

Kolonoskopi ile saptanan intestinal endometriozis: Nadir bir olgu sunumu

Intestinal endometriosis identified by colonoscopy: A rare case report

Bilge BAŞ¹, Bülent DİNÇ², Nazif Hikmet AKSOY³, Ayhan Hilmi ÇEKİN¹

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Gastroenteroloji Bölümü, Antalya
Atatürk Devlet Hastanesi, ²Genel Cerrahi Bölümü, ³Patoloji Bölümü, Antalya

Endometriosis fonksiyonel endometrial stroma ve glandların uterus kavitesi dışında yerleşmesidir. Ektopik endometrium dokusu çoğunlukla pelvik organlar, overler, pelvik periton, rektovajinal septum ve serviks yayılır. Bunlar arasında intestinal endometriozis nadir görülen önemli bir durumdur. Intestinal endometriozis en sık rektosigmoid ve rektovajinal septumda görülür. Periyodik rektal kanama, pelvik ağrı en belirgin semptomlarıdır. Bu vaka sunumunda, pelvik ağrı ve rektal kanama şikayeti olan ve intestinal endometriozis tanısı koyulan hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Endometriozis, rektal kanama, pelvik ağrı, kolonoskopi

Endometriosis, functional endometrial stroma, and glands is a settlement outside the uterine cavity. Ectopic endometrial tissue spreads mostly to the pelvic organs, ovaries, pelvic peritoneum, rectovaginal septum, and cervix. Among these, intestinal endometriosis is an important and rarely encountered condition. Intestinal endometriosis is most commonly seen in the rektosigmoid and rectovaginal septum. Periodic rectal bleeding and pelvic pain are the most common symptoms. In this case report, we present a patient who was admitted with complaints of pelvic pain and rectal bleeding and was diagnosed with intestinal endometriosis.

Key words: Endometriosis, rectal bleeding, pelvic pain, colonoscopy

GİRİŞ

Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterin kavite dışındaki alanlarda ektopik olarak bulunmasıyla oluşan benign bir hastalıktır. Genellikle üreme çağındaki kadınlarda görülür (1). Uterus kasları içinde yerleşen endometrial dokuya internal endometriozis, diğer alanlarda görülenlere ise eksternal endometriozis denir (2). Endometriozis en sık pelvik boşlukta görülmekle beraber, ekstrapelvik endometriozis şeklinde vücudun her organında görülebilir. Ektopik endometrium dokusunun sıklıkla görüldüğü pelvik organlar; overler, pelvik periton, rektovajinal septum, Douglas boşluğu ve servikstir. Pelvik organlar dışında vücutta akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, ureterler, umblikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi hemen her organda görülebilir (3). Intestinal tutulum özellikle rektosigmoid bölgededir. Pelvik endometrioziste hastalar, menstruasyonun periyodunun 3-4 gün öncesinden başlayıp kanamanın ilk birkaç gününe kadar devam eden siklik ağrılardan şikayet ederken intestinal endometrioziste farklı şiddetlerde periyodik rektal kanama, pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon ya da tekrarlayan diyare, şişkinlik, gaz en belirgin semptomlardır. Bu şikayetlerin yanı sıra ileus ve akut batın gibi acil klinik durumlara da yol açabilirler. Bu nedenle intestinal endometriozis; Crohn hastalığı, apandisit,

iskemik kolit, divertikülit, soliter rektal ülser ve maligniteler ile karıştırılabilir, bu da teşhisin geç konulmasına neden olabilir (4). Bu nedenle tanı ve tedavide gastroenterologların, jinekologların, cerrahların ve patoloğların ortak çalışmaları gerekmektedir.

Burada pelvik ağrı ve rektal kanama nedeni ile başvuran ve intestinal endometriozis teşhisi konulan hasta sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU

Kırk üç yaşında, kadın hasta yaklaşık son 5 yıldır ara ara olan müphem karın ağrısı ve son 3 aydır olan rektal kanama şikayetleri ile cerrahi polikliniğine başvurdu. Anamnezde kanamanın spesifik olarak menstruasyonla ilişkisinden bahsetmiyordu. Son zamanlarda karın ağrısının daha belirgin olduğu ve batın alt kadranda, özellikle sağ bölgeye lokalize olduğunu belirtiyordu. Hastanın normal doğum ile dünyaya gelmiş, sağlıklı iki çocuğu vardı ve hiç düşük anemnezi yoktu. Yirmi sekiz-otuz günde bir olan ve ortalama beş gün süren düzenli menstruasyon tarifliyordu. Herhangi bir sistemik hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç bulunmuyordu. Fizik muayene bulguları normal saptandı. Rektal tuşede ele bulaşan kan ya da başka bir özellik yoktu.

Baş B, Dinç B, Aksoy NH, Çekin AH. Intestinal endometriosis identified by colonoscopy: A rare case report. *Endoscopy Gastrointestinal* 2018;26:37-39.

DOI: 10.17940/endoskopi.434904

İletişim: Bilge BAŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

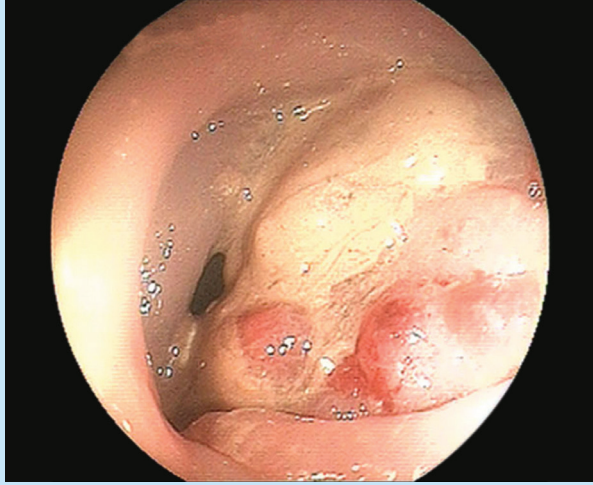
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bölümü, Antalya

E-mail: bilgeormeci@hotmail.com

Geliş Tarihi: 18.01.2018 Kabul Tarihi: 12.02.2018

Çıkar çatışması: Tüm yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Yapılan batın ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi. Başvuru hemoglobinin 11.2 gr/dl idi. Biyokimyasal tetkiklerde özellik saptanmadı. Rektal kanama etiyolojisini araştırmak amacıyla hastaya kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide anal kanaldan itibaren 15. cm'de endoskopun geçişine izin veremeyen, lümeni çepeçevre saran, vejetan kitle izlendi (Resim 1). Kitleden multipl biyopsiler alındı. Patoloji ile spesifik bir tanı konulamadığından kolonoskopik biyopsi işlemi üç kez tekrarlandı. Tekrarlayan biyopsiler ile tanı konulamaması, kitlenin lümeni tama yakın obstrükte etmesi ve kolonoskopik görünümün malignite düşündürmesi nedeniyle hastaya cerrahi operasyon önerildi. Hastaya low anterior rezeksiyon prosedürü uygulandı. Cerrahi materyalinin histopatolojik incelemesinde rektum duvarının tüm katları ve perirektal yağ dokusuna infiltratör Sitokeratin7 (CK7), Sitokeratin10 (CK10), Sitokeratin20 (CK20), CDX2 ve östrojen reseptör (ER) paneli ile pozitif bulunan endometriozis odakları görülmüştür (Resim 2).

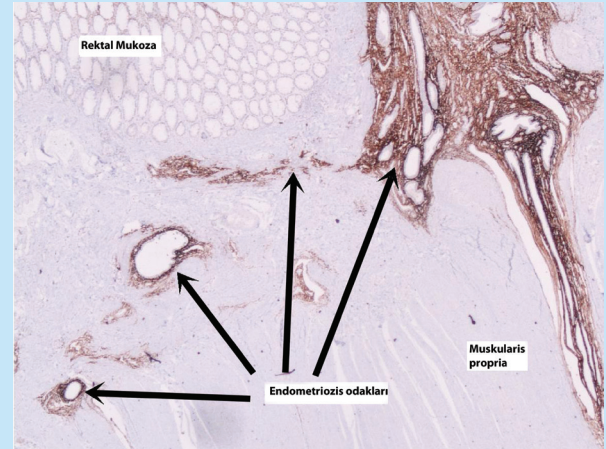


Resim 1. Lümeni tıkayan kitlenin kolonoskopi görüntüsü.

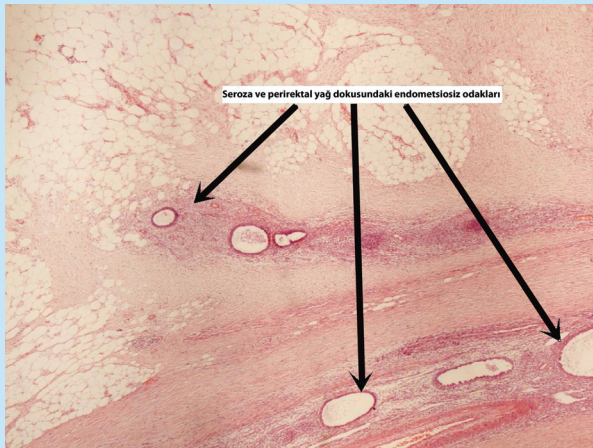
TARTIŞMA

Fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunması olarak kabul edilen endometriozisin reproduktif dönemdeki kadınlardaki prevalansı %8-15 arasında değişmektedir (5). Endometriozis vücudun değişik bölgelerinde yerleşebilmektedir. Pelvik yerleşim en sık overlerde (%54.9), posterior broad ligamentde (%35.2), anterior cul-de-sac'da (%34.6), posterior cul-de-sac'da (%34) ve uterosakral ligamentde (%28) olmaktadır (1). Pelvis dışı yerleşim en sık bağırsak, deri ve akciğerde gözlemlenir. İntestinal endometriozisin en sık yerleşim yerleri ise rektosigmoid (%74) ve rektovajinal septumdur (%12), daha az olarak ince barsaklar, çekum (%2) ve appendiksde (%3) olabilir (4).

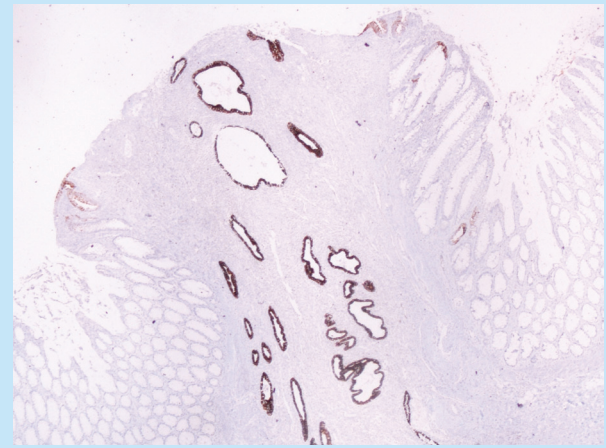
Endometriozisin patogenezinde değişik teoriler ortaya atılmıştır. Metaplazi teorisi, vasküler yayılım, retrograd menst-



Resim 3. Rektum duvarında görülen endometrial bezler ve stromalar. Endometrial stroma pozitif CD10, x2.



Resim 2. Seroza ve perirektal dokudaki endometriozis odakları (Hemotoksilen Eosin x2).



Resim 4. Lamina propria ve submukozada endometriozis infiltrasyonu olan rektum mukozası. Kolon epitelini negatif kontrastlı, endometrial bezler pozitif CK7, X2.

ruasyon gibi pek çok teori mevcut olsa da günümüzde en fazla kabul göreni menstruasyon sırasında hala canlı olan endometrial hücrelerin taşınmasına dayanan transplantasyon teorisi (6). Ancak bu teorilerin hiçbiri beyin, akciğer gibi uzak organlardaki endometriozisi açıklamaz (1).

Endometriozis tanısı alan olguların üçte biri asemptomatiktir. Klinik bulguların şiddeti de hastaya göre değişir. En sık karşılaşılan şikayetler pelvik ağrı, sekonder dismenore, disparoni, adet düzensizliği ve infertilitedir (5). İntestinal endometriozisli hastalar asemptomatik olabilecekleri gibi, hastalarda rektal kanama, şiddetli pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare ve gaz şikayetleri olabilir. Bunlar arasında rektal kanama en önemli semptom olmaktadır (4). Vakamızın da karın ağrısı, rektal kanama, kabızlık şikayetleri mevcuttu. Ancak hastanın rektal kanamasının menstrual sikluslar ile ilişkisi yoktu.

İntestinal endometriozisli hastalarda tablo Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, malignite ve soliter rektal ülseri ile karışabileceğinden tam sıklıkla zor ve geç konulabilmektedir (4). Bizim hastamızda kolonoskopide endoskopun geçişine izin vermeyen obstrüksiyon ve endometriozis dokusunun vejetan görünümde olması öncelikle malignite düşündürmüş olup tanıyı kesinleştirmek için kolonoskopi ile multiple biyopsiler alınmıştır. Üç kez tekrarlanan patolojik inceleme sonrasında tam bir tanı konulamaması ve obstrüksiyonun olması nedeniyle tekrar kolonoskopi planlanmadan cerrahi yapılmıştır.

Ülser ve inflamasyonun belirgin olduğu olgularda lezyon histopatolojik incelemede soliter rektal ülser ya da inflamatuvar barsak hastalığı ile karışabilir. Mukozanın normal morfolojide olduğu tubal metaplazi gelişen olgularda siliaların görülmesi endometrial glandların ayırt edilmesinde yararlı olabilir. CK7, CK20, CDX2 ve ER paneli uygulanması şüpheli olgularda endometriozis tanısında yararlıdır (7). Bizim vakamızda CK7, CK10, CK20, CDX2 ve ER paneli uygulanmış ve endometriozis ile uyumlu bulunmuştur (Resim 3,4).

Kolonik endometrioziste bizim vakamız gibi lümeni daraltan lezyonun obstrüksiyon yapmasına bağlı perforasyon ve peritonit olabilmektedir. Bu da akut batın ve acil operasyona sebep olabilir. İnce barsak tutulumunda ise Crohn hastalığı kliniğine benzer şekilde daha çok karın ağrısı ve şişkinlik ön planda olmaktadır. Çekumu tutan endometrioziste özellikle menstrual siklus dönemlerinde akut apandisit taklit eden klinik görülebilir. Appendiks endometriozisi ise nadir olarak appendektomi materyallerinde görülebilmektedir. İntestinal endometriozisin tedavisinde genellikle cerrahi yöntem tercih edilmektedir (6). Hormon supresyon tedavisi genellikle cerrahi yapılamayan hastalarda kullanılsa da yanıtlar genellikle iyi değildir. Hormonal tedavinin ilerleyen endometriozisin oluşturduğu ülser, düz kas hipertrofisi, hemoraji ve inflamasyondan kaynaklanan adezyona bağlı darlık semptomları üzerinde düzeltici etkisi yoktur. Cerrahi yöntem olarak tutulmuş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anastomoz tercih edilen yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Solmaz Ö, Bozan M, Kanat B. Endometriozise bağlı akut apandisit: Olgu sunumu. Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:147-9.
2. Simoglou C, Zarogoulidis P, Machairiotis N, et al. Abdominal wall endometrioma mimicking an incarcerated hernia: a case report. Int J General Med 2012;5:569-71.
3. Singh A. Umbilical endometriosis mimicking as papilloma to general surgeons: A case report. Australas Med J 2012;5:272-4
4. Kılıç ZMY, Özün Y, Kaçar Z, et al. İntestinal endometriozis: Nadir bir olgu sunumu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2008;7:114-7.
5. Soylu L, Aydın O, Aydın S, Özçay N. Akut apandisit neden olan endometriozise bağlı appendiks invaginasyonu: Olgu Sunumu. Ulusal Cer Derg 2014;30:106-8.
6. Hasegawa T, Yoshida K, Matsui K. Endometriosis of the appendix resulting in perforated appendicitis. Case Rep Gastroenterol 2007;1:27-31.
7. Jiang W, Roma AA, Lai K, et al. Endometriosis involving the mucosa of the intestinal tract: a clinicopathologic study of 15 cases. Mod Pathol 2013;26:1270-8.