

Klinik Çalışma

HİSTEREKTOMİ MATERYALLERİNDE ADENOMYOZİS SIKLIĞININ ARAŞTIRILMASI

Işık KABAN¹, Hüseyin CENGİZ², Esin AVCI³, Murat EKİN²

ÖZET

Amaç: Histerektomi materyallerinde adenomyozis sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Çalışmamızda Bakırköy DrSadi Konuk Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde benign nedenlerle histerektomi yapılan 255 hastanın postoperatif histerektomi materyallerinin histopatolojik değerlendirmelerinde adenomyozis sıklığı ve bu vakaların demografik özellikleri incelendi.

Bulgular: Bu çalışmada toplam 255 histerektomi materyali incelendi ve 48 tanesinde (%19,2) adenomyozis varlığı tespit edildi.

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

Anahtar Sözcükler: Histerektomi, adenomyozis, histopatoloji

Adenomyosis Incidence in Hysterectomy Materials

ABSTRACT

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

Materials and Methods: We here in analyse the adenomyosis frequency in histopatho-

logic evaluation of 255 hysterectomy materials performed due to benign causes in Bakırköy Dr Sadi Konuk Hospital Obstetric and Gynecology Clinic and demographic properties of these patients are evaluated.

Results: 255 hysterectomy materials are evaluated in this study and 48 adenomyosis (%19.2) case are determined.

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

Keywords: Hysterectomy, adenomyosis, histopathology

GİRİŞ

Adenomyozis, endometrial bez ve stromanın derin myometriyal doku içerisinde yer alması olarak tanımlanmakta ve gerçek tanısı ancak patolojik olarak konulabilmektedir¹.

Bu nedenle en iyi histerektomize kadınlarda tanımlanabilir². Adenomyozisin patogenezi bilinmemektedir. İki majör teoriden biri endometriumun myometrium içine invajinasyonu diğeri ise müllerian kanaldan yeniden oluşumudur³. Adenomyozis çoğu olguda semptom

1. T.C.S.B. Haydarpaşa Numune EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzman Doktor

2. T.C.S.B. Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzman Doktor

3. Giresun Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi İstatistik Bölümü, Öğretim görevlisi

verirken vakaların %30'u asemptomatiktir ve bunlarda tanı histerektomi materyallerinde rastlantısal olarak konulur⁴.

Adenomyozis insidansı tam olarak saptanamamıştır. Literatürde histerektomi materyallerinden elde edilmiş verilerde %61.5 gibi yüksek bir orandan %8.8 gibi düşük bir orana kadar değişen değerler mevcuttur⁵. Adenomyozis semptomları myomlar, endometriyozis ve endometriyal poliplerde de görülebilmekte veya bu patolojiler adenomyozise eşlik edebilmektedirler⁶.

Altta yatan bir adenomyozis genellikle anormal uterin kanama ve kronik pelvik ağrı için ilaç tedavisi gören hastalarda tedavi başarısızlığı nedenidir. Ultrasonografinin tanıda sınırlı olması, manyetik rezonans görüntülemenin (MRG) maliyetinin yüksek olması nedeni ile adenomyozise histerektomi öncesi tanı konulması zordur⁷.

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

GEREÇ VE YÖNTEM

Mevcut çalışmada Ocak 2010-Eylül 2012 tarihleri arasında Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde benign nedenlerle total abdominal histerektomi, subtotal histerektomi, vaginal histerektomi, laparoskopik total histerektomi, laparoskopik asiste vajinal histerektomi yapılan 255 hastanın postoperatif histerektomi materyallerinin histopatolojik analizi sonucu elde edilen bulgular değerlendirildi.

Hastaların dosyaları geriye dönük incelendi ve demografik özellikleri kayıt altına alındı. Hasta dosyalarından fraksiyone küretaj sonuçları, histerektomi endikasyonları, operasyon şekilleri, eşlik eden endometriyozis varlığı, eşlik eden servikal, ovaryan, tubal patolojiler kaydedildi. Malign nedenlerle opere olan olgular ve histopatoloji sonuçları malign gelen olgular çalışma dışı bırakıldı. 255 hastanın histerektomi materyallerindeki endometriyozis sıklığı araştırıldı. Veri analizinde SPSS

paket programı (Statistical Package for the Social Sciences) kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 255 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların tümü myoma uteri, endometriyal hiperplazi, pelvik organ prolapsusu ve tedaviye dirençli kanama gibi benign nedenlerle operasyona alınan hastalardan oluşmuştur. Malign nedenlerle opere olan olgularla patoloji sonuçlarında malignite saptanan olgular çalışma dışı bırakıldı.

Değerlendirmeye alınan 255 histerektomi materyalinin 49 tanesinde (%19.2) adenomyozis varlığı tespit edildi. Çalışma kapsamına alınan kadın hastalara ait yaş ortalaması 48.64 ve standart sapması 6.17'dir. Çalışmaya katılan hastaların %26.3' ü sigara içerken, % 73.7'si sigara içmemektedir. Çalışmaya katılanların % 29.8'i korunma yöntemi kullanmazken, % 25.9'u coitus interruptus, %16.1 tüp ligasyonu, %12.2 rahim içi aracı (ria) korunma yöntemi olarak tercih etmiştir. En az tercih edilen korunma yöntemi ise % 7.8'lik oran ile kondom kullanma yöntemidir.

Çalışmaya katılan hastalara uygulanan cerrahi yöntemler incelendiğinde 154 tanesine total abdominal histerektomi (TAH), 70 tanesine total abdominal histerektomi+ unilateral/bilateral salpingooferektomi, 16 tanesine laparoskopik total histerektomi, 4 tanesine laparoskopik asiste vajinal histerektomi, 6 tanesine subtotal histerektomi, 5 hastaya vajinal histerektomi yapılmıştır. Operasyonların %12.8' i laparoskopik olarak diğerleri abdominal ya da vajinal yoldan gerçekleştirilmiştir. Hastaların 177'sinde (%69) hiçbir tuba ve over patolojisi saptanamamıştır. Diğer hastalarda saptanan tuba ve over patolojileri incelendiğinde; 14 hastada corpus luteum, 18 hastada corpus albicans, 1 hastada corpus hemorajikum, 6 hastada endometrioma, 2 hastada fibrom, 4 hastada folikül kisti, 2 hastada hidrosalpinks, 8 hastada morgagni, 1 hastada paraovaryan kist, 14 hastada paratubal kist, 6 hastada seröz kist, 3 hastada teratom olarak sıralanabilir. Çalışmaya katılan 255 hastadan bir hastada servikal int-

raepitelyal lezyon-1 (cın-1) ve bir hastada endoservikal polip patoloji sonucu görülmüş, kalan 253 hastada herhangi patolojik sonuca rastlanılmamıştır.

Adenomyozis rastlanan hastaların sigara içme durumları arasında ilişki için test istatistik değerinin olasılığı (p) 0.684 elde edilmiştir. Bu nedenle sigara içme durumu ile adenomyozis arasında herhangi bir ilişki olmadığı %95 güvenle söylenebilir.

Adenomyozis rastlanan hastalarda doğum sayısının etkisinin olup olmaması için test istatistik değerinin olasılığı (p) 0.151 elde edilmiştir. Bu nedenle doğum sayısı ile adenomyozis arasında herhangi bir ilişki olmadığı %95 güvenle söylenebilir.

Histopatoloji sonuçlarına göre yalnızca endometriyozis saptanan ve başka bir patoloji bulunamayan hastaların oranı % 3.5⁸ olarak elde edilmiştir.

Adenomyozis saptanan 49 hastanın özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

TARTIŞMA

Adenomyozis heteropik endometriyumun miyometriyum içerisinde bulunmasıdır. Benign jinekolojik nedenlerle yapılan histerektomi materyallerinde sıklığı %20-35 olarak bildirilmektedir⁸. Bizim çalışmamızda adenomyozis sıklığı %19.2 olarak bulunmuştur. Adenomyozis kadınların %1 kadarını etkiler ve tipik ola-

Tablo 1: Adenomyozis saptanan hastaların özellikleri

Tablo 1 Adenomyozis saptanan hastaların özellikleri

		n (%)
SİGARA	İçmiyor	37 (75.5)
	İçiyor	12 (24.5)
MENAPOZ	Postmenapozal	27 (55.1)
	Reproduktifçağda	22 (44.9)
BATIN SIVISI	Alınmış	12 (24.5)
	Alınmamış	37 (75.5)
PARİTE	Nullipar	1 (2)
	1	5 (10.2)
	2	14 (28.7)
	3	21 (42.9)
	4	5 (10.2)
	Grandmultipar	3 (6)
KONTRASEPSİYON	Korunmuyor	18(36.7)
	Tüpligasyonu	7(14.3)
	Kondom	4(8.2)
	Coitus interruptus	8(16.3)
	Oral kontraseptif	5(10.2)
OPERASYON ŞEKLİ	Rahim içiaraç	7(14.3)
	Laparoskopik total histerektomi(LTH)	1(2)
	Subtotal histerektomi	2(4.1)
	Total abdominal histerektomi (TAH)	26(53.1)
PATOLOJİ	TAH+USO/BSO	20(40.8)
	Adenomyosiz	5 (10.2)
	Endometrial polip	1 (2)
	Endometrial hiperplazi	2 (4.1)
	Leiomyom	41 (83.7)

rak 4 ile 5. dekatta tanı konur. Çalışmamızda hastaların yaş ortalamaları 48,64 olarak bulunmuştur ve literatürle uyumludur. Asıl tanısı histerektomi öncesinde nadiren konulduğu için medikal ve cerrahi tedavisi ile ilgili sınırlı sayıda çalışma vardır⁹. Klinik çalışmalar adenomyozisin multipar hastalarda daha sık karşımıza çıktığını göstermektedir^{5,10}. Fakat tanısının histerektomi materyallerinde konulabilmesi nedeniyle bu sıklığın objektif olmayabileceği vurgulanmıştır. Çalışmamızda hastaların ortalama gebelik sayısı 3,13 olarak bulunmuştur. Ancak infertilite ile birlikteliği de son yıllarda sıkça tespit edilmeye başlanmıştır⁹. Bizim yaptığımız çalışmada adenomyozis tanısı konulan hastalardan infertil olan yoktu.

Adenomyozisin tedavisi medikal ve cerrahi olarak yapılabilmektedir. Ancak adenomyozisin tek kesin tedavisi histerektomidir. Cerrahi yöntem çoğu zaman abdominal veya vaginal histerektomi olmakta, hastalık uterusu sınırlı olduğundan endikasyon yoksa overlerin korunması önerilmektedir. Konservatif cerrahide; submüköz adenomyomlar için histeroskopik eksizyon, subseröz adenomyomlar için laparoskopik eksizyon ya da intramural adenomyomlar için adenomyom eksizyonu yapılabilmektedir^{11, 12}.

Medikal tedavi seçenekleri arasında levonorgestrel ya da danazol içeren rahim içi araçlar, GnRH agonistleri, aromataz inhibitörleri, oral kontraseptifler ve analjezikler menore ve dismenore şikayetlerini azaltmak için kullanılabilir. Bir vakada danazol içeren rahim içi araçla (RIA) başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Yine levonorgestrel içeren ria ile yapılan bir çalışmada 6 ay sonraki MR kontrolde junctional zone kalınlığında %24 azalma saptanmış fakat hormonal terapi bırakıldıktan 6 ay sonra vakalarda semptomların rekürrensi ve uterusun büyüme gözlenmiştir. Bazı hastaların semptomlarının giderilmesinde uterusun arter embolizasyonu başarılı olmuştur. Bir çalışma ultrasonografi ya da MR ile tanı konmuş 18 semptomatik kadını bu prosedürle tedavi etmiştir. Adenomyozis için MRG kılavuzluğunda odaklanmış ultrason cerrahisi sonrası tedavi sonuçları ile sınırlı deneyim olmuştur. Bu hastalık için medikal ve sınırlı

cerrahi tedavi seçeneklerini araştıran büyük ve kontrollü bir çalışma yoktur¹³⁻¹⁸. Biz de çalışmamızda histerektomi olmuş hastaların dosyalarını retrospektif olarak taradık.

Bu çalışma ile benign nedenlerle histerektomi yapılan hastalarda adenomyozis sıklığı araştırılmış ve ayırıcı tanıda sıklıkla düşünülmeyen adenomyozis insidansı %19.2 olarak tespit edilmiştir.

Sekonder dismenore, hipermenore gibi semptomlarla başvuran 4 ve 5. dekattaki hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka adenomyozis düşünülmesi ve tedaviyi planlarken ihtiyaç duyulduğu hallerde ultrason ek olarak manyetik rezonans gibi tanısal yöntemlere de başvurulmalıdır. Bu bulgular ışığında histerektomi halen doğurganlığını tamamlamış kadınlarda iyi bir tedavi seçeneği gibi görülmektedir fakat genç reproduktif çağ kadınlarında yaygın endometrioziste semptomatik rahatlama sağlamak için alternatif tedavilerin araştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Zaloudek C, Hendrickson MR. Mesenchymal tumors of the uterus. In Blaustein's pathology of the female genital tract. Kurman RJ ed. Fifth edition, New York: Springer, 2002: 561- 573.
2. Bergholt T. Prevalence and risk factors of adenomyosis at hysterectomy. Hum Reprod. 2001 Nov ;16(11):2418-21.
3. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. Hum Reprod Update. 1998; 4: 312-22.
4. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Ayhan A (Çeviren). 10. baskı, Ankara: Palme, 2002: 755-767.
5. Gerson Weiss, M.D., Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). Fertil Steril. 2009 Jan ;91(1):201-6. doi: 10.1016/j.fertnstert.2007.11.025. Epub 2008 Feb 20 .
6. 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.
7. Shrestha A, Adenomyosis at hysterectomy: prevalence, patient characteristics, clinical profile and histopathologic findings. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). 2012 Jan-Mar;10(37):53-6.
8. Wood C, Maher P, Hill D. Biopsy diagnosis and conservative surgical treatment of adenomyosis. Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1993; 33: 319-321.
9. Fong YF, Singh K. Medical treatment of a grossly enlarged adenomyotic uterus with the levonorgestrel releasing intrauterine system. Contraception, 1999; 60: 173-175.
10. 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.
11. 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.
12. Shawki OA. Danazol loaded intrauterine device D-IUD: a novel conservative management for uterine adenomyosis. *Middle East Fertility Society Journal*. 2002; 7: 214- 220.
 13. 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. *ChinMed J*. 1998; 61: 726-729.
 14. Lin J, Sun C, Zheng H. Gonadotropin releasing hormone agonists and laparoscopy in the treatment of adenomyosis and infertility. *ChinMed J*. 2000; 113: 442-445.
 15. Pelage JP, Jacob D, Fazel A, et al. Midterm results of uterine artery embolization for symptomatic adenomyosis: initial experience. *Radiology* 2005; 234:948.
 16. Rabinovici J, Inbar Y, Eylon SC, et al. Pregnancy and live birth after focused ultrasound surgery for symptomatic focal adenomyosis: a case report. *Hum Reprod* 2006; 21:1255.
 17. Fukunishi H, Funaki K, Sawada K, et al. Early results of magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery of adenomyosis: analysis of 20 cases. *J Minim Invasive Gynecol* 2008; 15:571.
 18. Zhou M, Chen JY, Tang LD, et al. Ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound ablation for adenomyosis: the clinical experience of a single center. *Fertil Steril* 2011; 95:900.