

İntestinal endometriozis: Nadir bir olgu sunumu

Intestinal endometriosis: A rare presentation of endometriosis

Z. Mesut Yalın KILIÇ¹, Yasemin ÖZİN¹, Sabite KAÇAR¹, Tülay TEMUÇİN², Nurgül ŞAŞMAZ¹

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği¹, Patoloji Bölümü², Ankara

Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun uterin kavite dışındaki ektopik alanlarda bulunmasıdır. Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, üreterler, umblikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir. İntestinal endometrioziste periyodik rektal kanama, pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare, şişkinlik en belirgin semptomlardır. Burada pelvik ağrı ve rektal kanama nedeni ile başvuran ve intestinal endometriozis teşhisi konulan hasta sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: Endometriozis, intestinal endometriozis, rektal kanama, pelvik ağrı

Endometriosis is the location of functional endometrial tissue outside the uterine cavity. Ectopic endometrial tissue is most commonly seen in pelvic organs, ovaries, sacrouterine ligaments, peritoneum, rectovaginal septum and cervix. Ectopic endometrial tissue can be seen in lungs, pleura, diaphragm, small and large intestines, gall bladder, kidneys, ureters, umbilicus, skin, central nervous system and extremities. Rectal bleeding, pelvic and abdominal pain, constipation and diarrhea, and bloating are the most common findings in intestinal endometriosis. We describe a patient who admitted with the complaints of pelvic pain and rectal bleeding and was diagnosed as intestinal endometriosis.

Key words: Endometriosis, intestinal endometriosis, rectal bleeding, pelvic pain

GİRİŞ

Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun uterin kavite dışındaki ektopik alanlarda bulunmasıdır. Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, üreterler, umblikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir (1, 2).

Endometriozis sıklığı üreme çağındaki kadınlarda %3 ile %37 arasında değişmektedir (3).

İntestinal endometrioziste periyodik rektal kanama, pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare, şişkinlik en belirgin semptomlardır. Bu semptomların şiddeti vakalar arasında değişkenlik göstermektedir. Bu müphem şikayetlerin yanı sıra barsaklarda stenoz ve akut karın gibi semptomlara da yol açabilmektedir.

İntestinal endometriozis tablosu Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, soliter rek-

tal ülser ve maligniteleri taklit edebileceğinden (4-6), doğru teşhis geç konulabilmektedir. Bu nedenle tanı ve tedavide gastroenterologların, jinekologların, cerrahların ve patologların ortak çalışmaları gerekmektedir.

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

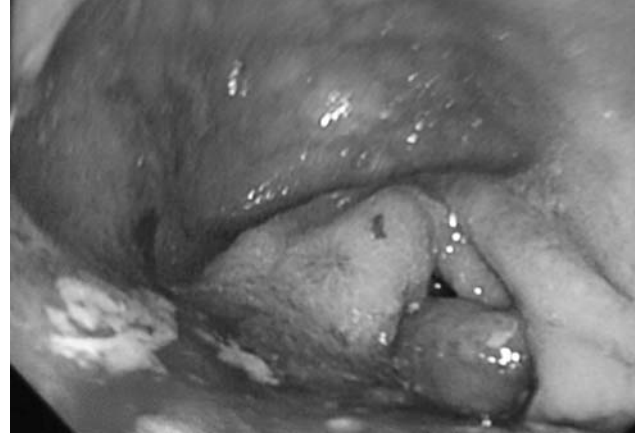
OLGU

42 yaşındaki evli, 2 çocuklu kadın olgu yaklaşık 4 yıldır süre gelen pelvik ağrı, zaman zaman olan rektal kanama, kabızlık, karın ağrısı şikayetleri ile merkezimize başvurdu. Hikayesinde 4 yıl önce geçirmiş olduğu over kisti operasyonu mevcuttu. Adet düzeni oligohipermenoreikti. Sürekli kullandığı bir ilaç bulunmuyordu. Anamnezinde herhangi bir sistemik hastalıktan bahsetmemekte idi. Fizik muayene bulguları normal saptandı. Yapılan jinekolojik muayene de normal bulundu.

Abdominal Ultrasonografi: Rektosigmoide uyan bölgede uterus fundusuna yakın komşulukta duvar kalınlaşması (6.5 mm) (Resim 1). Subhepatik alanda minimal serbest sıvı izlendi. Hastanın abdominal USG'de rektosigmoid bölgede duvar kalınlaşması saptanması üzerine kolonoskopi yapıldı. Kolonoskopide anal kanaldan 16 cm uzaklıkta endoskopun geçişine izin vermeyen darlık, mukozal düzensizlik, mukoza hiperemik ve ödemli alan görüldü, bu alandan biyopsiler alındı (Resim 2). Transvajinal ultrasonografide: Sol overde 1.5 cm çaplı kistik görünüm, sağ adneksiyel alanda 57x50 mm'lik kısmen lobüle kontürlü kistik lezyon (endometrioma ?) görüldü. Bunun üzerine çekilen abdominal bilgisayarlı tomografide sağ adneksiyel lojda yaklaşık 5x5 cm'lik, sol adneksiyel lojda yaklaşık 1.5x2 cm'lik post-kontrast kesitlerde minimal kontrastlanan duvar yapısı gösteren yoğun içerikli hipodens kistik lezyon (endometrioma), sigmoid kolon komşuluğunda sıvı ve yumuşak doku dansitesinde komponentler içeren kontrast tutulumu gösteren heterojen lezyon (endometriozis ?) izlendi. İnce barsak pasaj grafisi çekildi, normal olarak değerlendirildi. Kolonoskopi sırasında alınan biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde desidual hücreler görülmesi nedeni ile endometriozis olabileceği düşünülerek hastaya kadın doğum ve cerrahi konsültasyonu yapıldı. Konsültasyonlar sonucu hastanın opere edilmesi kararlaştırıldı. Hastaya Low anterior rezeksiyon + appendektomi + sağ salpingooferoektomi + total abdominal histerektomi yapıldı. Cerrahi materyalin patolojik incelenmesinde de endometriozis ile uyumlu bulgular saptandı (Resim 3) .



Resim 1. Abdominal ultrasonografi de rektosigmoid bölge duvar kalınlaşması



Resim 2. Rektosigmoiddeki dar bölgenin endoskopik görüntüsü

TARTIŞMA

Fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunması olarak kabul edilen endometriozisin reproduktif dönemdeki prevalansı %3 ile %37 arasında değişmektedir (3).

Endometriozis değişik bölgelerde yerleşebilmektedir. Pelvis dışı yerleşim en sık barsak, deri ve akci-



Resim 3. Histopatolojik incelemede kolonik mukozaya komşu endometriyal glandlar ve stoma izleniyor (HEX10).

m: kolonik mukoza

e: endometriyal glandlar ve stoma

ğerde gözlemlenir (7). İntestinal endometriozisin en sık yerleşim yerleri ise rektosigmoid (%74) ve rektovajinal septumdur (%12), daha az olarak ince barsaklar, çekum (%2), appendiks (%3) de de olabilir (3).

Bizim hastamızda da sigmoid kolon tutulumu mevcuttu. Endometriozis genellikle seroza ya da subserozal tabakayı tutmakla beraber bazen kolonun tüm tabakalarını da tutabilir (4, 8).

İntestinal endometriozisli hastalar asemptomatik olabilecekleri gibi rektal kanama, şiddetli pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare ve gaz şikayetleri olabilir. Bunlar arasında rektal kanama en önemli semptom olmaktadır (9, 10). Vakamızında karın ağrısı, rektal kanama, kabızlık şikayetleri mevcuttu. Ancak hastanın rektal kanamasının menstruel sikluslar ile ilişkisi yoktu.

İntestinal endometriozisli hastalarda tablo Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit ve malignite, soliter rektal ülseri ile karışabileceğinden tanı sıklıkla zor ve geç konulabilmektedir (4). Bizim hastamızda da kolonoskopide kısmi darlık olması ve o bölgede mukozanın düzensiz olması, ultrasonografide rektosigmoid bölgede duvar kalınlaşmasının olması ile öncelikle hastada malignite, Crohn hastalığı, divertikülit ön tanıları düşünülmüş olup tanıyı kesinleştirmek için kolonoskopi ile multiple biyopsiler alınmıştır. Patolojik inceleme sonrasında intestinal endometriozis tanısı konulmuştur.

Kolonik endometrioziste tanının zamanında konulamadığı vakalarda barsak tıkanıklığına bağlı akut abdomen sonucu perforasyon ve peritonit olabilmektedir. İnce barsak tutulumunda ise daha çok karın ağrısı ve şişkinlik ön plandadır. Çekumu tutan endometrioziste pelvik ağrı, diyare ön plandadır. Appendiks endometriozisi ise nadir olarak appendektomi materyallerinde görülebilmektedir.

Rektal kanamanın etyolojisinde, stenoze sigmoidden gaita geçerken oluşan mukozal hasarlanma düşünülebilir. İntestinal endometriyotik dokunun menstruasyon dönemlerindeki değişikliğine bağlı olarak stenoz artıyor olabilir.

Kalın barsak veya çekumda, endometriozisten şüphelenildiğinde tanı için baryumlu kolon grafi-

si uygulanabilir. Kesin tanı ve uygun tedaviyi planlamak açısından kolonoskopi ile biyopsi alınmalıdır. Ayrıca barsak duvarına invazyon derinliğini saptayabilen endorektal endosonografi, transvaginal ultrasonografi, abdominal bilgisayarlı tomografi, abdominal manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri tanı amaçlı kullanılmaktadır (3). Ancak yine de pek çok intestinal endometriozis tanısı laporoskopi ya da laparotomi sırasında konulmaktadır (3).

İntestinal endometriozisin tedavisi çoğunlukla cerrahidir (11). Değişik hormon supresyon tedavilerine yanıtlar genellikle iyi değildir. Herhangi bir sebeple operasyona alınamayan hastalarda medikal tedavi uygulanabilir. Bu amaçlarda danazol, gonodotropin-releasing hormon, oral kontraseptifler, prostoglandin inhibitörleri kullanılabilir. Ağrı, kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklikler ve barsak tıkanıklığı durumlarında cerrahi endikasyonu vardır. İntestinal endometriozisin ilerlemesinin sonucu olarak nadiren barsak tıkanıklığı görülebilir. Endometriotik lezyonun etrafında myohiperplazi ve fibrozis gelişmesine bağlı olarak barsak lümeni giderek incilir. Barsak parçasının pelvik yapışıklıklar içine katılmasıyla da obstrüksiyon gelişebilir. Hormonal tedavinin tıkanıklık semptomları üzerinde düzeltici etkisi yoktur. Etkilenmiş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anostomoz, intestinal endometriozis hastalarında kabul gören en iyi yaklaşımdır (12). İntestinal endometrioziste malign tümör olasılığından kaçınmak için cerrahi ve patolojik inceleme gereklidir.

Bizde hastamızda hastanın iki çocuk sahibi olması, fertilitate kaygısının olmaması dolayısıyla tedavi yöntemi olarak cerrahi tercih ettik. Hastaya aşağı anterior rezeksiyon + appendektomi + sağ salpingooferoektomi + total abdominal histerektomi yapıldı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta sağlıklı taburcu edildi.

Sonuç olarak, üreme çağında kabızlık, rektal kanama ve pelvik ağrı tablosu ile başvuran bayan hastalarda ayırıcı tanıda akla intestinal endometriozis de gelmelidir. Bu tablo nadir görülür, pek çok hastalığı taklit edebilir ve tedavisi cerrahidir.

KAYNAKLAR

1. Spaczynski RZ, Duleba AJ. *Diagnosis of endometriosis. Semin Reprod Med* 2003;21:193-208.
2. Duleba AJ. *Diagnosis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:331-46.
3. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, et al. *Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. Surg Endosc* 2005;19:662-4.
4. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. *Endometriosis of the intestinal tract: a study of 44 cases of a disease that may cause diverse challenges in clinical and pathologic evaluation. Am J Surg Pathol* 2001;25:445-54.
5. Shah M, Tager D, Feller E. *Intestinal endometriosis masquerading as common digestive disorders Arch Intern Med* 1995;155:977-80.
6. Sievert W, Sellin JH, Stringer CA. *Pelvic endometriosis simulating colonic malignant neoplasm. Arch Intern Med* 1989;149:935-8.
7. Andrew R, Bhal PS, Lapido OA et al. *Laparoscopic port scar endometriosis: An unusual complication. Gynecol Endosc* 2002;11:53-4.
8. Croom RD 3rd, Donovan ML, Schwesinger WH. *Intestinal endometriosis. Am J Surg* 1984;148:660-7.
9. Bartkowiak R, Zieniewicz K, Kaminski P, et al. *Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis-a case report. Med Sci Monit* 2000;6:787-90.
10. Aronchick CA, Brooks FP, Dyson WL, et al. *Ileocecal endometriosis presenting with abdominal pain and gastrointestinal bleeding. Dig Dis Sci* 1983;28:566-72
11. Martin DC, Vander Zwagg R. *Excisional techniques for endometriosis with the CO2 laser laparoscope. J Reprod Med* 1987;32:753-8.
12. 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.