

Endometriozise Bağlı Akut Apendisit: Olgu Sunumu

Acute Appendicitis Caused By Endometriosis: A Case Report

ÖZGEN ARSLAN SOLMAZ¹, MEHMET BUĞRA BOZAN², BURHAN KANAT²

¹Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji, Elazığ-Türkiye ²Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Elazığ-Türkiye

ÖZET

Endometriozis, endometrial bez ve stromanın uterus dışında bulunduğu benign bir hastalıktır. Genellikle reproduktif dönemdeki kadınlarda görülür. Apendiksde görülme sıklığı oldukça düşüktür. Karın ağrısı ve bulantısı olan 44 yaşındaki kadın hastada apendektomi sonrası tanı verilen endometriosis olgusunu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Apendiks

ABSTRACT

Endometriosis is a benign disease defined by the presence of endometrial glands and stroma outside of the uterus. Usually it is occurs in women of reproductive period. Involvement of appendix is uncommon. We present female patient who 44 years old and diagnosis of endometriosis after appendectomy.

Key words: Endometriosis, Appendix

Başvuru Tarihi: 04.04.2013 , Kabul Tarihi: 22.04.2013

✉ Dr. Özgen Arslan Solmaz
Elazığ Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Patoloji Kliniği Elazığ - Türkiye
Tel: 0530.8804123
e-mail: ozgensolmaz@mynet.com

Kolon Rektum Hast Derg 2013;23:147-149

Giriş

Endometriozis, endometrial bez ve stromanın uterus dışında bulunduğu benign bir hastalıktır. Genellikle reproduktif dönemdeki kadınlarda görülür.¹ En sık overde görülmekle birlikte barsak, üreter ya da mesane gibi intrapelvik organlarda da bulunabilir. Gastrointestinal organlarda %3-37 oranında, apendiksde ise bu oranın %3'ü sıklığında görülür.²

Görülme sıklığının azlığı ve akut apandisit olguları ile benzer klinik, radyolojik ve laboratuvar bulguları nedeniyle karışabileceğinden, bu olguyu sunmak istedik.

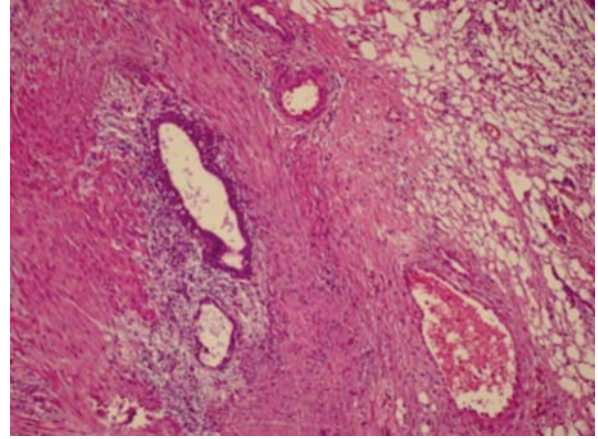
Materyal Metot

Karın ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil servise başvuran 44 yaşında kadın hastaya yapılan fizik muayenede, batın sağ alt kadranda belirgin hassasiyet ve rebound saptandı. Defans izlenmedi. Özgeçmişinde sezeryan öyküsü mevcuttu. Hasta menstruel kanamasının 1. günündeydi. Beyaz küre 8900 olup diğer biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Ultrasonografik olarak batın sağ alt kadranda en geniş yerinde 11 mm çapında, kör uçla sonlanan, duvarı ödemli bir barsak ansı izlendi ve distal uçta lümeninde 18x10 mm boyutunda hipoekoik, nispeten düzgün sınırlı lezyon alanı saptandı. Bu bulgular ışığında hastaya apendektomi yapıldı. Operasyon sırasında apendiks gövdesinde orta kısımdan başlayıp ucuna kadar uzanan yaklaşık 2 cm çapında sert doku izlendi (Resim 1.) İntraoperatif olarak lezyon açıldığında kirli beyaz renkli duvar kalınlaşması olduğu görüldü. Patoloji laboratuvarında yapılan makroskopik incelemede; 2.5 cm uzunluğunda, 0.5 cm çapında apendektomi materyalinde, distal bölümüne yapışan ve apendiks



Resim 1. Apendektomi sonrası makroskopik görünüm.

duvarını da kalınlaştırmış, yaklaşık 2 cm çapında solid görünümde, gri beyaz renkli bir alan izlendi. Alınan örneklerin histopatolojik incelemesinde, apendiks duvarında, serozaya yakın yerleşmiş endometrial stroma ve bez yapıları görüldü ve endometriozis tanısı verildi (Resim 2) .



Resim 2. Apendiks serosuna yerleşmiş endometrial bez ve stroma HEx100.

Tartışma

Endometrial dokunun, normal lokalizasyonu olan uterin kavite dışındaki alanlarda görülmesine 'endometriozis' denir. Reproduktif dönem kadınların %10'unda görülür. Uterus kasları içinde yerleşen endometrial dokuya internal endometriozis, diğer alanlarda görülenlere ise eksternal endometriozis denir.³ En sık overlerde (%54.9), posterior broad ligamentde (%35.2), anterior cul-de-sac'da (34.6), posterior cul-de-sac'da (%34) ve uterosakral ligamentde (%28) yerleşir.⁴ Gastrointestinal organlarda %3-37 oranında görülmekte olup apendiksde lokalize olanlar ise bu oranın %3'ünü oluşturur.²

Patogenezinde retrograde menstrasyon ve implantasyon, çöломik metaplazi, direkt transplantasyon ve vasküler yayılımın rolü olduğu söylenmekle birlikte bazı uzak lokalizasyonların (beyin vb) açıklanmasında bu teoriler yetersiz kalmaktadır.⁵ Bu olguda sezeryan öyküsünün olması nedeniyle patogenezinde direkt implantasyonun rol oynadığını düşünmekteyiz.

Histopatolojik incelemede, endometrial bez ve stroma birlikte izlenir. Ancak uzun süreli olgularda sekonder fibrozis gelişimi tanıyı zorlaştırır. Endometriozis, intestinal organlarda genellikle, bu olguda da olduğu gibi seroza ya da subserozaya yerleşir. Bazı durumlarda

ise muskularis propria ve submukozaya yerleşebilir.⁶ Endometriozis tanısı alan olguların üçte biri asemptomatiktir. Klinik bulguları değişiklik gösterir. En yaygın bulgular pelvik ağrı, sekonder dismenore, disparoni, adet düzensizliği ve infertilitedir.⁷ İntestinal endometriozisde abdominal kramp, bulantı, rektal kanama ve barsak tıkanıklığı görülebilir. Apendiks yerleşimli endometriozisde ise kronik pelvik ağrı, melena, alt segment gastrointestinal kanama ya da intussepsiyon görülebilir. Bu bulgular nedeniyle apandisit ile ayırıcı tanısını yapmak oldukça güçtür.^{2,8,9} Laboratuvar testleri genellikle normal sınırlardadır. Ancak bazı durumlarda akut apandisitte olduğu gibi beyaz küre ve CRP değerlerinde yükselme görülebilir. Bizim olgumuzda da beyaz kürede artış mevcuttu.

Ultrasonografik olarak klasik target lezyon ya da donut halkası şeklinde görülür. İntussepsiyon ile karışabilir. Radyografik bulguları ise ince barsak obstrüksiyonu ile benzer görünüm verir.¹⁰

Apendiks yerleşimli endometriozisde tedavi cerrahi ve hormonal tedavidir. Cerrahi olarak, bu olguda da olduğu gibi apendektomi uygulanır. Hormonal tedavi sekonderdir.¹¹

Sonuç olarak endometriozis, klinik ve laboratuvar bulguları nedeniyle akut apandisit olguları ile karışabileceğinden, bu bulgular nedeniyle başvuran ve apendektomi planlanan doğurganlık çağındaki her kadında, endometriozis ön tanısı her zaman akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004;364:1789-99.
2. Saleem A, Navarro P, Munson JL, *et al.* Endometriosis of the appendix: Report of tree cases. Int J Surg Case Rep. 2001;2:16-19.
3. Uncu H, Taner D. Appendiceal endometriosis: two case report. Arch Gynecol Obstet. 2008;278:273-75.
4. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. *et al.* Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. 1986;67:335-38.
5. Gurates B, Bulun SE. Endometriosis: the ultimate hormonal disease. Semin Reprod Med. 2003;21:125-34.
6. Yantis RK, Clement PB, Young RH. *et al.* Neoplastic and pre-neoplastic changes in gastrointestinal endometriosis: a study of 17 cases. Am J Surg Pathol. 2000; 24(4): 513-24.
7. Farquhar C. Endometriosis. BMJ. 2007; 334(7587): 249-53.
8. Barclay RL, Simon JB, Varner SJ, *et al.* Rectal passage of intestinal endometriosis. Dig Dis Sci. 2001;46:1963-67.
9. Chaar CI, Wexelman B, Zuckerman K, *et al.* Intussusception of the appendix: comprehensive review of the literature. Am J Surg 2009;198:122-28.
10. Luzier J, Verhey P, Dobos N. *et al.* Preoperative CT diagnosis of appendiceal intussusception. AJR Am J Roentgenol 2006;187:325-26.
11. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynaecol 2004;24:804-808.