

TRAVMATİK INTRA - UTERİN SİNEŞİ

(Asherman Sendromu)

Dr. Hikmet Yavuz *

Dr. Uğur Poyraz **

Travmaya bağlı intra - uterin lezyonlar, Bergman'ın bildirdiğine göre, il kdefa 1894 de Fritsch tarafından tarih edilmiştir (6). Yazara göre, doğumdan sonra kuretaj geçiren bir hastada, bu operasyonu takiben amenore şikayeti ortaya çıkmış, yapılan histerektomide uterus kavitesinin tümüyle oklüsyona uğradığı tesbit edilmiştir. Daha sonraki yıllarda bu konuda tek tük yayınlar yapılmış, bu arada 1927 de Bass abortus indüksiyonunu takiben ortaya çıkan kanal servikalın internal orifisyumunun atrezisi ile müterafık 20 vakalık bir seri yayınlamış, bu vakalarda siklik ağrı ve amenore şikâyetleri saptandığı ve bu şikâyetlerin serviks kanalına sonda uygulanmasıyla kaybolduğu bildirilmiştir (5). 1946 da Stamer, Bass'ın vakalarına uyan klinik semptom ve hikaye gösteren 24 vakalık bir başka seri yayınlamış, 1948 de Hald bu konuda yayın yapmış, aynı yıl içinde Asherman 29 vakasını yayınlayarak ilk defa «travmatik amenore» deyimini kullanmıştır (1, 9, 15). Daha sonraları çeşitli klinik varyasyonları tarif edilen bu patolojik tablo «travmatik intra - uterin sineşi - Asherman sendrom'u» adlarıyla ifade edilmeye başlanmış ve bu konuyla ilgili birçok yayın yapılmıştır (6, 10, 14, 16, 17).

Uterus iç duvarı üzerine yapılan çeşitli müdahaleler ve bu arada küretaj gibi travmatik müdahaleler endometriyum bazalisinde olduğu kadar myometriyumda da zararlanmalara yol açar. Özellikle missed abortus da olduğu gibi, plasenter dokunun uterus duvarına iyice yapışmış olduğu vakalarda uterus bu maniplasyon-

* A. Ü. Tıp Fak. Kadın hast. ve Doğum kürsüsü Doçenti.

** A. Ü. Tıp Fak. Kadın hast. ve Doğum kürsüsü Asistanı.

lardan çok zarar görür. Doğum sonu küretajlardada aynı durum söz konusudur.

Böylece zararlanmaya uğrayan ve kontraksiyon yapan bu kısımlar karşı karşıya ve yüzeyleri birbirleriyle temas haline gelir. Böylece uterus duvarının yaralandığı yerde konglutinasyon ve adezyon meydana gelir. Adezyonun lokalize olduğu yer; zararlanmanın uterusun hangi seviyesinde olduğuna bağlıdır. Öte yandan eğer geniş bir alan zararlanmışsa adezyonda geniş olarak meydana gelecektir.

Klinik tabloda adezyonun lokalize olduğu bölgeye göre değişir. Örneğin; servikal adezyonunda amenore en yaygın semptom olduğu halde, korporal adezyon çoğu kez ancak bir rastlantı sonucu teşhis edilir.

Yukarıda kısaca özetlediğimiz travmatik intra - uterin sineşi konusunda birçok inceleme ve yayın yapıldığı halde, özellikle tedavileri konusu tam olarak çözümlenmiş değildir (10). Hatta bazı yazarlar nöro - musküler etkiler sonucu uterusda lokalize kontraksiyonlar görülebileceğini ve bunların histerografi ve histerosalpingo grafilerde intra - uterin sineşilere benzemelerinden ötürü yanlış teşhis konabileceğini bildirmişlerdir.

Eskiden postabortif küretajlardan sonra ortaya çıkan ve pek çok tedavi metodlarına cevap vermeyen inatçı amenore vakalarında, derin küretaj sonucu endometrium bazalisinin dahi ortadan kaldırıldığı kabûl edilerek tedavide endometrium implantasyonları gibi metodlara dahi baş vurulurdu. Asherman sendromunun tıp literatürüne ortaya konması ile bu yanlışlıklar kısmen olmuş önlenmiş ve vakalar tedavi edilebilir hale gelmişlerdir.

İşte bu nedenlerle, konuyu yeniden incelemek ve tarafımızdan tebit edilen bazı travmatik intra - uterin sineşi vakalarını sunmak istedik.

MATERYEL VE METOD

4 yıl içinde 6 adet travmatik intra - uterin adezyon vakası tesbit ettik. Vakaların teşhislerinde anamnez yanında, asıl histerografi den yararlandık. Bir vakada anamnez tipik olmadığı halde tesadüfen çekilen histerografi ile teşhis konulmuştur. Tedavide uyguladığımız metodları vakaları ayrı ayrı anlatırken sunacağız.

VAKA RAPORLARI

Vak'a 1 : Bn. Ü. Ü. (Prot. no : 2123/70) 26 yaşında, 16 yaşında evlenmiş, doğum ve düşük yapmamış, bir yıldan beri amenorenden şikayetçi. Hasta daha önce kliniğimize primer sterilitte teşhisi ile yatırılmış, yapılan endometrial biopsi, HSG tetkikleri sonucu salpenjit tbc (her iki tüp tıkanıklığı) ile birlikte endometrit tbc teşhisi konarak, uzun süre antitüberkülo tedavi uygulanmıştır. Bir yıl önce amenore devresine giren hastaya yapılan çeşitli tedavilerden bir sonuç alınmamıştır. Bunun üzerine hastaya önce histerigrafi ve arkasından HSG yapılmış, filmlerin incelenmesinde hem servikal ve hemde korpusta düzensiz ve yaygın dolma defektleri tesbit edilmiş, sağ tuba uterinanın ampuller kısmından, sol tuba uterinanın ise intramural kısmından itibaren tıkanmış olduğu görülmüştür (Resim 1). Histerometre ile yapılan muayenede, aletin kanal servikalden daha içeri itilemediği görülmüştür. Böylece vakaya korporal ve servikal sineği + tüberkülotik natürde tüp tıkanıklığı teşhisi konulmuştur. 27.2.1971 tarihinde hastaya anestezi altında vajinal yoldan müdahale yapılmış, kanal servikal 12 nolu Hegar bujisinin kolayca geçeceği şekilde genişletilmiştir. Bu dilatasyon intra servikal yapışıklıklar dolayısıyla oldukça güç olmuş, buji yanında parmak ve keskin alet kullanmak gerekmiştir. Kanal servikal iyice açıldıktan sonra yine buji ve özellikle sivri uçlu keskin makas yardımıyla kavum uteri içinde daha çok sola doğru uzanan adezyonlar tam olarak açılmış, kavum uteri buji ve histerometre ile kontrol edilmiştir. Operasyondan sonra tekrar yapışıklık meydana gelmesini önlemek amacıyla intra - uterin spiral tatbik edilmiştir ve ayrıca ağız yoluyla kortizon ve anti-biotik verilmiştir. Çekilen histerografilerde uterus kavitesinin normal hale geldiği, defektlerin kaybolmuş olduğu saptanmıştır (Resim 2). Operasyondan sonra hasta normal süre içinde ve normal miktarlarda menstruasyon görmüştür. 2 ay sonra tüp tıkanıklığına bağlı primer infertilite nedeniyle laparotomi yapılmış, laparatomide uterus normal büyüklükte bulunmuş, sağda salpengostomi operasyonu yapılarak açılmış tüp içersine kavum uteriye kadar uzanacak şekilde polietilen tüp konmuş, daha sonra tubadaki açıklık durumu Rubin testi ile kontrol edilerek hasta taburcu edilmiştir. Hasta halen normal bir şekilde menstruasyon görmektedir.

Vak'a 2 : Bn. G. A. (Prot. no : 4441/70). 33 yaşında olan hasta 26 yaşında evlenmiş, ilk adetini 15 yaşında görmüş ve 30 - 5 - (5) + şeklinde sıklık ve düzenli menstruasyon tarif etmekte olup, spontan bir normal doğum, arkasından da spontan bir düşük yapmıştır. Son olarak missed abortus teşhisiyle 3 ay önce küretaj yapılan hasta, bu operasyonu takiben bir daha adet görmemiş ve bu nedenle 17.5.1970 günü kliniğimize yatırılmıştır. Jinekolojik muayenede uterus retroversiofleksio halinde normal kıvam ve büyüklükte, overler keza normal büyüklükte bulunmuştur. Amenore yönünden yapılan çeşitli hormonal stimülöslere cevap alınmamıştır. Histerosalpingografik incelemede istimus hizasında oldukça büyük bir dolma defekti tesbit edilmiş, diğer kontrol filmle-rindedede aynı görünümün varlığı dikkatimizi çekmiştir (Resim 3). Vakaya missed abortion nedeniyle yapılan küretaja bağlı travmatik servikal adezyon

teşhisi konularak 17.10.1970 günü anestezi altında vajinal yoldan kanal servikal Hegar bujileriyle ve keskin aletlerle 12 nolu Hegar'ın kolayca geçebileceği kadar dilate edilmiş, özellikle kanal servikalın istmus kısmında ve daha çok sağda lokalize yapışıklıklar makas ve küretle ortadan kaldırılmıştır. Yeniden yapışıklık olmamasını sağlamak amacıyla intra - uterin spiral konulmuş, hastaya ağızdan kortizon ve antibiyotik verilmiştir.

Daha sonra normal gün ve miktarda menstruasyon gören hastada kontrol amacıyla tekrar histerografi ve histerosalpingografi yapılmış, önceden tesbit edilen defektin tümüyle kaybolduğu görülmüştür (Resim 4). Halen kontrolümüz altında olan hasta normal olarak menstrual siklus görmektedir.



Resim : 1



Resim : 2



Resim : 3

Vak'a 3 : Bn. Ş. Y. (Prot. no : 2928/69). 30 yaşında, evli olan hasta ilk adetini 14 yaşında görmüş. Menstruel fonksiyonu düzenli olup 5 doğum yapmış, düşük yapmamıştır. 4 sene önce kontrasepsiyon amacıyla uterus içine spiral tatbik edilmiş, bundan bir hafta sonrada spiralin uterusu perfore ederek karın boşluğuna düşmesi nedeniyle proje laparotomi yapılmış, ve yalnızca spiral çıkartılarak karın kapatılmış ve iyileşerek taburcu edilmiştir. Hastanın kliniğimize başvurmamasının nedeni 2 seneden beri devam eden amenore şikayeti olmuştur. 26.11.1969 tarihinde kliniğimize yatırılan hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde, uterus antefleksion halinde normal büyüklükte, adneksler normal bulunmuştur. Yapılan probe küretajın histopatolojik tetkikinde endometriyum hipoplazisi (p. a. 5741/1969), histerografik kontrolde ise uterusun istmusu ve özellikle fundusunda büyük dolma defektleri tesbit edilmiştir (Resim 5). Histerometrik kontrolde aletin kanal servikalden kavum uteriyle flerlemesi mümkün olmamıştır. Travmatik intra-uterin sineşi teşhisi konan hastaya anestezi altında vajinal yoldan bujilerle kanal servikal dilatasyonu yapılmış; kanal servikal 12 nolu Hegar bujisinin kolayca geçebileceği bir açıklığa erişince parmakla, kesici alet keskin küretle kavum uterinin fundus kısmındaki adezyonlar açılmıştır.

Bu operasyonu takiben taburcu edilen hastanın menstruel fonksiyonu tamamen normale dönmüştür.

Vak'a 4 : Bn. F. Y. (Prot. no: 2066/67). 47 yaşında ve evli olan hasta, 2 doğum yapmış olup, oligomenore şeklinde menstruel siklus düzensizliği şikayetiyle kliniğimize başvurmıştır. Yapılan jinekolojik muayenede uterus ve diğer genital organlar normal bulunmuştur.

Yapılan histerografik muayenede uterus fundusunda yaygın dolma defektleri tesbit edilmiş, diğer laboratuvar tetkiklerinde patolojik bir bulgu tesbit edilememiştir. Vakaya korporal adezyon teşhisi konulmuştur (Resim 6). Fakat hasta tedaviye gelmemiştir.

Vak'a 5 : Bn. S. T. (Prot. no : 4002/71). 32 yaşında olan hasta ilk adetini 19 yaşında görmüş, aynı yıl içinde evlenmiş, 2 doğum yapmış, düşük yapmamış. 1970 yılında her iki overden kısmi rezeksiyon yapılmış, histopatolojik incelemede follikül kistleri ve tunika albuginea da kalınlaşma tesbit edilmiştir. Daha sonra menstürasyonda azalma ve arkasındanda amenore tarif eden hastanın yapılan muayenesinde uterus ve overler normal bulunmuş çekilen histerografide serviksde dolma defekti tesbit edilmiş ve bu bulgular diğer kontrol filmlerinde de görülmüştür. Hormonal testlere cevap vermeyen vakada servikal adezyon teşhisi konarak, anestezi altında vajinal yoldan kanal servikal 12 nolu bujiye kadar dilate edilmiş, yapışıklıklar açıldıktan sonrada kürete edilmiştir. Bunu takiben normal süre ve miktarda menstürasyon görmeye başlayan hasta halen kontrol altındadır.

Vak'a 6 : Bn. G. E. (Prot. no : 6462/71). 26 yaşında ve evli olan hasta 20 ay önce sezeryan operasyonu ile doğum yapmış arkasından vajinal kanama nedeniyle 2 defa küretaj geçirmiş ve o zamandan beri amenorenden şikayeti.



Resim : 4



Resim : 5



Resim : 6

Jinekolojik muayenede iç ve dış genital organlar, kan, idrar tetkikleri normal bulunmuştur. Histerografik kontrolda kanal servikalde defekt, Hegar bujileriyle yapılan muayenede keza kanal servikalın tıkalı olduğu ve aneak aşırı zorlanma ile kanal servikalın çok ince buji yardımıyla geçilebildiği tesbit edilmiştir. 20 aydır amenore dolayısıyla çeşitli hormon tedavilerini de denemiş, fakat başarı sağlanamamış olduğu vakada postpartum küretaja bağlı servikal adezyon teşhisi konarak anestezi altında kanal servikal Hegar bujileri ve makas yardımıyla adezyonları açılarak genişletilmiş ve kanal servikalden internal delik dahil 10 nolu Hegar bujisinin kolayca geçebileceği bir duruma getirilmiştir. Bu dilatasyonu takiben kanaldan aşağı yukarı 10 cm³ kadar eskimiş kanın geldiği saptanmıştır. Daha sonra intra-uterin spiral takılarak hasta taburcu edilmiş olup halen kontrolümüz altında bulunmaktadır.

YORUM

Travmatik intra - uterin sineşilerin bir sendrom olarak Asherman tarafından tarif edilmesinden sonra bu konuda birçok inceleme ve yayın yapılmış, fakat lezyonun ortaya çıkardığı klinik tablonun tarifinde yazarlar arasında görüş birliği sağlanamamıştır.

Şimdiye kadar literatüre geçmiş vakalar gözden geçirildiğinde bunlar patognomonik semptom olmadığı dikkatimi çekmektedir. Bundan dolayı da Asherman, vakalarda ancak histerosalpingografik muayene ile teşhisin konulabileceğini bildirmiştir (2, 3). Bu araştırıcı uterus boşluğunun yaygın adezyon dolayısıyla ortadan kalktığını, bundan dolayıda döllenmiş ovumun nidasyonu için uygun bir yer kalmadığını ve bu nedenle korporal sineşi vakalarında uterus kavitesinin deformasyona uğramış olması nedeniyle nidasyon olsa dahi, abortusun kaçınılmaz olduğunu öne sürmüştür (2).

Asherman'a göre korporal sineşi vakalarında abortus sık görüldüğünden, her habitüel abortus vakası veya abortusu takiben ortaya çıkan sterilite ve infertilite vakaları korporal sineşi yönünden incelenmeli ve histerosalpingografi yapılmalıdır (2).

Buna karşılık Topkins'in bildirdiğine göre; Mussed ve Salomon inceledikleri 13 adet korporal sineşi vakasında Asherman'ın aksine amenore ve hipomenore tesbit ettiklerini bildirmişlerdir (16). Ayrıca bu araştırmacılar bir kısım vakalarda baş ağrısı, ateş basması veya karın gerginliği gibi semptomlar saptamışlardır. Sterilite şikayeti ise ancak korporal sineşinin kavum uteriye yaygın olarak tuttuğu vakalarda tesbit edilmiştir. Bu araştırmacılar korporal sine-

şi vakalarında, amenoreye rağmen ovulasyon olduğunu öne sürmüşlerdir. Hiçbir korporal sineşi vakasında menstruel bozukluğun spontan olarak düzelmediğini, buna karşılık histerotomi yapılan 9 vakada tedaviden sonra yapışıklıklar tamamiyle ortadan kaldırılmış olmasalar dahi menstruel fonksiyonun normalleştiğini bildirmişlerdir.

Netter ve arkadaşları teşhis ettikleri 42 adet travmatik intra uterin sineşi vakasında büyük çoğunluğunun korporal olduğunu ve vakaların hepsinde menstruel bozukluk bulunduğunu yazmışlardır (11). Bergman, 28 adet intra - uterin sineşi vakasından 9 unda menstruel düzensizlik ve yetersizlik tesbit etmiştir (6).

Yine Topkins'in bildirdiğine göre, 17. Fransız Obstetrik ve Jinekoloji kongresinde Musset ve arkadaşlarıyla Asherman bu konuyu tartışmışlardır (16). Bu toplantıda Fransız grubu adına Ravina uterus kavitesinde en ufak yapışıklık olan vakada dahi menstruel yetersizlik tesbit edildiği görüşünün bu konuda yayın yapmış bütün bilginlerce kabul edildiğini bildirmiş, Asherman ise menstruel bozukluk oranının % 20 yi geçmediğini iddia etmiş, bu hastaların kendisine sterilite ve habitüel abortus şikayetiyle baş vurduğunu, halbuki Musset'in vakalarının primer şikayetlerinin menstruel yetersizlik olduğunu bildirmiş, ve böylece korporal sineşilerin menstruel yetersizlikle bir arada bulunmasının yalnızca bir rastlantı olduğu görüşünü ileri sürmüştür (16).

Asherman 158 vakaya dayanan bir diğer incelemesinde, adezyonların kadının gebe kalabilme yeteneğini etkilemediğini, örneğin sineşi tedavisi görmüş ve yapışıklıkların ortadan kaldırılmış olmasına rağmen henüz gebe kalmadıklarını, buna karşılık diğer birçok intra - uterin sineşi vakalarının ise herhangi bir operasyon uygulanmadığı halde gebe kaldıklarını bildirmiştir. 33 vak'adan 6 sında gebeliği takiben ilk 3 ayda spontan abortus olmuş, bunlardan 3 üne sonradan sineşitomi (yapışıklıkların açılması) operasyonu uygulanmış ve hepside gebe kalmışlardır. Fakat bunlarda prematür doğum görülmüştür.

Bergman'ın 57 vakalık bir seri üzerinde yaptığı incelemede elde ettiği sonuçlar Asherman'ın görüşlerini destekler nitelikte olmuştur (6). Bu araştırmacı travmatik intra - uterin lezyon göste-

ren vakalardan 24'ünde hastalığın postpartum küretajı takiben 27'inde instrumental abortustan sonra, 4 vakada myom enükleasyonu operasyonundan sonra, 1 vaka da myom enükleasyonu arkasından abortus amacıyla peş peşe yapılan küretajlardan sonra ve 1 vakada da probe küretajdan sonra ortaya çıktığını bildirmiştir. Bergman vakaların teşhisinde; histerografiden (50 vaka), aletle muayeneden ve anamnezden (2 vaka) ve operasyondan sonraki örneklerin veya histerotomi sırasında uterusun tetkikinden yararlandığını bildirmiştir.

Bergman postpartum küretaj yapılan vakalardan 14 ünde amenore ve 7 inde hipomenore tesbit etmiştir. Buna karşılık diğer çeşit travmaya uğramış ve arkasından intra - uterin lezyon husule gelmiş vakalardan ancak birinde amenore ve 2'inde hipomenore tesbit edilmiş ve böylece postpartum küretajın kural olarak daha yaygın lezyona sebep olduğu, diğer intra - uterin operasyonlara göre daha önemli semptomlara yol açtığını bildirmiştir. Postpartum küretaj yapılan ve amenore gösteren 14 vakadan 6 ında amenore sebebinin kanal servikale ait internal delik oklüzyonuna, 8 vakada da endometriyum zararlanmasına bağlı olduğunu bildirmiştir. Servikal oklüzyon vakalarında amenorenin kanal servikalın açılmasından hemen sonra, endometriyum yetersizliği vakalarında ise 1-6 yıl içinde spontan olarak iyileşme olduğunu bildirmiştir.

Bergman intra - uterin sineşi vakalarında sterilite sebebinin kusurlu endometriyum olduğunu öne sürmüştür. Histerektomi yapılan 5 vakadan ikisinde adenomyosis tesbit edilmiş olması nedeniyle bu yazar, intra - uterin yaralanmanın adenomyosis etiolojisinde rolü olabileceğini bildirmiştir. Keza sineşilere bağlı dolma defektlerinin daima sabit olmadığını, spontan olarak kaybolabildikleri gibi, görünüm ve büyüklüklerinin değişebileceğini bildirmiştir. Postpartum küretaja bağlı 24 adet sineşi vakasından 6 sı sonradan gebe kalmış ve total olarak 10 gebelik tesbit edilmiş, bunlardan yalnızca ikisi terme erişmiştir. Abortus sonucu meydana gelen sineşi vakalarında ise 8 vaka gebe kalmış ve total 10 gebelik elde edilmiş ve bunlardan 5 i terme erişmiştir. Burada Bergman özellikle sineşiden sonraki gebelik vakalarında plasenta retansiyonunun sık görüldüğünü bildirmekte, birçok plasenta akreata vakalarının önceden önemli uterus içi zararlanmalar geçirdiğine işaret

etmektedir. Son olarak bu yazar intra - uterin sineşi vakalarında amenore tedavisinin başarılı olduğunu, fakat bozulan gebe kalabilme yeteneğinin kolay kolay düzelmediğini belirterek ve esas olanın lezyonun tedavisi değil, profilaksisi olduğunu belirtmektedir.

Buraya kadarki bölümde çeşitli araştırmacıların servikal ve korporal sineşilerin menstrüel fonksiyona etkisi konusunda, ileri sürdükleri görüşleri özetledikten sonra şimdi bunları kendi vakalarımızla karşılaştıralım :

Bizim 6 vakamızdan üçü pür servikal sineşi (vaka 2, 5 ve 6), ikisi yaygın korporal ve istmik sineşi (vaka 1 ve 3), bir vaka da korporal sineşidir. Biz vakalarımızdan pür servikal adezyon gösterenlerde Asherman gibi amenore tesbit ettik. Aynı şekilde korporal ve servikal sineşinin birlikte görüldüğü 2 vakada da yaygın amenore gördük. Bu bulgular Asherman'ın görüşüne uymaktadır. Kanımız odurki; başka bir sebep tesbit edilemediği takdirde bir servikal sineşi vakasında amenore şikayeti bu patolojik yapısmaya bağlıdır. Çünkü sineşiyi tedavi ettiğimiz bu çeşit vakalarda amenorenin de kaybolduğunu gözledik.

Ayrıca pür korporal sineşi teşhisi koyduğumuz bir vaka da Netter, Musset ve arkadaşları gibi oligomenore tesbit ettik.

Vakalarımızda hastaların yaşları 26 ile 47 arasında değişmekte idi ve yaş ortalamasını 32 olarak bulduk. Sineşi sebebi olarak bir vakada peşpeşe yapılan endometriyum biopsileri ve endometrit tüberküloz, bir vakada missed abortus dolayısıyla yapılan tahliye küretajı, bir vakada intra - uterin peser konulması sonucu endometriyum enfeksiyonu, bir vakada postpartum küretaj tesbit edilmiş, 2 vakada da (vaka 4 ve 5) bir sebep bulunamamıştır.

Bundan şu sonuçları çıkarabiliriz :

Intra - uterin adezyonların oluşmasında doğum sonu küretajların rolü kadar, uterus içi enfeksiyonların, teşhis amacıyla sık yapılan endometrial küretajların da rolü vardır. Bazı vakalarda da sebebi bulmak her zaman mümkün olmamaktadır. Gerçekten 2 vakamızın (vaka 4 ve 5) anamnezlerini iyice incelediğimizde ne bir doğum sonu küretajı ve bir doğum sonu müdahalesi, endometrial biopsi, geçirilmiş bir endometriyum enfeksiyonunu işaret edecek

bir bulgu tesbit edemedik. Bu nokta önemlidir. Çünkü intra - uterin adezyon teşhisini koymak için anamnezde kesin olarak doğum sonu küretaj ve benzeri gibi müdahalelerin olması şart değildir. Buna karşılık menstruel düzensizlik ve özellikle amenore, hipomenore tarif eden hastalarda histerografik muayene şarttır. Bu yolladır ki bir intra - uterin adezyon teşhisi gecikmeden konulup, vaka zamanında tedavi edilebilir.

Netter ve arkadaşları da bu konuda yaptıkları incelemede 3 türlü uterus içi yapışıklıkları olduğunu ve bunların;

1. Korpus, serviks ve istmus,
2. Korporal,
3. Serviko - istmik lokalizasyon

gösterdiklerini, bunlardan 1.nin çok seyrek, 2.nin çok yaygın görüldüğünü, 3.ü tipin ise her zaman olmamakla beraber çoğu kez hematometra ve hemato - salpenks ile birlikte bulunduklarını bildirmişlerdir (11).

Bu yazarlar korporal sineşide menstruel periodun düzenli kaldığını, fakat Asherman'ın görüşünün aksine hipomenore şikayeti-nin yaygın olduğunu, bazende amenore görülebileceğini bildirmişlerdir.

Netter ve arkadaşları korporal sineşinin çok sık oranda hipomenore ve amenoreye sebep olmalarına karşılık istmik sineşilerin basit oranda hipomenore ve hematometraya yol açtığını öne sürmüşlerdir.

Asherman ise korporal sineşinin yüksek oranda siklus bozukluğuna yol açmadığını, buna karşılık servikal adezyonlarda amenorenin esas olduğunu bildirmiştir (2, 3). Halbuki Netter bu vakalarda hematometra tesbit ettiklerinde ısrar etmektedirler (11). Asherman amenoraye sebep olarak veziko - vaginal fistüllerde olduğu gibi, serviks ve vajen yaralanmalarının nöro - endokrin mekanizmayı ve hormon stimülüslerine endometriyumun reaksiyon verme yeteneğini bozduğunu göstermekte ve iddiasına bu lezyonların tedavisiyle amenorenin düzelmesini delil olarak almaktadırlar (3).

Bizde kendi vakalarımızdan servikal sineşi gösterenlerden yalnızca birinde tedavi sırasında Netter ve arkadaşları gibi hematometra tesbit ettik. Bu bulgu Asherman'ın bulgularına uymamaktadır. Buna karşılık hipomenore şikayetine rastlamadık.

Bu araştırmacılar intra - uterin sineşilerin obstetrikal olmayan sebeplerle yapılan dilatasyon ve küretajlardan hatta basit bir uterus tamponajından sonra dahi görülebileceğini öne sürmüşlerdir. Fakat büyük çoğunlukla doğum sonu yapılan küretajlardan sonra ortaya çıktığını belirtmişlerdir.

Netter ve arkadaşları teşhiste histerografi yanında, özellikle serviko - istmik sineşilerde histerometrik muayenesinde yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Histerometri özellikle servikal sineşi vakalarının teşhisinde yararlı bir muayene metodudur. Gerçekten bütün servikal sineşi vakalarında histerometrenin kanal servikal içinde ve tıkanıklık hizasında takılıp kaldığını gördük.

Burada bir noktaya daha değinmek isteriz. İntra - uterin sineşi teşhisinde histerografi temel teşhis vasıtasıdır. Yalnız bazı vakalarda uterus içi adezyon olmadığı halde, adezyona uyan dolma defektlerinin tesbit edilebileceği ve teşhiste yanıltabileceğini işaret etmek isteriz. Bunun sebebi nöro - musküler faktörlere bağlı olarak uterus kontraksiyonları olup, uterus denervasyonunu takiben defekt görünümü ortadan kaybolmaktadır (17). Ayırıcı teşhiste yukarda belirttiğimiz husus yanında, submüköz myom, polip gibi sineşi ile karışabilecek patolojik oluşumlarda dikkate alınmalıdır.

Sineşilerin oluş yollarını izahta değişik görüşler vardır. Örneğin Netter ve arkadaşlarının bildirdiğine göre, 4 adet sineşi vakasından alınan küretaj materyeli incelenmiş ve bütün vakalarda uterus adelesi tesbit edilmiştir (11). Netter ve arkadaşları sineşi olayını bir yara iyileşmesinde sekonder olarak ortaya çıkan nedbe dokusu olarak değerlendirmektedirler.

Asherman ise ortaya koyduğu teoride uterus adele liflerindeki devamlı bir kantraksiyonun istmusu daralttığı ve böylece karşı duvarların birbiriyle yapışmasına yol açtığını öne sürmüştür (2). Nedbenin yapısı solid müsküler veya fibro müsküler nitelikte olup, üzerleri genellikle ince bir endometriyum tabakası ile örtülüdür.

Bazende yapışıklık çok hafif olup, endometriyumdan ibaret britler şeklinde olabilir (2, 3, 6, 11).

Tedavi konusunda çeşitli görüşler ileri sürülmüştür.

Servikal sineşilerde vajinal olarak metal bujilerle dilatasyon sağlanır. Netter ve arkadaşları bujinin 5-6 gün kanal servikalde bırakılmasını ön görmüşlerdir (11). Biz vakalarımızın hiç birinde bujileri kanalda bırakmadık. Bunun yerine bir kontraseptif araç olan spirali tercih ettik. Çünkü madeni bir cisimi uterus içinde aynı pozisyonda uzun süre tutmak kolay değildir. Ut-rusta zararlanma, hatta perforasyon yapabilir. Kaldı ki bujiye göre çok zararsız saydığımız spiral ile ilgili perforasyon vakaları dahi yayınlanmıştır (8). Öte yandan spiral koyduğumuz vakalarda rekürrens görmedik.

Korporal sineşi vakalarında ise genellikle abdominal histerotomi yapıldıktan sonra kavitedeki adezyonlar ayrılmaktadır. Ayrılma işleminde parmak ve makas kullanılmaktadır. Netter ve arkadaşları korporal adezyon vakalarında abdomino-vajinal çalışmanın daha doğru olduğunu ve daha önce vajinal olarak buji tatbik edilen vakalarda kavum üterinin daha kolay idantifiye edilebileceğini bildirmişlerdir (11).

Asherman korporal adezyonların vajinal yoldan dahi açılabilirliğini ve böylece hastanın çok kısa bir süre içinde iyileşebileceği kanısındadır (2, 3). Fakat bu araştırmacı, her korporal sineşi vakasının tedavisi gerekmediğini, ancak habitüel abortus gibi önemli şikayete yol açmalar varsa tedaviye geçilmelidir demektedir (3).

Biz kliniğimizde tesbit ettiğimiz bütün korporal adezyon vakalarında vajinal yolu tercih ettik ve hepsinde de iyi sonuçlar aldık. Buna karşılık bir komplikasyona rastlamadık. Bu bulgularımız Asherman'ın görüşünü destekler niteliktedir. Kanımızca abdominal yol ancak hikâyesi çok eski olan ve vajinal yoldan açılmıyan vakaların tedavisinde denenmelidir. Böylece hastayı birçok komplikasyonlardan da korumamız mümkündür. Şunu da hemen belirtelim ki korporal adezyonların vajinal tedavisinin de sakıncaları yok değildir.

1. Kör çalışıldığı için yapışıklıkların tümü açılmıyabilir,
2. Eskimiş ve kalın nedbeleri buji ile zorlarken uterus perforasyonuna yol açılabilir.

Bu sakıncalar anestezi altında ve dikkatli çalışma ile ortadan kaldırılabılır. Bu komplikasyonları önlemek için Asherman histeroskopiden yararlanılabileceğini işaret etmiştir.

Buraya kadar adezyonların oluş yolları, tedavi ve kliniği konusunu inceledik. Eunlar kadar önemli bir konu olan profilaksilerine de kısaca değinmek istiyoruz.

Adezyon etiolojisinde en önemli etken doğum sonu küretaj olduğuna göre, bu tip travmatik bürütal operasyonlardan imkânlarımız oranında kaçınmak, plasenta retansiyonu vakalarında el, parmak maniplasyonlarını veya aspirasyon küretajı gibi en az travmatizan müdahaleleri tercih etmek gerekmektedir. Buna karşılık missed abortus vakalarında plasenta uterus duvarına çok sıkı bir şekilde yapışmakta ve bu şekilde yapışık bir plasentayı aletle ayırırken endometriyumda derin zararlanmalar olmakta ve sonunda adezyonlar ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden missed abortus teşhisi konan vakalar vakit geçirmeden tedavi edilmelidir. Fakat her vaka da sebebin kesin tesbiti mümkün değildir.

Diğer bir deyişle, her intra - uterin adezyon yakasının anamnezinde postpartum küretaj, missed abortus bulunması gerekmez sık sık tekrarlanan probe küretajların uzun süren uterus için infeksiyonlarında rolü olabileceğini dikkate almamız gerekir.

SONUÇ

Travmatik intra - uterin adezyon (ASHERMAN SENDROMU) üreme çağındaki kadınlar da az görülen hastalıklardan biridir. Servikal, korporal veya kombine lokalizasyon gösteren bu sendrom doğum sonu veya missed abortus vakalarında küretajı takiben olabildiği gibi, gebelik söz konusu olmayan uterus içi infeksiyonlarından veya teşhis amacıyla sık sık yapılan endometriyum küretajlarından sonra da görülebilmektedir. Servikal lokalizasyon gösterenlerinde amenore, korporal lokalizasyon gösterenlerinde ise hipomenore şeklinde menstruel bozukluklara yol açan, sendromun tedavisi vajinal veya abdominal yoldan yapışıklığın operasyonla ortadan kaldırılmasından ibarettir. Öte yandan uterus içi operasyonlarında endometriyum ve altındaki dokuya verilecek zararı minimumda tutabilmekle adezyon meydana gelme ihtimali çok azaltılabilir.

ÖZET

Bu incelememizde, tarafımızdan teşhis ve tedavi edilen 6 adet travmatik intra - uterin sineşi vakasını takdimle birlikte Türk Tıp literatürü için oldukça yeni olan bu konu ile ilgili yayınları gözden geçirerek bu sendromun klinik, etyolojik özellikleri ve profilaksisi üzerinde durduk.

Çok seyrek görülen bu sendromun sebepleri arasında post-partum hemoraji veya missed abortus dolayısıyla küretaj, peş peşe yapılan diagnostik küretajlar, kronik endometriyum infeksiyonları en önemli olanlarıdır. Teşhiste anamnez yanında, uterusun röntgenolojik muayenesi önemli rol oyar.

Sendromun tedavisi cerrahi olup, abdominal veya vajinal yoldan yapışıklıkların açılmasıdır. Biz genel olarak vakalarımız da vajinal yolu tercih etmekteyiz. Kanımızca abdominal yol ancak vajinal müdahale ile sonuç alınamıyan vakalarda denenmelidir.

SUMMARY

Traumatic intra - uterine syncchiae (Asherman Syndrome)

6 cases of traumatic intra - uterine adhesions (Asherman syndrome) and their clinical history, physical and labrotory findings, the results of treatment are presented. This syndrome is a rare condition. When the patients presented a history of curettage for post-partum hemorrhage, missed abortion or repeat diagnostic curettage and chronic endometritis the diagnosis of this clinical entity are entertained easily by hysteroGRAPHY or hysterosalpingography. And also the examination by sounding of the uterus is a useful method in the diagnosis.

The type of therapy is almost always surgical. But in the selection of abdominal or vaginal route for the threatment, localisation of the adhesion plays very important role. We prefere vaginal approache because of its easy, effective and safety. If the results taken by this way are unsuccesful then abdominal approache may be used. In the treatened cases the prognosis for relief of menstuel disorders is good.

LİTERATÜR

- 1 — ASHERMAN, J. G.: Amenorrhea traumatica (atretica). J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp. 55 : 23, 1948.
- 2 — ASHERMAN, J. G.: Traumatic intra-uterine adhesions. J. Obstet. Gynaec-Brit. Emp, 57 : 892, 1950.
- 3 — ASHERMAN, J. G.: The Asherman syndrome (Traumatic uterine adhesions). J. P. Greenhill, 13. Baskı, W. B. Saunders Conup. Philadelphia 1965.
- 4 — ASHERMAN, J. G.: Traumatic intrauterine synechiae. International J. Fertility, 2 : 49, 1957.
- 5 — BASS, B.: Über die Verwachsungen in der Cervix uteri nach Curettagen. Zntbl. Gynaek. 51 : 223, 1927.
- 6 — BERGMAN, P.: Traumatic intra-uterine Lesions. Acta Obstet. et Gynec Scand.
- 7 — BRET, A. J., LEGROS, R.: Evolution of treatment of uterine corpus synechiae of traumatic origin. Rev. franç. Gynec. et Obstet. 61 : 107, 1966. ...
- 8 — ÇANGA, Ş., YAVUZ, H.: Kontraseptif olarak spiral tatbik edilen vakalarda görülen seyrek komplikasyonlar. A. Ü. Tıp Fak. Mec. 20 : 262, 1967
- 9 — HALD, H.: Acta Obstet. et Gynec. Scand. 28 : 169, 1948.
- 10 — JONES, W. E.: Traumatic intrauterine adnesions. A report of 8 cases with emphasis on therapy. Amer. J. Obstet. Gynec. 89: 304, 1964.
- 11 — NETTER, A. P., MUSSET, R., LAMBERT, A., SALOMON, Y.: Traumatic uterine synechiae: A Common cause of menstrual insufficiency, Sterility and abortion. Amer. J. Obstet. Gynec. 71 : 368, 1956.
- 12 — ONETTO, E., SAAVEDRA, R., CRISOSTO, C., HAMBLÉN, E. C.: Treatment of uterine synechial with help to iatrogenic pseudopregnancy: Anatomic and functional results. International J. Fertility. 10 : 217, 1965.
- 13 — PINTO, V. B.: Uterine synechia. Rev. Obstet. Gynec. Venezuela, 25 : 272, 1965.
- 14 — SIEGLER, A. M.: Synechiae of the uterine cavity after curettage. Clinical and roentgenographic study of 5 cases. Amer. J. Obstet. Gynec. 83 : 1595, 1962.
- 15 — STAMER, S.: Acta Obstet. et Gynec. Scand. 26 : 263, 1946.
- 16 — TOPKINS, P. T.: Traumatic intrauterine synechiae. The Asherman synd. Amer. J. Obstet. Gynec. 83 : 1599, 1962.
- 17 — ZONDEK, B., ROZIN, S.: Filling defects in the hystrogram simulating intrauterine synechiae which disappear after denervation. Amer. J. Obstet. Gynec. 88 : 123, 1964.
- 18 — WOOD, J., PENA, G.: Treatment of traumatic uterine synechiae. International J. Fertility. 9 : 405, 1964.