

# BENİGN PATOLOJİ ÖNTANISI İLE HİSTEREKTOMİ YAPILAN OLGULARDA POSTOPERATİF İNSİDENTAL ENDOMETRİAL PRE-/MALİGN PATOLOJİ SAPTANMA ORANI

## The Rate of Incidental Malignant Pathologies in Patients Who Underwent Hysterectomy Due to Benign Gynecological Conditions

Hüseyin AYDOĞMUŞ<sup>1</sup>, Zafer KOLSUZ<sup>1</sup>, Ferhan ELMALI<sup>2</sup>, Halil İbrahim TIRAŞ<sup>1</sup>, Serpil AYDOĞMUŞ<sup>3</sup>

### ÖZET

**Amaç:** Benign endikasyonlarla histerektomi yapılması planlanan ve preoperatif 'endometrial örnekleme/biyopsi yapılan' ve 'yapılmayan veya yapılsa dahi yetersiz materyal nedeniyle sonuç alınamayan' olguların postoperatif endometrium histopatoloji sonuçları ile insidental saptanan endometrial patoloji oranlarının saptanmasıdır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu kesitsel çalışmaya benign jinekolojik endikasyonlarla histerektomi operasyonu yapılan 163 olgu dahil edildi. Bu olgulardan 100'ünde preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılmış ve endometrial histopatolojik tanı almıştı (Grup 1). 63 olguda ise preoperatif endometrial patolojik inceleme yapılmamış veya sonucu yetersiz materyal olarak rapor edilmişti. (Grup 2). Olguların demografik verileri ile postoperatif endometrium histopatolojik inceleme sonuçları kaydedildi ve gruplar arasında karşılaştırıldı. Gruplar arası karşılaştırmalarda independent sample T test, Mann-Whitney testi ve Fisher Ki-kare exact testi kullanıldı.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi

**Bulgular:** Grupları oluşturan olguların yaş, gebelik ve doğum sayıları ve vücut kütle indeksleri benzerdi ( $p > 0.05$ ). Postoperatif histopatolojik incelemede her iki grupta insidental saptanan endometrial pre-/malign patoloji oranları benzerdi (Grup 1'de %3'e karşı Grup 2'de %4.8,  $p = 0.677$ ). Grup 2'de endometrial pre-/malign patoloji saptanan üç olgu da postmenopozal dönemde idi, 2 olguda ise obezite ve diyabet tanıları mevcuttu.

**Sonuç:** Postoperatif insidental endometrial patoloji saptanma oranları benzer olarak saptanmış olsa dahi benign jinekolojik patolojilerle histerektomi yapılması planlanan hastalarda endometrial patolojiler açısından mevcut risk faktörlerinin belirlenmesi ve özellikle riskli olgularda preoperatif dönemde endometrial incelemenin yapılmasını, histopatolojik tanı yetersiz ise gerekirse tekrarlayan biyopsiler veya histeroskopi ile incelenmesi gerektiğini önermekteyiz.

**Anahtar Sözcükler:** Endometrial biyopsi; Endometrial kanser; Histerektomi; Preoperatif; Postoperatif; İnsidental patoloji

### ABSTRACT

**Objectives:** The aim of this study is to compare endometrial histopathological findings of patients having been exposed to hysterectomy due to benign gynecological conditions, who have been through preoperative endometrial sampling and the ones who have not yet or whom from no results could be achieved due to inadequate sample.

**Materials and methods:** In this cross-sectional study, a total of 163 cases who underwent hysterectomy operation due to benign gynecological indications were evaluated. Group 1 (n=100) patients were applied endometrial sampling / biopsy and had histopathological diagnosis preoperatively. Group 2 patients (n=63) had no preoperative endometrial pathologic examination or their endometrial biopsy results were inadequate for diagnosis. The demographic data of the patients and the results of postoperative endometrial histopathological examination were recorded and compared between the groups. Comparisons between the two groups were made using the independent sample T-test, Mann-Whitney test, and Fisher's Chi-square test. The statistical significance level was accepted as  $p < 0,05$ .

**Results:** Groups were similar in terms of age, gravidity, parity and body mass indeks ( $p > 0,05$ ). On postoperative final pathologic examination the incidence of incidental diagnosis of premalignant/malignant endometrial pathology were similar between both groups (3% in Group 1 versus 4.8% in Group 2,  $p = 0.677$ ). All of the three patients who were diagnosed premalignant/malignant endometrial pathology in Group 2 were postmenopausal and furthermore two of them had diabetes and obesity.

**Conclusion:** Although our results exposed that two groups have similar incidence of incidental diagnosis of endometrial pathologies, we suggest that current risk factors for endometrial pathology should be determined before hysterectomy. In high risk group patients if preoperative histopathologic diagnosis is insufficient, endometrial biopsy should be performed one more times as required or hysteroscopy should be performed.

**Keywords:** Endometrial biopsy; Endometrial cancer; Hysterectomy; Preoperative; Postoperative; Incidental pathology

<sup>1</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

<sup>2</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

<sup>3</sup>İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Hüseyin AYDOĞMUŞ, Uzm. Dr.  
Zafer KOLSUZ, Asistan Dr.  
Ferhan ELMALI, Doç.Dr.  
Halil İbrahim TIRAŞ, Asistan Dr.  
Serpil AYDOĞMUŞ, Doç.Dr.

### İletişim:

Uzm. Dr. Hüseyin AYDOĞMUŞ,  
İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği  
Tel: 05052429163  
e-mail:  
huseyinaydogmus07@gmail.com

Geliş tarihi/Received: 10.03.2018

Kabul tarihi/Accepted: 06.08.2018

DOI: 10.16919/bozoktip.403515

Bozok Tıp Derg 2018;8(4):25-9  
Bozok Med J 2018;8(4):25-9

## Giriş

Histerektomi, kolesistektomi ve apendektomi ile birlikte en sık yapılan intraabdominal cerrahi işlemlerden biri ve en sık uygulanan jinekolojik operasyondur (1-2). Kadınlarda histerektomi sıklığı %1.2 ile %5.4 arasında bildirilmektedir (3-4). Premenopozal kadınlarda en sık histerektomi endikasyonu anormal uterin kanamadır (AUK). Myom ve adenomyozis, pelvik ağrı ve pelvik organ prolapsusu diğer başlıca histerektomi endikasyonlarını oluşturur. Malignite ise tüm histerektomi endikasyonlarının %10'unu oluşturur (5). Endometrial örnekleme/biyopsinin temel amacı endometrial malignitenin ekartasyonudur ve benign elektif histerektomi planlanan olgularda preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılması endometrial patoloji yönünden klinik veya görüntüleme şüpheli bir bulgu olmasa dahi bazı klinisyenler tarafından rutin olarak uygulanmaktadır. Ancak işlemin kanama, enfeksiyon, perforasyon gibi komplikasyonlara yol açabilmesi ve ağrılı bir işlem olması nedeniyle benign nedenlerle yapılan elektif histerektomilerden önce rutin olarak uygulanması tartışmalıdır (6-7). Ayrıca çalışmalarda preoperatif endometrial biyopsi sonucu ile final patoloji sonuçlarının uyumluluğu %47-100 arasında bildirilmektedir (8-9).

Bu çalışmanın amacı benign jinekolojik nedenlerle histerektomi yapılması planlanan ve preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılan ve yapılmayan veya yapılsa dahi yetersiz materyal nedeniyle sonuç alınamayan olguların final endometrium histopatoloji sonuçları ile insidental saptanan endometrial patolojilerin incelenmesidir.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu kesitsel çalışmaya Ocak 2015 - Aralık 2017 tarihleri arasında benign jinekolojik endikasyonlar (anormal uterin kanama, myoma uteri, adneksiyal kitle, servikal preinvaziv lezyon, pelvik organ prolapsusu, endometriozis, adenomyozis, tuboovaryan abse, kronik pelvik ağrı, endometrial polip) ile histerektomi operasyonu yapılan 163 olgu dahil edildi. Operasyon öncesinde jinekolojik malignite, atipili endometrial hiperplazi veya endometrial intraepitelyal lezyon saptanmış olan hastalar çalışmaya alınmadı. Yerel Etik Kurul'dan çalışma için onay (No: 2016-144) ve

histerektomi öncesinde bütün hastalardan yazılı onam alındı. Benign endikasyonla histerektomi yapılması planlanan olgulardan 115'ine Pipelle kanül (n=62), Karman kanül (n=46) veya keskin küret (n= 7) kullanılarak endometrial örnekleme/biyopsi yapılmıştı. Histerektomi ameliyatı biyopsi sonrası maksimum 3 ay içinde gerçekleştirildi. Preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılan olguların 100'ü endometrial histopatolojik tanı (endometrial polip, proliferatif veya sekretuar endometrium, dissosiyasyon endometrial bez ve stroma, senil kistik atrofi, ilaca bağlı değişiklikler) almıştı. 15 olguda yetersiz materyal veya alt uterin segment dokusu, endoservikal doku ve mukus olarak rapor edildi. 48 olguda ise preoperatif dönemde endometrial örnekleme/biyopsi yapılmamıştı. Preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılmış histopatolojik tanı alan olgular Grup 1 (n= 100), endometrial örnekleme yapılmayan veya biyopsi sonuçlarında yetersiz materyal olarak raporlanan 63 olgu ise Grup 2 olarak tanımlandı.

Olguların demografik verileri (yaş, gebelik ve doğum sayıları, vücut kitle indeksleri, menopoz durumları) ile postoperatif endometrium histopatolojik inceleme sonuçları kaydedildi ve bu veriler gruplar arasında karşılaştırıldı.

Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n), yüzde (%), ortalama  $\pm$  standart sapma ( $x \pm ss$ ), median (ortanca) (Q1-Q3) değerleri olarak verildi. Süreklilik gösteren sayısal değişkenlere ait verilerin normal dağılımı Shapiro Wilk normallik testi ile değerlendirildi. Süreklilik gösteren verilerde gruplar arası karşılaştırmalarda independent sample T test veya Mann-Whitney testi kullanıldı. Grupların kategorik değişkenlere göre karşılaştırması için Fisher Ki-kare exact testi ile yapıldı.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## BULGULAR

Grupları oluşturan olguların yaş ortalaması benzerdi ( $49.8 \pm 8.9$ 'e karşı  $51.1 \pm 10.0$ ) idi. Gravida, parite ve BMI ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmedi ( $p > 0.05$ ). Grup 1'de hastaların %73'ü premenopozal iken bu oran Grup 2'de ise

%54 idi ( $p= 0.013$ ). (Tablo 1) Olguların preoperatif histerektomi endikasyonları en sık myoma uteri idi. Diğer endikasyonlar ve gruplara göre dağılımı Tablo 2’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** Hastaların demografik özellikleri.

	Grup 1 (n= 100)	Grup 2 (n= 63)	P
Yaş (ort+SS)	51.1± 10.0	49.8± 8.9	0.53
Gravite (n [Q1-Q3])	2.8 (2-4)	3.2 (2-4)	0.24
Parite (n [Q1-Q3])	2.3 (2-3)	2.5 (2-3)	0.30
Premenopozal (n; %)	73 (%73)	34 (%54)	0.01
VKI (kg/m <sup>2</sup> )	27.6± 4.3	28.3± 4.1	0.42

Postoperatif endometrium histopatolojik incelemesi sonucunda Grup 1’de 3 olguda (%3) endometrial pre-/malign patoloji (1 hastada fokal endometrium adenokarsinom, 2 olguda kompleks endometrial hiperplazi), Grup 2’de de yine 3 olguda (%4.8) (1 hastada fokal endometrium adenokarsinom, 2 olguda kompleks endometrial hiperplazi) endometrial pre-/malign patoloji saptandı. Her iki grupta da postoperatif insidental olarak saptanan endometrial patoloji oranları benzerdi (%3’e karşı %4.8,  $p= 0.677$ )

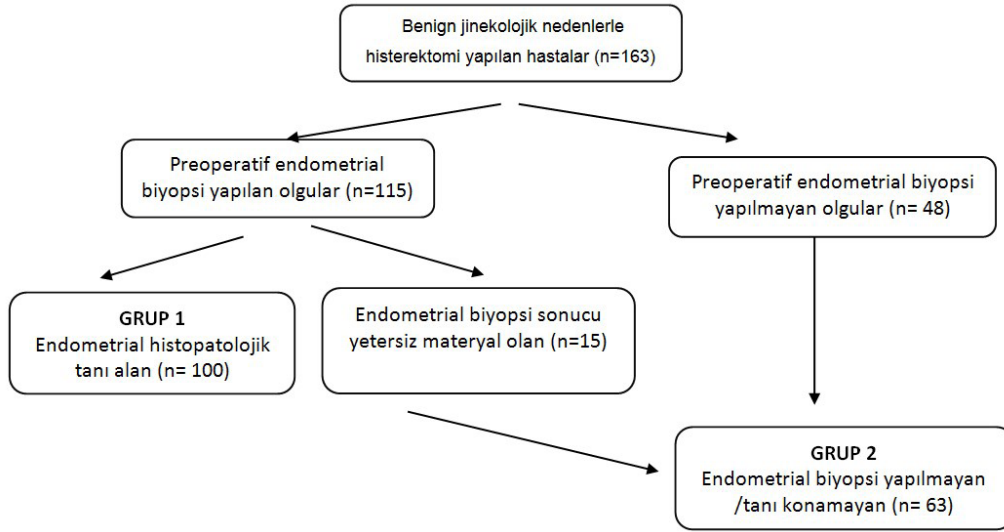
Grup 1’de myoma uteri nedeniyle histerektomi yapılan iki hastanın preoperatif endometrial örnekleme

sonucunda ‘sekretuar endometrium’ ve ‘endometrial polip’ saptanmış olmasına rağmen postoperatif histopatoloji sonuçlarında ‘fokal endometrial adenokarsinom’ ve ‘atipili endometrial hiperplazi’ bulundu. Anormal uterin kanama nedeniyle yapılan preoperatif endometrial biyopsi sonucunda ‘basit atipisiz endometrial hiperplazi’ saptanan 1 olguda ise final histopatoloji sonucunda ‘atipili endometrial hiperplazi’ saptandı.

Grup 2’de ise postoperatif final histopatolojik inceleme sonucunda 2 hastada endometrioid adenokarsinom, 1 olguda ise atipili endometrial hiperplazi rapor edildi. Bu olgulardan 2’si myoma uteri, diğeri ise pelvik organ prolapsusu nedeniyle opere edilmişti. Üç olgu da postmenopozal dönemde olup 2’sinde preoperatif endometrial örnekleme yapılmış ve sonuç ‘yetersiz materyal’ olarak rapor edilmişti. İki olguda obezite (VKI= 33 ve 36 kg/m<sup>2</sup>) ve diyabet tanıları mevcuttu ve myoma uteri nedeniyle opere edilen olgularda ultrasonografide endometrium myoma bağlı distorsiyon nedeniyle net olarak değerlendirilememiş, pelvik organ prolapsusu nedeniyle opere edilen olguda ise endometrium 5-6 mm olarak ölçülmüş olmasına rağmen uterin kanama şikayeti olmaması nedeniyle endometrial örnekleme yapılmamıştı. Grup 2’de ayrıca 2 olguda basit atipisiz endometrial hiperplazi saptandı, ancak bu olgular analize dahil edilmedi.

**Tablo 2.** Histerektomi endikasyonları

Endikasyon	Grup 1 (n= 100)	Grup 2 (n= 63)	Toplam (n= 163)
Myoma uteri	32 (%62.7)	19 (%37.3)	51 (%31.3)
Anormal uterin kanama	26 (%86.7)	4 (%13.3)	30 (%18.4)
Pelvik organ prolapsusu	14 (%41.2)	20 (%58.8)	34 (%20.9)
Adneksial kitle	9 (%47.4)	10 (%52.6)	19 (%11.7)
Servikal intraepitelyal lezyon	7 (%50)	7 (%50)	14 (%8.6)
Diğer (endometriozis, adenomyozis, tuboovaryan abse, kronik pelvik ağrı, endometrial polip)	12 (%80)	3 (%20)	15 (%9.2)



Şekil 1: Akış şeması

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Histerektomi öncesi endometrial biyopsi yapılmasında temel amaç, asemptomatik endometrial karsinomun preoperatif tanınması dolayısıyla hastaların reoperasyon riskinden korunması, olası eksik cerrahiden kaynaklanabilecek medikolegal problemlerin önlenmesidir. Benign jinekolojik patolojiler sebebiyle histerektomi yapılması planlanan tüm hastalarda preoperatif değerlendirme amaçlı endometrial örnekleme veya biyopsi yapılmasının gerekliliği sorgulanmaktadır (8-9). Histerektomi öncesi yapılan endometrial örnekleme sonuçları ile histerektomi materyalinin histopatolojik bulgularının birbiriyle korelasyonu çok yüksek değildir. Literatürde endometrial biyopsi sonuçlarının final patoloji konusundaki sensitivitesinin %37.5- %49.1 arasında olduğu bildirilmiştir (8-9).

Bu çalışmada, benign jinekolojik patoloji ön tanısı ile histerektomi yapılan olgularda 'preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılarak tanı alan hastalar' ile 'örnekleme/biyopsi yapılmayan veya alınan biyopsi materyali değerlendirme için yetersiz bulunan olgular' içinde postoperatif endometrium histopatolojik incelemede insidental olarak saptanan pre-/malign endometrial patoloji oranları benzer olarak

saptandı (%3'e karşı %4.8). Bu oranların literatürde verilen oranlara benzer olduğu görülmektedir (10-12) Histerektomi öncesinde hastaların tek başına endometrial biyopsi ile değerlendirilmesinin, olguların yaklaşık yarısında yetersiz kaldığı söylenebilir (13-14). Bu nedenle birçok araştırmacı anormal kanama, pelvik radyasyon öyküsü gibi yüksek riskli hastalar dışında preoperatif endometrial örnekleme/biyopsi yapılmasını önermemektedir (15-17). Ancak literatürde asemptomatik hastalarda endometrial karsinom saptanma oranının %0,3-%0,5 olduğu bildirilmektedir (18). Son on yılda obezite, diyabet ve hipertansiyonun artışına paralel olarak endometrial kanser insidansında anlamlı bir artış olduğu bildirilmektedir. Bu durum özellikle endometriyum kanserinin %10'unu oluşturan premenopozal hasta grubunu etkilemektedir (19-20). Bizim çalışmamızda da insidental olarak endometrial patoloji saptanan 3 olgunun ikisinde de diyabet ve obezite gibi risk faktörleri mevcuttu ancak hepsi postmenopozal dönemdeydi.

Ayrıca çalışmamızda preoperatif endometrial patolojik incelemenin premenopozal olgularda daha fazla yapıldığı dikkati çekmektedir. Grup 2'de insidental endometrial patoloji saptanan olguların tümünün postmenopozal oldukları göz önüne alındığında özellikle postmenopozal olgularda preoperatif endometrial

histopatolojik incelemenin önemi artmaktadır. Sonuç olarak, çalışmamızda preoperatif endometrial patolojik inceleme yapılanlarla yapılmayanlar veya yetersiz değerlendirilen olgular arasında postoperatif insidental endometrial patoloji saptanma oranları benzer olmasına rağmen benign jinekolojik nedenlerle histerektomi yapılması planlanan hastalarda endometrial patolojiler açısından mevcut risk faktörlerinin belirlenmesi ve özellikle riskli olgularda preoperatif dönemde endometrial incelemenin yapılmasını, histopatolojik tanı yetersiz ise gerekirse tekrarlayan biyopsiler veya histeroskopi ile incelenmesi gerektiğini önermekteyiz.

### KAYNAKLAR

1. Dorsey JH, Steinberg EP, Holtz PM. Clinical indications for hysterectomy route: Patient characteristics or physician preference? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173:1452-1460.
2. 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.
3. Farquhar C, Steiner CA. Hysterectomy rates in the United States. *Obstet Gynecol* 2002; 99:229-234.
4. Matera E, Rossi L, Spadea T et al. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:461-465.
5. Jacobson GF, Shaber RE, Armstrong MA, Hung YY. Hysterectomy rates for benign indications. *Obstet. Gynecol* 2006; 107:1278-1283.
6. Lerner HM. Lack of efficacy of pre-hysterectomy curettage as a diagnostic procedure. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148: 1055-6.
7. Tosun AK, Tosun I, Suer N, Guzin K. The necessity of the endometrial sampling in preoperative cases which are benign indicated. *Abant Med J* 2014; 3: 156-60.
8. Epstein E, Ramirez A, Skoog L, Valentin L. Dilatation and curettage fails to detect most focal lesions in the uterine cavity in women with postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001; 80: 1131-6.
9. Saygılı H. Histopathologic correlation of dilatation and curettage and hysterectomy specimens in patients with postmenopausal bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol* 2006; 27:182-4.
10. Emanuel MH, Wamsteker K, Lammes FB. Is dilatation and curettage obsolete for diagnosing intrauterine disorders in premenopausal patients with persistent abnormal uterine bleeding? *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76: 65-8
11. Jesadapatrakul S, Tangjitgamol S, Manusirivitaya S. Histopathologic consistency between endometrial hyperplasia diagnosis from endometrial curettage and pathologic diagnoses from hysterectomy specimens. *J Med Assoc Thai.* 2005;88(Suppl 2): 16-21.
12. Sakhdari A, Moghaddam PA, Liu Y. Endometrial samples from postmenopausal women: a proposal for adequacy criteria. *Int J Gynecol Pathol* 2016; 35: 525-530.
13. Bettocchi S, Ceci O, Vicino M, Marellò F, Impedovo L, Selvaggi L. Diagnostic inadequacy of dilatation and curettage. *Fertil Steril* 2001; 75:803-5.
14. Turney E.H, Farghaly H, Eskew A.M., Parker L.P, Milam M.R. Clinical significance of inadequate endometrial biopsies prior to hysterectomy (Review). *Journal of Reproductive Medicine* 2012; 57:377-383.
15. Stovall TG, Solomon SK, Ling FW. Endometrial sampling prior to hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1989; 73:405-9
16. Frick AC, Walters MD, Larkin KS, Barber MD. Risk of unanticipated abnormal gynecologic pathology at the time of hysterectomy for uterovaginal prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:507-14
17. Ercan Ö, Demir S, Dede F.D. Benign Nedenlerle Yapılan Histerektomi Olgularında Histerektomi Öncesi Endometrial Örneklem ve Histerektomi Sonrası Patoloji Sonuçlarının Karşılaştırılması. *Ortadoğu Tıp Dergisi* 2013; 5:190-193.
18. Mahajan G, Kotru M, Batra M, Gupta A, Sharma S. Usefulness of histopathological examination in uterine prolapse specimens. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011; 51:403-5.
19. Aune D, Navarro Rosenblatt DA, Chan DS, et al. Anthropometric factors and endometrial cancer risk: a systematic review and metaanalysis of prospective studies in the WCRF/ AICR continuous update project. *Obes Rev* 2015; 15:53-97.
20. Wise MR, Jordan V, Lagas A, et al. Obesity and endometrial hyperplasia and cancer in premenopausal women: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214: 689.e1-17.