

Servikal Kanalı Kapatan Myoma Uterili bir Missed Abortus Olgusunda Histerotomi ile Gebelik Tahliyesi ve Eş Zamanlı Myomektomi

Mehmet Behrengi KAHRAMAN, Meryem Kuru PEKCAN, Volkan NOYAN, Aykan YÜCEL, Nevin SAĞSÖZ

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kırıkkale

Özet

Uterus myomları 30 yaşın üzerindeki kadınların %20-50'sinde görülebilen benign tümörlerdir. Tüm gebeliklerin yaklaşık % 1.4-8.6'sında uterin myomlar görülür. Çoğunlukla uterus fundus ya da gövdesinde yerleşen myomların yaklaşık % 3'ü servikstedir. Submüköz ve subendometriyal myomlar nadiren endometriyumu aşarak endometrial kanal içine bir pedikülle birlikte uzayabilirler. Bu duruma gebelik de eşlik ediyorsa hastaların normal spontan vajinal yol ile doğumları zor veya imkânsız hale gelebilmekte ve birçok komplikasyonu beraberinde getirebilmektedir. Bu yazıda ultrasonografik olarak servikal kanalı kapatan myoma uterili bir missed abortus olgusunda histerotomi ile gebeliğin sonlandırılması ve eş zamanlı myomektomi işlemi sunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Missed abortus, myoma uteri, myomektomi

Pregnancy Termination via Hysterotomy and Concomitant Myomectomy in a Missed Abortus Case with an Uterine Fibroid Closing the Cervical Canal

Abstract

Uterine fibroids are benign tumors found in 20-50% of women over 30 years of age. These tumors are seen in 1.4-8.6% of all pregnancies. Fibroids are usually located in the corpus of the uterus but nearly 3% are found in the cervix. Sometimes, submucosal fibroids protrude through the cervical canal which may lead to obstruction. If it occurs during a pregnancy, vaginal delivery can be very difficult or impossible and many complications might also occur. In this case report, we will discuss a pregnancy termination via hysterotomy and concomitant myomectomy in a missed abortus case with an uterine fibroid closing the cervical canal.

Key Words: Missed abotus, uterine fibroid, myomectomy

Giriş

Uterin myomlar gebelik seyri boyunca bir takım komplikasyonlara neden olabilmektedirler. İmplantasyon submüköz myom üzerinde olursa düşük riski yüksektir. İntramural myomu olan olgularda ilk trimester gebelik kaybı % 40, ikinci trimester gebelik kaybı ise % 17 olarak bildirilmiştir¹. Plasentanın myoma yakın yerleştiği durumlarda ise erken gebelikte kanama ve düşük olabilmektedir. Gebelikte myomların neden olabileceği diğer komplikasyonlar ise; preterm doğum (% 15-20), intrauterin gelişme geriliği (% 10), prezentasyon bozuklukları (% 20), ablasyo plasenta, postpartum kanama ve dejenerasyona bağlı karın ağrısı olarak sıralanabilir². Gebelikte myomektomi nadiren endikedir. Gerektiğinde gebelikte myomektominin güvenli olduğunu öne süren olgu sunumları mevcuttur³. Bu yazıda, missed abortus nedeniyle gebeliğinin sonlandırılması planlanan ve işlem öncesi yapılan ultrasonografide servikal kanalı tamamen kapattığı izlenen submüköz myomu mevcut olan bir olguda, lokalizasyonu nedeniyle vajinal yolla gebelik sonlandırmasının mümkün görülmemesi üzerine yapılan histerotomi ile gebelik tahliyesi ve eş zamanlı myomektomi yaklaşımı sunulacaktır.

Olgu

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne dış merkezden missed abortus nedeniyle sevkli olarak başvuran, son adet tarihine göre 15 haftalık gebeliği mevcut olan 32 yaşındaki hastada, gravida 6, parite 2, yaşayan 2, abortus 3 idi. Hastanın 1997 yılında ilk gebeliğinden olan 12 haftalık bir abortusu, 1998 yılında 6 haftalık bir diğer abortusu, 2001 yılında sağlıklı bir gebelik sonucu olan normal spontan vajinal yol ile doğumu, 2003 yılında makat prezentasyon nedeniyle yapılan bir sezaryeni ve 2011 yılında 6 haftalık abortus öyküsü mevcuttu. Hasta rutin kontrol amaçlı başvurduğu merkezde yapılan ultrasonografide fetal kalp atımı izlenmemesi üzerine polikliniğimize yönlendirilmişti. Tarafımızca yapılan obstetrik ultrasonografide fetal kalp atımı negatif, BPD: 28 mm (15 hf), HC: 96.9 mm (14+3 hf), AC: 83.4 mm (14+3 hf), FL: 15.1 mm (14+3 hf), CUA: 14+5 hf ile uyumlu olduğu izlenirken uterus corpus anteriordan köken alan ve internal osu tamamen kapatan 47x46 mm lik submüköz myom izlendi (Resim 1).

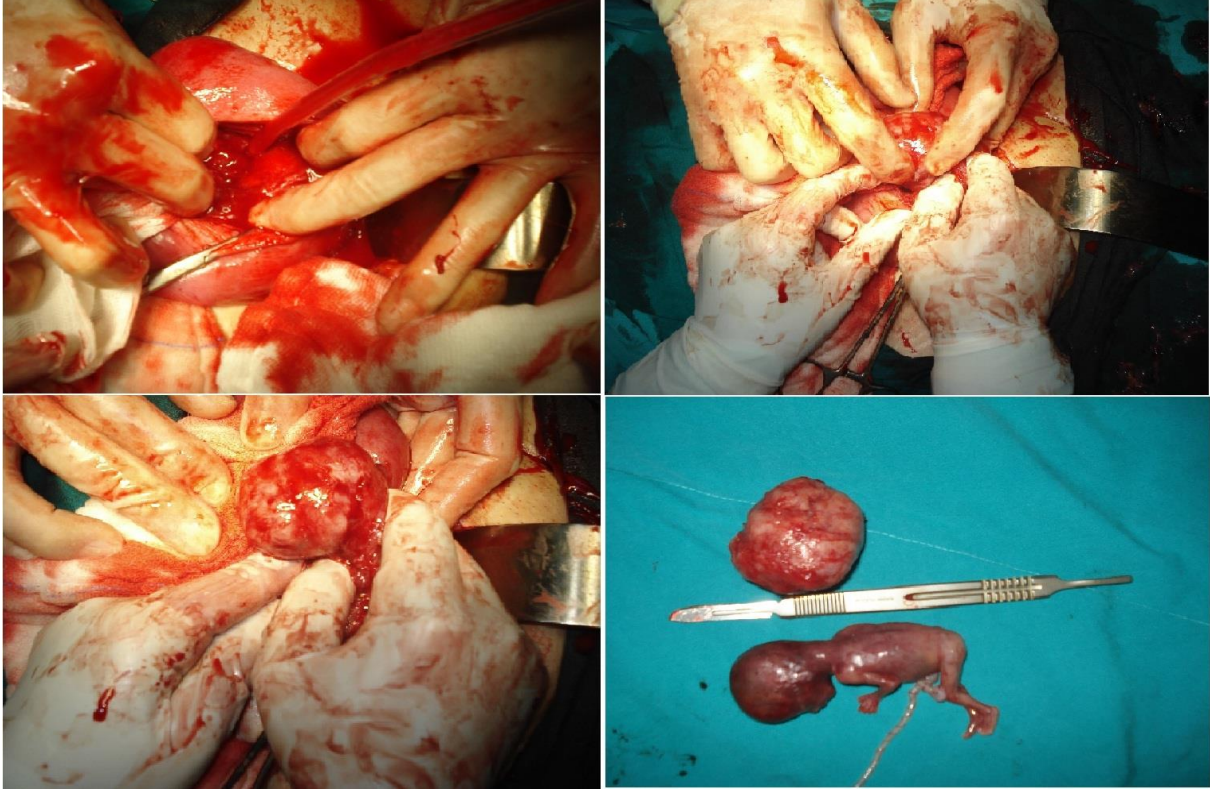


Resim 1: Servikal kanalı kapatan myomun ultrasonografik görüntüsü

Hastanın daha önce yapılmış olan ikili testinde hcg:2.74 MoM, PAPP-A:0.5 MoM, ikili test riski: 1:64, kombine risk: 1:284 idi. Sonuç olarak hastaya missed abortus nedeniyle gebelik tahliyesi planlanırken mevcut submüköz myomun servikal kanalı tamamen kapatmasından dolayı prostoglandin ile indüksiyondan vazgeçilerek laparotomi ile gebelik tahliyesi ve myomektomi planlandı ve operasyon kararı alındı. Pfannenstiel insizyonla batına girildi. İntraoperatif gözlemlerde bilateral tüpler ve overler normal görünümde, uterus 16 haftalık gebelik cesametinde idi. Uterusa anterior vertikal kesi ile

girilerek fetus ve ekleri tahliye edildi. Gözlemlerde corpus anteriordan kaynaklı, servikal yerleşimli ve servikal kanalı tamamen kapatan, yaklaşık 4x4 cm lik submüköz myom nüvesi mevcuttu (Resim 2). Myoma usulüne uygun şekilde myomektomi yapıldı. Abort materyali ve myoma uteri patoloji için ayrıldı. Kanama kontrolünün ardından işleme son verildi. Postoperatif 3. gününde ek şikâyeti olmayan hasta taburcu edildi. Patoloji sonucu; ölçümleri 14-15.gebelik haftası ile uyumlu erkek fenotipinde fetus ve leiomyoma nodülü olarak raporlandı.

Olgu Sunumu



Resim 2: Servikal kanalı tamamen kapatan, yaklaşık 4x4 cm lik submüköz myom nüvesi (operasyon görüntüleri)

Tartışma

Abortus, gebeliğin mekanik ya da farmakolojik girişim olmaksızın 20. haftadan önce kaybedilmesini ifade eder. 12. gebelik haftasına kadar olan abortuslar erken abortus, 12–20. gebelik haftaları arasında olan abortuslar ise geç abortus olarak adlandırılmaktadır⁴. Abortusların % 80'inden fazlası ilk 12 hafta içinde olur, bu oran daha sonra düşer. Erken abortusların en azından yarısına kromozomal anomaliler neden olur. Spontan abortus riski parite ile olduğu gibi anne ve baba yaşıyla da artar⁵. Klinik olarak fark edilebilir abortusların sıklığı 20 yaşın altındaki kadınlarda % 12'den, 40 yaşın üstündeki kadınlarda % 26'ya yükselir. Risklerin aynı baba yaşlarında %12'den, % 20'ye yükseldiği gözlenir⁵. Bizim olgumuzda anne yaşı 32 olup baba yaşı 35 idi ve annenin daha önce 3 abortus öyküsü mevcuttu. Abortus etyolojisinde rol oynayan fetal faktörler, anormal zigot gelişimi, anöplid abortus, öplid abortus, maternal faktörler; anatomik nedenler, enfeksiyonlar, endokrin anomaliler, diyabetes mellitus, progesteron eksikliği, ilaç kullanımı, sigara, alkol, kafein, radyasyon, toksinler, alloimmün ve otoimmün faktörler olarak sıralanabilir^{4,6-8}.

Abortusa neden olabilecek anatomik nedenler, kaviteyi bozan konjenital müllerian anomaliler (septat, bikornuat, unikornuat veya didelfis uterus) ya da intrauterin sineşi, uterin fibroidler ve endometriyal polipler gibi edinsel patolojiler

olabilir. Anatomik nedenlere bağlı abortuslar genellikle 12'nci gebelik haftasından sonra ortaya çıkmaktadır⁹. Spontan gebelik kaybı nedenleri arasında yer alan uterin anomalilerin araştırılması, tekrarlayan gebelik kayıpları olan çiftlerin değerlendirilmesinde ön sıralarda yer almaktadır⁹. Uterin kavitenin anatomik olarak değerlendirilmesinde histerosalpingografi, transvajinal ultrasonografi, sonohisterografi ve histeroskopi gibi çeşitli tanı araçları kullanılmaktadır. Submüköz ve intramural myomlar, nadiren retrofleks uterus gibi uterin malpozisyonlar, geçirilmiş operasyonlar sonucu uterus duvarında oluşan skar dokusu, uterin sineşiler, özellikle ikinci trimester kayıpları açısından anatomik veya servikal yetmezlik gibi faktörler abortusa neden olabilirler¹⁰. Gebelik kayıplarında anatomik nedenlerden konjenital uterin faktörlerin % 10-50 oranında etkili olduğu, buna karşın leiomyom ve intrauterin adezyonlar gibi edinsel faktörlerin reproduktif fonksiyonu daha az etkilediği saptanmıştır¹¹. Reprodüktif dönemdeki kadınların % 20-25'inde görülen myomların gebelikte görülme insidansı % 0.1- 2.1 civarındadır¹². Çoğu myomlar gebelikte sessiz kalmakla beraber, fetal malpresantasyon ve preterm doğum en sık görülen komplikasyonlar arasındadır. Myomlar ile gebelik kayıpları arasındaki ilişki tam bilinmemekle beraber myomektomi yapılan olgularda spontan abortus oranı % 41'den % 19'a

Olgu Sunumu

düşmüştür¹². Submukoz ve intramural myomlarda abortusa neden olan başlıca mekanizmalar endokrin, histolojik, vasküler ve mekaniktir.

Uterusun anatomik kusurları tekrarlayan gebelik kayıpları ile ilişkilendirilmiştir. Bu kusurlar konjenital veya edinsel olabilir. Prompst ve arkadaşları tekrarlayan gebelik kaybı olan hastalarda histerosalpingografi veya histeroskopi uygulayarak uterin anomali varlığını araştırmışlar ve Müllerian anomali sıklığını % 10 olarak bildirmişlerdir¹³. Başka bir çalışmada tekrarlayan gebelik kaybı hikâyesi bulunan kadınlarda % 39 oranında morfolojik anormallik saptanmıştır¹⁴. Tekrarlayan gebelik kaybı olan hastalarda yapılan bir çalışmada ise % 48 morfolojik anormallik saptanmıştır. Bu oranın % 17'si konjenital uterin anomalilere aittir¹⁵. Çalışmaların sonuçları arasındaki bu çeşitliliğin nedenleri arasında anomalilerin sınıflandırılmasında farklı sınıflama sistemlerinin kullanılması, farklı tanı yöntemlerinin uygulanması ve çalışmaya alınan kadın popülasyonları arasındaki farklılıklar sayılabilir. Çöğendez ve arkadaşları yaptıkları çalışmaya dayanarak Mart 2011'de, abortus sonrası ofis histeroskopinin konjenital ve edinsel uterin patolojilerin erken tanısında basit ve etkili bir yöntem olduğunu bildirdiler. Konjenital ve edinsel uterin patolojilerin tespiti için, hastanın anksiyete düzeyi ve yaşı da dikkate alınarak ilk düşük sonrası diagnostik histeroskopi yapılmasını önermişlerdir¹⁶.

Medikal yöntemlerle ilk trimester missed abortusların sonlandırılmasında vaginal prostoglandin E1 kullanılması % 77 oranında başarılıdır¹⁷. Yapılan çok merkezli bir çalışmada missed abortus yönetiminde mifepreston+ misoprostol ile misoprostol + cerrahi evakuasyon etkinliği karşılaştırılmış ve tedavi öncesi verilen mifeprestonun başarı oranını artırmadığı, 0.4- 0.6 mg vaginal misoprostolun daha etkili olduğu saptanmıştır¹⁸. Bizim olgumuzda myomun boyutu ve lokalizasyonu nedeniyle servikal kanalı tamamı ile kapatması ve fetal materyallerin servikal kanaldan geçişinin mümkün olamayacağı düşünüldüğünden medikal yöntemlerle gebelik tahliyesinden vazgeçilip laparotomi ile myomektomi ve gebelik tahliyesi kararı alındı.

Sonuç

Servikal kanalı tamamen kapatan ve medikal yöntemlerle ve vajinal yaklaşımla fetal materyalin atılmasını engelleyecek büyüklükte myomu olan missed abortus olgularında histerotomi ile gebelik tahliyesi ve eş zamanlı myomektomi bir seçenek olarak sunulabilir.

Kaynaklar

1. Li TC, Mortimer R, Cooke ID. Myomectomy: a retrospective study to examine reproductive performance before and after surgery. *Hum Reprod* 1999;14(7):1735-40.
2. Phelan JP. Myomas and pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22(4):801-5.
3. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989;74(5):707-9.
4. Kutteh WH. Antiphospholipid antibody associated recurrent pregnancy loss: treatment with heparin and low-dose aspirin is superior to low-dose aspirin alone. *Am J Obstet Gynecol* 1996;174(5):1584-88.
5. Cicero S, Spencer K, Avigido K, Faiola S, Nicoloides KH. Maternal serum biochemistry at 11-13(+6) weeks in relation to the presence or absence of the nasal bone on ultrasonography in chromosomally abnormal fetuses: An update analysis of integrated ultrasound and biochemical screening. *Prenat Diagn* 2005;25(11):977-83.
6. Robinson WP, Bernasconi F, Dutly F, Lefort G, Romain DR, Binekert A, et al. Molecular studies of translocation and trisomy involving chromosome 13. *Am J Med Gen* 1996;61(2):158-63.
7. Boivin JF. Risk of spontaneous abortion in women occupationing exposed to anesthetic gases; A meta -analyses. *Occup Environ Med* 1997;54(8):541-8.
8. Klebanoff MA, Levine RJ, DerSimonian R, Clemens JD, Wilkins DG. Maternal serum paraxantine, a caffeine metabolite, and the risk of spontaneous abortion. *N Engl J Med* 1999;341(22):1639-44. .
9. Schorge JO. First -trimester abortion. In: Schorge JO, Schaffer JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Cunningham FG (Eds). *Williams Gynaecology*. New York: McGraw-Hill; 2008.
10. Devi Wold AS, Pham N, Arici A. Anatomic factors in recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2006;24(1):25-32.
11. Buttram VC, Gibbons WE. Mullerian anomalies: a proposed classification (an analysis of 144 cases) *Fertil Steril* 1979;32(1):40-6.
12. Bunram VC Jr., Reiter RC. Uterin leiomyomata: etiology, symptomatology and management: *Fertil Steril* 1981;36(4):433-55.
13. Propst AM, Hill JA 3rd. Anatomic factors associated with recurrent pregnancy loss. *Semin Reprod Med* 2000;18(4):341-50.
14. Ventolini G, Zhang M, Gruber J. Hysteroscopy in the evaluation of patients with recurrent pregnancy loss. *Surg Endosc* 2004;18(12):1782-84.

Olgu Sunumu

15. Dendrinos S, Grigoriou O, Sakkas EG, Makrakis E, Creatsas G. Hysteroscopy in the evaluation of habituel abortions. Eur J Contracept Reprod Health Care 2008;13(2):198-200.
16. Cogendez E, Dolgun ZN, Sanverdi I, Turgut A, Eren S. Post-abortion hysteroscopy: a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2011;156(1):101-4.
17. Egarter C, Lederhilger J, Kurz C, Karas H, Reisenberger K. Gemoprost for first trimester missed abortion. Arch Gynecol Obstet 1995;256(1):29-32.
18. Gronlund A, Gronlund L, Clewin L, Andersen B, Palmgren N and Lidegaard O. Management of missed abortion: comparison of medical treatment with either mifepristone + misoprostol or misoprostol alone with surgical evacuation. A multi-center trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2002;81(11):1060-65.

Yazışma Adresi:

Doç. Dr. Volkan Noyan
Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.,
KIRIKKALE
Tel: 0532 7158310
E-posta: vnoyan@hotmail.com