

MYOMA UTERİ ÖN TANISI KONULAN HASTALARDA POSTOPERATİF HİSTOPATOLOJİK NETİCELERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

«222 Olgunun Retrospektif Olarak İncelenmesi»

Mazhar Ülker*

Serdar Erçakmak**

L. Esat Orhon**

Uterusun en sık rastlanan tümörü olan myoma uteri, myometri-
umun benign neoplazmidir. 35 yaşın üzerinde yaklaşık % 20 oranında
da rastlanılmakta isede, tüm myomların ancak % 10 kadarı tedavi
gerektirmektedir. Her nekad, literatürde çok genç yaşlarda oluştu-
ğuna rastlamak, nadirde olsa mümkün isede, genelde 35-50 yaşlar ara-
sında görülür. Menopoz sonrasında, hem boyutlarda ufalma olur ve
hemde asemptomatik hale döner. Beyaz ırka oranla negrolarda daha
sık rastlanılmaktadır.

Etyoloji kesin olarak bilinmemekle birlikte, fertil çağda görülme-
si nedeni ile ovarial hormonlar suçlanmıştır. Nitekim, Guine pigme-
lerinde eksternal östrojen verilmesi ile iatrojenik myom oluşturu-
lmuştur. Bu gün östrojen, direkt etyolojik faktör olarak suçlanma-
makta ancak hiç değilse, özellikle non-fizyolojik düzeylerde salgılan-
dığı erken klimakterik devrede, myom için provokatör rol oynadığı
kabul edilmektedir. Östrojenlerin bu etkileri aralıklı progesteron veya
testesteron propionat uygulamaları ile önlenabilmektedir.

Patolojik olarak mikroskopik boyutlardan, tüm karnı doldurabi-
lecek boyutlara ulaşabilir. Tek veya pek çok nodül içerebilir. Myom
nodülü, endometrial kaviteye doğru veya serozal yüzeye doğru geli-
şim gösterebilir veya tüm uterusu kaplayabilir.

Kapsülsüzdür ve özel vasküler yapıdan yoksundur. Çevre myo-
metrial liflerden diffüzyon ile beslenir.

* A.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

** A.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi

Histopatolojik olarak, leiomyom veya fibromyon görünümündedir. Bu iki farklı görünüm, patolojik olarak önem taşır isede, klinik, prognoz, sekonder değişiklikler ve tedavi açısından önemli bir fark göstermezler.

Myom nüvesinde zamanla, hyalin, kistik, kalsifik, nekrotik, yağlı ve sarkomatöz dejeneresans meydana gelebilir. Myom nüvesinde sarkomatöz dejeneresans oldukça nadirdir (% 0.2-0.5).

Klinikte myoma uterileri, kitlelerine bağlı, mesane ve rektuma baskılarından ötürü üriner şikayetler veya kronik konstipasyon ve ağrılı defekasyon, pelvik rahatsızlık hissi şikayetleri ile yada menstrüel düzensizlikler ve kanamanın yol açtığı sekonder şikayetler ile (anemi, halsizlik, v.s.) görüyoruz. Menstrüel düzensizlikler, uterusta kavite düzensizliği oluşması veya submuköz gelişen bir myoma bağlı olup, daha çok menometroraji şeklindedir. Menstrüel düzensizliklerden ötürü özellikle ufak çaptaki myomların, adenomyozis, myometrial hipertrofi, endometrial hiperplazi ve polipleri ve disfonksiyonel kanamalarla karışması olasılığı yüksektir.

Bir prensip olarak 12 haftalık gebelik cesametinden büyük olan myomlar asemptomatik olsalar bile cerrahi olarak çıkarılmalıdır. Tıbbi tedavi radikal değildir, ancak semptomatik amaçla veya genç hastalarda uterus boyutları uygun ise sık kontrol altında, gelişmeyi yavaşlatmak amacı ile kullanılırlar.

Radikal tedavi cerrahidir. Konservatif olarak myomektomi veya radikal amaçla total histerektomi olgunun özelliğine göre uygulama alanı bulmaktadır.

Radikal tedavinin cerrahi olması ve aynı semptomatolojiye sahip yukarda belirtilen patolojiler ile sıklıkla karıştırılması sebebiyle, preoperatif dönemde konulacak öntanının, gereksiz operatif müdahaleye neden olmayacak kesinlikte olması arzu edilir. Konulan ön tanının, histopatolojik olarak hangi sıklıkta kesinlik kazandığı ve hangi diğer patolojileri içerdiğini araştırmak amacı ile kliniğimizde myoma uteri ön tanısı ile operasyona alınan olguları bu açıdan değerlendirdik.

MATERİYAL VE METOD

Kliniğimizde, 1982-1983 yıllarında, klinik olarak myoma uteri ön tanısıyla, total histerektomi yapılmış 222 olgu yaş dağılımı, gebelik sayısı ve doğum sayısı ile postoperatif histopatolojik tanıları açısından değerlendirildi. Olguların 11'i submüköz myom ön tanısı ile operasyona alınmış idi.

Olguların yaş dağılımı Tablo-I'de çıkarılmıştır.

Tablo I - Olguların yaşlara göre dağılımı

> 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	51 - 55	55 <
1		36	77	74	19	4
% 0.4	% 5	% 16	% 35	% 33.3	% 8.5	% 1.8

Görüldüğü üzere, olguların % 68.3'ü 41-50 yaş grubunda, % 84.3'ü ise 36-50 yaş grubundadır. Bu netice, dünya literatürü ile uygunluk içerisindedir. Bir olgu 26 yaşında, 4 olgu ise 55-60 yaş grubunda, ancak menopoz gerçekleşmemiş idi.

Olguların, doğum sayısına göre dağılımları Tablo-II ve gebelik sayısına göre dağılımları Tablo-III'de çıkarılmıştır.

Tablo II - Olguların doğum sayılarına göre dağılımları

0	1	2	3	4	5 ve daha çok
9	18	59	50	46	40
% 4	% 8.1	% 26.5	% 22.5	% 20.7	% 18

Tablo III - Olguların gebelik sayılarına göre dağılımları

0	1	2	3	4	5 ve daha çok
8	7	33	35	43	96
% 3.6	% 3.1	% 14.8	% 15.8	% 19.3	% 43.3

Görüldüğü üzere, myom öntanısı konulan hastalarda, % 61.2 oranında 3 veya daha fazla doğum ve % 78.4 oranında ise 3 veya daha fazla gebelik anamnezi mevcuttur. % 3.6 oranında ise gebelik hikayesine rastlanılmamıştır.

SONUÇLAR

Histopatolojik neticelerin incelenmesinde ise (Tablo-IV), % 66.6 preoperatif myom tanısı, leiomyom olarak teyidedilmiştir. % 33.4 olguda ise, histopatolojik olarak myomatö gelişmeye rastlanılmamıştır.

Tablo IV - Myoma uteri ön tanısı koyulan olguların postoperatif histopatolojik neticelerinin dağılımı.

Postoperatif histopatolojik tanı	n	%
Leiomyom	130	58.5
Leiomyom + Adenomyozis	11	5.0
Leiomyom + Endometrial hiperplazi	7	3.0
Adenomyozis	28	12.61
Myometrial hipertrofi	13	5.8
Myometrial hipertrofi + Adenomyozis	2	0.9
Endometrial hiperplazi	11	5.0
Normal myometrium	20	9.0
Toplam	222	100.0

28 olguda, sadece adenomyozis (% 12.61); 13 olguda, myometrial hipertrofi (% 5.8); 11 olguda sadece endometrial hiperplazi (% 5); 2 olguda, myometrial hipertrofi ile birlikte adenomyozis (% 0.9) bulunmuştur. 20 olguda ise hiç bir patolojik bulgu tespit edilememiştir (% 9).

Tablo-V'de görüldüğü üzere, histopatolojik olarak myom tespit edilen 148 olgunun 99'u (% 67) 3 veya daha fazla gebelik, 15 myometrial hipertrofi olgusunun 12'si (% 80) 3 veya daha fazla gebelik anamnezi veriyordu.

Tablo V - Postoperatif histopatolojik neticelerin gebelik sayılarına göre dağılımı.

Gebelik Sayısı	Leiomyom	Myometrial hipertrofi	Adenomyozis
0	5 (% 3.3)	—	3 (% 10)
1-2	44 (% 29.7)	3 (% 20)	19 (% 63.3)
3 ve daha fazla	99 (% 67)	12 (% 80)	8 (% 26.7)
Toplam	148	15	30

TARTIŞMA

Kliniğimizde myoma uteri ön tanısıyla, 1982-83 yıllarında total histerektomi yapılan 222 hasta, yaş dağılımları, gebelik ve doğum sayıları ve postoperatif histopatolojik neticeleri açısından değerlendirilmiştir. Olguların % 84.3'ü 36-50 yaş grubunda bulunmuştur. % 66.6'sında myoma uteri tanısı histopatolojik olarak kesinleşmiş, ancak % 33.4'ünde leiomyom bulunmamıştır. Biz bu sonucu, hastaların, premenopozal devrede olmaları sebebiyle, disfonksiyonel kanama şikayetlerinin mevcut olması, bir kısmının konstitüsyonel sebeplerden ötürü etraflı jinekolojik muayene imkanı vermemesi ve nihayet histopatolojik olarak bulunan patolojilerin, myom ile oldukça sık karışan patolojiler olmasına bağladık.

Sonuçlarımıza dayanarak, 36-50 yaş grubunda myoma uteri tanısı koyarken, özellikle gebelik sayısı 3 veya daha çok olan ve uterusun aşırı büyük olmadığı olgularda, myometrial hipertrofi ve adenomyozisin hatırdan çıkarılmaması yerinde olur kanaatindeyiz.

ÖZET

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde 1983 - 1983 yıllarında, Myoma Uteri ön tanısı ile total histerektomi uygulanmış 222 olguda postoperatif histopatolojik neticeler değerlendirilmiş ve % 66.6 oranında kesin tanı leiomyom olarak bulunmuştur. % 33.4 oranında ise leiomyom tespit edilememiştir.

SUMMARY

Review of Pathologic Results of Clinically Prediagnosed 222 Myoma of Uterus Case

In our clinic, in years 1982-83 total abdominal hysterectomy was applied to 222 patient which was diagnosed as myoma of uterus clinically. Postoperatively, they were evaluated pathologically and in 66.6 percent the diagnosis was confirmed. In 33.4 percent there were leiomyoma.

KAYNAKLAR

1. Barber, H.R.K. and Graber, E.A. : Gynecological tumors in childhood and adolescence. Obst. Gynec. Survey 28 : 357, 1973.
2. Current Diagnosis and Treatment Gynecology and Obstetrics, Benson, 1979.
3. Textbook of Gynecology, Jones and Jones Novak. 4 th edition, 1980.