

**BENİNGN JİNEKOLOJİK
DEĞİŞİMLER**

Araş. Gör. Zeynep Kırıkkaleli

BENINGN DEĐIŐİŐİMLER

Beningn deđiŐİŐİmler kist (sıvı yada yarı solid materyal ile çevrelenmiŐİ), neoplazm (yeni oluŐİum), leomyom (kapsülleŐİmemiŐİ tümörler) yada polip (bulding- hacimsel büyüme) Őİeklinde ortaya çıkarlar.

ENDOMETRİOZİS

Hormonal uyarılara cevap veren endometrial dokunun uterus dışında bulunması ve büyümesi ile karakterizedir.

Endometriozis yaygın jinekolojik hastalıklardan biri olup reproduktif dönemdeki kadınların yaklaşık %10'unu etkileyen önemli bir infertilite ve pelvik ağrı nedenidir.

Hastaların %50-80'i semptomatik olup, dismenore, disparoni, infertilite en sık bulgulardır.

Lezyonlar fokal kistik koleksiyon şeklinde ise
endometrioma olarak tanımlanır.

Endometriozis ve endometrioma birbirinin yerine sıkça
kullanılmış terimler olup aslında endometrioma endometrozisin
sadece bir parçası olup endometriotik implant ve adezyonları
içeren formudur.

PATOFIZYOLOJİ

Hastalığın orjini hakkında farklı teoriler ortaya atılmıştır. Sampson's teorisine göre menstrual siklus esnasında endometrial gland hücreleri fallop tüpleri aracılığıyla peritoneal boşluğa retrograd reflü olur.

Peritoneal menstrual debrisye karşı yeterli immun yanıt oluşamaması durumunda endometriozisin geliştiği öne sürülmüştür.

Meyer's teorisine göre artmış östrojen üretimi sonucunda matür peritoneal ve over epitelyal hücrelerinin metaplazisi nedeniyle endometriozisin geliştiği savunulmuştur.

Halban's teorisine göre ise endometrial hücrelerin venolenfatiklerle yayılımı sonucunda endometriozisin geliştiği öne sürölmüştür.

PATOLOJİK ÖZELLİKLER VE KLİNİK PREZENTASYON

Endometriozisin sık tutulum lokalizasyonlarına baktığımız zaman en sık overde olmak üzere uterin ligamentler, pelvik cul-de-sac, pelvik periton, fallop tüpleri, rektosigmoid bölge ve mesaneye yerleşebilir. Tutulum şekli itibariyle endometriotik implant, endometrioma ve adezyonlar şeklinde olabilir.

Dismenore, disparoni, non-menstrüel pelvik ağrılar sık bulgulardır.

Bazen infertilite araştırması veya sterilizasyon gibi cerrahi bir işlem esnasında insidental olarak saptanabilir.

Fizik muayene olarak pelvik hassasiyet, hassas-büyük overler, hastalığın ileri

evrelerinde şiddetli adezyonlar nedeniyle donmuş pelvis olarak tanımlanan fikse retrovert uterus sık bulgulardır.

YÜZEYEL ENDOMETRİOZİS

Peritoneal endometriozis olarak ta bilinen bu form sıklıkla overyan yüzleri tutar.

ENDOMETRIOTİK KIST (ENDOMETRIOMA)

Genellikle over yerleşimli olup aralıklı tekrarlayan hemorajiler sonucunda oluşurlar.

Kist duvarı kalın fibrotik görünümde olup fibröz adezyon, diskolorasyon özelliği gösterir.

Kistlerin içeriği dejenere kan ürünleri nedeniyle yoğun görünümde dir.

Bu yüzden çikolata kisti diye tanımlanmaktadır. Lezyonlar %50 bilateral yerleşimli olup postmenopozal dönemde regrese olurlar.

DERİN PELVİK ENDOMETROZİS

Endometrial lezyonun uterosakral ligamanlar ve luminal organların duvarına yerleşip, burada belirgin düz kas proliferasyonu ve fibrozise neden olması sonucunda oluşur.

Douglas poşu, rektovajinal septum, uterosakral ligamanlar daha nadir de olsa vezikouterin bölge sık tutulum yerleridir.

Pelvik ağrının şiddeti ile lezyonun derinliği orantılıdır.

ADEZYONLAR

Hastalığın ileri evrede olduğunu gösteren bulgulardan biri olan adezyonlar normal pelvik anatomide distorsiyona, douglas poşunda obliterasyona neden olabilirler.

Adezyonların görüntüleme yöntemleri ile tanınması zor olmasının yanında ‘‘kissing over’’ bulgusu adezyonun mevcut olduğuna dair destekleyici bulgudur.

Kissing over tanısı overlerin yapışıklıklar nedeniyle orta hatta birbirine yaklaşması ve transvajinal prob veya transabdominal uterus manipulasyonu ile overlerin birbirinden ayıramaması ile konur.

EKSTRAPERITONEAL ENDOMETRIOZIS

Akciğer, plevra, ekstremitte kasları, santral sinir sistemi sık tutulum yerleri olmakla beraber, literatürde her organın tutulumu tanımlanmıştır.

TANI

Endometriozis tanısı laparaskopi denilen ve anestezi gerektiren bir cerrahi işlemle tanı konulana kadar kesin değildir. Bu inceleme esnasında endometriozise ait odaklar görülebilir.

Tanı konulmadan tedavi edilmesi iyi bir yaklaşım değildir (örnek olarak bazen yumurtalık kanseri endometriozis ile aynı bulguları verebilmektedir).

Laparaskopi ile endometriozis odaklarının yerleri, büyüklükleri, ve yaygınlığı görülebilir ve böylece hasta ve doktorun daha iyi bilgilenmesine, uzun dönemde tedavi ve gebelik için karar vermesine yardımcı olur.

TEDAVI

Endometriozis için değişik tedavi yöntemleri kullanılmakla birlikte kesin bir tedavi henüz bulunamamıştır.

Yapılan araştırmalar hastalığın devamı veya tekrarlama olasılığının yüksek oranda olduğunu göstermiştir.

Ağrı kesiciler genellikle endometrioziste görülen ağrılar için kullanılırlar.

Hormonlarla tedavi yumurtlamanın mümkün olduğunca uzun bir süre durdurulmasını amaçlamaktadır.

Hormonal tedavi; doğum kontrol hapları, progesteron ilaçları, testosteron türevleri (danazol), ve GnRH agonistlerini (gonadotropin salıcı hormon ilaçları) içermektedir.

Endometriozisli hastalara gebeliği ertelememeleri önerilmektedir.

Endometriozisli kadınlarda dış gebelik ve düşük şansı yüksek olabilir.

Araştırmalar endometrioziste kalıtsal bir geçiş olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla hastaların çocuklarında endometriozis riski ve ilişkili sağlık sorunları olasılığı artmaktadır.

Laparoskopik ya da klasik yöntemle yapılan cerrahi ile endometriozis lezyonlarının çıkartılması veya yok edilmesi mümkündür ve belirtilerin hafiflemesi veya gebeliğin oluşması sağlanabilir.

Buna rağmen diğer tedavilerde olduğu gibi hastalığın tekrarlama olasılığı sıktır.

Operatif laparaskopide cerrahi işlem laparoskop aracılığıyla, lazer, etektrokoter veya küçük cerrahi aletler kullanılarak yapılır.

Radikal cerrahide rahimin, yumurtalıkların ve tüm endometriozis odaklarının çıkartılması söz konusudur ve ancak diğer tedavilere cevap vermeyen uzun süreli ağır endometriozis olgularında gerekli olmaktadır.

BENİNGN PELVİK KİTLELER

FONKSIYONEL OVER KİSTLERİ

Gerçek neoplazmlar değildirler. Ovulasyonla ilgili genellikle asemptomatik ve geçicidirler.

Over kistleri belirli bir büyüklüğe erişmeden pek semptom vermezler.

Semptom ortaya çıktığında kadın tek taraflı pelvik ağrıdan, alt abdomende baskı, sırt ağrısı ve menstrual düzensizlikten yakınır. Eğer semptomlar ciddi değil ve kistte gerileme varsa herhangi bir müdahaleye gerek yoktur.

FOLİKÜL KİSTİ; Over yüzünde yer alan folikül kistleri absorbe olmamış folikül içinde sıvı retansiyonu nedeni ile ortaya çıkarlar.Genellikle hiçbir müdahaleye ihtiyarç kalmadan kaybolurlar.

KORPUS LUTEUM KİSTİ; Korpus luteum regresyondaki yetersizlik sonucu ortaya çıkarlar.hormon salgıladıkları sürece amonereye ve düzensiz kanamaya neden olur. Ortalama 8 hafta sonra kendilğinden gerilerler.

TEKA LUTEİN KİSTİ; Koryonik Gonodotrop Hormonun düzeyinin artması, gebelik sırasında ovaryumdaki atrezik foliküllerin kistleşmesine neden olur. Gebeliğin sona ermesi ile kendiliğinden geriler.

ENDOMETRİAL KİSTLER; Endometriozis ile ilgilidir ve fonksiyonel endometrium dokusunun ovaryum üzerine yerleşmesi ile oluşur. Lezyonun komşu dokulara yapışması sık görülür.

POLİKİSTİK OVER; Stein-Leventhal sendromu olarak da bilinen polikistik overde overler çift taraflı olarak büyümüş ve kalınlaşmış over kapsülü altında çok sayıda kistik folikül mevcuttur.Korpus luteum mevcut değildir.

Gonodotropin releasing hormon üzerinde değişiklikler meydana gelir ve LH hormon üzerinde artışa neden olur. Artan LH düzeyindeki artış estrojen düzeyindeki artışa ve FSH düzeyindeki azalmaya neden olur.

LH, FSH'dan iki kat fazla salgılanarak LH/FSH dengesi bozular.

Çatlamayan kistik foliküllerden salgılanan düzensiz estrogen ,
menstrüal siklusu gerçekleştirecek düzeyde değildir.

Tedavi edilmeyen durumlarda uzun süreli karşılıksız estrogen
tenbihi endometrial hiperplazi ve neoplazi ile meme neoplazisi
riskini arttırmaktadır.

İnfertilite; bir çok vakada ovulasyonun olmaması, ovaryumdan salgılanan androjenlerin neden olduğu oligomenore, luteal yetmezlik, yada amenore ile ilgilidir.

Siklus bozukluklarının tümü fazla salgılanan estrogen ve az salgılanan progesterondan kaynaklanır.

Ovaryumların polikistik oluşu, artan androjenlerin folikülleri atreziye uğratmasına bağlıdır.

Tedavide oral kontraseptiflerden yararlanır.

NEOPLAZİLER

SEROZ KİSTADENOM; Ovaryumun yüzey epitelinden köken alır ve benign over tümörlerinden %25'ini oluşturur. İçlerinde berrak bir sıvı vardır. Spesifik bir semptomu yoktur. Tanı genellikle pelvis muayenesi ile konur.

Malignleşme potansiyeli vardır. Tedavi cerrahidir.

MUSİNOZ KİSTADENOM; Seröz kistadenomdan, içinde kaygan, yapışkan bir maddenin bulunması ile ayrılır ve daha fazla büyümeye eğilim gösterir. Malignleşme eğilimi vardır.

BRENNER TÜMÖRÜ; Fibröz ve epitelyal elemanların değişik oranda birleşmesi ile ortaya çıkan ve nadir rastlanan benign oluşumlardır ancak nadiren malignleşebilirler. Genelde soliddir ve fibromaya benzer.

KİSTİK TERATOMLAR; Dermoid kist diğer adıdır. Germ hücreli tümörlerin en yaygınıdır. Nadiren malignleşirler. En sık diş, cilt, ter bezleri, sinir dokusu gibi ekdodermal dokular daima bulunur. Siklus bozukluğu daha çok amenore şeklindedir.

MALİGN GERM HÜCRELİ TÜMÖRLER; Ender görülen tümörlerdir. Daha çok genç kadınlardan görülür ve hızlı büyüme özelliğindedir.

GRANULUZ VE TEKA HÜCRELİ TÜMÖRLER; Estrojen salgılayan tümörlerdir. Granüloz hücreli tümörlere daha sık rastlanır. Bu tümörlerin %5-%10'u maligniteye dönüşebilirler.

Postmenopozal dönemde puberte öncesi ve fertil çağda görülebilirler. Eğer tümör prepubertal dönemde ortaya çıkmışsa tümörün estrojen salgılamasına bağlı erken puberte belirtileri görülür.

Postmenapozal kadınlarda ise endometrium hiperplazisinden dolayı kanserleşmeolabilir.

ARENBLASTOMLAR; Androjen hormonu salgılayan tümörlerdir. Embriyonik hayatta farklılaşmamış gonadların erkek tipe yönelen hücrelerinden kaynak alır. Ender görülür.

Bu tümörlerin geliştiği olgularda erkeksi özellikler meydana gelmeye başlar.

DİSGERMİNOMLAR; Tümör HCG salgılar. Nadir görülür. Çocukluk çağında görülenlerde malignleşme riski vardır.

OVER TÜMÖRLERİNDE TANI TEDAVİ

Baskı belirtileri; konstipasyon, sık idrar,abdomende dolgunluk ve ağırlık hissi, belirsiz pelvik ağrı, ağrılı defekasyon ve disparonidir.

Abdomen çevresinde genişleme.

Geç belirti olarak; abdominal distansiyonda artma, buna bağlı dispne ve ağrı ortaya çıkar.

Periferal dem ve anoreksi vardır.

Eğer hormon salgılayan tümör var ise menstrüal siklusta düzensizlik, masklanizan yada feminizan etkiler bulunabilir.

Tüm neoplastik tümörlerin bazı nonneoplastik tümörlerin cerrahi olarak çıkarılmaları önerilmektedir. Çünkü her iki tipde de pelvik organların fonksiyonları bozulur.

Cerrahide üç seçenek vardır.

1. Sadece tümörün çıkarılması.
2. Tümörün ve overlerin çıkartılması.
3. Tümör, over ve uterusun çıkartılması.

Neoplastik olmayan ovaryum büyümelerinde folikül involüsyonunu hızlandırmak için oral kontraseptifler önerilir.

OVER TÜMÖRLERİNİN KOMPLİKASYONLARI

KİST TORSİYONU; Kistik yada solid selim tümörlerin çoğu saplıdır. Bu nedenle tümörlerin bir kısmı yada kısmi pedikül torsiyonu görülebilir.

Tam pedikül torsiyonunda tümörün dolşımı bozular ve nekroze olur.

KİST RÜPTÜRÜ; Torsiyon ve hemoroji sonucu over kisti yırtılabilir ve içeriği peritona dağılabilir. Bu durumda o bölgede giderk artan ağrı hassasiyet yada akut abdomen tablosu gelişir.

MYOMLAR

Uterus myomları rahimin kas ve bağ dokularından kaynaklanan iyi huylu tümörlerdir , histolojik yapıları göz önünde bulundurularak fibromiyom ,leiomyiom, fibroid olarak da adlandırılabilir. En sık rastlanan pelvik tümördür. Kadınların %20-25'inde uterus myomu gelişmektedir.

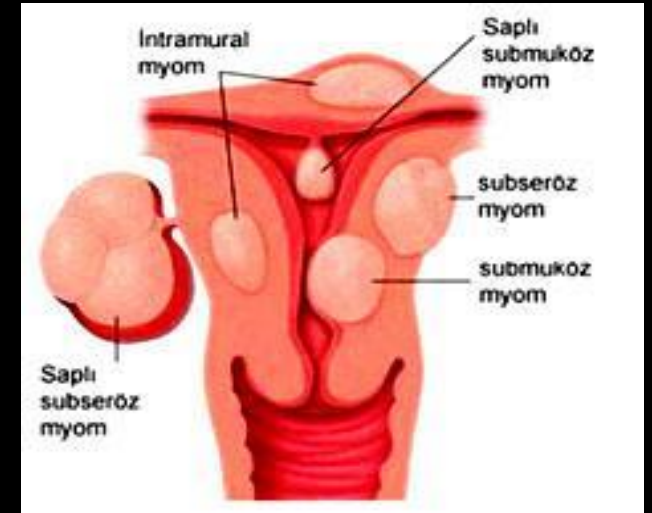
Kesin nedeni bilinmemekle beraber myomların aşırı östrojene maruz kalması sonucunda geliştiği iddia edilir.

Endometrial hiperplazi ,endometriozis ve endometrium kanseri gibi östrojene bağımlı olduğu bilinen patolojik durumların , myomu olan kadınlarda daha sık görüldüğu bilinmektedir.

Myomlar genellikle multipil, birbirinden ayrı, küresel veya düzensiz lobülasyon gösteren kitlelerdir. Mikroskopik incelemede değişik büyüklükte ve farklı yönlerde gelişen, iç içe geçmiş düz kas demetlerinden oluşan bir yapı izlenir.

Düz kas lifleri arasında bağ dokusu yer alır. Tümör çevresinde myometrium liflerinin oluşturduğu yalancı kapsül izlenir. Myom bu kapsülle çevre dokulardan keskin bir sınırla ayrılır.

Submüköz myomlar: Hemen endometriyumun altındaki kas dokusundan çıkarlar ve rahimin iç boşluğuna doğru büyürler. Pedikül (sap) oluşturarak servikal kanaldan dışarı bile çıkabilirler. Bu tarz saplı miyomlar, kendi etrafında dönüp torsiyone olabilirler ve kolaylıkla infeksiyon gelişebilir.



İntramüral myomlar: Rahim duvarı içinde orta tabakada gelişirler. Çeşitli büyüklükte olabilirler. Rahimi irili ufaklı tepecikler yaparak büyütebilir, (patates çuvalı manzarası) bunlara subserozal myomlar da katılabilir (uterus myomatozis).



Subserozal myomlar: Rahimin dış tabakası olan serozanın hemen altından çıkan myomlardır. Karın boşluğuna doğru rahimin dış yüzeyinde büyürler. Saplı (pediküllü) veya geniş bir tabanla oturmuş olabilirler.

Subseröz miyom eğer ligamentum latumun iki yaprağı arasında büyümüş ise bu tip miyomlara da intraligamenter miyom denir.

BELİRTİLERİ

1.Vaginal kanama: Miyomlarda en önemli belirti kanamadır. Karakteristik özelliği menorajidir (fazla miktarda kanama). Ancak metroraji (düzensiz kanama) de görülebilir.

Submüköz myomlarda rahimin iç boşluğuna sarkan miyom yabancı cisim gibi algılanarak düzensiz rahim kasılmalarına neden olur, kanama ve ağrı oluşur.

2.Ağrı: Myomda ağrı çok sık görülmez. Eğer miyom pediküllü ve submüköz ise rahim kasılmalarına yol açarak ağrıya neden olurlar. Bu ağrı genelde adet sırasında görülen kramplar tarzındadır.

3.Karın şişliği ve basıya bağlı bulgular; Kişi kasıklarda dolgunluk hisseder. Bazen iri miyomlar idrar torbasına bası yaparak idrar Őikayetlerine neden olurlar.

4.Kısırlık (İnfertilite): Miyomlar tüplere bası yaparak sperm geçişini dolayısıyla konsepsiyonu (döllenmeyi) engelleyebilirler.

Tanı; jinekolojik muayenede miyomların sayı , büyüklük ve lokalizasyonları hakkında bilgi edinilir. Günümüzde ultrasonografi miyomların tanısında en yaygın kullanılan yöntemdir.

KOMPLİKASYONLAR

1-Torsiyon: Saplı miyomlar kendi etrafında dönüp sıkışarak kanlamasının bozulmasıdır. Miyom torsiyone olunca önce kan dolaşımı tıkanır ve damar dışına sızıntı olur. Periton irritasyonu oluşur. Bazen miyom omentuma düşer ve oradan beslenir (parazitik miyom).

2-İnfeksiyon: Submüköz miyom ülser ve infekte olabilir.

3-Malign değişim (kanser oluşumu): %0.5'den daha az vaka leiomyosarkoma döner. Miyom hızla büyüyor, ağrı oluyor ve ateş ortaya çıkıyorsa malignleşmeden şüphelenilmelidir.

4-Dejenerasyon: Miyomda hücre yapısının bozulmasıdır, dejenerasyonun nedeni miyomun beslenme yetersizliğidir. Dejenere olan miyom ağrılı, hassas yumuşak ve daha büyük olur.

Dejeneratif değişiklikler şu şekilde sıralanabilir;

1. Atrofi: Menopoz sonrasında veya bazen gebelik sonrasında miyom küçülür. Mikroskopik myom görünümünü kaybolur. Klinik belirtilerde buna paralel olarak kaybolur.
2. Hiyalen dejenerasyon: En sık görülen myom dejenerasyonudur. Myomda sarı-beyaz alanlar görülür.
3. Kistik dejenerasyon: Myomda kistik boşluklar meydana gelir.

4. Kalsifikasyon: Özellikle subseröz miyomlarda meydana gelir. Nedeni yine beslenme yetersizliğidir.
5. Dokuda kalsiyum karbonat ve kalsiyum fosfat çöker.
6. Septik dejenerasyon: Beslenme yetersizliği sonucunda miyom ortasında nekroz ve sonradan infeksiyon gelişir. Ağrı ateş ve hassasiyet vardır.
7. Kanama, Miksomatöz (yağlı) dejenerasyon , İnversiyon nadir görülen komplikasyonlardır.

8. Kırmızı dejenerasyon (karneöz dejenerasyon): Bu tip dejenerasyon gebelik ve lohusalık dönemine özeldir. İkinci trimesterde myom akut olarak büyür ve ağrılı hale gelir. Kusma, halsizlik ve ateş olur. Nedeni beslenme yetersizliği sonucu gelişen subakut nekrozdur. Dokuya kırmızı rengi veren venöz trombozlar, intersitisyel kanamalar ve hemolize olan hemoglobindir. Kendi kendini sınırlar ve özel bir girişim gerektirmez. İstirahat ve analjezik yeterlidir.

9. Asit (Psödo Meigs sendromu): Nadir görülür, genellikle pediküllü subseröz bir miyomun periton iritasyonu yapması sonucunda gelişir.

TEDAVİ

1. Periyodik muayenelerle takip:

Üreme çağındaki çok küçük myomlar 40 yaş civarına dek hiçbir müdahale yapılmadan 3-6 ayda bir yapılan muayenelerle takip edilir.

2. Medikal tedavi:

Myomun medikal tedavisinde danazol ve progestinler kullanılabilir ancak faydaları tartışılmalıdır. Bu ilaçlar myom üzerine direkt etkiden çok beraberinde mevcut olan endometrial hiperplazi, endometriozis, fonksiyonel over kisti vb. gibi nedenlerle şikayeti olan hastalarda myom büyümesini kontrol altına almak yoluyla palyatif bir tedavi sağlanır.

3. Cerrahi tedavi:

a- Küretaj: Şikayeti olan hastada kanamanın ayırıcı tanısını yapmak için gereklidir, myomu olan kadınlarda endometrial kanserin ve endometriumun prekanseröz lezyonlarının daha sık görüldüğü akılda tutulmalıdır.

b- Miyomektomi-histerektomi: Peryodik takip sırasında hızla büyüdüğü saptanan, medikal tedaviye yanıt vermeyen kanamalara neden olan, 10 gebelik haftası büyüklüğüne erişen veya pediküllü vaginaya doğmuş myomlarda cerrahi tedavi uygulanmalıdır. Servikal miyomlarda da 3-4 cm boyutlara eriştiğinde miyomektomi yapılmalıdır, daha fazla büyüdüğünde çıkarılması güç olabilir.

UTERUS VE SERVIKS POLIPLERİ

Polipler mukozadan kaynaklı genellikle endoservikal epitelin hiperplazisi ile karakterize saplı tümörlerdir. Kan damarlarından zengindir, kırmızı ve morumsu görüntüleri vardır.

Asemptomatik olabildiği gibi hipermenore, intermenstrüal ve postmenapozal kanamalara neden olabilirler.

Servikal poliplerde, postkoital kanama ve enfeksiyona eğilim vardır.

Servikal ve uterin polipler genelde birlikte görülür.

VULVA VE VAJENE AİT KİSTLER

Alt genital organlarda bening tümörler nadirdir. Genellikle bunlar kronik bir enflamasyon yada diğer değişik nedenler ile ortaya çıkar.

Kistik tümörler; sifiliz granülozomları, granulama inguinale, lenfogronuloma veneriyum ve glandular kistler (bartolin).

Lökoplaki ve Kerozis vulva her ikisinde postmenapozal dönemde estrogen yetersizliğine bağlı olarak gelişir ve vulva epitelini etkiler.