

Sigmoid kolon ve lenf düğümünde ekstrasjenital endometriozis *Extragenital endometriosis in sigmoid colon and lymphatic nodule*

Nuket Eliyatkin¹, Başak Karasu¹, Baha Zengel², Hakan Postacı¹

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Patoloji Kliniği, ² 1. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir- Türkiye

Geliş Tarihi / Received: 10.12.2009, Kabul Tarihi / Accepted: 11.02.2010

ÖZET

Endometriozis, doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen bir hastalık olmakla birlikte, intestinal endometriozis oldukça nadir görülen ve önemli klinik sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. Bu sunumda, ekstrasjenital endometriozis nedeniyle barsak obstrüksiyonuna yol açan 43 yaşında kadın hasta tartışılmıştır. Hastada endometriozis tanısı barsak rezeksiyonundan sonra ameliyat materyalinin histopatolojik incelenmesi sonucunda konulmuştur. İntestinal endometriozis bir çok hastada spesifik olmayan bulgu ve semptomlara neden olmaktadır. Nedeni açıklanamayan sindirim sistemi şikayetleri ile başvuran kadın hastaların ayırıcı tanısında intestinal endometriozis olabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sigmoid kolon, lenf düğümü, endometriozis

OLGU

Hastanemiz acil servisine şiddetli karın ağrısı şikâyeti ile başvuran 43 yaşında kadın hasta. Yapılan fizik bakıda; sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere tüm batında yaygın hassasiyet ve rebound mevcut iken defans yoktu. Laboratuvar testlerinde Hemoglobin 13.3 g/dl, Hematokrit %38.4, Beyaz küre sayısı 23.000/mm³, trombosit sayısı 220.000/mm³ iken kan biyokimya değerleri olağan sınırlardaydı. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde serbest hava, hava-sıvı seviyesi görülmedi, transvers kolonda ve inen kolonda gaz içeriği mevcuttu. Batın ultrasonografide (USG) sağ alt kadranda daha belirgin olmak üzere yaygın batın içi serbest sıvı izlendi. Hasta, bu bulgularla barsak obstrüksiyona bağlı akut karın tablosu düşünülerek operasyona alındı. Yapılan batın içi eksplorasyonda batın içinde bol miktarda reaksiyonel sıvı vardı. Sigmoid kolonda çevreye kısmen yapışıklık gösteren ve kanamalı alanları içeren kitle lezyonu izlendi. Malignite düşünülerek

ABSTRACT

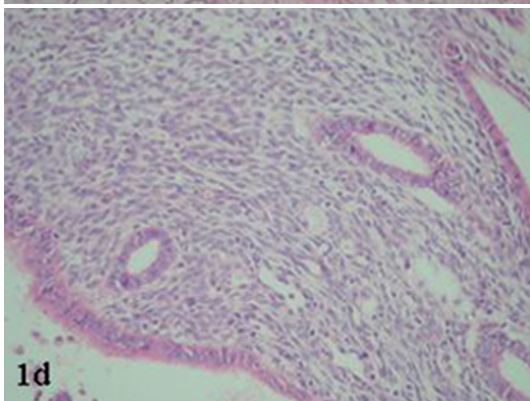
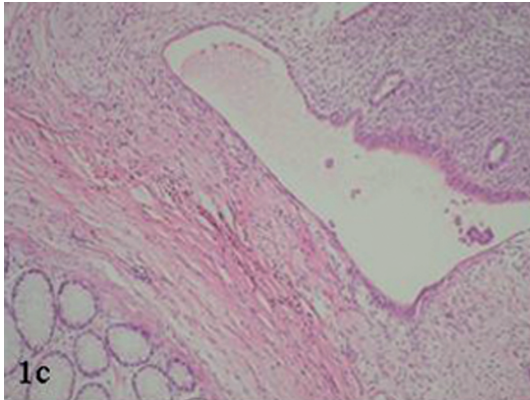
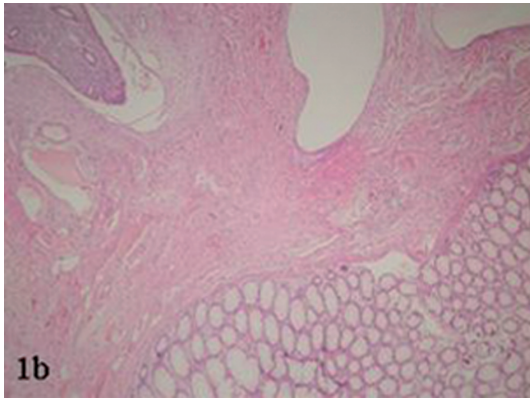
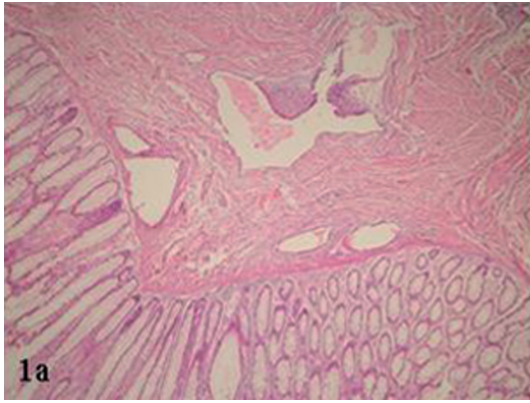
Although endometriosis is a common disease in women of childbearing age, intestinal endometriosis is unusual and may cause clinically significant complications. We report a 43-year-old woman with extragenital endometriosis who presented with intestinal obstruction. She was operated on with a preoperative diagnosis of malignancy. The diagnosis of endometriosis was made only after histological examination of the resected specimen. Intestinal endometriosis has a diverse clinical spectrum, with nonspecific features in many patients. In female patients who have unexplained digestive complaints, endometriosis should also be considered in the differential diagnosis.

Key words: Sigmoid colon, lymphatic nodule, endometriosis

olguya 10'ar cm distal ve proximale uzanan salim cerrahi sınırlarla sigmoid kolon rezeksiyonu yapıldı. Geçici Hartmann tipi kolostomi açıldı. Douglas'a 1 adet silastik dren konularak işlem tamamlandı. Hastanın postoperatif dönemi sorunsuz geçti ve postoperatif 6. gün taburcu edildi.

Makroskopik incelemede rezeke edilen kolon segmentinin uzunluğu 20 cm olup materyal üzerinde bir taraf cerrahi sınırdan 7 cm uzaklıkta ekstralümenal fibrotik yapışıklıklar ve kanama alanları mevcuttu. Materyal açıldığında bu alanlarda barsak lümenini daraltan ve duvarı kalınlaştıran kanamalı, küçük kistik yapıların varlığı görüldü. Mukoza çoğu alanda olağan görünümde idi.

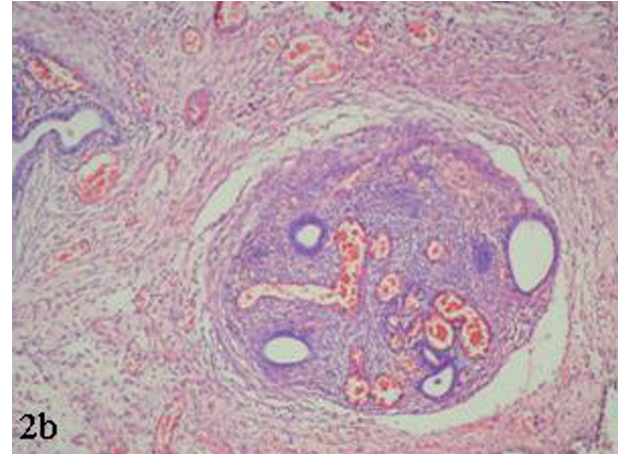
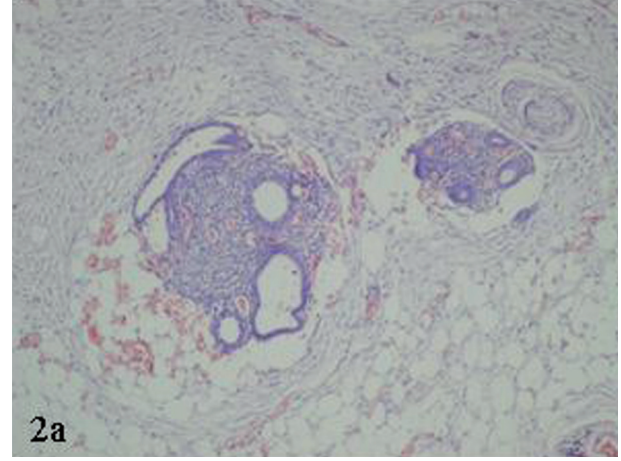
Mikroskopik incelemede kolona ait örneklerde yüzeyde olağan mukozaya izlenmiş olup muskularis propria ve submukozada endometriyal glandlar ve yoğun sellüler endometriyal tipte stroma izlendi (Resim 1a-1b-1c-1d).



Resim 1a -1b. Muskularis propria ve submukoza yerleşimli endometrial glandlar (H&E 40)

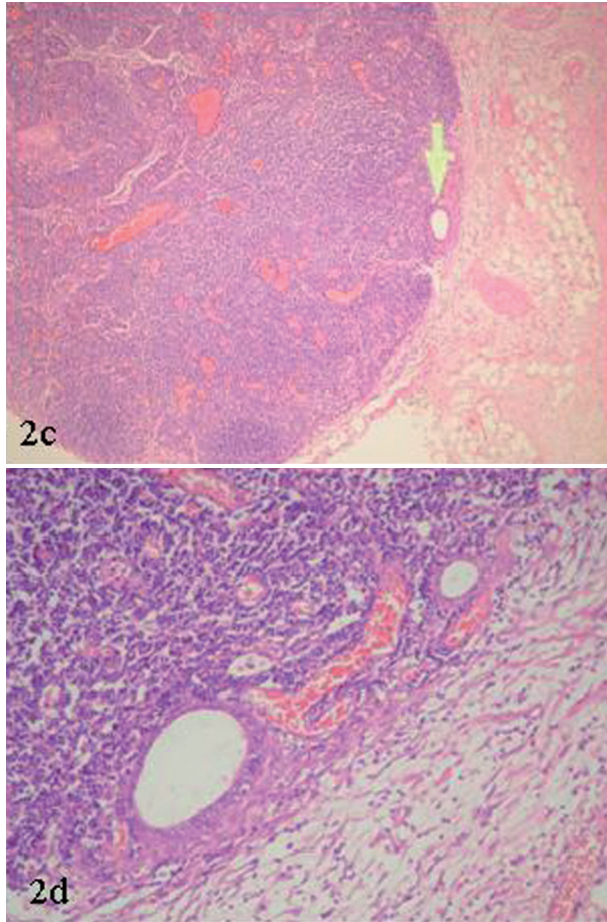
Resim 1c – 1d. Endometrial gland yapıları ve stroma (H&E x100) (H&E x200)

Perikolonik yağ dokuda da endometriyal gland ve stromadan oluşan konjesyone damar yapılarıyla iç içe odaklar dikkati çekti (Resim 2a-2b).



Resim 2a – 2b. Perikolonik yağ dokuda endometrial stroma içerisinde endometrial gland ve konjesyone damar yapıları (H&E x100)

Ayrıca perikolonik dokudan ayıklanan 9 adet lenf düğümünün 2'sinde kapsülün hemen altında periferinde minimal stroma bulunduran endometrial gland yapıları içeren endometriozis odakları dikkati çekti (Resim 2c-2d).



Resim 2c – 2d. Perikolonik yağ dokudan diseke edilen lenf düğümlerinde subkapsüler endometrial gland yapıları (H&E x40) (H&E x200)

Olgu ekstragenital “sigmoid kolon ve lenf düğümlerinde” endometriozis olarak değerlendirildi. Olguya dış merkezde genital sistem muayenesi yapıldı ve aktif bir endometriozis odağı saptanmadı. İzlemde olan olguda 9 ay sonra kolostomi sorunsuz şekilde kapatıldı.

TARTIŞMA

Endometriozis, histolojik olarak endometriyal gland ve stromanın uterin kavite dışında bulunması olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis gelişimini açıklayan bir çok teori mevcuttur. Sampson tarafından ortaya atılan retrograd yayım teorisi en çok kabul görendir. Bu teoriye göre, endometriyal hücrelerin menstruasyon boyunca fallop tüpleri yoluyla peritoneal kaviteye ve çeşitli diğer alanlara doğru ilerlediği düşünülür. Çöloimik metaplazi, vasküler yayım ve otoimmün hastalıklar diğer ileri sürülen gelişim teorileridir¹⁻².

Endometriozisin, premenopozal kadınlar arasında, gerçek prevalansı bilinmemekle birlikte değişik kaynaklardaki ortak sonuçlar %5 gibidir¹⁻³. Pelvik endometriozisli hastaların %15-37'sinde barsak traktının da etkilendiği bildirilmektedir⁴. Rektum, sigmoid kolon ve rektovaginal septum, intestinal endometriozisin en çok görüldüğü alanlardır⁵⁻⁶. İntestinal endometriozis genellikle asemptomatiktir. Fakat gastrointestinal kanama, bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı, ağrısız defekasyon, diyare, konstipasyon, rektovaginal kolonik kitle, intüsesiyon görülebilir. Semptomlar tek başına tanı koymada yardımcı değildir. Bazı endometriozis olgularında serum CA125 düzeyleri yüksek olabilir, laparoskopi ile karşılaştırıldığına tek başına diagnostik önem taşımaz⁷. Ayrıca ektopik endometrial doku, özellikle östrojen olmak üzere ovaryan hormonların etkisiyle barsak duvarına ve peritona yapışabilir, siklik kanamalarla lezyon çevresinde inflamasyon ve fibrozis gelişir. Bu ilerleyici durum barsağı çevreleyerek lümeni daraltır ve zamanla obstrüksiyona yol açar⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹. Bunun sonucu olarak da barsak tıkanıklığı ve perforasyon görülebilir. Pek çok intestinal endometriozis tanısı laparoskopi ya da laporotomi sırasında konulmaktadır. Bizim olgumuzda akut karın düşünülerek opere edilmiştir.

Endometriozis genellikle serozayı ya da subserozal tabakayı tutmakla beraber bazen kolonun tüm tabakalarını da tutabilir. Olgumuzda barsak tıkanıklığı bulunmasına rağmen histopatolojik olarak mukozal tutulum yoktu. Ancak muskularis propria ve submukozada endometriyal glandlar ve yoğun selüler endometriyal tipte stroma kanama alanlarıyla iç içe görünümdeydi. Ayrıca çevre yağ dokuda izlenen lenf düğümlerinde de endometriozis odakları dikkati çekmekteydi. İntestinal endometriozisli hastalarda tablo, malignite dahil olmak üzere bir çok hastalıkla karışabileceği için tanı sıklıkla zor ve geç konulabilmektedir.

Sonuç olarak doğurganlık çağında konstipasyon, gastrointestinal kanama, bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı, ağrısız defekasyon, diyare ve pelvik ağrı ile başvuran kadın hastalarda ayırıcı tanıda akla intestinal endometriozis de gelmelidir. Bu tablo nadir görülür ve bir çok hastalığı taklit edebilir. İntestinal endometriozisin tedavisi çoğu vakada cerrahidir¹². Hormon supresyon tedavileri genelde başarısızdır. Ancak cerrahi tedavi yapılamayan hastalarda medikal tedavi patolojik süreci durdurmada

yardımcı olabilir. Ağrı, kanama, diyare, konstipasyon ve obstrüksiyon durumlarında cerrahi tedavi gereklidir. Özellikle obstrüksiyon ortaya çıkmışsa hormonal tedavinin yararı yoktur. İntestinal endometrioziste etkilenmiş barsak segmentinin rezeksiyonu ve anastomoz en iyi tedavi yöntemi olarak kabul görmektedir¹³.

KAYNAKLAR

1. Hesla JS, Rock JA. Endometriosis. In:Rock JA, Thompson JD (eds.). Te Linde's Operative Gynecology. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1997:585-624.
2. Rock J, Markham SM. Pathogenesis of endometriosis. Lancet 1995; 340: 1264-7.
3. Adamson GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1990;162:568-9.
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. Koksall N. Kolorektal endometrioz. In: Alemdaroglu K, Akcal T, Bugra D, eds. Kolon Rektum ve Anal Bölge Hastalıkları. 1st ed. Istanbul: Turk Kolon ve Rektum Cerrahisi Derneği 2003; 681-5.
6. Yantiss RK, Clement PB, Young RH. Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. Am J Surg Pathol 2000;24:513-4.
7. Yoshida M, Watanabe Y, Horiuchi A, Yamamoto Y, Sugishita H, Kawachi K. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: Significance of pre-operative diagnosis. World J Gastroenterol 2007; 13(40): 5400-2.
8. Bergqvist A. Extragenital endometriosis: a review. Eur J Surg 1992; 158: 7-12.
9. Cromm RD, Donovan ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. Am J Surg 1984; 148: 660-7.
10. Graham B, Mazier P. Diagnosis and management of endometriosis of colon and rectum. Dis Colon Rectum 1988; 31: 952-6.
11. Bromberg SH, Waisberg J, Franco MIF, et al. Surgical treatment for colorectal endometriosis. Int Surg 1999; 84: 234-8.
12. Martin DC, Zwagg RV. Excisional techniques for endometriosis with the CO2 laser laparoscope. J Reprod Med 1987;32:753-8.
13. Verspyck E, Lefranc JP, Guyard B, Blondon J. Treatment of bowel endometriosis: A report of six cases of colorectal endometriosis and a survey of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997;71:81-4.