

Histerektomi Materyallerinde Adenomyozis Sıklığının Araştırılması

Salih Burçin KAVAK^a

Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, ELAZIĞ, Türkiye

ÖZET

Amaç: Histerektomi materyallerinde adenomyozis sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde benign nedenlerle total abdominal ve vaginal histerektomi yapılan 241 hastanın postoperatif histerektomi materyallerinin histopatolojik değerlendirmelerinde adenomyozis sıklığı ve bu vakaların demografik özellikleri incelendi.

Bulgular: Bu çalışmada toplam 241 histerektomi materyali incelendi ve 52 tanesinde (%21,6) adenomyozis varlığı tespit edildi.

Sonuç: Adenomyozis tanısı, değişik nedenlerle kliniğe başvuran hastalarda tedavi planlaması esnasında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Sözcükler: Histerektomi, adenomyozis

ABSTRACT

Determination of Adenomyosis Incidence in Hysterectomy Materials

Objective: To determine the frequency of adenomyosis in hysterectomy materials.

Materials and Methods: We herein analyse the adenomyosis frequency in histopathologic evaluation of 241 abdominal and vaginal hysterectomy materials performed due to benign causes in Sarahatun Obstetric and Gynecology Clinic and demographic properties of these patients are evaluated.

Results: 241 hysterectomy materials are evaluated in this study and 52 adenomyosis (%21.6) case are determined.

Conclusion: Adenomyosis must be remembered in mind in patients admitted to clinic due to different causes and before managing treatment.

Key words: Hysterectomy, adenomyosis

Adenomyozis, endometrial bez ve stromanın derin myometriyal doku içerisinde yer alması olarak tanımlanmakta ve gerçek tanısı ancak patolojik olarak konulabilmektedir (1). Adenomyozisin patogenezi hakkında çok sayıda teori öne sürülmüş olmakla beraber, bugün için en çok ilgi gören bazal endometriyumun myometriyum içerisinde invajinasyonudur (2). Mikroskopik incelemede adenomyozis adacıkları ile yüzey endometriyumu arasında devamlılık izlenmesi bu teoriyi destekler. Endometriyozisten farklı olarak adenomyoziste stratum bazalisin nonfonksiyone olmasından dolayı mikroskopik incelemede hemosiderin pigmentasyonu nadir olarak izlenir (3).

Adenomyozis çoğu olguda semptom verirken vakaların %30'u asemptomatiktir ve bunlarda tanı histerektomi materyallerinde rastlantısal olarak konulur (4). Pelvik muayenede uterus normalden büyük, yumuşak ve özellikle menstrüasyon öncesi dönemde hassas olarak palpe edilir. Kadınlarda siklik veya non siklik ciddi pelvik ağrı ve anormal uterin kanamaya neden olabilen bu durum paradoksik olarak hem multiparite hemde infertilite ile birliktelik gösterir (5, 6).

Adenomyozis semptomları myomlar, endometriyozis ve endometriyal poliplerde de görülebilmekte veya bu patolojiler adenomyozise eşlik edebilmektedirler (7). Tanıda en önemli basamak şüphelenmektir. Görüntüleme yöntemlerinin ve laboratuvar testlerinin çok fazla önemi yoktur. Ultrasonografide özellikle uterus arka duvarda kalınlaşma ve kistik yapıların görülmesi uyarıcı olabilir. Magnetik rezonans görüntülemesi

tanıda yardımcı ancak pahalı bir yöntemdir. Özellikle myom varlığında magnetik rezonans görüntülemesinin tanısal değeri artar (8). Adenomyozis semptomlarını kontrol etmek amacıyla oral kontraseptifler ve analjezikler kullanılsa da asıl tedavisi histerektomidir (9).

Çalışmamızda myoma uteri, tedaviye dirençli menometroraji, endometriyal hiperplazi gibi benign nedenlerle histerektomi uygulanan hastalardaki adenomyozis sıklığı incelendi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mevcut çalışmada Nisan 2006-Nisan 2008 tarihleri arasında Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Sarahatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde benign nedenlerle total abdominal histerektomi ve vaginal histerektomi yapılan 241 hastanın postoperatif histerektomi materyallerinin histopatolojik değerlendirilmesi sonucu elde edilen bulgular değerlendirildi.

Hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi ve demografik özellikleri kayıt altına alındı. Tüm hastalara operasyon öncesi rutin jinekolojik muayene, transvajinal ultrasonografi, pap smear ve fraksiyone küretaj testleri uygulandı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 241 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların tümü myoma uteri, endometriyal hiperplazi, desensus

^a Yazışma Adresi: Dr. Salih Burçin KAVAK, Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, ELAZIĞ, Türkiye
Tel: +90 424 2415574
e-mail: burcinkavak@yahoo.com

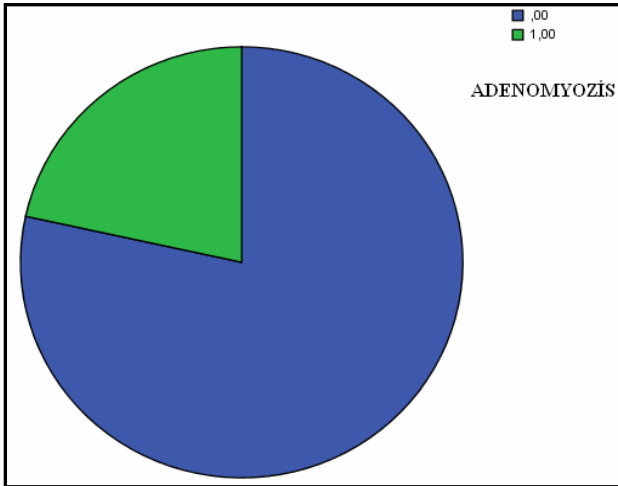
uteri ve tedaviye dirençli menometroraji gibi benign nedenlerle operasyona alınan hastalardan oluşmuştur. Hastaların yaş ve gebelik sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Değerlendirmeye alınan 241 histerektomi materyalinin 52 tanesinde (%21.6) adenomyozis varlığı tespit edildi. Bulunan adenomyozis oranı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Hastaların ortalama gebelik sayısı 3,13 olarak bulundu. 241 hastanın 4 tanesi infertil olup bunların 3 tanesinde adenomyozis tespit edildi. Öte yandan hastaların ortalama yaşları 48,3 olarak bulundu. Hastalar özellikle 4. veya 5. dekatta bulunuyorlardı.

Tablo 1. Histerektomi yapılan olguların yaş ve gebelik sayıları.

	Minimum	Maksimum	Ortalama
Yaş (Yıl)	35	75	48,3
Gebelik Sayısı	0	11	3,13



Şekil 1. Histerektomi sonrası saptanan adeno myozis oranı.
0,00: Adenomyozis yok.
1,00: Adenomyozis var.

TARTIŞMA

Adenomyozis heteropik endometriyumun miyometriyum içerisinde bulunmasıdır. Benign jinekolojik nedenlerle yapılan histerektomi materyallerinde sıklığı %20-35 olarak bildirilmektedir (10). Bizim çalışmamızda adenomyozis sıklığı %21.6 olarak bulunmuştur. Adenomyozis kadınların %1 kadarını etkiler ve tipik olarak 4 ile 5. dekatta tanı konur. Çalışmamızda hastaların yaş ortalamaları 48,33 olarak bulunmuştur.

Asıl tanısı histerektomi öncesinde nadiren konulduğu için medikal ve cerrahi tedavisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır (11). Klinik çalışmalar adenomyozisin multipar hastalarda daha sık karşımıza çıktığını göstermektedir (4,12). Çalışmamızda hastaların ortalama gebelik sayısı 3,13 olarak bulunmuştur. Ancak infertilite ile birlikteliği de son yıllarda sıkça tespit edilmeye başlanmıştır (11). Bizim yaptığımız çalışmada da adenomyozis tanısı konulan hastaların 3 tanesi infertil idi.(Adenomyozis saptanan hastaların %5,76'sı).

Adenomyozisin tedavisi medikal ve cerrahi olarak yapılabilir. Cerrahi yöntem çoğu zaman abdominal veya vaginal histerektomi olmakta, konservatif cerrahide; submüköz adenomyomlar için histeroskopik eksizyon, subseröz adenomyomlar için laparoskopik eksizyon ya da intramural adenomyomlar için adenomyom eksizyonu yapılabilir (13, 14).

Medikal tedavi seçenekleri arasında levonorgestrel yada danazol içeren rahim içi araçlar, GnRH agonistleri, aromataz inhibitörleri, oral kontraseptifler ve analjezikler kullanılabilir (15-20).

Bu çalışma ile benign nedenlerle histerektomi yapılan hastalarda adenomyozis sıklığı araştırılmış ve ayırıcı tanıda sıklıkla düşünülmeyen adenomyozis insidansı %21.6 olarak tesbit edilmiştir.

Sekonder dismenore, hipermenore gibi semptomlarla başvuran 4 ve 5. dekattaki hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka adenomyozis düşünülmeli ve tedaviyi planlarken ihtiyaç duyulduğu hallerde ultrasona ek olarak magnetik rezonans gibi tanısal yöntemlere de başvurulmalıdır. Bu şekilde adenomyozis tanısı daha sık konularak hastaların bir kısmına histerektomi gibi majör cerrahi girişim yerine, histerektomi gerektiren ek patolojilerin olmadığı durumlarda medikal ya da konservatif cerrahi yöntemlerle tedavi denenebilir.

KAYNAKLAR

1. Zaloudek C, Hendrickson MR. Mesenchymal tumors of the uterus. In Blausteins' pathology of the female genital tract. Kurman RJ ed. Fifth edition, New York: Springer, 2002: 561-573.
2. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. Hum Reprod Update. 1998; 4: 312-22.
3. Kumar V, Cotran R, Robbins SL. Basic Pathology. Fifth edition, Philadelphia: W.B. Saunders, 1992: 615-616.
4. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Ayhan A (Çeviren). 10. baskı, Ankara: Palme, 2002: 755-767.
5. Parazzini F, Vercellini P, Panazza S, Chatenoud L, Oldani S, Crosignani PG. Risk factors for adenomyosis. Hum Reprod. 1997; 12: 1275-1279.
6. Matalliotakis IM, Katsikis IK, Panidis DK. Adenomyosis: what is the impact on fertility? Curr Opin Obstet Gynecol. 2005; 17: 261-264.
7. Atri M, Reinhold C, Mehio AR, Chapman WB, Bret PM. Adenomyosis: US features with histologic correlation in an in vitro study. Radiology. 2000; 215: 783-790.
8. Speroff L, Fritz MA. Klinik Jinekolojik Endokrinoloji ve İnfertilite. Erk A, Günalp S (Çeviren). 7. baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2007: 562-605.

9. Ayhan A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 2008: 969-981.
10. Kunz G, Beil D, Huppert P, Noe M, Kissler S, Leyendecker G. Adenomyosis in endometriosis prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. Hum Reprod 2005; 20: 2309-2316.
11. Farquhar C, Brosens I. Medical and surgical management of adenomyosis. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2006; 20: 603-616.
12. Azziz R. Adenomyosis in pregnancy. J. Reprod. Med.1986; 31: 224-227.
13. McCausland V, McCausland A. The response of adenomyosis to endometrial ablation/resection. Hum Reprod Update, 1998; 4: 350-359.
14. Wood C, Maher P, Hill D. Biopsy diagnosis and conservative surgical treatment of adenomyosis. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1993; 33: 319-321.
15. Fong YF, Singh K. Medical treatment of a grossly enlarged adenomyotic uterus with the levonorgestrel-releasing intrauterine system. Contraception, 1999; 60: 173-175.
16. Sheng J, Zhang WY, Zhang JP, Lu D. The LNG-IUS study on adenomyosis: a 3-year follow-up study on the efficacy and side effects of the use of levonorgestrel intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with adenomyosis. Contraception, 2009 ; 79: 189-193.
17. Igarashi M, Abe Y, Fukuda M, Ando A, Miyasaka M, Yoshida M. Novel conservative medical therapy for uterine adenomyosis with a danazol-loaded intrauterine device. Fertil Steril, 2000; 74: 412-413.
18. Shawki OA. Danazol loaded intrauterine device D-IUD: a novel conservative management for uterine adenomyosis. Middle East Fertility Society Journal. 2002; 7: 214-220.
19. Huang WS, Ynag TS, Yuan CC. Successful pregnancy after treatment of deep adenomyosis with cytoreductive surgery and subsequent gonadotropin-releasing hormone agonist: a case report. Chin Med J. 1998; 61: 726-729.
20. Lin J, Sun C, Zheng H. Gonadotropin-releasing hormone agonists and laparoscopy in the treatment of adenomyosis and infertility. Chin Med J. 2000; 113: 442-445.

Kabul Tarihi: 16.07.2009