

VULVAR ENDOMETRİOMA: OLGU SUNUMU *

Banu KUMBAK, Altay GEZER, Şennur İLVAN, Haluk IŞILOĞLU, Tamer EREL

Background and design.- Vulvar endometriosis is a very uncommon disorder. A 38-year-old woman noted a mass at a size of a walnut in the inferior aspect of right labium major for about one and a half months and she noticed no change in the size since then. The mass was excised surgically under general anesthesia and pathology reveals that it is endometriosis. With this case, we emphasized endometriosis in the differential diagnosis of vulvar tumors and tried to summarize the literature about etiopathogenesis and diagnostic/therapeutic approach of vulvar endometriosis.

Kumbak B, Gezer A, İlvan Ş, Işıloğlu H, Erel T. Vulvar endometrioma: A case report. Cerrahpaşa J Med 2003; 34: 36-38.

Endometriozis genellikle reproduktif çağıdaki kadınları etkileyen, endometrium guddelerinin ve stromanın uterus boşluğu dışında, ektopik bölgelerde bulunması olarak tanımlanabilen bir hastalıktır.^{1,2}

Endometriozis klasik olarak pelvik ağrı, dismenore, dispareni ve infertilite gibi durumlarla karşımıza çıkmaktadır. Endometriozis prevalansı infertilite nedeniyle değerlendirilen kadınlarda %4.5-33.3, pelvik ağrı nedeniyle değerlendirilen kadınlarda %4.5-21.2 ve pelvik kitle nedeniyle değerlendirilen kadınlarda %0-7.1 olarak bildirilmiştir.³

Endometriozis asıl pelvis organlarını; en sık overleri olmak üzere sırasıyla douglas poşunu, sakrouterin ligamanları, pelvik peritonu, rektovaginal septumu ve serviksi etkilemektedir.^{4,5} Fakat akciğerler, plevra, diyafragma, bağırsaklar, safra kesesi, böbrekler, ureterler, umbilikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir ve hatta nadir olarak erkeklerde de bildirilmiştir.⁶

Genital endometriozisi şöyle sınıflayabiliriz⁷;

1. Uterin endometriozis (adenomyozis)
2. Eksternal endometriozis
 - a. İntraperitoneal (overler, tubalar, periton)

b. Ekstraperitoneal (serviks, vajina, rektovajinal septum, vulva, perine ve inguinal ligamanlar).

Bu endometriozis formlarının her biri lokalizasyonuna göre semptom verir.

Vulva endometriozisi oldukça nadir görülür. Biz de vulvada endometrioma tespit edilen bir olgu nedeniyle literatürü gözden geçirdik ve vulvar endometrioma tanı ve tedavi yaklaşımını ortaya koyduk.

OLGU

Hasta 38 yaşında, 20 yıllık evli, gravida 6, para 2, abortus 4, adetleri düzenli. Hasta kliniğimize sağ labium majusde ceviz büyüklüğünde, yaklaşık 1,5 aydır mevcut olan ve bu süre içinde boyutlarında değişiklik olmayan bir şişlik nedeniyle başvurdu. Hasta 15 yıl önce pelvik ağrı nedeniyle sağ overden kistektomi operasyonu geçirdiğini bildirdi ve patolojik tanı endometriozis idi. Hastanın anamnezi alınırken son üç ay içinde travma, enfeksiyon veya başka herhangi bir patoloji varlığı sorgulandı ve olmadığı öğrenildi.

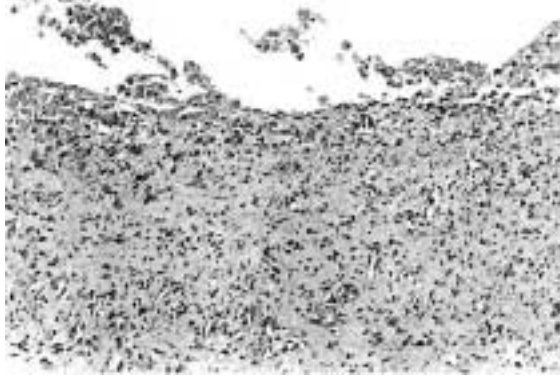
Hastanın pelvik muayenesinde sağ labium majus inferiorunda, ağrılı olmayan, yaklaşık 4 cm çapında, sağ pararektal bölgeye uzanan sert bir kitle palpe edildi. Bunun dışında pelvik muayenesi ve ultrasonografisi normal olarak değerlendirildi.

Genel anestezi altında kitlenin cerrahi olarak çıkarılmasına karar verildi. Cerrahi sırasında kitlenin enkapsüle olduğu gözlemlendi, keskin ve künt diseksiyon ile çevre dokulardan sıyrıldı. Kitle açıldığında içinden koyu kahverengi, kıvamlı bir sıvı boşaldı.

* **Anahtar Kelimeler:** Endometriozis/Vulva; **Key words:** Endometriosis/Vulva; **Alındığı Tarih:** 2 Ağustos 2001; Dr. Banu Kumbak, Uz. Dr. Altay Gezer, Prof. Dr. Haluk Işıloğlu, Doç. Dr. Tamer Erel: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul. Doç. Dr. Şennur İlvan: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul; **Yazışma Adresi (Address):** Dr. Banu Kumbak, Fahrettin Kerim Gökay Cad. No: 289/13, 81080 Erenköy, İstanbul.

<http://www.ctf.istanbul.edu.tr/dergi/online/2003v34/s1/031o1.pdf>

Çıkarılan kitlenin patolojik tanısı endometriozis olarak rapor edildi (Şekil 1). Hastanın postoperatif takibi normal seyretti ve bir ay sonraki kontrol muayenesinde nüks bir kitle veya başkaca bir patoloji görülmedi.



Şekil 1. Haemosiderin yüklü fagositik hücrelerce kaplanmış geniş alanı ve parsiyel olarak dejenere olmuş endometrial döşeyici tabakayı gösteren endometrial kist duvarı (HE.X200).

TARTIŞMA

Endometriozis sıkça karşılaşılan selim jinekolojik durumlardan birisi olup prevalansı reproduktif çağıdaki kadınlarda %5-10 olarak bildirilmektedir ve bunların çok küçük bir bölümü ekstrapelvik endometriozis tanısı almıştır.⁸ Sampson'un 1921-1940 yıllarındaki öncü yayınlarından bu zamana endometriozisin çok çeşitli klinik ve histolojik özellikleri olduğu anlaşılmıştır.⁹ Jinekolojik literatürde, pek çok organ ve dokuda endometriozis ile ilgili olgu bildirileri mevcuttur.

Ekstrapelvik endometriozis genellikle daha yaşlı popülasyonda görülür. Bizim vakamızda da hasta 38 yaşındadır ve pek çok çalışmada tanıdaki ortalama yaş 34-40 olarak verilmiştir.⁸

Endometriozis sıkça görülmesi ve oldukça ağır klinik semptomlarla seyrebilmesi nedeni ile kapsamlı olarak üzerinde çalışılmış ve patogenezini açıklamak için pek çok teoriler ortaya atılmıştır. Bu teorilerden ikisinin şimdilerde en akla uygun olduğu düşünülmektedir. Bunlar; implantasyon teorisi ve çöloomik metaplazi teorisi.

İmplantasyon teorisi Sampson tarafından öne sürülmüştür.^{1,10} Bu teoriye göre menstruas-

yon sırasında canlı endometrial doku tüplerden regürjite olmakta ve böylece peritoneal yüzey ile pelvik organlara implante olmaktadır.

Çöloomik metaplazi teorisi ise Iwanoff ve Meyer tarafından öne sürülmüştür.^{11,12}

Teoriye göre pelvik peritonu döşeyen hücrelerin metaplazisi ile in situ ektopik endometrial doku gelişmektedir. Bu teori Gruenwald'ın embriyoloji çalışmalarının sonuçları ile desteklenmiştir.¹³ Ayrıca nadir olarak erkeklerde de endometriozis görülmesi (literatürde dört olgu; prostat Ca nedeniyle yüksek doz estrojen tedavisi uygulanmış¹⁴), çöloomik metaplazi teorisini desteklemektedir.⁶ Endometriozisin olağandışı lokalizasyonlarda görülmesine en akla yakın açıklama çöloomik metaplazi teorisi ile getirilebilir.⁶

Bu olguda da kistektomi (endometrioma) ile 1,5 aydır mevcut olan vulvadaki endometrioma arasındaki uzun zaman periyodu akla çöloomik metaplazi teorisini yakın kılmaktadır yani bilinmeyen bir uyarı sonucu çöloomik epitel, endometrial guddelere dönüşmektedir.⁶

Bu olguda belirtilen lokalizasyonda oluşabilecek bir kitlenin ayırıcı tanısında Bartolin kisti, Nuck kanalı kisti, vulvar tümörler, lipom, hematoma (post-travmatik), apse akla gelebilir.¹⁵

Vulvada endometrioma ağırlı, menstruasyonla tedricen büyüyen, hassas vulvar bir kitle veya derinde ağrısız bir kitle olarak karşımıza çıkabilir.¹⁶

Vulvar endometriomanın tanı ve tedavisi cerrahidir. Oral kontraseptiflerin, progestasyonel ve androjenik ajanların da endometriozisin medikal tedavisinde yeri olmasına rağmen ekstrapelvik endometrioziste etkisiz olduğu bildirilmiştir.^{5,17}

Literatürde endometriozis şüphesi olan bir vulvar tümöre tanı amaçlı iğne aspirasyon biyopsisi yapılmış ve sonrasında tümör lokal eksizyon ile çıkarılmıştır.¹⁸

Vulvar endometriozis olgularına yaklaşımda bu metod tanı amaçlı kullanılabilirse de kesin tedavi kitlenin eksizyonudur.¹⁶

Biz de bu olguda vulvadaki mevcut enkap-süle kitleyi tamamiyle eksizye ettik.

Postoperatif herhangi bir medikal tedavi uygulanmayan hastanın bir ay sonraki muayene-sinde kitlenin olduğu bölgede nüks saptanma-dı.

Sonuç olarak; vulvadaki tümöral yapıların ayırıcı tanısında endometriozis de akla gelmeli ve teşhis için iğne aspirasyon biyopsisi yapıla-bilirse de kesin tedavi vulvar endometriozis odağının lokal eksizyonu olmalıdır.

ÖZET

Vulvar endometriozis oldukça nadir görü-len bir patolojidir. Kliniğimize vulvada ağrısız, ele gelen kitle nedeniyle başvuran bir hastada “vulvar endometrioma” tespit edilmiştir. Bu ol-gu nedeniyle vulvar tümörlerin ayırıcı tanısın-da endometriozis vurgulanmış ve vulvar endo-metriozisin etiyopatogenezi ile tanı ve tedavi yaklaşımı literatür gözden geçirilerek özetlen-meye çalışılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Sampson JA. Peritoneal endometriosis due to menstruel dissemination of the endometriosis tissue into peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol* 1927;14: 422-469.
2. Rokitansky C. Ueber uterusdrusen-neubildung im uterus und variarsarcomen. *Zkk Geselsch d Aerzte zu Wien* 1860; 37: 577.
3. Goldman MB, Cramer DW. The epidemiology of endometriosis .In:Chadha DR, Buttram Jr VC,eds.Current concepts in endometriosis.New York,Alan R Liss 1990; 15-31.
4. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: Pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol* 1986; 67: 335-338.
5. Vural A, Beşe T, Calay Z. Sezaryen sonrası batın insizyonunda endometriozis: İki olgu sunumu. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2000;14: 206-209.
6. Suginami H.A. Reappraisal of the coelomic metaplasia theory by reviewing endometriosis occurring in unusual sites and instances. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165: 214-218.
7. Cohen J. Clinical forms of genital endometriosis. *Rev Prat* 1990; 40: 1085-1088.
8. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ. Presentation of endometriosis to general surgeons. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1352.
9. Irvin W, Pelkey T, Rice L, Andersen W. Endometrial stromal sarcoma of the vulva arising in extraovarian endometriosis: A case report and literature review. *Gynecol Oncol* 1998; 71: 313-316.
10. Sampson JA. The development of the implantation theory for the origin of peritoneal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1940; 40: 549.
11. Iwanoff NS. Drüsiges cysthaltiges uterusfibromyom compliciert durch sarcom und carcinom (adenofibromyoma cysticum sarcomatodes carcinomatosum). *Monatsschr Geburtsh Gynakol* 1898; 7: 295.
12. Meyer R. Über Stand der Frage der Adenomyositis und Adenomyome im Allgemeinen und ins Besondere über Adenomyositis seroepithelialis und Adenomyometritis Sarcomatosa. *Zentralbl Gynakol* 1919; 36: 745.
13. Gruenwald P.Origin of endometriosis from the mesenchyme of the coelomic walls. *Am J Obstet Gynecol* 1942; 44: 470-474.
14. Martin Jr JD, Hauck AE. Endometriosis in the male. *Am Surg* 1985; 51: 426-436.
15. Block RE. Hydrocele of the canal of nuck. A report of five cases. *Obstet Gynecol* 1975; 45: 464-466.
16. Katz Z, Goldchmit R, Blickstein I. Post-traumatic vulvar endometriosis. *Eur J Pediatr Surg* 1996; 6: 241-242.
17. Çepni İ, Gezer A, Beşe T, Aksu F. Ekstragenital endometriozis: Olgu sunumu. *Cerrahpaşa J Med* 1997; 28: 53-56.
18. Mahmud N, Kusuda N, Ichinose S, Gyotoku Y, Nakajima H, Ishimaru T, Yamabe T. Needle aspiration biopsy of vulvar endometriosis. A case report. *Acta Cytol* 1992; 36: 514-516.