

Histerektomi Vakalarının Klinik Özellikleri

Hakan Kaya¹ Ali Acar¹ Tanju Mandal² Yasemin Babar² M.Okan Özkaya² Çağatay Göçen²

¹Yrd.Doç.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı, ISPARTA.

²Arş. Gör.Dr. SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı, ISPARTA.

Özet:

Süleyman Demirel Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum Kliniğinde Aralık 1994-Kasım 1996 tarihleri arasında değişik endikasyonlarla histerektomi yapılan 72 vakanın klinik özellikleri araştırıldı. En sık histerektomi (H) nedeni, 38 vaka ile (%52.7) leiomyoma idi. Histerektomi yapılan hastalardan 8'i 40 yaş altındaydı, bunlardan 38 ve 39 yaşlarında olan iki hastaya perimenapozal dönemde olmaları nedeniyle bilateral salpingooferektomi (BSO) uygulandı. Servikal neoplazi nedeniyle H yapılan 8 vakanın yaş ortalaması 47.5 ± 17.2 , endometriyum neoplazili 7 vakada 57.7 ± 7.7 , over kanserli 3 vakada 62 ± 13.8 idi.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi.

Clinical Aspects Of Hysterectomy Cases

Abstract:

We researched clinical characteristics for 72 patients who had hysterectomy between december 1994-november 1996 in the Department of Obstetrics and Gynecology at the University of Süleyman Demirel. Uterine leiomyoma was reported primary diagnosis for 38 patients (% 52.7). Eight of the patients who had hysterectomy were below forty years, two of them who were at the age of 38 and 39 had undergone BSO because of they were in the perimenapausal period. In the 8 patients who had performed hysterectomy for cervical neoplasia had mean level of age 47.5 ± 17.2 . Other 7 patients who had performed hysterectomy for endometrial neoplasia had mean level of the age 57.7 ± 7.7 and 3 of them who had ovarian cancer had mean level age 62 ± 13.8 .

Key Words: Hysterectomy.

Histerektomi (H), kadınlarda gebelik dışında en sık yapılan cerrahi girişimdir. H uygulamalarının yaklaşık üçte biri 65 yaş civarında geri kalan üçte ikisinin büyük çoğunluğu ise 40-55 yaş arasında yapılmaktadır (1,2).

H'nin abdominal veya vajinal yoldan yapılması ve beraberinde bilateral ooferektomi uygulanması, hastanın yaşı, teşhisi ve diğer klinik özellikleri tarafından belirlenmektedir. H ile beraber elektif bilateral ooferektomi yapılmasının amacı, kötü prognozu ile bilinen over kanseri gelişme riskinden kaçınmaktır(3,4).

Erken cerrahi menapoz sonrası östrojen eksikliğine bağlı gelişen kardiyovasküler hastalık ve osteoporoz riski, cerrahi sonrası hormon replasman tedavisi verilmeyen hastalarda artmaktadır. Elektif H sonrası gelişen östrojen eksikliği sonucu açığa çıkan, kalp hastalığı ve kalça kırığı nedeniyle artan mortalite ile over ve

meme kanserinden korunmak için elektif ooferektomi sonuçları karşılaştırılmalıdır (5-8).

Materyal ve Metot

SDÜ Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Kliniğine ağrı, menstruel düzensizlikler, perimenapozal dönem şikayetleri, adetten kesildikten sonraki dönemde kanamalar, genital organ sarkmaları ve bir vakada da doğumdan sonra plasentanın retansiyonu şikayetleriyle başvuran hastalara fizik ve jinekolojik muayene, rutin biyokimya ve kan sayımı, pelvik ultrasonografi, akciğer grafisi ve elektrokardiyografi yapıldı. Malign olduğu düşünülen hastalarda komputize tomografi, tüm batın ultrasonografisi, kolon grafisi ve tümör markerleri (CA 125, CA 19.9, Alfa fetoprotein) çalışıldı. Hastalardan 3'ünde subtotal, 69 vakada total H ile birlikte, 12 vaka dışında BSO uygulandı.

Uterin ve servikal neoplazisi olan 6 vakada H ile birlikte radikal girişim (serviks kanseri olan 3 vakada Wertheim- Meigs, endometriyum kanseri olan 3 vakada operasyona lenf disseksiyonu eklendi.), genital organ yer değişikliği olan 5 vakada da vajinal yoldan H uygulandı. Over kanserli 3 vakanın birinde H ve BSO, ikisinde ise parsiyel omentektomi ve debulking yapıldı.

Bulgular

Değerlendirilmeye alınan hastaların tanıları ve yapılan cerrahi girişimler Tablo 1'de gösterilmiştir. En sık histerektomi nedeni %52.7 oranında leiomyomadır. İnvaziv mol ve plasenta inkreata birer vakada da H uygulanmıştır.

H yapılan 72 hastanın yaş ortalaması 45.9 ± 8.4 'dür (25-70). Servikal neoplazili 8 hastanın yaş ortalaması 47.5 ± 17.2 'dir (34-58). Korpus neoplazili 7 hasta 44-67 yaşları arasında olup ortalaması 54.71 ± 7.75 'dir. Over Ca'lı 3 hastanın yaş ortalaması 62 ± 13.85 'dir (46-70). Histerektomi yapılan tüm hastaların yaş gruplarının dağılımı Grafik 1'de gösterilmiştir.

H yapılan tüm vakaların ve servikal, endometriyal, ovaryal neoplazili hastaların pariteleri Tablo 2'de gösterilmiştir. Servikal neoplazili hastaların % 75'i, endometriyal neoplazili hastaların %14.3'ü üç ve daha fazla pariteye sahiptir.

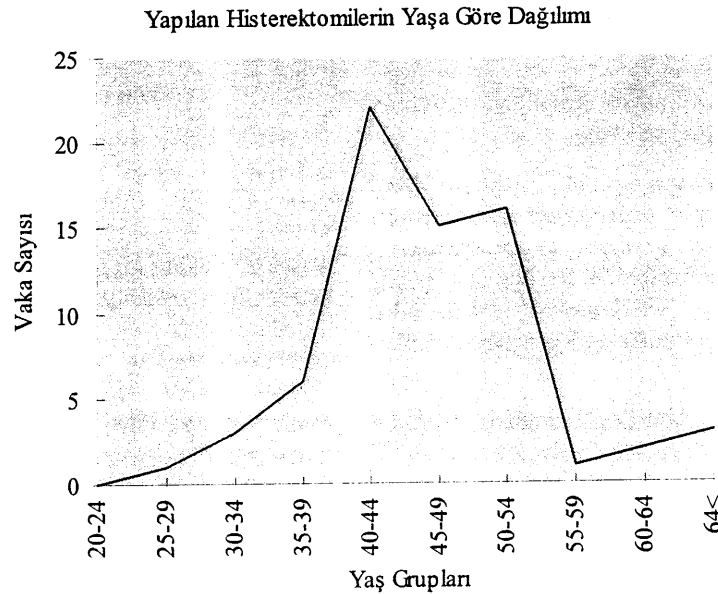
Tablo 1. H yapılan hastaların tanıları ve yapılan cerrahi müdahale.

H. Nedenleri	Sayı	%	SH	BSO(+)	BSO (-)	RO	VH
Myoma Uteri	38	52.7	2	31	7	-	-
Uterin Hemoraji	5	6.9	-	5	-	-	-
Serviks Ca.	3	4.2	-	3	-	3	-
CIN	5	6.9	-	5	-	-	-
Atipik Hiperplazi	3	4.2	-	3	-	-	-
Endometriyum Ca.	4	5.6	-	4	-	3	-
İnvaziv mol	1	1.4	-	1	-	-	-
Over Ca.	3	4.2	-	3	-	-	-
Prolapsus	5	6.9	-	-	5	-	5
Endometriyozis	4	5.6	-	5	-	-	-
Plasenta İnkreata	1	1.4	1	-	-	-	-
	72	100	3	60	12	6	5

SH: Subtotal Histerektomi

RO: Radikal Operasyon

VH: Vajinal Histerektomi



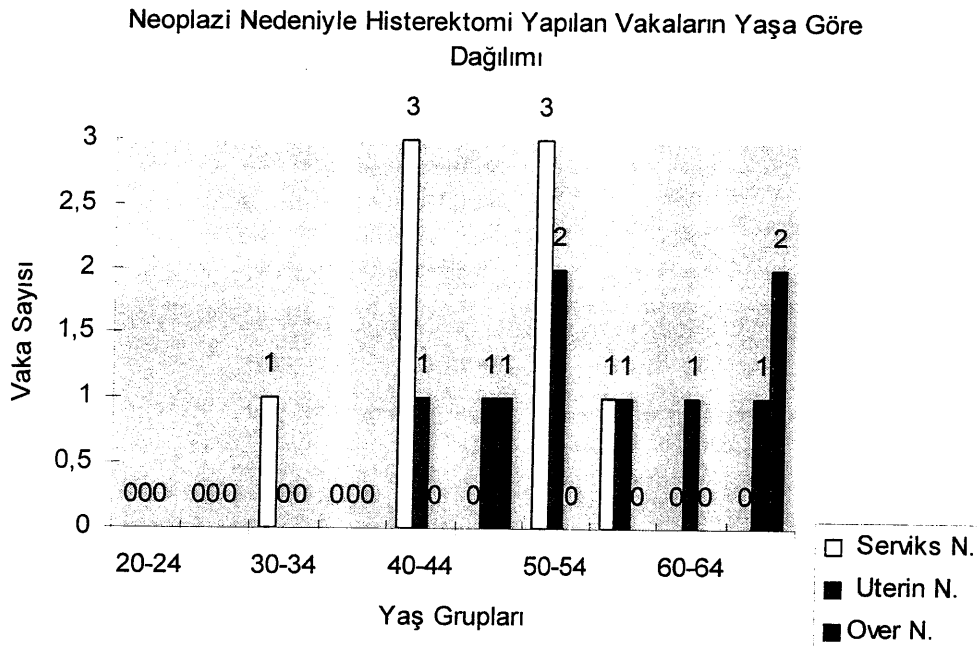
Grafik 1. Yapılan histerektomilerin yaşa göre dağılımı.

Tablo 2. Hastaların Paritesi.

	Parite (Genel)	Servikal N.	Endometriyal N	Over Ca.
0	2 (%2.7)	-	1 (%14.3)	0
1-2	33 (%45.8)	2 (%25)	5 (%71.4)	1 (%33.3)
3+	37 (%51.5)	6 (%75)	1 (%14.3)	2 (%66.7)
Toplam	72	8	7	3

Servikal, endometriyal ve ovaryal neoplazili yaş gruplarına göre yığılımı Grafik 2'de hastaların teşhis edildikleri yaşlardaki sayılarının gösterilmiştir.

Grafik 2. Neoplazili hastaların yaş gruplarına göre yığılımı.



Tartışma:

H, kadınlarda obstetri dışı en sık uygulanan jinekolojik operasyon olduğundan literatürde oldukça fazla sayıda uygulamayı içeren retrospektif çalışma mevcuttur (1,3,4,9). Lynne ve ark'nın 1.7 milyon histerektomiye içeren retrospektif değerlendirmesinde histerektomi vakalarının (beyaz kadınlarda) %30'u leiomyoma, %20'si endometriozis, %18.2'si kanser veya endometriyal hiperplazi ve %17.5'i prolapsusa bağlıdır. Aynı çalışmada beyaz kadınlarda kanser veya endometriyal hiperplazi, endometriozis ve prolapsus oranı siyah kadınlardan yaklaşık 2-3 kat fazla iken, leiomyoma oranı yaklaşık 2 kat azdır. Bizim çalışmamızda malignite vakalarının yapılan H'lerdeki oranı %25'dir. Buradaki fazlalık malignite vakalarının bize seçilerek gelmesinden kaynaklanabilir. Ayrıca prolapsus nedeniyle H

yaptığımız hastaların oranı da literatürdekinden azdır. Bu vaka sayımızın azlığına bağlı olabilir.

Vessey ve ark'nın 1885 vakalık retrospektif çalışmasında H'lerin %38.5'i leiomyomaya, %35.3'ü menstruel düzensizliklere, %6.5'i prolapsusa, %5.6'sı invaziv-preinvaziv maligniteye, %5.4'ü ise endometriozise bağlıdır. Buradaki menstruel problemlere bağlı H oranı literatürdekilerden yüksektir(1-4). Endometriozise bağlı H oranı ise bizim çalışmamızdaki ile uyumludur.

Çalışmamızda servikal neoplazi kökenli H'ler Grafik 2'de görüldüğü gibi 40-55 yaşlarında, endometriyal neoplazi (atipik hiperplazi ve preinvaziv-invaziv Ca) 45-60 yaşlarında yığılım göstermektedir. Over Ca'lu 3 vakanın 2'si 70 yaşında, 1'i 46 yaşındadır. Bulunan oranlar literatür ile uyumludur (1,3,6,9,10).

Servikal neoplazili hastalarda parite oranı yüksek iken (%75'i 3 ve 3'ten fazla), endometriyal neoplazilerde 3'ten az parite oranı % 85.7'dir. Bu çok doğurmuşluğun servikal neoplazide, az doğurmuşluğun ise endometriyal neoplazide etyolojik faktör olarak önemini göstermektedir (11,12).

Jinekolojide H ile birlikte yapılan cerrahi girişimlerin belirli aralıklarla istatistik değerlendirmelerinin yapılması, cerrahi endikasyonların değerlendirilmesi ve uygulanan cerrahi girişimlerin sonuçlarının gözden geçirilmesinin, gelecekteki H endikasyonlarının daha doğru konulmasına ve alternatif tedavi programlarının ortaya çıkarılmasına önemli katkıları olacağı düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

- 1- Lynne SW, Lisa M K, Robert P, et al. *Hysterectomy in the United States, 1988-1990. Obstet Gynecol. 1994; 83:549-55.*
- 2-Sonja Sandberg I, Benjamin A, et al. *Elective Hysterectomy. Medical Care, 1985; 23:1067-85.*
- 3-Theodore S, Neal VD, Leon S, et al. *A risk-benefit analysis of elective bilateral oophorectomy: Effect of changes in compliance with estrogen therapy on outcome. Am J Obstet Gynecol. 1991; 164:165-74.*
- 4-Vessey PM, Klim P, Angela C, David Y. *The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. British J Obstet Gynecol. 1992; 99: 402-407.*
- 5-Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT, et al. *Complication of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol. 1982; 144:841-8.*
- 6- Garcia C, Cutler WB. *Preservation of the ovary: a reevaluation. Fertil Steril 1984; 42:510-4.*
- 7- Grundsell H, Ekman G, Gullberg B, et al. *Some aspects of prophylactic oophorectomy and ovarian carcinoma. Ann Chir Gynaecol. 1981; 72: 36-42.*
- 8-Cole P, Berlin J. *Elective hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1977; 129:117-23.*
- 9-Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A, et al. *Effect of information campaign by the mass*

media on hysterectomy rates. Lancet. 1988; 1470-3.

- 10-Wingo PA, Heuzo CM, Rubin GL, Ory HW, Peterson HB. *The mortality risk associated with hysterectomy. Am J Obstet Gynecol. 1985; 152: 803-8.*
- 11-Kösebay D, Demirkıran F. *İnvaziv Serviks Kanseri. In: Kışnişci HA, Gökşin E, Durukan T ve ark. Temel Kadın Hast. ve Doğum Bilgisi. 1. baskı. Ankara: Güneş Kitabevi, 1996; 942-57.*
- 12-Thompson JD. *Hysterectomy. In: Thompson JD, Rock JA, eds. TeLinde's operative gynecology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 1992; 663-738.*

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç.Dr. Hakan Kaya
SDÜ Tıp Fak. Kadın Hast. ve
Doğum Anabilim Dalı

ISPARTA.