



Histerektomi Olgularında Adenomyozis İnsidansı

The Incidence of Adenomyosis in Hysterectomy Cases

Yakup Baykuş¹, Rulin Deniz¹, Ebru Çelik Kavak², Hasan Çılgın¹, Haldun Arpacı¹, Nazan Ardiç¹, Ömür Öztürk³

¹Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars; ²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ; ³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Çanakkale, Türkiye

ABSTRACT

Aim: To investigate the incidence of adenomyosis in hysterectomy cases.

Material and Method: The incidence of adenomyosis was evaluated in cases who had undergone hysterectomy of any cause between January 2005-December 2015.

Results: In 58% of 205 cases with vaginal hysterectomy the final histopathological evaluation was adenomyosis. The indication for operations of these cases was: pelvic organ prolapsus (n: 117, 57%), endometrial hyperplasia (n: 40, 19.5%), servikal displasies (n: 15, 7.3%), postmenoposal bleeding (n: 11, 5.3%), treatment resistant menometroragia (n: 10, 4.9%), leiomyoma (n: 9, 4.4%), endometrial polip (n: 2, 1%) and mole hidatiform (n: 1, 0.5%). An additional operation was performed together with vaginal hysterectomy in 64.8% (n: 133) of the cases. The additional operations were sistorektosel operation (n: 46, 34.5%), rektosel operation (n: 26, 19.5%), sistosel operation (n: 22 16.5%), sakrospinöz fiksasyon (n: 21, 15.7%) and transobturatuar tape.

Conclusion: Preoperative adenomyosis can be diagnosed more frequently between the ages 40–50 years. Especially in treatment resistant menometroragia cases adenomyosis should be thought in aethiology.

Key words: hysterectomy; adenomyosis; incidence

ÖZET

Amaç: Histerektomi yapılan olgularda adenomyozis insidansının araştırılması.

Materyal ve Metot: Ocak 2005-Aralık 2015 tarihleri arasında değişik nedenlerle vajinal histerektomi yapılan olgularda adenomyozis insidansı araştırıldı.

Bulgular: Vajinal histerektomi yapılan 205 olgunun 58'inde (%28,3) final histopatolojide adenomyozis tespit edildi. Bu olguların operasyon endikasyonları; pelvik organ prolapsusu (n: 117, %57), endometrial hiperplaziler (n: 40, %19,5), servikal displaziler (n: 15, %7,3), postmenopozal kanama (n: 11, %5,3), tedaviye dirençli

menometroraji (n: 10, %4,9), leiomyomlar (n: 9, %4,4), endometrial polip (n: 2, %1) ve mol hidatiform (n: 1, %0,5) idi. Bu olguların %64,8'ine (n: 133) vajinal histerektomi ile beraber ek operasyon uygulandı. Uygulanan ek operasyonlar; sistorektosel operasyonu (n: 46, %34,5), rektosel operasyonu (n: 26, %19,5), sistosel operasyonu (n: 22 %16,5), sakrospinöz fiksasyon (n: 21, %15,7) ve transobturatuar tape uygulamasıydı.

Sonuç: Preoperatif adenomyozis tanısı, olguların bir bütün halinde değerlendirilmesi halinde özellikle 40–50 yaş grubunda daha sık konulabilir. Özellikle tedaviye dirençli menometroraji olgularında etyolojide adenomyozis olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: histerektomi; adenomyozis; insidans

Giriş

Adenomyozis olguları yaklaşık %30'unun asemptomatik olması nedeniyle semptom, tanı ve tedavi açısından klinik jinekolojide yeterince değerlendirilemeyen bir hastalıktır¹. Klasik klinik belirtileri özellikle multipar perimenopozal kadınlarda hipermenore tarzında kanamalar, pelvik ağrı ve giderek büyüyen hassas uterusudur. Tanısı patolojik olarak konulabilmektedir. Adenomyozis sıklığına ilişkin kesin rakamlar bilinmemekle birlikte çeşitli çalışmalarda prevalansının %8,8–61,5 arasında olduğu rapor edilmektedir^{2–4}. İnsidansı %5–70 aralığında bildirilmektedir^{3,4}. Benign jinekolojik nedenlerle yapılan histerektomi materyallerinde sıklığı %20–35 olarak tespit edilmiştir^{5–7}. Tedavisinde semptomlara yönelik medikal tedavi seçeneklerinden levonorgestrel ya da danazol içeren rahim içi araçlar, GnRH agonistleri, aromataz inhibitörleri, oral kontraseptifler ve analjezikler kullanılabilir^{8–11}. Ancak asıl tedavi histerektomidir. Histerektomi sonrası prognoz iyidir.

Çalışmamız benign jinekolojik endikasyonlarla vajinal histerektomi uygulanan olgularda, preoperatif ayırıcı tanılar arasında sıklıkla düşünülmeyen adenomyozisin sıklığının araştırılması amacıyla planlanmıştır.

Yakup Baykuş, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Kars, Türkiye, Tel. 05054019817 Email. dryakup01@hotmail.com
Geliş Tarihi: 11.04. 2016 • Kabul Tarihi: 23.07.2018

Materyal ve Metot

Ocak 2005-Aralık 2015 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi ve Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde değişik endikasyonlarla vajinal histerektomi operasyonu uygulanan 205 olgu retrospektif olarak araştırıldı.

Hasta dosyalarından yaş, gravida, parite, abortus, küretaj, menopoz durumu, primer operasyon endikasyonları ile postoperatif nihai patoloji sonuçları incelenerek adenomyozis varlığı/yokluğu ve uterus ağırlıkları kaydedildi. Dosya incelemelerinde bu bilgilere ulaşılmayan olgular çalışma dışında bırakıldı.

Sürekli değişkenler; ortalama±standart deviasyon olarak, kategorik değişkenler ise frekans ve %şeklinde ifade edildi. Elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 12,0 for Windows paket programı ile yapıldı. Gruplar arası verilerin karşılaştırılmasında independent T-Test kullanıldı.

Bulgular

Olguların yaş ortalaması 55,1±11,4, en genç olgu 33, en yaşlı olgu ise 67 yaşlarındaydı. Ortalama gravida sayısı 6,3±3,2, ortalama parite sayısı 5,2±2,5, ortalama abortus sayısı 0,9±1,5 ve ortalama küretaj sayısı 0,2±0,5 idi. Olguların 122'si (%59,5) menopozal dönemde, 83'ü (%40,5) premenopozal dönemdeydi. Olguların demografik ve tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Toplam 205 olgunun operasyon endikasyonları sıklık sırasına göre sırasıyla; %57 pelvik organ prolapsusu (n: 117), %19,5 endometrial hiperplaziler (n: 40), %7,3 servikal displaziler (n: 15), %5,3 postmenopozal kanama (n: 11), %4,9 tedaviye dirençli menometroraji (TDMM) (n: 10), %4,4 leiomyomlar (n: 9), %1 endometrial polip (n: 2) ve %0,5 mol hidatiform (n: 1) idi.

Histerektomi materyalinde adenomyozis tespit edilen olguların (n: 58) operasyon endikasyonlarına göre dağılımında ilk sırayı endometrial hiperplazi nedeniyle opere edilen hastalar (21/58), ikinci sırayı ise pelvik organ prolapsusu tanısıyla opere edilen hastalar (19/58) oluşturmaktaydı.

Operasyon endikasyonlarına eşlik eden adenomyozis olguları değerlendirildiğinde ise ilk sırada TDMM tanısıyla opere edilen olguların %60'ına, ikinci sırada endometrial hiperplazi tanısıyla opere edilen olguların %52,5'ine ve üçüncü sırada postmenopozal kanama tanısıyla opere edilen olguların %45,4'üne adenomyozis eşlik ettiği tespit edildi.

Olguların operasyon endikasyonları ve adenomyozisli olguların dağılımı Tablo 2'de özetlenmiştir.

Adenomyozis saptanan olgular adenomyozis saptanmayan olguların uterus ağırlıklarıyla karşılaştırıldığında; ortalama uterus ağırlıkları adenomyozis grubunda istatistiksel olarak anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edildi. Olguların ortalama uterus ağırlıkları Tablo 3'te özetlenmiştir.

Adenomyozis saptanan olguların ortalama küretaj sayıları adenomyozis saptanmayan olguların ortalama küretaj sayıları ile karşılaştırıldığında adenomyozis grubunda istatistiksel olarak daha fazla olduğu belirlendi (p<0,05). Bu iki olgu grubu arasında ortalama gravida, parite ve abortus sayıları açısından istatistiksel olarak fark yoktu. Olguların ortalama küretaj sayıları Tablo 4'te özetlenmiştir.

Tartışma

Adenomyozis benign bir hastalık olup, benign endometrial glandların myometrial duvara infiltre olması olarak tanımlanır. Kadınların %1 kadarını etkiler ve tipik olarak 4 ile 5. dekatta tanı konur. Kadınlarda sıklık veya non sıklık ciddi pelvik ağrı ve anormal uterin kanamaya neden olabilir. Ultrasonografi ve MRG inceleme ile tanıdan şüphelenilebilir ama tanı sadece histerektomi materyalinin histolojik incelemesiyle doğrulanır¹².

Adenomyozisin görülüş sıklığına ilişkin kesin rakamlar bilinmemektedir. Histerektomi spesimenlerinde en sık rastlanılan uterin patolojilerden biri olup, leiomyom, endometriyal polip ve hiperplazi gibi diğer patolojilerle sık olarak birliktelik gösterir. Benign jinekolojik nedenlerle yapılan histerektomi materyallerinde sıklığı %20–35 olarak bildirilmektedir⁵⁻⁷. Ancak histerektomi materyallerinin adenomyozis açısından değerlendirilmesi durumunda adenomyozis tanısının daha fazla konulma olasılığı yüksektir. Bizim çalışmamızda adenomyozis sıklığı %28,3 olarak bulunmuş olup literatür bilgileriyle uyumluydu.

Çeşitli çalışmalarda yaşın 40–59 arasında olması, parite, abortuslar, küretaj, ve endometrial hiperplazi, anovuluar siklus ile adenomyozis arasındaki ilişki belirtilmiştir¹³⁻¹⁶. Klinik çalışmalar adenomyozisin multipar hastalarda daha sık karşımıza çıktığını göstermektedir^{1,17}. Paradoksik olarak hem multiparite hem de infertilite ile birliktelik göstermektedir^{15,18}. Çalışmamızda olguların yaşları 33 ile 67 arasında değişmekteydi (ortalama yaş 55,1±11,4). Adenomyozisli olguların

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri

	Tüm Olgular (n: 205)	Adenomyozisli Olgular (n: 58)
Yaş	55,1±11,4	49,9±8,15
Gravida	6,3±3,2	5,8±2,9
Parite	5,2±2,5	4,4±2,1
Abortus	0,9±1,5	0,9±1,3
Küretaj	0,2±0,5	0,5±1,0
Menopoz (+)	122	23

n, olgu sayısı.

Tablo 2. Olguların operasyon endikasyonları ve adenomyozisli olguların dağılımı

	Operasyon Endikasyonları	Adenomyozisli olguların dağılımı	Operasyon endikasyonlarında adenomyozis sıklığı
Pelvik organ prolapsusu	117 (%57)	19 (%32,7)	%16,2
Endometrial hiperplaziler	40 (%19,5)	21 (%36,2)	%52,5
Servikal displaziler	15 (%7,3)	5 (%8,6)	%33,3
Postmenopozal kanama	11 (%5,3)	5 (%8,6)	%45,4
Tedaviye dirençli menometroraji	10 (%4,9)	6 (%10,3)	%60
Leiomyom	9 (%4,4)	2 (%3,4)	%22,2
Endometrial polip	2 (%1)	0	0
Mol hidatiform	1 (%0,5)	0	0
TOPLAM	205	58	

Tablo 3. Uterus ağırlıkları

	Adenomyozis (-)	Adenomyozis (+)	P değeri
Uterus ağırlığı	116,11±68,97	168,86±12,87	0,001

Tablo 4. Ortalama küretaj sayıları

	Adenomyozis (-)	Adenomyozis (+)	P değeri
Ortalama küretaj sayıları	0,11±0,39	0,53±1,05	0,001

ortalama yaşı ise 49,9±8,15 olarak tespit edildi ve literatür verileriyle uyumluydu. Çalışmamızda adenomyozisli olguların ortalama parite sayısı 4,4±2,1 olarak bulundu. Adenomyozis saptanmayan olgularla karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Çalışmaya dahil edilen tüm olgular multipardı ve hiçbir olguda infertilite şikayeti yoktu. Adenomyozisli olguların ortalama küretaj sayısı (0,53±1,05) adenomyozis saptanmayan olgularla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek olduğu saptandı (p: 0,001). Bu durum da literatür bilgilerini desteklemektedir.

Adenomyozis uterusu giderek büyüyen bir durumdur. Çalışmamızda adenomyozisli olguların ortalama uterus

ağırlığı (168,86±12,87) adenomyozis saptanmayan olgularla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (p: 0,001).

Yapılan çalışmalarda adenomyozis ve yüksek östrojen konsantrasyonları arasındaki ilişki kanıtlanmış ve adenomyozisli kadınlarda menstruasyon döneminde artmış östrojen konsantrasyonları saptanmıştır^{15,19}. İlâveten insan adenomyotik dokularında aromataz aktivitesine bağlı olarak rölatif yüksek östrojen biyosentezi tarif edilmiş ve bu durumun adenomyozisli dokunun büyümesine katkıda bulunduğu belirtilmiştir. Bu bulgular ele alındığında östrojenin adenomyozis etyolojinde önemli rol oynadığı görülmektedir.

Leiomyomlar, endometrial hiperplaziler östrojen bağımlı diğer durumlardır. Postmenopozal kanamalarda etyolojide atrofik endometriumdan sonra en sık östrojen bağımlı endometrial hiperplaziler yer alır. Yani bu durumlara adenomyozisin eşlik ettiği düşünülebilir. Gerçekten de çalışmamızda endometrial hiperplazili olguların %52,5'inde ve leiomyomlu olguların %22'sinde adenomyozisin eşlik ettiği tespit edildi.

Adenomyozis anormal uterin kanama sebeplerindedir. Anormal uterin kanamalar organik bir nedene bağlı olabileceği gibi, herhangi bir organik neden olmadan da oluşabilir. Organik bir sebebin yokluğunda disfonksiyonel kanama olarak isimlendirilir. Ancak preoperatif adenomyozis tanısı alanların ancak %48'i postoperatif patoloji tarafından doğrulanmaktadır²⁰. Çalışmamızda disfonksiyonel uterin kanama tanısıyla hormonal tedaviye yanıt vermeyen menometrorajili olguların histerektomi materyallerinin %60'ında organik bir sebep olan adenomyozis tespit edildi. Çalışmamızda her ne kadar infertilite şikayeti olan olgu olmamış olsa da, infertilite şikayeti olan veya fertilitisini henüz tamamlamamış olan seçilmiş olgularda histerektomi öncesi bu durumun organik bir sebep olan preoperatif tespit edilememiş altta yatan adenomyozise bağlı olabileceği düşünülmelidir.

Bu tip durumlarda tanıda en önemli basamak şüphelenmektir. Pelvik muayenede diffüz olarak büyümüş hassas bir uterusu olan multipar, dismenore tarifleyen bir kadında adenomyozis ilk akla gelen tanılardan olmalıdır²¹. Tanıda görüntüleme yöntemlerinden ultrasonografi ve magnetik rezonans tanıda yardımcı olabilir. Alternatif yöntem olarak diagnostik histeroskopi ile uterin kavitenin değerlendirilmesi önemlidir. Genel anestezi gerektirmemesi, işlemin kısa sürede yapılabilmesi ve direk olarak uterin kavitenin, endoserviksın ve tubal ostiumların gözlenebilmesi ve biopsi alınabilmesi önemli avantajlarından. Çalışmamızda olduğu gibi özellikle tedaviye dirençli menometrorajili olguların histeroskopi ile değerlendirilmesi durumunda gereksiz yapılmış cerrahiden kaçınılabileceği veya preoperatif adenomyozis tanısının konulabileceği düşüncesindeyiz.

Sonuç olarak çalışmamızda; adenomyozise eşlik eden en sık durumun tedaviye dirençli menometroraji 2. en sık patolojinin ise endometrial hiperplazi olduğu belirlendi. Geçirilmiş küretaj öyküsü ve uterus ağırlığı adenomyozis olgularında istatistiksel olarak daha yüksek bulundu. Preoperatif adenomyozis tanısı, olguların bir bütün halinde değerlendirilmesi

halinde özellikle de 40–50 yaş grubunda daha sık konulabilir. Özellikle tedaviye dirençli menometroraji olgularında etyolojide adenomyozis olabileceği akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Ayhan A (Çeviren) 10. baskı, Ankara: Palme, 2002:755–67.
2. Hunter WC, Smith LL, Reiner WC. Uterine adenomyosis; incidence, symptoms and pathology in 1856 hysterectomies. *Am J Obstet Gynecol* 1947;53(4):663–8.
3. Bird CC, McElin TW, Manalo-Estrella P. The elusive adenomyosis of the uterus-revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1972;112(5):583–93.
4. Israel SL, Woutersz TB. Adenomyosis: a neglected diagnosis. *Obstet. Gynecol* 1959;14(2):168–73.
5. Kavak SB. Histerektomi materyallerinde adenomyozis sıklığının araştırılması. *Fırat Tıp Dergisi* 2009;14(4):247–9.
6. Kunz G, Beil D, Huppert P, M. Noe S, Kissler G, Leyendecker. Adenomyosis in endometriosis prevalence and impact on fertility. Evidence from magnetic resonance imaging. *Hum Reprod* 2005;20(8):2309–16.
7. Serin İS, Özçelik B, Öztürk F, Yılmaz MO, Başbuğ M, Ökten T. Adenomyosis uteri: clinicopathologic analyses of 460 cases. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2002;8(1):34–6.
8. Fong YF, Singh K. Medical treatment of a grossly enlarged adenomyotic uterus with the levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 1999;60(3):173–5.
9. 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(3):189–93.
10. Igarashi M, Abe Y, Fukuda M, Ando A, Miyasaka M, Yoshida M et al. Novel conservative medical therapy for uterine adenomyosis with a danazol-loaded intrauterine device. *Fertil Steril* 2000;74(2):412–3.
11. Lin J, Sun C, Zheng H. Gonadotropin-releasing hormone agonists and laparoscopy in the treatment of adenomyosis and infertility. *Chin Med J* 2000;113(5):442–5.
12. Reinhold C, McCharty S, Bret PM, Mehio A, Atri M, Zakarian R et al. Diffuse adenomyosis: comparison of endovaginal US and MR imaging with histopathologic correlation. *Radiology* 1996;199:151–8.
13. Shaikh H, Khan KS. Adenomyosis in pakistani women: four year experience at the Aga Khan University Medical Centre, Karachi. *J Clin Pathol* 1990;43(10):817–9.
14. Vercellini P, Parazzini F, Oldani S, Panazza S, Bramante T, Crosignani PG. Adenomyosis at hysterectomy: a study on frequency distribution and patient characteristics. *Hum Reprod* 1995;10(5):1160–2.

15. Parazzini F, Vercellini P, Panazza LC, Chatenoud L, Oldani S, Crosignani PG. Risk factors for adenomyosis. *Hum Reprod* 1997;12(6), 1275–9.
16. Emge LA. The elusive adenomyosis of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1962;83:1541–63.
17. Azziz R. Adenomyosis in pregnancy. *J. Reprod Med* 1986;31(4):224–7.
18. Matalliotakis IM, Katsikis IK, Panidis DK. Adenomyosis: what is the impact on fertility? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2005;17(3):261–4.
19. Takahashi K, Nagata H, Kitao M. Clinical usefulness of determination of estradiol level in the menstrual blood for patients with endometriosis. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1989;41(11), 1849–50.
20. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150(3):283–7.
21. Kim MH. Dysfunctional uterine bleeding. In: Copeland IJ editor. *Textbook of Gynecology* 15t ed. WB Saunders Comp 1993;391–7.