

Rekto-Sigmoid Kolonda Ekstragenital Endometriozis: Olgu Sunumu

Extragenital Endometriosis In Recto-Sigmoid Colon: Report Of A Case

Ayşe Gül KEBAPÇILAR¹, T.Tuyan İLHAN¹, Nilgün AVŞAR¹, Pınar KARABAĞLI², İlhan ECE³, Çetin ÇELİK¹

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D, Konya, Türkiye

² Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji A.B.D, Konya, Türkiye

³ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.B.D, Konya, Türkiye

ÖZ

Endometriozis, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen bir hastalık olmakla birlikte, intestinal endometriozis oldukça nadir görülen ve önemli klinik sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Bu sunumda, pelvik kitle nedeniyle opere edilen operasyon sırasında kolon kanseri düşünülmeyle birlikte postoperatif histopatolojik tanısı rekto-sigmoidal endometriozis olduğu saptanan 37 yaşında kadın hasta tartışılmıştır. İntestinal endometriozis bir çok hastada spesifik olmayan bulgu ve semptomlara neden olmaktadır. Pelvik kitle ile başvuran kadın hastaların ayırıcı tanısında intestinal endometriozis olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Pelvik kitle, sigmoid kolon, endometriozis

ABSTRACT

Although endometriosis is a common disease in women of childbearing age, intestinal endometriosis is unusual and may cause clinically significant complications.

We report a 37-year-old woman who presented with pelvic mass. She was operated on with an intraoperative diagnosis of colon malignancy. The diagnosis of rectosigmoid endometriosis was made only after histological examination of the resected specimen. Intestinal endometriosis has a diverse clinical spectrum, with nonspecific features in many patients. In female patients who have pelvic mass, intestinal endometriosis should also be considered in the differential diagnosis.

Keywords: Pelvic mass, sigmoid colon, endometriosis

Giriş

Endometriozis genellikle reproduktif çağındaki kadınlarda saptanan, sıklıkla dismenore, pelvik ağrı ve infertiliteye neden olan, endometrial dokunun uterus kavitesi dışında bulunması ile karakterli histopatolojik olarak benign, ancak klinik prezentasyonu açısından malign davranışlı kronik bir hastalıktır (1,2). Endometriozis sıklığı reproduktif çağındaki kadınlarda %3 ile %37 arasında değişmektedir (2,3).

Endometriozis ile ilgili literatür oldukça geniştir. Bütün yoğun ve pahalı çalışmalarına rağmen doğası hala tamamiyle anlaşılamamış olan bu hastalık jinekologların ilgisini her zaman çekecek gibi gözükmektedir. Çoğunlukla pelvik bölgede ve jinekolojik dokularda (over, tüp, broad ligament üzerinde) görülmesine karşın pelvik ekstragenital organlarda (kolon, rektum, sigmoid, mesane, appendiks) veya ekstrapelvik sahalarda da izlenebilir. Ekstrapelvik olarak endometriozis, gözde, böbreklerde, böbreküstü bezlerde, akciğerde, barsaklarda, umbilikusda, merkezi sinir sisteminde, diyaframda, safra kesesinde, kalpde, karaciğerde, biceps kasında, kemikte, periferik sinirlerde ve ciltte bulunabilir (4).

İntestinal endometriozisin en sık yerleşim yerleri rektosigmoid (% 73) ve rekto-vajinal septumdur (% 13) (5). İntestinal endometrioziste görülen semptomlar, farklı şiddetlerde sıklıkla rektal kanama, pelvik ağrı, konstipasyon veya tekrarlayan diyare ve gazdır. İntestinal endometriozisli hastalarda rektosigmoidoskopi

ve kolonoskopi gibi daha spesifik araştırmalar gerekebilmektedir. Bu yüzden tanı ve tedavide cerrahlar ve jinekologların ortak çalışmaları gerekmektedir.

Burada pelvik ağrı ve pelvik kitle nedeni ile başvuran ve operasyon sonrası rekto-sigmoidal endometriozis teşhisi konulan hasta sunulmaktadır.

Olgu

K.B., 37 yaşında, G2P2Y2 (2006-2008 yılında sezaryen) olan hasta özellikle son 6 aydır belirginleşen karın ağrısı şikayeti ile dış merkezde bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olup, yapılan tetkiklerinde douglası dolduran 8 cm'lik solid-kistik kitle ve ca125 değerinin 235 U/mL olması üzerine hastanemize yönlendirilmiştir. Hastanın adetleri düzenli olduğu ve hikayesinde karın ağrısının adet sırasında arttığı öğrenildi. Hasta 2004 yılında ovaryan endometrioma kisti nedeniyle sağ ovaryal kistektomi geçirmişti. Bu operasyon sonrası hasta altı ay goserelin asetat kullanmış fakat fayda görememişti.

Başvuru sırasında hastanın genel durumu iyiydi. Jinekolojik muayenede uterus normal irilikte ve hareketsizdi. Transvajinal ultrasonografide sağ over uterusu bitişik izlenirken sol over uterusun posteriorunda izlendi ve içerisinde 84mm'lik endometrioma ile uyumlu kistik kitle izlendi. Bunun üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide sol adneksiyele lojda yaklaşık 8x5 cm'lik, sağ adneksiyele lojda yaklaşık 1.5x2 cm'lik postkontrast kesitlerde minimal kontrastlanan duvar yapısı gösteren yoğun içerikli hipodens kistik lezyon (endometrioma)

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:

Ayşe Gül Kebapçılar

Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Selçuklu/Konya 42131, Türkiye

Tel/ Phone: 0505 448 28 54

E-mail: aysegulkebacilar@yahoo.com

Geliş Tarihi/ Received: 15/10/2014

Kabul Tarihi/ Accepted: 16/12/2015

saptandı. Şiddetli karın ağrısı ve pelvik kitlesi olan hastaya operasyon önerildi.

Yapılan batin içi eksplorasyonda batin içinde yaygın yapışıklıklar izlendi, sigmoid kolon tamamen uterus posterioruna yapışık olarak gözlemlendi. Yapışıklıklar künt ve keskin disseksiyon ile açıldığında douglasta bulunan peritoneal katlantının 10 cm üzerinde sigmoid kolonun tamamına yakını kaplayan sert ve kanamalı alanlar içeren kitlenin izlenmesi üzerine genel cerrahi ekibinden konsültasyon istendi. Genel cerrahi ekibi tarafından değerlendirilen ve malignitenin dışlanamaması sonucu kolon kanseri ön tanısı ile hastaya kolon rezeksiyonu, appendektomi ve sağ salpenjektomi uygulandı. Geçici Hartmann tipi kolostomi açıldı. Douglas'a 1 adet silastik dren konularak işlem tamamlandı.

Makroskopik incelemede rezeke edilen kolon segmentinin uzunluğu 18 cm olup materyal üzerinde bir taraf cerrahi sınırdan 9 cm uzaklıkta ekstralüminal fibrotik yapışıklıklar ve kanama alanları mevcuttu. (Resim 1) Materyal açıldığında bu alanlarda barsak lümenini daraltan ve duvarı kalınlaştıran kanamalı, küçük kistik yapıların varlığı görüldü. Mukoza çoğu alanda olağan görünümde idi (Resim 2).

Resim 1: Ekstralüminal fibrotik yapışıklıklar ve kanama alanları mevcut materyal



Resim 2: Normal Mukozal Görünüm



Mikroskopik incelemede kolona ait örneklerde yüzeyde olağan mukoza izlenmiş olup muskularis propria ve submukozada endometriyal glandlar ve yoğun sellüler endometriyal tipte stroma izlendi.

Olgu ekstragenital "rekto-sigmoid kolon" endometriozisi olarak değerlendirildi. Hasta postoperatif dönemde izleme alındı ve kolostomisi 2,5 ay sonra sorunsuz olarak genel cerrahi tarafından kapatıldı.

Tartışma

Endometriozis, histolojik olarak endometriyal gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunması olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis gelişimini açıklayan birçok teori mevcuttur. Sampson tarafından ortaya atılan retrograd yayım teorisini en çok kabul görendir. Bu teoriye göre, endometriyal hücrelerin menstruasyon boyunca fallop tüpleri yoluyla peritoneal kaviteye ve çeşitli diğer alanlara doğru ilerlediği düşünülür. Çöломik metaplazi, vasküler yayım ve otoimmün hastalıklar diğer ileri sürülen gelişim teorileridir(6,7).

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) yerleşir (8). Gastrointestinal organlarda %3-37 oranında görülme oranı sık yerleşim yerleri rektosigmoid (% 73) ve rektovajinal septumdur (% 13) (5).

Histopatolojik incelemede, endometrial bez ve stroma birlikte izlenir. Ancak uzun süreli olgularda sekonder fibrozis gelişimi tanıyı zorlaştırır. Endometriozis, intestinal organlarda genellikle, bu olguda da olduğu gibi seroza ya da subserozaya yerleşimlidir. Bazı durumlarda ise muskularis propria ve submukozaya yerleşebilir (9). Endometriozis tanısı alan olguların üçte biri asemptomatiktir. Bizim olgumuzunda karın ağrısı dışında hiçbir intestinal şikayeti bulunmamaktaydı. İntestinal endometriozisde abdominal kramp, bulantı, rektal kanama, rektovajinal kolonik kitle ve barsak tıkanıklığı görülebilir. Semptomlar tek başına tanı koymada yardımcı değildir. Bazı endometriozis olgularında serum CA125 düzeyleri yüksek olabilir, laparoskopi ile karşılaştırıldığına tek başına diagnostik önem taşımaz (10). Ayrıca ektopik endometrial doku, özellikle östrojen olmak üzere ovaryan hormonların etkisiyle barsak duvarına ve peritonea yapışabilir, siklik kanamalarla lezyon çevresinde inflamasyon ve fibrozis gelişir. Bu ilerleyici durum barsağı çevreleyerek lümeni daraltır ve zamanla obstrüksiyona yol açar (11,12). Pek çok intestinal endometriozis tanısı laparotomi ya da laparotomi sırasında konulmaktadır. İntestinal endometriozisli hastalarda tablo, malignite dahil olmak üzere bir çok hastalıkla karışabileceği için tanı sıklıkla zor ve geç konulabilmektedir. Bizim olgumuz da adneksiyel kitle düşünülerek operasyona alınmış ve operasyon sırasında ise kolon kanseri düşünülerek kolonik rezeksiyon uygulanmıştır.

İntestinal endometriozis tanısı radyolojik olarak tanı konulması zor bir durumdur (13). Patognomonik olarak ne bir radyolojik ne de kolonoskopik bir belirteçi olmadığı için tanı sadece histopatolojik olarak konulur. Bizim olgumuzda lezyon rekto-sigmoidal bölgeyi annuler tarzda sarmış olsada tanısı ne preoperatif ne de operasyon sırasında konulamamıştır.

İntestinal endometriozisin tedavisi çoğunlukla cerrahidir (14). Değişik hormon supresyon tedavilerine yanıtlar genellikle iyi değildir. Herhangi bir sebeple operasyona alınamayan hastalarda medikal tedavi uygulanabilir. Bu amaçla danazol, gonodotropin-releasing hormon analogları, oral kontraseptifler, prostoglandin inhibitörleri kullanılabilir. Ağrı, kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklikler ve barsak tıkanıklığı durumlarında cerrahi endikasyonu vardır. İnter-mural endometriozisin ilerlemesinin sonucu olarak nadiren barsak tıkanıklığı görülebilir. Hormonal tedavinin tıkanıklık semptomları üzerinde düzeltici etkisi yoktur. Etkilenmiş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anostamoz, intestinal endometriozis hastalarında kabul gören en iyi yaklaşımdır (15). Ayrıca kolonik endometriozis pre ve postmenopozal dönemde de aktif olarak kalabileceği için her yaş grubunda cerrahi ön planda düşünülmelidir.

Sonuç olarak doğurganlık çağında pelvik ağrı ve kitle ile başvuran kadın has-

talarda ayırıcı tanıda akla intestinal endometriozis de gelmelidir. Bu tablo nadir görülür ve bir çok hastalığı taklit edebilir. İntestinal endometriozisin tedavisi çoğu vakada cerrahidir. Hormon supresyon tedavileri genelde başarısızdır. Ancak cerrahi tedavi yapılamayan veya kabul etmeyen hastalarda medikal tedavi patolojik süreci durdurmada yardımcı olabilir. Ağrı, kanama, diyare, konstriksiyon ve obstrüksiyon durumlarında cerrahi tedavi gereklidir. Özellikle obstrüksiyon ortaya çıkmışsa hormonal tedavinin yararı yoktur. İntestinal endometrioziste etkilenmiş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anostomoz en iyi tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir. Bu yüzden tanı ve tedavide cerrahlar ve jinekologların ortak çalışmaları gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Nezhat F, Shamshirsaz A, Yildirim G. Pelvic Pain, Endometriosis, and the Role of the Gynecologist. In: Altcheck A & Deligdisch L eds. Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology. 1st ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2009: 174-194.
2. Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM eds: Diseases of the peritoneum. In: Blaustein's Pathology of The Female Genital Tract. 6th ed. Springer-Verlag; New York, 2011, 654-656.
3. Yalın Kılıç ZM, Ozin Y, Kacar S et al. Intestinal endometriosis: A rare presentation of endometriosis . Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2008; 7: 114-117.
4. Rehman J, Yildirim G, Khan SA, Chughtai B, Nezhat F. A case of successful laparoscopic resection of adrenal gland endometriosis. Fertil Steril. 2008 ; 90: 2015.
5. Bartkowiak R, Zieniewicz K, Kaminski P, Krawczyk M, Marianowski L, Szymanska K. Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis: A case report. Med Sci Monit 2000;6:787-90.
6. Hesla JS, Rock JA. Endometriosis. In:Rock JA, Thompson JD (eds.). Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997:585-624.
7. Rock J, Markham SM. Pathogenesis of endometriosis. Lancet 1995; 340: 1264-7.
8. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. et al. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. 1986;67:335-38.
9. Yantis RK, Clement PB, Young RH. et al. Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. Am J Surg Pathol. 2000; 24: 513-24.
10. Yoshida M, Watanabe Y, Horiuchi A, Yamamoto Y, Sugishita H, Kawachi K. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: Significance of preoperative diagnosis. World J Gastroenterol 2007; 13: 5400-2.
11. Bergqvist A. Extragenital endometriosis: a review. Eur J Surg 1992; 158: 7-12.
12. Bromberg SH, Waisberg J, Franco MIF, et al. Surgical treatment for colorectal endometriosis. Int Surg 1999; 84: 234-8.
13. Meyer WC, Kelvin FM, Jones RC. Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. Arch Surg 1979; 114: 169-72.
14. Martin DC, Vander Zwagg R. Excisional techniques for endometriosis with the CO2 laser laparoscope. J Reprod Med 1987;32:753-8.
15. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B, et al. Treatment of bowel endometriosis: a report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biols 1997;71:81-4.