

Kolon Kanserini Taklit Eden Nadir Bir Ekstrapelvik Endometriyozis Olgusu

A Rare Case of Extrapelvic Endometriosis Which Mimicking Colon
Cancer
Genel Cerrahi

Başvuru: 30.07.2015
Kabul: 06.10.2015
Yayın: 26.10.2015

Ahmet Bozdağ¹, Servet Tali¹, Ali Aksu¹, Barış Gültürk¹, Pervin Karataş Karabulut¹

¹ Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Özet

Klasik olarak, endometriyozis, fonksiyonel endometriotik gland ve stromanın, uterin kavite dışında büyümesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tür olgularda, kolon nadir bir ekstrapelvik tutulum yeridir. Pelvik bölgesinde bulunan bir kitle nedeniyle ameliyat edilen hastada, rektosigmoid kolon bileşkesinde obstrüksiyona neden olan ve serozayı aşan bir lezyon tespit edildi. Kolon kanseri olduğu düşünülen hastada, onkolojik prosedürlere uygun olarak low anterior rezeksiyon ve sol ooforektomi yapıldı. Hastamızda olduğu gibi nonspesifik gastrointestinal semptomları olan bayan hastalarda, ayırıcı tanıda endometriyozis de düşünülmesi gereken bir patolojidir.

Anahtar kelimeler: Ekstrapelvik endometriyozis, Kolon obstrüksiyonu Kolon kanseri

Abstract

Classically, endometriosis is defined as the growth of functional endometriotic glands and stroma that located outside of the uterine cavity. In such cases column is a rare place of extrapelvic involvement. In patient who had surgery for pelvic masses, at the junction of the rectosigmoid colon, a lesion which caused obstruction and exceeded the serosa was detected. The patient was considered to be colon cancer and according to oncological procedures low anterior resection and left oophorectomy was performed. As in our case, in female patients with nonspecific gastrointestinal symptoms Endometriosis is a pathology that should be considered in the differential diagnosis.

Keywords: Extrapelvic endometriosis, Colon obstruction Colon cancer

Giriş

Endometriyozis, fonksiyonel endometrial gland ve stromanın uterin kavite dışında görülmesine denir ¹. Endometriyozis jinekolojide sık rastlanılan bir klinik tablodur. Endometriyozis, en çok pelvik organları, overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve servikte görülmektedir. Akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, üreterler, umbilikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler gibi ekstrapelvik bölgelerde de görülebildiği bilinmektedir ^{1,2}. Ekstrapelvik endometriyozis yerleşim yerine göre farklı semptomlara sebep olması nedeniyle tanısı zordur ve çoğu zaman ayırıcı tanıda düşünülmemektedir. Patolojik görünümü, yerleşim yerine bağlı olmaksızın karakteristik olmasına rağmen endometriyozisin olduğu organdaki doku tümörleri ile karışabilir. Burada, rektosigmoid bileşkede palpe edilen kitle nedeniyle jinekolojik operasyon esnasında yapılan konsültasyon sonrası tespit edilen ekstrapelvik yerleşimli bir endometriyozis olgusu sunuldu.

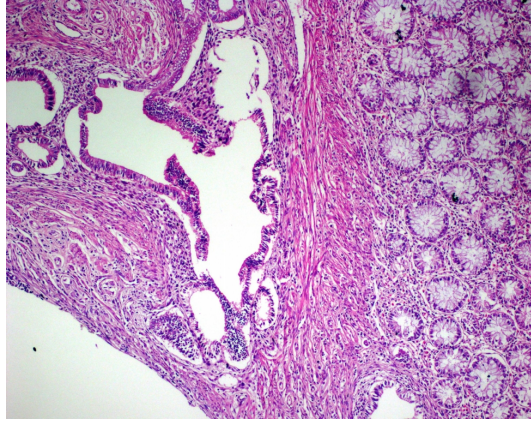
Olgu Sunumu

Multipar 48 yaşında kadın hasta, pelvik ağrı şikayeti ile hastanemiz kadın doğum polikliniğinde değerlendirildi. Yapılan karın ultrasonunda sol over lojunda 8x6 cm boyutta septalı ve yer yer duvar kalınlığı artmış kistik lezyon tespit edilmesi üzerine ameliyat kararı verilerek ameliyata alındı. Ameliyat sırasında yapılan değerlendirmede rektosigmoid kolonda sert kitle görülmesi üzerine genel cerrahi konsültasyonu istendi. Yapılan değerlendirmede

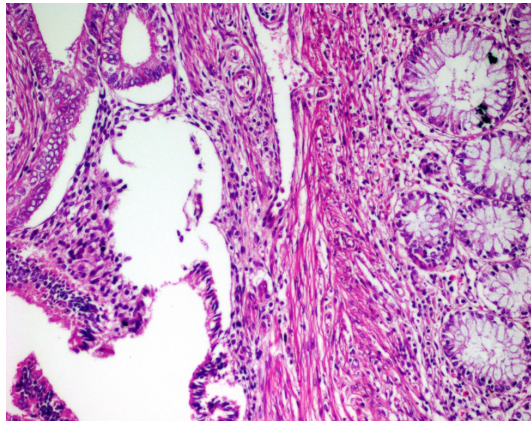
rektosigmoid bileşkede, sert, serozayı aşan olası bir malign lezyon düşünöldü ve kolonoskopi yapılmasına karar verildi. Ameliyatta yapılan kolonoskopide anal girişten 15 cm proksimalde lümeni obstrükte eden, kolonoskopun geçişine izin vermeyen, üzerindeki kolon mukozası ödemli ve hiperemik olan kitle göröldü. Hastaya low anterior rezeksiyon ve sol ooforektomi yapıldı. Hastanın anamnezinde ameliyattan önceki dönemde genel cerrahi polikliniğine başvurusunun olduğu, hastanın kabızlık ve makatta kanama şikayeti ve anemisi olması nedeni ile kolonoskopi planlandığı ancak hastanın işlemini yaptırmadığı öğrenildi. Hastanemizde frozen çalışma imkânı olmadığından işlem esnasında patolojik değerlendirme yapılamamıştır. Ameliyat sonrası dönemde hastada komplikasyon görölmemiş ve ameliyat sonrası 7. gün hasta taburcu edilmiştir. Kolon kanseri düşünölen hastanın kesin patolojisi endometriozis olarak raporlanmıştır. (Şekil 1,2,3)



Şekil 1 : Barsak duvarını kalınlaştırarak lümeni obstrükte eden kitle.



Şekil 2 : Rektum mukoza ve submukoza ile iç içe endometrial bez ve stroma yapısı (HEX10).



Şekil 3 : Rektum mukoza ve submukoza ile iç içe endometrial bez ve stroma yapısı (HEX20).

Tartışma ve Sonuç

Klasik olarak endometriosis, endometriotik gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunması olarak tanımlanır. Endometriosis ilk olarak 1860 yılında Rokitansky tarafından tarif edilmiştir ¹. Hastalık oldukça net olarak tariflenmesine karşın, etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir, ancak birkaç teori mevcuttur.

Metastatik teori; üç farklı yayılma şekli tarif edilmiştir.

Menstürel implantasyon: Sampson retrograd akım (implantasyon) teorisini ortaya koymuştur. Bu teoriye göre menstruasyon sırasında endometrial hücreler tubalardan regürjite olmakta ve peritoneal yüzeylere implante olarak endometriosis gelişmektedir.

İntraoperatif implantasyon: Uterusa yönelik cerrahi girişimler sırasında iatrojenik olarak implante edilen endometrial hücreler skar endometriosisine yol açabilir.

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

Metaplastik teori; indifferansiye çölemik epitelin östrojen ya da bilinmeyen bir etkiyle endometrial glandlara transforme olmaktadır ³.

Endometriosis geniş değişken bir prevalans gösterir. Üreme çağındaki kadınların % 5-15'inde, infertil kadınların % 40'ında saptanmaktadır. 15-64 yaş arasındaki 1000 kadından 4'ü her yıl endometriosis nedeniyle hastaneye yatırılmaktadır ⁴. Ektopik endometrium dokusu çoğunlukla pelvik bölgede ve jinekolojik dokularda (overler, Douglas poşu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovajinal septum ve serviksi) görülürken, ekstrapelvik dokularda da (akciğerler, plevra, diyafragma, barsaklar, safra kesesi, böbrekler, ureterler, umbilikus, cilt, santral sinir sistemi ve ekstremiteler) görülebildiği bilinmektedir ^{1,2}.

Gastrointestinal sistemde saptanan endometriosis, eksternal endometriosis vakalarının %7,4'üne ve tüm endometriosis vakalarının ise %0,7 sini oluşturmaktadır. İntestinal endometrioz en sık %74'ü ile rektosigmoid birleşkede görülürken daha az sıklıkta % 12'si rektovajinal septum, %3 'ü appendiks ve %2'si ince barsaklar ve çekum da görülmektedir ².

Endometriosis genellikle seroza ya da subserozal tabakayı tutmakla birlikte bazen kolonun tüm tabakalarını da tutabilir ¹. Bizim hastamızda da rektosigmoid birleşkede ve tüm kolon tabakalarında tutulum mevcuttu.

İntestinal endometrioziste, hastalar arasında değişiklik göstermekle beraber genellikle periyodik rektal kanama, pelvik ağrısı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare, şişkinlik, intestinal obstrüksiyon ve akut karın semptomlarına yol açabilir ¹. Bizim hastamız da operasyon sonrası yapılan sorgulamasında daha önce rektal kanama, kabızlık ve anemi şikayetleri ile genel cerrahi polikliniğinde değerlendirilmiş ve kolonoskopik inceleme önerilmesine rağmen hasta tarafından işlem kabul edilmemiştir. Hastamızın tarif ettiği kanama periyodik özellikte değildi. Rektal kanamanın periyodik olmaması ise hastanın internal hemoroid pakelerinin olması nedeniyle periyodik olmayıp hasta tarafında aralıklı olarak tarif edilmiştir.

İntestinal endometriosis tablosunun inflamatuvar intestinal hastalıklardan, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, soliter rektal ülser ve maligniteler gibi hastalıklardan ayırıcı tanısının yapılması gerekir ⁵.

Anamnez, fizik muayene, radyolojik görüntüleme yöntemleri ve biyopsi tanıda yardımcıdır. Radyolojik görüntüleme tetkikleri kesin tanıyı vermese de kitle boyutu, yeri, derinliği hakkında yeterli bilgi verirler. Ancak çoğunlukla kesin tanı için cerrahi eksizyon ve çıkarılan materyalin histopatolojik incelemesi gereklidir.

İntestinal endometriozisin tedavisinde değişik hormon supresyon tedavileri verilse de yanıtlar genellikle iyi değildir. Herhangi bir nedenden dolayı ameliyata alınamayan hastalarda medikal tedavi uygulanabilir. Bu amaçla danazol, gonodotropin-releasing hormon, oral kontraseptifler, prostoglandin inhibitörleri kullanılabilir. Hormonal tedavinin tıkanıklık semptomları üzerinde düzeltici etkisi yoktur. Ağrı, kanama, barsak alışkanlıklarında değişiklikler ve barsak tıkanıklığı durumlarında cerrahi tedavi endikasyonu vardır. İntestinal endometriozisin tedavisi çoğunlukla cerrahidir^{5,6}.

Sonuç olarak, üreme çağıında kabızlık, rektal kanama ve pelvik ağrı tablosu ile başvuran bayan hastalarda ayırıcı tanıda akla intestinal endometriozis de gelmelidir. Nadir görülen bu tablo, pek çok hastalığı taklit edebilir. Kesin tanı ve tedavisi kitlenin cerrahi olarak çıkarılması suretiyle yapılmaktadır.

Kaynaklar

1. Yıldırım S, et al. Colonic obstruction due to rectal endometriosis: Report of a case. Turk J Gastroenterol. 2005;16(1):48-51.
2. Duleba AJ. Diagnosis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997 Jun;24(2):331-46.
3. Celement P B. Diseases of the peritoneum. In: Kurman RJ, editor. Blaustein's pathology of the female genital tract. 4th ed. New-York, Berlin:Springer Verlag; 1994. p. 647-703.
4. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997 Jun;24(2):235-58.
5. Kılıç ZMY, ve ark. İntestinal endometriozis: Nadir bir olgu sunumu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi. 2008;7(2):114-7.
6. Bartkowiak R, et al. Diagnosis and treatment of sigmoidal endometriosis a case report. Med Sci Monit. 2000 Jul-Aug;6(4):787-90.