

Dev Uterin Myomda Yönetim: Olgu Sunumu

Management of Uterine Giant Myoma: Case Report

Arzu Yavuz, Bahar Astepe, Hasan Terzi, Ahmet Kale

Kocaeli Derince Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Kocaeli/Türkiye

Özet

Başvuru Tarihi: 10.05.2014 **Kabul Tarihi:** 14.05.2014

Amaç: Dev uterin myomu olan bir olguyu sunmayı amaçladık. **Olgu:** 47 yaşında premenapozal hasta bize son 3 aydır mevcut olan menometroraji ve 7 yıldır giderek artan karın şişliği ve myom uteri hikayesi ile başvurdu. Fizik muayenesinde dev abdominal kitle ve umbilikal hernisi vardı. Hastanın hemoglobin değeri 7.1 g/ dl idi. Ultrason ve MRI tetkiklerinde tüm batını dolduran dev kitle tesbit edildi. Hastaya laparotomi, total histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapıldı. Patoloji sonucu 9.8 kilogram ağırlığında uterin leiomyom olarak geldi. **Sonuç:** Dev uterin myomlu hastalar nadir görülen vakalardır. Morbiditeyi ve mortaliteyi önlemek için dikkatli perioperatif yönetim ve multidisipliner hasta bakımı gereklidir.

Anahtar Kelimeler: dev uterine myom, multidisipliner yaklaşım

Abstract

Application: 10.05.2014 **Accepted:** 14.05.2014

Aim: To present the case of a patient with giant uterine leiomyoma. **Case:** A 47-year-old premenopausal presented with a history of menometroragia from last 3 months but abdominal distention and myoma uteri history for a period of approximately 7 years. Physical examination revealed a huge abdominal mass and an umbilical hernia. Her hemoglobin level was 7.1 g/dl. Ultrasonography and MRI examination showed a large mass that filled the abdomen. The patient underwent laparotomy, total hysterectomy and bilateral salpingo-ooferectomy. The histology revealed a leiomyoma weighing 9.8 kilograms. **Conclusion:** Patients with giant myomas are unusual cases. Conscientious perioperative management and multidisciplinary patient care are essential to prevent morbidity and mortality.

Keywords: giant uterine myoma, multidisciplinary approach

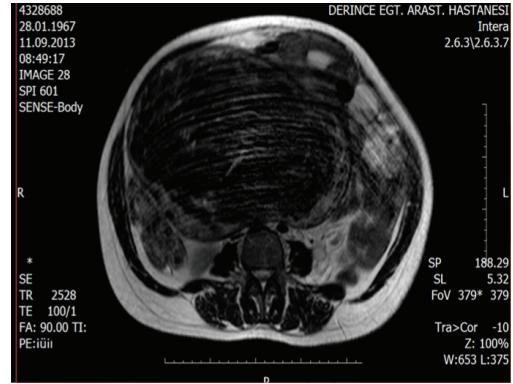
Giriş

Uterin leiomyomlar, düz kastan köken alan kadın genital sistemin en sık rastlanan tümörleridir. Sıklığı reproduktif dönemde artar, menapozdan sonra ise azalır, 35 yaş üstü kadınların yaklaşık yarısında leiomyom saptanmaktadır.^{1,2} Myomlar mikroskopik boyutta olabileceği gibi dev boyutlara da ulaşabilir. Büyüklüklerine ve sayılarına göre, anormal uterin kanama, karında şişlik, pelvik ağrı, kabızlık, pollaküri, idrar retansiyonu gibi şikayetlere sebep olabilirler. Bazen abdominal kaviteyi tamamen doldurarak dev boyutlara ulaşabilirler. Özellikle gelişmiş ülkelerde dev myomlara oldukça az rastlanır.³ Nadir görülmekle birlikte akciğerlere ve diğer çevre organlara aşırı bası yaparlarsa, tehlikeli sonuçlara yol açabilirler. Uygun cerrahi tedavi ve dikkatli perioperatif bakımla postoperatif iyi sonuçlar elde edilebilir.⁴ Biz burada tüm batını dolduran dev myomu olan bir olgunun klinik ve cerrahi yönetimini sunmayı amaçladık.

Olgu

47 yaşında ve özgeçmişine myoma uteri tanısı bulunan hasta, 7 yıldır karında giderek artan şişlik, gerginlik ve ağrı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hasta cerrahi tedaviden korktuğu için herhangi bir hastaneye başvurmamıştı. Anamnezde son 3 aydır adet kanamalarının ve ağrısının arttığı öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde tüm batını dolduran dev kitle ve umbilikal herni tespit edildi. Spekülüm muayenesi normal idi. Bimanuel vajinal muayenede uterus kitleden ayrı olarak palpe edilemedi. Transvajinal ultrasonografide uterus boyutları artmış ve heterojen yapıda idi, kitle uterusun arkasından umblikusa doğru uzanmakta idi ve overler kitle nedeni ile net değerlendirilemedi. Hastanın yapılan Manyetik Rezonans Görüntülemesinde (MRG) batın içinde tüm batını dolduran, myometriumdan kaynaklandığı düşünülen, batın içi tüm solid organları ve gastrointestinal sistemi deplase eden yaklaşık ölçülebilir boyutları 40 x 20 cm olan heterojen iç yapıda solid kitle lezyon izlendi (Resim-1). Ayrıca MRG'de kitlenin solda üretere bası oluşturduğu ve sol böbrekte grade 2 hidronefroza yol açtığı tespit edildi. Laboratuvar tetkiklerinde anemi (hemoglobin 7,1 g/dl, hematokrit % 22,2) dışında bir özellik yoktu. Tümör belirteçleri (CA-125, CEA, AFP) normal sınırlarda idi. Bu bulgularla hastaya dev myom uteri ön tanısıyla laparotomi planlandı. Preoperatif 3 ünite eritrosit süspansiyonu (ES)

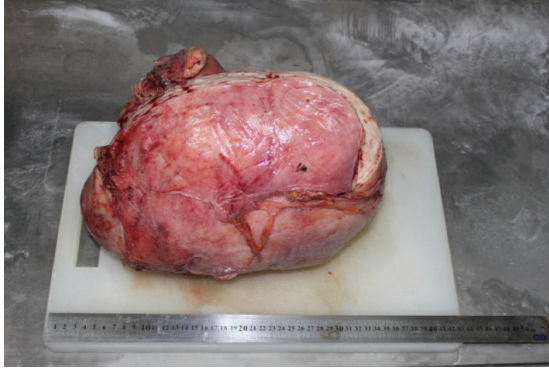
takıldı. İntraoperatif yakın hemodinamik takip için santral venöz kateter takıldı. Yapılan eksplorasyonda uterus 10 haftalık cesamette, bilateral over ve tubalar normal görünümde idi. Uterus posteriordan kaynaklanan yaklaşık 40 x 20 cm boyutlarında, solid, tüm batını dolduran kitle tesbit edildi. Sağ üreter kitlenin duvarına yapışık olarak seyretmekte idi (Resim-2). Sol üreter ise dilate görünümde idi. Dev kitle her iki üreter ve çevre dokulardan diseksiyonla ayrıldı ve total çıkarıldı. İntraoperatif ve postoperatif toplam 4 ünite ES ve 2 ünite taze donmuş plazma takıldı. Derin ven trombozu profilaksisi için hastaya Enoksaparin Sodyum 6000 IU 1 x 1 yapıldı. Ceftriakson 1 gr günde iki kez uygulandı. Drenleri postop 2. günde çıkarıldı ve hasta postop 4. günde taburcu edildi. Makroskopik patolojik incelemede her iki tuba uterina ve her iki over normal görünümde idi. Uterus boyutları myom uteri ile birlikte 36 cm x 20 cm x 11 cm olarak ölçüldü (Resim-3). Kitle 9,8 kg ağırlığındaydı. Mikroskopik incelemede ise hyalin dejenerasyon gösteren leiomyoma, sekresyon fazında endometrium, kronik servisit, özellikle içermeyen bilateral over ve tubalar tesbit edildi.



Resim-1: Dev myomun MRI görüntüsü



Resim-2: Sağ üreter kitleye yapışık olarak seyretmektedir.



Resim-3: Kitlenin patolojideki görüntüsü.

Tartışma

Myoma uteri, myometriyumun düz kaslarından köken alan benign monoklonal tümörlerdir. Kadın genital sisteminin en sık görülen tümördür. Lokalizasyonlarına göre submukozal, intramural ve subseröz olarak sınıflandırılırlar.⁵ Myomlarda, kan akımındaki değişiklikler, hızlı büyüme, mekanik olaylar ve postmenopozal atrofi sonucu çeşitli dejeneratif değişiklikler ortaya çıkabilir. En sık görülen dejenerasyon hyalin dejenerasyondur.

Abdominal kavitenin geniş hacmi, batin duvarlarının esnekliği ve myomların yavaş büyüme hızı sayesinde bu tümörler asemptomatik olarak dev boyutlara ulaşabilirler. Literatürdeki en büyük myom olgusu 1888 yılında postmortem olarak tesbit edilmiş olup 63,3 kg ağırlığındadır.⁶ 1930 yılında ise 60,7 kg lık bir myom uteri operasyonu yapılmış ancak hasta postoperatif 2. gününde pnömoni nedeniyle kaybedilmiştir.⁷ 2003 yılında 40 kg ve 43,2 kg ağırlıklarında iki myom olgusu herhangi bir komplikasyon olmadan başarıyla tedavi edilmişlerdir. Olgumuzda çıkarılan myom 9,8 kg idi.

Myomlar çoğunlukla asemptomatiktir, ancak tümör büyüklüğü ve lokalizasyonu ile ilişkili olarak çeşitli semptomlara yol açabilirler. En sık görülen semptom anormal uterin kanamadır.⁸ Kronik pelvik ağrı, dismenore ve disparoni gibi ağrı semptomlarına sebep olabilecekleri gibi mesane, rektum ve ureter basısına bağlı olarak pollaküri, konstipasyon, tenesmus, hidroüreter ve hidronefroz gelişebilir.⁹ Özellikle submüköz myomların implantasyon sorunlarına yol açarak infertiliteye sebep olabileceği düşünülmektedir.¹⁰ Bizim olgumuzda anormal uterin kanama ve pelvik ağrı şikayeti mevcut idi. Bizim vakamızda

kitlenin son 3 aydır ağrı şikayetine sebep olması muhtemel ureter basısı ve hidronefroza bağlı gibidir.

Myom uteri olgularının çoğunluğu jinekolojik semptomlarla başvuran hastalarda pelvik muayene sırasında tesbit edilmektedir. Ayırıcı tanıda adenomyozis, hematometra, uterin sarkomlar ve overyan kitleler düşünülmelidir. Myom uteri tanısında tercih edilmesi gereken en uygun ilk basamak görüntüleme yöntemi ultrasonografidir ancak MRG ile myomların sayısı, yerleşim yerleri ve endometriyal kaviteyle ilişkisi daha iyi belirlenebilmektedir.¹¹ Olgumuzda jinekolojik muayene ve ultrasonografi ile pelvik kitle tespit edilmekle beraber orijini hakkında yeterli bilgi elde edilemedi. Bunun üzerine MRG ile diğer organlarla ilişkisini ve kitlenin orijini hakkında yeterli bilgiye ulaşabildik. Bu tür vakalarda kitlenin orijini, planlanacak olan operasyon açısından çok önemlidir. MRG'nin bu tür şüpheli durumlarda etkili bir ayırıcı tanı aracı olduğunu düşünmekteyiz.

Myom uteri olguları için tedavi seçenekleri ekspektan tedavi, cerrahi tedavi, medikal tedavi ve uterin arter embolizasyonudur. Hastanın yaşı, fertilitte isteği, semptomları, malignite şüphesi gibi faktörler değerlendirilerek bunlardan biri tercih edilir. Ancak dev boyutlara ulaşmış myomlarda cerrahi tedavi yapılmalıdır. Dev myomlarda perioperatif mortalite oranları % 16'lardadır.⁴ Görüntüleme yöntemleri ve tümör belirteçleri, kitlenin boyutları, çevre organlarla ilişkisi ve malignite riskiyle ilgili bize bilgi verir. Preoperatif pelvik anjiyografi ve arteriyel embolizasyon yapılarak kanama azaltılabilir.¹² Operasyon esnasındaki kanama riski de düşünülerek anemi varsa cerrahi öncesi mutlaka düzeltilmelidir. Kitleye bağlı bası nedeniyle renal ve respiratuvar disfonksiyon olabilir, ayrıca vena kavaya basıdan dolayı venöz tromboz riski artmıştır.¹³ Barsak yaralanmalarını azaltmak ve iyi bir eksplorasyon sağlamak için preoperatif barsak temizliği yapılmalıdır. İntraoperatif santral kateterler yoluyla volem ve vital bulgular yakın takip edilmelidir. Operasyon tecrübeli bir jinekolojik cerrah tarafından yapılmalı gerekirse genel cerrahi ve ürolojiden intraoperatif konsültasyon istenmelidir. Operasyonda kitlenin manipülasyonuna ve tüm batinın eksplorasyonuna izin veren bir cilt insizyonu seçilmelidir. Kitlenin parçalanmadan total çıkartılması kanamayı azaltır. Hastanın hipovolemik şoka direnci düşük olduğundan potansiyel kanama alanları uygun cerrahi teknik ve koagulas-

yon yöntemleri kullanılarak durdurulmalıdır. Operasyon öncesi anemisi olan olgumuzda kan transfüzyonu yapılmış ve venöz tromboz riski nedeni ile düşük molekül ağırlıklı heparin kullanılarak proflaksi yapılmıştır. İntraoperatif santral venöz katater takılmış ve göbek altı üstü orta hat insizyon ile batına girilmiştir.

Postoperatif dönemde hasta kanama riskinden dolayı çok yakın takip edilmelidir. İntraoperatif kanama genellikle tahmin edilenden fazladır. Total kan volümünün % 15 'inden az olan kanamalarda hastanın hemodinamisi bozulmayabilir ve kanama gözden kaçabilir.¹⁴ Uygun sıvı ve kan ürünleri replas-

manına rağmen stabilizasyon sağlanamıyorsa reeksplorasyon gerekebilir.

Sonuç olarak dev myomu olan hastalar; uygun preoperatif hazırlık, tecrübeli jinekolojik cerrah, intraoperatif multidisipliner yaklaşım ve postoperatif yakın takip gerektiren özellikli olgulardır. Bu şartlar yerine getirildiğinde bizim olgumuzda olduğu gibi yüz güldürücü sonuçlar elde edilebilir.

Çıkar ilişkisi:

Yazarlar çıkar ilişkilerinin olmadığını beyan ederler.

Kaynaklar

1. Hoffman B. Pelvic mass. In: Schorge J, editor. Williams gynecology. McGraw-HillCompanies; 2008:197–224 .
2. Courbiere B, Carcopino X. Fibromes uterins. In: Gynecologie Obstetrique.Vernazobres-Greco; 2006–2007:359–365.
3. Jonas HS, Masterson B. Giant uterine tumors. *Obstet Gynecol* 1977;50:2–4.
4. Inaba F, Maekawa I, Inaba N. Giant myomas of the uterus. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;88:325–326.
5. Novak ER, Woodruff JD. Myoma and other benign tumors of uterus. In: Novak ER, Woodruff JD, editors. Novak's gynecologic and obstetric pathology. Philadelphia: WB Saunders; 1979:260–279.
6. Evans AT III, Pratt JH. A giant fibroid uterus. *Obstet Gynecol* 1979;54:385–386
7. Jonas HS, Masterson B. Giant uterine tumors. *Obstet Gynecol* 1977;50:2–4.
8. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG, et al. A process designed to lead to international agreement on terminologies and definitions used to describe abnormalities of menstrual bleeding. *Fertil Steril* 2007;87:466.
9. Bansal T, Mehrotra P, Jayasena D, et al. Obstructive nephropathy and chronic kidney disease secondary to uterine leiomyomas. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:785.
10. Pritts EA, Parker WH, Olive DL. Fibroids and infertility: an updated systemic review of the evidence. *Fertil Steril* 2009;91:1215.
11. Casillas J, Joseph RC, Guerra Jr JJ. CT appearance of uterine leiomyomas. *Radio-graphics* 1990;10:999–1007.
12. Djelmis J, Mayer D, Majerovic M, Radanovic B, Starcevic V. Giant uterine leiomyoma devascularized by embolization prior to surgical removal. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;99:278–280.
13. Nappi L, Matteo M, Giardina S, Rosenberg P, Indraccolo U. Management of uterine giant myoma. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:61–63.
14. Jones HW, Rock WA. Control of pelvic hemorrhage. In: Jones HW, Rock WA, eds. Te Linde's operative gynecology. 10th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams, and Wilkins, 2008:389–393.