

Myoma Uterili Olgularda Histerektomi Öncesi D&C ve Histerektomi Sonrası Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırması

Comparing Prehysterectomy D&C and Posthysterectomy Pathology Results in Women with Myoma Uteri

Şebnem İNAL, Banu ÇAYLARBAŞI, Berna HALİLOĞLU, Figen KIR ŞAHİN, Özay ORAL

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları Bölümü, Üsküdar/İstanbul

ÖZET: *Amaç:* Myoma uteri nedeniyle histerektomi planlanan olgularda yapılan prehisterektomi küretajın değerinin belirlenmesi.

Gereç ve Yöntem: Çalışmada retrospektif olarak Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Servisinde myoma uteri nedeniyle histerektomi yapılan 140 olgunun prehisterektomi küretaj ve postoperatif histerektomi materyallerinin patoloji sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Prehisterektomi küretaj sonuçları benign saptanan 94 olgudan 1 (%1.06) tanesinde histerektomi sonrası hiperplazi bulundu. Prehisterektomi küretajda hiperplazi bulunan 10 olgudan 1 (%10) tanesinde histerektomi sonrası iyi diferansiye endometriyal adenokarsinoma saptanırken, 7 tanesinde (%70) benign bulgular saptandı. Prehisterektomi küretajda myoma uteri ve endometriyal hiperplazi birlikteliği %7.1 (10/140) iken, histerektomi materyalinde myoma uteri ve endometriyal karsinoma birlikteliği %0.7 (1/140) idi. Ayrıca myoma uteri ön tanısı almış olan 140 olgunun 10 tanesinde (%7.1) postoperatif olarak adenomyozis bulundu.

Sonuç: Myoma uteri nedeniyle histerektomi planlanan hastalarda prehisterektomi küretajın rutin olarak yapılmasının tartışılır olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca klinik olarak adenomyozisin de myoma uteri ile karışabileceği hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Histerektomi, D&C, adenomyozis

ABSTRACT: *Objective:* To study the value of prehysterectomy curettage in women referred on the suggestion of uterine fibroids.

Materials and Method: 140 cases who had been performed hysterectomy for fibroids in Zeynep Kamil Women and Children Hospital Gynecology Clinic were assessed retrospectively. Results of prehysterectomy D&C and hysterectomy specimens had been obtained from their medical records were analysed.

Results: In 1 of 94 (1.06%) benign prehysterectomy curettage results had been found hyperplasia in postoperative specimens. In 1 of 10 (10%) hyperplasia in prehysterectomy curettage had been detected as well-differentiated endometriyal adenocarcinoma while in 7 of 10 (70%) had been detected benign. Coexistence of myoma uteri and endometriyal hyperplasia in prehysterectomy curettage had been detected 7.1% while coexistence of myoma uteri and endometriyal carcinoma in postoperative specimens had been 0.7%. In addition, in 10 of 140 (7.1%) cases with fibroid diagnosis had been found only adenomyosis, postoperatively.

Conclusion: Routine prehysterectomy D&C is not worthwhile in women with myoma uteri. It is also remembered that adenomyosis could be confounded with fibroids clinically.

Key Words: Hysterectomy, D&C, adenomyosis

GİRİŞ

Benign sebeplerden dolayı histerektomi planlanan hastalara, olası bir endometriyal maligniteyi ekarte etmek amacıyla pek çok merkezde prehisterektomi küretaj yapılmaktadır. Fakat literatürde bu işlemin yüksek yanlış negatiflik oranlarına sahip bir girişim olduğunu iddia eden yayınlar bulunmaktadır (1-4). Ayrıca küretaj hem hastaya histerektomi öncesi ek bir anestezi riski yüklemekte hem de hastane masraflarının artmasına neden olmaktadır. Bu yüzden rutin preoperatif küretajın gerekliliği sorgulanmaktadır.

Bu çalışmada myoma uteri olgularında histerektomi öncesi yapılan rutin D&C sonuçları ile histerektomi sonrası saptanan endometriyal patoloji ve adenomyozis sonuçlarının karşılaştırması sunulmuştur.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamızda Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Aralık 1998-Mart 2001 tarihleri arasında myoma uteri tanısı alan hastaların dosya kayıtları incelendi. Bu hastalardan prehisterektomi küretajı ve histerektomisi hastanemizde yapılmış ve dosya kayıtları tam olan 140 hasta çalışmaya dahil edildi. Dosya kayıtlarından hastaların yaş, gravida, parite, menopozal du-

rum, hastaneye başvurma şikayeti, prehisterektomi D&C ve histerektomi patoloji sonuçları elde edildi. Histerektomi öncesi D&C her hastada genel anestezi altında gerçekleştirilmiş olup, asemptomatik hasta grubuna da bir hastane rutini olarak uygulanmıştır.

Histerektomi öncesi yapılan D&C sonuçları değerlendirilirken “proliferatif ve sekretuar endometriyum” bulgularını benign sınıfı altında toplandı. “Hiperplazi” grubu ise tüm tipleri (atipili / atipisiz, basit / kompleks) içine alacak şekilde değerlendirildi. Patoloji sonuçları “kan ve mukundan ibarettir” olarak kayıtlı olgular ise “yetersiz” olarak değerlendirildi.

Elde edilen sonuçlar yüzdelik oranlar saptanarak değerlendirilmeye alındı.

SONUÇLAR

Histerektomi sonrası patoloji sonuçları ve prehisterektomi endometriyal biopsileri incelenen 140 hastanın yaş ortalaması 45.4 bulundu (38-57). Hastaların %23.8'i (n=33) postmenopozal ve %95.7'si (n=134) multipar idi. Hastaların hastaneye başvuru şikayetlerine bakıldığında %42 (n=59) menometroraji, %15 (n=21) pelvik ağrı ve düzenli menstruasyon, %18 (n=25) pelvik ağrı ve menometroraji mevcuttu. %25 (n=35) hastada ise herhangi bir şikayet yokken yapılan pelvik muayenede myoma uteri tespit edilmişti. İncelenen hasta grubunda yapılan operasyonlar 91 vakada (%65) total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO), 5 vakada (%3.5) vaginal histerektomi (VH), 44 vakada (%31.5) ise sadece TAH olarak saptandı.

Tablo 1'de hastaların prehisterektomi D&C ve histerektomi sonrası endometriyal patoloji sonuçları görülmektedir. Tablodan görüldüğü üzere prehisterektomi D&C sonuçları “benign” olarak gelen 94 hastanın 1 tanesinde (%1.06) histerektomi sonrası “hiperplazi” tespit edilirken, prehisterektomi D&C ile “hiperplazi” ön tanısı alan 10 hastadan 1 tanesi (%10) “iyi differansiye endometriyal adenokarsinoma” tanısı almıştı. Adenokarsinoma tanısı alan vaka grade I idi ve myometriyal invazyon göstermemekteydi. Prehisterektomi D&C ile hiperplazi tanısı alan 10 hastadan 7 tanesinde (%70) ise histerektomi sonrası endometriyumda “benign” değişiklikler saptandı. Ayrıca myoma uteri nedeniyle histerektomi olan 140 hastadan %19.2'sinde (n=27) prehisterektomi D&C ya da histerektomi sonrasında tanı alan “endometriyal polip” tespit edildi. Prehisterektomi D&C sonuçlarına bakıldığında myoma uteri olgularında “myoma

uteri+endometriyal hiperplazi” birlikteliği %7.1 (10/140) olarak saptanırken, postoperatif histerektomi materyallerinde “myoma uteri+endometriyal karsinoma” birlikteliği ise %0.7 (1/140) olarak belirlendi.

Tablo 1. Prehisterektomi D&C ve histerektomi patoloji sonuçlarının karşılaştırması

Sonuçlar	D&C	Histerektomi
Benign	94	79 benign
		11 polip
		3 atrofi
		1 hiperplazi
Polip	14	11 benign
		3 polip
Atrofi	2	2 atrofi
Yetersiz	20	10 benign
		1 polip
		6 atrofi
		3 endometrit
Hiperplazi	10	7 benign
		1 polip
		1 hiperplazi
		1 adenokanser
Toplam	140	140

Tablo 2. Histerektomi materyallerinin patoloji sonuçları

Patoloji sonuçları	n
Leiomyoma yok	6
Leiomyoma	103
Leiomyoma+	21
Adenomyozis	10

Myoma uteri ön tanısı ile operasyona alınan 140 hastanın 6 tanesinde (%4.2) postoperatif leiomyom tespit edilememiştir (iyi differansiye endometriyum adenokarsinomu tanısı alan hasta bu gruptadır). Yüzyirmidört hastada (%88.5) myoma uteri histerektomi sonrası patolojik olarak tespit edilmiştir. Bu vakaların 103 tanesinde (%83) sadece myoma uteri saptanırken, 21 tanesinde (%16.9) ise leiomyom yanında adenomyozis varlığı da görülmüştür. Preoperatif myoma uteri ön tanısı alan 140 hastadan 10 tanesinde (%7.1) ise yalnızca adenomyozis alanları izlenmiştir.

TAH+BSO yapılan 91 vakadaki adneksiyal patolojiler incelendiğinde 12 vakada (%13.1) peritubal kist, 3 vakada (%3.2) akut salpenjit, 2 vakada (%2.1) hidrosalpinks, 1 vakada (%1.09) seröz papiller kistadenom ve 3 vakada (%3.2) basit seröz kist tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Myoma uteri ya da diğer benign sebeplerle planlanan histerektomi öncesi yapılan endometriyal biopsi (genellikle D&C), her dönem gerekliliği tartışılan ancak yine de birçok jinekoloğun vazgeçemediği bir alışkanlıktır. Fakat bu işlemin hastaya getirdiği ek anestezi riski, hospitalizasyon gerekliliği, hastanın iş gücü kaybı, müdahalenin kendisinin enfeksiyon, kanama ve perforasyon gibi ciddi mortalite ve morbitideye sahip olması, alternatif endometriyal biyopsi yöntemlerinin gelişmesi D&C 'ye olan ihtiyacı ve yaygınlığı azaltmaktadır. Çalışmamızda histerektomi öncesi yapılan D&C ile postoperatif patoloji sonuçlarını karşılaştırarak bu işlemin gerekliliğini sorguladık.

Literatürde prehisterektomi rutin D&C yapılmasını sorgulayan pek çok çalışma vardır. Stock ve ark (1) çalışmalarında benign nedenle histerektomi olacak her hastanın preoperatif olarak endometriyumunun değerlendirilmesi (sitolojik / histolojik) gerektiğini, D&C'nin örneklemede %60 olguda yetersiz olduğunu (uterin kavitenin %50'sinden azının kürete edilebildiğini) ve bu yüzden değerlendirme sonucunda herhangi bir malignansi şüphesi olmasa bile uterus eksize edildikten sonra kavitenin açılarak kontrol edilmesini önermişlerdir. Bettocchi ve ark. (5) da aynı şekilde D&C işlemiyle uterin patolojilerin %62.5'inin kaçırıldığını ifade etmiştir.

Lerner ve ark. (2) çalışmasında ise yine benign sebepli histerektomi yapılan 181 vakanın sonuçlarını incelemiş, histerektomi patolojilerinde 5 tane (%2.8) endometriyum karsinomu tespit edildiğini ve bu vakaların 1 tanesine prehisterektomi D&C ile tanı konulabildiğini göstermiştir. Sonuçta yazar endometriyum karsinomu için yüksek risk grubunda olduğu düşünülmeyen vakalara prehisterektomi küretaj önermemekte ayrıca bu işlemin sensitivitesi %20, pozitif prediktif değeri sadece %50 olan düşük değerlerde bir prosedür olduğunu belirtmektedir.

Moller ve ark. da (6) çalışmalarında myoma uteri nedeniyle histerektomi yapılan 411 olgunun 3 tanesinde (%0.72) histerektomi sonrası endometriyum karsinomu tespit etmiş ve bunların 1 tanesinin prehisterektomi D&C 'de tanı alamadığını belirtmiştir. Yazar gerek saptanan endometriyum kanserinin düşük sıklıkta olması gerekse küretajın yeterince iyi tanı koyamamasından dolayı benign nedenle histerektomi öncesi küretajı önermemektedir. Ayrıca myoma uteri premenopozal döneme ait bir patoloji iken, endometriyum karsinomu postmenopozal dönemde daha sık görül-

mekte ve bu dönemde histerektomi yapılacak hastalara profilaktik ooferektomi de önerilmektedir (7). Böylece D&C sırasında kaçırıldığı düşünülen 1 vaka da yeterli tedavi uygulanmış olacaktır. Çalışmamızda histerektomi sonrası patolojisi adenokanser olarak saptanan tek olgumuz, prehisterektomi küretajda hiperplazi olarak değerlendirilmişti. Yine operasyon sonrası hiperplazi olarak saptanan bir olguda da prehisterektomi küretaj sonucu benign idi. Bu 2 vaka (1 adenokarsinoma ve 1 hiperplazi), vakalarımızın %1.4'ünü (2/140) oluşturmaktadır ve her ikisinde de postoperatif gelen tanıları yapılması düşünülen operasyon planını değiştirecek tanıları değildir. Ayrıca çalışmamızda myoma uteri tanısı konulan 140 olgunun 25 tanesinde endometriyal polip de saptanması, anormal uterin kanamayı açıklayabilecek ancak myoma uterili bir olguda yapılacak histerektomi operasyonunu değiştirebilecek bir tanı değildir. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerden prehisterektomi D&C ile hiperplazi tanısı alan 10 hastadan 7 tanesinin histerektomi sonrası endometriyumlarının "benign" sonuç vermesi ise, D&C sırasında hiperplastik alanların kürete edilmesi ile açıklanabilir.

Stovall ve ark. ise (3) rutin prehisterektomi D&C'nin endometriyum karsinomu için düşük risk grubundaki asemptomatik hastalarda gereksiz olduğunu fakat 35 yaş ve üzerindeki anormal uterin kanama veya postmenopozal kanama şikayeti olan hastalar ile 35 yaşın altında fakat yüksek risk grubundaki hastalara yapılması gerektiğini savunmuşlardır. Ayrıca yazar D&C'ye alternatif olarak anestezi ve hospitalizasyon gerektirmeyen, ofis şartlarında yapılabilen ve D&C kadar materyal alınabildiği çalışmalarla gösterilmiş metodların da (Vabra aspirasyon ve Novak küret) olduğunu bildirmiştir. Bokhman ve ark. (8) myoma uterili postmenopozal kanaması olan kadınlarda endometriyum karsinomu riskinin 5.5 kat arttığını ve bu grup hastalarda gerekli taramanın yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Duplantier ve ark. (9) ise semptomatik myoma uterili olgularda preoperatif endometriyal biyopsi gerekliliğini araştırmış ve anormal uterin kanama dışındaki semptomu olan hastalarda bu işlemin yapılmasının gereksiz olduğunu ifade etmiştir. Bununla birlikte Garuti G ve ark. (16) özellikle anormal uterin kanaması olan 1500 hastada yaptıkları çalışmada histeroskopinin normal ve anormal endometriyumu ayırt etmede çok etkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu nedenle histeroskopinin de özellikle semptomatik hastalarda histerektomi öncesi endometriyum değerlendirilmesinde kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda elde ettiğimiz diğer bir bulgu ise ise myoma uteri ile adenomyozisin birlikteliğidir. Bilindiği üzere adenomyozis özellikle >40 yaş hastalarda uterusun diffüz büyümesi ile karakterize endometriyal glandların myometriyum içerisinde yer alması ile oluşan bir patolojidir. En sık görülen semptomları dismenore, uterin kanama ve pelvik basıdır (10,11). Vakalar genellikle postoperatif histerektomi materyalinin incelenmesiyle tanı alır. Çalışmamızda preoperatif olarak myoma uteri düşündüğümüz histerektomi materyallerinde %4.2 myoma uteri saptanmazken, %16.9 oranında adenomyozis ile myoma uteri birlikteliği ve %7.1 oranında sadece adenomyozis saptanmıştır. Moller ve ark (6) da myoma uteri ön tanısıyla histerektomi yaptıkları 456 hastanın 13 (%2.8) tanesinde hiçbir histopatolojik bulguya rastlamamışlardır. Ayrıca literatürde endometriyum karsinoması ve adenomyozis birlikteliğine de dair farklı yayınlar vardır. Greenwood ve ark. (12) çalışmasında endometriyum hiperplazisinde %20.5, endometriyum karsinomasında %19.4 ve kontrol grubunda ise %16.7 oranında adenomyozise rastlandığını fakat aradaki farkın istatistik olarak anlamlı olmadığını belirtmiştir. Johnson ve ark. (13) endometriyum karsinomalı hastalardaki adenomyozis sıklığının daha düşük olduğunu belirtse de, Giammalvo (14) ve Marcus (15) adenomyozis sıklığının endometriyum karsinomalı hastalarda daha yüksek olduğunu göstermişlerdir.

Çalışmamızın sonucunda myoma uterili olgularda gerek malignensi sıklığının düşük olması gerekse prehisterektomi D&C ile tanısının konulamadığı düşünülen malignansinin operatif planı değiştirmemesi nedeniyle bu işlemin yapılmasının tartışılır olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca D&C'nin hastaya getireceği ek riskleri de göz önüne aldığımızda asemptomatik hasta grubunda rutin prehisterektomi küretajın yapılması daha da düşündürücü olmaktadır. Fakat çalışmamızdaki hasta sayısının düşük olması nedeniyle bu konuda daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu kanısındayız.

Ayrıca preoperatif olarak myoma uteri düşündüğümüz olguların %7.1'inde sadece adenomyozis saptanması da bize ön tanıda myoma uteri ile birlikte adenomyozisin de hatırd tutulması gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Stock RJ, Kanbour A. Prehysterectomy curettage. *Obstet Gynecol*, 1974;45:537-541.
2. Lerner HM. Lack of efficacy of prehysterectomy curettage as a diagnostic procedure. *Am.J. Obstet Gynecol*, 1984;148:1055-1056.
3. Stovall TG, Soloman SK, Ling FW. Endometriyal sampling prior to hysterectomy. *Obstet Gynecol*, 1989; 73:405-409.
4. Stever MR, Farmer G, Hernandez E, Miyazawa K. Routine prehysterectomy endometriyal biopsy in a series of 523 women. *Journal of AOA*, 1986; 86: 558-560.
5. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Marelllo F, Impedivo L, Selvaggi V. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril*, 2001; 75: 803-805.
6. Moller LM, Berget A. Prehysterectomy curettage in women with uterine fibromyomata is not worthwhile. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1993; 72:374-376.
7. Studd J. Prophylactic oophorectomy. *Br J Obstet Gynecol*, 1989; 96:506-509.
8. Bokhman Ya, Tkeshelashvilli VT, Vishnevsky AS, Volkova AT. Myoma uterus as a marker of onkogynecological pathology in pre- and postmenopause. *Eur J Gynaecol Oncol*, 1988; 9:355-359.
9. Duplantier N, Finan MA, Barbe T. Necessity of endometriyal biopsy in women with enlarged uteri and a preoperative diagnosis of uterine leiomyomata. *J Reprod Med*, 2003; 48:23-27.
10. Emge LA. The elusive adenomyosis of the uterus. *Am J Obstet Gynecol*, 1962; 83: 1541-1563.
11. Molitor JJ. Adenomyosis. A clinical and pathologic appraisal. *Am J Obstet*, 1971; 110: 275-282.
12. Greenwood S. The relation of adenomyosis uteri to coexistent endometriyal carcinoma and endometriyal hyperplasia. *Obstet and Gynecol*, 1976; 48: 68-72.
13. Johnson RV, Roddick JW Jr. Incidence of adenomyosis in patients with endometriyal adenocarcinoma. *Am J Obstet Gynecol*, 1961; 81: 268-271.
14. Giammalvo JT, Kaplan K. The incidence of endometriosis interna in 120 cases of carcinoma of the endometriyum. *Am J Obstet Gynecol*, 1958; 75: 161-166.
15. Marcus C. Relationship of adenomyosis uteri to endometriyal hyperplasia and endometriyal carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*, 1961; 82:408-416.
16. Garuti G, Sambruni I, Colonnelli M, Luerti M. Accuracy of hysteroscopy in predicting histopathology of endometriyum in 1500 women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2001; 8: 207-213.