

Vajene Doğmuş Dev Submüköz Myomun Cerrahi Tedavisi: Olgu Sunumu

Surgical Treatment of A Huge Submucous Myoma Prolapsed Into The Vagina: Case Report

Yıldız Akdaş REİS ¹, Derya Akdağ CİRİK ¹, Tolga TAŞÇI ¹, Kerime Nazlı SALİHOĞLU ¹
Nurettin BORAN ¹, Gökhan TULUNAY ¹, Taner TURAN ¹

1. Etlük Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hast. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Ankara

ÖZET

Tüm myomların yaklaşık %5'ini oluşturan submüköz myomlar, endometriyumun hemen altındaki kas tabakasından kaynaklanırlar ve büyüdükçe uterin kaviteyi distorte ederler. Kavite içinde olan saplı submüköz myomlar ise, uterin kontraksiyonlarla bazen serviksten geçerek vajene kadar ilerleyebilirler. Vajene doğmuş myom diye adlandırılan bu myomların en sık tedavi şekli vajinal yolla yapılan myomektomidir. Ancak nadiren, myomun kavite içindeki bölümünü de çok büyük boyutlara ulaştırırsa abdominal yaklaşım gerekli olabilir. Bu yazıda vajeni tamamen dolduran, kavite içinde de dev büyüklüğüne ulaşan ve preoperatif dönemde yapılan manyetik rezonans görüntüleme de leiomyosarkom şüphesi olan bir olgu sunulmuştur. Yaklaşık 2 aydır vajinal kanama şikayeti olan 45 yaşındaki multipar hastanın, yapılan spekulum muayenesinde vajeni tamamiyle dolduran 8 cm çapında kötü kokulu nekrotik bir kitlesi saptanmıştır. Uterusun 3 aylık cesamette olması 12 cm büyüklüğüne ulaşan submüköz myom izlenmesi üzerine hastaya abdominal histerektomi yapılmıştır. Ancak myomun vajendeki bölümü abdominal olarak çıkarılamamıştır. Myom vajinayı tamamiyle doldurmuş olduğundan bu kısım vajinal yolla eksize edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: submüköz myom; histerektomi; cerrahi

ABSTRACT

Nearly 5% of all myomas are originated from the smooth muscle of uterus, beneath the endometrium and called as 'submucous myoma'. Submucous myomas distort the cavity when they enlarge and may even pass the cervix and reach to the vagina by uterine contractions. The most common treatment of the myomas prolapsing the vagina is the vaginal myomectomy. However, abdominal treatment may be necessary when the submucous myoma grow within the cavity and enlarge the uterus. This paper presents a case of huge submucous myoma with a suspicion of leiomyosarcoma in the magnetic resonance imaging, that grow into very big size within the cavity and completely fill the vagina. A 45-years-old multiparous women with a complaint of vaginal bleeding was diagnosed to have a 8 cm necrotic submucous myoma prolapsed into vagina after pelvic examination with speculum. Due to the combination of malignancy risk and uterus with three-month gravida size, abdominal exorparation with laparotomy was planned for the patient. In the abdominal exploration, a 14*13*12 cm submucous myoma growing into the endometrial cavity was observed and abdominal hysterectomy was planned. After completion of abdominal hysterectomy, vaginal part of myoma was tried to extract abdominally but it could not. Due to the complete replacement of vaginal cavity by the myoma, vaginal part of myoma can only be extracted by vaginal approach.

Keywords: submucous myoma; hysterectomy; surgery

İletişim:

Sorumlu Yazar: Derya Akdağ CİRİK

Adres: Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Arş. Hast. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, Etlük, Ankara

Tel: +90 (312) 567 40 00

E-Posta: deryaakdag@yahoo.com

Makale Geliş: 21.05.2015

Makale Kabul: 19.08.2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktb.04689>

GİRİŞ

Uterusun en sık benign tümörü olan leiomyomlar uterusun kas tabakasından kaynaklanırlar. Bulunduğu yere göre submüköz, intramural ve subseröz olarak sınıflandırılır. Submüköz myomlar, leiomyomların %5'ini oluşturur (1). Kavitede bulunan saplı submüköz myom, uterin kontraksiyonlarla servikal kanaldan geçip vajene prolabe olabilir (2). Vajene doğmuş myoma sıklıkla eşlik eden iki komplikasyon enfeksiyon ve nekrozdur. Vajene doğmuş pedinküllü submüköz myomlarda tedavi genellikle vajinal yolla yapılan myomektomidir (3).

Bu yazıda ise preoperatif dönemde yapılan tetkiklerinde leiomyosarkom şüphesi olan ve laparotomi yapılan, fakat abdominal histerektomiye rağmen vajendeki bölümü abdominal yolla çıkartılamayan dev myomun vajinal yoldan çıkartıldığı bir olgu sunulmuştur.

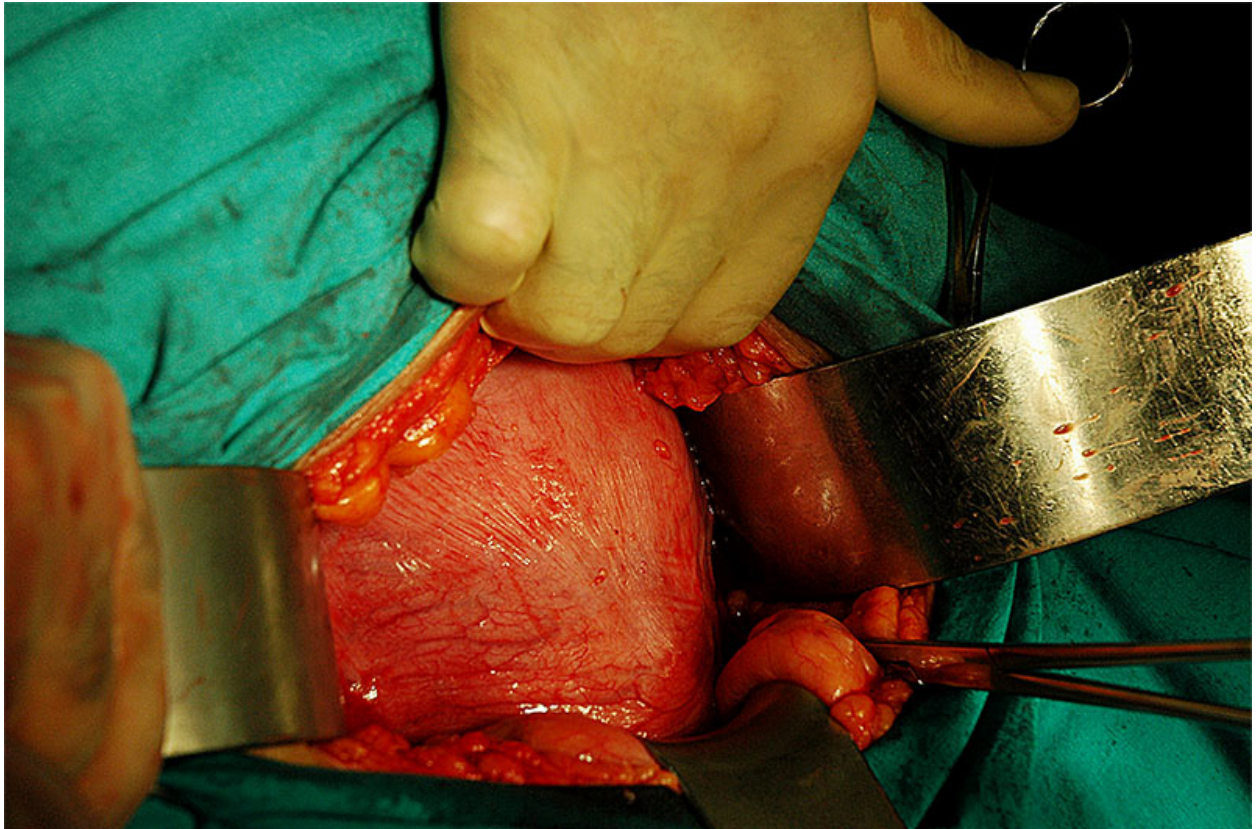
OLGU

45 yaşında, 4 vajinal doğumu olan hasta, 2 aydır devam eden vajinal kanama şikayeti ile öncelikle başka bir hastaneye başvurmuş. Yapılan muayenesinde vajeni dolduran kötü kokulu kitle saptanan hastadan bu merkezde alt batin manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tetkiki istenmiştir. Yapılan MRI'da 'uterusta korpus seviyesinde 14x13x12cm boyutlarında, içerisinde kistik komponentleri bulunan, intravenöz

kontrast madde enjeksiyonu sonrası kontrastlanan, endometrial kaviteyi antero-superiora doğru iten, uterusu ekspanse eden ve uterusta atrofiye neden olan dejenere leiomyosarkom ile uyumlu kitle lezyonu' tanımlanmıştır. Kitleden yapılan biyopsi sonucu 'nekrotik materyal' olarak raporlanmış. Hasta ileri tetkik ve tedavi için 'leiomyosarkom şüphesi' ile hastanemize refere edilmiştir.

Hastanın onkoloji kliniğimizde yapılan spekulum muayenesinde 'vajeni tamamen dolduran yaklaşık 8 cm çapında nekrotik kitle' gözlemlendi. Bimanuel muayenede ise uterus yaklaşık 3 aylık gebelik iriliğinde ve her iki adneks serbest olarak bulundu. Kitlenin vajeni tamamen doldurması, kalın pediküle sahip olması ve leiomyosarkom şüphesi olması nedeniyle operasyonun abdominal yaklaşımla gerçekleştirilmesine karar verildi.

Hastaya göbek altı medyan insizyonla operasyonun yapılacağı bilgisi verildi ancak hastanın bu konuda onamı alınmadığından Pfannenstiel insizyon tercih edildi. Hasta genel anestezi altında iken, litotomi pozisyonunda, uygun örtünme ve temizliği takiben batına Pfannenstiel kesi ile girildi. Yapılan batin eksplorasyonunda, intraabdominal organlar, omentum ve retroperitoneal bölge metastaz açısından negatif idi, her iki tüp ve overler ise normal görünümde ve uterus yaklaşık 3-4 aylık gebelik iriliğinde idi (Resim 1).



Resim 1. Intraoperatif gözlemlenilen global olarak büyümüş 3 aylık gebelik cesametinde uterus izleniyor.

Vajinal muayenede ise, introitustan başlayan üst ucu palpe edilemeyen yaklaşık 10 cm çapında myomatöz kitle izlenmekte idi. Histerektomi sırasında endoservikal kanalı dolduran myomun sapına ulaşmak için serviksın ön duvarına transvers kesi yapıp T şeklinde insizyon ile uterin fundusa ulaşıldı (Resim 2).

Myomun yaklaşık 5 cm'lik kalın bir tabanla fundusa oturmuş olduğu izlendi. Myomun vajinada kalan kısmı abdominal olarak çıkarılmadığından öncelikle kavite içindeki myom çıkarılarak frozen incelemesi için patolojiye gönderildi. Takiben abdominal histerektomi işlemi tamamlandı. Çıkarılan myomun boyutu 25x15x10cm'ydı. Materyalin intraoperatif patoloji sonucu 'malignite izlenmedi, mezenkimal tümör' olarak rapor edildi. Myomun vajende kalan ve vajeni tamamiyle doldurmuş olan parçası da vajenden ekstrakte edildi.

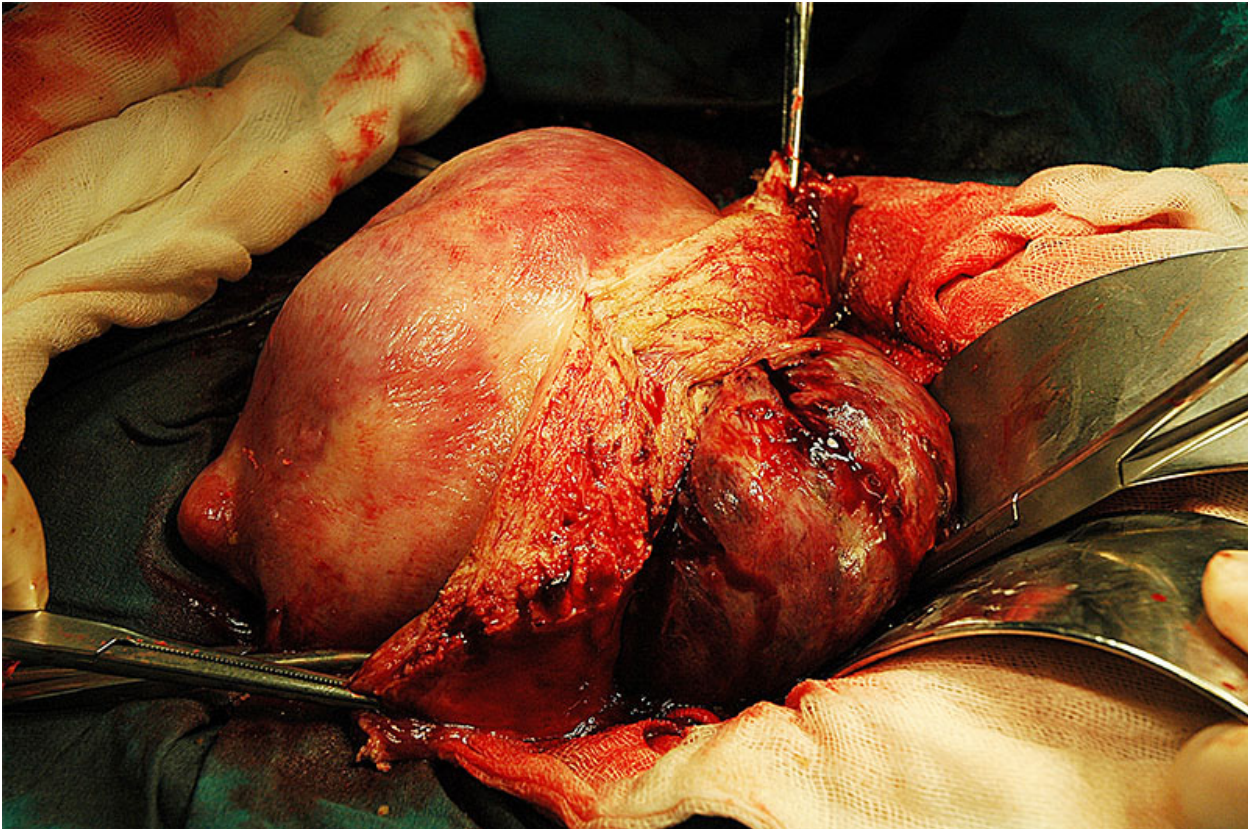
Sonrasında yapılan spekulum muayenesinde vajen yan duvarlarda laserasyonlar izlendi ve bu laserasyonlar tek tek sütürlerle onarıldı.

Operasyon sonrasında erken komplikasyon izlenmedi. Hasta postoperatif 4. günde sorunsuz olarak taburcu edildi. Hastanemiz patoloji kliniğince incelenen kitlenin parafin blok sonucu 'dejenere ve enfekte leiomyom' olarak rapor edildi. Uterusta endometrit bulguları mevcut iken her iki tüp ve overde ise patoloji izlenmedi.

TARTIŞMA

Kadınların en sık görülen jinekolojik tümörü olan leiomyomlar genellikle asemptomatiklerdir. Ancak, semptomatik kadınlarda ağır ve uzun süreli kanama en sık görülen şikayettir ve özellikle submüköz ve intramural myomu olan kadınlarda da daha sıklıkla izlenir (1, 3). Genellikle kavite içinde olan submüköz myomlar, nadiren büyüyüp servikal kanaldan geçerek vajene prolabe olabilir. Daha nadir görülen ve 'vajene doğmuş myom' olarak adlandırılan bu myomlar vajende bası hissine, pelvik ağrıya veya enfekte olup kötü kokulu akıntıya da neden olabilir (4, 5). Sunulan olguda da vajeni tamamiyle dolduran bir myom olduğu halde belirgin şikayet 2 aydır süren vajinal kanama idi. Myomların tanısı klasik olarak vajinal muayene ve ultrasonografi ile konmaktadır.

Servikal kanaldan geçip vajene prolabe olan bir myomun tanısı ise genellikle muayene ve ultrasonografi ile kolaylıkla konur. Ancak özellikle kalın bir pedinkülü olan bir poliple kolaylıkla karışabilir (2). Ayırıcı tanıda servikal polip, prolabe endometrial polip ve prolabe uterin sarkom mutlaka düşünülmelidir. Pelvik veya transvajinal ultrasonografi ile submukoz myomların boyutları ve yapıları kolaylıkla değerlendirilmektedir. Ancak özellikle myom dejenere olduğunda diğer endometrial tümörlerden ve mol hidatiformdan ayırıcı ultrasonografi yeterince etkin olmayabileceğinden,



Resim 2. İntraoperatif gözlemlerde uterusa yapılan vertikal kesi sonrasında endometrial kavite için izlenen dejenere myom dokusu.

malignite şüphesi olan vakalarda veya ultrasonografik görüntülemeyi olumsuz etkileyen obezite durumlarında ikinci görüntüleme seçeneği olarak ‘pelvik MRI’ı öneren otörler de bulunmaktadır (6). Rutin olarak myomların tanısı için görüntüleme yöntemlerin kullanılması mutlak gerekli değildir. Ancak ilk tercih pelvik ultrasonografi olmakla birlikte pelvik MRI da myomun büyüklüğü, pozisyonu ve pedikülün yeri konusunda daha doğru bilgi sağlayabilmektedir (7). Submukoz myom tanısını doğrulamak için operasyon öncesi kitleden insizyonel biyopsi yapmaya gerek yoktur. Ancak, lezyonun görüntüsü myom veya polip ile uyumlu değilse biopsi gerekli olabilir (8). Sunulan olguda da jinekolojik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme sonucunda uterin sarkomdan şüphelenilmiş ve bu nedenle kitle için biyopsi alınmıştır. Alınan biyopsinin patoloji sonucu nekrotik materyal olarak rapor edilmiştir.

Pedinküllü submüköz myomlar, vajene prolabe olduklarında eğer şikayete neden olurlarsa tipik olarak vajinal myomektomi ile kolaylıkla çıkartılırlar (9). Literatürde bildirilen vajenden çıkarılan myomların ortalama büyüklükleri 50 mm’dir. Pedinkülü transservikal olarak kesilerek çıkarılan en büyük submüköz myom ise 81 mm olarak bildirilmektedir (10). Fakat bizim olgumuzda olduğu gibi, vajeni tamamiyle dolduran, sarkom şüphesi olanlarda, fragil myomlarda vajinal yaklaşım yeterli olmayıp, abdominal yaklaşım gerekebilir. Sunulan olguda pedikül kalın olduğundan ve kitle vajene duvarlarına oturmuş olduğundan kitlenin çıkartılması için tek başına abdominal yaklaşım bile yeterli olmamıştır. Zira, vajende lokalize olan enfekte myom dokusunu abdominal yolla çıkartmaya çalışmak ameliyat sahasını gereksiz yere kontamine edeceğinden, en doğru yaklaşım myomun vajende olan kısmının vajinal yolla çıkartılmasıdır. Diğer yandan sunulan olguda olduğu gibi büyük myomların vajinal yoldan çıkarılmaya zorlanması da hem vajinal mukozada daha büyük hasarlanmalara hem de pelvik tabana zarar verme gibi komplikasyonlara yol açabilir.

Sonuç olarak bu denli büyük boyutlara ulaşan vajene doğmuş myom vakalarındaki cerrahi yaklaşımın vajinal veya abdominal yoldan yapılması myomun lokalizasyonu, boyutları ve pedinkülünün kalınlığı değerlendirilerek karar verilmelidir. Hasta için en uygun yolla ve uygun teknikte myom çıkarılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Panageas E, Kier R, McCauley T, McCarthy S. Submucosal uterine leiomyomas: diagnosis of prolapse into the cervix and vagina based on MR imaging. *AJR* 1992; 159:555-8
2. Golan A, Zachalka N, Lurie S, et al. Vaginal removal of prolapsed pedunculated submucous myoma: a short, simple, and definitive procedure with minimal morbidity. *Arch Gynecol Obstet* 2005;271:11-3
3. Faivre E, Surroca MM, Deffieux X, Pages F, Gervaise A, Fernandez H. Vaginal myomectomy: literature review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:154-60.
4. Dicker D, Feldberg D, Dekel A, et al. The management of prolapsed submucous fibroids. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1986;26:308-11
5. Zimmermann AI, Bernuit D, Gerlinger C, Schaeffers M, Geppert K. Prevalence, symptoms and management of uterine fibroids: an international internet-based survey of 21,746 women. *BMC Womens Health.* 2012;12:6.
6. Shiota MI, Kotani Y, Umemoto M, Tobiume T, Hoshiai H. Estimation of preoperative uterine weight in uterine myoma and uterine adenomyosis *Asian J Endosc Surg.* 2012;5:123-5
7. Parker WH. The utility of MRI for the surgical treatment of women with uterine fibroid tumors. *Am J Obstet Gynecol* 2012;206:31-6
8. McCluggage WG, Alderdice JM, Walsh MY. Polypoid uterine lesions mimicking endometrial sarcoma. *J Clin Pathol* 1999;52:543-6
9. Ikechebelu J, Eleje G, Okpala B, et al. Vaginal myomectomy of a prolapsed gangrenous cervical leiomyoma. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2012;15:358-60
10. Rolli RI, Favilli A, Acanfora MM, Scuderi G, Di Renzo GC, Gerli S. Vaginal myomectomy is a safe and feasible procedure: a retrospective study of 46 cases. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38:1201-5.