

SİGMOİD KOLON SEROZASINDA ATİPİK LOKALİZASYONLU MYOMA UTERİ

MYOMA OF ATYPICAL LOCALIZATION ON THE SEROUSA OF SIGMOID COLON

Mehmet Yılmaz¹, Cemil Kaya², Cem Demirel³, Nural Erdoğan⁴, Sevim Dinçer Cengiz⁵

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Afyon

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Ankara

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji A.B.D, Ankara

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Ankara

ÖZET:Uterin leiomyomalar sıklıkla fizik muayenede saptanırlar. Genellikle uterus düz kas hücrelerinden köken alıp submüköz, intramural, subseröz yerleşim gösterirler. Ancak leiomyomalar serviks, broad ligament ve overde de yerleşebilirler. Daha nadir olarak da düz kas hücrelerinden orijin alan nodüler yapıların peritoneal yüzeylerde yerleşimine rastlanmaktadır. Uterin leiomyomalar reproduktif yaş grubunda kadınların en az %20 sinde görülürler, 40 yaş üstü kadınların ise %40-50 sinde fibroidler asemptomatik olarak bulunabilirler.

Bu yayında sigmoid kolon serozasına yerleşimli leiomyom olgusu sunulmaktadır.

[Anahtar kelimeler: Myoma uteri, leiomyomatosis peritonealis disseminata, parazitik myom.]

ABSTRACT:Uterine myomas frequently detected during pelvic examination. Myomas usually arise from uterine smooth muscle fibers and localize submucosally, intramurally or subserosally. Nevertheless, they can be found also on cervix, broad ligaments or on ovaries. Less frequently nodules arose from smooth muscle are observed on peritoneal surfaces. Myomas are seen in 20% of reproductive age group, whereas these figure rises up to 40-50% in those older than 40 years of age without any symptom.

We report a case in this article with a myoma atypically localized on the serousa of the sigmoid colon.

[Key Words: uterine myoma, leiomyomatosis peritonealis disseminata, parasitic myoma.]

Uterin leiomyomalar en sık jinekolojik pelvik neoplazmlar olmalarına rağmen genellikle asemptomatik ve benigndirler. Etyoloji tam olarak bilinmemektedir ancak çeşitli çalışmalar myometriumda bulunan tek bir neoplastik düz kas hücresinden oluştuğunu ileri sürmektedir. Myomlar genellikle gebelikte büyüme, menopoiz döneminde küçülme eğilimindedirler. Uterin leiomyomlar genellikle subseröz, intramural, submüköz yerleşim gösterirler ancak servikal, intraligamenter, overyal ve

peritoneal yerleşim de gösterebilirler(1,2). Bu yayında sigmoid kolon serozasında tespit edilen bir leiomyom olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

xÜç yıldır anjioödem atakları nedeniyle izlenen 58 yaşında kadın hasta kronik enfeksiyon ve malignite odağı yönünden değerlendirilmek üzere kliniğimize konsülte edildi. Hasta 6 yıldır menopoizda ve hiç hormon replasman tedavisi almamıştı. Pelvik muayenede uterin kaynaklı olduğu

düşünülen ve sağ adneksiye alanına yerleşimli yaklaşık 4-5 cm çapında sert mobil kitle tespit edildi. Hastanın pelvik ağrı dışında jinekolojik bir problemi mevcut değildi.

Pelvik ultrasonografide uterus 64x44x40 mm boyutlarında saptandı sağ adneksiye alanında 51x41 mm boyutlarında intraligamenter yerleşimli leiomyom ile uyumlu görünüm saptandı. Endometrium çift duvar kalınlığı 9.5 mm ve sol adneksiye alanında herhangi bir patolojik görünüm mevcut değildi. Hastanın laboratuvar incelemesinde serum AFP, Ca 19-9, Ca 125, Ca 15-3, CEA değerleri normal olarak bulundu. Hastanın preoperatif tam kan, biokimya, PA akciğer grafisi, EKG si normal olarak tespit edildi. Servikal smear ve probe küretajda herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastaya kronik pelvik ağrı ve myoma uteri nedeniyle operasyon planlandı.

Laparotomide uterus myomato görünümde idi ve sağa doğru uzanan yaklaşık 5 cm çapında sert kıvamda intraligamenter yerleşimli myom nüvesi gözlemlendi. Total histerektomi ve bilateral salpingoofektomi yapıldı. Bu esnada sigmoid kolon serozası üzerinde yaklaşık 1.5 cm çapında bir adet sert, beyaz renkli, nodüler yapıda, etrafa yapışıklık göstermeyen oluşum izlendi. Bu oluşum keskin disseksiyonla barsak serozasından disseke edilerek komplet olarak eksize edildi.

Barsak serozasından eksize edilen oluşumun patolojik incelemesinin sonucu merkezinde kistik dejenerasyon gösteren leiomyom nodülü olarak rapor edildi. Histopatolojik incelemede nukleer pleomorfizm ve önemli mitotik aktivite saptanmamıştır.

TARTIŞMA

Uterin leiomyomlar sınırları belirgin, fakat kapsülsüz iyi huylu uterus tümörleridir. Başlıca düz kastan ibarettir, fakat içinde bir miktar lifsel bağ dokusu elemanı bulunabilir. Myomların subseröz, intramural, submüköz, servikal veya broad ligament içersinde

yerleşebildikleri bilinmektedir. İntramural yerleşimli myomlar en sık görülen tiptir ve kas duvarı içinde bulunurlar; mukoza ve serozaya yakınlıkları yoktur. Bu tümörler büyüdükçe uterus kavitesinin ve yüzeyinin şeklini bozarlar. Subseröz yerleşimli olanlar, hemen serozanın altında bulunurlar ve uterusun dış yüzeyinde çıkıntı oluşturup girintili çıkıntılı yüzeyi yaparlar. Subseröz myom büyüdükçe, saplı biçim alabilir ve uterusu uzun ince bir sapla bağlı bulunabilir. Bazen bu saplı myomlar peritona veya omentuma yapışabilirler, primer kanlanma kaynaklarını kaybedebilir ve yapıştıkları dokudan sekonder kanlanma sağlayabilirler. Bu myomlara parazitik myom adı verilip çok nadir görülürler. Submüköz myomlar endometriyumun hemen altındadır. Büyüdükçe endometriyumunu inceltir ve yüzeye çıkarlar. Bu şekilde nekroz ve enfeksiyona neden olurlar. İntraligamenter myomlar ise subseröz bir myomun lig. latumun içine doğru büyümesi ile oluşurlar. Bunlar, ureter ve hatta pelvis kan damarları üzerine oturabilir ve cerrahi olarak çıkartılmaları zordur(1,2).

Leiomyomatosis peritonealis disseminata abdominopelvik vissera ve periton yüzeyinde bulunan, benign düz kas hücrelerinin oluşturduğu multiple nodüllerle karakterize nadir görülen bir durumdur. Akkardijk ve Hales bu tür olguların östrojen kullanımı ile ilişkili olduğunu, oral kontraseptif kullanan kadınlarda yada gebeliğe bağlı olarak oluştuğunu belirtmişlerdir. Literatürde bugüne kadar rapor edilmiş iki malign ve 44 benign leiomyomatosis peritonealis disseminata olgusu mevcuttur. Bu olguların büyük kısmında GnRH agonist tedavisi ile regresyon sağlanmıştır(3,4).

Bizim olgumuzda oral kontraseptif kullanım öyküsü mevcut olmadığı gibi hasta 6 yıldır menopozda bulunmaktaydı ve hormon replasman tedavisi almamaktaydı. Yapılan histopatolojik incelemede malignansi düşündürecek nukleer pleomorfizm ve mitotik aktivite saptanmamıştır. Ayrıca abdominopelvik

vissera ve peritonun inspeksiyonunda, sigmoid kolon serozası dışında patoloji düşündürecek nodüler oluşumlar saptanmadı. Bu olguda tipik olarak leiomyomatosis peritonealis disseminata bulguları olmamakla birlikte leiomyomatosis peritonealis disseminatanın bir komponenti olabileceği düşünüldü ayrıca hastanın 6 yıldır menopozda olması nedeniyle azalan östrojen miktarı sonucu peritoneal yüzeylerde yerleşmiş olan diğer nodüler yapılar spontan olarak regresyona uğramış olabilir. Ayrıca uterustaki subseröz yerleşimli bir myom nodülü barsak serozasına yapışmış ve zamanla kanlanmasını barsak serozasından sağlayarak parazitik bir myom halini almış olabilir.

Sonuç olarak bazı vakalarda klinik olarak önceden tanı koyulamayacağı gibi, bazı vakalarda patolojik tanımlamadan sonra dahi uygun bir klasifikasyona yerleştiremediğimizi söyleyebiliriz.

KAYNAKLAR

1. Buttram VC, Reiter RC. Uterin leiomyomata: Etiology, syptomalogy and management. Fertil Steril 1981;36:433-45.
2. Creasman WT. "Corpus uteri" diseases. Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN (ed): Danforth Obstetric and Gynecology. Seventh ed. Philadelphia: J B Lippincott Company, 1994 p:925-955.
3. Hales AH, Peterson MC, Jones KP, Quinn DJ. Leiomyomatosis peritonealis disseminata treated with a gonadotropin-releasing hormone agonist. Am J Obstet Gynecol 1992;167:515-6
4. Akkersdijk GJ, Flu PK, Giard RV, van Lent M, Wallenburg HC. Malignant leiomyomatosis peritonealis disseminata. Am J Obstet Gynecol 1990;163:519.

Yazarlar:

M. YILMAZER: Yrd. Doç. Dr. Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı

C. KAYA: Uzman Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı.

C. DEMİREL: Araştırma Görevlisi (Dr.), Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı.

N. ERDOĞAN: Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilimdalı.

S. D. CENGİZ: Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı.

Yazışma adresi:

Yrd. Doç. Dr. Mehmet YILMAZER, Afyon Kocatepe Üniversitesi, Ahmet Necdet Sezer Araş. ve Uyg. Hast. AFYON
Tel: 0 272 214 48 48