

Ekstrapelvik endometriozis-Nadir bir yumuşak doku tümörü

Abdullah Göğüş⁽¹⁾, Fevziye Kabukçuoğlu⁽²⁾, T.Çağlar Koçkesen⁽³⁾, Ünal Kuzgun⁽⁴⁾

Endometriozis jinekoloji'de sık rastlanılan bir klinik tablodur. Pelvik endometriozisde en sık görülen semptomlar dismenore, menstürasyon düzensizliği, disparone ve infertilitedir. Ekstrapelvik endometriozis ekstremitelere yerleştiğinde gösterdiği farklı semptomatoloji nedeniyle tanısı zorluk arzeder. Patolojik görünümü yerleşim yerine bağlı olmaksızın karakteristik olmasına rağmen endometriozis yumuşak doku tümörleri ile karışabilir. Sol kasiğindeki ağrı nedeniyle çekilen MR'da solid kitle görülmesi üzerine Kliniğimize başvuran 36 yaşındaki bir kadın hastadaki endometriozis olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Ekstrapelvik endometriozis, yumuşak doku tümörü

Extrapelvic endometriosis presenting as a soft tissue tumor

Endometriosis is a common gynecologic diagnosis. Typical complaints of patients with pelvic endometriosis include dysmenorrhea, menstrual irregularities, dyspareunia, and infertility. Endometriosis may also occur in extrapelvic sites such as extremities and cause unusual symptoms and diagnostic dilemmas. Extrapelvic endometriosis can mimic a soft tissue tumor, even if pathologic features are constant, regardless of location. A female patient, aged 36 years, complaining of pain in her left groin and a solid mass diagnosed on MR examination caused by an endometriosis was presented here.

Keywords: Extrapelvic endometriosis, soft tissue tumor

Endometriosis fonksiyonel endometrium dokusunun anatomik yerleşim yeri olan uterin kavitenin dışında bir yerde bulunmasıdır. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda görülen bu hastalık teorik olarak tüm organ sistemlerini tutabilmesine rağmen, pelvis ve abdomen dışında seyrek rastlanır. Alt ekstremitte yerleşimi oldukça nadir olup, Ortopedi literatüründe bildirilen vaka sayısı sınırlıdır (4, 5, 8). Kasık ağrısı şikayeti üzerine çekilen MR'da addüktör lojda solid kitle görülmesi üzerine kliniğimize başvuran ve çıkarılan kitlenin patolojik anatomik incelemesinde endometriozis tanısı konan bir olgu sunuldu.

Olgu sunumu

a- Anamnez ve Fizik Muayene

36 yaşında, ev hanımı, bayan hasta (Ş.Ö.) sol kasiğında ağrı ve sol bacağına güçsüzlük şikayeti ile 17.10.1994 tarihinde 767/94 protokol numarası ile interne edildi. Öyküsünde 2-3 yıldır sol kasiğında ağrı olduğu, gittiği jinekolog ve genel cerrahlar tarafından birşey saptanamadığı, son 2 aydır ağrılarının yaşamını etkileyecek düzeye ulaşması üzerine gittiği beyin cerrahı tarafından istenen MR tetkikinde sol kasiğında kitle tespit edildiği öğrenildi.

Özgeçmişinde çocukluk çağından itibaren mevcut ve halen tedavi gördüğü astım dışında özellik yoktu.

Soygeçmişte babasının 5 yıl önce kan kanserinden eksitus olduğu ve annesinin göğsünden kist (?) alındığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenede; hasta desteksiz, yardımsız, aksamadan yürüyordu, inspek-

siyon ile özellik saptanmadı. Derin palpasyonda sol inguinal ligamanın orta noktasının 1-2 cm. inferiorunda diğer normal taraf ile karşılaştırıldığında dolgunluk şeklinde ele gelen ağrılı kitle tesbit edildi. Kalça hareketlerinden sadece sol kalça addüksiyonu ve ekstansiyonu ağrı nedeniyle karşı tarafa göre hafif kısıtlı, diğer hareketler tam açık bulundu. Kalça fleksiyon kontraktürü ve uylukta atrofi saptanmadı. Bilateral patellar tendon ve aşil refleksleri normoaktif olarak değerlendirildi. Yapılan kas kuvveti muayenesinde sol alt ekstremitenin tüm kas gruplarının güçleri muhtemelen ağrı nedeniyle karşı tarafa göre 4/5 olarak değerlendirildi.

Yapılan rutin biokimyasal, tam hemogram, sedimentasyon ve CRP kan tetkikleri normal sınırlarda bulundu.

b- Radyolojik İnceleme

Konvansiyonel XR: Pelvis a-p ve sol kalça lateral ve akciğer p-a direkt grafilerde patolojik bulgu izlenmedi.

BT: Akciğer BT'sinde patoloji tespit edilmedi.

Sonografi: Sol obturator foramen boyunca kontrurları konflüent, nodüler, hipoekojenik, lobülasyon gösteren kalın ve uzun bir lup görüntüsü tesbit edilip, görüntü karakteristikleri nonspesifik olarak değerlendirildi.

Renkli Doppler: Kitlenin superior ve medialde femoral arter ve ven ile yakın komşuluğu tesbit edildi.

MR: Bilateral kokso-femoral eklem MR incelemesinde; sol obturator foramene yerleşen hemen kokso-femoral eklem medialinde yer alan lobüle konturlu,

(1) S.B., Şişli Etfal Hastanesi I. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Başasistanı, Op. Dr.

(2) S.B., Şişli Etfal Hastanesi Patoloji Kliniği Başasistanı, Uzman Dr.

(3) S.B., Şişli Etfal Hastanesi I. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Araştırma Görevlisi

(4) S.B., Şişli Etfal Hastanesi I. Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği Şefi, Doç. Dr.



Şekil 1: T2 ağırlıklı MR incelemesinde sol obturator foramende hemen kokso-femoral eklem komşuluğunda izlenen yüksek sinyal yoğunluğu veren kitle imajı görülmekte



Şekil 2 : Histopatolojik piyesin mikrofotografında yüzeyde, endometrial epitel ve stromada hemosiderinli makrofajlar görülmekte (HE x 310).

İçinde yer yer septalar gözlenen T1 ve T2 ağırlıklı incelemelerde yüksek sinyal yoğunluğu veren IR tekniği ile (SET ..SP.) alınan aksiyal plan kesitlerinde belirgin sinyal kaybı gösteren yağdan zengin solid kitle lezyonu saptandı (Şekil 1). Lezyona komşu kemik yapı korteks bütünlüğü ve doğal sinyal yoğunluğu korunmuştu. MR inceleme sınırları içinde benign - malign natür tayini yapılamayacağı rapor edildi.

İ.Ü.İ.T.F. Onkoloji Enstitüsü Tümör Rejistrasyon toplantısında takdim edilen olgunun MR'larının kemik ve yumuşak doku radyolojisinde çok deneyimli bir radyolog tarafından incelenmesinde; hem T1 hem de T2 ağırlıklı incelemelerde yüksek sinyal yoğunluğu vermesi nedeniyle yağdan zengin solid bir kitleden uzaklaşarak, su+yağ karışımı desmoid bir lezyon veya hemorajik karakterde sıvı içeren kistik bir yapı olarak değerlendirildi.

c- Operasyon

Kitlenin derin lokalizasyonu ve femoral arter ve vene yakın komşuluğu nedeniyle iğne biopsisinden vazgeçildi. Girişim yolunun güçlüğü gözönüne alınarak kitlenin tek seansta eksizyonel biopsisine karar verildi. Genel anestezi altında inguinal ligamentin orta noktasından başlayan ve femoral arter trasesini takip eden 10 cm.'lik longitudinal insizyon ile girildi. Damar ve sinir paketi laterale ekarte edilip medialden insizyon derinleştirildi. Kalça eklem kapsülü medialinde adduktor kaslar içerisinde kitle palpe edildi. Adduktor kas lifleri arasından girilerek 4x3x3 cm. boyutlarında koyu kahverengi-morumtrak görünümde, lobüle, içerişi akışkan sıvı ile dolu imajı veren kistik kitle ile karşılaşıldı. Aspirasyon yapıldığında koyu kahverengi çukulata kıvamında sıvı aspire edildi. Operasyon sırasında aspirasyon mayiinden yapılan sitolojik tetkikte malign karakterde hücreye rastlanmadı. Kitle marginal eksizyon ile total olarak çıkartıldı. Cerrahi sınırlardan ve inguinal lenf bezlerinden örnekler alınarak operasyona son verildi. Postop normal klinik seyir gösteren hasta 10. günde dikişleri alınarak eksterne edildi.

d- Patoloji

Şişli Etfal Hastanesi Patoloji Laboratuvarı Rapor No: 4096/94: Yer yer silendirik şekilli endometrial epitel ve stroma ile döşeli kistik boşluklar, stromada yay-

gın hemosiderin yüklü makrofajlar, kolestrin kristalleri, lenfositler, polimorf nüveli lökositler, bağ dokusu alanları, damar kesitleri ve taze kanama alanları görülmektedir endometriozis tanısı konuldu (Şekil 2).

Cerrahi sınırdan alınan örneklerde ödemli ve konjesyone yağ ve bağ dokuları, inguinal lenf nodlarında reaktif hiperplazi saptandı.

Yapılan jinekoloji konsültasyonunda patoloji saptanmadı ve laparoskopi önerilmedi. Hastanın şikayetleri postop 1. ayın sonunda geçmişti ve postop 1,5 yıl sonra yapılan son kontrolde şikayetsizdi.

Tartışma

Endometriosis ilk olarak 1860 yılında Rokitansky tarafından tarif edilmiştir (9). Genellikle intrapelvik yerleşen lezyonlar sıklık sırasına göre ovariumlar, Douglas boşluğu, uterin ligamanlar, pelvik peritonium, rectovaginal septum, serviks uteri ve inguinal herni kesesinde görülürler. Ekstrapelvik-abdominal yerleşim yerleri; rectosigmoid, ileum ve appendiks'tir. Nadir bir lokalizasyon amniosentez, sezaryen, epizyotomi ve özellikle abdominal hysterotomiler sonrası cerrahi skarlardır. Diğer nadir yerleşim yerleri; vagina, vulva, mesane, umblikus, lenf nodları, deri, kas, akciğer, plevra, böbrek, kalp, beyin ve kemiktir (2, 9).

Endometriosis genellikle kadınların reproduktif çağında görülür. Maksimum insidans 30 - 40 yaş arasıdır. Ancak postmenapozal kadınlarda (3) ve erkeklerde de (7) bildirilmiştir. Endometriosis menstürasyon gören tüm kadınların %8-15'inde vardır ve jinekolojik problem için laparotomi yapılanların %15 - 20'sinde rastlantısal olarak bulunur (9). Endometriozisin lokalizasyonu, büyüklüğüne bağlı olmaksızın semptomları belirler. Birçok kadında ciddi endometriozis semptomsuz iken, bazen küçük bir odak özel bir lokalizasyonda pekçok probleme neden olabilir. Endometriozisin tanımlanması genellikle menstürasyon sırasında ağrının artması, hassasiyet olması ve kitlenin büyüme anamnezinin alınması ile olur. Pelvik endometriozisde en sık görülen semptomlar ilerleyici dismenore, menstürasyonda düzensizlik, disparene ve infertilitedir. Gastrointestinal kanaldaki endometri-

ozis abdominal ağrı, kanama, tıkanma veya intussep-siyon sebebi olabilir. Pulmoner endometriozis pnö-motoraks veya hemotoraksa neden olabilir (2,9). Kendi olgumuz 36 yaşında olup, çocuk sahibi değildi. İstirahatte mevcut ağrısı derin palpasyon ve kalça ad-duksiyonu ve hiperekstansiyonu ile artıyordu. Postop retrospektif sorgulandığında ağrılarının menstüras-yon zamanında bariz olarak arttığını belirtti. Çekilen MR'ında pelvik endometriozise ait imaj saptanmadı.

Endometriozisin sebebi kesin olarak bilinmemek-tedir, ancak birkaç teori mevcuttur (2).

A. Metastatik teori

A1. Menstürel İmplantasyon: Sampson'ın reflü te-ori en popüler olanıdır. Menstürasyon boyunca ya-şama yeteneğindeki endometrial hücrelerin fallopian tüplerden reflü olmasıyla (retrograd menstürasyon) pelvisin içine dökülmesi ve çevre dokulara implante olması esasına dayanır. Pelvik ve inguinal endometri-ozis bu teori ile açıklanabilir.

A2. İntraoperatif İmplantasyon: Uterusa yönelik cerrahi girişimler (abdominal histerotomi) sırasında iatrojenik olarak implante edilen endometrial hücreler skar endometriozisine yolaçabilir.

A3. Vasküler-lenfatik yayılma: Akciğer, beyin ve ekstremiteler gibi uzak yerleşimleri açıklar.

B. Metaplastik teori

İndifferansiye çölemik (coelomic) epitelin endo-metrium yönünde metaplastisini ileri sürer. Postmena-pozal kadınlarda veya prostat kansinomu sebebiyle uzun süre östrojen tedavisi almış olan erkeklerde na-diren gelişebilen endometriozisi açıklayabilir.

Ortopedik literatürü taradığımızda trapezius, eks-tansör carpi radialis, el başparmağı gibi üst ekstre-mite dışında (2) alt ekstremiteler yerleşimli olgulara ait 3 yayına rastladık (4,5,8). Hız ve ark.'larınca yayınlan-an rectus abdominus kasının distal insersiyon yerin-deki endometriozis tek Türkçe literatürdür (6). Aksial sistemde nadiren pelvik endometriotik kistlerin lom-ber vertebraları erode edip menstürasyon sırasında siklik bel ağrısına yol açtıkları bildirilmiştir (2). Patel ve ark. (8) tarafından bildirilen olguda diz bölgesinde gastrocnemius kasının lateral başının altında fibula başı hizasında endometriozis tesbit edilirken, diğer bir olguda eksploratif cerrahi sırasında biceps femoris kasının içinde 4x3x2 cm boyutlarında sert, fuziform kitlenin patolojisi endometriozis olarak saptanmıştır (4). Bizim olgumuzda olduğu gibi proksimal uyluk / kasık bölgesinde yayınlanmış tek vaka Gitelis ve ark. tarafından bildirilmiştir (5).

Endometriozisin patolojik görünümü yerleşim ye-rine bağlı olmaksızın karakteristiktir. Makroskopik ola-rak pelvik veya intraabdominal lezyonlar kırmızı-mavi implantlar veya çukolata kistleri şeklinde görülürler. Mikroskopik olarak ise endometrial epitel ve stroma-ya fibrosis, kanama alanları ve kronik inflamasyon eşlik edebilir (2, 9). Olgumuzun makroskopik ve mik-rooskopik bulguları endometriozis ile tam uyumluluk göstermektedir. Kasık lokalizasyonlu endometriozis-ler inguinal, femoral herniler ve lenfadenopati ile karı-şabilmesine karşın (6, 9), ekstremiteler yerleşimli endo-

metriozisin klinik önemi ekstremitelerin yumuşak do-ku tümörlerini taklit edebilmesidir (5, 6, 8). Karakteris-tik mikroskopik görünümüne karşın yumuşak doku tü-mörü olarak çok nadir rastlanması ve sinovyal sar-kom ile benzer histolojisi yanılgılara sebep olabilir (4). Nitekim Patel ve ark. tarafından bildirilen olguda yapı-lan insizyonel biopsi frozen section'da muhtemel si-novyal sarkom olarak bildirilmiş, daha sonra parafin kesitlerin incelenmesinde ve 6 ay sonra yapılan ikinc-i biopside endometriozis tanısı kesinleşmiştir (8). Kendi olgumuzun gerek klinik içi gerekse Tümör Re-jistrasyon toplantısındaki tartışmaları sonucu beliren malign yumuşak doku tümörü olasılığı nedeniyle me-tastaz odağı taraması için akciğer BT çekirilmiş ve negatif bulunmuştur. Ayrıca ameliyat sırasında yapı-lan frozen section'da malign hücre görülmemesi ve aspirasyonda çukolata karakterinde mayi aspirasyo-nu preop mevcut malignite düşüncelerini tamamen olmasa da kısmen bertaraf etmiştir.

Endometriozisin tanısında kullanılan görüntüleme yöntemlerinden sonografi, BT ve MR'dan yumuşak dokuları en iyi gösteren yöntem olan MR ön plana çıkmaktadır. Sonografi ve BT ile endometriozisin aynı yoğunluğu veren hematoma, lenfoma, sarkom veya desmoid tümörden ayırıcı tanısı mümkün değildir (9). MR'ın ise hemosiderin depozitelerindeki demir içeriği nedeniyle karakteristik bulgular verebileceği bildiril-mişse de (5), bir başka çalışmada pelvik endometri-ozisin tanısında MR'ın sensitivitesi %64, spesifitesi %60 ve doğruluk derecesi %63 bulunmuştur (1). Yazarlar pelvik endometriozisin tanısında MR'ın sonografi ve BT'ye relatif üstünlüğünü belirtirken, laparoskopinin halen ilk seçilecek yöntem olduğunun altını çizmişler-dir (1). Kendi olgumuzun sonografik bulguları nons-pesifik olarak değerlendirilmiş, MR'ları ise farklı rad-yologlarca yağdan zengin solid kitle ve su+yağ karışı-mı desmoid lezyon veya hemorajik karakterde sıvı içeren kistik bir yapı olarak farklı yorumlanmıştır.

Sonuç

Ekstremiteler yerleşimli endometriozis ortopedik cerrahların karşısına çok nadir de olsa bir yumuşak doku tümörü olarak çıkabilmektedir. 30 - 40 yaşlarındaki bir kadında rastlanılan böyle bir kitlenin teşhisin-de ağrının ve kitlenin büyüklüğünün menstürasyon ile ilişkisinin anamnezde dikkatli ve ısrarla sorgulanma-sının MR, iğne aspirasyon veya frozen section biopsi-leri gibi ileri görüntüleme ve tanı yöntemleri kadar önemli ve yararlı olabileceği unutulmamalıdır. Patolo-jisi bazen sinovyal sarkom ile hafif benzerlik göstere-bilen endometriozisin tedavisinde cerrahi yuzguldür-çüdür.

Kaynaklar

1. Arrive L., Hricak H., Martin M.C. : Pelvic Endometriosis: MR Imaging. Radiology 171: 687-692, 1989
2. Clement P.B. : Diseases of the peritoneum. In Blaustein's Pathology of the Female genital tract, edited by R.J.Kurman. Ed. 4. s: 647-703, New-York, Berlin, Springer Verlag, 1994
3. Fox H., Buckley C.H. : Current concepts of endometriosis. Clin. Obstet. Gynaecol. 11: 279-287, 1984

4. Giangarra C., Gallo B.G., Newman R., Dorfman H. : Endometriosis in the Biceps Femoris. A case report and review of the literature. JBJS 69-A: 290- 292, 1987
5. Gitelis S., Petasnick j.P., Turner D.A., Ghiselli R.W., Miller A.W., III: Case Report. Endometriosis Simulating a Soft Tissue Tumor of the Thigh: CT and MR Evaluation. J. Comput. Assist. Tomog. 9: 573-576, 1985
6. Hız M., Alp M., Kafadar Y., Kaner G. : Endometriosis on the tendineous part of the rectus abdominis muscle. Med. Bull. İstanbul, 22: 351-355, 1989
7. Martin J.D., Hauck A.E. : Endometriosis in the male. Am. Surg. 51: 426-430, 1985
8. Patel V.C., Samuels H., Abeles E., Hirjibehedin P.F. : Endometriosis at the Knee. A case report. Clin. Orthop. 171: 140-144, 1982
9. Sataloff D.M., La Vorgna K.A., McFarland M.M. : Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literature. Surgery 105: 109-112, 1989.

Yazışma adresi:
Op.Dr.Abdullah Göğüş
Şişli Etfal Hastanesi
İ.Örtopedi ve Travmatoloji Kliniği
80220 Şişli - İstanbul