

Serviksin benign glandüler lezyonları*

Dr. Kutsal Yörükoğlu** Dr. Erdener Özer** Dr. Meral Koyuncuoğlu** Dr. Emek Özen**

ÖZET

Serviksin benign glandüler lezyonları arasında değişik antiteler yer almaktadır. Özellikle son yıllarda, bu lezyonların tanı kriterlerine ve malignitelerden ayırıcı tanısına dikkat çekilmektedir. Bu lezyonların patogenezi ve sıklıkları konusunda değişik çalışmalar vardır.

Bu çalışmada, 489 histerektomi ölgüsünün 81'inde (%16.5) bu lezyonlar gözlenmiştir. Endoservikal tünel kümeleri 50 olgusu (%10.2) ile birinci sıklıkta saptanmıştır. Yine tünel kümelerinin yüzeysel, mezonefrik duktus kalıntıları ise derin yerleşimli olduğu dikkati çekmiştir. Tünel kümelerinin mezonefrik duktus hiperplazilerinin ve derin Naboth kistlerinin büyük çaplara ulaştığı saptanmıştır. Lezyonların yaş dağılımı 32-80, ortalama yaşları ise 39-49 arasında değişmektedir. Doğum sayısı ile lezyonlar arasında anlamlı bir ilişki var iken, hormon kullanımı ile bir ilişki kurulamamıştır.

Ayrıca elde ettiğimiz bulgular, ilgili literatürlerdeki sonuçlarla karşılaştırılarak, bu lezyonların sıklığı, yerleşimleri ve patogenezi tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Serviks, benign, glandüler, lezyon

Serviksin benign glandüler lezyonları (SBGL) arasında; endoservikal tünel kümeleri tip A ve B (ETK-A ve ETK-B), mezonefrik duktus kalıntısı ve hiperplazileri (MDK ve MDH), mikroglandüler hiperplazi (MGH), diffüz laminer endoservikal glandüler hiperplazi (DLEGH), derin Naboth kistleri (DNK) ve derin bezler, spesifiye edilemeyen glandüler hiperplaziler, metaplaziler (tubal, endometrioid ve intestinal), endometriosis, Arias-Stella reaksiyonu, müsin ekstrasvazasyonuna sekonder değişiklikler, enfektif ve reaktif atipiler vb. yer alır.

Son yıllarda bu lezyonların insidansında görülen belirgin artış, dikkatleri bu lezyonlara çekmiştir. Kendi aralarından çok, özellikle adenoma malignum gibi malign antitelerden ayırıcı tanısında zorluklar olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca bu lezyonların patogenezi hala ışık tutulamamıştır.

Biz, bu çalışmada; belki tesadüfen saptanan, belki de önemsenmeyen bu lezyonların, malignite ile karışabileceklerini göz önünde tutarak, tanı kriterlerinin iyi bilinmesi gerekliliğini vurgulamak amacındayız. Böylelikle bu

SUMMARY

Benign glandular lesions of the uterine cervix include a histological spectrum. They have become increasingly important in recent years because of their apparent increase in incidence and misinterpretation as malignant. Their pathogenesis has not been well-known yet.

In this study, these lesions were identified in 81 (%16.5) of 489 hysterectomy specimens. Endocervical tunnel cluster type B was the first in incidence (%10). Tunnel clusters were located superficially, whereas mesonephric ductus remnants deeply. The clusters, mesonephric ductus hyperplasia and deep Nabothian cysts reached greatest dimensions. The patients' ages ranged from 32 to 80 and the mean ages ranged from 39 to 48. Gravidity was found to be associated with these lesions whereas the hormone use was not.

We aimed to discuss incidence, location and pathogenesis of these lesions and reviewed the relevant literatures.

Key Words: cervix, benign, glandular, lesion

Tablo 1: SBGL'nin kendi arasında ayırıcı tanısı

	Yerleşim	Epitel	Müsin	Patern	stroma
ETK	yüzeysel	kolumnar-yassı	+	solid-kistik	normal
MDK-H	derin	kübik	+	solid	normal
MGH	yüzeysel	rezerv	-	solid	reaktif
DNK	derin	yassı	+	kistik	normal
DLEGH	yüzeysel	kolumnar	+	solid	reaktif

lezyonların gerçek sıklığının ve patogenezi ortaya konabileceğini düşünmekteyiz.

MATERYAL METOD

D.E.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı arşivinde bulunan, son üç yıla ait 489 histerektomi materyalinden alınan, rutin dört kadran serviks doku örneklerinde, bu lezyonlardan bazıları retrospektif olarak araştırılmıştır.

Değerlendirmeler ışık mikroskopisi düzeyinde, rutin HE yanı sıra, PAS ve musikarmin gibi müsin boyaları ile boyalı kesitlerde yapılmış ve lezyonların tanısında Tablo 1'deki kriterler esas alınmıştır.

* X.Ulusal Patoloji Kongresi, 3-7 Kasım 1992 GİRNE, Kıbrıs'ta sunulmuştur.

** D.E.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı

Tablo 2: SBGL'nin, saptandıkları 81 olgu içinde dağılımları

Lezyon	Sayı	Yüzde
ETKB	50	10.2
MDK	15	3.0
ETKA	13	2.6
MGH	4	0.8
DNK	2	0.4
MDH	1	0.2
DLEGH	1	0.2
Toplam	86	17.5

Tablo 3: SBGL'nin derinlik ortalamaları (D) ve maksimum çapları(Ç)

Lezyon	Ç (mm)	D (mm)
ETKB	7.5	0.3
MDK	1.5	4.7
ETKA	7.5	0.9
MGH	1.3	-
DNK	6.5	-
MDH	6.0	-
DLEGH	-	-

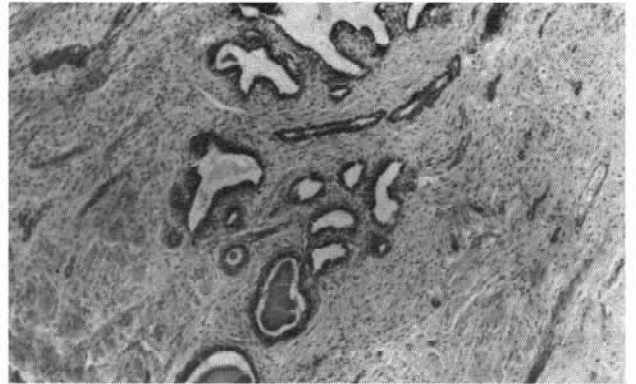
Tablo 4: SBGL saptanan olguların doğum sayısına göre dağılımı

	0	1	2	3	>3
ETKB	2	1	11	6	15
MDK	-	2	3	2	3
ETKA	-	1	4	3	1
MGH	1	-	-	2	1
DLEGH	1	-	1	-	-

Tablo 5: SBGL'nin hormon kullanımı ile ilişkileri

	Toplam	Kullanan
ETK	45	9
MDK-H	11	2
MGH	4	1
DLEGH	1	0

Ayrıca saptadığımız lezyonların mikrokulometrik olarak derinlik ve çapları ölçülmüş ve olguların dosyaları taranarak; lezyonların yaş, gebelik sayısı ve hormon kullanımı ile olan ilişkileri incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar ilgili literatürlerle karşılaştırılmıştır.

**Resim 1: Endoservikal tünel kümeleri tip B (HE X 200).****Resim 2: Mezonefrik duktus kalıntıları (HE X 200).**

BULGULAR

489 histerektomi olgusu içerisinde, bu lezyonlardan bazılarının dağılımını incelediğimizde (Tablo II), 81 olguda (%16,5) bu lezyonlar saptanmıştır. 5 olguda bu lezyonların birlikteliği söz konusudur. Lezyonların kendi içinde dağılımını göz önünde tuttuğumuzda; ETK-B'nin (Resim 1) 50 olgu (%10,2) ile birinci sıklıkta olduğu, MDK'nin (Resim 2) 15 olgu (%3) ve ETK-A'nın 13 olgu (%2,6) ile bunu izlediğimiz görülmüştür.

Olguların derinlik ve çap ölçümlerine baktığımızda (Tablo III); ETK'nin yüzeyel, MDK'nin ise derin yerleşimli olduğu ve ETK, MDH ve DNK'nin büyük çaplara ulaştığı gözlenmiştir.

Lezyonların yaş dağılımı 32-80 ve ortalama yaşları ise 39-48 arasında değişmektedir. Lezyonlar ile doğum sayısı arasında anlamlı bir ilişki gözlenirken (Tablo IV), hormon kullanımı ile böyle bir ilişki saptanmamıştır (Tablo V).

TARTIŞMA

489 olgu içinde 81'inde (%16,5) SBGL'ndan herhangi biri saptanmıştır. İlgili literatürleri incelediğimizde, bu lezyonların, daha düşük bir insidans gösterdikleri görülmektedir.^{1,2,3,4,5,6} Bu farklılığın, gruplar arasındaki farklı doğum sayılarından kaynaklanabileceğini düşünüyoruz. Gerçekten de her iki grupta benzer olarak, özellikle

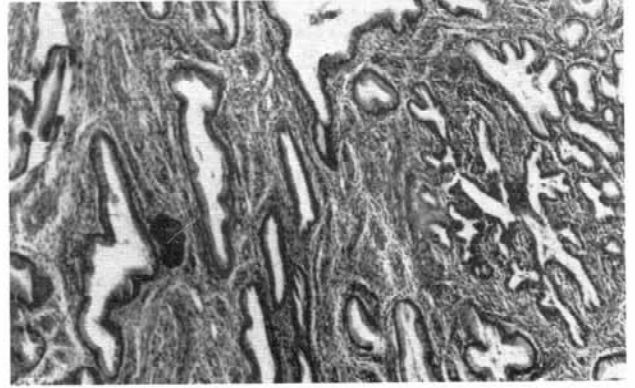


Resim 3: Mikroglanüler hiperplazi (HE X 200).

ETK'nde belirgin olmak üzere, insidans ile gebelik sayısı arasında bir doğru orantı vardır.^{1,2} Ancak örnekleme de insidansı etkileyen bir faktör olabilir. Örneğin yan duvarlarda daha sık görülmesi nedeniyle MDK'nın insidansı %1 ile %22 arasında değişmektedir.⁴

Yine bizim olgularımızda, 32-80 olan yaş dağılımı ile literatür arasında bir benzerlik vardır. Ancak bizim olgularımızdaki 39 ile 48 arasında değişen yaş ortalamaları daha büyüktür.^{1,2,3,4,5,6} Bunun nedeni, belki de bizim çalışmamızda, nispeten daha genç hastalardan alınan, konizasyon materyallerinin yer almaması olabilir.

MGH(Resim 3) ile hormon kullanımı arasında, bir ilişkinin bulunduğunu savunan literatürler yanısıra, özellikle



Resim 4: Diffüz laminer endoservikal glanüler hiperplazi (HE X 200).

yakın tarihli ve çalışmamızda olduğu gibi, bunun aksini savunanlar da vardır.^{1,3}

Ayrıca ETK'nin, MGH'nin ve DLEGH'nin (Resim 4) yüzeysel, DNK ve MDK'nın ise derin yerleşimli olduğu, ETK'nin ve MDH'nin 6 mm'yi geçen çaplara ulaşabileceği, literatürle ortak bulgularımızdır.^{1,2,3,4,5,6}

Sonuç olarak, klinik olarak da önemsenmeyen bu lezyonların; gerçek sıklığının, patogenezinin saptanması, adenoma malignum ve adenokarsinomlar gibi bazı malign antitelerden ayrılabilmesi için, tanı kriterlerinin iyi bilinmesi gerektiğini düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

- 1 Young H.B., Clement P.B.:Pseudoneoplastic glandular lesions of the uterine cervix. Semin Diagn Pathol 1991;8(4):234-249
- 2 Segal H.S., Hart W.R.:Cystic endocervical tunnel clusters. Am J Surg Pathol 1990;14(10):895-903
- 3 Chumas J.C., Nelson B., Mann W.J., et al:Microglandular hyperplasia of the uterine cervix. Obstet Gynecol 1985;66:406-409
- 4 Ferry J.A., Scully R.E.:Mesonephric remnants, hyperplasia, and neoplasia in the uterine cervix. Am J Surg Pathol 1990;14(12):1100-1111
- 5 Jones M.A.,Young R.H., Scully R.H.:Diffuse laminar endocervical glandular hyperplasia. Am J Surg Pathol 1991;15(12):1123-1129
- 6 Clement P.B., Young R.H.:Deep Nabothian cysts of the uterine cervix. Int J Gynecol Pathol 1989;8:340-348