

DEV UTERİN LEİOMYOMA: OLGU SUNUMU

GIANT UTERINE LEIOMYOMA: CASE REPORT

Yunus YILDIZ, Hasan ENERĞİN, Bekir Serdar ÜNLÜ, Tayfun GÜNGÖR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İnfertilite Kliniğı, Ankara -TÜRKİYE

Geliş Tarihi: 27.01.2012

Kabul Tarihi: 04.02.2012

Abstract

We report an asymptomatic huge pelvic mass in premenopausal patient that was diagnosed as giant uterin leiomyoma. The ultrasonography & magnetic resonance imaging (MRI) are useful in making the differential diagnosis from pelvic malignancies.

Keywords: Leiomyoma, ultrasound, magnetic resonance imaging.

Özet

Premenopozal bir hastada asemptomatik pelvik kitle tanısı alan dev uterin myom olgusu sunulmaktadır. Ultrasonografi ve magnetic resonance imaging (MRI)'ın tanı açısından değeri vurgulanmakta ve malignitelerden ayırıcı tanısında önemi belirtilmektedir.

Anahtar Kelimeler:Leiomyoma, ultrasound, magnetic rezonans görüntüleme.

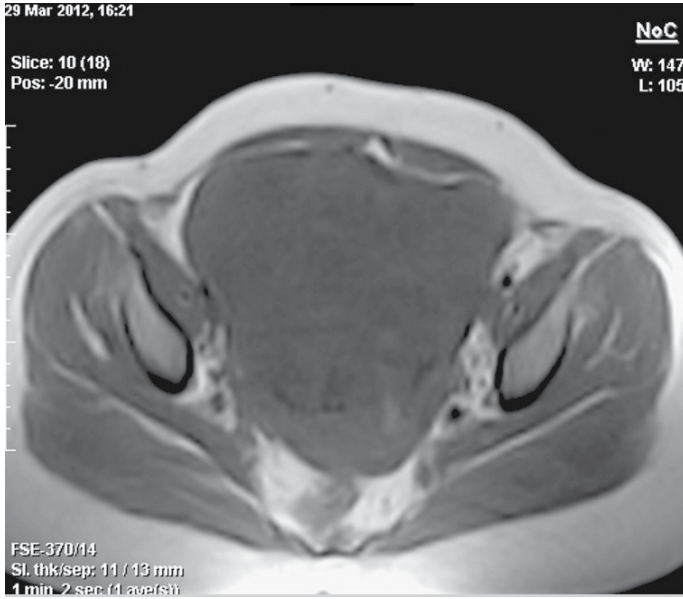
Uterin leiomyomalar en sık görülen jinekolojik tümörlerdir ve reproduktif çağda prevalansı %25-40 olarak tanımlanmıştır.(1) Benign tumoral kitleler sıklıkla uterus myometrial düz kas hücresinden köken alır.(2) Bu benign lezyonların malignleşme potansiyelleri %0,5'in altında saptanmıştır.(3) Uterusun herhangi bir bölgesinden gelişebilirler, lokal büyüme faktörleri ve seks hormonlarının etkisi ile büyüme gösterirler. Her ne kadar pelvik kitleler mesane kompresyonu ve ilişkili semptomlara neden olabilseler de, akut veya total üriner retansiyon nadiren gözlenir. Ayrıca konstipasyon, defakasyon alışkanlığında değişiklikler ve nadiren diyare gibi gastrointestinal semptomlara neden olabilirler. Dev uterin myomlar ve benzeri pelvik kitleler akut veya kronik lomber diskopatilerle karışabilen bel ağrılarına yol açabilirler. Olgumuzda transvajinal ultrasound ve MRI ile görüntülenen 25 cm çaplı pelvik kitle olgusu ve cerrahi yönetimi sunulmaktadır. Ayrıca literatür araştırmasında bu tür olgulardaki çeşitli bulguların ve yönetiminin neler olduğunu özetledik.

Olgu

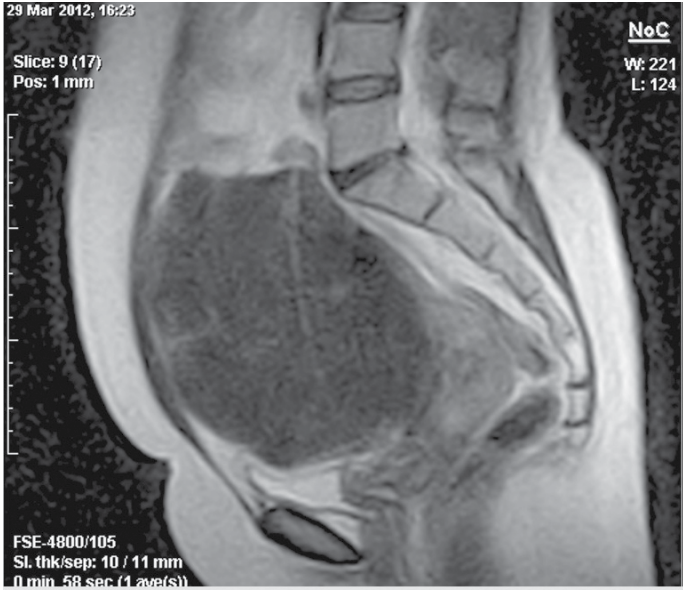
Gravite 2, parite 2, 12 yaşında menarşi olan, hipermenoreesi mevcut 43 yaşında hasta; son 6 aylık periodda belirginleşen ve artan alt karın ağrısı, karında sert kitle ve sık idrara çıkma şikayetleri ile polikliniğimize başvurdu. Detaylı sorgulamada; pollaküri, bazen miksiyon sırasında ağrı

gibi üriner sistem şikayetlerinin yanı sıra, karın alt kadranda ve kasıkta ağrı, kabızlık ve defakasyon alışkanlığında değişiklikler gibi bulgular saptadık. Hasta, polikliniğine başvurmadan beş gün önce batında tedricen genişleme ve palpe edilebilir sertlik olması üzerine gebelik testi için başvurduğu merkezden hastanemize pelvik kitle ve malignite ön tanıları ile gönderilmişti.

Hastanın yapılan fizik muayenesinde mobil, geniş abdominal ve pelvik kitle tespit edildi. Pelvik ultrasonografide; uterus ön/fundus bölgesinden köken alması muhtemel, batın ve pelvisi dolduran 25x23 mm homojen hipoeoik kitle olarak rapor edildi. Kitlenin büyüklüğü ve malignite olasılığı göz önüne alınarak ileri görüntüleme yöntemi olan magnetic resonance imaging (MRI) ile batın ve pelvis taraması yapıldı. Tüm pelvis ve batın boşluğunu dolduran, homojen hipoeoik görünümde, çevre invazyonu gözlenmeyen ve muhtemel uterus fundustan köken alan kitle rapor edildi (Resim 1,2). Doppler ultrasound incelemesinde malignite ile ilişkilendirilebilen herhangi bir bulguya rastlanmadı. Malignite tarama ve takip programında yer alan tümör belirteçleri (alfa fetoprotein, kanser antijen-125, kanser antijen-19-9, kanser antijen-15-3, karsino-embriyonik antijen) normal sınırlarda idi. Hastanın yapılan hematolojik ve biyokimyasal parametrelerinde anormal bulguya rastlanmadı.



Resim 1: MRI incelemede transvers kesitte dev pelvik kitle görünümü



Resim 2: MRI sagittal kesitte pelvik dev kitlenin pelvis ve abdomen boşluklarını doldurduğu izleniyor.



Resim 3: Dev pelvik kitlenin intraoperatif görünümü.



Resim 4: Dev pelvik kitlenin abdominal insizyondan eksizyonu sonrası görünümü.

Eksploratris laparotomi sonrası tedavi amaçlı total abdominal histerektomi (göbek altı median insizyon ile) uygulandı (Resim 3, 4).

Tartışma

Geniş uterin leiomyomlar, çeşitli semptomlara neden olması ile pelvik malignitelerle karışabilir ve preoperatif klinik tanıda zorluklar yaşanabilir. Malign olmayan büyük pelvik kitleler genellikle pelvis ve batın içerisindeki diğer organ etkileşimleri sonucu ortaya çıkan semptomların araştırılması sonucu tanı alırlar. Tanı aşamasında gelişmiş görüntüleme yöntemleri malignite olasılığı ve cerrahi metod seçimi için yol göstericidir ve yanlış tanı olasılığını azaltmaktadır.

Yaptığımız literatür taramasında birkaç adet dev uterin leiomyom olgu sunumuna rastladık.(4-7) Inaba F. ve ark. çalışmasında, acil operasyon gerektiren, kronik diafragma basısına bağlı pulmoner hipertansiyon ve sonrasında akut solunum yetmezliği gelişen dev uterin leiomyoma olgu sunumu mevcuttu.(4) Çalışmamızdaki olguda bu derece şiddetli bası bulguları saptanmamış olsa da hastanın varolan üriner ve gastrointestinal şikayetlerinin kitle etkisine bağlı geliştiğini düşünmekteyiz. Ozsaran ve ark. çalışmasında myomatöz eritrositoz sendromu gelişen dev uterin subseröz leiomyoma olgusu mevcuttu ve myom eksizyonu sonrası hemoglobün ve hematokrit seviyeleri normal sınırlara gerilemişti.(5) Bununla birlikte, dev uterin leiomyomlar alt ekstremité venöz stazına neden olabilir ve venöz tromboz için zemin oluşturabilir.(6) Bizim çalışmamızdaki olguda yukarıda bahsedilen sistemik problemlere rastlamadık. Diğer tüm büyük pelvik kitlelerde olduğu gibi dev uterin myomlarda da alt ekstremité venöz sistem riskli vakalarda değerlendirilmelidir.(7)

Sonuç olarak, bizim çalışmamızda olguda herhangi bir vasküler veya ekstraabdominal anormallik saptamadık, fakat dev uterin myomlarda nadir de olsa sekonder sistemik tutulum olabilmesi, ve diğer yandan abdominal ve pelvik maligniteler ile karışabilmesi hususunda dikkatli olunmalıdır. Literatürde ortaya konulduğu gibi kitle etkisi sonucu semptomlara veya kitle etkisi dışında semptomlara neden olabilir (6, 7). Kitlenin pelvis içinde büyüdükçe semptomlarda malignite şüphesinde artış olması nedeni ile operasyon planlanan hastalarda kitlenin ultrasonografik MRI ile değerlendirilmesi, intraoperatif (frozen section) ve postoperatif patolojik değerlendirilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

- 1.Önder Koç, Bülent Duran, Ata Topcuoğlu, Melahat Dönmez, Myomlara cerrahi yaklaşımda laparoskopik myomektomi yönteminin laparoskopik yardımcı myomektomi yöntemi ile karşılaştırılması, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 2011;8(1):44-50
- 2.Yeşim Güray, Burcu Demirkan, Ümit Güray, Erkan Baysal, Binali Mavit, Şule Korkmaz, Three-Dimensional Echocardiographic Evaluation of Intravenous Leiomyomatosis: Case Report, Türkiye Klinikleri J Cardiovasc Sci 2011;23(2):158-60
- 3.Emre Gültekin Merih Hanhan, Vedat Uluğ, Nilgün Dicle, Intravenous Leiomyomatosis: Case Report, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(6):376-80
- 4.Inaba, F., I. Maekawa, and N. Inaba, Giant myomas of the uterus. Int J Gynaecol Obstet, 2005. 88(3): p. 325-6.
- 5.Ozsaran, A.A., et al., Giant myoma and erythrocytosis syndrome. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1999. 39(3): p. 384-6.
- 6.Stanko, C.M., M.A. Severson, 2nd, and K.L. Molpus, Deep venous thrombosis associated with large leiomyomata uteri. A case report. J Reprod Med, 2001. 46(4): p. 405-7.
- 7.Nappi, L., et al., Management of uterine giant myoma. Arch Gynecol Obstet, 2008. 278(1): p. 61-3.

Sorumlu Yazar : Dr.Yunus YILDIZ

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Bölümü, Ankara

Tel:0 505 320 05 12

E-mail : dryyildiz@yahoo.com