

# PROLABE PEDİNKÜLE SUBMUKOZAL MYOMADA TEDAVİ ALTERNATİFLERİ: İKİ OLGU SUNUMU

## Management Alternatives of Prolabe Peduncule Submucous Myoma: Case Report

Semra KAYATAŞ<sup>1</sup>, Mustafa Eroğlu<sup>1</sup>, Didar MAHMUTOĞLU<sup>2</sup>, Ayşen Telce Boza<sup>1</sup>, Sevcan Arzu ARINKAN<sup>1</sup>, Murat APİ<sup>1</sup>

### ÖZET

Leiomyomlar düz kas hücrelerinden oluşan en sık benign uterin tümörlerdir. Uterusta submukozal, intramural ve subserozal olabildikleri gibi, servikal, broad ligament içinde ya da pedinküller içinde olabilir. Submukozal myomlar oldukça nadir görülmektedir. Bazı submukozal myomlar pedinküllü olup servikal kanaldan vajinaya uzanıp kontraksiyonlara sebep olabilirler. Başlıca tedavi yöntemleri histerektomi ve myomektomi olmakla birlikte fertilitte isteğine ve myomun büyüklüğüne göre tedavi yöntemi değişebilmektedir. Bu olgu sunumunda vajene doğmuş pedinküle submüköz yerleşimli leiomyomu olan iki olguyu; abdominal ve vaginal yolla yapılan iki farklı tedavi yöntemleri açısından tartışmayı amaçladık.

**Anahtar kelimeler:** *Submukozal; Layomiyom; Tedavi*

### ABSTRACT

Leiomyomas are most common benign tumor of uterus which are originated from smooth muscle cells. They may be submucosal, intramural or subserosal and also they may be located in the cervix, in the broad ligament or on a pedicle. Submucous myomas are rarely seen and some submucous leiomyomas may become pedunculated and progressively extrude from the uterine cavity to vagina causing contractions. Hysterectomy and myomectomy have been the mainstay of leiomyoma treatment but the treatment option chosen according to the fertility desire and the size of the myoma. In this case report we aimed to discuss two different management options as abdominal or vaginal way of prolabe, pedunculated submucosal myomas of two different cases.

**Keywords:** *Submucousal; Leiomyoma; Therapy*

<sup>1</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Erzincan Üniversitesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Erzincan

Semra KAYATAŞ, Doç. Dr.  
Mustafa Eroğlu, Uzm. Dr.  
Didar MAHMUTOĞLU, Uzm. Dr.  
Ayşen Telce Boza, Uzm. Dr.  
Sevcan Arzu ARINKAN, As. Dr.  
Murat APİ, As. Dr.

#### İletişim:

Doç. Dr. Semra KAYATAŞ  
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Burhanettin Üstünel Cad. Üsküdar/ İstanbul  
Tel: 0(216) 391 06 80  
e-mail: semrakayatas@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 04.04.2013  
Kabul tarihi/Accepted: 29.08.2013

Bozok Tıp Derg 2015;5(1):69-72  
Bozok Med J 2015;5(1):69-72

## GİRİŞ

Leiomyomlar düz kas hücrelerinden oluşan en sık benign uterin tümörlerdir. Uterusta submukozal, intramural ve subserozal olabildikleri gibi, servikal, broad ligament içinde ya da pedinküller içinde olabilir (1). Üreme çağındaki kadınlarda %20–25 gibi oldukça sık bir oranda görülür (2). Leiomyomların çoğu asemptomatiktir ve insidental olarak rutin jinekolojik muayene esnasında tanınırlar ancak büyüklük, yerleşim ve sayılarına göre çeşitli semptomlarada neden olabilirler (3).

Submukozal myoma uterus myomlarının %5'ini içerir ve diğer yerleşimdeki myomlara göre daha fazla kanamaya dolayısı ile anemiye sebep olur (4).

Bazı submuköz myomlar pedinküllü olur ve servikal kanaldan vajinaya uzanabilirler ve bu esnada servikal kanalda oluşturdukları genişleme ve incelmeye sebebi ile ciddi uterus kasılmasına ve dolayısı ile ağrıya sebep olurlar. Dejenerasyona eğilimli leiomyomlar eğer vajene doğarlarsa uzun pedinkülü ile dolaşımının bozulma olasılığı daha fazla olacağından, genelde nekrotik ve hatta enfekte bir halde karşımıza gelirler. Pedinküle submukozal myomlar sıklıkla servikal myom ile karışırlar. Vajene doğmuş pedinküle submuköz yerleşimli leiomyom tedavisinde myomektomi ve histerektomi gibi cerrahi yöntemler uygulanmaktadır.

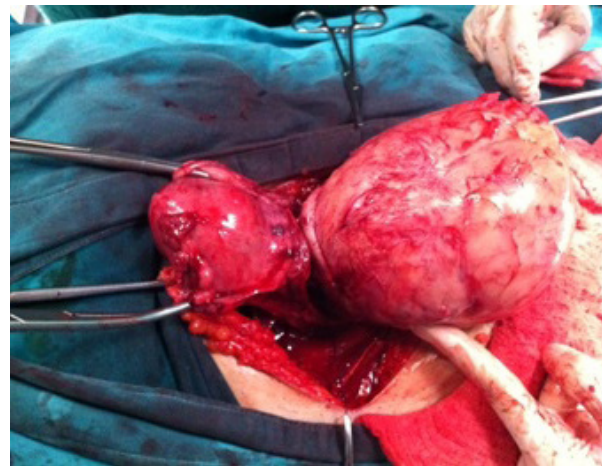
Bu olgu sunumunda vajene doğmuş pedinküle submuköz yerleşimli leiomyomu olan iki olguyu; abdominal ve vaginal yolla yapılan iki farklı tedavi yöntemleri açısından tartışmayı amaçladık.

## OLGU 1

45 yaşında, gravida 3 para 2 olan hasta ara kanama ve kasık ağrısı şikayetleri ile jinekoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan jinekolojik muayenesinde; extragenital organlar normal görünümde idi. Spekulum incelemesinde vajinal ve servikal patoloji izlenmedi, smear alındı, serviks multipar vasıfta, adneksler serbest idi ve uterus 18 hafta cesamette ve hassas idi. Sonrasında hastaya yapılan transvajinal ultrasonografik incelemede uterus içinde 20x12x10 cm boyutlarında dejenere görünümlü myom izlendi. Uterus içine girilememesi sebebi ile

probe küretaj yapılamadı operasyon esnasında frozen planlandı. Smear sonucu normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar bulgularında; anemi dışında bir patoloji izlenmedi ve hastaya anemi tedavisi önerildi. Hasta bilgilendirildi; oferektomi istemeyen hastaya elektif total abdominal histerektomi yapılması planlandı. Planlanan operasyon gününden önce hasta ciddi kasık ağrısı, vajinada baskı hissi, bulantı, kusma şikayeti ile acil polikliniğe başvurdu. Yapılan muayenesinde vageni dolduran kitle ve kötü kokulu akıntı izlendi. Ultrasonografik incelemede uterus normal cesamette idi ve vajeni tamamiyle dolduran heterojen ekoda sınırları net ayırt edilemeyen kitle mevcut idi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlandı ve hastadan onam alındıktan sonra operasyona alındı.

Operasyonda uterus normal cesamette izlendi. Abdominal histerektomi esnasında istmikoservikal bölgeden köken almış olan pedinküllü submukozal myomun vajene doğmuş olduğu görüldü. Round, ovarii proprium, sakrouterin ve kardinal ligamentler ve uterine arter bağlanıp kesildikten sonra ön vajen duvarına sirkuler bir insizyon yapıldı, 20x15x10 cm boyutlarındaki myom abdomene doğurtuldu ve histerektomi tamamlandıktan sonra histerektomi materyali ile birlikte çıkarıldı (Resim 1). Postoperatif komplikasyon olmadı. Frozen sonucu ve histopatolojik incelemesi benign leiomyom olarak değerlendirildi.



**Resim 1.** Uterus ve vejene doğmuş pedinküllü myom

## OLGU 2

37 yaşında, gravida 3 para 2 olan hasta kötü kokulu akıntı, ateş, vajende dolgunluk hissi, düzensiz adet kanamaları şikayetleri ile jinekoloji polikliniğine başvurdu. Yapılan spekulum muayenesinde enfekte, nekrotik ve kanamalı görünümde, kötü kokulu, vajeni dolduran yaklaşık 6x5x4 cm boyutlarında kitle izlendi. Uterus normal cesamette idi ve adnexler serbest idi. Transvajinal ultrasonografide vajeni dolduran heterojen ekoda kitle mevcut idi. Probe küretaj yapıldı ve sonucu benign geldi. Hastanın laboratuvar değerlendirilmesinde anemi ve lökositoz saptandı. Hastaya antibiyoterapi başlandı, enfeksiyon bulguları geriledikten sonra yaşı ve fertilitate isteği göz önünde bulundurularak, hasta ile olabilecek komplikasyonlar konuşulduktan sonra vajinal myomektomi planlandı. Vajinal yoldan myom görülerek tenakulum ile tutuldu, uterus inversiyonundan kaçınmak amacı ile fazla traksiyon uygulanmadı. Pedinkülü etrafında döndürülmeye çalışıldı fakat pedikülünün kalın olması sebebi ile pedinkülü klempe edilerek mümkün olan en üst noktadan bağlandı, kesildi ve olabilecek kanama ihtimali sebebi ile pedinkül koterize edildi. Postoperatif dönemde kanama komplikasyonu olmadı. Histopatolojik incelemesi benign leiomyom olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Kadın genital sisteminin en sık benign tümörleri uterin leiomyomlardır. Leiomyomların çoğu asemptomatik olsa da %20-50 kadarı menoreji, pelvik ağrı, infertilite, tekrarlayan gebelik kayıpları gibi bulgular yanında konstipasyon, sık idrara çıkma ve hidronefroz gibi komşu organlara bası semptomlarına da neden olabilirler (5). Uterin leiomyomlar anormal uterin kanamanın en sık nedenlerinden birisidir ve en fazla kanamayla ilişkili olan submukoz myomlardır (6). Submukoz leiomyom pedinküle olup servikal kanaldan vajinaya uzanabilirler ve bu esnada servikal kanalda oluşturdukları genişleme ve incelme sebebi ile ciddi uterus kasılmasına ve dolayısı ile pelvik ağrıya sebep olabilir. Bu olgular bizim vakamızda olduğu gibi düzensiz ara kanamalar, vajende dolgunluk hissi ve şiddetli kasık ağrısı şikayeti ile başvurabilirler. Bazı olgularda ciddi bir bulgu ve semptoma neden olmadan rutin jinekolojik muayenede tesadüfi olarakda saptanabilirler.

Pedinküle submukoz myom pedinkülü etrafında dönebilir bunun sonucunda kan akımı bozulur ve nekrotik hale gelebilir. Nekrotik haldeki bu myom vajinada enfekte hale gelir ve kötü kokulu akıntı, ateş ve lökositoz ile karşımıza gelebilir. Submukozal leiomyomlarda hemoroji ve nekroz gibi dejeneratif değişiklikler bu tümörlerin sınırlı dolaşıma sahip olmaları nedeniyle sık görülür.

Histerektomilerin ensik endikasyonu uterin leiomyomlardır (7). Asemptomatik leiomyomlarda tedavi gerekemeyebileceği gibi, medikal ve cerrahi tedavi seçenekleri de mevcuttur. Medikal tedavide kombine oral kontraseptifler, progestinler, androjenler, GnRH agonist-antagonistleri, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar, antiprogesterinler kullanılabilir (2). Cerrahi yöntemlere alternatif myoliz ve selektif arteriyel oklüzyon gibi daha konservatif yöntemler de vardır. Gebelik istemi olmayan hastalarda laporoskopik myoliz seçeneği alternatif tedavi olarak düşünülebilir. Uterin arter oklüzyonunun ise etkinlik, fekondite, gebelik sonuçları ve hasta beklentisi açısından uzun dönem verileri eksiktir(8).

Submucosal myomlarda cerrahi yöntemler diğer yerleşimdeki myomlara göre daha sıklıkla uygulanmaktadır. Bu yöntemler histeroskopik myomektomi, histerektomi ve farklı tekniklerin uygulanabildiği myomektomilerdir. İntrakaviter küçük leiomyomlarda histeroskopik myomektomi ilk tedavi seçeneği olarak uygulanabilir (9). Histerektomi laparoskopik veya laparotomi ile yada vajinal veya abdominal yapılabilir. Vajene prolabe olmuş büyük submukozal myom varlığında eğer tedavi olarak histerektomi planlanmışsa vajen ön duvara sirküler insizyon yapılarak myom abdomene doğurtulabilir ve bizim birinci olgumuzda olduğu gibi uterus ile birlikte çıkarılabilir. Diğer bir alternatif vajen ön duvara sirküler insizyon yapıldıktan sonra vajene prolabe olmuş myom pedinkülünden kesilerek vajenden çıkarılabilir. Semptomatik myomu olan hastalarda histerektomi kesin tedavi seçeneği olsa da, genç ve fertilitate beklentisi olan hastalarda bu seçenek pek doğru gözükmemektedir. Bu nedenle submukozal myomu olan bu hastalarda yapılan cerrahinin risk ve faydaları anlatıldıktan sonra ek başka bir patoloji yoksa myomektomi seçeneği düşünülmelidir.

Murphy J. tarafından ilk başarılı vajinal myomektomi 1893'li yıllarda yapılmıştır (10). Başarılı bir vajinal myomektomiden sonra çoğu hasta asemptomatik olmuş ve normal menslere kavuşmuştur (8). Buna dayanarak vajinal myomektomi izole pedinküle submukoz myomlarda başlangıç tedavisi olarak düşünülmektedir. Vajene prolabe olmuş pedinküllü myomların çıkarılması prolabe olmayanlara göre daha kolaydır, daha az kanamaya sebep olur ve serviksin ayrıca genişletilmesini gerektirmez. Vajinal myomektomide, uterus inversiyonundan kaçınmak amacı ile fazla traksiyon uygulanmadan myom ya pedinkülü etrafında döndürülerek yada bizim ikinci olgumuzda olduğu gibi kalın pediküllü ise pedinkülü klempedilerek mümkün olan en üst noktadan bağlanıp, kesilerek çıkarılabilir (11). Pedinkülü kısa olan veya vajene sarkmamış submukoz myom varlığında myomun lokalizasyonuna göre ön veya arka kolpotomi yaparak submukozal myomun uterustan doğurtularak çıkartılmasında mümkündür (12).

Sonuç olarak; prolabe submukoz myom tedavisinde hem histerektomi hemde vajinal myomektomi uygun tedavi alternatifleridir. Her vaka kendi içinde değerlendirilmeli, hastaya tüm olasılıklar hakkında bilgi verildikten sonra operasyon şekline karar verilmelidir. Üreme çağında fertilitate beklentisi olan kadınlarda, histerektomi veya abdominal myomektomi gerektiren başka endikasyonlar olmadıkça, basit, daha az zaman alan ve daha az komplike bir yöntem olan vajinal myomektomi uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Berek JS. Genel Jinekoloji. In Erk A, Demirtürk F, eds. Berek&Novak Jinekoloji. 14. baskı. İstanbul. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri. 2011. p. 469-71.
2. Schorge JO. Ectopic pregnancy. In Schorge JO, Schaffe JI, Halvorson LM, Hoffman BL, Bradshaw KD, Gary Cunningham F, Calver LE. Williams Gynecology. 1st ed. New York. Mc Graw Hill. 2008. p. 198-207.
3. Kutlar İ, Bakır K, Ersoy U. [Vulvar myoma] Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2000;10(3):205-7.
4. Ozcan U, Yalcın RH, Çakar A, Gokmen O. The management of prolapsed submucous myoma: a review of 56 cases. Gynecol Obstet Reprod Med. 2000;6(1):60-3.

5. Sendag F, Tiras MB. [Leiomyoma, infertility and miscarriage]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2003;13(3):260-5
6. Fritz MA, Disfonksiyonel Uterin Kanamalar. Fritz MA, Sperof L. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. 8. baskı. Ankara. Güneş Tıp Kitapevleri; 2014. p. 591-620.
7. Bedir R, Güçer H, Ural Ü, [Primary leiomyoma of the ovary: case report]. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2012;22(3):203-6.
8. Lefebvre G. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynecol Can. 2003 ;25(5):396-418
9. Aynioğlu Ö, Çalışkan E, Şimşek T. Leiomyomectomy in a Case of First Trimester Pregnancy with Torsioned Leiomyoma Causing Acute Abdomen: Case Report. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2010;20(4):277-80.
10. Murphy J. Notes of a Case of Vaginal Myomectomy Par Morcellement. Br Med J. 1893;11;1(1676):285.
11. Golan I, Zachalka N, Lurie S. Vaginal removal of prolapsed pedunculated submucous myoma: a short, simple and definitive procedure with minimal morbidity. Arch Gynecol Obstet. 2005;271(1):11-3.
12. Rovio PH1, Heinonen PK. Transvaginal myomectomy with screw traction by colpotomy. Arch Gynecol Obstet. 2006;273(4):211-5.