

Büyük Uterin Myomlu Vakalarda Total Abdominal Histerektomi Sırasında Modifiye ve İki Aşamalı Richardson Tekniğinin Komplikasyonları Önlemedeki Yeri

*THE PLACE OF MODIFIED AND TWO STEPS RICHARDSON'S TOTAL ABDOMINAL
HYSTERECTOMY TO PREVENT THE COMPLICATIONS IN THE PATIENTS WITH
LARGE UTERINE MYOMAS*

Necip KEPKEP*, Ünal ERSOY**

* Doç.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum AD,

** Uz.Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum AD, GAZİANTEP

Özet

Son 10 yılda 23 dev uterin miyomlu vaka Gaziantep Üniversitesi jinekoloji kliniğinde opere edildi.

Modifiye Richardson tipi intrafasyal total abdominal histerektomi, bilateral salpingooferektomi intraoperatif ve postoperatif komplikasyon ve komşu organlara verilebilecek zararı önlemek için iki aşamalı olarak gerçekleştirildi.

Operasyonlar sırasında ve operasyonlardan 2 ay sonraki kontrollerde önemli problemlerle karşılaşılmadı.

Bu modifikasyon büyük uterin miyomlu vakalarda histerektomiye kolaylaştırabilmek, yeterli cerrahi alan sağlayabilmek için yararlı bulundu.

Anahtar Kelimeler: Dev uterin myomlar, Uterus myomları,
Myoma uteri, Fibroidler,
Total abdominal histerektomi,
Vajinal histerektomi

T Klin Jinekoloj Obst 2003, 13:53-57

Summary

Twenty three patients with giant uterin myomas were operated in Gynecology Department of Gaziantep University in last 10 years.

Modified Richardson's intrafascial abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was performed by two steps on all cases to prevent intraoperative and postoperative surgical complications and damage to the adjacent organs.

No significant problem was observed in any patient during and after 2 months of the operations.

This modification is found advantageously to ease hysterectomy and to obtain sufficient surgical exposure in the patients with large uterin myomas.

Key Words: Giant uterine myomas, Uterine myomas,
Myoma uteri, Fibroids,
Total abdominal hysterectomy,
Vaginal hysterectomy

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13:53-57

Fibroid olarak da adlandırılan myomlar kadın pelvisinde en sık karşılaşılan, uterus düz kasından ve bağ dokusundan köken alan iyi huylu tümörlerdir.

Reproduktif çağın ikinci yarısında, 35 yaş üzerindeki kadınların %25-30' unda görüldükleri söylenmektedir (1-4).

Menopozda ve uzun etkili GnRh agonist analogları ile oluşturulan hipoöstrojenik ortamda bir miktar büzülüp küçülmeleri östrojen bağımlı yapılar olduğunu düşündürür (5-7). Genetik yatkınlıkla bağımlı olarak östrojen reseptörleri hem normal miyometriyum dokusunda hem de myomlarda gösterilmiştir (8-10). Reseptörleri en şiddetli uyaran östrojen östradiol'dür. Bu nedenle ovulatuvar sikluslu kadınlarda folliküler ve preovulatuvar fazda myomların yüksek oranda etkilenmeleri söz konusudur (4-6).

T Klin J Gynecol Obst 2003, 13

Oral kontraseptiflerin myomlarla ilişkisi tartışmalıdır. Oral kontraseptif alan normal sikluslu kadınlarda alınan preparatların içerdikleri östrojenin endojen östrojen seviyesini indüklemesine rağmen folliküler ve periovulatuvar fazdaki östradiol pikini ortadan kaldırarak myom gelişimini etkilemediği belirtilirken diğer taraftan uzun süreli kullanımlarda büyüme yönünde etkilemeleri de düşünülmektedir (4,5).

Şişman kadınlarda androjenlerin perifer yağ dokusunda östrojene dönüşmesinden dolayı myomlarla daha sık karşılaşıldığı bilinmektedir (5,6).

Gebelikte myomların büyüdüğü söylenir. Ancak gebelik sırasında hakim olan östrojen komponenti östriol olduğu için daha az etkilendikleri ifade edilmektedir (5).

53

Östrojenler reseptörler vasıtasıyla lokal growth faktörleri tetikler (Epidermal Growth Faktör, İnsülin Like Growth Faktör, Transforming Growth Faktör). Bunlar da hücrelerde mitojenik aktivitenin artmasına ve myom gelişimine yol açarlar (5,11,12).

Uterus duvarında yerleşim yerlerine göre subseröz, submukoz, ve intramural olarak adlandırılan nodüler yapıdaki myomlardan subseröz ve submukoz olanları pedikül vasıtasıyla myometriuma bağlı olabilirler. Çok sayıda ve değişik yerleşimli nodüler myomu bulunan vakalarda uterus myomatozisten söz edilir. (Resim 1B). Uterus myometriumu simetrik olarak büyüyerek kitle haline gelmişse Kugel myom olarak adlandırılır (Resim 1A). Ligamentum Latum yaprakları arasına gelişmiş olanlara intraligamenter myom denir.

Dev myomlu vakalarda yeterli ekspozur her zaman sağlanamadığından operasyon sırasında uterus orta ve alt segmentinde enstruman kullanımı, sütür geçilmesi ve ligasyon zorlaşmaktadır. Bu durum intraoperatif ve postoperatif komplikasyon oluşmasında önemli bir etken olarak düşünülmüştür. Komplikasyonların öblenebilmesi nedeniyle 23 dev myomlu vakanın total abdominal histerektomilerinde Richardson tekniği modifiye edilerek iki aşamada uygulanmıştır.

Materyal ve Metod

Çeşitli yakınmalarla başvurdukları anabilim dalı polikliniklerinde dev pelvik kitle saptanan 28 vakadan uterin kitlesi olup histerektomi planlanan ve yapılan 23'ü çalışma kapsamına alındı.

3 vakaya infertilite yakınmaları olduğu için myomektomi uygulandı. 2 vakada ise overyal kitle saptandığından modifiye cerrahi teknik uygulanmadı.

Vakaların tümüne rutin biyokimyasal analizlerinin yanı sıra İVP çekirildi ve MR görüntüleme yaptırıldı.



Resim 1A. Kugel myomlu hastanın laparotomi sonrası; alt segment deperitonize edildikten sonraki görünümü.

Dev uterin kitleli bu vakalarda ultrasonografik görüntülemenin detaylı değerlendirmede etkisi sınırlı kalmıştır. Bu nedenle MR görüntülemeye dayanılarak değerlendirilmiştir. Vakaların tamamına preoperatif dönemde servikal smear ve kolposkopi, endometrial tam küretaj yapılmış, uterusu ait malignansiler ekarte edilmeye çalışılmıştır.

Demografik özellikler

Yaş ortalaması	43,57+6
Ortalama vajinal doğum sayısı	4,69
Sezaryen-seksiyo ile doğurmuş vaka sayısı	5
Ortalama gebelik sayısı	5,78

23 büyük myomlu hastamızda Richardson usulü total abdominal histerektomi modifiye edilerek iki aşamada aşağıda tanımlanan şekilde uygulanmıştır.

1. Klasik olarak sağ ve sol Lig. Teres Uteri ve Lig. İfundibulo-pelvicum'lar tek tek ya da birlikte içlerindeki A-V Ovarica'larla birlikte tutulup kesilip bağlanmıştır.

2. Lig. Latum ön yaprağı boydan boya açılıp Vesica urinaria vajen seviyesine kadar fascia pubo-cervicalis'ten küt disseksiyonla dekole edilmiş, sıyrılmada güçlük arz eden vakalarda mesane fundusu sınırı belirlenmiştir.

3. Lig Latum arka yaprağı sağ ve solda Lig. Sacro-uterina seviyesine kadar açılarak her iki sacro-uterin ligament tutulmuştur.

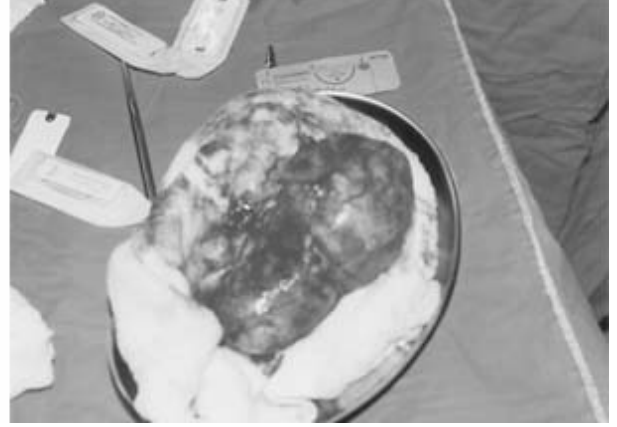
4. Yanlarda ise A-V Uterina'lar görülür hale getirilmiş üreterlerle komşulukları ekarte edilip mesane kolay dekole olan vakalarda serviko-isthmik seviyede, mesanesi küt disseksiyonla, rahat sıyrılmayanlarda mesane fundusu üzerinde uterin damarlar sağ ve soldan tutulmuştur. Uterin arter ve venin tutulum seviyesinde uterus segmenti çepeçevre deperitonize konuma getirilmiştir (Resim 1A).



Resim 1B. Uterus myomatozisli hastanın laparotomi sırasında görünümü.



Resim 2A. Aynı hastanın uterus üst segment çıkarıldıktan sonraki görünümü.



Resim 2B. Myomatozisli hastanın myom kitleleri ile birlikte 1. aşamada çıkarılan uterus üst segmenti.

5. A-V uterinalleri tutan penslerin üzerindeki myom kitlesi ile uterus segmenti subtotal histerektomi yapılır gibi çıkarılmıştır (Resim 2A-2B). Geride kalan uterin alt segment ve komşu organ anatomileri horizontal planda belirgin hale gelmiştir.

6. Mesanesi kün disseksiyonla sıyrılamayan yapışık vakalarda mesane arka duvarı sınırı belirgin hale geldiğinden keskin disseksiyonla uterus alt segmentinden sıyrılarak vajen seviyesine indirilmiştir.

7. Bunu takiben her iki A-V uterina, Lig. Sacro-uterinalar sütür geçilip bağlanarak anatomik konumu belirginleşen Lig. Cardinale'ler sağ ve solda tutulup kesilip bağlanmış, mesanesi keskin disseksiyonla dekole edilmiş vakalarda vajen arka duvarından, mesanesi kolay sıyrılan vakalarda vajen ön duvarından vajene girilerek açık şekilde uterin alt segment çıkarılmış, ve total histerektomiler tüm vakalarda tamamlanmıştır (Resim 3A-3B).



Resim 3A. Kugel myomlu hastanın 2. aşamada çıkarılan servikal stumpu.



Resim 3B. Aynı hastanın servikal myomda ihtiva eden uterus alt segmenti çıkarıldıktan sonraki görünümü.

Bulgular

Semptomlar-yakınmalar

Bel ve kasık ağrısı	3 (%13)
Düzensiz vajinal kanama	7 (%30,4)
Pelvik bölgede ağırlık hissi	19 (%82,6)
Üriner sistem yakınmaları	11 (%47,8)
GİS ile ilgili yakınmalar	5 (%21,7)
Preoperatif dönemde anemi saptanan ve transfüzyon yapılan hasta sayısı	4 (%17,3)

İVP Bulguları

Tek taraflı hidroüreter saptanan vaka sayısı	4 (%17,3)
Çift taraflı hidroüreter saptanan vaka sayısı	2 (%8,6)
Mesane kapasitesinin azalmış olduğu vaka sayısı	10 (%43,4)

Preoperatif dönemde yapılan MR görüntülemesinde 9 vakada uterus myomatozis, 14 vakada Kugel myom şeklinde kitle tespit edildi (Resim 1A-1B).

Tartışma

Myomların cerrahi tedavisinde yaş ve fertilité indeksi ile bağıntılı doğurganlık istemleri myomektomi yada histerektomi yapılmasında belirleyici rol oynayan temel faktördür.

Gebeliklerin %2'si myomla beraberdir, bulunma yerlerine göre düşük, erken doğum nedeni olabilecekleri gibi, tubalara yaptıkları bası ve torsiyondan dolayı germ hücresi transportunu engelleyerek infertiliteye yol açabilirler. Miyomektomilerden sonra fertilité açısından başarı şansının %40-45 olduğu vurgulanmaktadır (5,13).

Menoraji, metroraji tarzında kanamalar myomlarda en sık karşılaşılan semptomlar olarak bildirilse de 23 vakalık serimizde %30.4 oranla (7 vaka) üçüncü sıklıkta karşılanmıştır.

Komşu organlara yaptıkları bası semptomları genellikle 12 haftalık gebelik veya üzeri büyüklüğe ulaşmış myomlarda görülür. Dispepsi, tenezm hissi, konstipasyon gibi gastrointestinal sistemle ilgili olanların yanısıra, mesane basısına ve hidro-üreter oluşturmaya bağlı dizüri, pollaküri gibi genito-üriner sistem semptomları da bulunabilir. Büyük myomlu hastalarda pelvik bölgede ağırlık hissi duyulması da diğer bir semptomdur. Çalışmamıza giren vakalarda pelvik bölgede ağırlık hissi %82.6 oranla (19 vaka) en sık karşılaşılan semptom olmuştur. Üriner sistem yakınmaları da %47.8 oranla 11 vakada karşımıza çıkmıştır.

Ağrı myomlarda sık karşılaşılan bir semptom değildir. Pediküllü myomların torsiyonları ve büyük myomlardaki dejenerasyona bağlı ortaya çıkabilecekleri söylenir.

20 haftalık gebelik büyüklüğüne erişmiş myomatö uteruslarda morselasyon, coring ve myomektomi yapılarak vaginal yoldan myom kütleleri ve uterusun çıkarılabileceği vurgulansa da histerektomilerin %75'inin abdominal yaklaşımla yapıldığı literatürlerde belirtilmektedir (3,5,14).

Büyük uterin kitleli vakalarda transvers Mylard ve median insizyonlarla yaklaşım söz konusudur. Büyüklükleri 16-25 haftalık gebelik cesametine erişmiş vakalarımızın 8'inde transvers, 15'inde göbek altı median kesi uygulanmıştır.

Richardson tarafından 1929'da tanımlanan intrafasiyal total histerektomi benign uterus hastalıklarında en sık kullanılan tekniktir. Abdominal histerektomilerde intraoperatif kanama ve üriner sistem hasarları ise en fazla karşılaşılan komplikasyonlardır (3,15,16).

Üreterler ve mesane ile ilgili komplikasyon riskinin azaltılması amacıyla subtotal histerektomi yapılabileceği

bildirilse de servikal stump'da karsinom gelişme olasılığı nedeni ile taramaların devam edecek olması, yine stump'tan kaynaklanan lökorenin ortadan kalkmamasından dolayı total histerektomi yapılması tercih edilmelidir(3,4).

Abdominal histerektomilerde %05-2.5 oranlarda karşılaşılan üreter hasarlarının utero-sakral ve kardinal ligamentlerin tutulup, kesilip sütür geçilmesi ve bağlanması sırasında meydana geldiği ve kendini tek ya da iki taraflı bağlanma ya da üretero-vajinal fistüller şeklinde gösterdiği bilinmektedir (1,15-17). Çalışmamız kapsamına giren vakalarda bu komplikasyon ile karşılaşılma oranı, kitlenin büyük kısmı çıkartıldıktan sonra sözü edilen anatomik yapıların tutulup kesilip sütür geçilmesine bağlanmıştır.

Mesane travmaları ise daha çok pubo-servikal fasyadan küt diseksiyonla mesanenin dekolé edilmesi, serviksin çıkarılması, vajinal cuff'ın kapatılması ve peritonizasyon sırasında sütür geçilmesi ile vesiko-vajinal fistül olarak %1.8 oranında ortaya çıktığı bildirilmektedir (3,4,15-17). Mesanesi alt uterin segmente yapışık olan 5 vakada keskin diseksiyon ile mesane pubo-servikal fasyadan sıyrılıp vajen seviyesine indirilmiş, bu olay da kitlenin büyük kısmı çıkarılıp mesane arka duvar sınırı belirginleştikten sonra yapıldığından veziko-vajinal fistül ortaya çıkma olasılığı bertaraf edilmiştir.

Üreter traselerinin palpasyonla takibi açısından Double J kateter tatbiki komplikasyonların önlenmesi açısından ideal bir yaklaşımdır. Ancak her vakaya tatbik edilememektedir. Nitekim operasyona başlamadan Üroloji bilim dalı elemanlarına uygulanmak istenen üreter kateterleri vakalarımızın 5'ine iki taraflı, 3'üne tek taraflı tek taraflı tatbik edilebilmiş, 15'ine tatbik edilememiştir.

Intraoperatif %3 oranında görüldüğü söylenen hemorajiler uterin damarların ve vajinal dalını kardinal ligamentlerle birlikte tutulup, kesilip bağlanması sırasında daha çok karşımıza çıkmaktadır. Vakalarımızda transfüzyon gerektirecek kanama ile karşılaşılma oranı, zira uterin damarlar, vajinal dalları ve kardinal ligamentler uterus üst segmenti ile kitlenin büyük kısmı çıkarıldıktan sonra iyi ekspozur sağlanıp anatomisi görülüp sütür geçilip bağlanmıştır.

Büyük uterin kitleli vakalarda operasyon öncesi tanımlanması mümkün olmayan tablo %01-05 oranlarında karşılaşılabilen sarkomatöz dejenerasyondur (2,13). Tanı ancak kitle çıkarıldıktan sonra histo-patolojik olarak konulmaktadır. Kitle ile beraber uterusları tamamen çıkarılan vakalarımızda bu tip bir dejenerasyonla karşılaşılma oranı.

İki aşamalı ya da modifiye total abdominal histerektomi düşünülen bu vakalarda serviks ve endometrial malignitelerin preoperatif iyi ekarte edilmesi gerekir. Bu amaçla tüm vakalarımıza serviko-vajinal smear,

kolposkopik muayene, endometrial tam küretaj yapılmış, malign olaylar ile karşılaşılmamış, bu durum postoperatif histo-patolojik incelemeler ile kanıtlanmıştır.

Bu tekniğin direk uygulanamayacağı vakalar büyük intraligamenter ve parametriumlar içerisine gelişmiş büyük myom nüvesi ihtiva eden, dev uteruslu veya uterus myomatozisli vakalardır. İntraligamenter myom nodülü bulunanlarda operasyonun 1. aşamasından önce bu nodülün çıkarılması, parametrium içerisine myom gelişenlerde 1. aşamadan sonra myom nodülünün öncelikle çıkarılması gerekebilir.

Modifikasyonun yapılmasında aşağıdaki yararlar sağlanmıştır.

1. Operasyon alanında rahat ekspozur sağlanmasını engelleyen dev kitle bu alandan uzaklaştırılmış, anatomik yapı horizontal planda belirginleştirilmiştir.

2. Uterin damarların sütür geçilerek bağlanması dahil bu safhadan itibaren yapılacak işlemler kitle uzaklaştırıldıktan sonra yapılmıştır.

3. Mesanenin yapışık olduğu vakalarda mesane arka duvarı sınırı görünür hale geldiğinden keskin disseksiyonla dekole edilmesi kolaylaştırılmıştır.

4. Kardinal ligamentlerin sınırları horizontal planda belirginleşmiş olup tutulup, kesilip bağlanmaları kolaylaşmıştır. Bu meyanda serviksin çıkarılması da kolaylaşmıştır.

Cerrahların büyük uterin kiteli bu tip özel vakalar için operasyon öncesi tasarımlar yapabilecekleri ve intraoperatif modifikasyonlar uygulayabilecekleri vurgulanmaktadır (3-5). preoperatif tasarımlar, kitle yapısı, büyüklüğü ve uterus üzerindeki oturma yerlerini saptamak için sagittal ve transvers MR görüntülemelerinden yararlanılması uygun bir yaklaşımdır. Vakalarımızın tümünde bu görüntüleme sisteminden yararlanılmış, özellikle uterus myomatozisli vakalarda son derece yararlı olmuştur.

İki aşamada total abdominal histerektomileri gerçekleştirilen vakaların tümünde postoperatif 2. ayda yapılan kontrollerde operasyona bağlı ürolojik sorunlarla karşılaşılmamış, bu tekniğin üriner sistem ve intraoperatif kanama gibi abdominal histerektomiler sırasında meydana gelen komplikasyonları önlemede etkin ve operasyonu kolaylaştırıcı bir yöntem olduğu düşünülmüş ve görülmüştür. Bu yöntemin her vakada uygulanması söz konusu değildir. Ancak dev uterin myomlu vakalarda komplikasyonları önleyici, iyi ekspozur sağlayıp operasyonu kolaylaştırıcı bir yaklaşım olduğu göz önünde tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Buttram VC, Reiter RC. Uterin Leiomyomata Etiology, Symptomatology and Management. *Fertil Steril* 1981; 36,433-45.
2. Vollenhoven BJ, Lawrence AS, Helay DL. Uterine fibroids: A clinical review. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97,285-98.
3. Mattingly FR. Myomata uteri in Te Linde's Operative Gynecology. Mattingly FR (Ed.) JB Lippincott Company 1982 Chap 10: 187-223.
4. Hilgers DR. Total Abdominal Hysterectomy and Bilateral Salpingo-oophorectomy in Gynecology and Obstetrics, Sciarra JJ (ed) Harper-Row Publishers Philadelphia 1986 Vol 1 Chap 57: 1-66.
5. Barlow HD. Hysterectomy and Myomectomy: Techniques and Risk Factors in Uterine Fibroids, *Advances in Reproductive Endocrinology* Shaw RW(ed) the Parthenon Publishing group New Jersey 1992, Vol 4 Chap 7: 69-77.
6. Conley G. Lacey, Benign Disorders of the Uterine Corpus. In *Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. Pernoll LM (Ed.). 745 Appleton and Lange Connecticut- Los Altos. California 1991 Ch.35: 732-
7. Filicori M, Hall DA, Loughlin JS, Rivier J, Vale W, Crowley WF. A Conservative Approach to the Management of Uterine Leiomyomata: Pituitary Desensitization by a Luteinizing Hormone-Releasing Hormone Analog. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147, 726-7.
8. West CP, Lumsden MA, Lawson S, Williamson J, Baird DT. Shrinkage of Uterine Fibroids During Therapy with Zoladex (ICI 118630) : A Luteinizing Hormone Releasing Hormone Agonist Administered as a Monthly Subcutaneous Depot. *Fertil Steril* 1987; 48:45-51.
9. Farber M, Condrad S, Heinrichs W, Hermann W. Estradiol Binding by Fibroid Tumors and Normal Myometrium. *Obstet Gynecol* 1972; 40: 479-86.
10. Wilson EA, Yang F, Rees ED. Estradiol and Progesterone Binding in Uterine Leiomyomata and in Normal Uterine Tissues. *Obstet Gynecol* 1980; 55:20-4.
11. Friedman AJ, Rein MS, Pandian MR, Barbieri RL. Fasting Serum Growth Hormone and Insulin Like Growth Factor 1 and 2 Concentrations in Women with Leiomyomata Uteri Treated with Leuprolide Acetate or Placebo. *Fertil Steril* 1990; 53, 250-3.
12. Tommola P, Pekonen F, Rutanen EM. Binding of Epidermal Growth Factor 1 in Human Myometrium and Leiomyomata. *Obstet Gynecol* 1989; 74, 658-62.
13. Katz VL, Dotters DJ, Droegemüller W. Complications of Uterine Leiomyomas in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 75, 593-6.
14. Magos A, Nikolaos B. Vaginal Hysterectomy for the Large Uterus. *Br J Obstet Gynecol* 1996; 103; 246.
15. Knapp Cr, Jerome MF. Hysterectomy: Abdominal in Complications in Obstetric and Gynecologic Surgery. Schaffer G, Graber AE(Ed.) Harper Row publishers 1981; 365-375; chap 29.
16. Symmonds RE. Ureteral injuries associated with gynecologic surgery prevention and management. *Clin Obstet Gynecol* 1976; 19;623.
17. Dicker RC, Greenspan JR et al. Complications of Abdominal and Vaginal Hysterectomy Among Women of Reproductive Age. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 144:841.

Geliş Tarihi: 21.08.2002

Yazışma Adresi: Dr.Necip KEPKEP

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, GAZİANTEP