

BİR REKTOSİGMOID ENDOMETRİOZİS VAKASI VE LİTERATÜRÜN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

A CASE OF RECTOSIGMOID ENDOMETRIOSIS AND THE REVIEW OF THE LITERATURE

Serhat BOR, Mehmet İŞLER, Ahmed AYDIN, Derya AKIN, Oktay TEKESİN

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Bornova İZMİR

ÖZET

Rektosigmoid kolonun endometriozis seyrek rastlanan bir durumdur ve konstipasyon, ağrı, kanama gibi gastrointestinal semptomlara neden olabilir. Kolonoskopik inceleme ve biyopsi ile tanı konmuş, karın alt kadrnında nonspesifik karakterde ağrı ve menstrüasyonla birlikte rektal kanama yakınması ile başvuran bir rektosigmoid endometriozis vakası sunuyoruz.

Kolon endometriozis tanısı koymak için, intermitan karın ağrısı ve diğer barsak semptomları olan tüm kadın hastalarda, önce bu hastalıktan kuşulanmak gerekir ve endoskopik muayene yöntemleri+biyopsi ile tanının kesinleştirilmesi amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Rektal kanama, Karın ağrısı

T Klin Gastroenterohepatoloji 1994, 5:249-252

SUMMARY

Involvement of the rectosigmoid colon with endometriosis is uncommon but may be a cause of gastrointestinal symptoms such as constipation, pain and bleeding. We describe a case of nonspecific lower abdominal pain and intermittent rectal hemorrhage in association with endometriosis of the rectosigmoid colon. Diagnosis was made by colonoscopic examination and biopsy.

Recognition of the colonic endometriosis requires a high index of suspicion, and the diagnosis should be entertained in all women with recurrent lower abdominal pain and other episodic bowel symptoms. Endoscopic examinations and biopsy can confirm the diagnosis.

Key Words: Endometriosis, Rectal bleeding, Abdominal pain.

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5:249-252

Endometriozis, histolojik olarak normal endometrial dokunun uterus dışında bulunması ile karakterize bir hastalıktır ve genç kadınların %8-18'inde bulunduğu bildirilmektedir (1). Aberan endometriumun patogenezi tam bilinmemektedir. Vakaların çoğunda endometrial fragmanların transtubal regürjitasyon ile retrograt giderek seröz yüzeylerde direkt implantasyon yaptığı, multipotansiyel hücrelerin endometrial diferansiyasyona gittiği, diğerlerinde ise, vasküler disseminasyonun söz konusu olduğu ileri sürülmüştür (2).

Ekstrauterin endometrial doku, en sıklıkla over ve pelvik peritonda yerleşmektedir. Diğer taraftan gastrointestinal traktüste de oturabilmektedir (2). Dokümanite edilmiş semptomatik mediastinal, bronşial ve pleval endometriozis vakaları yanı sıra, endometrial dokunun,

Geliş Tarihi: 18.07.1994

Kabul Tarihi: 28.07.1994

Yazışma Adresi: Serhat BOR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı
Bornova İZMİR

Turk J Gastroenterohepatol 1994, 5

uyuk kaslarında, inguinal kanalda, nazal mukozada ve insizyonel skarlarda da yerleştiği ortaya konmuştur (3,4). Siyatik sendromunun bir nedeni olarak, siyatik sinir endometriozisi bildirilmiştir (5). Buna, uzun süre östrojen tedavisi gören nadir erkek endometriozis vakalarını da eklemek gerekir (6).

Burada, rektal kanama yakınması ile incelenen ve rektal endometriozis tanısı histopatolojik olarak kanıtlanmış bir vaka sunuyoruz.

VAKA TAKDİMİ

E.D., 43 yaşında, kadın. 18.11.1993 günü kliniğimize başvuran hastanın, Haziran 1993'de, feçesle birlikte, kırmızı parlak renkte az miktarda kan dışkılama yakınması olmuş, üç gün sürerek geçmiş. Daha sonra başvurduğu hekimin yaptırdığı feçeste gizli kan incelemesi negatif bulunmuş. Bir ay sonra aynı durum tekrarlamış ve üç gün sürerek geçmiş. Yakınmasının menstrüasyonla birlikte başladığını farkedene hasta, başvurduğu kadın-doğum uzmanının önerdiği Ergometril tab. (günde iki tablet)'i bir ay kullanmış. Bir sonraki menstrüasyonu esnasında kan dışkılamadığı için ilacı

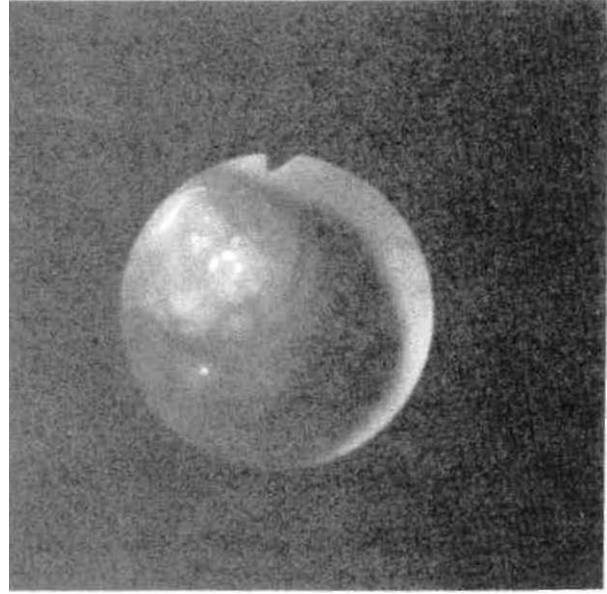
249

bırakmış. Daha sonraki aylarda menstrüasyon dönemlerinde iki-üç gün süren kanlı dışkılaması tekrarlamış. Ayrıca, son altı ay içinde başıyayan konstipasyon, karın alt kadranda ara sıra gelen, kunt karakterde, yemeklerde ve pozisyonla ilgisiz, çok rahatsız edici olmayan ağrı tanımlanıyordu. Ağırılık kaybı olmamış. 15 yaşında ilk menstrüasyonunu görmüş, 19 yaşında evlenmiş, şu anda sağlıklı olarak yaşamlarını sürdüren iki çocuk dünyaya getirmiş. Başından beri dismenore tanımlıyor ve 25 günde bir düzenli olarak tekrarlayan menstrüasyonu 6-7 gün sürmekteymiş. Disparöni tarif etmiyor. Her hangi bir ilaç alışkanlığı yok. Benzer yakınmaları olan bir akrabası bulunmuyormuş. Fizik muayenede KB: 120/80 mmHg, Nb: 80/dk. ritmik; hafif soluk görünümünde, bilinç açık, koopere; kalp, akciğer bulguları normal olarak değerlendirilmiş. Karında defans, duyarlık, kitle, hepatosplenomegali tespit edilmemiş, barsak sesleri normoaktif bulunmuş, batında ve lumbal bölgelerde üfürüm saptanmamıştır. Rektal tuşe normaldir.

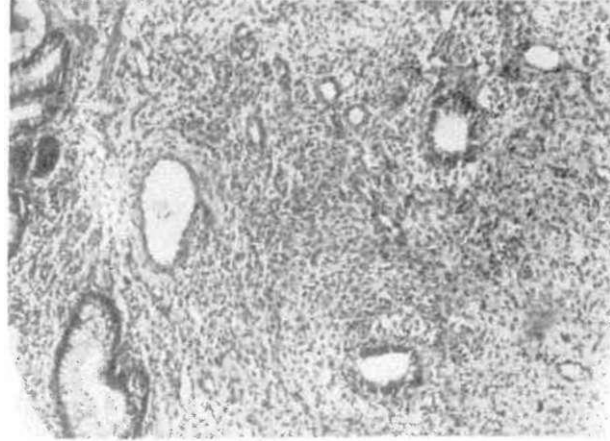
Sedimentasyon 14 mm/saat, hematokrit %33, lökosit sayısı 6300/mm³ lökosit formülü normal, periferik yaymada eritrositler hafif hipokromik, trombositler yeterli saptanmış, serum bilirubin, protein, transaminaz, alkalen fosfataz, amilaz, üre ve AKŞ değerleri normal olarak belirlenmiştir. Protein elektroforezinde beta bandı hafif artmıştır (%15.5). Serum AFP, CEA, CA19.9, CA 125, normal bulunmuş, gaitada gizli kart (+++) ve gaitanın parazitolojik incelemesinde entamoeba coli kistleri saptanmıştır. Üst batin ultrasonografisi normal bulunan vakanın 18.11.1993 günü yapılan rektosigmoidoskopik incelemesinde, rijid rektosigmoidoskop ile 17 cm girilmiş, incelenen kesimlerde mukoza normal görülmüş, keskin barsak açısı nedeni ile daha ileri geçilememiş, fakat 2-3 cm ileride polipoid oluşumlar terkedilmiştir. Bunun üzerine fleksibi kolonoskopik incelemeye alınan vakada, rektumunda 18 cm'den başlayan 25 cm'ye kadar devam eden, bu düzeyden sonra da muhtemelen süren, ancak lümeni daraltmış olduğu için geçilemeyen, ön duvar yönünde, multipl polipoid yapılardan oluşan kitle görülmüştür (Şekil 1). Alınan biyopsi örneklerinin histopatolojik sonucu "rektal endometriozis" olarak gelmiştir (Şekil 2).

Özofago-gastro-duodenoskopi ve intravenöz ürografisi normal olarak değerlendirilen vakanın, kolon grafisinde sigmoid segmentte 7-8 cm lik bir barsak arısında darlık ve lümeninde yalancı polipoid yapılar tarzında dolma defektleri izlenmiştir (Şekil 3). EKG ve PA akciğer grafisi normal bulunmuştur. Batın BT'de, pelvik kesitlerde sağ adneksiyal lojda sigmoid kolonun lupları arasında yaklaşık 4x3x3 cm boyutlarında ve lümen içerisinde protrüzyon veya lümeninde basıya bağlı daralma oluşturabilecek nitelikte bir yumuşak doku dansitesiz görülmüş, karnın diğer kesimleri normal olarak yorumlanmıştır.

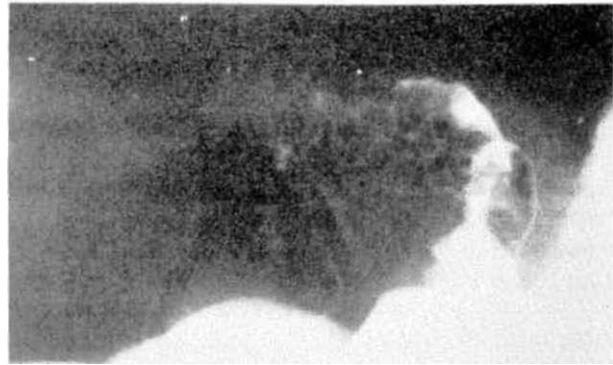
17.12.1993 günü yapılan Kadın-Doğum konsültasyonunda, uterusun yaklaşık 1.5 aylık cesamette, serfi



Şekil 1. Endometriozis dokusunun kolonoskopik görünüşü.



Şekil 2. Mikroskopik kesit. Rektum mukozasında endometrial doku.



Şekil 3. Kolon grafisinde lümen daralması ve dolma defektleri.

kıvamda, mobil olduğu, sağ överin normal, sol adnekiyal bölgenin dolgun ve iltisaklı izlenimini verdiği belirtilmiş ve aynı gün yapılan pelvik ultrasonografik incelemede, uterus 90x50x83 mm boyutlarında saptanmıştır. 23.12.1993 günü, fraksiyone küretaj uygulanmış, servikal kanal kürete edilmiş ve histopatolojik inceleme sonucu "kronik endoservisit+anovulatuvar siklus" olarak gelmiştir. Laparoskopik incelemeyi kabul etmeyen vakaya 28.12.1993 günü Danazol 800 mg/gün başlanmıştır. 7.1.1994 günü kontrol jinekolojik muayenede, jinekopatolojik bulgu saptanmadığı bildirilmiştir.

ikişer aylık periyotlar halinde izlenen vakanın rektal kanama, defekasyon düzensizliği, alt batin ağrıları kaybolmuş, ancak altı aylık izlem sonucunda rektoskopik olarak lezyonun büyüklüğünün değişmediği gözlenmiştir.

TARTIŞMA

Altı ay önce başlayan, menstrüasyon dönemlerinde intermitan rektal kanama ve nonspesifik nitelikte alt abdominal ağrı yakınmaları olan vakamızda histolojik olarak kanıtlanmış rektosigmoid endometriozis tanısı konmuştur. Kolonun diğer kesimlerinde, üst gastrointestinal traktüste, üriner sistemde başka endometrial doku odakları saptanmamıştır. Rektum ve sigmoid kolon, barsak endometriozisinin, en sık yerleştiği bölgedir. Çeşitli çalışmalarda %4-35 vakada rektosigmoid tutulum bildirilmiştir (7,8).

Konstipasyon, diare, defekasyonda rektal ağrı ve hematoközürnin distal kolon endometriozlu vakalarda ortaya çıkabilen semptomlar olduğu (7-10), %30-95 vakada ise spesifik gastrointestinal semptomların bulunmadığı (10,11) bildirilmiştir. Sunulan vakada konstipasyon vardır, fakat obstrüksiyon bulgusu gözlenmemiştir. Kolon obstrüksiyonu (12), sigmoid endometriozis perforasyonu (13) seyrek komplikasyonlar olarak bildirilmiştir. Vakamızda, dismenore dışında jinekolojik semptom yoktur. Zwas ve Lyon (14), 1970-1991 arasında bildirilmiş rektosigmoid endometriozisli 204 kadının kliniğini gözden geçirmişler, endometriozis tanısının semptomların başlamasından 3.5 yılı aşkın zaman sonra konduğunu, bu hastaların tanı yaşının 20-60 arasında (ortalama 38) olduğunu ve yaklaşık üçte birinde jinekolojik semptom olmadığını, üçte birinde infertilite, %27'sinde menoraji ve/veya metroraji, %24'ünde dismenore, %4'ünde disparöni bulunduğunu ortaya koymuşlardır. Ayrıca semptomatik hastaların %57'sinde genellikle kramp tarzında ve sol alt kadrana yerleşmiş intermitan abdominal ağrı, daha az olarak da defekasyon sırasında derinden gelgen bir rektal ağrı tanımlanmıştır. Hastaların %40'ında, konstipasyon, %17'sinde diare, %5'inde konstipasyonla değişen diare bildirilmiştir (14). Senlerin hiçbirinde yorgunluk, kırıklık ve ateş gibi sistemik komplikasyon yoktur.

Rektosigmoid endometrioziste fizik muayene, sıklıkla tanıya götürücü bir bulgu vermemektedir. Rekto-

vaginal palpasyonla 64 vakanın 16'sında pelvik kitle, 10'unda retrouterin cul-de-sac veya uterosakral ligamanlarda nodülarite, 10'unda rektal kitle belirlendiği rapor edilmiştir (15-17). Demir eksikliği anemisi gelişen vakalar bildirilmişse de, diğer rutin hematolojik ve biyokimyasal testler normal olarak belirtilmiştir (9,18). Gaitada gizli kan incelemesinin de tanıda çok duyarlı olmadığı saptanmıştır (16).

Laparoskopi, pelvik endometriozis tanısında altın standarttır. Sunulan vakada, gerek rektosigmoid bölge dışında yerleşimin objektif bir kanıtının olmaması, gerekse vakanın kabul etmemesi nedeni ile laparoskopi yapılamamıştır.

Literatürde bildirilen fiberoptik kolonoskopik inceleme yapılmış 46 hastanın 10'unda kolonoskopi normal bulunmuş, 14'ünde primer striktür, 12'sinde ekstrensek kompresyon veya lokalize ektramural kitle, 7'sinde fiksasyon ve distorsiyon, ikisinde normal kolon mukozası altında endometrial dokunun yaptığı intraluminal polip bildirilmiştir (8,10,12,15-17,19-22). Vakamızda, kanamanın sıklık olması dışında endometriozis'e bağlı olabileceğini düşündüren işaret yoktu ve rektosigmoid polipoid yapıardan oluşmuş kitlenin de endometrial doku içerdiği histolojik inceleme sonunda kesinleştirilmiştir.

Baryumlu kolon grafisi yapılan 63 hastanın 34'ünde eksternal barsak kompresyonu ve intramural/submukozal dolma defektleri, 10 hastada luminal striktür, 2 hastada izole polip, 2'sinde sigmoid "corkscrewing" tanımlanmış, 3'ünde tam rektosigmoid obstrüksiyon gösterilmiştir (8,10,12,15,16,19-21,23,24).

Endometrioziste CA125, duyarlık ve özgüllüğü sınırlı bir gösterge olarak bildirilmiştir (25). Vakamızda da normal bulunmuştur. Rektosigmoid endometriozis, en sık olarak tumoral süreçlerle karıştırılabilir. Laparotomiye giden 38 rektosigmoid endometriozisli vakanın yarısında ön tanının kanser olduğu bildirilmiştir (8,15,19,22,24,26). Diğer yanlış tanıları içinde inflamatuvar barsak hastalığı, divertikülit, benign neoplastik polip, internal rektal hemoroid, irritabl barsak sendromu, laktaz eksikliği, over kisti ve uterus fibroidleri bulunmaktadır (9,19,22). Endometriozisli bir hastanın gereksiz operasyonunu engellemek için önce bu tanıdan kuşku lanmak gerekir ve endoskopik yöntemlerle ulaşılan dokunun histolojik tanısı amaçlanmalıdır.

Rektosigmoid endometriozis'in bugün uygulanan etkin tedavi yöntemleri ekzojen hormon verilmesi, salpingo-oophorektomi ve komplike olanlarda barsak rezeksiyonudur. Rektosigmoid endometriozis tedavisinde başarılı laparoskopik operasyon sonuçları da bildirilmektedir (27,28). Vakamızda uygulanan, bir sentetik androjen olan danazol, endometriozisin medikal tedavisinde geniş ölçüde kabul görmüştür ve günde iki kez 400 mg'lık dozlarda amenore, ovülasyonun inhibisyonu, vaginal sitolojide hipooöstrojenik değişiklikler ve endometrium atrofisine neden olduğu bildirilmiştir (29,30). Medroksiprogesteron, godnadotropin releasing hormon,

danazol ile birlikte veya tek başına denenilen diğer tedavilerdir.

Çok seyrek bir komplikasyon olarak endometriozisin karsinomatöz dönüşüm gösterdiğini bildiren yayınlar vardır (31). Danazol başlanan vakamızda, medikal tedavi ile yakınmalar kontrol altına alınmış, ancak rektoskopik incelemede lezyonda bir regresyon gözlenmiştir. Klinik ve endoskopik izlenime göre gerekirse cerrahi kararı verilecektir.

KAYNAKLAR

1. Ranney B. Endometriosis. Pathogenesis, symptoms, and findings. Clin Obstet Gynecol 1980; 23:865-74.
2. Wentz AC. Endometriosis. In Novaks's Textbook of Gynecology, 11 th ed. Jones HW, Wentz AC, Burnett LS (eds) Baltimore, Williams&Wilkins 1988:303-27.
3. Gitells S, Petasnick JP, Turner DA, Ghiselli RW, Miller AW. Endometriosis simulating a soft tissue tumor of the thigh-CT and MR evaluation. J Comput Assist Tomogr 1985; 9:573-6.
4. Strasser ES, Davis RM. Extraperitoneal inguinal endometriosis. Am Surg 1977; 43:421-2.
5. Forrest JS, Brooks DL. Cyclic sciatica of endometriosis. JAMA 1972; 222:117-2.
6. Pinkert TC, Catlow CE, Straus R. Endometriosis of the urinary bladder in a man with prostatic carcinoma. Cancer 1979; 43:1562-67.
7. Prystowsky JB, Stryker SJ, Ujiki GT, Paticha SM. Gastrointestinal endometriosis-incidence and indications for resection. Arch Surg 1988; 123:855-8.
8. Pillay SP, Harde IR. Intestinal complications of endometriosis. Br J Surg 1980; 67:677-9.
9. Croom RD, Donovan ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. Am J Surg 1984; 148:660-7.
10. Samper ER, Slagle GW, Hand AM. Colonic endometriosis. Its clinical spectrum. South Med J 1984; 77:912-4.
11. Bozdech JM. Endoscopic diagnosis of colonic endometriosis. Gastrointest Endosc 1992; 38:568-70.
12. Meyers WC, Kelvin FM, Jones RS. Diagnosis and surgical treatment of colonic endometriosis. Arch Surg 1979; 114:169-75.
13. Ledley GS, Shenk IM, Heit HA. Sigmoid colon perforation due to endometriosis not associated with pregnancy. Am J Gastroenterol 1988;83:1424-26.
14. Zwas FR, Lyon DT. Endometriosis-An important condition in clinical gastroenterology. Dig Dis Sci 1991; 36:353-64.
15. Tedeschi LG, Masand GP. Endometriosis of the intestine a report of seven cases. Dis Colon Rectum 1971; 14:360-5.
16. Forsgren H, Lindhagen J, Melander S, Wagermark J. Colorectal endometriosis. Acta Chir Scand 1983; 149:431-5.
17. Ponka JL, Brush BE, Hodgkinson CP. Colorectal endometriosis. Dis Colon Rectum 1973; 16:490-9.
18. Wynn TE. Endometriosis of the sigmoid colon: Massive intramural hematoma. Arch Pathol 1971; 92:24-7.
19. Teunen A, Ooms ECM, Tytgat GNJ. Endometriosis of the small and large bowel. Neth J Med 1982; 25:142-50.
20. Michowitz M, Lazarovici I, Hammar B, Solowiejezyki M. Endometriosis of the colon. Postgrad Med J 1981; 57:3-7.
21. Caccese WJ, McKinley MJ, Bronzo RL, Bronson R. Endoscopic confirmation of colonic endometriosis. Gastrointest Endosc 1984; 30:191-3.
22. McSwain B, Linn RJ, Haley RL, Franklin RH. Endometriosis of the colon. Report of 14 patients requiring partial colectomy. South Med J 1974; 67:651-8.
23. Townell NH, Vanderwalt JD, Jagger GM. Intestinal endometriosis-diagnosis and management. Br J Surg 1984; 71:629-30.
24. Elliott GB, Christensen RM, Elliott KA. Invasive endometriosis of the intestine. Report of 21 cases. Can J Surg 1970; 13:387-95.
25. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. New Eng J Med 1993;328:1759-69.
26. Livolsi VA, Perzin KH. Endometriosis of the small intestine, producing intestinal obstruction or simulating neoplasm. Dig Dis Sci 1974; 19:100-8.
27. Nezhat F, Nezhat C, Pennington E. Laparoscopic proctectomy for infiltrating endometriosis of the rectum. Fertil Steril 1992;57:1129-32.
28. Reich H, McGlynn F, Salvat J. Laparoscopic treatment of cul-de-sac obliteration secondary to retrocervical deep fibrotic endometriosis. J Reprod Med 1991; 26:516-22.
29. Lauersen NH, Wilson KH, Birnbaum S. Danazol-an antigonadotrophic agent in the treatment of pelvic endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1975; 123:742-7.
30. Cohen MR. Laparoscopic diagnosis and pseudomenopause treatment of endometriosis with danazol. Clin Obstet Gynecol 1980; 23:901-15.
31. Yasui M, Ando N, Nozaki H, Toyama M, Kataoka S. A case of endometrioid carcinoma arising from endometriosis of the rectum. Nippon Geka Gakkai Zasshi 1992; 93:651-3.