

# Vajinal Doğum Sonrası Servikal Leiomyom Prolapsusu

## Prolapsus of Cervical Leiomyoma After Vaginal Delivery: Case Report

Ebru ÇÖĞENDEZ,<sup>a</sup>  
Ali Doğukan ANĞIN,<sup>b</sup>  
Meryem EKEN,<sup>a</sup>  
Mesut POLAT,<sup>a</sup>  
Dilşad HERKİLOĞLU,<sup>a</sup>  
Ateş KARATEKE<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Zeynep Kamil Kadın ve  
Çocuk Hastalıkları Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
İstanbul

<sup>b</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Bigadiç Devlet Hastanesi,  
Balıkesir

Geliş Tarihi/Received: 09.07.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 21.10.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:

Meryem EKEN  
Zeynep Kamil Kadın ve  
Çocuk Hastalıkları Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
meremkurek@yahoo.com

doi: 10.5336/gynobstet.2014-41344

Copyright © 2015 by Türkiye Klinikleri

**ÖZET** Spontan vajinal doğum sonrası postpartum ikinci günde 5 cm çapındaki servikal miyomun total olarak prolabe olup, hemoraji ile komplike olduğu izlenen olgumuzda miyom eksize edildi ve postoperatif dönemde komplikasyon gelişmedi. Miyom ile komplike olan gebeliklerde komplikasyon olmadığı sürece konservatif yaklaşım seçilmeli, operasyon kaçınılmaz ise preoperatif hazırlıklar tamamlandıktan sonra operasyon uygulanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; leiomyom; sarkma; serviks uteri

**ABSTRACT** In our case that 5 cm in diameter cervical myoma is totally prolapsed and complicated by hemorrhage after spontaneous vaginal delivery, on the 2<sup>nd</sup> postpartum day, myoma was excised and there were no complications in the postoperative period. In pregnancies complicated by fibroids, conservative approach should be chosen unless there are complications; if operation is unavoidable, operation should be performed after completion of preoperative preparation.

**Key Words:** Pregnancy; leiomyoma; prolapse; cervix uteri

**Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(2):138-40**

Uterin fibroid olarak da isimlendirilen, düz kas ve fibroid dokudan oluşan leiomyomaların hamile olmayan kadınlardaki prevalansı %20-25 arasındayken, gebe popülasyonundaki prevalansı %1 ile %5 arasında değişmektedir.<sup>1</sup> Bu miyomların %1'den azını ise servikal miyomlar oluşturmaktadır.<sup>2</sup>

Miyomların boyutlarının gebelik süresince arttığı genel bir kanı olsa da azaldığı ifade eden yayınlar da mevcuttur.<sup>3</sup> Düşük, erken doğum, erken membran rüptürü, gelişme geriliği, plasenta previa, ablasyo plasenta, postpartum kanama, fetal malpozisyon, distosi gibi boyut ve yerleşime bağlı olarak miyom nedeni perinatal komplikasyonlar gelişebilir.<sup>4</sup> Gebelikte miyomlara vajinal ya da abdominal cerrahi müdahale kontrol edilemeyen kanamaya yol açarak histerektomi gibi dramatik sonuçlara neden olabilirken, enfektif dejenerasyon, dirençli ağrı, masif kanama, üriner retansiyon, distosi gibi komplikasyonlar nadiren müdahale gerektiren durumlar arasındadır.<sup>5,6</sup>

Nadir görülen ve çoğunlukla olgu sunumu olarak karşılaşılan gebelikte servikal miyom ve miyom prolapsusu konusunu literatüre katkı sağlayabileceğini düşünerek biz de olgu sunumu olarak değerlendirdik.

## OLGU SUNUMU

Daha önce bir normal doğumu bulunan 38 yaşındaki hasta, term-takipsiz aktif eylemde gebe olarak doğum acil bölümüne başvurmuştur. Yapılan vajinal muayenede collum %60 efafe 6 cm dilate poche (+) baş pelvik girimde idi. Doğumhaneye kabul edilen hastanın yapılan obstetrik ultrasonografisinde fetal biometri ortalaması 39 hafta üç gün ile uyumlu tek canlı gebelik, amniyotik sıvı volümü normal, plasenta uterus anterior duvar yerleşimli saptandı. Doğum öncesi yapılan obstetrik ultrasonografide servikal miyom fark edilmedi. Hasta takipsiz olması sebebiyle Prepartum ek görüntülemesi mevcut değildir. Hasta spontan travayı takiben distosi gelişmeden epizyotomisiz normal vajinal doğum yapmıştır. Doğum sonrası 24 saatini hastanede tamamlayan ve haliyle taburcu edilen hasta, postpartum ikinci gün aktif vajinal kanama ve perianal bölgede ele gelen kitle şikâyeti ile tekrar kliniğimize başvurmuştur. Uterin inversiyon ön tanısıyla jinekoloji kliniğimize yatırılan hastanın jinekolojik muayenesinde serviksin introitustan total olarak prolabe olduğu ve serviks üst dudakta non-pedinküle, 5x5 cm boyutlarında yumuşak bir kitlenin bulunduğu gözlemlendi (Resim 1). Prolapsus ve hemoraji sebebiyle hasta ve eşi bilgilendirildikten sonra histerektomiye de içeren onamları alındı ve gerekli preoperatif hazırlıklar tamamlandıktan sonra genel anestezi altında servikal leiomyom ön tanısıyla cerrahi müdahale yapıldı. Kitle üzerine 3-4 cm'lik transvers insizyon yapılarak kitle enoküle edildi ve total olarak çıkarıldı. Kitle yatağına uygulanan hemostaz suturleri sonrasında insizyon aralıksız suture edildi. Eksizyon sonrası prolapsusun gerilediği görüldü (Resim 2). Hasta postoperatif 2. gününde komplikasyonsuz taburcu edildi. Postoperatif dördüncü haftada yapılan muayenede prolapsus ya da herhangi bir patolojik bulgu izlenmedi. Kitlenin his-topatolojik inceleme sonucu uterin leiomyom olarak bildirildi.



RESİM 1: Postpartum ikinci günde prolabe olan serviks kaynaklı leiomyom.



RESİM 2: Eksizyon sonrası non-prolabe introitus.

## TARTIŞMA

Gebelikte miyomlara bağlı gelişen komplikasyonlardan birisi de özellikle servikal miyomlarda görülen, distosiye neden olan doğum yolu obstrüksiyonudur. Miyom ile komplike gebeliklerde sezaryen oranı artmıştır ve özellikle alt uterin segment yerleşimli miyomlarda, servikal miyomlarda sezaryen daha çok tercih edilirken, vajinal doğum nadirdir.<sup>7,8</sup> Tian ve ark.nın izole servikal miyomu olan 17 gebe ile yaptıkları çalışmada, sezaryen oranı %94,1 (n:16) bulunmuş ve sezaryen endikasyonunun da en sık (%75) doğum yolu obstrüksiyonu olduğu tespit edilmiş.<sup>7</sup> Yine literatürde vajinal doğum yapmış, en büyüğü 10 cm'yi bulan servikal

miyomlu gebelikler de mevcuttur.<sup>2</sup> Bizim olgumuzda 5 cm'lik servikal miyom obstrüksiyona neden olmamış, sezaryen gereksinimi oluşmamış ve hatta epizyotomi uygulanmadan doğum komplikasyonsuz olarak gerçekleşmiştir. Doğum esnasında miyom düzleşebilmektedir, ancak hangi boyuttaki servikal miyomun doğum yolu obstrüksiyonuna neden olacağı net bilinmemektedir.<sup>9</sup>

Miyomlara gebelik öncesinde, gebelik süresince veya intrapartum ve postpartum müdahale edilebilir. Miyom lokalizasyonuna ve büyüklüğüne göre yarar-zarar oranı değerlendirilerek cerrahi yaklaşım değişkenlik gösterse de genel yaklaşım komplikasyon olmadığı sürece cerrahi müdahaleden kaçınmadır. Servikal miyomlarda servikal damarların yakınlığı ve yoğun anastomozlardan dolayı cerrahi risk artmıştır. Literatürdeki vakalar incelendiğinde servikal miyomlara müdahalenin çoğunlukla antepartum/intrapartum hemoraji ve doğum yolu obstrüksiyonu nedeniyle gerektiği, yine aynı sebeple genelde sezaryen uygulandığı, kimi vakaların da ise histerektomi ile sonuçlandığı görülmektedir.<sup>2</sup> Seçilmiş vakalarda vajinal miyomektomi uygulanarak başarılı sonuçlar da elde edilmiştir.<sup>5</sup> Pedinküllü miyomlarda cerrahi müda-

halenin daha kolay olduğu düşünülse de erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, kanama ve histerektomi gibi istenmeyen sonuçlara yol açabileceğinden komplikasyon olmadığı sürece konservatif izlem seçeneğinin daha uygun olduğu düşünülmektedir.<sup>2,5</sup> Miyomların obstrüksiyona yol açmadığı sürece cerrahi müdahale için doğum sonrasına bırakılabileceği belirtilmiştir.<sup>9</sup> Olgumuzda non-pedinküle miyom postpartum ikinci günde prolabe olarak hemorajiye neden olmuş, eksizye edilmiş ve komplikasyon gelişmemiştir.

Postpartum altıncı aya kadar hastaların %70'ten fazlasında miyom boyutlarında %50'nin üstünde küçülme gözlenebilir ve bu küçülme doğum şekli, canlı doğum, emzirme, hormon kullanımı, enfeksiyon, miyom lokalizasyonu, türü ve büyüklüğü gibi faktörlerle ilişkili olabilir.<sup>10</sup> Gandhi ve ark. term sezaryen sonrası postoperatif dördüncü günde posterior serviksten prolabe olan non-pedinküle 6 cm'lik miyomu pessersiz takip etmişler ve altı hafta sonraki takiplerinde üç kat küçüldüğünü tespit ederek pessersiz prolabe olmadan takip altına almışlar.<sup>6</sup> Olgumuzda aktif hemoraji nedeniyle cerrahi seçeneği daha uygun görülmüştür.

## KAYNAKLAR

1. Laughlin SK, Baird DD, Savitz DA, Herring AH, Hartmann KE. Prevalence of uterine leiomyomas in the first trimester of pregnancy: an ultrasound-screening study. *Obstet Gynecol* 2009;113(3):630-5.
2. Straub HL, Chohan L, Kilpatrick CC. Cervical and prolapsed submucosal leiomyomas complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2010;65(9):583-90.
3. De Vivo A, Mancuso A, Giacobbe A, Savasta LM, De Dominici R, Dugo N, et al. Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37(3):361-5.
4. Lee HJ, Norwitz ER, Shaw J. Contemporary management of fibroids in pregnancy. *Rev Obstet Gynecol* 2010;3(1):20-7.
5. Kilpatrick CC, Adler MT, Chohan L. Vaginal myomectomy in pregnancy: a report of two cases. *South Med J* 2010;103(10):1058-60.
6. Gandhi AC, Dugad HI, Shah Y. A rare presentation of cervical fibroid in pregnancy. *Ann Afr Med* 2014;13(2):88-90.
7. Tian J, Hu W. Cervical leiomyomas in pregnancy: report of 17 cases. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2012;52(3):258-61.
8. Klatsky PC, Tran ND, Caughey AB, Fujimoto VY. Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198(4): 357-66.
9. Nichols DH, Hayes LW Jr. Cervical fibroid in pregnancy and delivery. *Obstet Gynecol* 1953; 2(2):180-2.
10. Laughlin SK, Hartmann KE, Baird DD. Postpartum factors and natural fibroid regression. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204(6):496.e1-6.