

Abdominal Yolla Doğum Yapan Leiomyoma Uterili Olgularda Myomektominin Yeri

THE ROLE OF MYOMECTOMY IN LEIOMYOMA CASES DURING CAESAREAN SECTION

Eray ÇALIŞKAN*, Orhan GELİŞEN**, Meral SÖNMEZER*, Koray ALTUNAY*, Ali HABERAL**

* Dr., SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Araştırma Görevlisi,

** Doç.Dr., SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi, ANKARA

Özet

Amaç: Abdominal yolla doğum yapan leiomyoma uterili kadınlarda myomektomi ve konservatif yaklaşımın intraoperatif ve postpartum komplikasyonlara etkisini araştırmak.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi

Materyal ve Metod: 01.01.1998-30.12.1999 tarihleri arasında abdominal yolla doğum yapan 9220 olgu taranarak leiomyoma uteri saptanan 88 olgu çalışma grubuna alındı. Konservatif yaklaşımın leiomyomu olan, myomu alınmayan 62 leiomyoma uteri olgusu grup I' i , myomektomi yapılan 26 olgu grup II'yi ve leiomyomu olmayan 86 kontrol vakası grup III'ü oluşturdu. Her üç grup arasında prepartum hemoglobinden postpartum hemoglobinin çıkarılmasıyla bulunan deltahemoglobin (DHb) açısından fark araştırıldı. Grup I'de leiomyom lokalizasyonu, leiomyom derinliği ve leiomyom hacminin DHb'e etkisi Pearson korelasyon analizi ile araştırıldı.

Bulgular: Leiomyoma uteri sıklığı %1 idi. Leiomyomu olan olguların yaş ortalaması kontrol grubundan anlamlı oranda yüksekti ($m=31.6 \pm 4.8$, $m= 26.8 \pm 5.1$, $p<0.001$). Grup II' nin postpartum ve intrapartum kan transfüzyonu ihtiyacının (%30.8), grup I (%8.1) ve grup III' den (%5.8) anlamlı olarak fazla olduğu bulundu. Delta hemoglobin değerleri karşılaştırıldığında grup II'deki değişimin ($DHb= 1.9 \pm 1.7$ gr/dl), grup III'den ($DHb= 1.3 \pm 0.8$ gr/dl) anlamlı olarak fazla olduğu grup I' den ise ($DHb= 1.4 \pm 1.08$ gr/dl) farklı olmadığı bulundu. Her üç grupta da postpartum atoni veya endomyometrit izlenmedi. Leiomyom lokalizasyonu ($p= 0.5$), leiomyom derinliği ($p=0.5$) ve leiomyom hacminin ($p= 0.8$) DHb 'e etkisinin olmadığı bulundu.

Sonuç: Sezaryen sırasında myomektomi kan transfüzyonu ihtiyacını arttırmakla birlikte gerektiğinde postpartum morbiditeyi etkilemeden uygulanabilecek güvenilir bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: Sezaryen, Leiomyoma, Myomektomi, Komplikasyonlar

T Klin Jinekoloj Obst 2001, 11:15-19

Summary

Objective: To evaluate the effect of myomectomy and conservative treatment of leiomyoma uteri during caesarean section on intraoperative and postpartum complications.

Institution: SSK Ankara Maternity and Women's Health Teaching Hospital

Materials and Method: Eighty-eight women diagnosed to have leiomyoma uteri during 9220 consecutive caesarean deliveries between 01.01.1998- 30.12.1999 were included in the study. Conservatively treated 62 cases (group I) were compared with 26 myomectomy cases (group II) and 86 control cases (group III). Delta hemoglobin (DHb) was calculated by subtracting postpartum hemoglobin value from prepartum hemoglobin and values were compared between groups. The effect of leiomyoma localization, leiomyoma depth and leiomyoma volume on delta hemoglobin was evaluated via Pearson correlation analysis.

Results: Leiomyoma uteri prevalence during caesarean section was 1%. The mean age of leiomyoma uteri cases was found to be older than the control group ($m= 31.6 \pm 4.8$, $m = 26.8 \pm 5.1$, $p<0.001$). Intraoperative and postoperative need for blood transfusion was more frequent in group II (% 30.8) than in group I (%8.1) and group III (%5.8). Delta hemoglobin value of group II ($DHb= 1.9 \pm 1.7$ gr/dl) was significantly higher than group III ($DHb= 1.3 \pm 0.8$ gr/dl) but not statistically different from group I ($DHb= 1.4 \pm 1.08$ gr/dl). There was no case of postpartum atonia or endomyometritis. Leiomyoma localization ($p=0.5$), leiomyoma depth ($p=0.5$) and leiomyoma volume ($p=0.8$) were found to have no effect on DHb.

Conclusion: Myomectomy during caesarean section increases the need for blood transfusion but can be safely performed without causing any significant effect on postpartum morbidity.

Key Words: Caesarean section, Leiomyoma, Myomectomy, Complications

T Klin J Gynecol Obst 2001, 11:15-19

Geliş Tarihi: 27.03.2000

Yazışma Adresi: Dr.Eray ÇALIŞKAN
Ballıbaşa sk. 86/3
Esat, ANKARA

Leiomyoma uteri kadınların %20-40'ında görülen ve sıklığı ileri reproduktif çağlarda artan pelvisin en sık karşılaşılan solid tümördür (1). Gebeliklerin %0.3-3.9'unda leiomyomların

görülmesi obstetride devamlı güncelliğini koruyan bir konu olmasına yol açmıştır (2,3). Leiomyomların çoğu gebelik sırasında asemptomatik kalmakla birlikte erken membran rüptürü (4), preterm doğum (5), plasenta dekolmanı (5,6), intrauterine gelişme kısıtlılığı (7) gibi antepartum komplikasyonlar ve hemoraji (3,5), sepsis (8) ve endomyometrit (5,8) gibi postpartum komplikasyonlardan sorumlu tutulmuşlardır. Tüm bu komplikasyonların önlenmesi amacıyla, gebelik esnasında veya sezaryenle doğum sırasında yapılan myomektomilerin yoğun kanamaya yol açtığını ve yapılmaması gerektiğini bildiren klasik görüşe (3,5) karşın, dikkatli seçilmiş olgularda güvenli bir metod olduğunu bildiren birçok seri mevcuttur (9,10).

Bu çalışmanın amacı abdominal yolla doğum yapan leiomyoma uterili kadınlarda myomektomi ve konservatif yaklaşımın intraoperatif ve postpartum komplikasyonlara etkisini vaka-kontrollü bir metodla araştırmaktır.

Materyel ve Metod

SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi'nde 01.01.1998 - 30.12.1999 ta-rihleri arasında abdominal yolla doğum yapan 9220 olgunun operasyon notları taranarak sezaryen sırasında leiomyoma uteri saptanan 88 olgu çalışma grubuna alındı. Kontrol grubuna ise leiomyoma olgularından sonra gelen ilk leiomyomu olmayan olgu alındı. Dosya kayıtları yeterli olmayan iki olgu kontrol grubundan çıkarılarak kalan 86 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm olguların obstetrik öyküleri, sezaryen endikasyonları, mevcut gebelik sırasında oluşan intrauterine gelişme kısıtlılığı (IUGR), preeklampsi, plasenta previa, plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü (EMR) gibi komplikasyonlar, intraoperatif gözlemler, doğum ağırlıkları, prepartum hemoglobin değerleri not edildi. Prepartum hemoglobin değeri <10 gr/dl olan olgular anemik kabul edildi. Postpartum hemoglobin değerlerinin tayini için transfüzyon yapılan olgularda son transfüzyondan iki saat sonraki değer, yapılmayan olgularda ise onikinci saat kontrol değeri göz önünde bulunduruldu.

Olguların tümüne intraoperatif bir gram i.v. Cefazolin sodium ve 500 cc izotonik mayi içinde

20 ünite oksitosin i.v. infüzyon şeklinde uygulandı. Postoperatif dönemde sekiz saat arayla 5 ünite oksitosin üç kez i.m. ve onikinci saatte Cefazolin sodium'un ikinci dozu i.m. uygulandı.

Leiomyoma uterili 88 olgudan konservatif yaklaşılan 62 olgu grup I'i, myomektomi yapılan 26 olgu grup II'yi, kontrol vakaları grup III'ü oluşturdu. Grup I ve II' deki leiomyom hacmi $4/3\pi abc$ formülü ile hesaplandı (a,b ve c leiomyomların üçboyutlu çapının yarısı olarak alındı.). Birden fazla leiomyomu olan olgularda hacimler toplanarak toplam myom hacmi oluşturuldu. Leiomyomların lokalizasyonu fundus, korpus, istmus olarak, derinlikleri ise submüköz, intramural ve subseröz olarak sınıflandı. Olguların kanama miktarları "prepartum hemoglobin - postpartum hemoglobin = delta hemoglobin (DHb)" formülü ile araştırıldı.

Her üç grup arasındaki devamlı değişkenlerin farkları bağımsız örneklerde t-testi kullanılarak, kategorik değişkenlerin farkı ise ki-kare testi kullanılarak araştırıldı. Grup I' de leiomyom lokalizasyonu, leiomyom derinliği, leiomyom hacminin delta hemoglobin ile ilişkisi Pearson korelasyonu analizi kullanılarak araştırıldı.

Bulgular

Hastanemizde abdominal yolla doğum yapan kadınların %1'inde leiomyoma uteri olduğu bulundu. Olguların yaşları araştırıldığında grup I olguların 31.5 ± 4.8 yaşında, grup II olguların 32.07 ± 4.6 yaşında ve grup III olguların 26.8 ± 5.1 yaşında oldukları bulundu. Grup I ve II arasında yaş açısından anlamlı bir fark yokken, grup III hastaların yaşlarının grup I ve II'den istatistiksel olarak daha düşük olduğu bulundu ($p < 0.001$). Grup I, II ve III'ün parite açısından birbirlerinden farklı olmadığı bulundu (sırasıyla 1.04 ± 1.07 , 0.8 ± 1.6 , 0.6 ± 1.1). Nullipar hastaların leiomyoma uterili olguların %50'sini oluşturduğu ve yaş ortalamalarının 30.1 ± 4.06 yıl olduğu bulundu.

Leiomyoma uterili olgularla kontrol grubunu oluşturan olguların seçilmiş özellikleri Tablo 1'de verildi. Postpartum enfeksiyon riskini etkileyebilecek EMR faktörünün leiomyoma uterili olgularda kontrol grubundan anlamlı olarak daha sık olduğu bulundu. Postpartum kanama miktarında etkili olabilecek faktörlerden makrozomik fetus varlığı

Tablo 1. Seçilmiş hasta özellikleri

	Grup I ve Grup II (n= 88)	Grup III (n= 86)	p
IUGR	11 (%12,5)	9 (%10,5)	0,6
Preeklampsi	12 (%13,6)	2 (2,3)	0,01*
EMR	17 (%19,3)	6 (%7)	0,02*
Plasenta previa	1 (%1,1)	1 (%1,2)	0,9
Plasenta dekolmanı	2 (%2,3)	-	0,1
Preterm eylem	8 (%9,1)	2 (%2,3)	0,05
Doğum ağırlığı	3084±671	3364±610	0,005*
Makrozomik fetus (≥ 4000gr)	5 (%5,6)	13 (%15,1)	0,04*
Nulliparite	44 (%50)	55 (%64)	0,06

*İstatiksel olarak anlamlı, $p < 0.05$.

kontrol grubunda daha sık izlenirken, plasenta previa ve plasenta dekolmanının leiomyoma uterili olgular ve kontrol grubundaki dağılımının istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı bulundu. Preeklampsi tanısı konulan olgular leiomyoma uterili hasta grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla bulunmasına karşın hiçbir olguda HELLP sendromunun ve ya < 100.000 trombosit sayısının olmadığı görüldü.

Tüm olgularda sezaryen ile doğum endikasyonlarının dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Leiomyomların lokalizasyon, derinlik ve hacimlerinin grup I ve II'deki dağılımı Tablo 3'de verilmiştir. Grup I olgularında myomların daha çok intramural yerleştiği bulunurken grup II olgularında subseröz yerleşim daha sık olarak bulundu.

Olguların tam kan sayımlarının incelenmesi sonucu prepartum ortalama hemoglobin değerleri, prepartum anemi, intraoperatif ve postpartum transfüzyon ihtiyacı gösteren olguların dağılımı Tablo 4'de verildi. Grup II olguların postpartum ve intrapartum transfüzyon ihtiyacının grup I ve III'den anlamlı olarak yüksek olduğu DHb değerlerinin karşılaştırılması sonucunda ise grup II'deki değişimin grup III'den anlamlı olarak fazla olduğu, grup I'den ise anlamlı farklılığının olmadığı bulundu.

Grup I'de leiomyoma derinliğinin, lokalizasyonunun, hacminin DHb değerleri ile korelasyonu sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı bulunamadı (sırasıyla $p = 0,5$, $p = 0,8$ ve $p = 0,9$).

Postpartum dönemde hiçbir olguda yara yeri

enfeksiyonu, postpartum endometrit ve sepsis izlenmedi. Leiomyoma uterili olguların ikisinin yenidoğanları immatürite ve respiratuvar distress sonucu exitus oldu. Olguların hiçbirisi postpartum üç günden fazla hospitalizasyon ve gözleme ihtiyaç göstermedi.

Tartışma

Leiomyoma görülme sıklığının ileri reproduktif çağlarda arttığı gerçeği (1) ilk gebeliğini otuzlu yaşlara ertelemiş kadınlarda obstetrisyeni meşgul eden bir sorun olmasına neden olmuştur. Çalışmamızda leiomyomu olan olguların %50'sinin nullipar oluşu ve yaş ortalamalarının otuzun üzerinde olması bu sorunun gerçekliğini kanıtlamaktadır.

Literatürdeki yoğun bilgi birikimine rağmen leiomyomlara gebelikte yaklaşım konusunda halen bir görüş birliği mevcut değildir. Genel görüş sadece semptomatik ve hızlı büyüyen myomların tedavi edilmesi yönünde olmakla birlikte (11) abdominal yolla doğum sırasında leiomyomları gözlenen ve tekrar gebe kalmayı planlayan primipar olgulara yaklaşım çözüm bekleyen bir konudur. Abdominal yolla doğum yapan olgularda myomektominin konservatif yaklaşıma oranla güvenilirliği, myomektomi yapılan olgularda rekürrens sıklığı ve zamanlaması, konservatif yaklaşım olgularda leiomyomun takip eden gebeliğe etkisi belirsizliğini koruyan konulardır.

Birçok yazar abdominal yolla doğum sırasında elektif myomektominin morbidite ve kanamayı

Tablo 2. Olguların sezaryen endikasyonlarını dağılımı

	Grup I		Grup II		Grup III	
	N	%	N	%	N	%
Elektif sezaryen	20	32	14	53,8	25	29
Fetal Distress	16	25	4	5,3	23	26,7
Sefalopelvik uygunsuzluk	2	3,2	-	-	21	24,4
Geçirilmiş sezaryen	16	25	4	15,3	2	2,3
Malprezentasyon	5	8	2	7,6	12	13,9
Şiddetli preeklampsi	2	3,2	2	7,6	1	1,1
Plasenta previa totalis	-	-	-	-	1	1,1
Kordon prolapsusu	1	1,6	-	-	1	1,1

Tablo 3. Leiomyomların lokalizasyon, derinlik ve hacimlerinin dağılımı

	Grup I		Grup II		p
	N	%	N	%	
Myom lokalizasyonu					
Fundus	12	19	2	8	0,1
Korpus	44	71	20	77	0,5
İstmus	6	10	4	15	0,4
Myom derinliği					
Submüköz	2	3	-	-	0,3
Intramural	34	55	6	23	0,007*
Subseröz	26	42	20	77	0,003*
Myom hacmi	80,7±125		92,7±111		0,6

*İstatistiksel olarak anlamlı, $p < 0.05$

Tablo 4. Olgularda kan tablosu, anemi ve transfüzyon ihtiyacının dağılımı.

	Grup I	Grup II	Grup III
Prepartum hemoglobin (gr/dl)	11,2±1,5	10,9±1,2 ^a	11,6±1,1
Transfüzyon ihtiyacı gösteren olgu sayısı	5 (%8,1)	8 (%30,8) ^b	5 (%5,8)
Prepartum anemik olgu sayısı	14 (%22,6) ^c	4 (%15,4) ^c	5 (%5,8)
DHb (gr/dl)	1,4±1,08	1,9±1,7 ^c	1,3±0,8

^aGrup III'ten istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük, $p < 0.05$, Grup I' den istatistiksel olarak farklı değil, $p > 0.05$

^bGrup I ve Grup III'ten istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek, $p < 0.05$

^cGrup III'ten istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla, $p < 0.05$

ar-tırdığını belirtmiş ve yapılmamasını tavsiye etmiş-tir (3,5). Exacoustos ve ark.'ları (5) sezaryen sıra-sında yaptıkları dokuz myomektominin üçünde aşırı kanama nedeniyle histerektomi yapmak zorunda kaldıklarını belirtmiştir. Sezaryen sırasında myomektominin yapılmamasını savunan bir başka yazıda myomların postpartum

dönemde uterus involusyonu ile küçüleceği ve myomektominin bu dönemde veya planlanan gebelikten önce yapılmasının daha mantıklı olacağı belirtilmiştir (3). Burton ve ark.'ları (12) sezaryen sırasında myomektomi yaptıkları 13 hastanın sadece birinde aşırı kanama nedeniyle uterin arter ligasyonu yaptıklarını ve sezaryen sırasında my-

omyektominin güvenilir olduğunu belirtmişlerdir. Michalas ve ark.'ları (9) sezaryen sırasında myomektomi yaptıkları 32 olguda herhangi bir komplikasyonla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir. Ortaç ve ark.'ları (13) ise sezaryen sırasında 22 olguda elektro-koter veya argon koagülatörü kullanılarak belirgin bir kanama ve komplikasyona yol açmadan myomektomi yaptıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda myomektomi yapılan olguların leiomyomu olup konservatif davranılan olgularla karşılaştırılması sonucunda myomektomi yapılan olguların daha fazla kan transfüzyonuna ihtiyaç duyduğu DHb değerlerinin ise farklı olmadığını buldu.

Leiomyomların sorumlu tutulduğu sepsis (8) ve endomyometrit (3,5,8) gibi komplikasyonlar bizim serimizde izlenmedi. Erken membran rüptürünün leiomyoma uterili olgularda daha sık görülmesine karşın postpartum enfeksiyonun gözlenmemesi erken membran rüptürü olan olguların ilk 24 saatte doğurtulmasına ve preterm olgulardaki erken membran rüptüründe uygulanan antibiyotik profilaksisine bağlandı.

Leiomyoma uterili olgularda postpartum atoninin daha sık olduğunu bildiren yayınlar olmakla birlikte (3,14), çalışmamızda leiomyomu olan ancak myomektomi yapılmayan olgularda atoni görülmemiştir. Leiomyomu olmayan olgularla karşılaştırıldığında, myomektomi yapılmayan leiomyumlu olguların transfüzyon ihtiyacı ve DHb değerlerinin farklı olmaması, leiomyomun atoni ve postpartum hemoraji sıklığını arttırmadığını belirten yayınlarla aynı görüştedir (7,15).

Çalışmamızda myomektomi yapılan olgularda DHb değeri kontrol grubundan daha düşük olmakla beraber sezaryen sırasında myomektominin postpartum morbiditeyi etkilemeyen, güvenilir bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

Myomektomi yapılan olgularda beş yıllık leiomyom rekürrens hızının < %10 olması (16), myomektominin daha sonra gerekebilecek relaparotomi ihtiyacını ve takip eden gebeliklerde oluşabilecek leiomyoma bağlı komplikasyonları ortadan kaldırabilmesi seçilmiş vakalarda,

sezaryen sırasında yapılan myomektomiye tercih edilebilecek bir yöntem haline getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Wallach EE, Vu KK. Myomata uteri and infertility. *Obstet Gynecol Clin North America* 1995; 22(4) :791-99.
2. Karin G, Palvio DHB, Lauritsen JG. Uterine Myoma in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1990; 69: 617-9.
3. Phelan JB. Myomas and pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North America* 1995; 22(4) : 801-805.
4. Davis JL, Ray-Mazumder S, Hobel CJ, Baley K, Sassoon D. Uterine leiomyomas in pregnancy: a prospective study. *Obstet Gynecol* 1990; 75(1): 41-4.
5. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 1993; 82: 97-101.
6. Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 1212-6.
7. Aydeniz B, Wallwiener D, Kocer C, Grichke EM, Diel IJ, Sohn C, Bastert G. Significance of myoma induced complications in pregnancy: A comparative analysis of pregnancy course with and without myoma involvement. *Z Geburtshilfe Neonatol* 1998; 202(4): 154-8.
8. Katz VL, Dotters DC, Druagemueller VU. Complications of uterine leiomyomas in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 593-6.
9. Michalas SP, Oreopoulou FV, Papageorgioi JS. Myomectomy during pregnancy and cesarian section. *Human Reproduction* 1995; 10(7):1869-70.
10. Müngen E, Ertekin AA, Yergök YZ, Ergür AR, Tütüncü L. Gebelikte myomektomi: Bir olgu sunumu ve gebelikte myoma uterinin yönetimi. *Jinekoloj Dergisi* 1997; 11:179-81.
11. Riberio SC, Reich H, Rosenberg J, Guglielminetti E, Vidali A. Laparoscopic myomectomy and pregnancy outcome in infertile patients. *Fertil Steril* 1999; 71(3): 571-4.
12. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1989; 74: 707-9.
13. Ortaç F, Güngör M, Sönmezer M, Cengiz B, Atabekeoğlu C. Myomectomy during cesarean section. *Gynecol Obstet Reprod Med* 1999; 5: 18-20.
14. Kommos F, Degreorio G, Strittmatter B, Pfisterer J, Karck U, Zahradrik HP, Breckwoldt M. Geburtshilfliche komplikationen, frequenz und indikationen der kaiserschnittenbindungen bei uterus myomatosus. *Geburtsh u Frauenheilk* 1993; 53: 564-7.
15. Roberts WE, Fulps KS, Morisson JC, Martin JN. The impact of leiomyomas on pregnancy. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1999; 39: 43-7.
16. Candiani GB, Fedele L, Parazzini F, Villa L. Risk of recurrence after myomectomy. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 385-9.