

# Kronik pelvik ağrı ve siklik hematüri ile başvuran bir kadında mesanede endometriozis

BLADDER ENDOMETRIOSIS IN A WOMAN WHO COMPLAINS ABOUT CHRONIC PELVIC PAIN AND PERIODIC HEMATURIA

Serdar BALCI<sup>1</sup>, Çağlan ERTUĞRUL<sup>2</sup>, Kutsal YÖRÜKOĞLU<sup>3</sup>, Burçin TUNA<sup>3</sup>, Meral KOYUNCUOĞLU<sup>3</sup>, Recep Emre OKYAY<sup>4</sup>, Ömer Erbil DOĞAN<sup>4</sup>, Güven ASLAN<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara

<sup>2</sup>Özel Can Hastanesi, Manisa

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir

<sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir

<sup>5</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, İzmir

### ÖZ

Otuz altı yaşında, gebelik 2 doğum 1 abortus 1 ve 7 yıl önce sezeryan öyküsü bulunan hasta siklik hematüri (menüri) ve kronik pelvik ağrı yakınması ile başvurdu. Abdominopelvik ultrasonografide mesanede kitle şüphesiyle sistoskopi yapılarak biopsi alındı. Patolojik tanı mesanede endometriozis idi. Gonadotropin releasing hormon analogu yakınması (leuprolide asetat) tedavisi 6 ay uygulandı. Tedaviden 2 ay sonra kasık ağrısı şikayeti ile tekrar başvurdu. Tanısal laparoskopi ve ikinci bakış sistoskopisi yapıldı ve endometriozis odaklarının regrese olduğu saptandı. Sıklıkla asemptomatik olsa da, ağrı ve pelvis dışında ele gelen bir kitlenin varlığı ekstrapelvik endometriozisin semptomları olabilir. Üriner endometriozis gibi sağaltımı zor bir hastalıkta tedavi basamaklarına kadın doğum ve üroloji uzmanları birlikte karar vermelidir. Yakınmaların şiddeti, hastalığın yaygınlığı, tekrarlama olasılığı ve tedavi maliyeti göz önüne alınarak doğru tedavi yöntemi hastaya önerilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** pelvik ağrı, hematüri, endometriozis

### ABSTRACT

A 36 year old woman with 2 pregnancies which one of them is delivered by cesarean section 7 year ago and the other one was abortus applied for periodic hematuria (menuria) and chronic pelvic pain. Cystoscopy was performed and bladder mucosal biopsy was obtained because of suspicious bladder mass in abdominopelvic ultrasonography. Pathological diagnosis was bladder endometriosis. Gonadotrophin releasing hormon analog ( leuprolide asetat) treatment was used for 6 months. 2 months after therapy she applied again with pelvic pain. Diagnostic laparoscopy and second look cystoscopy was performed and regression of the endometriotic foci were seen. Pain and palpable mass out of pelvis may be a symptom of extrapelvic endometriosis although it is frequently asymptomatic. Urinary endometriosis is an unrecoverable disease, and collective approach of the gynecologist and urologist is necessary for treatment options.

**Serdar BALCI**

Başkent Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

ANKARA

The severity of symptoms, spread of disease, probability of recurrences and cost of treatment should be considered and accurate modality of the treatment should be offered to the patient.

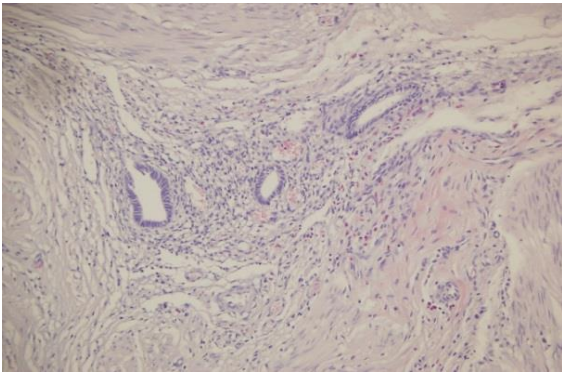
**Keywords:** pelvic pain, hematuria, endometriosis

## OLGU

Otuz altı yaşında 2 gebelik, 1 doğum, 1 abortus ve 7 yıl önce sezeryan öyküsü bulunan hasta siklik hematüri (menüri) ve kronik pelvik ağrı yakınması ile başvurdu. Abdominopelvik ultrasonografide mesanede kitle şüphesiyle sistoskopi yapılarak biopsi alındı. Patolojik tanı mesanede endometriosis idi (Resim 1).

Gonadotropin releasing hormon(GnRH) agonisti (leuprolide asetat) tedavisi 6 ay uygulandı Hastanın hematüri yakınması tamamen kayboldu, pelvik ağrı şikayeti ise belirgin olarak geriledi. Ancak hasta tedaviden 2 ay sonra kasık ağrısı yakınması ile tekrar başvurdu. Hastaya tanısal laparoskopide ve ikinci bakış sistoskopisi yapıldı. Laparoskopide batın içinde yaygın beyaz endometriotik odaklar ve yüzeysel yapışıklıklar izlendi (Resim 2a-2b). Lezyonlardan biopsi alındı. Sistoskopide ise mesane mukozası hiperemik gözlemlendi ve biyopsi alındı (Resim 3).

Patolojik inceleme sonucunda mesanede kronik nonspesifik sistit saptandı, endometriosis ile uyumlu olabilecek endometrium bez ve stromasına ait yapı izlenmedi (Resim 4).



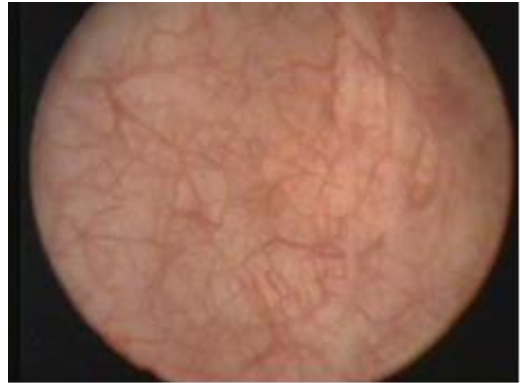
**Şekil 1a.** Mesanede endometriosis, Hemotoksilen Eosin X 100



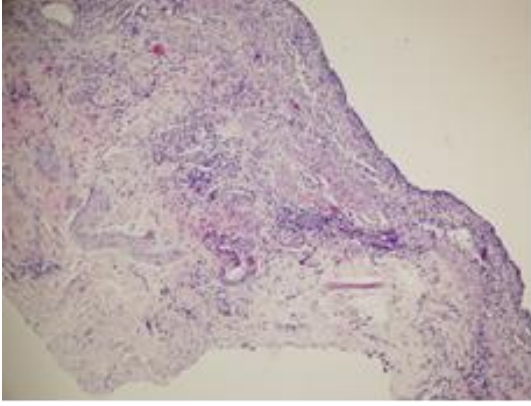
**Resim 2a** Laparoskopide batın içinde yaygın beyaz endometriotik odaklar ve yüzeysel yapışıklıklar



**Resim 2b.** Laparoskopide batın içinde yaygın beyaz endometriotik odaklar ve yüzeysel yapışıklıklar



**Resim 3.** Mesane (2. bakış sistoskopi)



**Resim 4.** GnRH tedavisi sonrası mesane, Hemotoksilen Eosin X100 (normal mesane mukozası saptandı)

## TARTIŞMA

Endometriyozis, endometrial bez ve stromanın uterus dışındaki organ veya dokularda anormal olarak yerleştiği bir hastalıktır. Daha çok reproduktif yaştaki kadınlarda olmak üzere tüm etnik ve sosyal gruplarda görülebilen bir hastalıktır. Üreme çağındaki kadınlarda yaklaşık % 15 oranında gözlenir (1). İnfertilite, dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı tipik bulgularıdır ancak asemptomatik de olabilir. En sık yerleştiği yer pelvik organlar ve peritondur. Sıklıkla asemptomatik olsa da, ağrı ve pelvis dışında ele gelen bir kitlenin varlığı ekstrapelvik endometriyozisin semptomları olabilir (2-3). Endometriyozis, pelvis dışında en sık intestinal kanalda görülür (2-3). Üriner sistem tutulumu nadir de (%1-2) olsa görülebilir, en sık tutulum mesanede özellikle de trigonda görülür (%80) (4,5). Daha az olarak da üreter (%15) ve böbrekte rastlanır (%4) (6). Bizim hastamızda da endometriyozis mesane trigonunda saptandı. Mesane endometriyozisinin iki tipi, endometriyotik hücrelerin sezeryan, histerektomi ve dilatasyon-küretaj gibi operasyonlardan sonra iatrojenik olarak yayılımı ile oluştuğu sanılan izole tip ve yaygın pelvik endometriyozis ile birlikte olan tip tanımlanmıştır (7). Bizim hastamızda da geçirilmiş sezeryan öyküsü bulunmaktadır. Üriner sistem tutulumunda klinik belirtiler hastaların %70'inden fazlasında intersitisyel sistite benzer ve menstruasyondan

1 hafta önce ya da 1 hafta sonra başlayabilir (7). Suprapubik ağrı, sıkışma inkontinansı, disparoni, sık idrara çıkma en çok karşılaşılan yakınmalardır. Patogonomik bulgu olan siklik hematüri (menüri) ise hastaların sadece %20'sinde saptanır (7). Bizim hastamızın da öncelikli yakınması menüriydi. Bu tür yakınmalarla başvuran hastalarda sistoskopi, direkt görüntüleme ve biyopsi olanağı sağlayan ve özellikle diğer hematüri nedenlerini dışlamada yardımcı olan kolay bir yöntemdir.

Üriner sistem endometriyozisinin tedavisinde cerrahi veya medikal yöntemler kullanılabilir. Tedavi şeklinin belirlenmesinde hastanın yaşı, gebelik istemi, yakınmaların şiddeti ve sıklığı, endometriyotik lezyonların büyüklüğü ve hastalığın yaygınlığı etkin olan değişkenlerdir. Üriner sistemde tıkanıklığa ve buna bağlı hidronefroz ve böbrek fonksiyon bozukluğuna yol açmayan endometriyoziste öncelikle oral kontraseptifler, danazol ve GnRH analoglarını içeren medikal tedavi yöntemleri denenebilir; ancak hastalığın kesin tedavisi amaçlanıyorsa cerrahi eksizyon en etkin yöntemdir(6).

İleri evre hastalığı olanlarda preoperatif dönemde danazol, GnRh agonisti veya progestinlerin kullanımı endometriyozisin yaygınlığını azaltmada faydalı olabilmektedir(8-9). Bununla birlikte laporoskopik olarak saptanmış hastalığın resolüsyonunda ve ağrının ortadan kaldırılmasında kullanılan medroksiprogesteron asetat, danazol, gestrinon ve GnRh agonistlerinin benzer etkinlikte olduğu belirtilmektedir(8-9). Medikal tedavinin cerrahi tedaviye dezavantajları, hormon preparatlarının yüksek maliyeti, yüksek yan etki prevalansı ve yüksek endometriyozis yineleme oranıdır. Endometriyoziste yineleme oranı medikal veya cerrahi tedaviye rağmen her yıl için %5-20'dir. Yineleme oranı hastalığın evresi, takip süresi ve daha önce cerrahi yapıp yapılmamasına göre değişmektedir (10).

Bizim hastamızda da ilk olarak sistoskopi yapıldı ve şüpheli lezyonlara transüretral rezeksiyon (TUR) uygulandı, ardından 6 ay GnRh agonist tedavisi verildi. Hastanın kasık ağrısının tedavi sonrasında tekrarlaması nedeniyle rekürrens şüphesiyle laparoskopi ve 2. bakış sistoskopi uygulandı. Ancak patolojik olarak rekürrens bulgusu saptanmadı.

Üriner endometriozis gibi sağaltımı zor bir hastalıkta tedavi basamaklarına kadın doğum ve üroloji uzmanları birlikte karar vermelidir. Şikayetlerin şiddeti, hastalığın yaygınlığı, tekrarlama olasılığı ve tedavi maliyeti göz önüne alınarak doğru tedavi yöntemi hastaya önerilmelidir.

#### Kaynaklar

1. Stopiglia RM, Ferreira U, Faundes DG, Petta CA. Cystoscopy-assisted laparoscopy for bladder endometriosis: modified light-to-light technique for bladder preservation. *Int Braz J Urol* 2016.
2. 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,
3. Donnez J, Spada F, Squifflet J, Nisolle M, Bladder endometriosis must be considered as bladder adenomyosis. *Fertil Steril* 2000;74:1175.
4. Zugor V, Krot D, Rösch WH, Schrott KM, Schott GE, Endometriosis of the ureter and urinary bladder. *Urologe A* 2007;46:71.
5. Kołodziej A, Krajewski W, Dołowy Ł, Hirnle L. Urinary Tract Endometriosis. *Urol J* 2015;12:2213-7.
6. Manikandan R, Pollard A, Pritchard S, Adeyoju A. Vesical endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:327
7. Westney OL, Amundsen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol* 2000;163:1814.
8. Vercellini P, Cortesi I, Crosignani PG, Depot medroxyprogesterone acetate versus an oral contraceptive combined with very-low dose danazol for long-term treatment of pelvic pain associated with endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:396.
9. Fedele L, Bianchi S, Viezzoli T, et al. Gestrinone versus danazol in the treatment of endometriosis. *Fertil Steril* 1989;51:781.
10. Ke X, Qian H, Kang L, Wang J, Xie Y, Cheng Z. Clinical analyses of endometriosis after conservative surgery. *Int J Clin Exp Med* 2015;15;8(11):21703-6.