

## MYOM VE GEBELİK

Dr. Tahsin Gümüşburun (x)  
Dr. Kemal Eyiceoğlu (xx)  
Dr. Timur Boudnaon (xxx)  
Dr. M. Akif Gökceoğlu (xxx)  
Dr. İbrahim Topdağı (xxx)

### ÖZET :

*Kliniğimizde 1983-1987 yılları arasında yatırılarak tedavi gören 9 myom ve gebelik olgusu saptandı. Bu olgular, prognoz, komplikasyon ve tedavi yönünden incelendi. Olguların birisi (%11,11) dilatasyon + küretaj, 2'sine (%22,22) normal doğum, 4'ü (%44,45) sezeryan, 2'sinde (%22,22) sezeryan+histerektomi operasyonu yapıldı. İkinci trimesterde, 2 myom ve gebelik olgusu kapsül gerilmesine bağlı şiddetli ağrı yapması sonucu diagnostik laparotomiye alındı. İlgili literatürler tartışıldı.*

### ANAHTAR KELİMELER:

Leiomyomate Uteri, Gebelik Komplikasyonu.

### GİRİŞ :

Myom ve gebelik birlikte bulduklarında, abortus, erken doğum, ve steriliteden başka, plasenta yerleşim anomalisi, dış gebelik, post partum hemoraji, yaygın damar içi pıhtılaşması, uterus inversiyonu, çeşitli prezentasyon anomalileri, loğusalık döneminde acil cerrahi girişimlere neden olduğu gibi, ayrıca yaptığı ağrıyla hastaları rahatsız ve huzursuz etmektedir (1,2,5,7).

Obstetrikte myom ve gebelik % 0,3-7,2 arasında değişmekte olup, myomlar nadiren steriliteye neden olmaktadır. Steril evli kadınların %20'sinde myom bulunduğu ve bu orana sterilitenin diğer faktörlerinde dahil olduğu kabul edilmektedir (6).

---

(x) Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanı.  
(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı.  
(xxx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlileri.

Klinisyen gebeliğin seyri sırasıydı, ufak myomların hacminin dikkat değer ölçüde artabileceğini ve gebelik sona erdiğinde gerileyebileceğini her zaman hatırlamalıdır. İnfertilite nedeni olarak saptanırsa myomektomi yapılmalı, gebelik sırasında saptanırsa konservatif davranılmalıdır (1,6,7,8).

### MATERYAL VE METOD :

Bu çalışma Ocak. 1983-Nisan. 1987 yılları arasında Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğinde gebeliği sırasında myom bulunan olgular üzerinde yapıldı. Myomun gebelik üzerindeki prognozu, doğum sırasındaki komplikasyonları ve tedavileri izlenmiştir.

### BULGULAR :

Polikliniğimize muracaat etmiş ve yatırılarak tedavi görmüş 9 olgunun yaş ortalaması 27,6 olup , 3'ü primipar, 6'sı multipar, canlı çocuğu olan 3 olgumuz vardı. Olgulardan 2 tanesinin anemnesinde düşük hikayesi mevcuttu. Olguların özellikleri Tablo-1'de görülmektedir.

TABLO-1: Olguların Özellikleri:

Özellikleri :	Sayı:
Yaş ortalaması	27,6
Düşüğü olan	2
Canlı çocuğu olan	3
Primipar	3
Multipar	6

Olgularımızdan bir tanesi ilk trimesterde düşük yaptı (% 11,11) myom 3x4 cm ebadında submüköz olup myomektomi operasyonu önerildi. 2 olgumuz (%22,22) myom korpusta 10x15 cm büyüklüğünde subseröz olup normal vaginal doğum yaptı. Olguların 4'ünde (% 44,45) myomlar 4x10 ile 15x25 cm arası büyüklüğünde dev myomlar olup şitus anomalisi, doğum yolu obstrüksiyonu, plasenta previa, dekolman plasenta tanıları ile sezeryana alındı. Olguların 2'sine, (% 22,22) sezeryan sonu atoni kanaması ve plasenta percreata olması sonucunda histerektomi yapıldı.

Sezeryana alınan olguların 2'si ikinci trimestrede akut batın tanısı konularak operasyona alındı. Birisi primigravid olup, korpusta 15x50 cm ebadında sol ön yüzde intramural myom olduğu görülünce dokunulmadı. Diğer multigravit olup, akut batın tablosu ile yapılan laparatomide korpusta intramural, pedükülsüz, 15x15cm. ebadında myom görülünce, kavite açılabilceğinden myomektomi yapılmadı. Hastalar analjezik ve yatak istirahatına alındı. Her iki olguya miadında sezeryan yapılarak canlı çocukları oldu. Olgulara yapılan mudahale şekilleri Tablo-2'de görülmektedir.

## TALLO-2: Olgulara Yapılan Mudahale Şekilleri:

Mudahale şekli :	Olgu sayısı	Yüzde (%)
Dilatasyon+küretaj	1	11,11
Vaginal doğum	2	22,22
Sezeryan	4	44,45
Sezeryan + histerektomi	2	22,22
Toplam :	9	100.

### TARTIŞMA :

Hormonal uyarılar ve gebelikteki bol kanlanmanın sonunda myomun gebelikte aşikar olarak büyüdüğü, doğum sonrasında da küçüldüğü unutulmamalıdır (2,6). Ayrıca, myomlar gebelik süresinde, genelde ilk aylarda büyümektedirler. Winer-Muram, H,T ve arkadaşları (10) yaptıkları çalışmada myomların genelde gebeliğin ilk 20 haftasına kadar büyüdüğünü belirtmişlerdir. Bundan sonra myomlar genelde sabit olacağını söylemişlerdir.

Gebe bir hastada pelvik bir kitlenin ayırımı diagnostik ve terapötik bakımından güçlük arzeder. Doktor uygun terapeitik yaklaşım için kitle hakkında mümkün olduğunca fazla bilgi sahibi olmayı arzulayacaktır. Gebelikte pelvik kitlelerin tanısındaki güçlük, ortadadır. Weinreb, J.C. ve çalışma arkadaşları (9), yaptıkları çalışmada ultrasonik taniyle solid kitleleri, kistik kitlelerden ayırmak için genelde kullandıklarını belirtmişlerdir. Fakat, pelvik kitleleri gebe uterusda çoğu zaman ayırımının güçlük oluşturduğunu da vurgulamışlardır. Son zamanlarda Magnetic resonance ile uterin myomların tanısında yararlı olabileceğini belirtmişlerdir. Biz olgularımızda tanı için ultrasondan yararlandık.

Myomlar özellikle submüköz olanları, uterus kavitesini daraltarak düşük ve erken doğumlara neden olmaktadır (2,3,7). Gebelikte myomların büyüdüğü 14-20 haftaları arasında kapsül gerilmesine bağlı şiddetli ağrı, myomlardaki dejeneratif değişiklikler nekroz yaparak lokal hassasiyet yaparlar. Hastada gittikçe artan lokalize ağrı, ateş ve hassasiyet görülür. Bu gibi durumlarda istirahat, ağrı kesiciler ve sedatifler semptomları geriletebilir. Operasyon çok sonra düşünülmelidir (5,7,8). Biz iki olgumuza, çok fazla ağrı şikayetiyle müracaatında akut batin tanısı konularak laparotomi yapıldı. Her ikisinde de dev myomların intramural olduğu görülünce myomektomi yapılmadı. Sonra ikisinde analjezik ve yatak istirahatı ile takip edilerek miadında canlı çocuklara kavuştular. Çeşitli literatürler gebeliğin seyri sırasında operasyona alınan hastalara progesteron yapılması gerektiğini vurgulamaktadır (1,5,7). Biz de olgularımıza preoperatif bir, postoperatif 3 gün progesteron tedavisi uyguladık.

Uterus myomları nadiren tek başlarına gebeliğe engel olurlar. Dev myomlarda myomun lokalizasyonuna ve seyrine göre hareket edilmelidir. Myom ve gebelik takibinde konservatif tedavi, her zaman cerrahi girişime tercih edilmeli-

dir (3,5,7). Gebeliği sırasında myomu bulunan ve çocuk isteyen kadınlarda önemli bir şikayeti yoksa myomektomi yapılması doğum sonu döneme ertelenmelidir. Subseröz myom pedükülünün torsiyonu olursa, gelişen akut batın tablosu laparotomiye gerektirebilir. Pedükülsüz myom nodüllerine, gebelikte cerrahi bir girişim yapılmamalıdır 1(6,8).

Myomlar doğum sırasında, plasentanın erken ayrılması, yerleşim anomalisi, postpartum atoni kanamaları.. v.s neden olabilirler. Sezeryan+histerektomi günümüzde sık olarak yapılmaktadır. Ayrıca çocuk sorunu olmayan hastalarda birden fazla myom nodülü veya dev myomlar varsa sezeryan+histerektomi uygundur (5,7). Bizim de olgularımızdan sezeryan sırasında birisinde atoni kanamasının gelişmesi, diğerinde ise plasenta percreata olması nedeniyle adnexler bırakılarak subtotal histerektomi yapıldı, Postoperatif hiç bir komplikasyon görülmedi. Grignon, D.J. ve çalışma arkadaşları (4), myomu olan bir hastada myomektomi yaparak gebe kaldığını ve doğumu sezeryanla sonuçlandırmışlar, atoni kanamasının gelişmesi sonucu acilen histerektomi yaptıklarını bildirmişlerdir. Onur, E ve çalışma arkadaşlar (8), 39 haftalık bir myom ve gebelik olgularında sezeryan+myomektomi yapmışlar. Aynı gün postoperatif incelemede iç kanama nedeniyle relaparotomiye alınmış. subtotal histerektomi yaptıklarını yayınlamışlardır. Çeşitli literatürler sezeryan esnasında uterusdaki aşırı kanlanma ve damarlanma nedeniyle histerektomiye myomektomiye tercih etmektedirler, (5,6,7).

Myomlar loğusalık döneminde uterusla beraber eşit olmayan bir involüsyona uğrayarak nekroz oluşturabilirler. İnfeksiyon işe karışırsa olay daha da ağırlaşabilir. cerrahi girişim gerekebilir (7). Bizim 2 olgumuzda loğusalık döneminde ağrı, ateş yükselmesi görüldü. Semptomatik olarak tedavi yapıldı.

## SONUÇ :

Kliniğimizde myom ve gebelik olguları incelendi. Gebeliği sırasında myom saptanıldığında en iyi yol konservatif olmaktır. Myomda pedükül torsiyonu, akut dejenerasyon olmadıkça gebe takip edilmelidir. Analjezik ve yatak istirahati önerilebilir. Ancak analjezikle kontrol edilemeyen ağrılı durumlarda veya akut batın durumlarında myomun yeri, görünümü ve cesametine göre myomektomi önerilmektedir. Operasyon sırasında kavum uteri açılırsa gebeliği sonlandırmak lazımdır. Doğum sırasında ise hasta için uygun olanı yapılmalıdır.

## MYOMA UTERİ AND PREGNANCY

We ertabilhed nine caser myoma uteri and pregnancy hosbitalized between 1983-1987. These cases were researched for prognosis, complication and therapy. For one of the cases (%11,11) dilation ond curatage were aplied, two of the ca-

ses (% 22,22) was normal vaginal labor, four of the cases (% 44,45) were applied cesarian, and others two cases (% 22,22) were applied cesarian an hysterectomy. At the 2. the trimestr, two cases were used laparatomy for capsul tightened and severe pain which myoma uteri and pregnancy. Literaturs were comrented.

## KEY WORDS

Leiyomycmata Uteri, Pregnancy Comlication.

## KAYNAKLAR

- 1- Abithol, M.M.: Submucous fibroids complicating pregnancy labor and delivery. *Obstet Gynecol* 10: 529, 1957.
- 2- Altıntaş, A.: Myom ve gebelik. *Kadın Doğum Dergisi* (2(1): 15, 1986.
- 3- Babaknia, A., Rock, J.A. and Jones, H.W.: Pregnancay success flollowing abnormal myomectomi for infertility. *Fertil Steril*, 30: 644, 1978.
- 4- Grignon, D.J., Carey, M.R., Krik, M.E., Robinson, M.L.: Diffuse uterine leiomyomatosis: A case study with pregnancy complicated by intrapartum hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 69: 477, 1987.
- 5- Mattingly, R.F., Thompson, S.D.: Leimyomata uteri and abdominal hysterectomy for bening disease (in) *Ten Linde's Operative Gynecology* sixth ed. Philadelphia, J.B. Lippincott. Company, 1985 , pp: 203.
- 6- Merrill, J.A.: Benign lesions of the cervix, corpus, tubes and ovaries. *Text-book of Obstetrics and Gynecology*, second edition , Editor David N. Danforth Medical Book Department, Harper and Row, Publishers New York, Evanston, San Francisco, London 1966, pp: 888.
- 7- Moore, J.G and Morton, D.G.: Leiyomyomas of uterus in Sciarra's *Gyne-cology and Obstetrics*. Revised ed. Philadelphia Harper Row publishers. 1984, Vol: 1, Chap: 14.
- 8- Onur, A., Cokşenim, Ş., Yılmaz, H., et al.: M,om ve Gebelik, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 13: 2, s: 93, 1981.
- 9- Weinreb, J.G., Brown, C.E., Lowe, T.W., et al. : Pelvic Masses in Pr3gnant Patients: MR and US Imaging. *Genitourinary Radiology*, 159/3, : 717, 1986.
- 10- Winer-Muram, H.T., Muram, D., et al.: Uterine myomas in pegnancy. *Can Med Assos J*. Vol. 128, April, 15, 1983.