

Mekanik İntestinal Obstrüksiyon Yapan Apendiks Endometriozisi : Nadir Bir Olgu, Nadir Komplikasyonu ve Literatür Taraması

31

Hakan UZUNOĞLU¹

alan bir olgunun tanı ve tedavisi literatür eşliğinde sunulmaktadır.

GİRİŞ

Endometriozis, endometriyal gland ve stromanın ekstrasuterin alanlarda varlığıyla karakterizedir. Sıklıkla aktif üreme çağındaki kadınlarda görülen, benign, kronik, östrojen bağımlı bir hastalıktır.¹ Hastaların $\frac{3}{4}$ 'ünde pelvik ağrı ve/veya ciddi dismenore vardır. Yerleşim yerine göre disparoni ve infertilite, konstipasyon-diyare gibi barsak düzensizlikleri, dizüri gibi semptomlara neden olabilir. Ya da asemptomatik olabilir ve insidental olarak laparoskopi veya laparotomi sırasında saptanabilir.² Patogenezi kesin olarak bilinmemektedir. En sık görüldüğü yerler sırasıyla overler, Douglas çıkması, uterosakral ligamentler, uterus, fallop tüpleri, sigmoid kolon, apendiks ve round ligamentlerdir.^{3,4} Apendiseyal endometriozis, biyopsiyle kesinleşmiş tanısı olan endometriozis hastalarında %2.8 ve genel popülasyonda %0.4 oranında saptanmış nadir bir antitedir.⁵

Bu bölümde ileus tablosuyla acil servise başvuran ve apendikte endometriozis eksterna tanısı

OLGU SUNUMU

Otuz yedi yaşında kadın hasta iki gündür olan karın ağrısı, bulantı, kusma ve karında şişkinlik şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Özgeçmişinde üç ay önce iki gün hastane yatışı gerektiren subileus öyküsü ve uzun zamandır kasıklara vuran kronik ağrı şikayeti vardı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Cinsel aktif olmayan hastanın kadın hastalıkları ve doğum uzmanı muayenesinde herhangi bir jinekolojik patoloji düşünülmeydi. Fizik muayenesinde karında orta derecede distansiyon ve sağ alt kadranda daha belirgin olan hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar parametrelerinde Hgb : 10.1 gr/dl, Lökosit : 10.100/uL, CRP : 3.29 mg/dl, ALT : 176 U/L, AST : 186 U/L, LDH : 349 U/L, Albumin : 3.3 g/dl ve beta-HCG negatifti. Çekilen batın ultrasonografide(USG) incebarsak anslarının çapı artmış olup en geniş yerinde 36 mm ölçüldü. Çekum ve terminal ileumda duvar kalınlaşması ve alt kadrarlarda orta düzeyde serbest sıvı izlendi. İleus ile uyumlu değerlendirildi. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide(BT) terminal ileum ve çekum duvarında kalınlaşma ve bu seviyenin

¹ Genel Cerrahi ve Gastroenteroloji Cerrahi Uzmanı, İstanbul Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi hakanuzunoglu82@gmail.com

noid tümör olabileceğini düşündük. İleus nedeniyle terminal ileumdaki erode obstrükte alan ve serozadaki implantı rezeke etmeye karar verdik. Frozen şansımız olsaydı ve ileus tablosu olmasaydı, çekal cuff'ı içerecek şekilde apendektomi yapılabilirdi. Frozen sonucuna göre rezeksiyon yatabilirdi veya genişletilebilirdi. Ancak frozen gönderemediğimizden ve vakada ileusu tedavi edebilmek için en az ileoçekal rezeksiyon gerektiğinden ayırıcı tanıda olası malign ihtimalleri de düşünerek sağ hemikolektomide karar kıldık. Obstrüksiyona neden olan barsak tutulumlu endometriozis tedavisinde ilgili segmentin sınırlı rezeksiyonu ve pasajın sağlanması yeterlidir. Ancak pelvik ağrı, dismenore, disparoni, infertilite, ağırlı defekasyon gibi endometriozis odaklarının genel semptomlarının varlığında operasyon sırasında başta pelvik yapılar olmak üzere tüm peritoneal yüzeyler incelenmeli ve intraabdominal şüpheli odaklar eksize edilmelidir.

SONUÇ

Apendiks endometriozisi nadir bir durumdur, preoperatif tanı konulması genellikle mümkün olmaz. Kesin tanısı histomorfolojik değerlendirmeye konulur. Reprodüktif dönemde, öyküsünde etyolojisi belirlenemeyen kronik karın ağrısı olan kadınlarda mekanik intestinal obstrüksiyon kliniği gelişir ise intestinal endometriozis ve apendisyal endometriozis ayırıcı tanıda düşünülmelidir. İntestinal ve apendisyal endometriozis tedavisinde obstrüksiyon varlığında en iyi yaklaşım etkilenen segmentin rezeksiyonudur.

KAYNAKLAR

1. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med*. 1993;328(24):1759.
2. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril*. 2008;89(3):538.
3. Gustofson RL, Kim N, Liu S, et al. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril*. 2006;86(2):298.
4. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1997;24(2):411.
5. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med*. 2009;360(3):268.
6. Uncu H, Taner D. Appendiceal endometriosis: two case reports. *Arch Gynecol Obstet* 2008;278:273-5.
7. Victory R, Diamond MP, Johns DA. Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the

- umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14(1):23.
8. Jenkins S, Olive DL, Haney AF. Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. *Obstet Gynecol*. 1986;67(3):335.
9. Schenken RS. Pathogenesis. In: *Endometriosis: Contemporary Concepts in Clinical Management*, Schenken RS (Ed), JB Lippincott Company, Philadelphia 1989.
10. Campagnacci R, Perretta S, Guerrieri M, et al. Laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Surg Endosc* 2005;19:662-4.
11. Yoon J, Lee YS, Chang H-S, et al. Endometriosis of the appendix. *Annals of Surgical Treatment and Research* 2014;87(3):144-147.
12. Darai E, Ackerman G, Bazot M, et al. Laparoscopic segmental colorectal resection for endometriosis: limits and complications. *Surg Endosc*. 2007;21(9):1572.
13. Doğan S, Bulut AŞ, Karamürsel BS. Akut apandisitinin nadir ayırıcı tanısı: Apendiks endometriozisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2012; 28(3):159-161.
14. Minelli L, Fanfani F, Fagotti A, et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis: feasibility, complications, and clinical outcome. *Arch Surg*. 2009;144(3):234.
15. Kılıç MY, Özın Y, Kaçar S, et al. İntestinal endometriozis: Nadir bir olgu sunumu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi*, 2008; 7 (2): 114-117.
16. Bennett GL, Slywotzky CM, Cantera M, et al. Unusual manifestations and complications of endometriosis-spectrum of imaging findings: pictorial review. *AJR Am J Roentgenol*. 2010;194(6 Suppl):WS34.
17. Fedele L, Bianchi S, Zancanato G, et al. Is rectovaginal endometriosis a progressive disease? *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(5):1539.
18. Shaw RW. Treatment of endometriosis. *Lancet*. 1992;340(8830):1267.
19. Donnez J, Nisolle M, Gillerot S, et al. Rectovaginal septum adenomyotic nodules: a series of 500 cases. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(9):1014.
20. Busacca M, Chiaffarino F, Candiani M, et al. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195(2):426.