

ŞİŞLİ ÇOCUK HASTAHANESİ II. KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM KLİNİĞİNDE YAPILAN UTERUS EXTİRPATİON'LARININ ANALİZİ

Dr. Füzuran Selcen (*) - Dr. Peker Özkara(**)

Tıbbın bütün dallarında olduğu gibi, son senelerde meydana gelen devamlı inkişafa paralel olarak, operatif jinekolojide de bilhassa indikasyonlardan ve tercih edilen ameliyat yöntemlerinde eskiye göre birçok değişiklikler meydana gelmiştir.

Daha önceleri yapılan ameliyatlarda ueterusu yerinde bırakmak gaye iken, bugün gerek kanser profilaksisi ve gerek aile planlaması (Avrupada) için histerektomi indikasyonlarında bir genişleme hasıl olmuş ve dolayısıyla profilaktif (prevantif) histerektomi doğmuştur. Bugün jinekoloğu eskiye göre çok daha fazla bu ameliyatı yapmağa yönelten husus muhakkakki teşhis imkanlarındaki inkişaf sonucu habis hastalıklar hakkında değişen bilgiler, vakaların çok erken safhada yakalanabilme şansının yüksek oluşu, anesteziadaki inkişaf sayesinde daha emin ameliyat imkanlarının ortaya çıkması ve nihayet bilinçli postoperatif hasta takibinde elde bulunan modern bakım yöntemleridir.

Hastaların sosyal ve kültürel seviyeleri yanısıra operatörün elindeki imkanlara göre her ülkede, hatta aynı ülke içinde değişik jinekoloji kliniklerinde ameliyat indikasyonlarının genişliğinde ve ameliyat yöntemlerinde bir çok değişiklikler mevcuttur. Biz bu bilgilerin ışığı altında kliniğimizde 1973 - 1976 senelerini kapsayan sürede yapılan histerektomilerde: yaş, parite, indikasyonlar, morbidite ve mortaliteyi araştırdık ve elde ettiğimiz sonuçları yabancı literatürdeki sonuçlarla karşılaştırdık.

Kliniğimizde 1973 1976 seneleri içinde toplam 210 histerektomi yapılmış ve bunların 165 tanesi abdominal (% 78.57), 45 tanesi vaginal yoldan (% 21.43) icra edilmişlerdir. Tablo 1 de abdominal ve vaginal histerektomilerin senelere göre dağılımı incelendiğinde; 1973

(*) Şişli Çocuk Hastanesi II. Kadın-Doğum Kl. Şefi.

(**) Şişli Çocuk Hastanesi II. Kadın-Doğum Kl. Başasistanı.

senesinde abdominal histerektominin % 75 olan nisbeti 1976 senesinde vaginal histerektomi lehine bir azalma göstermektedir. Bu fark 1974 ve 1975 seneleri için dahada fazladır.

Tablo 1:

	1973	1974	1975	1976	Yekûn
Histerektomi abd. total	36	43	34	34	147
Histerektomi abd. subtotal	3	3	7	5	18
Histerektomi vaginal	13	9	8	15	45
Yekûn	52	55	49	54	210

Abdominal 165 histerektominin içerisinde 18 subtotal histerektominin yeri % 10.9 dur.

Yaş dağılımı:

Abdominal histerektomilerin % 26.7 si 39 ve daha gençlerde, % 63.3 ü 40-54 yaş grubunda, % 9.9 uda 55 ve daha yaşlılarda yapılmıştır. Tablo 2.

Tablo 2:

	39 ve : daha genç :	40-45	55 ve : daha yaşlı :	ortalama yaş
Abdominal histerektomiler	: % 26.7	: % 63.3	: % 9.9	: 44.3
Vaginal histerektomiler	: % 2.2	: % 44.4	: % 53.3	: 53.4

Vaginal histerektomilerin ise % 2.2 si 39 ve daha genç yaşta kişilerde yapılmışken 55 ve daha yaşlılarda, abdominal'in aksine, % 53,3 nisbetinde yapılmıştır.

Ortalama yaş abdominal histerektomide 44.3, vaginalde 53.4 dür.

Histerektomi yapılan hastalarda yaş ortalaması avrupa memleketlerinde, bilhassa vaginal yol tercih edilenlerde bize nisbetle daha düşüktür. Bu duruma sebep kanser için predisposan faktör olabilecek durumlarda (kanser profilaksisi için) ve aile planlaması gayesiyle genç yaşlarda vaginal histerektomiye (preventif histerektomi) rağ-

betin artmış olmasıdır. Sosyo-ekonomik seviyeleri bizden çok üstün olan bu memleketlerde halkın muntazam fasılalarla kanser taramasına tâbi tutulmaları ayrıca halkın bu mevzuda uyanık hareket ederek hiç bir şikayeti olmaksızın hekime kontrol muayenesine müracaatı, kanserin çok erken safhasında teşhisine, dolayısıyla da ameliyat sayısının artmasına yol açmaktadır (Sievers, Burmicic, Wittlinger).

Parite:

Vakalarımızın parite yönünden tetkikinde, % 1.4 nün hiç doğum yapmamışlarda, % 2.4 ünün 1 doğum yapmışlarda, % 20 sinin 2 doğum yapmışlarda, % 42.2 sinin 3 doğum ve nihayet % 34 ününde 4 ve daha fazla doğum yapmışlarda icra edildiğini görüyoruz. Tablo 3.

Tablo 3:

Doğum adedi	0	1	2	3	4 ve daha çok	Toplam
Abdominal H. :	adet : 3	5	39	76	42	165
	% : 1.8	3	23.6	46	25.5	
Vaginal H. :	adet : 0	0	3	13	29	45
	% : 0	0	6.66	28.9	64.5	

Vaginal histerektomilerde doğum adedi arttıkça ameliyat nisbetinde arttığı görülmektedir. Parite arttıkça uterusun descensusu ve vaginanın prolapsusu artmakta dolayısıyla vaginal ameliyat kolaylaşmaktadır.

Vaginal histerektomi operatörünün tekniği ne kadar iyi olursa olsun paritenin ehemmiyeti hiçbir zaman küçümsenemez.

İndikasyonları:

1973-1976 seneleri içinde yapılan abdominal total histerektomilerin % 81,63 ü uterus myomatosus indikasyonu ile yapılmıştır. Aynı indikasyonla yapılan subtotal histerektomilerin nisbeti, diğer indikasyonlarla yapılan subtotal histerektomilere göre, % 38.88 dir. Abdominal histerektomi indikasyonlarında sıklık bakımından ikinci sırayı adneks tümörleri almaktadır (II vaka ile % 6.66). Abdominal histerektomi indikasyonları tablo 4 de gösterilmiştir.

Tablo 4: Abdominal histerektomi indikasyonları dağılımı:

İndikasyonlar	abd. total		abd. subtotal		toplam
	histerektomi		histerektomi		
Uterus myomatosus	120 adet	% 81.63	7 adet	% 38.8	127
Adneks tümörleri	11 »	% 7.48	1 »	% 5.55	12
Uterus rüptürü	4 »	% 2.72	5 »	% 27.7	9
Ablatio Pl.	—	—	3 »	% 16.6	3
Pl. Acreta	—	—	1 »	% 5.55	1
Postpartum atoni	1 »	% 0.68	— »	—	1
Collum Ca (in situ)	2 »	% 1.36	— »	—	2
Corpus Ca	3 »	% 2.04	— »	—	3
Uterus sarkomu	1 »	% 0.68	— »	—	1
residiv kistik gl. hiperpl.	2 »	% 1.36	— »	—	2
Endometriosis interna	2 »	% 1.36	— »	—	2
Kan hastalığına bağlı metr.	1 »	% 0.68	1 »	% 5.55	2
	147	% 100	18	% 100	165

Doğum komplikasyonları, abdominal histerektomi indikasyonları içinde total 14 vaka ile (% 8.48) oldukça mühim bir yer işgal etmekte olup subtotal histerektomi indikasyonları arasında da % 50. nisbetle (9 vaka) birinci sırayı işgal etmektedir.

Colum in situ ve corpus Ca total ayrıca bir corpus sarkomu vaka-sıyla toplam 6 hastayla (% 4.08) nisbetinde, abdominal histerektomi-lerde, habis hastalıklara ait indikasyonlar çokluk itibariyle 3. sırayı işgal etmektedirler. Collum Ca (status Ib) teşhisi ile radikal olarak (Wertheim) ameliyat edilen I vaka ile bir abd. stumpf extirpation'u yukardaki listeye ilave edilmemiştir.

Subtotal histerektomi kliniğimizde sadece çok acil vakalarla, ameliyat kısa sürede bitmesini gerektiren ve total histerektominin büyük komplikasyonlar yaratabileceği çok fazla iltisaklı vakalarda yapılmaktadır.

Vaginal histerektomi indikasyonlarını Hochuli'nin yaptığı gibi üç büyük gruba ayırarak tasnif ettik (tablo 5).

Tablo 5:

indikasyonlar	adet	%
prolapsus (uterusda pat. deęişiklik yok)	29	% 64.44
prolapsus ve ut. Pat. deęişiklik mevcut	15	% 33.33
uterusda pat. deęişiklik (prolapsus yok)	1	% 2.22
toplam	45	

Sadece prolapsus sebebiyle ameliyat edilenlerin nisbeti bütün vaginal histerektomiler içerisinde % 64.44 dır. Bunların % 37.93 ü parsiyel, % 58.62 si (17 vaka) total prolapsustur. Bunların dışında bir vakada residiv prolapsus nedeniyle ameliyat edilmiştir.

Prolapsusla birlikte uterusda patolojik değişiklik bulunanlar grubunda en çok myomlar yer almaktadır ki 14 vaka ile nisbet % 93.33 dır. Bu grupta bir vakada kistik gl. hiperplazi nedeniyle vaginal histerektomi yapılmıştır.

Prolapsus olmaksızın sadece uterusdaki patolojik değişiklik nedeniyle ameliyat edilenler grubunda bir corpus Ca vakası vardır. (% 2.22).

Morbidite:

Toplam 210 histerektomide toplam 34 vaka ile morbidite nisbeti % 16.19 dur. Post operatif komplikasyon olarak ortaya çıkan 3 üterovaginal (% 1.8), 2 vesicovaginal (% 1.21) fistül, 2 tromboflebit (% 1.21), ve 27 yara süpürasyon (% 16.36) nun teşkil ettiği bu 34 vaka sadece abdominal histerektomilerde görüldüğüne göre abdominal histerektomilerdeki morbidite nisbeti % 20.60 dır.

Literatürde abdominal histerektomiler için verilen morbidite nisbeti % 5 ila % 38.2, vaginaller için % 0.5 ila % 20.6 arasında (stammeler, Sievers, Wittlinger) değişmektedir.

Mortalite:

1973-1976 seneleri içinde yapılan 210 histerektomide mortalite; 5 vaka ile % 2.3 dır. Ancak Rüptür uterin teşhisiyle ameliyat edilen ve ameliyata bağlı herhangi bir sebepten değil sadece hemorajik şoktan her türlü çabaya rağmen kurtulamayıp ex. olan 2 vaka hariç tutulduğuna hakiki yani saf mortalite 3 vaka ile % 1.42 dir (Tablo 6).

Tablo 6:

sene	Teshis	Operation	Yaş	Ölüm sebebi	G.S.		saf	
					mortalite adet	%	mortalite adet	%
1973	Ut. rüptürü	Abd. subt. H.	35	Hemorajik şok	2	3.84	1	1.92
	Total prolaps.	Vaginal H.	45	Üremi				
1974	Corpus Ca.	Abd. total H.	60	Akc. embolisi			1	1.81
1975	U. myomatosus	Abd. total H.	67	Kardiovasküler yetmezlik	2	4.08	1	2.04
	Ut. rüptürü	Abd. subt. H.	27	Hemorajik şok				
1976	Ölüm vakası yok				0	0	0	0
Toplam (210 histerektomide)					5	2.38	3	1.42

Son dört sene içerisinde yapılan 45 vaginal histerektomideki mortalite; 1973 senesinde iki taraflı üreter ligatürü sonucu teessüs eden üremi koması ile ex. olan 1 vakayla % 2.22 dir. Abdominal histerektomilerde ise (toplam 165 vakada) gayrisafi mortalite (4 vaka ile) % 2.42, saf mortalite de (2 vaka ile) % 1.21 dir.

Litaratürde abdominal histerektomilerde mortalite; Burmicige göre % 0.51, S. Sivevers: % 0.19, Staemmler; % 0.2 - % 1.02 dir. Vaginal histerektomilerde mortalite ise % 0.03 ile % 0.76 arasında değişmektedir.

Münakaşa:

Kliniğimizde 1973-1976 seneleri içerisinde toplam 210 histerektomi yapılmıştır. Bunların % 7878.57 si ebdeminal yoldan, % 21.42 side vaginal yoldan icra edilmişlerdir. 165 abdominal histerekteminin % 89.09 ü total ve % 10.91 sub total histerektomidir. Materyalimizde 1976 senesinde vaginal histerektemi nisbetinde diğer senelere göre bir artış mevcuttur. Literatürden son senelerde vaginal histerektomiye rağbet eskiye göre çeşitli nedenlerle artmış olup bu nedenleri S. Sivevers şöyle sıralamaktadır;

- 1 — Düşük mortalite
- 2 — Ameliyat süresi kısalığı (vaginalde ortalama 30 dakika, abdominalde 60-75 dakika)
- 3 — Doku travması azlığı ve daha az kan kaybı
- 4 — Düşük postoperatif komplikasyon (vaginalde % 26.8, abdominalde % 38.2)
- 5 — Kısa hospitalizasyon

Yukardaki nedenlerden başka vaginal histerektomi nisbetini artıran sebeplerden bir tanesinde sterilizasyon metodu olarak vaginal histerektomi tercih edenlerin artmış olmasıdır (Atkinson-Cheppel, Hangle, Van Hagell, Roach, Wright)

Aile planlamasını gerçekleştirmiş ve sterilizasyon yapılması istenen kadınların yaş ortalaması, eskiye göre genç yaşlar lehine büyük bir artış göstermektedir. Bunada sebep dış ülkelerde, eskinin aksine, kadınların evliliklerinin ilk 5-10 senesi içerisinde kafi miktarda çocuğa sahip olarak 30-35 yaşdan sonra doğum yapmak istememeleridir. Böylece artmış sayıdaki vaginal histerektomilerde yaş ortalamasının, genç yaşlar lehine değişmesi sebeplerinden birisi ortaya çıkmaktadır. Klinik materyalimizde vaginal histerektomi yapılanların nisbetinin (miktar olarak) ve yaş ortalamasının literatürdeki sonuçlara uymaması, sterilizasyon gayesiyle kliniğimizde histerektomi yapılmayıncındır. Bunların dışında, indikasyonlar bölümünde anlatıldığı gibi, kanser profilaksisi için dış ülkelerde yaygınlaşmaya başlayan preventif histerektomi anlayışı sonucu, histerektomilerin gayet geniş bir indikasyon sahası içerisinde icrasında yine bizim klinik materyalimizden ortaya çıkan ve literatüre uymayan abdominal/vaginal histerektomi nisbetinin ve indikasyon kısırlığının bir başka önemli nedenidir.

Preventif histerektomi, staemmler ve Quaeitzsch'in 1972 senesinde geniş istatistiki veriler üzerindeki çalışmalarından ortaya çıkan sonuçların öğrenilmesinden sonra yayılmaya başlamıştır. Bu müelliflere göre klasik indikasyonlar dışında aşağıda belirtilen durumlarda histerektomi indikasyonu vardır. Bunlar:

1 — Dessensus uteri (vaginal histerektomi fonksiyonel neticelere daha müsait tesir eder)

2 — Tedaviye cevap vermeyen veya residiv gösteren kanama ve ritm bozuklukları (daha çok ovarial-endokrin disregulasyonları bu tip kanamaları meydana getirmekte olup bu tip endokrin bozukluklar Corpus Ca için hazırlayıcı faktör olabilir)

3 — Serviksin anatomik, fonksiyonel ve displastik değişiklikleri: derin emmet yırtığı, residiv polipös ektopi veya kronik akıntılı servisit, yüksek derecede displazi Carsinoma in situ multiparların çoğunda serviksdeki değişiklikler yüksek karsinom rizikosu ile birliktedir. Bunların cerrahi korrektürleri nadir olmayarak istenmeyen sonuçlar vermektedir. Prekanseroz değişikliklerden belirli yaşlarda bilhassa çekilmek gerekmektedir, zira budeğişikliklerin % 25 inden 8 sene içerisinde invasif kanser doğmaktadır. Konizasyon veya portio ampu-

tasyonundan sonra residivlerin teessüs edebildiğine dair neşriyatlar mevcuttur.

4 — Uterus myomatosus, endometriosis ve kronik iltihabi ad-neks prosesleri

5 — Hormonol kontraseptiflerin kontrindike olduğu vakalar (dahili hastalıklar, varikosis, thromboembolie hikayesi olanlar) veya yan tesirlerinin çok fazla görüldüğü hallerde birlikte kanser profilaksisinin düşünülmesini gerektiren durumlar

6 — Pre-ve postmenopozda residiv devamlı kanamalar

Preventif histerektomi ile uterus karsinomlarındaki ortalama % 45 olan ve bugünkü teşhis ve tedavi imkanlarındaki ilerlemelere rağmen düşürülmeyen mortalite nisbetinin, ameliyat mortalitesi olan ortalama % 0.5 e düşürülmesi hedef alınmıştır (çeşitli araştırmacıların istatistiki tetkiklerine göre collum Ca, da absolut iyileşme şansı % 45-55, corpus Ca.da ise % 55-65 olup mortalitede buna göre collum Ca.da ortalama % 50, corpus Ca.da % 40 dir. 30-55 yaşları arasındaki kadınların collum Ca ya yakalanma şansı Elert'e göre % 1.3-%2.5, Kern'e göre % 4 dür. Corpus Ca.ya yakalanma şansı ise % 0.7-% 1 arasında değişmektedir). Mayo klinik USA'nın yapmış olduğu bir araştırmaya göre over karsinomlarının da bir kısmı 40 yaştan önce fakat % 95 i 40 yaştan sonra rastlanmaktadır. Bu sebepten dolayı Counsellor ve arkadaşları 40 yaştan itibaren, Crossen ve Reiffenstuhll 42 yaştan, Greenhill 44 yaştan, Terz 40 yaştan, ve Schwalm 45 yaştan itibaren histerektomilerin iki taraflı ovariectomi ile birlikte yapılmasını önermektedirler. Overleri yerinde (tek veya her ikisi) bırakılarak histerectomie yapılmış kadınların Thorp'a göre % 3.62 sinde, Counsellor'e göre % 4.5 unda, Terz'e göre % 8.8 inde, Kese-ye göre % 3.79 u, Parker'e göre % 11.4 inde, Artner ve beck (1970)'e göre % 11.7 ve nihayet E. Kofler'e göre % 8.1 inde ovariel karsinom teessüs etmektedir. Ovarium'un habis hastalıklarında bugünkü modern imkanlarla yapılan tedaviye rağmen yaşama şansı % 30'u geçmemektedir. Bütün bu neticeler profilaktik-preventif histerectomi taraftarlarının çoğalmasını izah etmektedir. Ne varki kadınlar arasında 1975 de J.M.Wenderlein tarafından neşredilen bir anket sonucunda hastaların, kansere yakalanma ve kanserden ölüm nisbetleri kendilerine açıkça belirtildiği halde, büyük bir kısmının preventif histerectomiye karşı oldukları görülmüştür. Bunada sebep kültürel seviyeleri bizim kadınlarımızdan çok daha yüksek olmasına rağmen, anket yapılan kadınların sex organlarının fonksiyonları hakkındaki bilgisizlikleri, ameliyat korkusu, ameliyat sonrası kadınlıklarını kaybetme endişesi-

dir. Polikliniğimize absolut histerektomi indikasyonu ile müracaat edip kendilerine teklif edilen histerektomiye reddeden hastaların çokluğu düşünülürse, profilaktif histerektominin avrupa ve diğer sosyoekonomik ve kültürel seviyeleri bizden çok ilerde olan memleketlerdeki nisbetine erişmek için hem hastaların eğitimi hemde elimizdeki teşhis imkanlarının arzu edilen düzeye gelmesi yönünden daha zamana ihtiyaç vardır.

Özet

Bu çalışmada Kliniğimizin 1973-1976 seneleri içindeki histerektomileri gözden geçirilmiş ve literatürdeki sonuçlarla mukayesesi yapılmıştır.

Summary

Hysterectomies were reviewed during the period of 1973-1976 at our clinic and compared with the results of the literature.

LİTERATÜR

- 1 — Artner, J., A. Beck Arch. Gynaek. 209 (1970) 175.
- 2 — Atkinson, S. M., S. M. Chappel Obstet. and gynec. 39 (1972) 759.
- 3 — Buzmucie, R. Geburtsh. u. Frauenheilk. 35 (1975) 767.
- 4 — Counseller, V. S ve ark. Amer. J. Obstet. gynec. 69 (1955) 538.
- 5 — Crossen, R. J. Amer. J. Obstet. gynec. 54 (1947) 179.
- 6 — Elert, R. Wien Med. Wschr. 1 (1959) 15.
- 7 — Elert, R. Krebsarzt 17 (1962) 256.
- 8 — Greenhill Year book of Obst. and gynec. (1950) 508.
- 9 — Hochuli, E. Geburtsh. und Frauenheilk. 30 (1970) 589.
- 10 — Hochuli, E. F. Grob Geburtsh. und Frauenheilk. 36 (1976) 457.
- 11 — Kese, G. A. Draghici Zbl. Gynaec. 90 (1968) 1362.
- 12 — Kofler, E. Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 873-881.
- 13 — Langley, J. J. Amer. J. Obstet. Gynec. 107 (1968) 345.
- 14 — Nagell, J. R. van Amer. J. Obstet. Gynec. 111 (1971) 703.
- 15 — Parker, R. T., Ch. H. Parker, G. D. Wilbanks Amer. J. Obstet. Gynec. 108 (1970) 878.
- 16 — Reiffenstuhli, G. Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 242.
- 17 — Roach, C. J ve ark. Amer. J. Obstet. Gynec. 114 (1972) 703.
- 18 — Schwalm, H. Klinik der Frauenheilk. U. Geburtsh. Bd. 6, 113, 1967.
- 19 — Sievers, S. Geburtsh. und Frauenheilk. 35 (1975) 258-262.
- 20 — Staemmler, H., J. Quaeizsch Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 89.
- 21 — Terz, J. J ve ark. Amer. J. Surg. 113-1967.
- 22 — Thorp, D. West. J. Surg. Obstet. Gynec. 59 (1951) 440.
- 23 — Wagehbihler, P. ve ark. Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 882.
- 24 — Wenderlein, J. M. Geburtsh. und Frauenheilk. 35 (1975) 198.
- 25 — Wittlinger, H. Geburtsh. und Frauenheilk. 32 (1972) 276.