

Burak SEZGİN 0000-0003-2938-5816  
Ezgi KARAKAŞ 0000-0002-9714-3686  
Aysun CAMUZCUOĞLU 0000-0002-7362-8785  
Melike Nur AKIN 0000-0001-6794-846X

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi ,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Muğla,TÜRKİYE

**Yazışma Adresi:** Burak SEZGİN  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi ,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Muğla, TÜRKİYE  
E-mail: buraksezgin@yahoo.com

## Term Gebelikte Bilateral Dev Vulvar Varisler

### *Bilateral Giant Vulvar Varicosities at Term Pregnancy*

#### Öz

Gebelik, variköz ven insidansının artmasına katkıda bulunan önemli bir faktördür. Dev vulvar varisler, normal doğum sırasında travma veya epizyotomi gibi nedenlerle kanama riski taşırlar. 23 yaşında gravida 2 parite 1 olan hastaya, bilateral dev vulvar variköz venler tespit edilmesi üzerine yatış verildi. Spontan doğum süreci başlayan hasta, oluşabilecek riskler hakkında ayrıntılı bilgilendiriliktikten ve hastanın onamı alındıktan sonra sezaryen ile doğurtuldu. Bu olguda, bilateral dev vulvar variköz venler tespit edilen miadında bir gebenin yönetimi sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler;** Dev vulvar varis, gebelik, doğum yöntemi

#### Abstract

Pregnancy is an important contributing factor for high incidence of varicose veins. During normal labor, giant vulvar varices carry risk of bleeding due to trauma or episiotomy. A 23 years old G2P1 patient was hospitalized due to the detection of bilateral giant vulvar varicose veins. After giving detailed information about the possible risks and taken informed consent, patient was delivered with cesarean section. In this case, we present a term pregnancy detected with bilateral giant vulvar varicose veins.

**Keywords:** Giant vulvar varices, Pregnancy, Delivery management

#### Giriş

Vulvar varisler; hem gebelerde hem de gebe olmayanlarda venöz konjesyon ve obstrüksiyonun bir sonucu olarak ortaya çıkabilirler. Genital ve pelvik bölgenin herhangi bir yerinde bu varislerle karşılaşabiliriz. Gebelikte vulvar varikositelerin görülme sıklığı % 2-4 tür. En sık, iki veya daha fazla miadında gebeliği olan (% 91) ve gebelik haftası 12-24 hafta (% 78) olan kadınlarda görülmektedir. Vulvar varisler ilk gebeliklerde 18-24.gebelik haftalarında, ikinci gebeliklerde

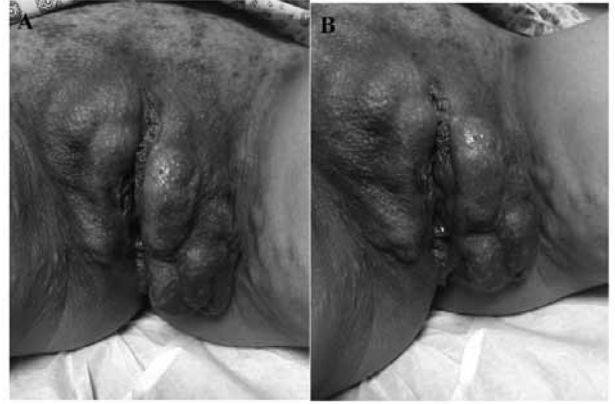
**Geliş Tarihi:** 30/04/2018

**Kabul Tarihi:** 07/05/2018

ise 12-18.gebelik haftalarında görülmektedir<sup>1</sup>. Vulvar variköz venlerle ilişkili risk faktörleri; artan yaş, uzun süre ayakta durmak, genetik, artan östrojen ve progesteron düzeylerini içerir. Varislerin atipik lokalizasyonu, danışma konusundaki isteksizlik ve bazı durumlarda herhangi bir rahatsızlık bulunmaması nedeniyle vulvar varislere genellikle tanı konulamadığından; bu patolojik durumun prevalansını güvenilir bir şekilde tahmin etmek zordur. Vulvar varisler, hem hamilelikte hem de gebe kalma aşamasında venöz tromboembolik olaylarla, yüzeysel disparoni ve vulvodini ile ilişkilidir. Ayrıca psiko-duygusal sorunlara ve aile sorunlarına da neden olabilir<sup>2</sup>.

### Olgu

23 yaşında gravida 2 parite 1 olan hasta, aktif doğum sürecinin başlaması üzerine hastaneye yatırıldı. Yapılan ultrasonografisindeki (USG) bulgular: 39 hafta 4 günlük canlı gebelik, baş geliş, amnion sıvı indeksi normal sınırlarda ve plasenta fundal yerleşimlidir. Vulvar inspeksiyonda bilateral labium majusları ve vulvayı içine alan 13 cm boyutunda dev varikositeler tespit edildi (Resim 1A,1B). Hastanın ayakta dururken, yürürken zorlanma ve vulvada ağrı şikâyeti mevcuttu. Vulva dışında başka bir bölgede varis mevcut değildi. Servikal açıklık 3 cm, efasman %60 olarak saptandı. Özgeçmişinde herhangi bir ek hastalığı veya geçirilmiş operasyonu yoktu. Hastaya doğum seçenekleri ve riskleri hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapıldı. Variköz venlerin rüptürü sonucu masif kanama olabileceği anlatıldı. Hasta, sezaryen ile doğum yöntemini tercih etti. Hastanın onamı alındı. Kalp ve damar cerrahisi (KVC) konsültasyonu istendi. Derin ven trombozu riskinden dolayı alt ekstremitte venöz doopler USG tetkiki yapıldı. Yapılan doopler USG sonucu normal olarak değerlendirildi. Spinal anestezi altında sezaryen doğum ile 3750 gr ağırlığında canlı bir bebek doğurtuldu. Postoperatif dönemde hastanın hemodinamik bulguları stabil seyretti, kanama takipleri normaldi ve herhangi bir komplikasyon gözlenmedi. KVC önerisi ile doğum sonrası hastaya düşük moleküler ağırlıklı heparin (DMAH) başlandı ve postoperatif 6. haftaya kadar devam edildi. Hastanın vulvadaki varislerinin postpartum 1. günde belirgin biçimde gerilediği, postpartum 2. ayda ise tamamen gerilediği görüldü. (Resim 2)



**Resim 1: Bilateral vulvar varislerin doğum öncesi görünümü. (A) Anterior görünüm (B) Lateral görünüm**



**Resim 2: Bilateral vulvar varislerin postoperatif 1.gün ve 2.ay görünümü**

### Tartışma

Vulvar ve perivulvar bölge varisleri; gebeliklerin %2-4 ünü etkilemektedir. Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik yatkınlık, uzun süre ayakta kalma, ileri yaş, yüksek östrojen ve progesteron seviyeleri gibi risk faktörleri mevcuttur. Gebelik sırasında oluşan vulvar varislerin muhtemel sebepleri: haftalar ilerledikçe büyüyen uterusun inferior vena cava ve pelvik venlere mekanik basısı, intravasküler volüm artışı ve hormonal faktörlerdir<sup>1</sup>.

Vulvanın venöz drenajı 3 yolla olmaktadır. Bunlar: internal iliak ven, femoral ven ve ovaryan vendir. Gebelikteki vulvar varisler en sık fetusun mekanik basısı sonucu internal iliak venin dalları olan internal pudendal ve obturator venin obstrüksiyonuna bağlı meydana gelmektedir.

İzole vulvar varisler olabildiği gibi klippel trenau-nay weber sendrom, parkes weber sendrom, pelvik

konjesyon sendrom, nutcracker sendrom, portal hipertansiyon ile birliktelik gösterebilir. Vulvar varisler %43,5 bilateral, %27 sol lateral, %29,5 sağ lateralde görülebilir<sup>2</sup>. Bizim olgumuzda bilateral yaygın tutulum mevcuttu. Klinikte bu varikositeler labia majorada gelişen küçük şişkinlikler şeklinde olabileceği gibi nadiren tüm vulvar bölgeyi kaplayan dev varikositeler şeklinde de olabilir. Genellikle vulvovajinal şişkinlik, baskı hissi, ağrı gibi şikayetler gelişir.

Vulvar varislerin değerlendirilmesinde USG ve MRI gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir<sup>3</sup>. Bizim vakamızda, vulvar bölgede yapılan USG'de dilate venöz yapılar dışında bir anormallik saptanmadı. Hastaya MRI ile değerlendirme yapmadık. Hasta aktif travayda olduğundan MRI ile değerlendirme için yeterli vaktimiz yoktu.

Vulvar varislerin yönetimi, gebelikte temel olarak konservatif yaklaşımla gerçekleştirilir. Çünkü vulvar varislerin çoğu doğumdan sonra hızlıca gerileme eğilimindedir. En basit konservatif önlemler: hastanın çalışma ve dinlenme periyotlarının düzenlenmesi, uzun süre ayakta durmaktan kaçınması, ağır egzersizlerden kaçınması olarak sayılabilir. Bunların yanında bacak elevasyonu yapılabilir, elastik bandaj, vulvar destek aletleri kullanılabilir. Bizim hastamız postoperatif dönemde varis çorabı kullandı. Ayrıca venöz akışı hızlandıracak terapötik egzersizler de önerildi. Postpartum dönemde %4-8 oranında persistans bildirilmiştir<sup>2</sup>. Postpartum 6. haftadan sonra persiste olan varisler için, etanol, sodyum tetradesil sulfat, polidokanol, poliyodine iyot gibi ajanlarla skleroterapi veya cerrahi tedavi uygulanabilir<sup>4</sup>.

Gebelikte dev vulvar varis varlığında hangi doğum yönteminin tercih edileceği, hangisinin daha güvenli olduğu ile ilgili kesinleşmiş bir bilgi yoktur. Buradaki esas çekinilen durum; variköz venlerin, normal doğum sırasında travmaya uğrama ve laserasyonu sonu-

cu aşırı kanama riskinin olmasıdır. Bu ihtimalin nadir olması bilindiğinden dolayı sezaryen doğumun düşünülebileceğini önerenlerin yanında normal doğumun komplikasyonsuz gerçekleşebileceğini bildiren raporlar da mevcuttur<sup>5</sup>. Biz hastamıza vulvadaki varislerin yaratabileceği riskler ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme yaparak vajinal yolla doğum önerdik. Hastamız vajinal doğumda vulvar varislerin kanama riskini kabul etmediğinden sezaryen doğumu tercih etti. Gebelikte venöz tromboembolik risklerin artmasından dolayı DMAH profilaksisi önerilebilir<sup>2</sup>. Bizim hastamız postoperatif 6. haftaya kadar düşük doz DMAH kullandı. Sonuçta, dev vulvar varisleri olan gebelerde hangi doğum yönteminin tercih edileceği konusu tartışmalıdır. Bizim vakamızda hastaya her iki doğum seçeneği ve riskleri ayrıntılı olarak anlatıldı. Hasta vajinal doğumun risklerini kabul etmeyip sezaryen doğumu tercih etti. Bizim vakamızda olduğu gibi gebede dev vulvar varis varlığında, hastaya komplikasyonlar hakkında ayrıntılı bilgi verilmeli, hastanın onamı alınmalı ve durum hastaya göre bireyselleştirilmelidir.

#### Referanslar

1. Sueyoshi M, Clevenger S, Hart E. Large Vaginal Varicosities in the Setting of Pregnancy without Known Hepatic or Vascular Risks: A Case Report and Review of the Literature. *Case Rep Obstet Gynecol.* 2018;2018:2394695.
2. Gavrilov SG. Vulvar varicosities: Diagnosis, treatment, and prevention. *Int J Womens Health.* 2017;9:463-475.
3. Furuta N, Kondoh E, Yamada S, et al. Vaginal delivery in the presence of huge vulvar varicosities: a case report with MRI evaluation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;167(2):127-131.
4. Marrocco-Trischitta MM, Nicodemi EM, Nater C, Stillo F. Management of congenital venous malformations of the vulva. *Obstet Gynecol.* 2001;98(5):789-793.
5. Gearhart PA, Levin PJ, Schimpf MO. Expanding on earlier findings: A vulvar varicosity grew larger with each pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2011;204(1).