

Rektum ve Çıkan Kolonda Senkron Tümörü Taklit Eden Endometriozis

69

Ayberk DURSUN¹
İsmail SERT²

GİRİŞ

Endometriozis, kadınlarda uterus myomunun ardından en sık görülen ikinci benign genital sistem hastalığıdır (1). Over kaynaklı hormonların aktifleştiği üreme çağındaki kadınların %6-10'unda görülebilir ve semptomlar da bu dönemde belirginleşir (2). Bağırsak yerleşimli endometriozisi ilk olarak 1922'de Sampson tanımlamıştır (3). Ekstragenital endometriozisin %80'i intestinal sistemde meydana gelir ve gastrointestinal sistemin herhangi bir bölümünü etkileyebilir, ancak en sık etkilenen bölgeler sigmoid kolon ve rektumdur (4). Hastaların çoğu dismenore, dispareni ve ağrılı defekasyondan oluşan klasik semptom üçlüsü ile başvurur ve bu triadın intestinal endometriozis tanısında %80 duyarlı olduğu bulunmuştur (5). Çıkan kolon tutulumu ve multipl bağırsak yerleşimi ise çok daha nadirdir. Hastaneye dismenore, dispareni, ağrılı defekasyon, aralıklı ishal ve kabızlık

ile başvuran, ailede enflamatuar bağırsak hastalığı veya kanser öyküsü olmayan genç kadınlarda ayırıcı tanılara dahil edilmelidir (6). Bu bölümde, rektum ve çıkan kolon yerleşimli senkron kolon kanserini taklit eden, mekanik bağırsak obstrüksiyonuna neden olmuş intestinal endometriozis vakasını sunuyoruz.

VAKA

29 yaşında kadın hasta acil servise bulantı, kusma, karında şişlik, yaygın karın ağrısı, üç gündür hiç gaita deşarjı olmaması şikayetleri ile başvurdu. Bilinen ek hastalık öyküsü, sigara kullanımı ve geçirilmiş karın içi operasyon öyküsü yoktu. Hasta menstruasyon döneminde değildi ve gaz deşarjı son üç günde azalmıştı. Fizik muayenesinde karında distansiyon mevcuttu ve herhangi bir insizyon skarı yoktu. Karında palpasyonda dört kadranda yaygın defans bulgusu mevcuttu. Oskültasyonda batında 4 kadranda bağırsak seslerinin azaldığı görüldü. Rektal tuşede ampulla boştu. Takılan nazogastrik sondadan yaklaşık 500 cc mide dilatasyon sıvısı geldiği, ardından da ince bağırsak içeriği drene olduğu görüldü. Laboratuvar parametreleri incelendiğinde lökosit değeri;10.600/uL, nötrofil;8.600/uL (%81,2), C-reaktif protein

¹ Genel Cerrahi, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, dursunayberk845@gmail.com

² Genel Cerrahi, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, drismailsertege@yahoo.com

nore ve disparoninin postoperatif iyileşme gösterdiğini bildirdi (25). Bazı yayınlar, laparoskopik bağırsak rezeksiyonunun gerektiğinde güvenli bir şekilde uygulanabileceğini gösterdi (26). Kolorektal endometrioziste laparoskopik kolorektal rezeksiyon sonrası hastaların %71'inde pelvik semptomların tamamen gerilediği kaydedildi (27). Literatürde kolorektal rezeksiyondan sonra postoperatif dönemde hafif derecede düzensiz bağırsak alışkanlığı, ishal gibi geçici bağırsak semptomları da mevcuttur (28, 29). Bizim olgumuzda bağırsak rezeksiyonu sonrası abdominopelvik ağrı semptomları tamamen geriledi. Hasta uzun bağırsak rezeksiyonuna sekonder, medikal tedaviye yanıt veren, aralıklı ishal semptomları tarifledi.

Endometriozisin medikal tedavisinde kullanılan ilaçlar, danazol, yüksek doz progesteron ve GnRH agonistleridir. Tıbbi tedavi küratif değil baskılayıcıdır ve minimal yan etkilere sahip, uzun süreli ve maliyet etkin rejimler önerilir. Medikal tedavi kesildiğinde nüksler sık görülür. Fakat ameliyat sonrası tıbbi tedavi endometriozisin olası ilerlemesini durdurabilir. Postoperatif uzun süreli hormon baskılayıcı tıbbi tedavinin kullanımı, semptomların tekrarlamasını ve tekrar cerrahi gereksinimini azaltabilir ve ideal supresyon süresi en az 6-24 aydır (7,10,20). Ancak bazı sistematik derlemelerde, ne preoperatif ne de postoperatif tıbbi tedavinin tek başına kesin bir küratif klinik etkisinin olmadığı da görülmektedir (30). Endometriozis, artmış epitelyal over kanseri riski ile ilişkilidir; ancak risk düşüktür ve şu anda önleyici tarama önerilmemektedir (7).

Sonuç olarak, intestinal endometriozis ile ilgili giderek artan veriye rağmen cerrahinin semptomların giderilmesindeki yeri ve zamanlaması, medikal tedavinin optimizasyonu, infertilite ve diğer sekonder semptomların tedavisi ile ilgili daha çok katkıya ihtiyaç vardır. İntestinal endometriozis kolon kanseriyle karışabilen, multifokal yerleşim göstererek tanı ve tedavide zorluk yaratabilen ve hala gizemini koruyan klinik bir antitedir. Özellikle dismenore, disparoniyle beraber ağırlı defekasyon, ishal ve kabızlık gibi intestinal semptomlar-

la hastaneye başvuran reproduktif dönemdeki kadınlarda intestinal endometriozis ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Alkatout I, Wedel T, Maass N. Kombinierte Therapie der Endometriose: Radikal und schonend zugleich [Combined treatment of endometriosis: radical yet gentle]. *Aktuelle Urol.* 2018;49(1):60-72. doi:10.1055/s-0043-122175
2. Podgaec S, Abrao MS, Dias JA Jr. et al. Endometriosis: an inflammatory disease with a Th2 immune response component. *Hum Reprod.* 2007;22:1373-1379.)
3. Sampson JA. Intestinal adenomas of endometrial type. Their importance and their relation to ovarian hematomas of endometrial type (perforating hemorrhagic cysts of the ovary). *Arch Surg* 1922;5:217-280.)
4. Lewis LA, Nezhat C. Laparoscopic treatment of bowel endometriosis. *Surg Technol Int* 2007;16:137-141.
5. Moawad NS, Guido R, Ramanathan R et al. Comparison of laparoscopic anterior discoid resection and laparoscopic low anterior resection of deep infiltrating rectosigmoid endometriosis. *JSL* 2011;15:331-338.
6. Popivanov G, Stoyanova D, Fakirova A, et al. Ileus caused by small bowel, ileocaecal and rectal endometriosis misdiagnosed as Crohn's disease and managed by synchronous ileocaecal and rectal resection [published online ahead of print, 2020 Jun 15]. *Ann R Coll Surg Engl.* 2020;e1-e4. doi:10.1308/rcsann.2020.0118
7. Falcone T, Flyckt R. Clinical Management of Endometriosis. *Obstet Gynecol.* 2018;131(3):557-571. doi:10.1097/AOG.0000000000002469
8. Tong YL, Chen Y, Zhu SY. Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2013 Jun 21;19(23):3707-10.)
9. Yildirim G, Inan Y, Comunoglu N, et al. Cesarean Scar Endometriosis in an Asymptomatic Patient who has not Pelvic Endometriosis. *Firat Tıp Dergisi* 2010;15(3): 152-154.
10. Rossini R, Lisi G, Pesci A, et al. Depth of Intestinal Wall Infiltration and Clinical Presentation of Deep Infiltrating Endometriosis: Evaluation of 553 Consecutive Cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2018;28(2):152-156. doi:10.1089/lap.2017.0440
11. Kavoussi SK, Odenwald KC, As-Sanie S, et al. Incidence of ovarian endometrioma among women with peritoneal endometriosis with and without a history of hormonal contraceptive use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017;215:220-3.
12. Saccardi C, Cosmi E, Borghero A, et al. Comparison between transvaginal sonography, saline contrast sonovaginography and magnetic resonance imaging in the diagnosis of posterior deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2012;40:464-469.
13. Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, et al. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2(2):CD009591. Published 2016 Feb 26. doi:10.1002/14651858.CD009591.pub2
14. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014;29(3):400-412. doi:10.1093/humrep/det457
15. De Paula Andres M, Borrelli GM, Kho RM, et al. The current management of deep endometriosis. A systematic review. *Minerva Ginecol* 2017 Dec;69(6):587e96.
16. Sarofim M, Attwell-Heap A, Trautman J, et al. Unusual case of acute large bowel obstruction: endometriosis mimicking sigmoid malignancy. *ANZ J Surg.* 2018;1 :1-2.
17. Chapron C, Chopin N, Borghese B, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distri-

- bution. *Hum Reprod.* 2006;21(7):1839-1845. doi:10.1093/hum-rep/del079
18. Hunt TM, Kelly MJ. Endometriosis--the problems of intestinal obstruction. *Br J Clin Pract.* 1993;47(3):159-160.)
 19. Barclay RL, Simon JB, Vanner SJ, et al. Rectal passage of intestinal endometriosis. *Dig Dis Sci* 2001;46:1963-1967
 20. Tanbo T, Fedorcsak P. Endometriosis-associated infertility: aspects of pathophysiological mechanisms and treatment options. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2017;96(6):659-667. doi:10.1111/aogs.13082
 21. Daraï E, Cohen J, Ballester M. Colorectal endometriosis and fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2017;209:86-94. doi:10.1016/j.ejogrb.2016.05.024
 22. Jin X, Ruiz Beguerie J. Laparoscopic surgery for subfertility related to endometriosis: a meta-analysis. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2014;53:303-8.
 23. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD011031.
 24. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, et al. Long-term follow-up after conservative surgery for rectovaginal endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190: 1020-1024.
 25. Serracchioli R, Poggioli G, Pierangeli F, et al. Surgical outcome and long-term follow-up after laparoscopic rectosigmoid resection in women with deep infiltrating endometriosis. *BJOG* 2007;114:889-895.
 26. Ruffo G, Scopelliti F, Scioscia M, et al. Laparoscopic colorectal resection for deep infiltrating endometriosis: Analysis of 436 cases. *Surg Endosc* 2010;24:63-67.
 27. Imasogie DE, Agbonrofo PI, Momoh MI, et al. Intestinal obstruction secondary to cecal endometriosis. *Niger J Clin Pract.* 2018;21(8):1081-1085.
 28. Dehni N, Tired E, Singland JD, et al. Long-term functional outcome after low anterior resection: Comparison of low colorectal anastomosis and colonic J-pouch-anal anastomosis. *Dis Colon Rectum* 1998;41:817-823.
 29. Dursun A, Atici SD, Solakoglu D, et al . A Rare Cause of Acute Large Bowel Obstruction, Rectosigmoid Endometriosis. *Causa-Pedia.* 2020; 9(3): 91-95.
 30. Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;3:CD003678.