

SEZARYEN ESNASINDA MYOMEKTOMİ YAPILMASI

Mesut ÖKTEM*, Filiz YANIK**, Eralp BAŞER***, Esra KUŞÇU**

* Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Üreme Sağlığı Bölümü, Ankara

** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

*** Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Objektif: Sezaryen esnasında myomektomi yapılan hastaların verilerinin değerlendirilmesi

Planlama: 1996–2005 yılları arasında kliniğimizde sezaryen esnasında myomektomi yapılan 34 olgunun verilerinin retrospektif olarak incelenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi

Ortam: Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara Hastanesi

Hastalar: Kliniğimizde sezaryen esnasında myomektomi uygulanan 34 hasta

Girişim: Sezaryen esnasında tespit edilen ve çıkarılması planlanan myomların elektrokoter ile lineer insize edilmesi ve çıkarılması

Değerlendirme parametreleri: Hasta yaşları, parite, abortus, sezaryen sırasında gebelik haftaları, cerrahın sezaryen esnasında saptadığı myom veya myomaların yerleşim yeri, büyüklükleri (en büyük çap cm olarak), preoperatif ve postoperatif hemoglobin (Hb) değerleri, hemoglobin değerleri arasındaki farklar, hemoroji olup olmadığı, kan transfüzyonu gereksinimi, operasyon süresi, hastanede kalış süreleri, postoperatif ateş gelişip gelişmediği ve de myomektomi materyallerinin patolojik tanuları incelenmiştir.

Sonuç: Otuz dört hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. En çok çapları 3 cm'den küçük, subseröz ve sıklıkla korpus ve fundusa yerleşim gösteren myomlar gözlenmiştir. Hastaların preop. ve postop. Hb değerlerinde anlamlı istatistiksel fark görülmemiştir ($p < 0,02$). İki hastada kan transfüzyonuna gereksinim duyulmuştur. Operasyon süreleri de ortalama 59 dakika gibi uzun bir süre olarak bulunmuştur. Sıklıkla leiomyoma rapor edilmekle beraber atipi izlenmemiştir.

Yorum: Deneyimli obstetrisyenlerin ellerinde sezaryen esnasında myomektomi yapılması maternal morbidite ve mortaliteyi artırmamaktadır.

Anahtar kelimeler: gebelik, komplikasyon, myomektomi, sezaryen

SUMMARY

Myomectomy During Cesarean Section

Objective: To evaluate the outcomes of myomectomy during cesarean section

Design: In this retrospective study, 34 women with myomas who underwent cesarean delivery and myomectomy in our department between 1996 and 2005 were included.

Setting: Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Baskent University, Ankara

Patients: 34 women with myomas who underwent cesarean delivery and myomectomy Interventions: Myomectomy was performed during cesarean section with electrocautery.

Main Outcome Measures: Patients characteristics such as age, parity, previous abortions, and gestational age at delivery were

Yazışma adresi: Mesut ÖKTEM, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kubilay Sokak, No: 36 06570, Maltepe, ANKARA
Tel: (0312) 232 44 00
Fax: (0312) 232 39 12
e-mail: mesuto@baskent-ank.edu.tr

Alındığı tarih: 11. 07. 2005, kabul tarihi: 26. 07. 2005

recorded. The size and the location of myomas were obtained from the surgeon's findings in the operative note. Preoperative and postoperative hemoglobin values, change in hemoglobin values, hemorrhage, blood transfusion, postoperative fever, duration of operation and length of postoperative hospital stay were the main outcomes.

Results: Thirty-four women with myomas were included in this study and all patients underwent myomectomy during cesarean section. Myomas those usually observed were with 3 cm size, subserosal or pedunculated and fundal or corpus location. The differences between preoperative and postoperative Hb values were statistically significant ($p<0,02$). Only two patients had blood transfusion. The average duration of the operation was as long as 59 minutes. Leiomyoma were usually noted in definitive histopathologic examination.

Conclusion: In conclusion according to these findings myomectomy during cesarean section can be performed without significant maternal morbidity or mortality by experienced obstetricians.

Key words: cesarean section, complications, myomectomy, pregnancy

Reproduktif çağda en sık izlenen pelvik tümoral gelişimler uterin myomlardır⁽¹⁾. Gebelik esnasında yaklaşık %0,05-5 oranında görülmektedirler⁽²⁾. Sezaryen esnasında myomektomi yapılmasından ciddi hemoraji riski ve artmış postoperatif morbiditede riskinden dolayı genellikle kaçınılmaktadır. Ancak küçük çaplı, subseröz yerleşimli veya pedinküllü myomların çıkarılması düşünülmektedir.

Biz çalışmamızda retrospektif olarak sezaryen esnasında myomektomi yaptığımız hasta verilerini inceledik.

MATERYAL VE METOD

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Haziran 1996-Haziran 2005 tarihleri arasında çeşitli endikasyonlarla sezaryena alınan ve aynı esnada myomektomi yapılan 34 hastanın verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Hasta yaşları, parite, abortus, sezaryen sırasındaki gebelik haftaları, cerrahın sezaryen esnasında saptadığı myom veya myomaların yerleşim yeri, büyüklükleri (en büyük çap cm olarak) kaydedilmiştir. Bunlarla beraber preoperatif ve postoperatif hemoglobin(Hb) değerleri, hemoglobin değerleri arasındaki farklar, hemoraji olup olmadığı, kan transfüzyonu gereksinimi, operasyon süresi, hastanede kalış süreleri, postoperatif ateş gelişip gelişmediği ve de myomektomi materyallerinin patolojik tanıları incelenmiştir. Preoperatif ve postoperatif Hb değerleri arasındaki fark için paired t testi kullanılmıştır. Myomektomi tekniği: En az kan kaybı ile myomektomi yapmak için myom üzerine elektrokoter yardımıyla lineer bir insizyon yapıldı. Myom çıkarıldıktan sonra kalan myometrial boşluk 1-0 eriyebilen sütürlerle

(vincryl), seroza ise 2-0 veya 3-0 eriyebilen sütürlerle (vincryl) kapatıldı. Kanama kontrolü sonrası hastalara profilaktik antibiyotik tedavisi uygulandı. Pedinküllü myomlar ise pedinkülü elektrokoterle kesilerek veya sütüre edilerek çıkartıldı.

SONUÇLAR

Otuz dört hasta çalışmaya dâhil edilmiştir. Hastaların demografik özellikleri Tablo I de gösterilmiştir.

Tablo I: Hastaların demografik özellikleri

Hasta yaşı (yıl)	31±4,1*
Gebelik haftası (hafta)	38,4±1,7
Gravide	1,8±1,43
Abortus	0,2±0,5
D&C	0,3±0,7

* Ortalama ± SD

Myom büyüklükleri ve anatomik yerleşim yerleri Tablo II de gösterilmiştir. En çok çapları 3 cm'den küçük, subseröz ve sıklıkla korpus ve fundusa yerleşim gösteren myomlar gözlenmiştir.

Tablo II: Myomların özellikleri

Myom tipleri	
Subseröz	32 (%94,1)
Pedinküllü	2 (%5,9)
Myom çapları	
≤3 cm	23 (%67,6)
> 3 cm ve < 6 cm	6 (%17,6)
≥ 6 cm	5 (%14,7)
Myom yerleşim yeri	
Korpus	17 (%50)
Fundus	10 (%29,4)
İstmus	4 (%11,8)
Fundus ve korpus	3 (%8,8)

Hastaların preoperatif, postoperatif Hb değerleri, Hb düzeyleri arasındaki farklar, hemoroji olup olmadığı, kan transfüzyonu gereksinimi, operasyon süresi, hastanede kalış süreleri, postoperatif ateş gelişip gelişmediği Tablo III de gösterilmiştir. Hastaların preop. ve postop. Hb değerlerinde anlamlı istatistiksel fark görülmemiştir ($p<0,02$). İki hastada kan transfüzyonuna gereksinim duyulmuştur. Operasyon süreleri de ortalama 59 dakika gibi uzun bir süre olarak bulunmuştur. Tablo IV de ise çıkarılan myomların histopatolojik nihai sonuçları görülmektedir. Sıklıkla leiomyoma rapor edilmekle beraber atipi, nekroz izlenmemiştir.

Tablo III: Sezaryen esnasında myom ektomi yapılan hastaların laboratuvar ve klinik sonuçları

Preoperatif Hb değerleri (g/dl)	12,3±1,1*
Postoperatif Hb değerleri (g/dl)	10,9±1,1*
Ortalama Hb değeri değişikliği (g/dl)**	1,5±1
Hemoroji gelişimi	0
Kan transfüzyonu gereksinimi	2 (% 5,8)
Postoperatif ateş gelişimi	0
Operasyon süresi (dakika)	59,4±21,8
Hastanede kalış süresi (gün)	2,4±1,2

* paired t test, $p<0,02$

** Preop. ve postop. Hb değerleri arası fark

Tablo IV: Myomektomi materyallerinin histopatolojik tanıları

Leiomyoma	31 (%91,2)
Dejenere leiomyoma	2 (%5,9)
Selüler leiomyoma	1(%2,9)

TARTIŞMA

Sezaryen esnasında myomektomi yapılması obstetrik alanında tartışılan bir konudur. Özellikle kanama ve buna bağlı histerektomiye gidilme riskinden dolayı birçok obstetrisyen sezaryen esnasında myomektomi yapılmasından kaçınılmaktadır. Yalnızca subseröz ve pedinküllü olan, küçük çaplı myomlar çıkarılmaktadır. Burton ve arkadaşları sezaryen esnasında 13 olguda myomektomi yapmışlar ve yalnızca bir olguda intraoperatif hemoraji gelişmiştir⁽³⁾. Ortaç ve arkadaşları ise 22 olguda myomektomi yapmışlar ve hiçbir olguda hemoraji gelişmemiş ve de kan transfüzyonuna gereksinim olmamıştır. Bu olgulardaki myom çaplarının 5 cm'den büyük olması önemlidir⁽⁴⁾. Kaymak ve arkadaşlarının 40 olguluk çalışmalarında ise 5 olguda hemoroji gelişmiş olup, kontrol grubuyla istatistiksel

fark saptanmamıştır. Ayrıca postop. ateş gelişimi ve kan transfüzyonu gereksinimi açısından da istatistiksel anlamlı fark izlenmemiştir⁽⁵⁾. İntraoperatif hemoroji riskini azaltmak için bazı yazarlar tarafından uterin turnike uygulanması^(6,7), bilateral uterin arter ligasyonu uygulanması⁽⁷⁾ veya elektrokoter/argon-beam koagulatör kullanılması⁽⁴⁾ önerilmiştir. Kwawukume ve arkadaşları myomektomi yapılmasının sezaryen süresini yaklaşık 11.2 dakika uzattığını belirtirken⁽⁸⁾, Kaymak ve arkadaşları bu ek süreyi 8.9 dakika olarak bulmuşlardır⁽⁵⁾. Tüm bu bulgulara rağmen sezaryen esnasında myomektomi yapılmasının ciddi hemorajilere neden olduğunu ve histerektomiye giden olguların bulunduğunu belirten yayınlar da mevcuttur⁽⁹⁾.

Biz çalışmamızda özellikle korpus ve fundusta yerleşim gösteren, 6 cm'den küçük çaplı, subseröz yerleşimli myomların çıkarıldığını gözlemledik. Hiçbir olgumuzda hemoraji veya postop. ateş gelişmedi. Yalnızca iki olguya kan transfüzyonu yapıldı. Ortalama sezaryen süresini 59 dakika ve ortalama hastanede kalış süresini ise 2,4 gün olarak bulduk. Çalışma grubumuzda ciddi bir morbidite ve mortalitede artış izlenmezken, deneyimlerimize göre operasyon süresinde uzama tespit ettik. Myomektomi materyallerinin hiçbirinde atipi ve nekroz izlenmemiştir.

Çalışmamızın sonuçları ve literatür bilgileri değerlendirildiğinde, sezaryen esnasında myomektomi yapılmasının özellikle deneyimli obstetrisyenler varlığında ciddi maternal morbidite ve mortalite artışına neden olmayacağını inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Novak ER, Woodruff JD. Myoma and other benign tumours of the uterus. Novaks' gynecologic and obstetric pathology with clinical and endocrine relations. Philadelphia7 WB Saunders; 1979. 260-000.
2. Wallach EE. Myomectomy. In: Thompson JD, Rock JA, editors. Te Linde's operative gynecology. 7th ed. Philadelphia7 Lippincott; 1992;p.647– 662.
3. Burton CA, Grimes DA, March CM. Surgical management of leiomyomata during pregnancy. Obstet Gynecol 1989;74: 707–709.
4. Ortaç, F, Güngör M, Sönmezer M. Myomectomy during cesarean section. Int J Gynecol Obstet 1999;67:189-190.
5. OKaymak, E, Ustunyurt, RE, Okyay, S, Kalyoncu, L, Mollamahmutoglu. Myomectomy during cesarean section. Int J Gynecol Obstet

- 2005;89:90-93
6. Kwawukume EY: Cesarean myomectomy. Afr J Reprod Health 2002;6:38-43.
 7. Sapmaz E, Celik H, Altungul A: Bilateral ascending uterine artery ligation vs. tourniquet use for hemostasis in cesarean myomectomy. A comparison. J Reprod Med 2003;48:950-954.
 8. Kwawukume EY. Myomectomy during cesarean section. Int J Gynecol Obstet 2002;76:183-184.
 9. Exacoustos C, Rosati P. Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet Gynecol 1993;82:97-101.