

ADENOMYOSİS'Lİ 120 ÖLGÜNÜN ANALİZİ

Dr. Mustafa Küçük (*)
Dr. Nergiz KÜÇÜK (**)
Dr. Tuncay KÜÇÜKÖZKAN (***)
Dr. Kadir SAVAN (*)

ÖZET :

Adenomyosis endometrial glandların myometrium içinde bulunması ile kendini gösteren selim bir hastalıktır. Genellikle menometroraji ve dismenoreye sebep olur. Çok sıklıkla multiparalarda görülür. Kliniğimizdeki son 5 yıllık histerektomi piyeslerini histopatolojik olarak inceledik. Bu çalışmada adenomyosis, yaş, gebelik, doğum ve abortus yönünden incelendi.

Anahtar kelimeler: adenomyosis, histerektomi.

GİRİŞ:

Adenomyosis endometrial gland ve stromanın myometrium içinde yerleşmesi ile karakterize selim bir hastalık olarak tanımlanır. Bu hastalığa genellikle doğurgan yaş grubunda rastlanır (1,5,6,7). Adenomyosis menarştan önce görülmez ve menopozdan sonra da semptom oluşturmaz. Menoraji, dismenore ve ağrılı uterus büyümesinden ibaret triad nonspesifik olduğu için adenomyosis teşhisinin preoperatif olarak konulması genellikle zordur (8). Preoperatif olarak konulan doğru teşhis oranı % 10 kadardır. Kesin teşhis histerektomi materyalinin histopatolojik incelemesi ile konulabilir (7). Adenomyosis myometriuma diffüz olara yayılmış ise düz kas hipertrofisine bağlı olarak, uterus simetrik bir şekilde büyür. Eğer adenomyosis fokal ise büyüme asimettiktir. Buna adenomyoma adı verilir. Bazen gland epitelinde metaplazik değişiklikler meydana gelebilir. Adenomyosis nadiren sekretuar deşidual değişme gebelerde ve yüksek doz progesteron tedavisi gören kadınlarda meydana gelir (4). Bu hastalarda endometrial hiperplazi en yaygın anormal uterin kanama sebebidir (11). Ayrıca adenomyosis ve uterin myomlar sıklıkla birlikte olabilir.

MATERYAL VE METOD :

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Yard. Doç. Dr.

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Araştırma Görevlisi

*** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Doç. Dr.

Ocak 1987 ile Aralık 1991 tarihleri arasında opere edilen 785'i abdominal 77'si vaginal olmak üzere toplam 862 histerektomi materyallerinin histopatolojik teşhisleri değerlendirildi. Adenomyosis tesplit edilen olgular yaş, doğum, düşük, küretaj sayıları yönünden değerlendirildi. İstatistiksel testlerde z ve Chi-square testleri kullanıldı.

BULGULAR :

Beş yıllık sürede taranan toplam 862 histerektomi materyalinden 120 sinde adenomyosis tespit edildi. adenomyosisli olguların yaş grupları arasında istatistiksel olarak bir ilişki tespit edilemedi. ($p>0.25$) Adenomyosisin en sık rastlandığı yaş olarak ta 41-55 yaş arası tespit edildi. (Tablo I).

Tablo I: Adenomyosis Olgularının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yıl/Yaş	<40	41-50	51-60	61-70	Toplam
1987	—	10	6	—	16
1988	4	13	3	—	20
1989	5	25	13	—	43
1990	3	11	3	1	18
1991	5	12	4	2	23
Toplam	17	71	29	3	120

Adenomyosisli olgularımız gebelik durumlarına göre değerlendirildiğinde gebe kalmış olgularda adenomyosis görülüş sıklığı istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olarak tespit edildi. ($P<0.001$) Beş ve daha fazla gebeliği olanlarla beşten az gebe kalmış olanlar karşılaştırıldığında, beş ve daha fazla gebeliği olanlarda adenomyosisin daha sık olarak bulunduğu tespit edildi ve istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olarak bulundu. ($P<0.001$) (Tablo II). Doğum yapan olgular adenomyosis açısından değerlendirildiklerinde; doğum yapmış olan grupta adenomyozisin istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olarak fazla bulunduğu tespit edildi. ($p<0.001$). Yine beşten az doğum yapmış olgular beşten fazla doğum yapmış olgularla karşılaştırıldığında beşten fazla doğum yapan olgularda adenomyozisin istatistiksel olarak anlamlı derecede fazla olduğu tespit edildi. ($p<0.001$). (Tablo III).

Tablo II: Adenomyosis Olgularının Gravidalarına Göre Dağılımı

Yıl/Gebelik	4-0	5-9	10<	Toplam
1987	7	9	—	16
1988	6	12	2	20
1989	11	30	2	43
1990	5	11	2	18
1991	6	17	—	23
Toplam	35	79	6	120

Tablo III: Adenomyosis Olgularının Pariteye Göre Dağılımı

Yıl/Parte	0-4	5-9	10<	Toplam
1987	4	9	3	16
1988	3	14	3	20
1989	3	33	7	43
1990	3	9	6	18
1991	3	16	4	23
Toplam	16	81	23	120

Abortus yapan grupla abortus yapmayan grup arasında istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı fark olduğu ve abortus yapan grupta adenomyozise daha çok rastlandığı tespit edildi. ($P<0.001$) (Tablo IV).

Tablo IV: Olgularımızın Abortus Sayılarına Göre Dağılımları

Yıl/Abortus	0	1<	Toplam
1987	1	15	16
1988	7	13	20
1989	10	33	43
1990	5	13	18
1991	6	7	23
Toplam	29	23	120

Adenomyozisin beraber bulunduğu patolojik durumlar arasında ise myoma uteri ilk sırayı almaktaydı. (Tablo V).

Tablo V: Adenomyosis İle Beraber Olan Patolojiler

Patoloji	Sayı	Yüzde
Myoma uteri	77	64.2
Metroraji	19	15.8
Prolapsus	12	10.0
Over tümörü	4	3.3
Genital kitle	2	1.7
Servikal patoloji	3	2.5
Endometrium ca.	1	0.8
Postmenopazal kanama	2	1.7
Toplam	120	100.0

TARTIŞMA :

Olgularımız arasında adenomyozis oranını % 13.92 olarak bulundu. Adenomyozis sıklığı konusunda çok değişik oranlar verilmektedir. Literatürde bu oran %9 ile % 61 arasında değişiklik göstermesine rağmen ortalama % 20-25 'lik bir oran gerçeğe yakın bir sıklık olarak kabul edilmektedir (1,2,6,7). Adenomyozisin sıklığı patolojik tetkikteki titizliğe dayanır. Bird ve ark. rutin histerektomi materyallerindeki kesilerin sayısının artırılmasının adenomyozis sıklığını iki katına çıkardığını tespit etmişlerdir (3). Biz çalışmamızda adenomyozis sıklığını literatürde belirtilen oranların alt sınırında bulduk.

Adenomyozisin nasıl meydana geldiğini izah edebilmek için çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Bu görüşlerden genellikle kabul edilmiş olanı, endometrium glandları ve stromasının myometrium içine doğru göç etmesidir (8). Çünkü myometrium içindeki glandlar çoğunlukla endometrium ile devamlılık göstermektedirler. Bu göçü başlatmaktan sorumlu faktörler kesin olarak bilinmemekle birlikte doğum sırasında meydana gelen uterus travmaları olduğu kabul edilmektedir. Bu çalışmamızda tespit ettiğimiz gebelik ve doğum sayısı arttıkça adenomyozis görülme sıklığının artması bu görüşü destekler niteliktedir.

SONUÇ :

Menometroraji, dismenore ve ağrılı uterus büyümesi gibi nonspesifik semptomlara sebep olabilen, bu nedenle preoperatif olarak teşhisi güç bir patoloji olan adenomyozisi beş yıllık kliniğimiz histerektomi materyallerinin histopatolojik olarak taranması ile gebelik, doğum ve abortus sayıları ile adenomyozis arasında bir ilişki bulunduğu ortaya konulmuştur.

SUMMARY :

AN EVALUATION OF ADENOMYOSIS

Adenomyosis denotes the presence in the myometrium of endometrial glands which usually causes menometrorrhagia and dysmenorrhea. It occurs most often in multigravidas. We histopathologically researched on hysterectomy specimens in the Last 5 years, in Gynecology and Obstetrics Clinics of Medical Faculty, Atatürk University at Erzurum. In this study, adenomyosis was investigated in terms of age, gravida, partus and abortion inpatients.

Key words: adenomyosis, Hysterectomy.

LİTERATÜR :

- 1- Benson, R.C, Sneed, V.D., Adenomyosis: Areappraisal of symptomatology, Am. J. obstet. Gynecol. 76; 1044, 1958
- 2- Bird. C.C, Willis R.A., The production of smooth muscle by the endometrial stroma of the adult human uterus. J. Pathol. Bact. 90; 75, 1963.
- 3- Bird C.C., McElin T.W., The elusive adenomyosis of the uterus revisited. Am. J. Obstet. Gynecol. 112; 583, 1972.
- 4- Casper D.J., Progestational changes in areas of adenomyosi. report of 4 cases. Obstet. Gynecol. 24; 111, 1964.
- 5- Emge. L.A.. The elusive adenomyosis of the uterus. Am. J. Obstet. Gynecol. 83; 1541, 1962
- 6- molitor J.J., Adenomyosis; A clinical and pathologic appraisal. Am. J. Obstet. Am. J? Obstet. Gynecol. 110; 275, 1971
- 7- Öwolabi T.O., Aldenomyosisi; A neglected diagnosis. Obstet. Gynecol. 50; 424, 1977
- 8- Blaustein A., Jinekolojik patoloji, Arkadaş kitabevi, İstanbul, 1985.
- 9- Colman H.I., Rozenhal A.H., Carsinoma developing in areas of adenomyosis. Obstet. Gynecol. 14: 342, 1959.
- 10- Marcus C.C., Relationship of adenomyosis uteri to endometrial hiperplazia and endometrial carsinoma. Am. J. Obsctt. Gynecol. 82; 408 1961
- 11- Merill A.J., William T.C., in Danforth's Obstetrics and Gynecology, sixth ed. J.B. Lippincott. 1990