

Apendiseal Endometriosis: Bir Olgu Sunumu

Appendiceal Endometriosis: A Case Report

Haluk Recai Ünalp* Mehmet Ali Önal* Turgut Özzeybek*
Mehmet Cıkla* Neşe Ekinci**

İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

*4. Genel Cerrahi Kliniği **Patoloji Servisi

ÖZET

Akut apandisit nadir bir nedeni apendiseal endometriozisdir. Endometriozisli hastalarda pelvik ağrı ile birlikte akut abdomen bulgularının saptanması durumunda ağrının doğrudan pelvik endometriozise bağlanmaması ve akut batın olasılığı nedeniyle cerrahi tedavinin geciktirilmeden uygulanması gereklidir. Eksplozasyon esnasında özellikle uterosakral ligaman, overler, rektouterin fossa ve intestinal sistem endometriozis varlığı yönünden dikkatlice gözden geçirilmelidir. Bu yazıda akut apendisite sebep olan ve apendiseal endometriozis saptanan bir olguyu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Apendiks, endometriozis

SUMMARY

Appendiceal endometriosis is a rare cause of acute appendicitis. In patients with endometriosis acute abdomen findings may be manifest simultaneously with pelvic pain. If acute abdomen findings were positive, the diagnosis should not be directed toward pelvic endometriosis. Surgical exploration must be performed with no delay. In exploration uterosacral ligament, ovaries, rectouterine fossa and gastrointestinal system should be examined for ectopic endometriosis existence. In this article we wanted to report a case that acute appendicitis caused appendiceal endometriosis.

Key Words: Appendix, endometriosis

Başvuru tarihi: 12.04.2004

İzmir Tepecik Hast Derg 2005;15(3):199-201

Endometriozis fertil kadınların %10-15'inde görülen bir hastalıktır. En sık genital organları tutar ve başlıca semptomları pelvik ağrı ve infertilitedir. Olguların %5'inde ise ekstragenital tutulum saptanır (1). Apendiseal tutulum ise tüm pelvik endometriozis olgularının %1'inden daha azında rastlanır (2).

Akut batın olgularının en sık saptanan nedeni olan akut apandisit fizyopatolojisi intraluminal obstrüksiyona sekonder gelişen bir seri histo-

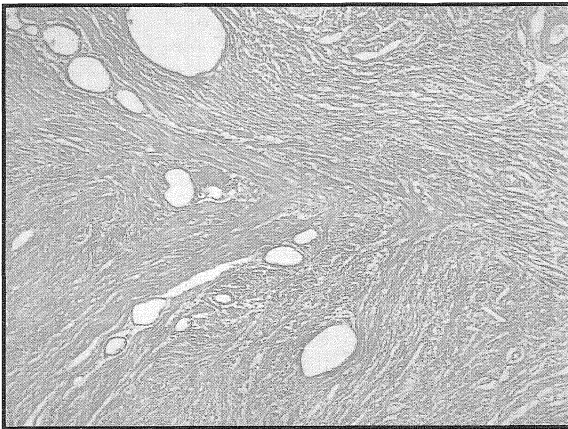
patolojik değişiklikleri içerir. Obstrüksiyonun en sık nedeni fekal tıkaçtır. Diğer nedenler arasında parazitler, lenfoid hiperplazi, yabancı cisimler ve tümörler sayılabilir.

Akut apandisit bulguları nedeniyle apendektomi uyguladığımız ve histopatolojik inceleme ile apendikte insidental olarak ektopik myometrium dokusu saptanan bu olguyu sunmakla akut batının -nadir de olsa- bir nedeninin apendiseal endometriozis olduğunu hatırlatmak istedik.

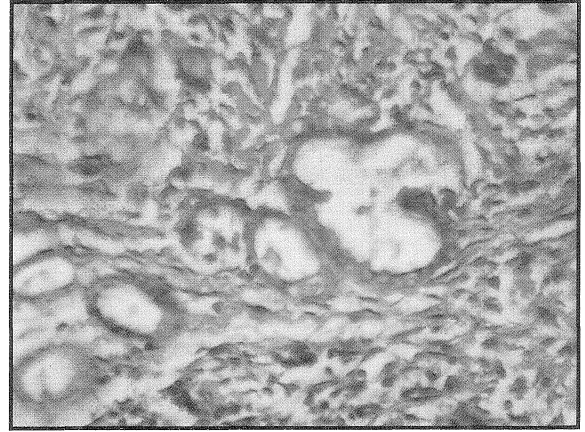
OLGU

Hastanemize özellikle 7 gündür sağ alt kadranda belirgin karın ağrısı, iştahsızlık ve bulantı şikayetleri ile başvuran 38 yaşında kadın hasta (I.Ç); 19.06.2002 tarihinde yatırıldı (protokol no: 2002081598). Anamnezde hastanın zaman zaman sağ alt kadranda ağrısı çektiği ancak ilk kez bu kadar şiddetli olduğu belirlendi. Hastanın fizik bakışında rebound pozitif bulundu. Lökosit sayımı 11600/ mm³ idi. Diğer biyokimyasal tetkikleri ile direkt radyolojik grafileri normal olarak saptandı. Batın ultrasonografisinde (USG) paraçekal alanda içinde yer yer kistik alanlar içeren ve plastrone apandisit ile uyumlu bir kitle tanımlandı. Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonunda hastanın bu tablosunu açıklayacak jinekopatoloji saptanamadı. Plastrone apandisit ön tanısıyla hastaneye yatırılarak antibiyotik tedavisi uygulanan hastada beş günde semptomlar düzeldi. Hasta elektif appendektomi için 8 hafta sonra tekrar gelmesi kaydıyla evine gönderildi. Ancak 3 hafta sonra şikayetlerinin tekrar ortaya çıkması nedeniyle hasta yeniden yatırıldı. Hastada rebound ve lökositöz varlığı yanında USG'de paraçekal kitlenin görülmemesi ve konsültasyonda jinekopatoloji saptanmaması üzerine laparotomi uygulandı.

Batın eksplorasyonunda apendiksin erektil, hiperemik ve ödemli olduğu görüldü. Batında başka patoloji saptanmadı ve hastaya apendektomi



Resim 1. Apendikte mukoza ve submukoza altında muskularis propria içine endometriyozise ait gland ve stroma odakları (HEx44).



Resim 2. Endometriyozise ait gland ve stroma odaklarında hemoraji ve hemosiderinli makrofajlar (HEx110).

uygulandı. Hastada postoperatif komplikasyon gelişmedi ve 3 gün sonra taburcu edildi.

Alınan materyallerin histopatolojik incelemesinde (biyopsi no: 17446-17447/2002) apendikte olağan yapıdaki mukoza ve submukoza altında (Resim 1) muskularis propria içine gelişigüzel dağılım gösteren endometriuma ait gland ve stroma odaklarının dikkati çektiği (Resim 2), bu odakların bazılarında hemoraji ve hemosiderinli makrofajlar gözleendiği ve histopatolojik tanının apendiseal endometriyozis olduğu bildirildi.

TARTIŞMA

Endometriyozis, endometrium dokusunun ektopik lokalizasyonu ile karakterize bir hastalıktır. Her yere lokalize olabilen ektopik endometrium dokusunun en sık görüldüğü yerler uterosakral ligaman, overler ve rektouterin fossadır. Bunun yanı sıra intestinal tutulum ve pulmoner tutulum da gözlenebilir. Tüm pelvik endometriyozis olgularının %1'inden azında apendiseal tutulum görülmektedir (1,2). Özellikle endometriyozise bağlı hiperplastik veya neoplastik mukozal proliferasyon, obstrüksiyon nedeniyle akut apandisit gelişimi ve apendiks mukoselleri çok nadirdir (3).

Lokalizasyonuna bağlı olarak endometriyozis divertikülit, apandisit, crohn hastalığı, tubo-ovarian abse, irritabl barsak hastalığı, kanser ve lefoma gibi hastalıkları taklit edebilir (4). İntestinal endometriyozisin de değişik lokalizasyon-

larda ortaya çıkması ve dolayısıyla lokalizasyonlarına göre değişik bulgu vermesi nedeniyle preoperatif dönemde apendiseal endometriozisi düşündürecek spesifik bir semptom yoktur (5,6).

Apendiseal endometriozis genellikle ileri evre ovarian veya peritoneal endometriozis ile birlikte görülmesine rağmen endometriozisli olguların %50'sinde menstrual sıklusa klinik semptomların eşlik etmemesi tanıda zorluk yaratır (7,8). Sağ alt kadranda ağrısı, iştahsızlık ve bulantı yakınmalarıyla başvuran hastamızda anormal menstrual siklus öyküsü olmaması nedeniyle preoperatif dönemde apendiseal endometriozis düşünülmedi.

Daha önce endometriozis tanısı konmuş hastalarda apendiseal endometriozisin preoperatif tanısı için USG, tomografi, preoperatif gastrografinin enema, tanısal laparoskopi gibi testler ve girişimler kullanılmakta ise de kesin tanı eksizye edilmiş apendiks histopatolojik incelemesi ile konur (4,7,9). Olgumuzda endometriozise ait bir öykü olmaması, klinik bakı ve laboratuvar test sonuçlarının akut apandisit düşündürmesi nedeniyle preoperatif dönemde daha ileri araştırma gereği duyulmadı. Eksplozasyon bulguları da akut apandisit ile uyumlu olan olgumuzda apendektomi materyalinin histopatolojik incelemesi ile etyoloji aydınlatıldı ve ektopik olarak apendikse lokalize endometrium dokusunun muhtemelen sıklıkla menstrual kanamalarının etkisiyle apendiks lümeninde yaptığı irritasyon ve obstrüksiyona bağlı akut apandisit tablosu geliştiği düşünüldü.

Ekstragonadal endometriozis saptandığında dokuyu rezeke etmeyi amaçlayan cerrahi tedavi endikedir (7). Daha önce endometriozis tanısı konmuş kronik pelvik ağrılı hastalarda gelişen akut batına tanı konamama riskinin olması nedeniyle klinik olarak akut batın düşünülduğünde, önceki endometriozis tanısı operasyonu geciktirmemeli ve bu hastalarda operasyon sırasında tüm gastrointestinal sistem ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (10,11).

KAYNAKLAR

1. Suchy T, Stepan J. Extragenital endometriosis as a subject of interest for the surgeon. *Rozhl Chir* 2004; 83:239-41.
2. Ortiz C, Cortes D, Ortiz J. Endometriosis of the vermiform appendix (EVA) is an uncommon lesion with a frequency < 1% of all cases of pelvic endometriosis. Recent case. *World J Surg* 1999;23:427.
3. Driman DK, Melega DE, Vilos GA, Plewes EA. Mucocoele of the appendix secondary to endometriosis. Report of two cases, one with localized pseudomyxoma peritonei. *Am J Clin Pathol* 2000;113:860-4.
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. Cameron IC, Rogers S, Collins MC, Reed MW. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 1995; 10:83-6.
6. Proposito D, Negro P, Gossetti F, Di Paola M, Montemurro L, Gallina S, et al. Extrauterine endometriosis: what interest for the general surgeon? Presentation of 3 clinical cases and review of the literature. *Chir Ital* 2002;54:699-708.
7. Palatynski A, Gruszczynska J, Szwalski J. Endometriosis of the appendix vermiformis. *Ginekol Pol* 2001;72: 364-7.
8. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, Greig JD. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-51.
9. Shome GP, Nagaraju M, Munis A, Wiese D. Appendiceal endometriosis presenting as massive lower intestinal hemorrhage. *Am J Gastroenterol* 1995;90:1881-3.
10. Nycum LR, Moss H, Adams JQ, Macri CI. Asymptomatic intussusception of the appendix due to endometriosis. *South Med J* 1999;92:524-5.
11. Scineaux TL, Sills ES, Perloe M, Daly JP, Schattman GL. Transvaginal ultrasonographic identification of appendicitis in a setting of chronic pelvic pain and endometriosis. *South Med J* 2001;94:73-4.

Yazışma adresi:

Dr. Haluk Recai ÜNALP
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4. Genel Cerrahi Kliniği, İzmir
Tel : 0 232 244 44 44/2546
E-mail: drhru@hotmail.com