

Adenomyosis'in Klinik Önemi

CLINICAL IMPORTANCE OF
ADENOMYOSIS

Ali GÜRGÜÇ
Serdar ERÇAKMAK
Esat ORHON

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

Geliş Tarihi: 25 Temmuz 1984

ÖZET

Ankara üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde son 2 yıl içinde histerektomi uygulanan 394 olgudan % 14'ünde uterusun histopatolojik tetkiki ile adenomyozis saptanmıştır. Bu olgulardan % 2,2'sinde ön tanı adenomyosis idi. ön tanı adenomyosis olan olguların sadece yarısında postoperatif araştırma ile teşhis kanıtlanmıştır. Böylece adenomyosis ön tanısının sadece % 1 oranında doğru olduğu anlaşılmaktadır. % 13 olguda ise hatalı negatif tanı söz konusudur.

Sadece klinik özellikleri daha dikkatli bir şekilde değerlendirilmiş olsa, 40-50 yaş grubundaki kadınlarda hatalı negatif tam oranının en alt düzeye indirilebileceği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Adenomyozis, miyometrial hipertrofi, stromatozis, pseudogestasyon

T Kİ Tıp 811 Araştırma C.3, S.1. 1985, 21-24

İlk olarak 1860 yılında Rokitansky tarafından "eytosareoma adenoides uterinum" olarak tanımlanan ve günümüzde "adenomyoma", "endometriozis interna" veya "adenomyozis" olarak bilinen hastalık, semptom, tanı ve tedavi açısından klinik jinekolojide yeterince değerlendirilememektedir. Bu tutumun temel nedeni histopatolojik olarak "adenomyozis" tanısı konulan vak'aların hemen yarısının asemptomatik olmaları veya asemptomatik olduklarının sanılmasıdır (10).

Aslında, 40 yaştan sonra yapılan histerektomilerde uterusu % 30-60 oranında adenomyozis'e rastlandığı ve retrograd incelemelerde bu olguların yarısının histerektomiyi gerektiren nedenin adenomyozis'e bağlı olabileceği bildirilmiştir (1).

Burada, ülkemizdeki hekimlerin, hattâ kadın has-

SUMMARY

A review of the literature reveal that a very low percentage of instances of adenomyosis are correctly diagnosed preoperative. This may seem natural since many patients are totally asymptomatic and in some cases adenomyosis is overshadowed by uterine myomas.

Obstetrics and Gynecology Department of Ankara University Faculty of Medicine, in 14 per cent of 394 hysterectomies histopathological examination revealed adenomyosis. Only 1 per cent of these cases were correctly diagnosed before operation while 13 per cent were misdiagnosed.

We believe that, if the gynecologist, primarily thinks of adenomyosis and makes a careful clinical evaluation of women in the 5th decade, the false negative diagnosis of adenomyosis can be reduced to a minimum.

Dilatation and curettage or synthetic progestones have no place in the treatment of adenomyosis. Proper therapy is vaginal or abdominal hysterectomy

Key Words: Adenomyosis, myometrial hypertrophy, stromatosis, pseudogestation

T J Res Mod Sel V.3, N.1, 1985, 21-24

tahklan ve doğum uzmanlarının tanı ve tedavisi konusunda zorluk çektikleri adenomyozis ile ilgili son 2 yıllık klinik deneyimimizi yansıtmak istiyoruz.

MATERYELVE BULGULAR

1982-1983 yıllarında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde çeşitli nedenlerle histerektomi yapılmış 394 olguya ait ameliyat materyeli adenomyozis açısından değerlendirildi.

Bulgularımızı şöylece özetleyebiliriz:

1. 394 olgudan sadece 9'unda preoperatif tanı adenomyozis idi (% 2.2). Bu 9 olguda uterus postoperatif incelendiğinde sadece 4'ünde adenomyozis histopatolojik olarak kanıtlandı. Olgu adedi düşük olmakla birlikte, hatalı pozitif tanı oranı

% 55 olarak belirlenmiştir.

2. 394 olgunun uterusun histopatolojik olarak incelendiğinde 55 tanesinde adenomyozis tanısı konulmuştur. Böylece tüm histerektomilerde bu hastalığa rastlama oranı % 14 olarak gerçekleşmiştir.

3. Olgulardan sadece 4 tanesinde ön tanı adenomyozis olduğuna göre % 13 oranında hatalı negatif tanı söz konusudur.

4. Postoperatif kesin tanısı adenomyozis olan 55 olgudan 41'inde ön tanı myoma uteri, 7'sinde disfonksiyonel kanama, 1'inde myometrial hipertrofi, 2'sinde desensus-prolapsus uteri, 4'ünde ise adenomyozis idi (Tablo-I)

Tablo - I

Histopatolojik inceleme ile Adenomyozis tespit edilmiş olguların dökümü

Preop. tanı	n(%)	Adenomyozis olgusu
1. Myoma uteri	222 (56.3)	41 (% 18.5)
2. Disfonksiyonel kanama	29 (7.3)	7 (% 27.4)
3. Adenomyozis	9 (2.2)	4 (% 44.5)
4. Myometrial hipertrofi	2(0.5)	1 (% 50)
5. Desensus ve prolapsus	53 (13.5)	2 (% 4)
6. Diğer patolojiler	79	—
Toplam	394	55 (% 14)

5. Adenomyozis tanısı konulan 55 olgudan myometrial hipertrofi (1 olgu), adenomyozis (4 olgu), disfonksiyonel kanama (7 olgu) ve myoma uteri (15 olgu) ön tanısı ile ameliyata alınan 27 olguda ortak şikâyet olan uterin kanamanın adenomyozisten kaynaklandığı anlaşılmaktadır. 14 olguda ise aynı zamanda submüköz myom mevcut olduğundan bunlarda kanama nedeni adenomyozis olarak değerlendirilmemiştir.

6. 55 olguda yaş dağılımı, büyük çoğunluğun 40-50 yaşlar arasında olduğunu göstermektedir (Tablo-II). 51 olgu doğum yapmıştı. 9 olgu postmenopozal kanama şikâyeti ile gelmişti.

Tablo - II

Adenomyozis tespit edilen olgularda yaş dağılımı

< 35	36-40	41-45	46-50	51-55	56 <
2	7	15	21	7	3
%3.6	% 12.7	%27.2	% 38.2	% 12.7	% 5.4

7. Adenomyozis olgularının retrograt incelenmesinde 46 tanesinde, ameliyat öncesi ortak jinekolo-

jik muayene bulgusu uterusun normalden daha büyük olarak bulunması idi.

8. 25 olguda adenomyozis myoma uteri ile birlikte bulunmakta idi.

9. Olgularda anormal uterin kanama hemen hemen ortak şikâyet iken, 14 olguda edinsel dismenore, 7 olguda intrapelvik ve sakral bölgelerde ağrı mevcuttu. Ayrıca 3 olgu dysparunia şikâyeti ile gelmişti (Tablo-III).

Tablo - III

Adenomyozis tespit edilen olgularda semptomatoloji

Mevcut semptom	n(%)
1. Anormal uterin kanama	41 (74.50)
2. Edinsel dismenore	14 (25.44)
3. İntrapelvik ve sakral ağrı	7 (12.70)
4. Dyspareunia	3 (5.40)

10. 55 adenomyozis olgusundan 27'sinde preoperatif endometrial kürtaj materyelinin incelenmesinde kistik glandüler hiperplazi dışında adenomyozis telkin edebilecek herhangi bir bulgu tespit edilememiştir.

11. 55 adenomyozis olgusundan 37'sinde ameliyat öncesinde ve muhtelif dönemlerde kanama şikâyetini kontrol altına alabilmek için östrojen, progesteron ve testosteron gibi hormonlar muhtelif yöntemlerle uygulanmış, fakat olumlu sonuç alınamamıştır.

TARTIŞMA

Günümüzde "adenomyozis" terimi, "endometriozis interna" deyimine oranla daha yaygın kullanılmaktadır. Çünkü, adenomyozis normal endometriyumun myometrium içerisine doğrudan uzantısı olup, endometrioziste ön görülen "implantasyon" veya "metaplazi" sonucu oluşması söz konusu değildir.

Adenomyozisin görülüş sıklığına ilişkin kesin rakamlar bilinmemektedir. Literatürde % 8-40 oranlarına rastlanılmaktadır. Bizim çalışmamızda % 14 olmasına karşın, rutin patolojik incelemelerde % 31 (2), nekropsi çalışmalarında % 53.5 (7) oranında görüldüğü bildirilmiştir. Histerektomi materyellerinin özellikle adenomyozis açısından değerlendirilmesi halinde % 61.5 oranında rastlama olasılığı vardır.

Olgularımızda, adenomyozise 35 yaşdan önce ve 55 yaştan sonra rastlandığı belirlenmiştir. Bird, 26-77 yaşlar arasında adenomyozis olgularına rastlamıştır. Hastalık en sık 40-50 yaş grubunda görülmektedir. Olgularımızın % 16'sının postmenopozik olmaları literatürde bildirilen orana (% 18) uymaktadır.

55 olgumuzdan 51 tanesi, evvelce doğum yapmışlardı. Bu bulgu endometriozis ile adenomyozis

arasındaki önemli farklardan birini yansıtmaktadır.

Literatürde, preoperatif adenomyozis tanı olasılığı % 15 olarak bildirilmektedir. Bizim 394 olgumuzdan 9 tanesinde adenomyozis düşünülmüş, sadece 4 tanesinde tanı kanıtlanmıştır. Bu, doğru ön tanı oranımızın % 1 civarında olduğunu göstermektedir. Emge, adenomyozise preoperatif olarak % 66.5 oranında tanı koyduğunu, birlikte çalıştığı meslektaşları için, bu oranın % 12.5 olduğunu bildirmiştir. Bilgi noksanı olan hekimlerin, bu eksiklerini gidermeleri halinde doğru tam olasılığının artması tabiidir. Bunun için en kolay yol, 40-50 yaş grubunda olup ta disfonksiyonel kanama, dismenore, disparuni şikâyeti ile gelen kadınların incelenmesinde öncelikle adenomyozisin üzerinde durulmasıdır.

Ayırıcı tanıda adenomyozis ile karışabilecek başlıca hastalıklar myoma uteri, uterus hipertrofisi, stromatozis, uterus kanseri ve sarkomudur. Nitekim olgularımızın büyük çoğunluğunun myom, disfonksiyonel kanama veya uterus hipertrofisi ön tanısı ile ameliyata alındıkları görülmektedir. Probe küretaj ve histerografi sonuçlarına rağmen, ön tanıdaki yanlış payının büyüklüğü, sadece yorum hatası olarak değerlendirilebilir.

Bird, % 80 olguda uterusun büyük olduğunu, Molitor ise böyle bir değişikliğin zorunlu olmadığını bildirmiştir. Olgularımızın % 84'ünde uterus büyük bulunmuştur. Bird ve Mc Elin % 21 olguda uterusun 80 gr, % 21'inde 81-150 gr, % 31'inde 151-200 gr ve % 6'smda 200 gr'dan büyük bulduklarını bildirmişlerdir.

Adenomyozis ile birlikte myoma uteri bulunması olasılığı % 33.1 olarak saptanmıştır. Bizim olgularımızda bu özellik % 45'dir. Fakat, bu rakamların gerçeği yansıtmadığı kanaatindeyiz.

Adenomyozis olgularının % 23 kadarının asemptomatik olduğu bildirilmiştir. En sık rastladığımız semptom, anormal kanama olup, % 85 olgumuzda menoraji veya metroraji şikâyeti mevcuttu. Menoraji, metrorajiye oranla 5 misli daha fazla görülmüştür. 2 olguda postmenopozal kanama söz konusu idi. Adenomyozisde intermenstrüel kanama da olabilmektedir. Kanama şikâyeti uterustaki vaskülarizasyondaki artış ile izah edilmiştir. Menorajiden söz

edenlerde, şikâyetin zamanla artışı bir özellik olarak dikkati çekmektedir. Kanamaların hormon tedavisi veya probe küretaj ile kontrol altına alınamaları patognomonik kabul edilebilecek bir bulgudur. Adenomyozisin myometriuma penetrasyon derecesi ile kanama miktarı arasında bir ilişki kurulamamıştır.

Sıklık açısından ikinci sırayı alan şikâyet dismenoredir. % 25 oranda rastlandığı bildirilen bu şikâyet edinseldir, intramural basıncın artmasından kaynaklanmaktadır. 40 yaş üzerinde olup, yıllardan beri âdetlerini ağrısız gören bir kadında dismenorenin ortaya çıkması, patognomonik bir belirti olarak kabul edilebilir. Hastayı cinsel temastan vazgeçmeye itecek şekilde dysparunia oluşabileceği bildirilmiştir (5).

Adenomyozisin probe küretaj ile tanımla olasılığı yoksa da, endometrial hiperplazi ve anovulatuvar siklus ile birlikte bulunma eğilimi fazladır (4).

Adenomyozis östrojen, progesteron ve testesteron türevleri ile tedaviye cevap vermemektedir (3). Kistner, pseudogestation tedavisi uygulananlarda semptomların daha da şiddetlendiğini bildirmiştir. Diğer taraftan, menopozla birlikte spontan iyileşmesi veya gerilemesi zorunlu değildir. Menopozu geciktirmesi yanında, menopoz sonrasında kanama ve ağrı nedeni olması söz konusudur.

Adenomyoziste kesin tedavi histerektomidir. Histerektomi sonrası, prognoz iyi olarak belirlenmiştir (6).

Klinik açıdan iyi değerlendirilmesi halinde, adenomyozis tanısının kolaylaşacağı anlaşılmaktadır. 40-50 yaş grubunda olup uterusu 2-3 misli büyümüş, menoraji-metroraji, gittikçe artan dismenore ve dyspareunia şikâyeti olan kadınlarda öncelikle akla gelmelidir. Menoraji ve metrorajinin hormonal tedaviye cevap vermeyişi önemli bulgudur. Histerografide önemli değişiklik olmayışına karşın, endometriumun histolojik incelenmesinde kistik hiperplazi ve anovulatuvar siklus saptanması olasılığı fazladır.

Bir başka tanıyla histerektomi yapılanlarda, adenomyozis saptanması, önemsiz bir yanlış olarak kabul edilebilir. Buna karşın tanı ve tedavisinde gecikildiği için kaderi ile baş başa kalan kadınların kaybını küçümsemek anlamsızdır.

KAYNAKLAR

Bird CC, McElin TW, Menalo-Estrella P: The elusive adenomyosis of the uterus, Am J Obst Gyn, 112:583, 1972.

Bird CC, Mc Elin TW: Adenomyosis and other benign diffuse enlargements of the uterus: Sciara Gyn Obs, Vol 1, 37 : 1, Harper-Row Pub, San Fransisco.

1. Obituary: J A : Proceedings Obs Gyn, p. 66, Editors: Chalmers, Merger, Candiani, Carlo-Erba Foundation, Milam, 1969.

4. lunge LA: The elusive adenomyosis of the uterus. Am J Obs Gyn, 83 : 1541, 1962.

5. Kistner RW: The uterine corpus, Gyn Year Book, Chicago, 1964.
6. Kistner RW: Endometriosis and adenomyosis. Davis Gyn Obs, Vol: 2, Chapter : 43, Harper-Row, Hagestown, 1968..
7. Mathur BBL, Shall BS, Bhend WM: Adenomyosis uteri, Am J Obs Gyn, 84 : 1820, 1962.
8. Mc Efin TW, Bird CC: Adenomyosis of the uterus, Wynn Obs Gyn Annual Appleton, New York, 1974.
9. Molitor JJ: Adenomyosis: A chnical and pathologic appraisal, Am J Obs Gyn, 110 : 275, 1971.
10. Novak ER, Jones GS, Jones HW: Textbook of Gynecology, 17 : 375, Williams-Wilkins, Baltimore, 1976.