

OLGULAR

VİRGİN OLGUDA HİSTEROSKOPİK SUBMUKÖZ MYOMEKTOMİ

Dr. Recai PABUÇCU (*), Dr. Ümit GÖKTOLGA (*),
Dr. S.Temel CEYHAN (*), Dr. C.Mutlu ERCAN (*)

Gülhane Tıp Dergisi 46 (4) : 329 - 332 (2004)

ÖZET

Giriş: Pelvik neoplazmlar içerisinde en sık görülen leiomyomalar, pelvik ağrı, menoraji, bası komplikasyonları, rekürren gebelik kayıpları ve infertilite ile semptomatik olabilmektedir. Uterin lümenine doğru büyüme gösteren submuköz myomların tanıları ise ultrasonografi, sonohisterografi ve histeroskopi ile konulabilmekte; histeroskop ile aynı seansta myomektomi de uygulanabilmektedir.

Olgu Sunumu: Üç ay öncesinde vaginal kanama şikayeti başlamış olan menometrorajik 40 yaşındaki virgin hastaya submuköz myom nedeniyle uygulanan ofis histeroskopi işlemi sunulmuştur.

Sonuç: Premenopozal anormal uterin kanamalı olguların %24.8'inde görülen submuköz leiomyomların tanı ve tedavisinde histeroskopi etkin ve güvenilir bir prosedür olarak önemli bir yere sahiptir. Günümüzde, histeroskopi intrauterin lezyonların evalüasyonunda kullanım kolaylığı ve iyi sonuçları açısından 'Gold Standart' teknik olarak kabul edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Histeroskopi, Submuköz Myom, Virgin, Menoraji.

SUMMARY

Hysteroscopic Submucous Myomectomy in a Virgin Case

Introduction: Leiomyomas which is the most common pelvic neoplasm can be symptomatic with pelvic pain, menorrhagia, complications of pressure, recurrent miscarriages and infertility. Ultrasonography, sonohysterography and hysteroscopy can be used in the diagnosis of submucous myomas which grow into the uterine cavity. Moreover myomectomy can be performed with hysteroscopy in the same session.

(*) GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD.

Reprint Request: Dr. Ümit GÖKTOLGA, GATA Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD. 06018, Etlik/ANKARA

Kabul Tarihi: 27.7.2004

e-mail: ugoktolga@gata.edu.tr

Case Report: An office hysteroscopy procedure, which was applied to a forty year old, virgin, menometrorrhagic patient who has had a vaginal bleeding for three months has been presented.

Result: In the diagnosis and treatment of submucous leiomyomas which is in the 24.8% of cases with premenopausal abnormal uterine bleeding, hysteroscopy has an important place as an effective and safe procedure. Recently hysteroscopy has been accepted as the "Gold standard technique" because of its successful results and usage convenience in the evaluation of intrauterine lesions.

Key Words: Hysteroscopy, Submucous Myoma, Virgin, Menorrhagia.

GİRİŞ

Pelvik tümörler içerisinde en sık görülen leiomyomaların kesin insidansı bilinmemekle birlikte, 35 yaş üzerindeki kadınların %25 kadarında palpabl lezyonların olduğu tahmin edilmektedir. Bu yüksek karşılama oranı, ancak semptomatik leiomyomalı olgularda müdahale düşünülmesi gerektiği fikrini desteklemektedir. Sıklıkla doğurganlık çağındaki kadınlarda gözlenen leiomyomlar postmenopozal dönemde gerilemektedir. Bu durumda, myomektomi semptomatik, üreme çağındaki, çocuk isteği olan hastalar ile sınırlandırılmalıdır(1).

Leiomyomlar; pelvik kitle, ağrı, menoraji, komşu organlara bası komplikasyonları, rekürren gebelik kayıpları ve infertilite ile semptomatik olabilmektedirler.

Submuköz myomlar endometriyumun hemen altında uzanır ve uterin lümenine doğru büyürken endometriuma bası yapma eğilimindedirler. Tanıları genellikle kolay olup pelvik/transvajinal ultrasonografi ve sonohistografide uterus lümenine protrüze halde görülürler. Submuköz myom tanı ve tedavisinde histeroskopi önemli bir yere sahiptir. Özellikle pelvik muayene esnasında fark edilemeyen ancak intrakaviter lokalizasyonu nedeniyle anormal uterin kanamaya yol açan submuköz myomların tedavisinde önemlidir(2). Anormal uterin kanamalı premenopozal kadınların %24.8'inde submuköz myom varlığı (sıklıkla intramural invazyonla birlikte) gösterilmiştir(3).

Persiste uterin kanama nedeniyle histerogramın yapılamadığı olgularda, histeroskopi ile tanı konularak gereksiz küretaj önlenerek tedaviye gidilebilir.

Submuköz myomu bize düşündürcek ilk bulgu, anamnezde ağır ve uzamış menstruel kanama varlığıdır. Histerosalpingografide submuköz myom, yalnızca bir dolma defekti olarak görüleceğinden tanıdaki yeri sınırlıdır. Transvajinal sonografik inceleme deneyimli ellerde intrauterin lezyonların tanımlanmasında yüksek spesifite ve yüksek negatif prediktif değere sahiptir(4,5). Bu yöntemler ile submuköz myom ve endometrial polip ayrımı yapılabilmesi oldukça zordur. Transvajinal sonografik inceleme esnasında, uterin kavitenin salin solüsyonu infüzyonu ile genişletilerek gözlemlenmesine dayanan sonohisterografi tanıda daha sensitif bir metot olarak görülmektedir. Ancak, histeroskopi intrakaviter lezyonların tanımlanmasında; myomların boyut, yerleşim ve sayıları hakkında kesin bilgiler verdiğinden günümüzde kullanılan en etkin metottur(6). Ayrıca, histeroskopinin vierge (virgin=bakire) hasta grubunda da hymene zarar vermeden kullanılabilir olması da ayrı bir avantaj sağlamaktadır.

Histeroskopide, uterus lümeninde submuköz myom protrüze halde atrofik bir endometrium ile çevrili olarak ve çevre mukozadan daha açık renkte olarak izlenir. Yüzeyinde dilate damar yapıları gözlemlenebilir ve histeroskopun ucuna gösterdiği dirençten sert yapısı anlaşılır. Myom itilemeyen, ancak etrafından dolaşılabilen bir engel oluşturur. Ancak pedinküllü oluşu myomu bu karakteristik özelliklerinden uzaklaştırarak, endometrial poliplerle ayrımını güçleştirir. İntramural myomlar ise, kavitede hafif bir protrüzyona sebebiyet verebilirler. Mukozalarının çevreden farksız oluşu çoğu kez atlanmalarının ana nedenidir. Ancak histeroskop ile internal os'tan bakıldığında uterin kavitedeki asimetri bize intramural myom varlığını düşündürmelidir.

Submuköz myomların histeroskopik olarak çıkartılmasının endike olduğu durumlar; anormal uterin kanama, tekrarlayan gebelik kayıpları ve myoma bağlı infertilitedir. Histeroskopik myomektominin kontrendike olduğu durumlar ise yeterli distansiyonun sağlanamayacağı 12 cm' den daha geniş uterin kaviteye sahip olan, endometrial hiperplazi veya karsinoma şüphesi olan, üst genital trakt enfeksiyonları olan, sıvı yüklenmesinin kontrendike olabileceği ciddi karaciğer, böbrek veya kardiak hastalığı olan ve leiomyosarkoma şüphesi bulunan olgulardır.

Preoperatif hazırlık aşamasında, 4 cm veya üzerinde myomu olan ve ciddi anemi saptanılan olgularda, preoperatif Gonadotropin Releasing Hormon Agonisti (GnRHa) kullanımı önerilmektedir. Tedaviye en uygun başlama zamanı stimülasyon etkilerini

minimalize edebilmek için midluteal faz olmalıdır. Analog tedavisine üç ay süreyle devam edilmelidir. Myomların %10'unun GnRHa'larına yanıt vermediği gözlemlenmiştir ki bu gibi kondüsyonlarda, leiomyosarkoma akla getirilmelidir. GnRH analogları uterus ve leiomyomun boyut ve vaskülaritesini azaltarak etki gösterdiklerinden cerrahi için uygun ortam hazırlamaktadırlar.

OLGU SUNUMU

40 yaşındaki bekar, virjin bayan hasta, üç aydır süren adet düzensizliği, şiddetli vajinal kanama şikayetleri ile jinekoloji polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde, geçmişe ait herhangi bir jinekolojik rahatsızlık tanımlamayan hastanın mevcut menoraji tablosunun, 3 ay öncesinde başladığı ve medikal tedavi almadığı öğrenildi. Soy geçmişinde özellik olmayan hastanın öz geçmişinde kolelityazis nedeniyle geçirilmiş laparoskopik kolesistektomi hikayesi mevcuttu. Hastanın yapılan sistemik muayenesinde, anormal bulguya rastlanılmadı. Jinekolojik muayenede, vulva normal, hymen intact olarak izlendi. Hastanın rutin laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi (Hct:%31.6, Hb:11.3gr/dl). Yapılan abdominal ultrasonografide, uterus boyutlarının normal, myometriumun homojen olduğu, ancak endometrial kavitede polip veya submuköz myomu düşündürcek tarzda 14 mm' lik kaviteye doğru genişleme gösteren endometrial ekoda düzensizlik yaratan oluşum izlendi. Endometrium çift duvar kalınlığı 8 mm olarak ölçüldü ve bilateral adneksial alanlar normal olarak değerlendirildi. Hastaya tanı/tedavi amaçlı ofis histeroskopi uygulanması için karar alındı.

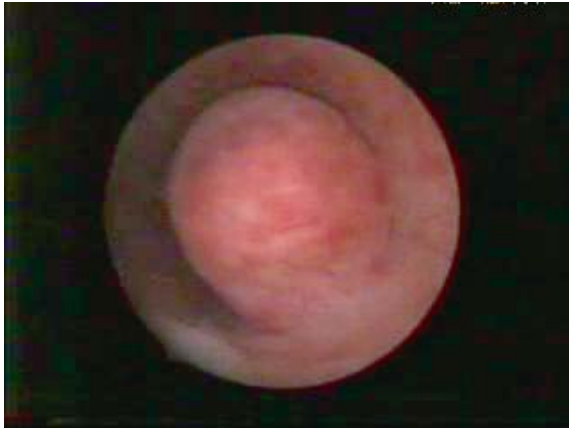
Mevcut klinik tablosu stabil olarak değerlendirilen hastaya GnRHa uygulamasına gerek duyulmadı. 3 gün sonrasına operasyon için randevu verilen hastaya, işlemden 4 saat öncesinde servikal dilatasyonda sağlayacağı fayda göz önünde bulundurularak oral misoprostol (Cytotec tb. 200µg) uygulandı ve sonrasında ameliyathane şartlarında başlangıçta anestezi verilmeden ofis histeroskopi işlemine geçildi. Saat iki hizasındaki hymenal orifis ten 5 mm çaplı 30°'lik rigid ofis histeroskop (Storz) ile vajinaya girildi. İşlem esnasında distansiyon medyumunu olarak kullanılan steril serum fizyolojik solüsyonu, histeroskopa "Hamou endomatı" vasıtasıyla gönderildi. Histeroskopun servikal os'u geçişini müteakip boşaltma musluğu açılarak, SF solüsyon ile intrauterin irrigasyon yapıldı ve net vizualizasyon sağlandı. Kavitede fundal posterior yerleşimli yaklaşık 1.5 cm'-lik pedinküllü elipsoid yapıda evre I, submuköz leiomyom izlendi. (Resim 1.1A) Bu aşamada,

Histeroskopik Submuköz Myomektomi

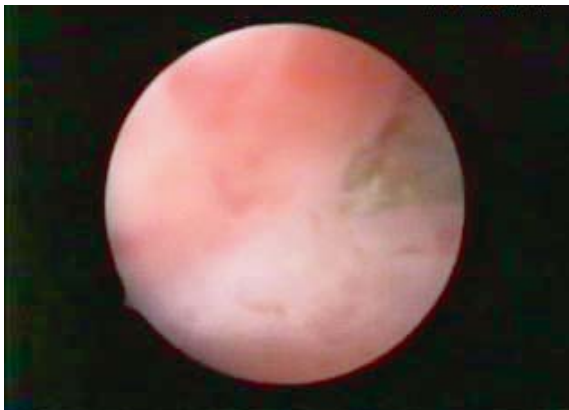
histeroskopik myomektomi kararı alınarak genel anesteziye geçildi. Distansiyon medyumu olarak yüksek viskoziteli sıvı olan Glisin %1.5 tercih edildi. Öncelikle kavite bu medyum ile irrigate edildi. Histeroskopik makas ve monopolar kesici iğne (needle cutting electrode) propları kullanılarak myom pedikülünden ayrıldı. (Resim 1.1B) Endometriumda rezeksiyon sonrası oluşan kanama odağındaki hemostaz kesici iğnenin koagülasyon ucu ile sağlandı. Son olarak rezeke edilen myom, histeroskopik myom fiksatorü ile dar açılı kenarından fikse edildi ve ofis histeroskop ile beraber servikal os ve vajinadan dışarıya alınarak işleme son verildi. (Resim 1.1C) Bu işlemler esnasında hymen travmatize edilmedi ve işlem sonunda yapılan kontrolde herhangi bir laserasyon odağı oluşmadığı izlendi. Toplam operasyon süresi 12 dakika idi.

Hastaya antibiotik profilaksisi olarak, intraoperatif tek doz 'Sefazolin Na 1gr' intravenöz yolla uygulandı. Postoperatif dönemde antibiyoterapiye gerek duyulmadı, analjezik olarak parasetamol 1500 mg/gün, 2 gün süreyle tercih edildi.

Alınan materyalin patolojik incelemesi sonucu 'leiomyoma uteri' olarak rapor edildi.



Resim:1.1A



Resim:1.1B



Resim:1.1C

TARTIŞMA

1869 yılında Panteleoni ile başlayan jinekolojik endoskopi çalışmaları, günümüzde gelişmiş laparoskopi ve histeroskopileri ve bunlar ile ilişkili diğer endoskopik yöntemleri kullanıma sokmuştur. Histeroskopi, günümüzde hem tanı hem de tedavi amaçlı kullanım alanı bulmaktadır.

Tanısal amaçlı uygulanan ofis histeroskopiye makas, forceps eklenerek yapılan değişiklikler, operatif koşullarda elektrokoter, laser uygulamaları ile tamamlanmıştır.

Histeroskopik myomektomi; operatif histeroskop ile 9 mm' ye kadar servikal dilatasyon sağlandıktan sonra uterin kaviteye operatif histeroskopun yerleştirilip direkt veya video kamera ile gözlemlenmesi ile yapılabilir. Bu esnada uterin kavite distansiyonu yüksek viskoziteli (%32 Dextran-70, Hyskon) veya non-elektrolit düşük viskoziteli sıvılar (Glycine %1.5 veya Sorbitol %3) ile sağlanmalıdır.

Myomektomi rezektoskop, Nd-YAG laser veya histeroskopik makas kullanılarak yapılabilir. Bizim olgumuzda hastamız virjin olduğundan, operatif histeroskopi uygulanamamış işlem 5 mm' lik ofis histeroskopun makas ve monopolar kesici iğne probu ile tamamlanmıştır. Nd-YAG laser rezektoskopa kıyasla daha pahalı bir yöntem olduğundan geniş kullanım alanı bulamamıştır. Bizim olgumuzda kullandığımız ve soğuk enstrümanlar olarak tariflenen histeroskopik makas, sık kullanılmasına karşın hemostatik özelliğinin olmamasından dolayı kanamaya yol açabileceği unutulmamalıdır. Deneyimli ellerde submuköz myomektomi için rezektoskop kullanımı en etkin yöntemdir. Bu teknikte, myom 80-100 W arası unipolar akım kullanılarak traşlanmaktadır. Traşlanma işlemine myomu çevreleyen normal endometrium seviyesine ulaşıncaya kadar devam edilmelidir. Intramural yayılım gösteren veya büyük

submuköz myomlar içinse, myomun iki ayrı seansta uzaklaştırıldığı iki aşamalı operasyon önerilebilir.

Bir diğer teknikse elektrocerrahi kullanılarak yapılan vaporizasyon işlemidir ki, bu yöntemde, myom tamamıyla vaporize edilir. Malignitenin ekarte edilebilmesi için mutlaka işlem öncesinde lezyondan patolojik inceleme için örnek materyal alınmalıdır.(7)

Mettler L. ve ark. en sık histeroskopi endikasyonlarını, sırasıyla anormal vajinal kanama, endometrial ablasyon, polipektomi ve myomektomi olarak bildirmişlerdir. İki yıllık deneyimleri sonucu 726 hastaya histeroskopi uygulamışlar ve sonuçlarını uterin polip, submuköz myom ve hiperplastik endometrium olarak rapor etmişlerdir. Yalancı pasaj ve uterin perforasyonun ilk sırayı aldığı komplikasyon sıralamasında total oran %1.65 olarak bildirilmiştir(8).

Cerrahi esnasında dikkatle monitorize edilmesi gereken önemli bir husus da sıvı dengesidir. 1500 ml' den fazla negatif sıvı balansı, hiponatremi elektrolit imbalansı ve bunlara sekonder pulmoner ve beyin ödemi ile sonuçlanabilir. Volüm açığı 1000 ml veya üzerinde ise serum elektrolitleri ölçümü ve diüretik uygulanması (10 mg furosemid) önerilmektedir.

Servikal stromaya işlem öncesi dilue vazopressin solüsyonu enjeksiyonu kanamayı azaltarak operasyon süresini kısaltmakta ancak sıvı intravazasyonu üzerine etkili olmamaktadır (9,10,11). Glisin absorpsiyonu premenopozal ve postmenopozal hastalarda farklılık göstermemektedir (12).

Histeroskopik myomektomi erken komplikasyonları; servikal yırtık, uterin perforasyon (servikal dilatasyon veya myomektomi esnasında), mesane veya bağırsak termal yaralanmaları ve sıvı yüklenmesidir. Geç komplikasyonları ise; enfeksiyon, intrauterin adezyonlar, rekürrens ve gebelik esnasında uterin rüptür (13) olabilir.

Diagnostik histeroskopi uygulamaları, çok daha düşük komplikasyon oranlarına sahiptir (14). Operatif işlemler esnasında, en sık uterin perforasyon (0.76%) görülmekle birlikte bunların yaklaşık yarısı uterin kaviteye giriş esnasında oluşmaktadır.

Histeroskopi, uterin kavite lezyonlarının evalüasyonunda minimal invazif oluşu düşük komplikasyon oranı ve güvenilirliği ile günümüzde "Gold Standart" metottür. Rezekoskopik operasyonlardaki gelişmeler sayesinde, histeroskopi virjin hastalardaki uterin ve vajinal kaynaklı patolojilerin tanı ve tedavisinde daha yaygın kullanım alanı bulabilecektir(15).

KAYNAKLAR

1. Parker, W.H., Rodi, I.A.: Patient selection for laparoscopic myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparoscop* 2:23-28, 1994.

2. Burnett, A.F. *Clinical Obstetrics and Gynecology: aproblem based approach. Blackwell Science publications* 2001:356-61.
3. Torrejon, R., Fernandez-Alba, J.J., Martin, C.A., et al: The value of hysteroscopic exploration for abnormal uterine bleeding. *J am Assoc Gynecol Laparoscop* 4:453-456, 1997.
4. Fedele, L., Bianchi, S., Dorta, M.: Transvaginal ultrasonography versus hysteroscopy in the diagnosis of uterine submucous myomas. *Obstet Gynecol* 77:745, 1991.
5. Vercellini, P., Cortesi, I., Oldani, S., et al: The role of transvaginal ultrasonography and outpatient diagnostic hysteroscopy in the evaluation of patients with menorrhagia. *Hum Reprod* 12:1768-1771, 1997.
6. Tulandi, T., Al-Took, S. Endoscopic myomectomy. *Obs and Gynecol Clin of North America* 26:135-48, 1999.
7. Glasser, M.H.: Endometrial ablation and hysteroscopic myomectomy by elecrosurgical vaporization. *J Am Assoc Gynecol Laparoscop* 4:369-374,1997.
8. Mettler, L., Wendland, E.M., Patel, P., Caballero, R., Schollmeyer, T. Hysteroscopy: an analysis of 2 years' experience. *JSLs* 6:195-7, 2002.
9. Corson, S.L., Brooks, P.G., Serden, S.P., et al: Effect of vasopressin administration during hysteroscopic surgery. *J Reprod Med* 39:419-423, 1994.
10. Emanuel, M.H., Hart, A., Wamsteker, K., et al: An analysis of fluid loss during transcervikal resection of submucous myomas. *Fertil Steril* 68:881-886, 1997.
11. Phillips, D.R., Nathanson, H.G., Milim, S.J., et al: The effect of dilute vasopressin solution on blood los during operative hysteroscopy: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 88:761-766, 1996.
12. Shushan, A., Revel, A., Laufer, N., Rojansky, N.: Hysteroscopic treatment of intrauterine lesions in premenopausal and postmenopausal women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 9:209-13, 2002.
13. Abbas, A., Irvine, L.M.: Uterine rupture during labour after hysteroscopic myomectomy. *Gynaecol Endosc* 6:245-246, 1997.
14. Jansen, F.W., Vredevoogd, C.B., van Ulzen, K., et al. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. 96:266-70, 2000.
15. Tsai, E.M., Chiang, P.H., Hsu, S.C., Su, J.H., Lee, J.N. Hysteroscopic resection of vaginal septum in an adolescent virgin with obstructed hemivagina. 13:1500-1, 1998.