

Submuköz Miyomlara Histeroskopik Yaklaşım

Hysteroscopic Management of Submucosal Fibroids

Fatih ŞENDAĞ,^a
Levent AKMAN,^a
Volkan TURAN,^a
Nedim KARADADAŞ,^a
Kemal ÖZTEKİN^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
İzmir

Geliş Tarihi/Received: 03.07.2012
Kabul Tarihi/Accepted: 13.10.2012

Yazışma Adresi/Correspondence:
Levent AKMAN
Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
leventakman@gmail.com

ÖZET Amaç: Kliniğimizde histeroskopik miyomektomi uyguladığımız hastalarımızın klinik özelliklerini ve sonuçlarını sunmaktır. **Gereç ve Yöntemler:** 2006-2008 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D'da histeroskopik miyomektomi uygulanan 40 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Tüm hastalarda monopolar loop kullanılarak histeroskopik rezeksiyon uygulanmıştır. **Bulgular:** Hastaların ortalama yaşı 36 yıl idi. Hastalarda operasyon endikasyonu anormal uterin kanama (%67,5) ve infertilite (%32,5) idi. Hastaların %20'sinde Tip 0, %60'ında Tip 1 ve %20'sinde Tip 2 miyom mevcut idi. Ortalama miyom büyüklüğü 2,2 cm idi. Altı hastada multipl miyomlar mevcut idi. Intramural miyomları olan beş hastada iki ayrı tarihte histeroskopi yapılmıştır. Hastaların %74'ünde anormal uterin kanama kontrol altına alınmıştır. Bir hastada sıvı intravazasyonuna bağlı hiponatremi gelişmiştir. Hastaların 7 (%54)'sinde histeroskopik miyomektomi sonrasında gebelik elde edilmiştir. **Sonuç:** Histeroskopik miyomektomi anormal uterin kanaması olan hastalarda güvenilir ve etkin bir uygulamadır.

Anahtar Kelimeler: Leiomyom; histeroskopi; metroraji

ABSTRACT Objective: Analysing the results of the patients with submucosal fibroids treated with hysteroscopy. **Material and Methods:** We reviewed patients who had hysteroscopic myomectomy between 2006-2008 retrospectively. Monopolar loop was used in all patients. **Results:** This study included 40 patients with submucosal fibroids. The mean age of patients were 36 years (25-55). The most frequent complaint was abnormal vaginal bleeding (67.5%). Thirteen patients (32.5%) had submucosal hysteroscopy because of infertility. Six patients had multiple fibroids. Twenty percent of the patients had Type 0, 60% Type 1 and 20% Type 2 myomas. In five patients complete resection couldn't be performed so they had operation for second time. The mean size of fibroids were 2.2 cm. Fluid extravasation occurred in one patient. The diagnosis of fibroids were confirmed by histopathological examination. Abnormal vaginal bleeding was controlled in 74% of patients. Seven patients (54%) conceived after hysteroscopic myomectomy. **Conclusion:** Hysteroscopic myomectomy is reliable and effective process in abnormal vaginal bleeding.

Key Words: Leiomyoma; hysteroscopy; metrorrhagia

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(1):23-6

Miyom, uterus kas dokusundan kaynaklanan iyi huylu tümördür. Genelde kadınların %20-25'inde rastlanmasına rağmen bu oran 40 yaşında %45-50'lere yükselir. Etiyolojisinde östrojen aktivitesi düşünülmektedir. Menopozdan sonra büyümeleri ve menarştan önce nadiren rastlanması bunu desteklemektedir. Miyomlar yerleşim yerleri olarak en sık intramural ve lokalizasyon olarak korpusta görülür.¹ Hastalar genellikle asemptomatiktir. Semptomu olan hastaların en sık yakınması

kanama ve ağrı iken diğer yakınmalar kompresyon şikâyetleri, anemi, tekrarlayan düşüklükler, infertilite ve kanlı kötü kokulu akıntıdır.^{2,3}

Miyomda tedavi seçenekleri miyomun lokalizasyonuna ve boyutuna göre değişmektedir. Submukozal miyomlar endometriyumun hemen altından köken alıp lümenine doğru büyüme eğilimlidir. Tanı için transvajinal ultrason ve salin infüzyonlu hidrosonografi oldukça kullanışlı olup, histerosalpingografide dolma defekti ile submukozal miyomdan şüphelenilebilir. Histeroskopik miyomektomi submukozal miyomlarda etkin ve güvenilir bir tedavi yöntemidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

2006-2008 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD'da operatif histeroskopi eşliğinde histeroskopik miyomektomi yapılan 40 hasta retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Hastalara ultrasonografi ve salin hidrosonografi sonuçlarına göre tanı konmuştur. Submukozal miyomlar, Avrupa Histeroskopi Derneği [European Society of Hysteroscopy (ESH)] tarafından tanımlanan intramural komponentine göre sınıflandırılmıştır.⁴

Tip 0: Tamamen endometriyal kavitede olan miyom,

Tip 1: %50'den az intramural uzanımı olan miyom,

Tip 2: %50'den fazla intramural uzanımı olan miyomdur.

Intravenöz genel anestezi altında, erken foliküller fazda ofis histeroskopi uygulanmıştır. Distansiyon medyumunu ile kavite dolunca net vizualizasyon sağlanmış ve miyom yerleşimi net olarak değerlendirilmiştir. Daha sonra serviks 10 mm'ye kadar genişletilerek operatif histeroskopiye geçilmiştir. Operatif histeroskopi sırasında distansiyon medyumunu olarak mannitol kullanılmıştır. Monopolar loop kullanılarak miyom rezeksiyonu yapılmıştır. Rezeksiyon işleminde miyomu çevreleyen normal miyometriyum dokusuna ulaşıncaya dek traşlama yapılmıştır. Bu işlem yapılırken 80-100 watt arası unipolar akım kullanılmıştır. Kanama kontrolü ve giren çıkan sıvı miktarı

kontrolünü takiben işleme son verilmiştir. Operasyon süresi 20-35 dakika aralığındadır. Hastaların hepsi ertesi gün taburcu olmuşlardır.

BULGULAR

Hastaların ortalama yaşı 36 (25-55) yıl idi. Yirmi yedi (%67,5) hastada anormal uterin kanama en sık operasyon endikasyonu iken geri kalan 13 (%32,5) hastada infertilite idi. Altı hastada multipl miyomlar mevcut idi.

Hastaların %20'sinde Tip 0, %60'ında Tip 1, %20'sinde Tip 2 miyom mevcut idi. Beş hastaya tam rezeksiyon yapılamadığından ilerleyen zamanda ikinci defa histeroskopi yapılmıştır. Ortalama miyom büyüklüğü 2.2 cm idi. Bir hastada sıvı intravazasyonuna bağlı hiponatremi gelişmiştir. Bu hastada daha sonra yapılan hipertonic Na infüzyonu ve furosemid tedavisiyle herhangi bir pulmoner ödem veya beyin ödemi gelişmemiştir. Bütün hastalarda patolojik inceleme ile miyom tanısı doğrulanmıştır. Hastaların %74 (20/27)'ünde anormal uterin kanama kontrol altına alındı. Hastaların %54 (7/13)'ünde 12-20 aylık takip süresince histeroskopik miyomektomi sonrasında gebelik elde edilmiştir. Operasyon süresi 20-35 dk aralığındadır. Hastaların hepsi ertesi gün taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Histeroskopi ile miyomektomi ilk kez 1970'li yılların sonlarında Neuwirth tarafından yapılmıştır.⁵ Laporoskopi ve laporotomiye kıyasla daha az komplikasyona sahiptir. Histeroskopide submuköz miyom uterus lümenine protrüze halde çevre mukozadan açık renkte izlenir. Pedinkülsüz miyomlar serttir ve histereskopla itilemezler. Yaygın damarlanmaya sahip olabilirler. Histeroskopik miyomektomide skar dokusu miyometriyum tam tabaka içermediğinden gebelikte rüptür riski daha azdır. Submukozal miyomların histeroskopik olarak çıkarılma endikasyonları; anormal uterin kanama, tekrarlayan gebelik kayıpları ve infertilitedir.^{6,7} Kontrendikasyonları ise yeterli dilatasyonun sağlanamayacağı 12 cm'den geniş uterin kavitenin olması, endometriyal hiperplazi veya karsinomu şüphesi, sıvı yüklenmesinin ciddi ra-

hatsızlığa yol açabileceği kalp, karaciğer ve böbrek hastalığı olanlar ve leiomyosarkom şüphesi bulunan hastalardır.⁸ Tip 2 ve 5 cm'den büyük miyomu olanlar histeroskopi için uygun değildir. Bu hastalara GnRh analog tedavisi sonrası miyom boyutlarındaki azalmayla beraber histeroskopi düşünülebilir. En iyi sonuçlar Tip 0 pedinküllü miyomlarda elde edilmiştir.

Histeroskopik miyomektomi sırasında monopolar loop, makas veya Nd:YAG lazer kullanılabilir.⁹ Nd:YAG lazer kullanışlı olmasına rağmen pahalı bir yöntemdir. Makas ise kanama kontrolü sağlamadığından monopolar loopa göre daha dezavantajlıdır. Biz tüm olgularda monopolar loop kullandık. İntramural yayılım gösteren veya büyük submukozal miyomlar için iki ayrı seansta operasyon düşünülebilir. Bizde Tip 2 ve 4 cm büyüklüğünde miyomları olan 5 hastamızda ikinci seansta rezeksiyonu tamamladık.

Histeroskopik olarak miyomektominin parsiyel veya tam olarak yapılabileceğini öngörmek için yeni sınıflamalar geliştirilmektedir. Bu sınıflamalardan en yenisi Lasmar ve ark.nın STEPW olarak kısalttıkları miyomun boyut, yerleşim yeri, miyom tabanının uterin duvarda uzanımı, penetrasyon derinliği ve lateral duvara yerleşimine göre geliştirdikleri skorlama sistemidir.¹⁰ Çalışmalarında bu yeni sınıflama sistemini, Avrupa Jinekoloji Endoskopi Derneği (ESGE)'nin penetrasyon derinliğine göre olan sınıflaması ile karşılaştırmışlardır. Çalışmada toplam 435 miyomektominin %92,9'u tam olarak yapılmıştır. STEPW skorlamasına göre <4 olan tüm miyomlarda tam rezeksiyon yapılmıştır. Tam rezeksiyon yapılamayan tüm miyomlarda ise skor >4 bulunmuştur. ESGE sınıflamasına göre ise Tip 0 miyomların %98,9'u, Tip 1 miyomların %93,3'ü ve Tip 2 miyomların %85,2'si tam olarak rezeksiyon edilmiştir. Sonuç olarak, STEPW sınıflaması ESGE sistemine göre submuköz miyomların histeroskopik olarak parsiyel veya tam olarak çıkarılabilme ilişkisine daha iyi olanak sağladığı belirtilmiştir.

Servikal lazerasyon, uterin rüptür (rüptür en sık kaviteye giriş esnasında), mesane ve bağırsak yaralanmaları ve sıvı yüklenmesi histeroskopi sıra-

sında ortaya çıkabilecek komplikasyonlardır.^{11,12} Bizim olgu serimizde sadece bir hastada sıvı yüklenmesi tespit edildi. Volüm açığı 1000 mL ve üzerinde olan tüm hastalara elektrolit bakılmalı ve dengesizlik durumunda diüretik ve hipertonic Na tedavisi uygulanmalıdır.

Histeroskopik miyomektomi olgularında uzun dönemde anormal vajinal kanamada yüksek başarı oranları bildirilmektedir.¹³ Cravello ve ark., histeroskopik miyomektomi yaptıkları hastaların 5 yıllık izleminde %75-80 oranında anormal vajinal kanamaların sona erdiği, intramural Tip 2 ve 4 cm'den büyük miyomlara histeroskopi yapılmaması gerektiğini saptamışlardır.¹⁴ Büyük miyomlarda ve anemi gelişen hastalarda GnRh kullanılması gerektiğini, ancak yine de semptomatik submuköz miyomların tedavisi için histeroskopin altın standart olduğunu belirtmişlerdir. Histeroskopik miyomektomi yapılan 200 hastanın 3 yıl izlendiği diğer bir çalışmada, %25 gebelik oranı ve %5 canlı doğum oranı belirtilmiştir.¹⁵ 5 cm'den büyük miyom boyutu, 3'ten fazla miyom sayısı, histerometrinin 12 cm'den büyük olması ve Tip 2 intramural miyomlar işlem başarısızlığı olan olgular olarak belirtilmiştir. Shokeyr ve ark.nın primer infertil ve kötü obstetrik öyküsü olan 29 hastalık serisinde, takip süresince histeroskopik miyomektomi sonrası 21 (%77) hastada gebelik elde edilmiş ve 13 hasta terme ulaşmıştır.¹⁶ Bu sonuçları hastaların önceki gebelik sonuçları ile karşılaştırdıklarında %3,8 olan gebelik oranı histeroskopik miyomektomiden sonra %63,2'ye çıkarken, abort oranı %61,6'dan %26,3'e düşmüştür. Bizim serimizde de gebelik oranımızı %54 (7/13) olarak saptadık.

Submuköz miyomların ayırıcı tanısında endometriyal polipler düşünülmelidir. Transvajinal ultrasonda polipler daha çok hiperekojen bir görüntü sergilerken, miyomlar daha çok hipoekojendir. Histeroskopi sırasında ise miyomlar daha rijid bir yapıya sahiptirler. Yine de kesin tanı histopatolojiktir.

Sonuç olarak, histeroskopik miyomektomi submuköz miyomların tedavisinde güvenilir ve etkin bir yöntem olarak görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Tulandi T, al-Took S. Endoscopic myomectomy. Laparoscopy and hysteroscopy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1999;26(1):135-48, viii.
2. Visnovsky J, Zubor P, Galo S, Klobusiaková D, Fiolka R, Kajo K. [Validity of hysteroscopy in clinical setting: single centre analysis of 605 consecutive hysteroscopies]. *Ceska Gynekol* 2008;73(6):365-9.
3. Mettler L, Wendland EM, Patel P, Caballero R, Schollmeyer T. Hysteroscopy: an analysis of 2-years' experience. *JSLs* 2002;6(3):195-7.
4. Wamsteker K, Emanuel MH, de Kruijff JH. Transcervical hysteroscopic resection of submucous fibroids for abnormal uterine bleeding: results regarding the degree of intramural extension. *Obstet Gynecol* 1993;82(5):736-40.
5. Neuwirth RS, Amin HK. Excision of submucous fibroids with hysteroscopic control. *Am J Obstet Gynecol* 1976;126(1):95-9.
6. Shushan A, Revel A, Laufer N, Rojansky N. Hysteroscopic treatment of intrauterine lesions in premenopausal and postmenopausal women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9(2):209-13.
7. Murakami T, Hayasaka S, Terada Y, Yuki H, Tamura M, Yokomizo R, et al. Predicting outcome of one-step total hysteroscopic resection of sessile submucous myoma. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15(1):74-7.
8. Hrgović Z, Kulas T, Habek D, Izetbegović S, Hrgović I. [New options in the diagnosis and management of uterine myoma]. *Med Arh* 2008;62(4):234-9.
9. Pabuçcu R, Göktoğra Ü, Ceyhan ST, Ercan M. [Hysteroscopic submucous myomectomy in a virgin case]. *Gulhane Med J* 2004;46(4):329-32.
10. Lasmar RB, Xinmei Z, Indman PD, Celeste RK, Di Spiezo Sardo A. Feasibility of a new system of classification of submucous myomas: a multicenter study. *Fertil Steril* 2011;95(6):2073-7.
11. Jansen FW, Vredevoogd CB, van Ulzen K, Hermans J, Trimbos JB, Trimbos-Kemper TC. Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000;96(2):266-70.
12. Fernandez H, Sefrioui O, Virelizier C, Gervaise A, Gomel V, Frydman R. Hysteroscopic resection of submucosal myomas in patients with infertility. *Hum Reprod* 2001;16(7):1489-92.
13. Pabuçcu R, Öztürkmen M. [Hysteroscopic myomectomy]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2008;1(6):92-8.
14. Cravello L, Agostini A, Beerli M, Roger V, Bretelle F, Blanc B. [Results of hysteroscopic myomectomy]. *Gynecol Obstet Fertil* 2004;32(9):825-8.
15. Fernandez H, Kadoch O, Capella-Allouf S, Gervaise A, Taylor S, Frydman R. [Hysteroscopic resection of submucous myomas: long term results]. *Ann Chir* 2001;126(1):58-64.
16. Shokeir TA. Hysteroscopic management in submucous fibroids to improve fertility. *Arch Gynecol Obstet* 2005;273(1):50-4.