

Kliniğimizde Yapılan Total Abdominal Histerektomi Endikasyonları ve Operasyon Materyallerinin Histopatolojik Değerlendirilmesi

The Comparison of Histopathologic Diagnosis and Pre-Operative Indications of Total Abdominal Hysterectomies Performed at Our Clinic

Zehra Nihal DOLGUN ¹, Cihan İNAN ¹

1. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D., Edirne

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada kliniğimizde benign hastalıklar nedeniyle total abdominal histerektomi olmuş hastaların operasyon endikasyonları ve operasyon materyallerinin histopatolojik inceleme sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metod: 2010-2015 yılları arasında benign endikasyonlarla yapılmış toplam 184 total abdominal histerektomi vakası operasyon endikasyonları ve ameliyat sonrası piyeslerin histopatolojik sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir inceleme.

Bulgular: En sık histerektomi endikasyonu myoma uteri idi (n=120, %65,21). Sonra sırasıyla endometrial hiperplazi (n=19, %10,32), servikal intraepitelyal neoplazi (n=15, %8,15) ve ovarian kistik kitleler (n=9, %4,89) izlenmekteydi. Histopatolojik inceleme sonunda, endikasyonlarla uyumlu olarak en sık tanı myoma uteri (n=68, %35,95) ve diğer tanılar da sırasıyla myoma uteri ve adenomyozis birlikteliği (n=19, %10,32), myoma uteri ve endometrial patolojiler (n=19, %10,32), servikal intraepitelyal neoplazi (n=15,%8,15) ve adenomyozis (n=11, n=5,97) olarak bulundu.

Sonuç: Kliniğimizde yapılan histerektomiler arasında en sık endikasyon tek başına myoma uteri iken, histopatolojik inceleme sonuçları değerlendirildiğinde myoma uteri tek başına ve diğer benign jinekolojik hastalık tanılarıyla birlikteliği en sık olan tanıdır.

Anahtar Kelimeler: histerektomi; myoma uteri; endometrial hiperplazi

ABSTRACT

Objective: To evaluate the indications and final pathologic diagnosis of benign abdominal hysterectomies performed at our clinic.

Material and Methods: Data were collected from 184 patient charts who had hysterectomy between 2010 and 2015 at XXXX Medicine Faculty, Department of Gynecology for benign indications.

Results: The most common preoperative indication for hysterectomy was myoma uteri (n=120, %65,21). Endometrial hyperplasia (n=19, %10,32), cervical intraepithelial neoplasia (n=15, %8,15) and ovarian cystic masses (n=9, %4,89) were the following most common indications. The histopathologic diagnosis revealed a similar most common indication by myoma uteri (n=68, %35,95) followed by the combinations of myoma uteri and adenomyosis (n=19, %10,32), myoma uteri and endometrial pathologies (n=19, %10,32), cervical intraepithelial neoplasia (n=15,%8,15) and adenomyosis (n=11, n=5,97).

Conclusion: Myoma uteri has the highest indication in both preoperative and postoperative diagnosis solely or as a combination indication.

Keywords: hysterectomy; myoma uteri; endometrial hyperplasia

İletişim Bilgileri

Sorumlu Yazar: Zehra Nihal DOLGUN

Yazışma Adresi: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Edirne

E-posta: dr_nihaldolgun@hotmail.com

Tel: +90 (505) 450 25 05

Makale Geliş Tarihi:

Makale Kabul Tarihi: ???

DOI: http://dx.doi.org/10.16948/???????

GİRİŞ

Histerektomi, en sık yapılan jinekolojik operasyonlar arasında sezeryandan sonra ikinci sırada yer almaktadır [1]. Endikasyonları arasında leiomyoma, anormal uterin kanama, endometriozis, kronik pelvik ağrı, uterin prolapsus, serviksın invaziv ve preinvaziv hastalıkları, gestasyonel trofoblastik hastalıklar, endometrial veya adneksiyal maligniteler, atipik endometrial hiperplaziler ve obstetrik kanamalar yer alır. Bu endikasyonlar arasında leiomyoma en sık operasyon nedenidir [2]. Tüm yaş gruplarında 1000 kadın için histerektomi prevalansı 6,1 ile 8,6 arasındadır. Yüksek gelire sahip ülkelerin bir bölümünde tüm kadınların yaşamları boyunca histerektomi geçirme olasılığı %20 civarındadır [3]. Kullanılan tekniğe göre histerektomi operasyonu abdominal, vaginal veya laparoskopik yapılabilir. Seçilecek teknik, endikasyon, cerrahın deneyimi, uterus boyutu, hastanın genel durumu ve isteğine bağlı olarak değişebilir [4, 5].

Yaptığımız bu çalışmada benign hastalıklar nedeniyle abdominal histerektomi olan hastaların operasyon öncesi tanıları ile bu materyallerin histopatolojik sonuçlarının uygunluğunu retrospektif incelemeyi amaçladık.

MATERYAL ve METOD

2010-2015 tarihleri arasında kliniğimizde benign endikasyonlarla total abdominal histerektomi (TAH) operasyonu yapılmış toplam 184 hasta çalışmamıza dahil edilmiştir. Çalışma öncesi XXXX Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır. Hastaların yaş dağılımları, operasyon endikasyonları, ek olarak salpingooferektomi uygulanıp uygulanmadığı, operasyon sonrası elde edilen materyalin histopatolojik tanıları dosya taraması ile elde edildikten sonra istatistiksel çalışma SPSS 20 programı kullanılarak yapıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil olan hastaların yaş ortalamaları 43,8±20 (29-77) idi. Yapılan operasyonların 63 tanesi sadece total abdominal histerektomi (TAH) iken, 67 tanesinde TAH'a ek olarak unilateral salpenjektomi ve/veya ooferektomi, 54 tanesinde ise bilateral salpingooferektomi uygulanmıştı. En sık histerektomi endikasyonu 120 hasta (%65,21) ile myoma uteri idi. Sırasıyla endometrial hiperplazi/polip 19 hastada (%10,32), servikal intraepitelyal neoplazi 15 hastada (%8,15), overin kistik benign lezyonları 9 hastada (%4,89) ve plasenta acreata 9 hastada (%4,89) operasyon endikasyonu idi (Tablo 1).

Tablo 1: Ameliyat endikasyon oranları.

Operasyon Endikasyonları	Sayı (n)	%
Myoma uteri	120	65,21
Endometrial hiperplazi	19	10,32
Servikal intraepitelyal neoplazi	15	8,15
Overin kistik kitleleri	9	4,89
Plasenta acreata	9	4,89
Anormal uterin kanama	3	1,63
Adenomyozis	2	1,08
Tubeoovaryan abse	2	1,08
Mol hidatiform	2	1,08
Myoma uteri + Endometrial hiperplazi	2	1,08
Endometriozis	1	0,54

Histerektomi materyallerin histopatolojik inceleme sonuçları değerlendirildiğinde 68 vaka (%36,95) sadece myoma uteri, 19 vaka (%10,32) myoma uteri ve adenomyozis birlikteliği, 19 vaka (%10,32) myoma uteri ve endometrial hiperplazi/polip birlikteliği, 15 vaka (%8,15) servikal intraepitelyal hiperplazi, 11 vaka (%5,97) adenomyozis, 10 vaka (%5,43) endometrial hiperplazi, 9 vaka (%4,89) ise plasenta acreata saptandı. Benign endikasyonlar nedeniyle yapılan histerektomi materyallerinde 4 vaka leiomyosarkom, 1 hastada serviks karsinomu, 1 hastada da endometrium adenokarsinomu saptandı (Tablo 2).

Tablo 2: Operasyon sonrası histopatolojik tanı oranları.

Histopatolojik Tanı	Sayı (n)	%
Myoma uteri	68	36,95
Myoma uteri + Adenomyozis	19	10,32
Myoma uteri + Endometrial patolojileri	19	10,32
Servikal intraepitelyal neoplazi	15	8,15
Adenomyozis	11	5,97
Endometrial patolojileri	10	5,43
Plasenta acreata	9	4,89
Basit over kisti, dermoid kist, seröz-müsinöz kistadenom	8	4,34
Myoma uterus + Endometriozis	6	3,26
Adenomyozis + Endometrial patolojileri	6	3,26
Adenomyozis + Endometriozis	3	1,63
Mol hidatiform	2	1,08
Tubeoovaryan abse	2	1,08
Leiomyosarkom	4	2,17
Serviks karsinomu	1	0,54
Endometrium adenokarsinomu	1	0,54

TARTIŞMA

Jinekolojik operasyonlar arasında histerektomi oldukça sık yapılan bir ameliyattır. Çeşitli endikasyonlarla yapılan histerektomi operasyonunun Almanya'da yaklaşık %60'ı myoma uteri nedeniyle yapılır [6]. Özellikle fertilité beklentisi olmayan ve konservatif tedaviye yanıt vermeyen hastalarda uygulanabilir bir cerrahi yöntemdir [7]. Myomların yerleşimi veya büyüklüğüne bağlı olarak myomektomi operasyonu da uygulanabilir bir cerrahi prosedürdür. Laparotomi ile yapılabileceği gibi laparoskopik, histeroskopik yöntemler de kullanılabilir. Bizim çalışmamızda da histerektomi yapılan hastaların yaklaşık %66'sı primer olarak myoma uteri nedeniyle yapılmıştır. Bu hastaların bir kısmının fertilité beklentisi yoktu ve bir kısmının da hastalığa bağlı vaginal kanama, pelvik ağrı gibi şikayetleri yapılan konservatif tedavilere cevap vermemiştir. Uterusta saptadığımız bu kitlelerin yerleşim yeri veya büyüklüğü laparoskopik veya histeroskopik yöntemler için uygun değildi.

Sajjad ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada menometroraji şikayeti nedeniyle yapılmış histerektomi materyalleri histopatolojik olarak incelenmiş, bu materyallerin %39'unda leiomyoma, %22'nde adenomyozis saptanmıştır [8]. Bizim çalışmamızda da histopatolojik tanıların hepsi değerlendirildiğinde en yüksek oran %60 ile myoma uteriye aitti. Çalışmamızda leiomyoma oranı diğer çalışmadan daha yüksek bulunmuştur çünkü Sijjad ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sadece menometroraji şikayeti nedeniyle histerektomi yapılan hastalar dahil edilmişken bizim çalışmamızda ise primer myoma uteri endikasyonu ile opere edilen hastalar da mevcuttur. Dinçgez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada histerektomi nedenleri arasında myoma uteri %32,77 ile ilk sırada yer alırken, ikinci sırada adneksiyal kitleler, üçüncü sırada ise pelvik organ prolapsusu yer almıştır [9]. Bu çalışmada vaginal histerektomiler de dahil edilmiştir. Halbuki bizim çalışmamızda sadece abdominal histerektomi uygulanan vakalar dahil edilmiştir. Kliniğimizde genellikle pelvik organ prolapsusu için vaginal prosedürler veya histerektomi dışındaki abdominal asma operasyonları uygulandığı için çalışmamızda histerektomi endikasyonları arasında yer almamıştır. Dinçgez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada tuboovaryan abse, non jinekolojik malignite, adenomyozis, hematometra, kronik pelvik ağrı ve obstetrik nedenlerle yapılan histerektomilerin toplama oranı ise %3,48 idi. Ayrıca aynı çalışmada histerektomilerin %5,06 nedeni servikal patolojiler, %4,42 nedeni endometrial hiperplazi, %10,43 nedeni ise endometrial poliplerdi. Çalışmamızda ise tuboovaryan abse, plasenta akreata, adenomyozis nedeniyle yapılan histerektomi oranı %0,07 idi.

Bizim çalışmamızda endometrial hiperplazi oranı daha yüksek bulunmuş iken, Dinçgez ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada anormal uterin kanama endikasyonu oranı daha yüksekti. Bu farkın sebebi çalışmada tedaviye dirençli uterin kanama endikasyonları arasında, preop tanısı konulmamış endometrial hiperplazili hastaların da varolması olabilir. Bizim çalışmamızda ise tedaviye dirençli uterin kanamalarda, medikal tedaviye yanıt izlenmemişse, endometrial örnekleme sonucunda tanısı konulanlar endometrial hiperplazi grubuna dahil edilmiştir. Ayrıca bu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak non jinekolojik ve jinekolojik maligniteler de yer almıştır. Bizim çalışmamızda maligniteler çalışmaya dahil edilmemiştir. Sadece 4 myoma uteri nedeni ile opere olan hastamızda 4 leiomyosarkom, 1 servikal intraepitelyal neoplazi nedeniyle opere edilen hastamızda serviks karsinomu, 1 tane de endometrial hiperplazi nedenli opere olan hastamızda endometrium adenokarsinom tanısı histopatolojik değerlendirme ile konulmuş, bu hastalara ek cerrahi ve medikal tedaviler uygulanmıştır.

Tazegül ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada en sık histerektomi nedeni %41,9 ile myoma uteri iken ovarian kistler operasyon endikasyonlarının %13'ünü, disfonksiyonel uterin kanamaların %10'unu, servikal displaziler ise %3,16'sını oluşturmaktadır [10]. Bizim çalışmamızda servikal intraepitelyal neoplazi endikasyonu oranı %8,15 ile yapılmış bu çalışmadan daha yüksektir. Bu çalışmada da bizim çalışmamızla paralel olarak en yüksek operasyon endikasyonu myoma uteri olarak bulunmuştur. Ancak diğer endikasyon oranlarıyla ilgili bazı farklılıklar mevcuttu. İlk olarak Tazegül ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada hastaların %18,8'i jinekolojik maligniteler nedeniyle opere edilmiştir. Diğer bir farklılık aynı çalışmada total abdominal histerektominin yanı sıra subtotal abdominal histerektomiler, vaginal ve laparoskopik asiste vaginal histerektomiler de yer almıştır. Bizim çalışmamızda ise sadece total abdominal histerektomi uygulanan hastalar dahil edilmiştir. Overdeki kistik kitleler histerektomi endikasyonlarının %13'ünü oluştururken bu oran bizim çalışmamızda %4,89 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 50 iken bizim çalışmamızda 43,87 idi. Primer olarak ovarian kistik kitleler için Tazegül ve arkadaşlarının çalışmasındaki hastalara göre daha genç olan hastalarımız için histerektomi gerekliliği daha az bulunmuş olabilir. Anormal uterin kanamalarda histerektomi, tedavi seçeneklerinden birisidir. Özellikle tedaviye cevap vermeyen kanamalar dikkate alındığında Almanya'da bir yıl içinde yapılan histerektomilerin %25'ini anormal uterin kanamalar oluşturmaktadır [6]. Yedi randomize kontrollü çalışmayı içeren bir sistemik derlemede anormal uterin kanamalarda endometrial ablas-

yon ile histerektomi tedavi seçenekleri karşılaştırılmış histerektominin başarısının daha fazla olduğu saptanmıştır (11). Bizim çalışmamızda tüm histerektomiler arasında anormal vaginal kanama nedeniyle yapılan cerrahi girişimin oranının sadece %1,63 olarak bulunmuştur. Anormal uterin kanamalarda hastalarımızın hepsine endometrial örnekleme yapılmış, ön planda medikal tedavi uygulanmaktadır. Özellikle Levonogestrel rahim içi araçları (LNG-RIA) da uygulanan tedavi yöntemleri arasında aktif olarak kullanılmaktadır. Endometrial örnekleme sonucunda cerrahi girişim endikasyonu konulan hastalar bir kenara konulduğunda anormal uterin kanama ile başvuran hastalara kliniğimizde cerrahi tedavi yöntemleri en son uygulanmaktadır. Cerrahi öncesinde uygulanan tedavilerinin başarı oranı yüksek olduğu için, anormal uterin kanamalarda histerektomi oranı oldukça düşük düzeydedir. Adenomyozis, tanısı histopatolojik inceleme ile konulabilen; semptomları, gebelik hikayeleri ve ultrasonografik görüntüleme sadece şüphelenilebilecek bir hastalıktır. Cerrahi tedavi öncesinde gestagenler, oral kontraseptifler, LNG-RIA'lar kullanılmaktadır [12]. Bizim çalışmamızdaki hastaların sadece 1,08'ine adenomyozis endikasyonu nedeniyle histerektomi yapılmışken, histopatolojik incelemelerin %21,1'inde adenomyozis saptanmıştır. Bunun nedeni adenomyozisin asıl tanısının patolojik inceleme ile konulabilmesi, spesifik bir USG görüntüsünün olmaması ve diğer nedenlerden dolayı histerektomi olan hastalarda tesadüfen saptanmış olması düşünülmektedir. Ayrıca sadece myoma uteri nedeniyle histerektomi yapılan hastaların cerrahi spesmenlerinin histopatolojik incelemelerinde myoma ek olarak bir kısmında adenomyozis, endometrial hiperplazi, endometriozis de saptanmıştır. Çünkü ek patoloji saptanmış hastaların bir kısmında myomların büyük boyutta olması, myoma bağlı şikayetlerin diğer hastalık şikayetleriyle benzer olması ek patolojilerin ön tanısını güçleştirmiştir. Endometriozis, endometrial dokunun uterus dışında aberan lokalizasyonlarda bulunmasıyla karakterize bir hastalıktır. Kronik pelvik ağrı, dismenore, subfertilite şikayetlerine yol açarak kadınların yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Endometriozis, östrojen bağımlı bir hastalık olduğu için medikal tedaviler, östrojen inhibisyonunu sağlamaya yöneliktir. Bu tedavi ile ağrı şikayeti kontrol altına alınabilmektedir [13]. Bizim çalışmamızda histerektomi vakalarımızın hiçbirinde endometrioma izlenmemektedir. Bu hastaların primer cerrahi yönetimi endometrioma ekstirpasyonu ile yapıldığı için ek olarak histerektomi ihtiyacı genellikle oluşmaz. Klinik bulgularla endometriozis ön tanısı nedeniyle sadece 1 hastaya histerektomi uygulanmıştır. Çünkü endometriozis ön tanısı olan hastalarımıza ilk planda medikal tedavi kullanılmakta cerrahi tedavi son aşamada düşünülmektedir.

Endometrioziste tanı cerrahi ile birlikte patolojik inceleme ile konulmaktadır. Diğer nedenlerle histerektomi olmuş hastalarımız incelendiğinde 9 hastada ek olarak endometriozis tanısı konulmuştur. Bu durum endometriozisin diğer benign jinekolojik hastalıklarla benzer semptomlara da sahip olması nedeni olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak yapılan histerektomiler arasında en sık neden myoma uteri idi. Histopatolojik incelemede myoma uteri ve diğer benign jinekolojik hastalık birlikteliği de oldukça sık izlenildi. Adenomyozis tanısı histerektomi piyeslerinin histopatolojik incelemesiyle konulabilmekte olup, operasyon öncesi tanısının oldukça zor olduğu tespit edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Rock JA, Jones HW III, Histerektomi, In: Te Linde's Operatif Jinekoloji 9. Basım, Çeviri Editörü: Erol Tavmergen, İzmir Güven Kitabevi 2005: Bölüm 31, Sayfa 731-755.
2. Davies A, Magos A. Indications and alternatives to hysterectomy. *Baillière's Clin Obstet and Gynaecol* 1997;11(1):64-7.
3. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, McPherson K, Coulter A, Yeats D. The epidemiology of hysterectomy: findings in a large cohort study. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 402-7.
4. Ferrari MM, Berlanda N, Mezzopane R, Ragusa G, Cavollo M, Pardi G. Identifying the indications for laparoscopically assisted vaginal hysterectomy: a prospective, randomised comparison with abdominal hysterectomy in patients with symptomatic uterine fibroids. *British J Obstet Gynaecol* 2000;107(5):620-5.
5. Kovac SR, Barhan S, Lister M, Tucker L, Bishop M, Das A. Guidelines for the selection route of hysterectomy: Application in a resident clinic population. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(6):1521-7.
6. AQUA: Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Bundesauswertung zum Verfahrensjahr 2012 15/1, Gynäkologische Operationen, 2013. www.sgg.de/downloads/Bundesauswertungen/2012/bu_Gesamt_15N1-GYNOP_2012.pdf. Accessed 2016 February 11.
7. Yoo EH, Lee PI, Huh CY, Kim DH, Lee BS, Lee JK, Kim D. Predictors of leiomyoma recurrence after laparoscopic myomectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; 14: 690-7.
8. Sajjad M, Iltaf S, Qayyum S. Pathological Findings in Hysterectomy Specimens of Patients Presenting With Menorrhagia in Different Age Groups. *Ann. Pak. Inst. Med. Sci.* 2011;7(3):160-162.
9. Dinçgez B, Coşkun Eİ, Ayanoğlu YT. Kliniğimizde gerçekleştirilen histerektomi olgularının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni* 2011;45: 35-8.
10. Tazegül A, Acar A. Kliniğimizde Gerçekleştirilen Histerektomi Olgularının Klinik ve Demografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. *Selçuk Tıp Derg* 2010;26(1):19-22.
11. Fergusson RJ, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C: Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;11: CD000329.
12. Ozdegirmenci O, Kayıkcıoğlu F, Akgül MA, Kaplan M, Karcaaltıncaba M, Haberal A, Akyol M. Comparison of levonorgestrel intrauterine system versus hysterectomy on efficacy and quality of life in patients with adenomyosis. *Fertil Steril* 2011; 95: 497-502.
13. Ahn SH, Monsanto SP, Miller C, Singh SS, Thomas R, Tayade C. Pathophysiology and Immune Dysfunction in Endometriosis. *Biomed Res Int.* 2015;2015:795976.