

# Bölüm 39

## ADENOMYOZİS TANI VE YÖNETİM

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

ÜNİTE 3

Adenomyozis etyoloji, tanı ve tedavisi endometriozise nazaran ayrıcalık arz eden bir hastalıktır. Hastalığın infertil olgulardan ziyade fertil olgularda daha sık görülmesi, histerektomi piyeslerinin %70'inde saptanması, sigara kullanımı, sezeryan ve küretaj sonrası hastalık riskinin artması adenomyozisi kalsik endometriozisten ayırır. Bu bölümde okuyucunun adenomyozisin MRI tanı kriterlerine yönelik bilgilerini güncellemesi önerilir. **Editorial**

### Tanım

Adenomyozis, ilk kez 1860 yılında Rokitansky tarafından "kistosarkoma adenoides uterinum" olarak tarif edilmiş ve daha sonra 1896'da von Recklinghausen tarafından tanımlanmıştır. Adenomyozis, myometrium içinde ektopik endometrium ile karakterize yaygın bir nonneoplastik jinekolojik hastalıktır (1).

### Görülme Sıklığı

Adenomyozis genel kadın popülasyonunun % 30'unda ve histerektomi piyeslerinin % 70'inde görülmektedir (1-3).

### Risk Faktörleri

Multipar, 30 yaş üzerindeki premenopozal kadınları etkiler. Olguların yaklaşık %20'si üreme çağı kadınlarıdır (< 40 yaş). Olguların %80'ini ise 40-50 yaş arası kadınlar oluşturur. En ciddi semptom-

lar bu yaş grubunda ortaya çıkar. Abortus, sigara kullanımı, cerrahi travma; sezaryen, indüklenmiş abortus yada kürtaj risk faktörleri arasında kabul edilmektedir (2).

### Patofizyoloji

Adenomyozisin patofizyolojisi net olarak anlaşılmamıştır. Bazı çalışmalar hem endometriozis hem de adenomyozisin mekanik yada fizyolojik travma sonucu ortaya çıktığını ileri sürmektedir. Hormonal etkiler özellikle östrojen salınımının altta yatan bir mediatör olduğu belirtilmiştir. Östrojen ve progesteron reseptörlerinin de hastalığın ilerlemesinde etkin olabileceği düşünülmektedir. Menstrüel siklusun midsekretuar fazında adenomyotik bez ve stromada östrojen reseptör alfa düzeylerinde anlamlı bir azalma, östrojen reseptör beta ekspresyonunda anlamlı bir artış saptanmıştır (4). Anjiogenetik mekanizmaların da önemli olduğu vurgulanmıştır. Diğer yandan çok sayıda merkez genetik çalışmalar üzerinde yoğunlaşmıştır. Yaygın adenomyoziste endometrial stromada makrofaj ve doğal öldürücü hücre dansitesi kontrol grubuna göre anlamlı oranda yüksek saptanmıştır. Bu bulgular immünolojik bir mekanizmaya işaret etmektedir (5).

### Patoloji

Siegler ve Camilien adenomyozisi myometriumda 2.5 mm'den kalın endometrial glandüler hücreler ve koryon hücreleri olarak tanımlamaktadır (1).

## Kaynaklar

1. Sieglar AM, Camilien L. Adenomyosis. *J Reprod Med* 1994; 39:841–853.
2. Valentini AL, Speca S, Gui B, Soglia G, Miccò M, Bonomo L. Adenomyosis: from the sign to the diagnosis. Imaging, diagnostic pitfalls and differential diagnosis: a pictorial review. *Radiol Med*. 2011 Dec;116(8):1267-87. Epub 2011 Sep. 2. Review. English, Italian. Erratum in: *Radiol Med*. 2011 Dec;116(8):1314. Soglia, B G [corrected to Soglia, G].
3. Sakhel K, Abuhamad A. Sonography of adenomyosis. *J Ultrasound Med*. 2012 May;31(5):805-8.
4. Mehaseb MK, Panchal R, Taylor AH, Brown L, Bell SC, Habiba M. Estrogen and progesterone receptor isoform distribution through the menstrual cycle in uteri with and without adenomyosis. *Fertil Steril* 2011;95:2228–35. 2235.e1.
5. Tremellen KP, Russell P. The distribution of immune cells and macrophages in the endometrium of women with recurrent reproductive failure. II: adenomyosis and macrophages. *J Reprod Immunol*. 2012 Jan;93(1):58-63. Epub 2011 Dec 29.
6. Garcia L, Isaacson K. Adenomyosis: review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*. 2011 Jul-Aug;18(4):428-37. Epub 2011 May 31.
7. Meredith SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2009;201:107.e1-6.
8. Takeuchi M, Matsuzaki K. Adenomyosis: usual and unusual imaging manifestations, pitfalls, and problem-solving MR imaging techniques. *Radiographics*. 2011 Jan-Feb;31(1):99-115.
9. Novellas S, Chassang M, Delotte J, Toullalan O, Chevallier A, Bouaziz J, Chevallier P. MRI characteristics of the uterine junctional zone: from normal to the diagnosis of adenomyosis. *AJR Am J Roentgenol*. 2011 May;196(5):1206-13.
10. Takeuchi M, Matsuzaki K, Nishitani H. Susceptibility-weighted MRI of endometrioma: preliminary results. *AJR Am J Roentgenol* 2008;191(5):1366–1370.
11. Takeuchi M, Matsuzaki K, Nishitani H. Susceptibility-weighted imaging for the evaluation of gynecologic diseases [abstr]. In: Proceedings of the 17th meeting of the International Society for Magnetic Resonance in Medicine. Berkeley, Calif: International Society for Magnetic Resonance in Medicine, 2009; 4146.
12. Kishi Y, Suginami H, Kuramori R, et al. Four subtypes of adenomyosis assessed by magnetic resonance imaging and their specification. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:114.e1-7.
13. Sunkara SK, Khan KS. Adenomyosis and female fertility: a critical review of the evidence. *J Obstet Gynaecol*. 2012 Feb;32(2):113-6.
14. Campo S, Campo V, Benagiano G. Adenomyosis and infertility. *Reprod Biomed Online*. 2012 Jan;24(1):35-46. Epub 2011 Oct 13.
15. Cockerham AZ. Adenomyosis: a challenge in clinical gynecology. *J Midwifery Womens Health*. 2012 May-Jun;57(3):212-20.
16. Cho S, Nam A, Kim H, et al. Clinical effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in patients with adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198:373.e1-373.e7.
17. Popovic M, Puchner S, Berzaczy D, Lammer J, Bucsek RA. Uterine artery embolization for the treatment of adenomyosis: a review. *J Vasc Interv Radiol*. 2011 Jul;22(7):901-9; quiz 909. Epub 2011 May 12.
18. Taran FA, Weaver AL, Coddington CC, Stewart EA. Understanding adenomyosis: a case control study. *Fertil Steril*. 2010;94(4):1223-1228.