

Endoservikozis: Serviksin Nadir Görülen Bir Lezyonu

Endocervicosis: A Rare Lesion of the Cervix

Şeyma Öztürk¹, Çetin Boran², Safiye Gürel³

¹ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji, Bolu, Türkiye

² Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji, Bolu, Türkiye

³ Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Bolu, Türkiye

Özet

Endoservikozis, kistik dilate görünümdeki endoservikal tip epitelle döşeli glandların servikal duvardan paraservikal bağ dokusuna kadar uzanımıyla karakterli serviksin benign mülleryan lezyonlarından biridir. Endoservikozis sıklıkla mesanede, nadiren servikte görülür. Aksiller lenf nodları, ince bağırsak, rektum, eski sezaryen skarı ve vajende olgu bildirimleri mevcuttur. Benign bir lezyon olmasına karşın hastalar semptomatik hale gelebilir. Endoservikozisin serviksin premalign veya malign lezyonlarından ayrımı cerrahi tedavi ve patolojik değerlendirmeyi gerekli kılar. Servikal endoservikozis nadir görülen bir antitedir ve literatürde az sayıda bildirilmiş vaka vardır. Bu çalışmada multipar bir kadının hastada görülen servikal endoservikozis vakası sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Serviks Uteri; Kistler; Ayrıcı Tanı

Abstract

Endocervicosis is one of the benign mülleryan lesions of the cervix, characterized by the extension of the glands lined with endocervical type epithelium with cystic dilated appearance from the cervical wall to the paracervical connective tissue. Endocervicosis often occurs in the bladder and rarely in the cervix. There are case reports in the axillary lymph nodes, small intestine, rectum, old cesarean scar and vagina. Although it is a benign lesion, the patients can become symptomatic. Separation of the endocervicosis from the premalignant or malignant lesions of the cervix requires surgical treatment and pathological evaluation. Cervical endocervicosis is a rare entity and few cases have been reported in the literature. In this study, a case of cervical endocervicosis in a multiparous woman is presented.

Key Words: Cervix Uteri; Cysts; Differential Diagnosis

Giriş

Endoservikozis, kistik dilate görünümdeki endoservikal tip epitelle döşeli glandların servikal duvar boyunca yerleşmesi ile karakterlidir. Bu glandlar paraservikal bağ dokusuna kadar uzanır (1, 2). Endoservikozis sıklıkla mesanede, nadiren servikte görülür ve serviksin premalign veya malign lezyonları ile karıştırılabilir (2). Literatüre bakıldığında servikal endoservikozis oldukça nadir görülmektedir. Bu çalışmada 50 yaşında multipar bir kadının hastada görülen servikal endoservikozis vakası sunulmuştur.

Olgu Sunumu

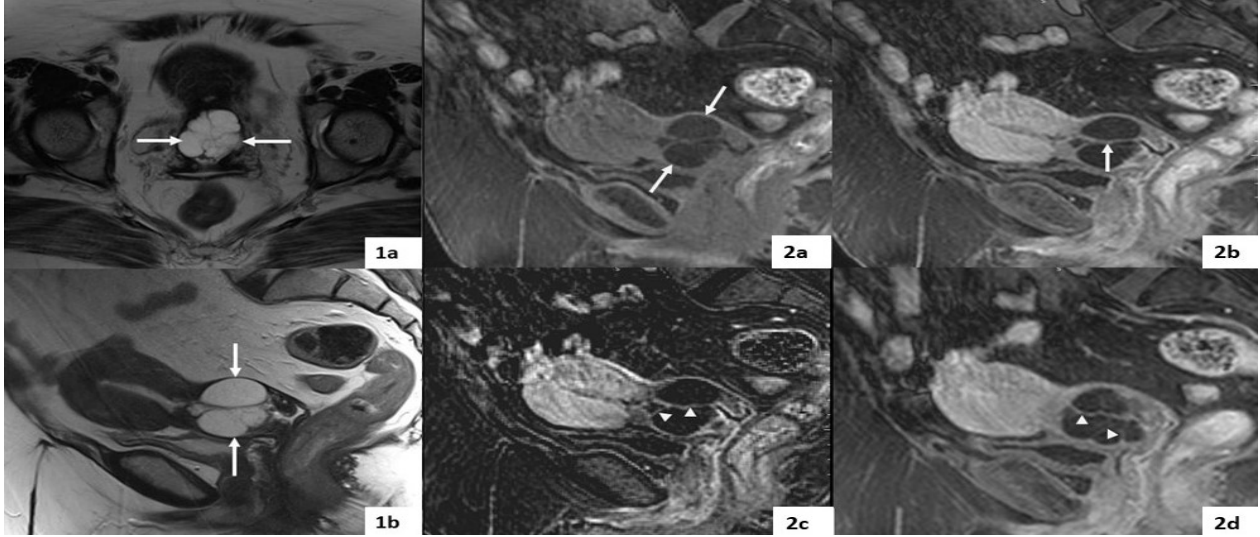
50 yaşında, gravidası 4, paritesi 4, yaşayanı 3 olan, abortus veya küretaj öyküsü olmayan hasta; sistosel, üriner inkontinans ve ara ara kanama şikayetleriyle kadın hastalıkları ve doğum bölümüne başvurdu. Hastanın öyküsünden doğumlarının normal vajinal doğum ve 1 sefer sezaryen ile doğum olduğu öğrenildi. Yapılan transvajinal ultrasonografide (USG) endometrium ince düzenli yapıda olup, servikte 3.7x3.9 cm boyutunda multilobüle kistik lezyon görüldü. USG

sonrasında yapılan dinamik pelvik magnetik rezonans görüntüleme (MRG) servikal kanalda toplam boyutu 4.2x4x3.7 cm olan çizgili kasa göre T1A homojen hipointens, T2A homojen hiperintens (Resim 1a-b), post kontrast serilerde minimal duvar boyanması izlenen komplike multiloküle kistik oluşum izlendi (Resim 2a-d). Ayırt edilebilen belirgin solid komponent saptanmadı. Ayrıcı tanıda serviksin benign lezyonları öncelikle düşünüldü, ancak malign lezyonlardan kesin ayrımı yapılamadı. Histopatolojik inceleme önerildi. Hastaya laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ile aynı seansta üriner inkontinans tedavisi amacıyla Marshal Marchetti Kranz (MMK) ameliyatı yapıldı. Materyallerin makroskopik incelenmesinde 9x5.5x5 cm boyutlarında 150 gram ağırlığında histerektomi + bilateral salpingooferektomi materyali izlendi. Materyal açıldığında endoservikal kanal uzunluğu 3.5 cm, endometrium kalınlığı 0,1 cm, myometrium kalınlığı 2.5 cm'dir. Serviks 5 cm kalınlığında olup duvar kalınlığı 2.5 cm idi. Serviksin global olarak boyutları artmış olarak izlendi. Kesildiğinde en büyüğü 3 cm çapında

*Sorumlu Yazar: Şeyma Öztürk Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Gököy Yerleşkesi, 14030 Merkez/Bolu

Tel: 0374 253 46 56 E-mail: seymoozturk@gmail.com Orcid: Şeyma Öztürk: 0000-0002-2167-4253, Çetin Boran: 0000-0003-4096-4261, Safiye Gürel: 0000-0001-5428-0368

Geliş Tarihi: 01.06.2020, Kabul Tarihi: 06.07.2021



Resim 1. Aksiyel (1a)ve sagittal (1b) T2A kesitlerde servikal kanalı ve stromasını tama yakın dolduran belirgin hiperintens, septalı ve multiloküle lezyon(ok) izlenmektedir.

Resim 2. Sagittal Prekontrast (2a) ve lezyonun farklı düzlemlerini gösteren Post- kontrast (2b,2d) ve çıkartma (2c) serilerine ait kesitlerde farklı boyutlardaki septalarda (ok başı) patolojik boyanma olduğu görülmektedir.



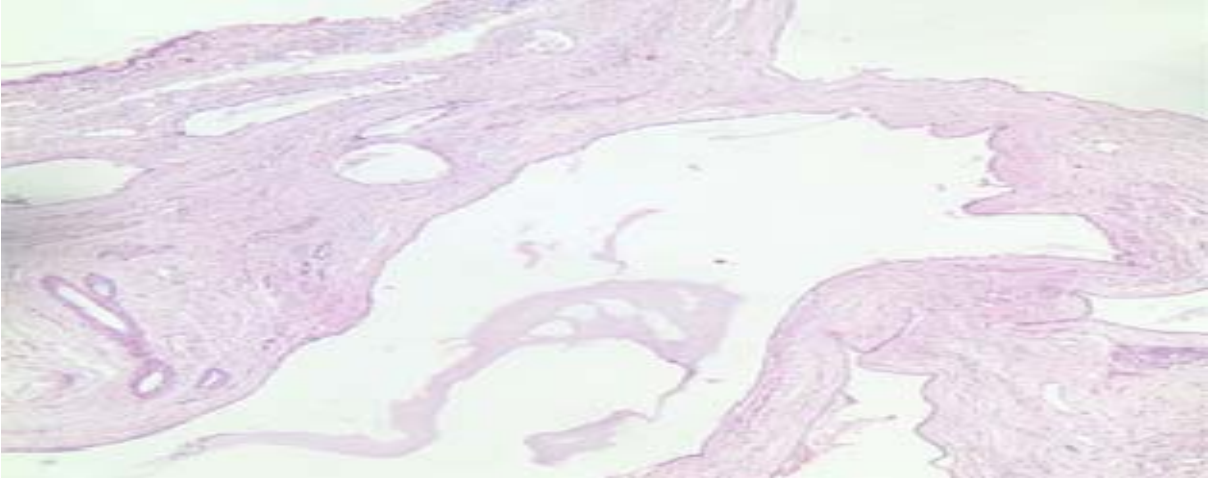
Resim 3. Histerektomi ve bilateral salpingooferektomi materyalinde servikal duvarda belirgin kalınlaşmaya yol açmış çok sayıda düzensiz şekilli çepeçevre kistik yapılar izlenmiştir.

servikal duvarda belirgin kalınlaşmaya yol açmış çok sayıda çepeçevre kist yapıları gözlemlendi (Resim 3). Sağ ve sol overler ile tuba uterinalarda özellik izlenmedi. Serviksın mikroskopik incelenmesinde büyüklükleri yer yer 1 cm' yi aşmış düzensiz şekilli çok sayıda kistik endoservikal glandın serviks duvarı boyunca çepeçevre bulunduğu görüldü. Bu kistik yapılar serviks duvar kalınlığı boyunca derinlerde de bulunmakta idi (Resim 4a).

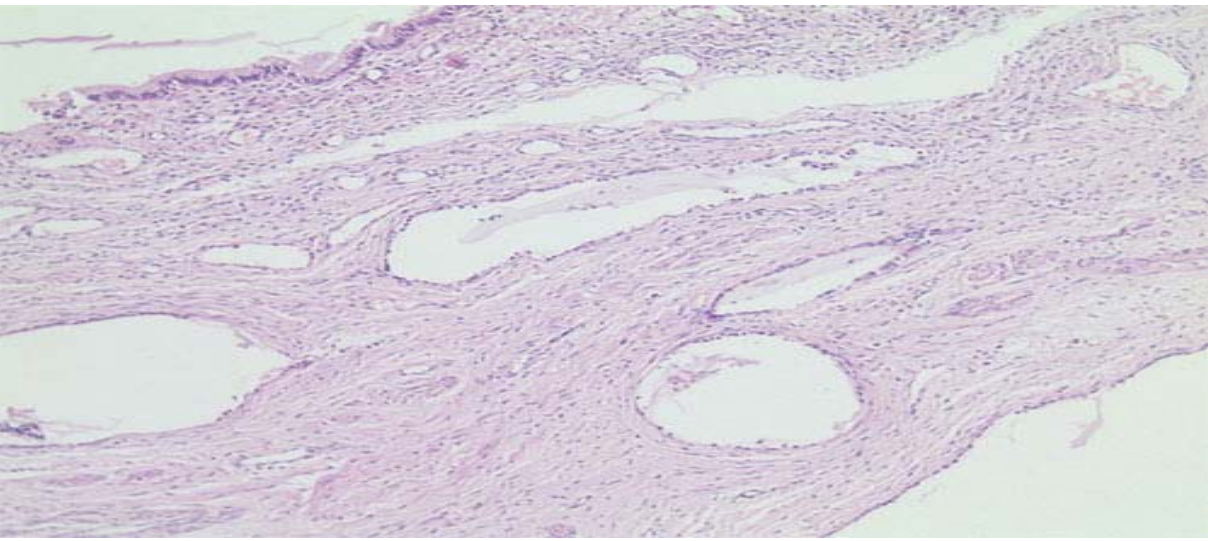
Derinlerde kistlerin epiteli yer yer ileri derecede basıklaşmıştı (Resim 4b) ve paraservikal dokuya kadar uzanım göstermekteydi (Resim 5). Endometrium inaktif karakterdeydi. Overlerde izlenen korpus albicanslar dışında bir özellik görülmedi. Bu bulgularla birlikte olgu endoservikozis olarak raporlandı.

Tartışma

Endoservikozis endoservikal tip diferansiasyon gösteren müllerian lezyonlardan köken aldığı düşünülen serviksın psödoneoplastik glandüler lezyonlarından biridir (2). Öncelikle mesanede (3) görülürken, nadiren serviks (4), aksiller lenf nodları (5), ince bağırsak (6), rektum (7), eski sezaryen skarında (8) ve vajende (9) tespit edilmişlerdir. Servikal endoservikoziste, hastalar sıklıkla pelvik ağrı ve dismenore şikayetleriyle başvururlar (1, 2). Lee ve ark. (2)' nin bildirdikleri olguda hastanın abdominal basınç artışına bağlı protrüde olan vajinal kitle, vajinal akıntı ve lekelenme şikayetiyle başvurduğundan bahsedilmiştir (2). Hastalara yapılan USG görüntülemesinde Mobarki ve ark. (4) iyi sınırlı, multiseptalı 7,5x6,2 cm boyutunda serviks arka duvar yerleşimli kitle tespit etmişlerdir. Bizim olgumuzda hasta sistosel, üriner inkontinans ve ara ara kanama görme şikayetleriyle kliniğe başvurmuştu. Yapılan pelvik MRG'de servikste 4,2x4x3,7 cm boyutunda komplike multiloküle kistik lezyon bulunduğu görülmüştü. Öncelikli

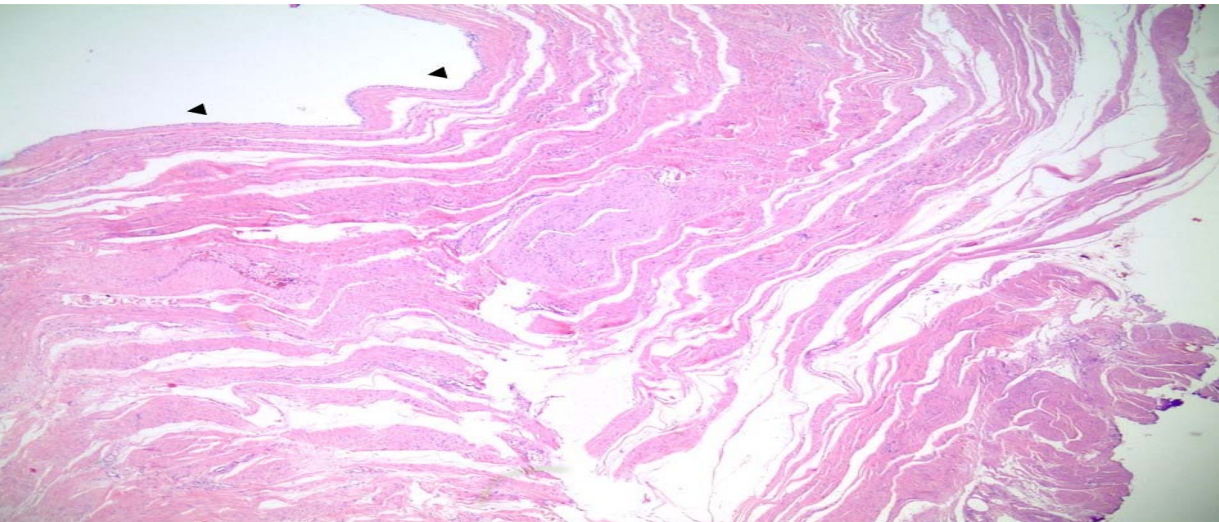


4a



4b

Resim 4. Endoservikal epitel ile örtülmüş serviks mukozasında serviks duvarı boyunca uzanan kistik yapıların (4a, HEX40) epitelinin derinlere inildikçe ileri derecede basıklaşmış olduğu görülmüştür (4b, HEX100).



Resim 5. Epiteli basıklaşmış kistik yapılar (ok başı) paraservikal dokuya kadar ulaşmaktadır (HEX25).

olarak serviksin psödoneoplastik glandüler lezyonları (kistik servisit, tunnel cluster, derin Naboth kistleri, endoservikal hiperplazi) düşünülmüş, ancak bu lezyonların adenoma malignum ya da adenokarsinomdan kesin ayrımı yapılamamıştı. Bu yüzden histopatolojik inceleme önerilmişti. Histogeneze göre, endoservikozisin bir müllerianozis formu olduğu düşünülmektedir ve bu muhtemelen ekstrauterin dokular söz konusu olduğunda doğrudur. Bununla birlikte, servikte, özellikle derin endoservikal bezlerin Naboth kistleri olarak tanımlandığı düşünülürse, ektopik bir köken belirlemek zordur. Mobarki ve ark.(4) bildirdikleri servikal endoservikozis vakasında endoservikozisin müllerianozisten ziyade mekanik bir etyolojiden kaynaklandığı sonucuna varmışlardır. Bu mekanik etyolojinin geçirilmiş sezaryen sonrasında gelişen istmozele bağlı olduğunu tespit etmişlerdir. Young ve ark.(1) bildirdikleri iki olguda geçirilmiş sezaryen, Lee ve ark.(2) ise uterus didelfis ile ilişkili primer infertilite öyküsünden bahsetmişlerdir. Bu olguyla birlikte şimdiye kadar yayınlanan altı olgu göz önüne alındığında, çoğu olguda sezaryen öyküsü bulunması ve endoservikal glandların normal mukoza ile süreklilik göstermesi, servikal endoservikozisin müllerian etyolojiden daha çok mekanik bir etyolojiden kaynaklandığını düşündürmektedir. Endoservikozis tanısının preoperatif olarak konulmasında ve patolojik değerlendirilmesinde yaşanan bazı güçlükler bu antitenin serviksin hem diğer benign lezyonlarından hem de premalign ve malign lezyonlarından ayrımını gerekli kılmıştır. Gönderilen materyallerin patolojik incelemelerinde Young ve ark.(1) dört olguda, Mobarki ve ark.(4) bir olguda serviks ön duvar yerleşimli; Lee ve ark.(2) ise serviks arka duvar yerleşimli kitle varlığından bahsetmişlerdir. Bu kitlelerin mikroskopik incelemelerinde Young ve ark. ile Mobarki ve ark.'nın bildirdiği beş olguda normal yapıdaki endoservikal glandların servikal duvarı kaplayarak paraservikal dokuya ulaştığı görülmüştür. Young ve ark. bildirdikleri vakaların bir tanesinde servikal duvarın dış üçte birlik kısmında görülen endoservikal glandların, orta ve iç kısımlarda da tespit etmişler ve bu glandların normal endoservikal glandlara bitişik olduğunu görmüşlerdir. Bu durumda bu yüzeysel kistik endoservikal glandları normal Naboth kistlerinden ayırmak imkansız hale gelmiştir. Ancak derin Naboth kistlerinde, derinde yerleşen glandlar ya da kistler genellikle az sayıdadır ve normal glandlarla süreklilik göstermektedir. Endoservikozisteki düzensiz şekilli glandların aksine Naboth kistleri

düzensiz şekillidir ve paraservikal dokuya ulaşmaz (1). Bizim olgumuzun makroskopik incelemesinde servikal duvarı çepçevre sarmış çok sayıda kistik yapı izlendi. Mikroskopik incelemesinde ise benign müsinöz endoservikal tip epitelle döşeli olan kistik dilate glandların servikal duvarın tamamını kaplayarak paraservikal dokuya kadar ulaştığı görüldü. Glandlar düzensiz şekilli olup yüzeysel endoservikal glandlara bitişik görünümdeydi. Epitelde nükleer pleomorfizm ve atipik mitoz gibi malignite düşündürülen özellikler görülmedi. Yapılan çalışmalarda servikal endoservikozis vakalarının cerrahi tedavisi sonrası 1 yıl (2), 2 yıl ve 8 yıllık (1) takiplerinde hastaların sağlıklı ve asemptomatik olduğu görülmüştür. Endoservikozisin servikal kitle şeklinde prezente olması (1) benign bir lezyon olmasına rağmen tedavi edilmediğinde maligniteye dönüşebileceği sorusunu akla getirmektedir. Literatürde primer vajinal adenokarsinom (9) ve ekstraovaryan müsinöz kistadenokarsinom (10) olarak bildirilen iki vakanın patolojik incelemesinde tümör odaklarının yanısıra bazı odaklarda benign müsin sekrete eden, endoservikal tip glandların olduğu görülmüştür. Bu glandlarda endoservikozis odaklarından invaziv komponente geçiş gösteren değişik derecelerde yapısal ve sitolojik atipi varlığı da tespit edilmiştir (10). Bu yüzden her iki vakada da endoservikozisin neoplastik dönüşüm göstererek vajinal adenokarsinom (9) ve ekstraovaryan müsinöz kistadenokarsinom (10) 'a yol açtığı bildirilmiştir. Sonuç olarak, endoservikozis servikte nadir görülen benign olmakla birlikte sıklıkla malignite ile karıştırılabilen bir antidedir. Preoperatif tanıda klinik, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin yetersiz kalması ve hastaların semptomatik olması cerrahi tedaviyi gerekli kılmaktadır. Hastaların cerrahi tedavi sonrası uzun süre asemptomatik olarak sağkalım gösterdiği bilinmektedir. Fakat serviks dışı endoservikozis vakalarında maligniteye dönüşüm bildirilmiştir. Bu da servikal endoservikozisin de benzer bir eğilime sahip olup olmadığı sorusunu akla getirmektedir. Bu sorunun cevabı için daha çok sayıda olgu takibine ihtiyaç vardır. Hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Çıkar çatışması beyanı: Yazarlar çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Finansal destek: Bu çalışma yapılırken finansal destek alınmamıştır.

Yazar katkıları: Çalışma konsepti/Tasarımı: Şeyma Öztürk/Çetin Boran; Veri toplama: Şeyma Öztürk; Veri analizi ve yorumlama: Çetin Boran/Safiye Gürel; Yazı taslağı: Şeyma Öztürk;

İçeriğin eleştirel incelenmesi: Çetin Boran/Safiye Gürel; Son onay ve sorumluluk: Şeyma Öztürk/Çetin Boran; Teknik ve malzeme desteği; Süpervizyon: Şeyma Öztürk; Fon sağlama (mevcut ise): yok.

Kaynaklar

1. Young RH, Clement PB. Endocervicosis involving the uterine cervix: A report of four cases of a benign process that may be confused with deeply invasive endocervical adenocarcinoma. *Int J Gynecol Pathol* 2000;19(4):322-328
2. Mobarki M, Karpathiou G, Forest F, Corsini T, Peoch M. Endocervicosis of the Uterine Cervix. *Int J Gynecol Pathol* 2016;35(5):475-477
3. Lee SH, Park JW, Oh SR, Rha SH. Diagnostic dilemma in cervical endocervicosis. *Obstet Gynecol Sci* 2017;60(4):396-400
4. Clement PB, Young RH. Endocervicosis of the urinary bladder: A report of six cases of a benign müllerian lesion that may mimic adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol* 1992;16(6):533-542
5. Mukonoweshuro P, McCluggage WG. Endocervicosis involving axillary lymph nodes: First case report. *Int J Gynecol Pathol* 2014;33(6):620-623
6. Chen KTK. Endocervicosis of the small intestine. *Int J Surg Pathol*. 2002;10(1):65-67
7. Slotta JE, Schaefer TJ, Walter B, Bohle RM, Schilling MK, Plusczyk T. Endocervicosis of the rectum. *Int J Colorectal Dis* 2011;26(5):683-684
8. Celiloglu M, Turksoy T, Koyuncuoglu M. Endocervicosis in a Caesarean incision scar. *Aust New Zeal J Obstet Gynaecol* 2004;44(5):468-469
9. Starbuck K, Garcia C, Wu Q, Runowicz CD. Multimodal therapy in the treatment of vaginal adenocarcinoma arising from endocervicosis. *Gynecol Oncol* 2011;120(1):158-159
10. Kruse AJ, Slangen B, Dunselman GA, Pirens T, Bakers FCH, Baak JPA et al. Neoplastic transformation of endocervicosis into an extraovarian mucinous cystadenocarcinoma. *Hum Pathol* 2011;42(5):743-748