların tedavisi hastanın yaşı, çocuk istemi ve myomun semptomlarına bağlı olarak değişir. Tedavi seçenekleri ekspektan tedavi, medikal tedavi, cerrahi tedavi veya cerrahi yapılamayan hastalarda uterin arter embolizasyonudur (7). Yine nadir de olsa myomlar batın içi kanama veya torsiyon nedeniyle akut batına sebep olup acil cerrahi gerektirebilirler (8). Myom ameliyatlarında kanama fazla olabilir. Cerrahi öncesi hastada anemi varsa mutlaka düzeltilmelidir. Multiple veya dev myomların varlığında cerrahi öncesi arteriyel embolizasyon yapılması da kanama riskini azaltabilir (9). Bizim olgumuzda hastanın yaşı ve fertilite istemi myomektomi planlamamıza sebep oldu. Hastanın preop Hb değeri normal idi. Hastaya arteriyel embolizasyon uygulamadık fakat operasyon sırasında

uterusu istmus seviyesinden foley sonda ile bağlayarak kanamayı minimize ettik. Böylece intraoperatif ve postoperatif kan desteği gerekmedi.

Son yıllarda pek çok cerrah myomların cerrahi tedavisinde minimal invaziv cerrahiye tercih etmektedir. Fakat laparoskopik veya robotik yöntemde myomların batın dışına alınması ancak morselatör ile mümkündür (10). Morselatörün kullanımı ile ilgili FDA 2014'te bir bildiri yayınladı ve myomla ilişkili muhtemel bir occult malignensinin morselatör ile tüm batına yayılabileceğini belirtti (11). Yakın zamanda Glaser ve ark. yaptıkları bir metaanaliz sonucunda laparoskopik myomektominin özellikle fertilite koruyucu cerrahi olarak güvenle uygulanabileceğini ve morselatörün de bazı durumlar hariç (malignensi varlığı veya şüphesi, peri- postmenopozal dönem, ve vajinal veya 5 cm lik minilaparotomi ile çıkarılabilecek myomlar) hastayı bilgilendirerek kullanılabileceğini belirtmişlerdir (12). Olgumuzda hastanın genç olması ve malignite şüphesinin olmamasına rağmen myomun çok büyük olması ve morselatör kullanımı ile ameliyat süresinin çok uzayacağını düşündüğümüzden açık myomektomiye tercih ettik ve uterus koruyucu cerrahi uyguladık.

Sonuç olarak dev myomu olan ve çocuk isteyen hastalar uygun bir merkez, tecrübeli jinekolojik cerrah ve en uygun cerrahi seçenekle tedavi edilmesi gereken özellikli olgulardır.

## Kaynaklar

1. Zimmermann A, Bernuit D, Gerlinger C, Schaefer M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internetbased survey of 21,746 women. *BMC Womens Health* 2012;12:6.
2. Speroff L, Fertz MA. *Clinical Gynaecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 463-9.
3. Sankaran S, Odejinmi F. Prospective evaluation of 125 consecutive laparoscopic myomectomies. *J Obstet Gynaecol* 2013;33:609-12.
4. Aydin C, Eris S, Yalcin Y, Sen Selim H. A giant cystic leiomyoma mimicking an ovarian malignancy. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:1010-2.
5. Mayer DP, Shipilov V. Ultrasonography and magnetic resonance imaging of uterine fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995; 22: 667-725.
6. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systemic review of the evidence. *Fertil Steril* 2009;91:1215.
7. Inaba F, Maekawa I, Inaba N. Giant myomas of the uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88:325-6.
8. Uyanikoglu H, Incebiyik A, Ozturk E. Hemoperitoneum From Spontaneous Bleeding of a Uterine Subserous Leiomyoma: A Case Report. *JCAM* 2015;5:550-1.
9. Nappi L, Matteo M, Giardina S, Rosenberg P, Indraccolo U. Management of uterine giant myoma. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:61-3.
10. IBean EM, Cutner A, Holland T, et al. Laparoscopic myomectomy: a single-center retrospective review of 514 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2017;24:485e93.
11. <http://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm424443.htm>. Accessed 16 Nov 2015.
12. Glaser LM, Friedman J, Tsai S, Chaudhari A, Milad M. Laparoscopic myomectomy and morcellation: A review of techniques, outcomes, and practice guidelines. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017 Sep 29. pii: S1521-6934(17)30146-3.