

OLİGHİPOMENORELERDE ANOVULATUAR SIKLUSUN ROLÜ

ÖNVURAL, A., CELİLOĞLU, M., ELBURUS, C.,
TOPUZ, A., UÇAR, A.

ÖZET: Oligomenore, hipomenore ve oligohipomenorelerde anovulatuvar siklus oranının tayini için siklus bozukluklarında kullanılan bütün teşhis metodlarından yararlanmak mümkündür. Ancak bu çalışmada hastalarda anamnez, fizik muayene, fern testi, ipliklenme testi, vaginal smear ve strick küretaj tetkikleri uygulandı. Bunun nedeni, diğer bazı tetkiklerin (kantitatif hormon araştırmaları gibi) memleketimiz şartlarında uygulama güçlüğü, hastanın hospitalize olmaya ikna zorluğu ve hasta ile kollerabasyon kurma (en basiti ile bazal temperatür tayini için) güçlükleridir. Oligohipomenorenin etyolojik nedenleri arasında belirtilen anovulatuvar siklusun bu tipteki siklus bozukluklarındaki sorumluluk oranını tespit etmek için bu çalışmayı yaptık.

ABSTRACT: All methods used in the diagnosis of menstrual irregularities are available in determining the rate of anovulation in oligomenorrhea, hypomenorrhea, and oligohypomenorrhea. However, because of the difficulties in other techniques availability (e.g. quantitative hormone assays), patients rejection to hospitalisation, and difficulties in collaboration with patients, we could only use history, physical examination, Fern-like test, spinnbarkeit test, vaginal cytology and endometrial biopsy in this study. This study was performed for determining causal rate of anovulation in oligohypomenorrhea as an etiologic factor.

Anahtar sözcükler: Oligohipomenore, Anovulatuvar Siklus.

Key words : Oligohypomenorrhea, Anovulatory Cycles.

GİRİŞ: Aşağıda sunulan Tablo 1'de araştırma konumuz olan oligo ve hipomenorelerin siklus bozuklukları içinde hangi sırada yer aldıklarını göstermekteyiz.

Prof.Dr.Ata ÖNVURAL, Dr.Murat CELİLOĞLU, Dr.Cengiz ELBURUS, Dr.Atakan TOPUZ,Dr.Aylin UÇAR,Dokuz Eylül Üniv. Tıp Fak. Kadın Hast. ve Doğum ABD.

Tablo 1

Siklus Bozukluklarının Tasnifi

Bifazik Siklus Anomalileri

1.Ritim bozuklukları

- a)Polimenore
- b)Oligomenore
- 2.Ovulasyon Zamanındaki Bozukluklar
- a)Ara sancıları ve kanamaları
- 3.Mens kanamasındaki anomaliler
- a)Hipomenore
- b)Hipermenore
- 4)Uterin nedenli amenoreler
- a)Travma ile oluşanlar
- Şiddetli kürtaj
- Ağır iltihap (Tbc gibi)
- RIA tatbiki
- Endometriumu tahrip eden neoplazma
- b)Kriptomenore
- 5.Utero-vaginal traktustaki malformasyon ile oluşan Amenore
- Distal jinatrezi

Monofazik Siklus Anomalileri

Normo ve hipogonadotrop

- 1.Şantral hipofizier nedenli siklus anomalileri
- a)Primer hipofiz yetmezliği
- b)Serebral ve hipofiz tüm.
- c)Total hipofiz yetmezliği
- d)Parsiyel hipofiz yetmezliği
- e)Psikojen siklus anomalileri
- 2.Bilateral büyümüş polikistik overler
- 3.Adrenal nedenli bozukluklar
- a)Konjenital sürrenal korteks hipoplazisi
- b)Postpubertal artan adrenal kökenli androjen yapımı
- c)Cushing sendromu
- 4.Tirojen nedenli bozukluklar
- a)Hipotiroidi
- b)Hipertiroidi
- 5.Hormon yapan tümörlere bağlı bozukluklar
- a)Over tümörleri
- b)Sürrenal korteks tümörleri
- c)Ektopik tümörler
- hipergonadotrop**
- a)Gonadal disgenesis
- b)Ovarian hipoplazi

GEREÇ VE YÖNTEM: Olgular D.E.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine müracaat eden ve oligomenore, hipomenore ve oligohipomenore gösteren hastalardan seçildi. Bu iş için 42 hasta hospitalize edildi. Araştırmada şu teşhis metodları kullanıldı:

- 1.Anamnez
- 2.Muayene
- 3.Vaginal Smear
- 4.Servikal mukus ipliklenmesi
- 5.Fern testi
- 6.Strich küretaj

Hastaların anamnezlerinin alınmasını takiben bimanuel vaginal tuşe ile jinekolojik muayeneleri yapıldı. Vaginal smear, ipliklenme ve fern testi için bir kez, preovulatuvar devreye uyan günde gelmeleri istendi. Ancak hastaların büyük bir kısmı bunu kabul etmedi. Ayrıca 42 olgunun 5 tanesi kliniğimize başvurduğunda enaz iki aylık amenore gösteriyorlardı. Bu nedenle tüm olgularda ancak premenstrüel dönemde tetkik yapma imkanı bulundu. Strich küretajların tümü premenstrüel dönemde yapıldı.

BULGULAR: 42 olguda üzerinde yaptığımız çalışmada hastaların;

- 11'i hipomenore
- 18'i oligomenore
- 13'ü oligohipomenore olgusu olarak tanımlandı.

Araştırma grubundaki 42 olgunun yaşları 20-50 arasında idi (Tablo II)

Olgu takdimi	Yaş	OLİGOHİPOMENORE Süresi	Histopatolojik tetkik ve Adetin 26. günü	
			Proliferasyon fazı	Sekresyon fazı
19	20-30	4 ay-13 sene (ortalama 5.5 yıl)	12 (%29)	6 (%15)
23	31-50	8 ay-25 sene (ortalama 5.8 yıl)	14 (%33)	9 (%23)

Tablo II: Oligohipomenoreli olguların yaş, semptomların süresi ve patolojik tetkik sonuçlarına göre dağılımları

Tabloda görüldüğü gibi 20-50 yaşları arasında, anovulatuvar siklus, oligohipomenorenin en sık nedenini oluşturmaktadır. 20-30 yaşları arasındaki anovulatuvar siklus oranı ile 31-50 yaş grubundaki anovulatuvar siklus oranı birbirine çok yakındır.

Yapılan çalışmada oligo ve hipomenore nedenleri olarak anovulatuvar siklus, hipoplazik uterus, oral kontraseptif kullanımı ve endometriumu yer yer yok edecek şekilde yapılmış kürtajlar neden olarak tespit edildi. 1 olguda neden atrofik endometrium idi, 5 olgu ise bilinmeyen nedenler grubunda idi (Tablo III).

Tablo III'de görüldüğü gibi oligo ve hipomenore gösteren 42 olguda 19 olgu ile %45.2 oranında anovulatuvar siklus en sık rastlanılan neden olarak tespit edilmiştir.

Oligohipomenore Nedeni	Oligo Sayısı	Oligohipomenore Nedenlerine Katılma Oranı
Anovulatuar Siklus	19	% 45,2
Yetersiz Lateral Aktivite	5	% 19,0
Hipoplazik Uterus	1	% 2,3
Küretaj	8	% 19
Siliusmeyen Miyom var	5	% 11,9
Atrofik Endometrium	1	% 2,3
Toplam	42	% 100

Tablo III: Oligo ve hipomenore sebeplerinin oligulara göre dağılışı.

Yapılan araştırmada 42 oligunun 10 tanesinde sterilitte tespit edildi. (Tablo IV).

Sterilitte Nedenleri	Oligo Sayısı	Sterilitte Nedenlerine Katılma Oranı
Anovulatuar Siklus	4	% 9,5
Yetersiz Lateral Aktivite Gösteren Endomet.	3	% 11,9
Hipoplazik Uterus	1	% 2,3
TOPLAM		% 23,3

Tablo IV: Oligohipomenorelerde Sterilitte sebeplerinin oligulara göre dağılışı

Siklus Bozuklukları	Olgu Sayısı	Vajinal Smear		Fern Testi		İpliklenme		Histopatolojik Tetkik				
		IMH	SH	+	-	+	-	PFE	SPE	Anov Sik.	Yet Lut Akt G.E	Atrofik End.
Oligomenore	18	16	2	10	8	10	8	11	4	-	3	-
%	%	88	11	55	44	55	44	61	22	0	16	0
Hipomenore	11	8	3	2	9	3	8	3	5	-	9	-
%	%	72	27	81	27	72.7	27	45.5	0	27	0	1
Oligohipomenore	13	10	3	9	4	8	5	6	4	-	2	1
%	%	77	23	70	30	61.5	38	46	30	-	15	7.6

Tablo V.Oligo-hipo ve oligohipomenorede histopatolojik, vaginal sitoloji, spin barkeit ve fern testi tetkiklerinin olgulara göre dağılım.

TARTIŞMA: Oligomenore, hipomenore ile oligohipomenorede sebep olarak birçok neden mevcuttur. Bunlardan biri anovulatuvar siklus varlığıdır.

Mazer ve arkadaşları anovulatuvar siklusun reproduktif çağın sona ermesiyle daha sık görüldüğüne dikkat çekmişlerdir (1). Bu çalışmada ortalama 5.5 senelik oligohipomenore gösteren 20-30 yaş grubundaki 12 olguda (%79 oranında) anovulatuvar siklus tespitine karşılık, ortalama 5-8 senelik oligohipomenore gösteren 30-40 yaş grubundaki 14 olguda (%33 oranında) anovulatuvar siklus mevcuttu. Anovulatuvar siklus daha çok, araştırmacıların belirttiği gibi 30 yaşın altında değil, 30 yaşın üstündeki grupta (%33) bulundu. Anovulatuvar siklusu %31 olarak tespit ettiğimiz 20-30 yaş grubunu araştırmacılar %70 olarak bulmuşlardır:

Lauterwein, 70 oligomenore olgusunda premenstrüel devrede yaptığı strich küretajlarda;

- %24.3 olguda hafif proliferasyon,
- %22.8 olguda normal proliferasyon

%12.1 olguda aşırı proliferasyon
%40 olguda sekresyon fazı tespit etmiştir (2).

Bu çalışmadaki 42 olguda proliferasyon fazı oranı %64 bulunmuştur.

Oligohipomenorenin diğer bir nedeni hastanın oral kontraseptif kullanmasıdır. Buna başka bir makalemizde değindiğimizden bu çalışmada oral kontraseptif kullananlar çalışmaya dahil edilmemişlerdir.

Oligohipomenorenin nedenlerinden birisi de hipoplazik uterusur. Bu çalışmada (%2) oranında oligohipomenore nedeni olarak hipoplazik uterus tespit edilmiştir.

Enerjik olarak yapılan küretajlarda oligohipomenore nedeni olabilir. Bu araştırmada 8 olguda (%19) oranında oligohipomenore nedeni olarak kürtaj olayı tespit edilmiştir.

42 olguluk seride 10 olguda sterilite mevcuttu. Anovulatuvar siklus bunların 4 tanesinde mevcut olup, sterilite nedeni olarak %9.5 oranında rol oynamakta idi.

Döringe'nin 1968'de yaptığı bir çalışmada steriliteden, %6.9 oranında anovulatuvar siklusu sorumlu bulunmuştur (3). Görüldüğü gibi bu oran bu çalışmada bulunan orana çok yakındır.

Birçok araştırmacının belirttiği gibi vaginal smearde orta derecede hipofollikülemi gösteren olgularda intermedier, hafif derecede hipofollikülemi gösteren olgularda süperfisiyel, diğer derecede hipofollikülemi gösteren olgularda parabazal hücre hakimiyeti görülür. Bu çalışmada oligomenore gösteren 18 olgunun vaginal smearinde %88 oranında intermedier, %11 oranında süperfisiyel, hipomenore gösteren 11 olgunun vaginal smearinde %72,7 oranında intermedier, %27 oranında süperfisiyel, oligohipomenore gösteren 13 olgunun smearinde %77 intermedier, %23 süperfisiyel hücre tespit edildi ki bu sonuçlar literatürle uyusmaktadır (4,5,6,7).

Klinik bilgilerimiz ve kaynaklar ışığında proliferasyonun en yüksek seviyesinde fern testi ve servikal muküsün ipliklenme testi pozitif netice verir. Ancak sekresyon safhasında bu testler negatif sonuç verir. 42 olguyu kapsayan çalışmamızda oligomenoresi olan 18 olguda %61 sekresyon, %22 proliferasyon fazına uygun olarak fern testi %55 olguda pozitif, %44 olguda negatif, ipliklenme %55 olguda pozitif, %44 olguda negatif sonuç vermiştir.

Aynı şekilde hipomenoresi olan 11 olguda %45.5 sekresyon, %27 proliferasyon fazına uygun olarak fern testi %18 olguda pozitif, %81.8 olguda negatif; ipliklenme testi %27 olguda pozitif %72.7 olguda negatif tespit edilmiştir. Oligohipomenore gösteren 13 olguda %30 sekresyon, %46 proliferasyon, %7.6 atrofik endometrium sonucuna uygun olarak fern testi %70 pozitif, %30 negatif; ipliklenme %61.5 pozitif, %38 negatif sonuç vermiştir. Bu da literatür sonuçlarına uygunluk göstermektedir (1,2,3, 8,9, 10).

KAYNAKLAR

- 1.Edmund, R. Novak, M.D. Georgeann, S.J. MD Noward WS MO. Novaks Textbook of Gynecology. 9 th Ed. The Williams and Wilkins Comp Baltimore-London 1979; 688-703.
- 2.Kaser, O.H. Freidberg. V. Ober, K.G.: Themson, K. Zander, J. Gynakologie und Geburts hilfe. Band I. Gerg Thieme Verlag. Stuttgart 1969; 252, 316.
- 3.Schwalm, H. Döderlein, G.: Klinik ve Frauen heilkunde und Geburtshilfa. Ein Handbuch fur Die Prayis and G. Urban, Schwarzenber München-Berlin 1967; 242-246.
- 4.Smelka, H. Soast, H. Philipp E. Bichenbach, W.: Grundrid und atlas der gynakologischen zytodiagnostik. Georg. Thiem Verlag. Stuttgart. 1971; 91-95.
- 5.Stell, P. Jagen, J. Dellenbach Hellwey, G.: Gynökologische cytologie, Springer-Verlag Berlin 1968; 113-115, 141-142.
- 6.Stell, P.: Fynö kologöbsche Vital cytologie in der Pro-xis springer-Verlag 1969; 22.
- 7.Wang, A.S.H. Engle E.T. and Buxton C.C.: Anovulatory menstruation in women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1950; 60: 790.
- 8.Bergman, P.: Clinical treatment of anovulation. Int. J. Fertil 1958; 3: 27.
- 9.Claye, A. Bourne, A.: British Obstetric and Gynaecological practice 3th ed. William Heinemann-Medical Books-London 1963; 108.
- 10.Levan, A.B and Szanto P.B.: Pregnancy of anovulatory menstruation as determined by endometrial biopsy. Am. J. Obstet. Gynecol 1944; 43: 75.