

## Gebelikte uterin myoma tedavisi

A. Filiz AVŞAR\*, Serhasan BOZOKLU\*\*

\* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

\*\* Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

### ÖZET

*Gebelik ve myom vakası sıklığı, doğum yaşının ileri kayması ile giderek artmaktadır. Tedavide genel yaklaşımın konservatif tipte olması, cerrahi (myomektomi) yaklaşımdan mümkün olduğu kadar kaçınılması tavsiye edilmektedir.*

*Anahtar Kelimeler: Gebelik, Uterin myoma, Myomektomi*

### SUMMARY

*The incidence of myoma uteri coexisting with pregnancy has increased with shifting of the child-bearing years to the older ages.*

*It has been recommended to treat these cases conservatively and to avoid surgical approach (myomectomy) if possible.*

*Key Words: Pregnancy, Uterine myoma, Myomectomy*

### GİRİŞ

Gebelik ve myoma uterusun birlikte olmasına, ultrasonografik (USG) tanı yönteminin sık kullanılmaya başlanması ve doğum yaşının giderek artması dolayısı ile günümüzde sık rastlanmaktadır.. Gebelikte myom sıklığı 1000 doğumda 3-26 arasında değişmektedir (1). Myomun boyu, yerleşim yeri ve tipi (intramural, subseröz, submukoz) ile ilgili olarak, gebelik ve myom vakalarında spontan abortus, prematür eylem, plasental dekolman, fetal prezentasyon anomalisi, distosi, plasenta retansiyonu, doğum sonu kanamalar, atoni, dejenerasyona bağlı olarak akut karın tablosu gibi komplikasyonları sık görülmektedir. Yine bu komplikasyonlardan plasental dekolman, fetal prezentasyon anomalisi, distosi, atonik durdurulamayan kanamalara bağlı olarak sezaryen oranı ve hattâ postpartum histerektomi sıklığı da artış göstermektedir (2-4).

Eskiden, gebelikte östrojen hormonunun etkisi sonucu myomların büyüdüğü ve böylece komplikasyon oranının arttığı düşünülüyordu. Artık yapılan takiplerde, gebelikte, myomların genellikle sabit boyutta kaldığı, nadiren büyüdüğü veya bazen 6 cm üzerindeki myomların 2. ve 3. trimesterde küçülme bile gösterdiği tespit edilmiştir (5,6).

Biz burada akut karın ve gebelik vakasında apendektomi şüphesi ile laparotomi yaptığımız vakayı, beraberinde myomektomi de uyguladığımız için tartışmak ve konuyu incelemek istedik.

### VAKA TAKDİMİ

N.T. 23 yaşında, 6 aylık evli. G:1, P:0. Hasta kliniğimizde 27663 prot no ile gebelik ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 2 gün önce karın ağrısının başladığını, ağrının zaman zaman şiddetlendiğini, bugün şiddetinin arttığını ifade ediyordu. Bulantı, kusma, üriner şikayeti yoktu. Tenezm (+) idi. Ürolitiazis şüphesi dolayısı

Haberleşme Adresi: **Dr. A. Filiz AVŞAR**, Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Beşevler/Ankara.

Geliş tarihi : 21.01.1997

Kabul tarihi : 28.01.1997

ile yapılan sorgulamada eskiden benzer bir tablo ile karşılaşmadığı tespit edildi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. TA: 100/70 mmHg, nabız: 80/dk, Ateş: 36°C, batin muayenesinde sol ve daha belirgin olmak üzere sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound (+) bulundu. Eritrosit  $3.24 \times 10^4 \text{mm}^3$  veya  $3.240.000 / \text{mm}^3$ , Hg: 9.7 gr/dl, Hct: 27.4, lökosit:  $13700 / \text{mm}^3$ , idrar tetkiki normal bulundu. USG'de 22 haftalık normal bir gebelik ve uterus arkasında, istmik bölge hizasında, sınırları net değerlendirilmemekle beraber, 6x7 cm çapında heterojen ekoda myom olması muhtemel nodül tespit edildi. Tokografide uterin kontraksiyon tespit edilmedi. Hastaya yatak istirahati, İV sıvı tedavisi ile takip uygulandı. Takipte nabızdaki artış dışında (118/dk) değişiklik olmadı. Rebound ve Adler belirtisi pozitifliğinin devam etmesi dolayısı ile gebelik+akut karın (apandisit) şüphesi sebebi ile laparotomiye karar verildi.

Laparotomide, apendiksın normal lokalizasyonundan biraz yukarıda, ödemli, hiperemik, gergin olduğu görüldü, usulüne uygun olarak apendektomi yapıldı. Uterin gözlemde ise uterus arka istmik bölgeye yakın 2-3 cm çapında sapı olan, subseröz gelişimli, rektum ve uterus istmik bölgeye bası yapan ~ 6 cm çapında, üzeri lobüle myom nodülü tespit edildi. Myomun lokalizasyonu ve basısı dolayısı ile ileride (tümör previa) distosi sebebi olacağı ve subseröz olduğu için komplikasyon olmadan eksize edilebileceği düşünülerek myomektomi yapıldı. Sadece uterus serozası açıldığı, fazla kanama ve komplikasyon olmadığı için eksizyon yeri 2/0 kromik katgüt ile peritonize edilerek kapatıldı. Post operatif dönemde hastaya profilaktik-Ritodrin ile-tokoliz ve 3. kuşak sefalosporin ile antimikrobial koruma uygulandı. Patolojik tetkik akut apandisit ve leiomyoma olarak geldi. Hasta 4. gün şifa ile taburcu edildi. Gebeliği normal seyreden hasta 37.5 haftada iken erken membran rüptürü (EMR) dolayısı ile hastaneye yattı. Takiplerde başpelvis uygunsuzluğu, ileri derecede dar simfizis alt açısı, fetal distres gelişmesi dolayısı ile sezaryen yapılacak doğurtuldu (2650 gr, 49 cm, 9(1.)-10(5.) Apgarlı). Operasyon sırasında myomektomi yapılan

yerde cüzi serozal adezyon dışında bulgu olmadığı görüldü. Hasta şifa ile taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Myomun gebelikteki seyri ve tedavisi konusu, USG'nin kullanıma girmesi ile önem kazanmış ve eskiden olduğu gibi sadece büyük değil, küçük myomların da tespiti ile bu konuda değişik çalışmalar yapılarak sonuca gidilmeye çalışılmıştır. Myomların gebelikte erken dönemde tespiti ile düzenli ve bilinçli olarak alınan palyatif tedbirlerle (yatak istirahati, fetal gelişimin takibi, gerekiyorsa tokoliz, elektif sezaryen, atonik kanamalar için bilinçli-sıkı takip vs...) myoma bağlı komplikasyon oranı giderek azalmıştır.

Farklı araştırmalarda, operatif doğum oranının (sezaryen, vakum) arttığı, 3 cm'den büyük intramural-submuköz myomların prematür eylem, plasental dekolman ve pelvik ağrıya sebep olduğu (dejenerasyon), bunların istatistiksel olarak anlamlı çıktığı belirtilmiştir (3-5). Katz ve ark.'da (2) bu komplikasyonlara, EMR ve postpartum endometrit-myometriti ilave etmişlerdir. Davis ve ark. ise (6) tersine olarak myomların gebelikte komplikasyon oranını artırmadığını, ancak gestasyonel yaş ortalamasını anlamlı olarak düşürdüğünü ifade etmişlerdir.

Gebelikte myom tedavisinde genel yaklaşım konservatif olunması gerektiğidir. Gebelik sırasında artan uterus vaskülaritesi dolayısı ile hemoraji, myom enükleasyonu sırasında uterin kaviteye girilebilmesi ile abortus, erken doğum ya da EMR tehlikesi sebebi ile ameliyat tavsiye edilmemektedir. Burton (7) 5 cm'den küçük myom+gebelik vakalarında myomektomiye takiben fetal kayıp gözlemediklerini belirtmekte, bu bulgu bir diğer çalışmada, akut batin dolayısı ile endikasyonlu olarak yapılan ameliyatlarda (şiddetli ağrı, over tümörü şüphesi), konservatif yaklaşım ile takibi yapılan vakalar ile karşılaştırıldığında abortus oranı aynı bulunarak teyid edilmektedir (8). Ancak operatif grupta myomların tıbbi gruba göre büyük olması dikkati çekmektedir.

Bizim vakamızda da hastaya acil laparotomi uygulanmayıp, önce konservatif takip denenmiş, hastanın tablosunda değişme olmayınca akut karın ön tanısı ile laparotomi yapılmış, gerçekten de akut apandisit teşhisi, patolojik inceleme ile teyid edilmiştir. Myomun saplı olması, istmik bölgede ve rektumda bası yapmış olması, 6 cm çapında olması

dolayısı ile uygulanan operasyonun sonunda komplikasyonsuz bir gebelik elde edilmiş olmasına rağmen, biz yine de bu vakalarda olabildiğince konservatif davranılıp, hastanın yatak istirahati, İV sıvı tedavisi ve gerekirse analjeziklerle (dejenere, ağrılı myomlarda) takip edilmesinin daha uygun olduğu görüşünü paylaşıyoruz.

## KAYNAKLAR

1. Muram D, Gillieson M, Walter JH: Myomas of the uterus in pregnancy: ultrasonographic follow-up. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 16-9.
2. Katz VL, Dotters DJ, Droegemueller W: Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. Obstet Gynecol 1989; 73: 593-6.
3. Rice JP, Kay HH, Mahony BS: The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1212-6.
4. Exacoustos C, Rosati P: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 82: 97-101.
5. Leu-Toaff AS, Coleman BG, Argen PH, et al: Leiomyomas in pregnancy: sonographic study. Radiology 1987; 164: 375-80.
6. Davis JL, Ray-Mazumder S, Hobel CJ, et al: Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. Obstet Gynecol 1990; 75: 41-4.
7. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. Obstet Gynecol 1989; 74: 707-9.
8. Glavind K, Palvio DHB, Lauritsen JG: Uterine myoma in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1990; 69: 617-9.