

## РЕЗУЛТАТИ ХИСТОПАТОЛОШКИХ НАЛАЗА ПРОМЕНА У ЕНДОМЕТРИЈУМУ КОД МЕТРОРАГИЈА

Нада ТОДОРОВИЋ, Вера ЂОРЂЕВИЋ, Слободан АНТОНИЈЕВИЋ  
Општа болница „Стефан Високи“, Смедеревска Паланка

**КРАТАК САДРЖАЈ:** Анализовани су резултати хистопатолошких прегледа код 786 експлорационих киретажа у трогодишњем периоду, које су предузете код болесница с неуредним и продуженим крвављењима, тј. метрорагијама. Прегледом су обухваћене и амбулантне и хоспитализоване болеснице. Водеће место у патологији ендометријума заузимају аденоматозна (160) и гландуларна хиперплазија (136). Код две болеснице с карциномом ендометријума налаз није потврђен постоперационо, односно поновном експлорационом киретажом.

*Кључне речи:* метрорагија, хиперплазија ендометријума, карцином ендометријума. (СРП АРХ ЦЕЛОК ЛЕК).

### УВОД

Крвављење из материце је у гинеколошкој патологији најчешћи, понекад и једини знак обољења. Без обзира на интензитет, крвављења из утеруса указују да се у слузници материце нешто догађа. То су патолошке промене настале примарно у ендометријуму или су изазване патолошким стањима у другим органима гениталног система, ендокриној корелацији, или су условљене општим обољењима екстрагениталног порекла [1]. Свако крвављење које није физиолошко треба схватити озбиљно и открити узрок.

Ендометријум је ткиво које се у гинеколошком добу жене налази у сталној промени, што се може пратити хистолошким, цитолошким и хистохемијским променама у његовом ткиву. У процењивању правих узрока морфолошких промена и поремећаја у ендометријуму хистопатолошки прегледи су били и остали неопходни и незаменљиви.

### ЦИЉ РАДА

Желимо да прикажемо хистопатолошке резултате материјала добијеног експлорационим киретажама код метрорагија да бисмо утврдили етиологију патолошких процеса који су довели до крвављења, као и да проверимо евентуални развој преканцерских и канцерских стања у ендометријуму у трогодишњем периоду код наших болесница.

### МЕТОД РАДА

Урађена је проспективна студија код 786 болесница. Испитивањем су обухваћене хоспитализоване жене, као и оне које су третиране амбулантно. Код свих је урађена експлорациона киретажа због неуредног, обилног и продуженог крвављења као главног знака болести.

### РЕЗУЛТАТИ

У трогодишњем периоду урађено је укупно 786 експлорационих киретажа код жена с неуредним крвављењима из материце, док полипи цервикса, крвављења из цервиксног канала, из лезија грлића или слузнице вагине нису узети у обзир (Табела 1).

У табели 2 је приказана старосна доб испитиваних болесница. Види се да је највећи број експлорационих киретажа урађен код жена старосне доби од 41

до 50 година, када је и најчешћа дисфункција хормона, најчешћи изостанак овулације и стварања Де Графовог фоликула, без стварања жутог тела и лучења прогестерона. Све се то одражава на ендометријуму који и даље пролиферише под дејством естрогених хормона. Пошто настаје релативни пад нивоа естрогених хормона, зауставља се и пролиферација и настаје крвављење.

Ендометријум је врло сензитиван ефектор на дејство сексуалних хормона [2]. Иако постоји сумња, канцерогена улога естрогених хормона у настанку карцинома ендометријума не може се одбацити. У зависности од трајања и константности ендогено-естрогеног дејства и индивидуалне осетљивости на естрогене хормоне, ендометријум реагује на различите начине, од пролиферације до хиперплазије различитог ступња [3] (Табела 3).

### ДИСКУСИЈА

На основу наших налаза, евидентно су најзаступљеније болеснице с неуредним крвављењима, животне доби између 41 и 50 година (у четвртој и шестој деценији био је исти број болесница).

У патологији ендометријума прво место заузимају аденоматозне хиперплазије у које спадају и с парцијална и цистична хиперплазија, нађене код 160 болесница или 20,4 посто свих испитиваних жена, а које представљају одговор ендометријума на континуисано дејство естрогених хормона. Даљи развој хиперплазије зависи од лучења естрогених хормона: ако се оно настави, може доћи до стварања карцинома [5], а ако лучење престане, процес може и да се повуче. Правом карциному претходи *Ca in situ*, односно атипична хиперплазија [6], која се јавља код 64 испитиваних жена (8,1 посто).

С грандуларном хиперплазијом било је 136 болесница, тј. 17,3 посто, код којих је то био одговор ендометријума на дејство естрогених хормона [4].

ТАБЕЛА 1. - TABLE 1.

Година Year	Укупан број експлорационих киретажа Total number of explorative curettages
1998.	225
1999.	232
2000.	329
Свега Total	786

ТАБЕЛА 2. - TABLE 2.

Година старости Age	31-40	41-50	51-60	Преко 60 Over 60	Свега Total
Curettagae explorativa	168	419	168	31	786

ТАБЕЛА 3. - TABLE 3.

Етиолошки фактор крвављења Aetiologic factor of bleeding	31-40	41-50	51-60	>60	Свега Total
Hyperplasio adenomatosa	23	80	44	13	160
Hyperplasio glandularis	15	83	30	8	136
Hyperplasio simplex	32	50	8	-	90
Hyperplasio cysticus	7	58	27	-	92
Endometritis ch.	25	21	3	-	49
Endometritis ac.	32	10	-	-	42
Hyperplasio atypica	1	28	21	8	64
Polypus endometrii	3	25	13	-	41
Transformatio decidualis	15	28	5	-	48
Fasis secretiones endometrii	16	32	6	-	54
Adenocarcinoma endometrii	-	4	5	2	11
Свега - Total	168	419	168	31	786

Код укупно 11 болесница откривен је карцином ендометријума, тј. аденокарцином, и то код четири у животној доби од 41 до 50 година, код пет од 51 до 60 година и код две болеснице с преко 60 година старости. Код једне болеснице после спроведене операционе терапије, класичне хистеректомије с обостраном аднесектомијом, нису нађене малигне промене на материци – хистопатолошки налаз је гласио: *Sa endometrioides ovarii l. dex.* Хистолошки – другог степена, нуклеусни – другог степена, без пропагације из јајника. *Adenomyomatosis uteri. Endometriosis interna.*

Код друге групе болесница животне доби преко 60 година урађена је поновна експлорациона киретажа, при чему „нису нађене претходно описане малигне ћелије“.

То су старије особе, које су угрожене од појаве малигне дегенерације ендометријума [5-7].

Код 103 жене с неуредним крвављењима и последичном хиперплазијом ендометријума, утврђене су миомаатозне промене на материци, што се доводи у везу с хиперестрогенизмом, који постоји у току оба поремећаја.

*Endometritis ac.* био је удружен са запаљењским процесима на унутрашњим гениталним органима, а код 35 болесница с *Endometritis ch.* експлорациона киретажа је учињена после екстракције спирале.

У терапији хиперплазије гландула предлажемо примену гестагених средстава, уз контролисање стања ендометријума ултразвуком, и повремену експлорациону киретажу. Код аденомаатозне хиперплазије неопходни су клиничка и хистопатолошка контрола и контролни прегледи ултразвуком или операционо лечење, зависно од година старости. Код атипичне хиперплазије неопходно је операционо лечење, као и код карцинома ендометријума. Цистичну хиперплазију у периоду перименопаузе, менопаузе и постменопаузе сматрамо факултативно преканцерским стањем и предлажемо операционо лечење.

Учесталост карцинома ендометријума бележи стални раст у последњих 50 година. Разлог пораста су продужен животни век жене, као и предиспонујући фактори: гојазност, шећерна болест, артеријска хипертензија, али и стално усавршавање и шира примена метода дијагностике [9].

Сви аутори се слажу да је хистопатолошки изглед ендометријума најпоузданији у трагању за правом дијагнозом [5-7].

### ЗАКЉУЧАК

У трогодишњем периоду урађено је 786 експлорационих киретажа због ирегуларних крвављења. Најчешћи узроци крвављења су аденомаатозна, гландуларна и цистична хиперплазија ендометријума. Код 103 жене су дијагностиковане и миомаатозне промене на зиду материце. Откривено је 11 карцинома ендометријума, а у два случаја налаз није потврђен после хируршке интервенције, односно поновне експлорационе киретаже.

Највећи број болесница јесу у петој и шестој деценији живота код којих смо регистровали и малигне промене на ендометријуму. У трогодишњем периоду забележили смо пораст броја жена с неуредним крвављењем, што се може протумачити погоршањем стања здравља као и бољом здравственом обавештеношћу болесница.

И поред свих савремених дијагностичких и техничких могућности, и даље има тешкоћа при процени малигног потенцијала хиперплазија ендометријума. Стога болеснице с рецидивирајућим крвављењем због хиперплазије треба да буду под интензивним гинеколошким надзором.

Фракционисана експлорациона киретажа, с хистопатолошким анализом добијеног материјала, метод је избора у дијагностици премалигнућих и малигнућих промена ендометријума [9].

### ЛИТЕРАТУРА

1. Popović-Školjević D. Promene u endometriju kao uzrok uterinih krvavljenja u perimenopauzi. XXIV gin.-akuš. nedelja SLD 1980;394.
2. Botella Jose Lusia. Endocrinologia dela mujer. 5a Edicion, Editorial Cientifico Medica, Barcelona 1976.
3. Dewhurst CJ. Integrated obstetrics and gynecology for postgraduates; 511-38.
4. Berger M, Urbanke A. Na temu ranog otkrivanja karcinoma endometrija. VII kongres ginek. i opstetr. Jugoslavije, Beograd 1972;87.
5. Mirković A, Bročić M, Luković R, Grubač M, Lazarević B. Hyperplasio endometrija u postmenopauzi. XV gin.-akuš. nedelja. SLD, Beograd 1971;173.
6. Pschyrembel W.: Praktična ginekologija. Medicinska knjiga, Beograd 1969.
7. Živković B, Vuković B, Apač Ž, Rajković D. Krvavljenje iz uterusa u menopauzi. XV gin.-akuš. nedelja. SLD, Beograd 1971;181.
8. Tuškan E. O prekanceroznim lezijama endometrija. Jugosl. ginek. i opstetr. god. 1971;11(2):145.
9. Milenković V. Maligni tumori tela materice. XIII kongres gin. i opstetr. Jugoslavije 2001;7-11.

NADA TODOROVIĆ  
26 000 Smederevska Palanka, Vuka  
Karadžića 2  
Tel.: 026/311-194

RESULTS OF HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS OF ENDOMETRIAL CHANGES  
IN METRORRHAGIAN. TODOROVITSH, V. DJORDJEVITSH, S. ANTONIJEVITSH  
Stefan Visoki General Hospital, Smederevska Palanka

Endometrium is a tissue which is in permanent changes in the active gynaecological period of a female. This can be followed-up through histological, cytological and histochemical changes. In determining the morphologic changes and disturbances in endometrium, pathohistological examinations were and still are necessary and irreplaceable in defining the real causes of this phenomenon. The aim of our work is to show the pathohistological results of the material obtained by explorative curettage in metrorrhagia, to determine the aetiology of the pathological process in endometrium, which provokes irregular bleeding, and to check the possible increase in precancerogenic and malignant endometrial conditions over a period of three years. The examinations covered 786 patients who asserted that bleeding was the main symptom of their illness. In all of them explorative curettage was performed mainly in diagnostic and often in therapeutic purposes.

The number of examinations are in constant increase. The age of the largest number of patients was from 41 to 50 years, a period when the anovulatory cycle is most frequent which, in turn, causes changes in endometrium which results in irregular bleeding i. e. in metrorrhagia (Tables 1, 2 and 3). The most frequent histopathological changes were

manifested by adenomatous hyperplasia (160), then glandular (136) and cystic hyperplasia (92). Eleven cases of endometrial carcinoma were detected. In two of these patients the finding was not confirmed by pathohistological result after the operation or repeated explorative curettage. In 64 patients atypical hyperplasia i. e. Ca in situ was found. Acute endometritis followed by irregular bleeding was observed during inflammatory process of the internal genital organs. In 35 patients chronic endometritis was found after curettage following the extraction of the intrauterine device (in one case after 40 years of carrying). In 103 patients with hyperplasia myomatous changes were noted; this finding correlated with hyperoestrogenism, which is usually present in both disorders. All authors agree that pathohistological examination of endometrium is the most reliable in the search for a correct diagnosis. Despite of all modern diagnostic and technical means, difficulties always arise in the assessment of malignant potential of endometrial hyperplasia. Therefore, the patients with recurrent bleeding caused by hyperplasia should be under intensive gynaecological control.

*Key words:* Metrorrhagia, hyperplasia of endometrium, endometrial carcinoma. (SRP ARH CELOK LEK).