

## Uterus Myomlarında Etiyoloji, Histopatogenez, Klinik ve Koniplikasyonlar

Kemal SOY\*

Hüsnü ÇAĞLAR\*\*

A. Ali ALBAYRAK\*\*\*

Uterus myomları pelvik tümörlerin en yaygın olanlarıdır (3, 7, 12, 20, 23, 30, 31, 41). Bunlar mezenşimal tümörlerdendir (myom, lipom, fibrom, lenfanjiyom ve nadir mixt tümörler). Uterusun adale dokusundan gelişirler. Adale hücrelerinin teşkil ettiği huzmeler arasında bir miktar fibröz konnektif doku (bağ dokusu - stroma) da vardır. Bunlar özellikle büyük ve yaşlı tümörlerde fazladır (fibromyom). Ancak bu bağ dokusunun tümöral proliferasyon ile alakası yoktur (3, 7, 8, 10, 12, 13, 20, 23, 30, 31, 33, 41). Fibromyom, fibrom, fibroid, leiomyom, myom ve leiofibromyom da denir. Fibroid en popüler olan isimdir (8, 11, 13, 18, 20, 30) ancak yapısal özelliğini yansıtmamaktadır. WIRCHOW tarafından ortaya atılan ve leiomyomun kısaltılmış şekli olan myoma terimi en uygun olandır (3, 7, 18, 20).

Vakaların % 89'unda myomlar multipl, % 11'inde ise münferittirler (12, 20). 200 taneye kadar nüve tek bir uterusta bulunabilir (8, 20). En yaygın olarak 3-30 arasında görülürler. Kadınların ortalama % 17-20'sinde myoma rastlanır (3, 7, 13, 20, 30, 31). Bunların % 80'i 30-50 yaş arasındadır. Jinekoloji kliniklerinde tedaviye alınan hastaların % 10'u myom vakalarıdır (3, 5). Kadın genital organlarının selim tümörlerinin % 95'ini corpus uteri myomları teşkil eder (33, 37).

Yüzeyleri lobüler olabileceği gibi, sferik yapıda da olabilirler. Bir psödo-kapsülleri vardır (P. MAYER). Bu, normal uterus duvarının kompresyona uğramış şeklidir ve subseröz ve submükoz myomlarda bu şekilde bulunmaz (3, 20). Kıvam olarak dejenerasyon dışında serttirler ve kesi yüzleri genellikle beyazımsı görünümündedir. Kapsüldeki damarlarla beslendiği için, tümörün orta kısımlarında beslenme bozukluğuna bağlı renk ve yapı değişiklikleri sık görülür. Tümör içinde endometriyoz odakları varsa adenomyoma, endometriyoz odaklarının sınırları belirsiz ise adenomyozis adını alır (3, 9, 11, 30).

\* İzmir Devlet Hastahanesi, Kadın-Doğum Kliniği Şefi

\*\* İzmir Devlet Hastahanesi, Kadın-Doğum Kliniği Başasistanı

\*\*\*İzmir Devlet Hastahanesi, Kadın-Doğum Kliniği Asistanı

Literatürde 45-70 kg'a kadar büyüyen myomlar bildirilmiştir (WD BEACIHAM 1946-49) (2, 12). BENSON ve NOVAK en büyük olarak 45 kg'lık myom olguları bildirmişlerdir. Teknik ve gelişmenin artmasıyla büyük tümörlerin görülmesi oldukça azalmıştır.

Myomlar yavaş büyürler. Portakal büyüklüğüne erişmesi için üç yıl geçmesi gerektiği söylenir. Ancak büyüme kişiden kişiye ve aynı kişide zamandan zamana farklılık gösterir. Dejeneratif hadiseler tümörlerde hızlı büyümeye neden olurlar. Post-menapozal devrede büyümede yavaşlama hatta durma olabilir. Ancak en az % 10'u bu devrede de büyümeye devam eder (20).

Tümörler sıklıkla avaskülerdirler. Esas kan damarları kapsülünde dağılmıştır. Bazan kan ve lenf damarları ve kavernoöz boşluklar olabilir (telenjektazik ve lenfanjektazik myom).

Uterus myomları corpusta veya nadir olarak serviks'te bulunurlar (13, 21, 30, 41). Servikal orijin, BENSON tarafından % 2-3 ve ÇANGA tarafından da % 9 olarak bildirilmiştir. Tek bir hücrenin çoğalması ile büyümeye başlayan myom nüvesi başlangıçta daima yuvarlaktır ve kapsül bir tabaka ile çevrili bulunur. Eğer myomun gelişmesine myometrium da konstantrik bir hipertrofi ve hiperplazi ile iştirak ederse nüve daima myometrium içinde kalır (intramural - interstiel) ve genellikle uterus muntazam bir şekilde irileşerek "gülle myom" (kugel) denen tipi oluşur. Bu en sık görülen şeklidir. Serozaya doğru yaklaşım uterus sathında bombeleşebilir (subseröz-subperitoneal). Nüve cavum uteri içine doğru büyüebilir ve (submükoz myom) bazan saplı bir polip gibi gelişerek uterus kontraksiyonları ile collumdan dışarı sarkabilirler (myoma in status nascendi). Submükoz myomlar % 5 oranında görülür ve daha ağır kanamalara sebep olurlar (3, 30). Diğer bir ihtimal de, tümörün lig. latum yapraklarını aralayarak parametrium içine doğru gelişmesidir (intra-ligamentar). Bunların özellikle omentuma yapıştıkları gözlenir. Bu halde omentumdan daha fazla beslenebilir, hatta tümör zamanla ute-

rustan yavaşça sıyrılır, pedikülü gittikçe incelir ve en nihayet uterustan ayrılabilirler (Parazitik myom).

## ETİYOLOJİ

1. Yaş: Uterus myomları 20 yaşın altında nadirdirler. Bununla birlikte BARBER ve GRABER 11 yaşındaki bir genç kızda uterin myom bildirmişlerdir (4, 30). Menapozdan sonra gelişmezler (25, 33, 41). Myomlu kadınlarda menapozun 5-7 yıl geç başladığı bildirilmiştir (33). Myomun en sık görülme yaşları 30-50 olarak kabul edilir (12, 20, 33, 41).

2. Parite: Nullipar ve infertil kadınlarda daha yaygındır. Bununla birlikte multipar veya nulliparitenin önemi olmadığını savunanlar da vardır (12). Ancak sterilitenin myoma neden olup olmadığı veya ortak bir nedenlerinin mi bulunduğu kesin olarak bilinmiyor.

3. Çevresel - genetik faktör: Siyah ırkta myom gelişimi daha sıktır (5-20). BENSON, bunun siyahlarda üç misli fazla olduğunu göstermiştir. Familial insidans, bünye, nörohormonal düzensizlikler, ırk (siyah ve musevilerde fazla), prolaktin yüksekliği ve kişisel myometrial lokal faktörler üzerinde durulmaktadır.

4. Mekanik sistem: Myometrium duvarında mekanik strese bağlı fibromusküler reaksiyon üzerinde duruluyor. Bu stres, gebelik koruması olmayan uteruslarda daha sıktır. Nulliparlarda daha yaygın görülmesinin izahını bununla açıklayanlar vardır. Ancak yaygın kabul görmemiştir.

5. Över fonksiyonu: (STEITZ-VVINTZ) Aşırı östrojen stimülasyonu düşünülmüştür. Ancak myomlar klimakteriumda belirgin bir atrofiye uğramazlar, hatta menapozdan sonra da büyüyebilirler (20, 41). Bunlarda malignite dejeneresans düşünülmelidir. Postmenapozal devrede belirgin derecede küçüldüklerini kabul edenler de vardır (3, 40). Bununla birlikte erken yaşlarda bilateral oofektomi yapılanlarda da myomlarda büyüme gözlenmiştir (20). NELSON (1937) 2-10 aylık süreler boyunca, dişi domuzlara östrojen enjekte ederek 32 taneden 6'sında multipl subseröz myom geliştiğini göstermiştir. Aynı şekilde LIPSCHUTZ ve IGLESIAS (1938) da östrojen enjeksiyonlarıyla myom geliştirmişlerdir (24, 30). Bu fibromatojenik etki, aynı zamanda progesteron veya testosteron propionat verilerek önlenabilir.

Överlerde kistik değişiklikler (polikistik över ve teka lütein kistleri) ve endometriumda hiperplazi myom vakalarında sık olarak görülür (2, 3, 17, 41). BROVNE'ye göre bu oran % 20'dir.

Diğer taraftan coitus interruptusun etiyolojik role sahip bulunduğu düşünülmüştür (41).

## HİSTOPATOGENEZ

Myometrium içindeki embriyoner dönemden

arta kalmış küçük hücre adacıklarından ya da damarların düz adale liflerinden geliştikleri iddia edildi (CONHEİM-ASCHOFF ve "embriyoner rest teorisi"). ARISAN ve ERDOĞAN'm bunu destekler görüşleri vardır (3, 13). BROWNE ise gelişmenin eskiden sanıldığı gibi arterlerin orta tabakalarından değil, myometriumun kendi içinde olduğunu belirtmektedir. BENSON esas gelişim alanlarının, myometrial arteriollerini çevreleyen olgunlaşmamış düz kas hücreleri olduğunu belirtmiştir (R. MAYER). G. HURMANN (1960) myom gelişmesinde simetriye işaret etmiştir (33). WIRCHOW "irritasyon teorisi"ni ileri sürmüştür. R. MAYER ve ALBRECHT (1928) tümörün gelişebilmesi için irritasyon teorisinden başka ilave bir enerji istifinden bahsetmişlerdir. Buna göre kaynak, matür değil, immatür hücre elemanlarıdır. "İç sekresyon teorisi" (L. SEITZ) ovaryumların hormonal disfonksiyonuna dayanır (12) ve oldukça revaçtadır.

## SEMPTOMLAR

Küçük olanların çoğu ve büyüklerin de bazıları bulgu vermezler. Myomlu hastaların yaklaşık % 15-20'sinin şikayeti yoktur (3). Endometrial kaviteye yakın olanlar daha sık şikayetlere neden olurlar (örneğin menstruasyonla ilgili). Genel olarak myomlara ait semptomlar 30-45 yaşlarında görülür (3, 12, 20, 31, 33,41).

### 1. Ağrı:

Vakaların ancak % 20-30'unda görülür (12, 39). Genellikle komplike olma durumlarında ağrıya neden olurlar. Bunlar:

— vajene doğan, saplı submüköz myomlardaki uterin kontraksiyonlar (yabancı cisim reaksiyonu yapar)

- gebelikte hızlı büyümeye bağlı gerilme ağrıları
- pedikül veya uterus torsiyonu
- su bkapsüler kanama
- dejenerasyon ve periton reaksiyonu
- sarkomatöz değişiklikler
- diğer organlara adhezyonlar
- ilave lezyonlar (örneğin endometriyoz) (20)
- nekroz gelişmişse ağrıya bulantı, kusma ilave olur ve Subileus, kollaps eğilimi artar (3).

### 2. Genel Belirtiler:

a) Anemi: Belirtileri sıktır (palpitasyon, yorgunluk ve kilo kaybı). Bunlar metrorajiye bağlıdır. Uzun sürenlerde CVS şikayetleri, çarpıntı, anjina, ödem ve halsizlik görülür. Son zamanlarda myomlu uterusla beraber myokardial bir dejenerasyondan bahsedilmektedir (Fibroid Kalp, 13).

b) Polisitemi: Seyrek ve operasyondan sonra kaybolur. Bu vakalarda myom genellikle büyük ve lig. latumda lokalizedir. Nedeni (1) tümörün kendisinin eritropoetik oluşuna ve (2) üretere bası yapıp böbreğin

eritropoetik fonksiyonunu etkilemesine bağlanmaktadır. İkincisi daha muhtemel olmasına karşın ispatlanmış değildir. Polisitemi hastada trombo-emboli riskini artırır (20).

c) Hipoglisemi: Oldukça nadirdir ve myomların enteresan olan diğer bir sistemik etkisine bağlıdır. Bu durum, alışılmışın dışında hücre aktivitesi gösteren ve retroperitoneal olan myomlarda görülür. Pankreatik stimulus üzerinde duruluyor. Post-operatif dönemde karbonhidrat metabolizması normale döner (20).

### 3. Menstrual Bozukluklar:

% 40-50 oranında görülür. Karakteristik semptomu "menorajidir" (adet kanamasının uzaması). "Amenore"ye neden olmaz (gebelik veya menapoz dışında).

- a) Menoraji: Sebepleri,  
— endometrial kavite ve kanama yüzeyinin artması,  
— uterin vaskülaritenin artması  
— endometrial hiperplazi eklenmesi  
— tümörün basısı ile endo-myometrial venöz dilatasyon  
— uterin kontraksiyonların yetersizliği (özellikle intramural olanlarda hipermenore)  
— submüköz myomlarda endometrial rejenerasyonun gecikmesidir.

b) Spazmodik dismenore: Seyrek görülür. Submüköz myomlarda, uterus kontraksiyonlarının stimüle edilmesiyle oluşması muhtemeldir. Ağır, tek taraflı ve klasik formu dışında olan dismenore, utero-tubal birleşme bölgesinde yerleşen küçük bir myom nüvesi nedeniyle görülebilir. Buradan kontraksiyon dalgaları kalkan ve yayılır (20). Dismenoreyi kapsül gerilmesine bağlayanlar da vardır (3).

c) Devamlı ve irregüler kanama: Şu durumlarda görülür:

- sıklıkla polipoid olan submüköz myomların yüzeyel ülserasyonu ve mekanik lezyonlar (metroraji),  
— sarkomatöz değişiklikler (nadir),  
— gebelik ve myom vakalarında,  
— endometrial poliplerle birlikte olduğu durumlarda,  
— kistik glanduler endometrial hiperplazide (KGEH, sürekli kanama).

Böyle hastalarda pre-operatif diyagnostik küretaj yapılmalıdır. Bu işlem bazı kliniklerde kural haline getirilmiştir (Ca' ihtimali).

### 4. Akıntı:

Nadirdir. Submüköz ve cerviksten doğan myomlarda hatta bazan idrar fistülünü düşündürebilecek tarzda bol miktarda akıntı görülebilir. Bu, açık sarı renkte, kokulu veya kokusuzdur (20, 41).

### 5. Bası Belirtileri:

a) GİS: Büyük tümörler dispepsinin çeşitli formlarına neden olabilirler. Rektum basısı ile konstipasyon görülebilir de nadirdir.

b) Üriner sistem: Dizüri ve pollaküri şikayetleri yapabilir (14, 20). Cervikal veya corporal olanların douglası dolduranları, idrar retansiyonu ve sistite neden olurlar. Retansiyon hadisesi akuttur ve genellikle premenstrüel konjesyon döneminde veya erken gebelik döneminde olur. Üreterlere baskı ile hidronefroz gelişmesi seyrek de olsa görülür.

c) Vena-lenfatik: Büyük tümörlerde ödem ve ayaklarda variköz oluşumlar görülebilir. (Örneğin iliac ven basısında ödem, varis ve alt ekstremitelerde tromboza meyil, 10).

d) Sinir: Sacral pleksus veya N. Obturatorius basısı ile ağrı oluşması seyrek. Bu tip lezyon yapan tümörler genellikle maligndirler. Bel, kasık ağrısı ve siyatalji şeklinde görülürler.

### 6. Gebelikle İlgili Semptomlar:

a) Sterilite: BROWNE myomlu hastalarda sterilite oranının % 20-25 arasında olduğunu bildirmiştir (10, 35). Fertil kadınlarda myom oluşumu daha seyrek. Ancak myom ile sterilite arasındaki ilişki kesin olarak açıklanamamıştır.

b) Abortus-prematürite: Cavumda şekil bozukluğu yaptığından ve gelişme ve büyümeyi engellediğinden dolayı, düşüklere ve erken doğumlara neden olmaktadır.

c) Malpozisyon-malprezentasyon: Fötusta görülen bu tip pozisyon ve prezentasyon anomalileri kaviter deformasyona bağlıdır.

d) Travayda obstrüksiyon: Doğum yolunun tıkanması ile olur (myom previa, 41).

e) Yetersiz uterin faaliyet: Post-partum hemoraji, atoni ve involusyonda gecikmeye neden olur.

### LABORATUVAR

Anormal uterin kanama ve enfeksiyona bağlı olarak anemi gelişebilir. Myom ile birlikte endometritis veya septik dejeneresans olan vakalarda lökositöz olabilir (20.000/mm<sup>3</sup>). Bazı hastalarda polisitemi görülebilir. Sedimantasyon artmış olabilir (26, 38).

### KOMPLİKASYONLARI

#### 1. Torsiyon:

Uterustaki asimetri durumlarında görülür (tümör, müller kanalı malformasyonları, yapışık komşu lezyonlar). Torsiyon genellikle cerviksın supravaginal kısmı hizasındadır. Uterin damarlar dolaşım bozulmuştur, uterus kanla infiltrat olur, büyür ve gangren gelişir. Seyrek görülür. Şiddetli ani başlayan ağrı ve

fatal seyreden bir şokla seyredebilir. Kusma ve hafif uterin kanama sıktır. Batında adale kontraksiyonu ve uterusta hassasiyet bulunur. Subseröz saplı myomlarda önce venöz sonra arteriel dolaşım bozulur. Acil operasyon gerektiren durumlar yaratabilir ve daha sık görülür.

## 2. Hemoraji:

Myom yüzeyindeki (kapsül) geniş bir venanın yırtılması seyrek görülen bir olaydır (18, 20, 26). Bu, uterus kontraksiyonlarına veya ani büyümeye bağlı olabileceği gibi (spontan), travmaya da bağlı olabilir, intra-peritoneal hemoraji ve şok meydana getirip acil tedavi gerektirebilir (3, 12, 18, 20). Tümör içine hemoraji, pedikül torsiyonu dışında seyrek görülür. PEEL ve BRUDENELL, sarkomatöz değişiklik gösterenlerde, özellikle tümör içine yaygın spontan kanamalardan bahsetmişlerdir (31). M. ERDOĞAN, myomların gangrenöz veya süpüratif dejenerasyonlarının nadir olmayarak uterus duvarını zedelediğini bildirmiştir (13).

İntra-peritoneal hemoraji durumunda, karnın alt kısmında genellikle birdenbire ortaya çıkan ağrı, bulantı, kusma isteği, soğuk terleme, sivrilmiş bir surat, dispne ve derinleşen anemi vardır (18, 36). Culdosentezis'te (Douglas ponksiyonu) taze ve pıhtılaşmış kan görülür. Ancak vajene doğmuş myomlardaki kapsül venalarının kanaması durumunda, ponksiyon neticesi negatif olur ve kadının hayatını tehlikeye sokan ağır vaginal kanamalar görülür.

## 3. Asit (Pseudo-Meigs Send.):

Mobil (özellikle saplı subseröz) ve kalsifiye olanlar mekanik periton irritasyonu ile asit teşekkülüne neden olurlar. Seyrek olarak sağ tarafta hidrotoraks bulunabilir ve pseudo-Meigs sendromunu düşündürür.

## 4. İnversiyon Uteri:

Submököz myomlar vaginaya doğru uzanırken, uterusun bir kısmı veya tamamı dışarıya doğru dönüp ağrı ve kanama yapabilir (12).

## 5. Enfeksiyon:

Submüköz myomların hemen hemen hepsi ülsere olup enfekte olabilirler. Olayı nekroz takip edebilir (süpürasyon - pütrifikasyon).

## 6. Malign Değişim:

Operasyona gelen vakalarda % 0.2 oranında sarkomatöz dejenerasyon görülür (1, 20). Ancak diğer olgularda bu konu her zaman bir risk olarak kalmaktadır. NOVAK % 0.5, BENSON % 0.1 - 0.5 nispetinde oran bildirirken, bu oranın, tüm myomların mikroskopik tetkikini yapmanın mümkün olmayacağından dolayı kesin olmadığını ilave etmişlerdir (8, 27, 28, 30). Diğer literatür bilgilerine göre (TASCH, Te-LINDE, FINN, ANDERSON, ARISAN ve RADMAN) myom-

larda malign dejenerasyon vakaların % 0.13 - 0.5'inde görülür. R. MAYER ve R. SCHRODER ve ark. myom hücrelerinin sarkom hücrelerine dönüşüm göstermediğini savunmuşlardır. Burada myom içinde daha önceden mevcut ve herhangi bir zamanda malinite arzedecek bir hücre kompleksinin aktivasyonu bahis konusudur (33). Corpus ca', cerviks ca'dan daha sık olarak myomla kombine bulunabilir. MOEBIUS (1960) opere 100 myom vakasında 15 corpus ca' tarif etmiştir (33).

Malign değişim tümörün orta kısmından başlar ve kesin tanı ameliyat materyalinin histolojik muayenesi ile konur. Eğer tümör ağırlı olup hassasiyet göstermeye başlarsa, çabuk büyür ve post-menapozal devrede de büyümeye devam edip kanamalara yol açarsa ve sistemik belirtiler ile ateşe neden olursa, klinik olarak sarkoma dönüşü düşünülmelidir (3, 20).

## 7. Dejenerasyon:

Portakal kadar büyüyen tüm myomlar ve küçük olanların da çoğu dejenerasyon formlarından bazılarını gösterirler. Tümör ağırlı, hassas, yumuşak olur ve cesamet olarak büyür.

a) Atrofi: JEFFCOATE post-menapozal atrofisinin belirsiz ve önemsiz olduğunu belirtirken, BENSON bu devrede semptomların gerilediği veya kaybolduğunu ve tümörde küçülme meydana geldiğini göstermiştir

b) Ödem: Mikro veya makroskopik olabilir. Sıvı tümör hücreleri ve kistler arasında birikir (22).

c) Hyalin dejenerasyon: En sık görülen dejenerasyon tipidir. ÇANGA % 10, BAYÇU % 30 nisbetinde bildirmiştir (5, 12). Fibröz doku hücrelerinin yerini, eozinofille pembe boyanan homojen bir substans alır. Kas lifleri ve bantları izole olup nekroze olurlar ve yapısı bozulmuş geniş alanlar görülür. Bu kavite hyalin materyal tarafından dolar (renksiz-hemorajik).

d) Kistik dejenerasyon: Bu, ödem veya hyalin dejenerasyonun bir neticesi olarak karşımıza çıkar (kavernöz dej., telengiektazik dej.).

e) Miksömatöz dejenerasyon: Seyrek görülür. Kistik ve yumuşak bir özellik arzeder. Kesitte mükös dolu kistler görülür.

f) Yağlı dejenerasyon: Nadirdir. En çok lüthusalıkta olmak üzere, genellikle parsiyel nekrozun da bulunduğu durumlarda görülür (20, 41). Myomların içi yağlı bir madde ile doludur.

g) Kalsiferöz dejenerasyon (Kalsifikasyon): İleri safhalarda kalsiyum depo edilebilir (Ca karbonat, Ca fosfat). % 1-2 oranında görülür (18). Özellikle yaşlı kadınlarda ya da dolaşım bozukluğu olanlarda görülür (20, 41). Ya diffüz olarak yayılabilir ya da belirli bir bölgede bulunabilir. Uterus sertleşir ve taş kıvamında bir durum alır (RAHİM TAŞI). Bazan bunlar vagina, rektum veya mesaneye perfore olabilirler (7, 12, 41). Bazan da bu kalsifiye subseröz myomlar ute-

rustan ayrılıp omentum içinde hapsolür veya abdominal kavitede herhangi bir yerde lokalize olabilirler.

h) Kırmızı dejenerasyon (Nekrobiyoz): Sıklıkla gebelikte ve puerperiumda görölmesine rağmen diğler bazı durumlarda da göröllebilir. Gebelik ortasında aniden ağrılı, büyümüş ve hassas oluşuyla tipik olarak kendini gösterir (15). Kusma ve hafif ateş olabilir. Myom pedikül torsiyonu, ovarial kist, ablatio plasenta, akut pyelitis veya başka bir abdominal hadise ile karışabilir. Tümör yumuşaktır, merkezinde nekroz vardır ve diffüz olarak kırmızı veya pembe renkte görölür. Renk hemoglobine bağlıdır (21). Eskiden tarif edilen "balık kokusuna" seyrek rastlanır ve muhtemelen koliform mikroorganizmalarla enfeksiyona bağlı olabilir (20).

Histolojide, dejenere bölge zayıf boyanır ve strükürü bozulmuş görölür. Bazı durumlarda tromboz belirtileri vardır (16, 19). FAULKNER (1947) kırmızı dejenerasyondan hemen sonra kesit yapılırsa, ekstrasvaze olan kanın göröllebileceğini göstermiştir (10). Patogenez karanlıktır. Arteriel ve venöz trombozu ve enfarktüsü sorumlu tutanlar vardır. Gebelikte görölürse konservatif gidilir. İstirahat ve analjezik yeterli olur. 3-10 günde semptomlar geriler ve gebelik olaysız seyreder (20, 32).

#### 8. İleus:

Nadirdir. Kitle tazyiklerine veya yapışıklıklara bağlı olabilir.

### KAYNAKLAR

1. Aarolo, L.: Leiomyosarcoma. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 77, 1959.
2. Arıcan, M.: Myoma Uteri ve Hiperfollikülünü. Jinekoloji Obstetrik, 2, 1962.
3. Ansan, K.: Kadın Hastalıkları (Jinekoloji), Çeltüt Matbaacılık San. ve Tic. Şti. İstanbul, 519-539, 1983.
4. Barber, J.R.K., and Graber, E.A.: Gynecological tumors in Childhood and Adolescence. Obst. Gyn. Survey, 28: 357, 1973.
5. Baycu, T.: Klinik Jinekoloji, İstanbul, 132-138, 1962.
6. Beacham, W.D., Beacham, D.W.: Rupture of the Uterus. Am. J. of Obst. Gyn. 61:824, 1951.
7. Benson, R.C.: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment Middle-East Ed., 196-216, 1976.
8. Benson, R.C.: Çeviri: Onat, D., Alpay, S. Kadın Hastalıkları ve Doğum El Kitabı. Ankara, 615-622, 1974.
9. Bird, C.C., Mc Ellin, T.W., Manaco, E.P.: The elusive adenomyomas of the uterus - revisited. Am. J. of Obs./Gyn. 112:583, 1972.
10. Browne, F.J., Browne, J.C.: Postgraduate Obs./Gyn. Third ed. 242-254, 1964.
11. Crossen, R.J., Hoffert, H.W.: Gynaecologic Nursing. 103-106, 1946.
12. Çanga, Ş., Önder, I.: Kadın Hastalıkları (Jinekoloji), 5'inci baskı, İstanbul, 258-289, 1979.
13. Everett, H.J.S.: Effects of uterin myomas on the urinary tract. Clinical Obs./Gyn. 1:429, 1958.
14. Erdoğan, M.: Uterusun Tümör ve Hastalıkları, 2. Baskı, 73-83.
15. Faulkner, R.L.: Blood vessels of myomatous uterus. Am. J. of Obs./Gyn., 53:474, 1947.
16. Faulkner, R.L.: Red degeneration of myomas. Am. J. of Obs./Gyn., 53:474, 1947.
17. Garrey, M.M., Govan, A.J.D.T., Hodge, C.I.L., Callan, D.E.R.: Çeviri: Kazancıgil, A. Resimli Jinekoloji, Ankara, 236-239, 1980.
18. Heller, L.: Çeviri: Kazancıgil, A., Saydam, O.: Obstetrik ve Jinekolojide Acil Sorunlar. Sermet Matb., Kırklareli, 7-8, 1983.
19. Herbut, A.: Gynecological and Obs. Pathology. 4th ed., Filhiger Co., Philadelphia, 1958.
20. Jeffcoate, N.: Principles of Gynecology. Fourth ed., Butterworths, 412430, 1975.
21. Kazancıgil, T.R.: Jinekolojik Histopatolojik Teşhis, İstanbul, 1951.
22. Kelly, H.A., Cullen, T.S.: Myomata of the Uterus, W.B. Saunders Comp., Philadelphia, 1930.
23. Kern, G.: Çeviri: Kazancıgil, A. Kadın Hastalıkları. Sermet Matb. Kırklareli, 331-342, 1982.
24. Lipschutz, A.: Steroid Hormones and Tumors. Ed. I., The Williams and Wilkins Comp. Baltimore, 1950.
25. Miller, N.F., Ludoric, P.P.: Origin and Development of Uterin Fibroids. Am. J. of Obs./Gyn., 70:720, 1955.
26. Mimbrough, R.A.: Symposium of Fibromyomas of Uterus. Clin. Obs. Gyn., 1:407, 1958.
27. Novak, E.: Sarcoma of Uterus. Am. J. of Obs./Gyn., 34:1937.
28. Novak, E. Gynecologic and Obstetric Pathology. Philadelphia, 1958.
29. Novak, E.R.: Benign and Malignant Changes in Uterin Myomas. Clinical Obs./Gyn., 1:421, 1958.
30. Novak, E.R. Novak's Textbook of Gynecology. Ninth ed., 361-374, 1979.
31. Peel, J., Brudenell, J.M.: Textbook of Gynecology. 122-146, 1969.
32. Phaneuf, L.: The Management of Uterin Myomas. Surg. Gyn. Obs., 73, 1944.
33. Pschyrembel, W.: Pratik Jinekoloji, ikinci Baskı, Sülün Matb. ve Deftersan. İstanbul, 177-194, 1982.
34. Radman, M.H.: Sarcoma of Uterus. Am. J. of Obs./Gyn., 78, 1959.
35. Rubin, A.C.: Uterin Fibromyomas and Sterility. Clinical Obs. Gyn., 1501, 1958.

36. Saicü, F., Constable, J.D., Ulfelder, H.: Massive Intra-peritoneal Hemorrhage due to Uterin Fibroids. Am. J. of Obs./Gyn., 82:367, 1961.
37. Schwattz, O.: Benign diffuse enlargement of the uterus. Am. J. of Obs./Gyn., 61382, 1951.
38. Spurlin, G.W.: Uterin Myomas and Erythrocytosis. Obst. Gyn. 40:646, 1972.
39. Stearns, H.C.: Uterine Myomas: Clinical and Pathologic Aspects. Postgraduate Medicine, 5 1:156, 1972.
40. Taylor, H.: Endocrine Factors in the Origin of Tumors of the Uterus. Surgery, 16, 1944.
41. Yenen, E., Ansan, K., Mostar, S.: Kadın Hastalıkları Bilgisi (Jinekoloji). İstanbul, 140-153, 1964.