

MYOMA UTERİ OLGULARINDA RİSK FAKTÖRLERİ VE OPERASYON ENDİKASYONLARININ İNCELENMESİ

Dr. Gülseren Yücesoy, Dr. Nadi Keskin, Dr. Birol Vural, Dr. Semih Özeren, Dr. Aydın Çorakçı,
Dr. Leyla Eren, Dr. Ahmet Erk, Dr. İzzet Yücesoy

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

2. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi, 16-20 Mayıs 1997 Antalya'da poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Myoma uteri nedeniyle opere edilen 30 olgu risk faktörleri ve operasyon endikasyonları yönünden retrospektif olarak incelenmiştir. Sağlıklı 30 kadın kontrol grubunu oluşturmuştur. Obesite, sigara kullanımı, aile anamnezi her iki grupta farklılık göstermemiştir ($p > 0.005$). Myom olgularında, kontrol grubuna göre doğum sayısı fazla ve eğitim düzeyi düşük ve buna bağlı olarak toplam emzirme süresi istatistiksel anlamı derecede uzun bulunmuştur ($p < 0.005$). Literatürle farklı çıkan bu bulgularla olgu sayısının azlığı nedeniyle risk faktörü değerlendirilmesi yapılmasının uygun olmayacağı düşünülmüştür. Operasyon endikasyonlarının myoma uteri oluşumundaki risk faktörleri de göz önüne alınarak olgunun şikayeti, jinekolojik muayenesi, yaşı, fertilité isteği, sosyal durumuna göre ayrı değerlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar sözcükler: myoma Uteri, cerrahi.

THE ANALYSIS OF OPERATION INDICATIONS AND RISK FACTORS IN UTERINE MYOMAS CASES

SUMMARY

Thirty cases operated with the diagnosis of uterine myomas have been investigated from the view point of risk factors and operation indications. The control group is composed of thirty healthy women. In terms of obesity, smoking, family history of uterine myoma there were no difference between two groups. In myoma cases there were more parturitions and lower education levels and consequently the period of lactation was found statistically longer than the control group's. There is a discrepancy between our findings and the literature's and it seems that the evaluation of risk factors is not accurate because of the insufficient number of cases. The operation indications on the basis of the factors responsible in the genesis of myomas, the patient complaints, pelvic examination, age, fertility desire, social status are to be reviewed for each case.

Key words: leiomyomas, demographic factors, surgery

Uterus myomları reproduktif dönemdeki kadınların % 20-30'unda görülen tümörlerdir (1,2,3). Doğum sayısı, emzirme süresi, kontrasepsiyon şekli, eğitim durumu, aile öyküsü, obesite, sigara kullanımı gibi çeşitli risk faktörleri ile ilişkisi olduğu bildirilmiştir (4,5). Risk faktörlerinin bilinmesi olguların izleminde ve seçilecek tedavi planında yol gösterici olabilmektedir. Myoma uteri olgularında tedavi şekli, bekleme, medikal tedavi ve cerrahi tedavidir. Jinekoloji kliniklerindeki histerektomilerin %30-40'ı myoma uteri nedeniyle yapılmaktadır. Adet düzensizliği, hipermenore, pelviste bası hissi, abdomende kitle palpasyonu gibi yakınmalar en sık operasyon endikasyonlarını oluşturmaktadır (2,6).

Bu çalışma, myoma uteri olgularında risk faktörlerinin varlığını araştırmak ve operasyon endikasyonlarını incelemek amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 1996-Mart 1997 tarihleri arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında myoma uteri nedeniyle operasyon yapılan 30 olgu retrospektif olarak incelendi. Uterus patolojisine ek bulguları olan olgular çalışma dışında tutuldu. Olguların anamnezindeki özellikleri; yaşları, eğitim durumu, doğum ve abortus sayıları, emzirme süresi, korunma şekli, sigara kullanımı gibi özellikleri araştırıldı. Boy ve kiloları alınarak vücut kitle indeksler (kg/m^2) hesaplandı. Aynı yaş grubunda olmasına dikkat

edilerek rastgele seçildi. 30 sağlıklı kadın kontrol grubunu oluşturdu. Myoma uteri olgularının yakınında, operasyon öncesi yapılan tetkikleri (ultrasonografi, smear, probe kürtaj...) ve operasyon endikasyonları incelendi. Operasyonun şekli, seyri, varsa komplikasyonlar araştırıldı. İstatistiksel analiz için fisher's exact test kullanıldı.

BULGULAR

30 olgunun yaş ortalaması 43.3 ± 5.8 olarak hesaplandı (23-54). 3 olgu postmenopozal dönemdeydi. Kontrol grubunu oluşturan olguların yaş ortalaması ise 40 ± 4.7 (20-52) idi, 2 olgu postmenopozal dönemdeydi. Olguların eğitim durumları incelendiğinde okuma yazma bilmeyen 7, ilkökul mezunu 15, ortaokul mezunu 5, üniversite mezunu 3 olduğu görüldü. Kontrol grubunda ise okur-yazar olmayan 5, ilkökul mezunu 2, ortaokul ve lise mezunu toplam 15, üniversite mezunu 10 kişi mevcuttu. Sigara kullanan olgu sayısı hasta grubunda 10, kontrol grubunda 9 idi. Hasta grubunda ailesinde myom öyküsü olan 9 olgunun 4'ünün kızkardeşi, 3'ünün annesi, 2'sinin de teyzesinde myom mevcut olduğu saptandı. Kontrol grubunda ise toplam 4 olguda aile anamnezinde myom vardı. Kontrol grubunda 10 olgu nullipar idi. 2 olguda emzirme yokken diğerlerinde toplam emzirme sürelerinin 4 olguda 6 aydan az, 2 olguda 1 yıl, 10 olguda 2 yıl, 7 olguda 3 yıl, 6 olguda 4 yıl, 1 olguda ise 5 yıl olduğu öğrenildi. Kontrol grubunda emzirmeyen olgu sayısı 10 idi. 6 olguda kontrasepsiyon mevcuttu. 2 olgu rahim içi araç, 2 olgu prezervatifle korunmaktaydı. 2 olguda ise tuba ligasyonu uygulanmıştı. Kontrol grubunda 8 olguda benzer korunma yöntemleri mevcuttu. Vücut kitle indeksleri incelendiğinde 7 olgunun obez, 7 olgunun ise şişman olduğu saptandı. Myoma uteri olgularında ortalama BMI (vücut kitle indeksi kg/m^2) 26.27 ± 4.2 olarak bulundu. Kontrol grubunda ise BMI 25.26 ± 4.02 idi.

Myoma uteri olguları ve kontrol grubunun demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Myoma uteri olgularının hastaneye başvuru nedenleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Olguların operasyon endikasyonları Tablo 3'de gösterilmiştir.

Uterus büyüklüğü ve komplikasyonlar Tablo 4'de gösterilmiştir.

Olguların servikovajinal smearlerinde patolojik bir özellik bulunmadı. 20 olguya operasyon öncesi probe kürtaj uygulandı. Sonuçları; proliferasyon fazında endometrium (4), sekresyon fazında endometrium (9), 3 olguda beraberinde endometrial polip, kronik nonspesifik endometrit (2), submüköz myoma uygun bulgular (1), basit atipisiz hiperplazi (2), kompleks atipisiz hiperplazi (1), yetersiz materyal (1) olarak geldi. 4 olgunun operasyon öncesinde 1-5 ay arasında medikal tedavi aldığı öğrenildi. 2'ü medroksiprogesteron asetat 10mg/gün, 10-20gün/ayda, 1 olgu ise 5 ay süreyle GnRH analogu kullanmıştı. 16 olguya total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi, 4 olguya total abdominal histerektomi ve unilateral salpingooferektomi, 7 olguya total abdominal histerektomi, 3 olguya ise myomektomi uygulandı. 30 olgudan birinin 3 yıl önce myomektomi operasyonu geçirmiş olduğu öğrenildi. 2 olguya operasyon öncesi ileri derecede anemik olması nedeniyle 1 olguya ise operasyon sırasında kanama nedeniyle kan transfüzyonu uygulandı. Operasyon histopatolojik sonuçları incelendiğinde 23 olgunun leiomyom, 4 olgunun dejenere leiomyom, 1 olgunun submüköz myom, 2 olgunun ise adenomyosis olduğu saptandı. Postoperatif dönemde 1 olguda cilt ve ciltaltını içeren yara açılması görüldü ve sekonder sütür konuldu, 1 olguya kan transfüzyonu uygulandı, bir olguda ise vezikovajinal fistül gelişti, postoperatif 3. ayda fistül onarımı yapıldı.

TARTIŞMA.

Uterus myomları reproduktif dönemdeki kadınlarda en sık görülen tümörlerdir (2). Etiyolojisinde östrojen rol oynar. Gelişiminde

Tablo 1: Myoma uteri olguları ve kontrol grubunun demografik özellikleri

EĞİTİM	MYOM	KONTROL	EMZİRME	MYOM	KONTROL
Yok	7	5	Yok	2	10
İlkokul	15	2	<1 yıl	6	8
Orta-lise	5	13	1-3 yıl	16	10
Üniversite	3	10	>3yıl	6	2

SİGARA	MYOM	KONTROL	BMI(kg/m ²)	MYOM	KONTROL
Yok	20	21	Zayıf-normal(<26)	16	22
<10adet/gün	3	7	Şişman(26-29)	7	5
≥10adet/gün	7	2	Obes(>29)	7	3

DOĞUM SAYISI	MYOM	KONTROL	AİLE ÖYKÜSÜ	MYOM	KONTROL
Nullipar	1	10	Yok	21	26
<3	11	12	1°akraba	7	3
>3	18	8	2°akraba	2	1

çeşitli risk faktörleri üzerinde durulmuştur. Gebelik sayısının fazla olmasının, emzirme süresinin uzun olmasının (5 yıldan fazla) myoma uteri riskini azalttığı ve nullipar kadınlarda myom görülme sıklığının daha fazla olduğu bildirilmektedir. Oral kontraseptif kullanımının 5 yıllık kullanımda %17 oranında myom oluşumunu azalttığı, sigara kullanımının östrojenlerin etkisini azaltması nedeniyle myom oluşumunu azalttığı, 10adet/gün kullananların içmeyenlere göre %18 daha az risk taşıdığı bildirilmektedir. Yağ dokusu aromatazlarının androjenleri östrojene dönüştürmeleri nedeniyle şişmanlık, her 10 kg alımı myom riskini %18 oranında arttırdığı saptanmıştır (2). Ailesel yatkınlığın da önemli olduğu ve 1. derecede aile bağında myoma uteri bulunan olguların 2.2 kez daha sıklıkta myom riski taşıdığı ve myom olgularının %24.7 sinin 1. derece yakınlarında yine myom saptandığı yayınlanmıştır (4). Lumbiganon ve ark (5) 910 myoma uteri olgusunu 2709 kontrol olgusu ile risk faktörler yönünden karşılaştırmışlardır. Nulliparite, emzirme süresinin kısa olması, eğitimin düzeyinin yüksek olması, şişmanlık ve ailede myom öyküsü bulunmasının myoma uteri riskini arttırdığı buna karşılık sigara içilmesi, oral kontraseptif kullanımı, uzun süre emzirmenin ve

multiparitenin myom riskini azalttığını bildirmişlerdir. Shikara ve ark (7) ise yaş, parite, menopoz durumu ve obezite ile myom ilişkisi olmadığını fakat nullipar olgularda uterusun büyük bulunduğunu yayınlamışlardır.

Tablo 2 Opere edilen myoma uteri olgularının hastaneye başvuru nedenleri

Şikayetler	Olgu sayısı
Hipermenore	8
Polimenore	1
Oligomenore	1
Metroraji	7
Postmenopozal kanama	2
Kasık ağrısı	4
Karında kitle	2
Vaginal akıntı	2
Residü idrar hissi	1
Kontrol	1
Toplam	30

Olgu sayımız istatistiksel risk faktörü değerlendirmesi için az olmakla birlikte hasta ve kontrol grubu karşılaştırıldığında her iki grup arasında doğum sayısı, emzirme süresi ve eğitim düzeylerinde istatistiksel anlamlı bir farklılık

saptanmıştır(p<0.005).Kontrol grubunda nullipar ve eğitim düzeyi yüksek olgular daha fazladır.Buna bağlı olarak toplam emzirme süresi myom grubunda daha uzun bulunmuştur Her iki grup arasında vücut kitle indeksi ,sigara kullanımı ,ailede myom öyküsü yönünden istatistiksel anlamlı bir farklılık saptanmamıştır(p>0.005).Bulgularımız literatürle uyumsuzdur Her bir parametrenin risk faktörü yönünden değerlendirilmesi için myoma uterili ve kontrol grubu olgu sayısının fazla olması gerektiği bu takdirde bulgularımızın literatürle karşılaştırılmasının daha anlamlı sonuç vereceği düşünülmüştür.

Tablo 3: Myoma uteri olgularında operasyon endikasyonları

Operasyon endikasyonu	Olgu sayısı
Kanama düzensizliği	13 (%43.3)
Abdomende palpabl kitle	9 (% 30)
Pelvik ağrı,basınç hissi	7(%23.3)
Rezidü idrar hissi	1(%3.33)

Tablo 4: Uterus büyüklüğü ve komplikasyonlar özetlenmiştir.

Uterus Büyüklüğü	Olgu Sayısı	Komplikasyon
<10 Hf	22	Veziko-vajinal fistül,Kan Transf.
10-12 Hf	4	Kan Transfüzyonu
12-14 Hf	3	Kan Transfüzyonu
14-18 Hf	1	Cilt, cilt altı ayrılması

Myoma uteri olgularında.tanı genellikle jinekolojik muayenede uterusun palpasyonu ile konulur.Ultrasonografi tanıyı destekler.Küçük tümör lokalizasyonlarında diğer uterin anomalilerden ayırtetmek amacıyla nadiren magnetik rezonans incelemesi gerekebilir(8). Myoma uteri olgularında tedavi,olgunun özelliğine göre bekleme,medikal ve cerrahi olabilir.

Medikal tedavide düşük doz oral kontraseptifler, progestinler, antiprogestinler, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, GnRH analogları kullanılmaktadır (9,10). 4 olgumuzda medikal tedavi uygulanmış ancak yanıt

alınmamıştır. Nedeni ,olguların düzensiz ilaç kullanımı ,uterus büyüklüğünün >10 hf üzerinde olması ve yaş ortalamasının fazla olması(40.5)olabilir.Operasyon öncesi servikal maligniteyi araştırmak,anormal kanama varsa endometriumu değerlendirmek,anemi varsa düzeltmek gereklidir (6,8).Olgularımızın servikovajinal smearlerinde ve probe kürtaj sonuçlarında malignite saptanmamıştır.İki olgumuza ileri derecede anemik bulunmaları nedeniyle(hb 7gr/dl,7.5gr/dl,hct %23) operasyon öncesi ikişer ünite kan transfüzyonu uygulanmıştır.Myoma uteri olgularının % 50'sine yakınının semptom vermediği bildirilmektedir(6,8) 12 gebelik haftasından büyük uterus saptanan ve opere edilen 3 olgumuz semptomsuzdu Opere edilen myoma uteri olgularımızın %30'unun adet düzensizliği ve aşırı kanama nedeniyle başvurduğu,diğerlerinin ise kasık ağrısı,basınç hissi,idrar yapma hissi. gibi yakınmaları olduğu saptanmıştır.Operasyonların çoğunluğu vajinal kanama nedeniyle yapılmaktadır.30 olgumuz incelendiğinde 19'unun (%63) kanama düzensizliğini nedeniyle opere edildiği saptanmıştır. Cerrahi tedavi, laparoskopik, histeroskopik veya konvansiyonel yöntemle olabilir.Operasyon türü olgunun özelliğine göre myomektomi veya histerektomidir.Jinekoji kliniklerinde yapılan histerektomilerin yaklaşık 1/3 ünü myoma uteri olguları oluşturmaktadır (9,11).

Kliniğimizde opere edilen 30 myoma uteri olgusundan histerektomi yapılan 27'si aynı dönemde yapılan tüm histerektomilerin (110)%24.5'unu oluşturmaktadır.Literatüre göre hafif düşük görülen histerektomi oranının myoma uteri olgularının poliklinik takibinde bekleme ve medikal tedavi sürecinde olduğu veya operasyonu kabul etmeyen hasta grubu nedeniyle olduğu düşünülmektedir

Ailesini tamamlamış,çocuk istemeyen ve adet görmek istemeyenlerde histerektomi uygundur Fertilitatesini sürdürmek isteyenlere myomektomi uygulanmaktadır.Myomektomi operasyonlarında kan kaybı ,peroperatif ve postoperatif komplikasyon oranı yüksektir ancak infeksiyon oranı ve üreter yaralanma riski azdır(6,8).Myomektomi yapılan 1 olgumuza operasyon sırasında 2 ünite kan transfüzyonu

uygulanmıştır. Son yıllarda fertilitasını tamamlamış kadınlarda da uterusun korunması, adet görme arzusu nedeniyle myomektomi tercihi artmaktadır (6,8). Myomektomi uygulanan 3 olgunun biri 23 yaşında ve infertildi ve uterus ön yüzde yerleşimli 9X8X6 cm boyutlarında intramural komponentli subseröz myom mevcuttu. Diğer olgular ise 43 ve 44 yaşlarındaydı ve uteruslarının korunması isteği mevcuttu Her iki olguda da 7,8 cm çapta subseröz myom nüveleri çıkarıldı. Uterus büyüklüğü arttıkça peroperatif ve postoperatif komplikasyonların arttığı bildirilmektedir (3). Olgularımızda vezikovajinal fistül ve cilt, ciltaltı dehisans komplikasyonu gelişmiştir. Fistül olgusunda 8 haftalık gebelik büyüklüğünde bir uterus mevcutken dehisans olgusunda uterus 18 gebelik haftası cesametindeydi. Olgu sayısının azlığı nedeniyle komplikasyonların uterus büyüklüğüyle bağlantısını açıklamak düşünülmüdü.

Sonuç olarak myoma uteri olgularının anamnezlerini değerlendirirken risk faktörlerini de ayrıntılı olarak sorgulamanın ve tedaviyi planlarken bu faktörleri de gözönünde bulundurmanın faydalı olacağı düşünülmektedir. Bekleme, medikal tedavi ve cerrahi tedavi hastanın yaşı, fertilita durumu ,sosyal düzeyi gözönüne alınarak planlanmalıdır. Operasyon endikasyonları bu kriterlerin ışığında her olguda ayrı ayrı ele alınarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Benagiano G, Kivinen ST, Fadini R, Cronje H, Klinorp S: Zoladex (goserelin acetat) and the anemic patient: result of a multicenter fibroid study. *Fertil Steril* 1996; 66: 223-9.
2. Vollenhoven BJ, Lawrence AS, Healy DL: Uterin fibroids: a clinical review. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 285-98.
3. Hillis SD, Marchbanks A, Peterson HB: Uterin size and risk of complications among women undergoing abdominal hysterectomy for leiomyomas. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 539-43.
4. Vikhlyaeva E M, Khodzhaeva ZS; Fantschenko ND: Familial predisposition to uterin leiomyomas. *Int J Gynaecol Obstet* 1995; 51(2): 127-31.
5. Lumbiganon P, Rugpao S, Fung SP, Laopaiboon M, Vudhikamraska N: protective effect of depot medroxyprogesteron acetate on surgically treated uterine leiomyomas: a multicentre case-control study. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 103: 909-914.
6. Wallach EE: Myomectomy. In Thompson JD, Rock JA (Eds): *Telinde's Operative Gynecology*, Ed 7. Philadelphia; JB Lippincott, 1992. 647-62.
7. Shikara JA, Niloff J M, Bistrion BR; Fourse R A: Relationship between obesity and uterin leiomyomata. *Nutricion* 1991; 7(4) : 251-5.
8. Tulandi T: Uterin myomas. *Clinic of North Am.* 1996; 7(1): 109-81.
9. Carlson K J, Miller BA, Fowler FJ: The main women healthy study II outcome of nonsurgical management of leiomyomas, abnormal bleeding and chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1994, 83: 566.
10. Bradham DD, Stoval T G, Thompson B: Use of GnRh agonist before hysterctomy a cost simulation. *Obstet Gynaecol* 1995, 85: 401-6.
11. Buttram VC Jr; Reiter RC: Uterin leiomyomata: etiology; symptomatology and management. *Fertil Steril* 1981; 36: 433.