

Histerektomi Olgularında Adenomyosis Prevelansı ve İlişkili Faktörler

The Prevalence of Adenomyosis at Hysterectomy and Associated Factors

Mehmet Baki Şentürk ¹, Mehmet Şükrü Budak ², Yusuf Çakmak ³
Ömer Birol Durukan ⁴, Mesut Polat ⁴

1. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İstanbul, Türkiye.

2. Diyarbakır Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye.

3. Batman Devlet Hastanesi, Batman, Türkiye.

4. Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hast. Eğt. ve Arş. Hast., Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, Türkiye.

ÖZET

Amaç: Adenomyosis, endometrial gland ve stromanın endometriyumla ilişkisiz bir şekilde myometrium içine gömülmesidir. Tanısı histolojik incelemeye dayandığı için, bu durum en iyi histerektomi materyallerinin incelenmesi ile belirlenmektedir.

Gereç ve Yöntemler: Bu çalışmada histerektomi olmuş 109 hastanın sonuçları retrospektif olarak incelendi. Yaş, parite, menopozal durum ve histerektomi endikasyonları adenomyosis olan ve olmayan grup arasında karşılaştırıldı. P değerinin 0,05 altında olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Adenomyosis olan olguların ortalama yaşı 55 idi. Parite ve anormal uterin kanama adenomyosis olan olgularda daha yüksek idi ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada histerektomi materyallerindeki adenomyosis oranı % 29,4 olarak görüldü. Anormal uterin kanaması olan ve parite sayısı fazla olan olgularda adenomyosis oranı daha sık görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: adenomyosis; histerektomi

ABSTRACT

Objective: Adenomyosis is a entity characterized by the presence of endometrial glands and stroma embedded within the myometrium without apparent contact with the endo-myometrial junction. As the diagnosis of adenomyosis is based on histological examination, the condition is best described in women at the time of hysterectomy.

Material and Method: We evaluated results of 109 hysterectomized patients retrospectively. Age, parity, menopausal status and indication of hysterectomy were compared between adenomyosis positive and negative patients according to histological findings. P value under 0.05 was considered statistically significant.

Results: The mean of age patients with adenomyosis were 55. Parity and abnormal uterine bleeding were associated factors with adenomyosis ($p<0.05$).

Conclusion: Our study demonstrated that the prevalence of adenomyosis at hysterectomy was 29.4%. Adenomyosis is more frequent among women reporting abnormal uterine bleeding and with high parity.

Keywords: adenomyosis; hysterectomy

İletişim Bilgileri:

Sorumlu Yazar: Mehmet Baki ŞENTÜRK

Yazışma Adresi: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Arş. Hastanesi, Tevfik Sağlık Cad., No: 11, Zuhuratbaba Bakırköy 34147, İstanbul

E-mail: dr.baki77@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 04.02.2015

Makalenin Kabul Tarihi: 13.08.2015

DOI: <http://dx.doi.org/10.16948/zktb.11649>

GİRİŞ

Adenomyosis endometrial gland ve stromanın myometrium içerisinde oluşturduğu lezyondur [1]. Sık semptomları kronik pelvik ağrı, menoraji ve dismenoreidir [2]. Histerektomi materyallerinin incelenmesinde prevelansı %8.8 ile 61.5 arasında değişmektedir [3]. Adenomyosisin preoperatif tanısını koymak güçtür, histerektomi materyallerinin incelenmesinde rastlantısal olarak tanı konduğu ve tipik semptomlara neden olmadığı öne sürülmektedir [4]. Bununla beraber magnetic rezonans ve transvaginal ultrasonografi uterustaki lezyonların karakterini ortaya koymada yararlı bulunmuştur [5, 6]. Adenomyosisin nedeni tam olarak bilinmemektedir fakat, hormonal (östrojen gibi), genetik, immünolojik ve büyüme faktörleri gibi değişik faktörler çeşitli çalışmalar sonucunda neden olarak önerilmiştir [7].

Bu çalışmada değişik endikasyonlarla yapılan 109 histerektomi materyalindeki adenomyosis oranı retrospektif olarak incelenerek adenomyosis ile ilişkili faktörler araştırıldı.

MATERYAL ve METOD

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 01.01.2012 ile 31.12.2013 tarihleri arasında değişik endikasyonlarla yapılan 109 histerektomi materyalinin patolojik sonuçları retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaş, gravida, menapoz durumu kaydedildi. Histerektomi materyallerindeki patoloji sonuçları ile beraber adenomyosis oranı ile beraber ilişkili faktörler araştırıldı. İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS (Power Analysis and Sample Size) 2008 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı. Adenomyosisin yaş, parite, menapoz durumu, anormal uterin kanama, prolapsus, uterin atoni, postmenapozal kanama ve myom ile ilişkisini araştırmak için Yates' Continuity Correction test (Yates düzeltmeli Ki-kare), yaşa göre Student t test, pariteye göre Mann Whitney U test, Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

SONUÇ

Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde 01.01.2012 ile 31.12.2013 yılları arasında benign endikasyonlarla histerektomi yapılmış 109 olgunun patolojik sonuçları incelendi. Adenomyosis 32 hastada görüldü (%29.4). Hastaların demografik özellikleri, menapoz durumu, preoperatif tanı ve histerektomi teknikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Olguların demografik özellikleri, preoperatif tanı ve yapılmış histerektomi yöntemleri.

		Min-Mak	Ort±SD
Yaş (yıl)		15-84	53,53±14,01
Parite		0-15	7,64±3,00
		n	%
Menopoz			
	Var	57	52,3
	Yok	52	47,7
Preop Tanı			
	Genital prolapsus	52	47,7
	AUK	27	24,8
	Atoni	11	10,1
	PMK	10	9,2
	PMK + Genital prolapsus	3	2,8
	AUK + Myom	2	1,8
	AUK + Genital prolapsus	1	0,9
	AUK + Kr pelvik ağrı	1	0,9
	Postpartum geç hemoraji	1	0,9
	Rüptür	1	0,9
Operasyon Tipi			
	VAH	55	50,5
	TAH	21	19,3
	LTH	18	16,5
	Subtotal histerektomi	14	12,8
	LVAH	1	0,9

Patoloji sonuçlarına göre adenomyosis oranı atrofik endometrium'dan sonra ikinci sıklıkta %29,4 (n=32) olarak görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Patoloji sonuçları.

	n	%
Atrofik endometrium	29	26,6
Adenomyozis	20	18,3
Gestasyonel hemorajik endometrium	12	11,0
Sekretuar endometrium	9	8,3
Proliferatif endometrium	7	6,4
Adenomyozis+atrofik endometrium	3	2,8
Atrofik endometrium+myom	3	2,8
Düzensiz proliferatif endometrium	3	2,8
Adenomyozis+basit atipisiz hiperplazi	2	1,8
Adenomyozis+endometrial polip	2	1,8
Myom+sekretuar endometrium	2	1,8
Myoma uteri	2	1,8
Proliferatif endometrium+myom	2	1,8
Adenomyozis+atrofik endometrium+polip	1	0,9
Adenomyozis+adenomyomatoz polip	1	0,9
Adenomyozis+myom	1	0,9
Adenomyozis+myom+düzensiz proliferatif endometrium	1	0,9
Atrofik uterus	1	0,9
Basit atipisiz hiperplazi	1	0,9
Endometrit	3	2,8
Myom+endometrial polip	1	0,9
Myom+proliferatif endometrium	1	0,9
Proliferatif endometriyum+adenomyozis	1	0,9
Sekretuar endometrium+leiomyomatozis	1	0,9

Adenomyozis görülen olguların pariteleri daha yüksek ($P=0.038$), anormal uterin kanama kliniği daha fazla ($p=0.026$) iken atoni tanısı ile yapılan histerektomilerde adenomyozis görülme oranı daha az bulunmuştur ($p=0.032$). Diğer parametreler ile adenomyozis arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Adenomyozisin klinik, yaş, parite ve menapoz ile ilişkisi.

	Patoloji Sonucu			
	Adenomyozis (-) (n=77)	Adenomyozis (+) (n=32)		
	n (%)	n (%)	p	
Genital prolapsus	40 (51,9)	12 (37,5)	^a 0,244	
AUK	14 (18,2)	13 (40,6)	^a 0,026*	
Atoni	11 (14,3)	0 (0)	^b 0,032*	
PMK	6 (7,8)	4 (12,5)	^b 0,475	
Genital prolapsusu + PMK	1 (1,3)	2 (6,3)	^b 0,206	
AUK + myom	1 (1,3)	1 (3,1)	^b 0,503	
AUK + genital prolapsus	1 (1,3)	0 (0)	^b 1,000	
AUK + Kr pelvik ağrı	1 (1,3)	0 (0)	^b 1,000	
Postpartum geç hemoraji	1 (1,3)	0 (0)	^b 1,000	
Rüptür	1 (1,3)	0 (0)	^b 1,000	
Menapoz	Var (n=57)	40 (51,9)	17 (53,1)	^a 1,000
	Yok (n=52)	37 (48,1)	15 (46,9)	
Yaş (yıl)	7,27±2,96 (7)	52,79±15,44	55,31±9,70	^c 0,308
Parite; (medyan)	2,96 (7)	7,27±2,96 (7)	8,53±2,96 (8,5)	^d 0,038*

^a Yates' Continuity Correction Test, ^b Fisher's Exact Test, ^c Student t-Test, ^d Mann Whitney U Test, * $p<0.05$.

TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda benign nedenlerle yapılan histerektomi materyallerinin patoloji sonuçlarına göre adenomyozis oranı %29.4 olarak görülmüştür ve bu oran literatürde bildirilen çalışmalarla örtüşmektedir [8, 9]. Bununla beraber adenomyozis en kesin tanısı uterusun tamamının histolojik incelenmesine dayanmaktadır. Histerektomi endikasyonu toplumlar arasında büyük değişkenlikler gösterdiğinden adenomyozis prevalansı dünya çapında büyük değişkenlikler göstermektedir [10]. Tüm uterin dokunun ayrıntılı incelenmesi bile prevalansını etkilemektedir çünkü endometriyal bileşke- den adenomyozis odağına kadar olan dokunun bölümlenerek incelenmesine dayanan sonuçlar- da prevalans %10 ile %18.2 arasında değişmektedir [9]. Çalışma sonucunda parite sayısının

fazla olması ile adenomyosis arasında ilişki görülmüştür ($p<0.05$). Bu sonuç literatürde bildirilen çalışmalarla örtüşmektedir [11-13]. Endometrial dokunun mekanik hasarına neden olabilecek sebepler sonucu adenomyosis riski artmaktadır. Duğum sayısının artması, abortus indüksiyonu, sezeryan sayısının artması riski artırmaktadır [12, 14, 15, 13, 16, 17, 18]. Endometrial dokunun gerek doğum, gerek abortus ve gerekse sezeryan sonrasında bütünlüğünün bozulması ve endometrial hücrelerin burdan mekanik transportu endometriosis'e neden olabilmektedir [11]. Bununla beraber abortus ya da sezeryan ile riskin artmadığını söyleyen çalışmalar da vardır [11, 19, 14, 20]. Bu çalışmada adenomyosis ile ilişkili diğer bir faktör anormal uterin kanamadır. Fakat bazı çalışmalarda bu ilişki saptanmamıştır [8, 9, 11]. Myometrial dokunun invazyonunu artması uterusun büyümesine ve kasılmasının bozulmasına neden olarak özellikle de mens döneminde aşırı kanmaya neden olabilir. Ayrıca östrojen ile adenomyosis arasında pozitif korelasyon vardır ve yüksek konsantrasyonda östrojen adenomyosisli hastalarda menstrüel kanamanın artışına neden olabilir [12, 21]. Bu çalışmada adeomyosisli hastaların yaş ortalaması 55 olarak görülmektedir. Bu literatürde daha önce bildirilen çalışmalarla örtüşmektedir [9, 11, 19, 13]. Bununla beraber Taran ve arkadaşları kendi çalışmalarında adenomyosisli hastalardaki histerektomi için yaş ortalamalarını daha genç (44 yaş) olarak bildirmişlerdir [8]. Bu durum histerektomi endikasyonlarının dağılımı ile ilişkili olabilir. Çünkü bu çalışmada endikasyonların büyük çoğunluğunu (%47.7) genital prolapsus hastaları içermekte ve bu hasta grubu görece yaşlı hastalardan oluşmaktadır. Ayrıca çalışmamızda adenomyosis ile yaş arasında ilişki görülmemiştir ($p>0.05$). Postmenapozal 17 hastada adenomyosis görülmüştür fakat menopoz durumuna göre adenomyosis sıklığında değişiklik saptanmamıştır ($p>0.05$). Adenomyosis ile östrojen arasında pozitif korelasyon olduğundan postmenapozal dönemde azalan östrojenle beraber adenomyotik odaklarda atrofi gelişir ve insidansı postmenapozal dönemde azalır [12, 21]. Çalışmanın retrospektif olması ve görece az olgu içermesi limitasyonlarıdır. Çalışma sonucu göstermiştir ki parite ve anormal uterin kanama adenomyosis ile ilişkili bulunmuştur ve insidansı ileri yaşlarda artmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Ferenczy A. Pathophysiology of adenomyosis. *Hum Reprod Update* .1998;4(4):312-22.
2. Azziz R. Adenomyosis: current perspectives. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16(1):221-35.

3. Hunter WC, Smith LL, Reiner WC. Uterine adenomyosis; incidence, symptoms, and pathology in 1,856 hysterectomies. *Am J Obstet Gynecol* 1947;53(4):663-8.
4. Weiss G, Maseelall P, Schott LL, Brockwell SE, Schocken M, Johnston JM. Adenomyosis a variant, not a disease? Evidence from hysterectomized menopausal women in the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Fertil Steril* 2009;91:201-6.
5. Mounsey AL, Wilgus A, Slawson DC. Diagnosis and management of endometriosis. *Am Fam Physician* 2006; 74,594-600.
6. Tahlan A, Nanda A, Mohan H. Uterine adenomyoma: a clinicopathologic review of 26 cases and a review of the literature. *Int J Gynecol. Pathol.* 2006;25, 361-365.
7. Saremi A, Bahrami H, Salehian P, Hakak N, Pooladi A. Treatment of adenomyomectomy in women with severe uterine adenomyosis using a novel technique. *Reprod Biomed Online* 2014;28(6):753-60.
8. Taran FA, Wallwiener M, Kabashi D, Rothmund R, Rall K, Kraemer B, et al. Clinical characteristics indicating adenomyosis at the time of hysterectomy: a retrospective study in 291 patients. *Arch Gynecol Obstet* 2012;285(6):1571-6
9. Bergholt T, Eriksen L, Berendt N, Jacobsen M, Hertz JB. Prevalence and risk factors of adenomyosis at hysterectomy. *Hum Reprod* 2001;16(11):2418-21.
10. Haas S, Acker D, Donahue C, Katz ME. Variation in hysterectomy rates across small geographic areas of Massachusetts. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(1):150-4.
11. Parazzini F, Mais V, Cipriani S, Busacca M, Venturini P; GISE. Determinants of adenomyosis in women who underwent hysterectomy for benign gynecological conditions: results from a prospective multicentric study in Italy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;143(2):103-6
12. Parazzini FVP, Panazza S, Chatenoud L, Oldani S, Crosignani PG. Risk factors for adenomyosis. *Hum Reprod* 1997;12:1275-9.
13. Vercellini P, Vigano P, Somigliana E, Daguati R, Abbiati A, Fedele L. Adenomyosis: epidemiological factors. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006;20:465-77.
14. Levгур M, Abadi MA, Tucker A. Adenomyosis: symptoms, histology, and pregnancy terminations. *Obstet Gynecol* 2000;95:688-91.
15. Olive DL, Franklin RR, Gratkins LV. The association between endometriosis and spontaneous abortion. A retrospective clinical study. *J Reprod Med* 1982;27:333-8.
16. Vercellini P, Parazzini F, Oldani S, et al. Adenomyosis at hysterectomy: a study on frequency distribution and patient characteristics. *Hum Reprod* 1995;10:1160-2.
17. Azziz R. Adenomyosis in pregnancy. A review. *J Reprod Med* 1986;31:224-7.
18. Merrill JA, Creasman WT. Disorders of the uterine corpus. In: Scott JR, Di Sala PJ, Hammond CB, et al., editors. *Danforth's obstetrics and gynecology*. 6th ed., Philadelphia: Lippincott; 1990. p. 1023.
19. Taran FA, Weaver AL, Coddington CC, Stewart EA. Understanding adenomyosis: a case control study. *Fertil Steril* 2010;94(4):1223-8.
20. Panganamamula UR, Harmanli OH, Isik-Akbay EF, Grotegut CA, Dandolu V, Gaughan JP. Is prior uterine surgery a risk factor for adenomyosis? *Obstet Gynecol* 2004;104:1034-8.
21. Takahashi K, Nagata H, Kitao M. Clinical usefulness of determination of estradiol level in the menstrual blood for patients with endometriosis. *Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1989;41(11):1849-50.