

## Akut Apandisit Taklit Eden Apandiks Endometriozisleri: 2 Olgu

Mehmet Eser\*, Semra Kayataş\*\*, Aylin Acar\*, Kayhan Başak \*\*\*, Levent Kaptanoğlu\*.

\*Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

\*\*Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, Türkiye.

\*\*\* Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

### ÖZET :

**Giriş:** Gastrointestinal sistemde endometriozis gelişimi sık görülmemekle birlikte apandiks endometriozisi oldukça nadirdir. Gebelikte endometriozis çok daha nadirdir. Bu çalışmada, akut apandisit ön tanısı ile opere edilen ve patolojik inceleme sonucunda apandiks endometriozisi saptanan, birisi gebe olan iki olgu sunulmaktadır.

**Olgu 1:** Otuz-iki yaşında 34 haftalık gebe olgu, üç gündür devam eden sağ alt kadran ağrısı ve bulantı şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları akut apandisit ile uyumlu idi. Operasyon planlandı. Apandiks duvar görünümü ve peritoneal kavitede bulunan minimal serohemorajik sıvı erken perforasyon olarak tanımlandı. Apandektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede; perforasyon izlenmediği ve apandiksde endometriozis odakları olduğu rapor edildi.

**Olgu 2:** Otuz yaşında kadın hasta, bir gün önce başlayan sağ alt kadran ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede McBurney noktasında hassasiyet, defans ve rebound izlendi. Akut apandisit tanısı ile operasyon planlandı. Operasyonda, apandiks hiperemikti, peritoneal kavitede sıvı görülmedi, apandektomi yapıldı. Histopatolojik incelemede akut apandisit lehine mikroskopik bulgu saptanmadı, apandiks endometriozisi olarak raporlandı.

**Anahtar kelimeler:** Apandiks, endometriozis, gebelik

### İletişim Bilgileri

**İlgili Doktor** : Dr. Mehmet Eser

**Yazışma Adresi:** Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kartal, İstanbul, Türkiye

**Tel** : (0 506) 214 25 32

**E-mail** : mehmeteser@hotmail.com

Makalenin geliş tarihi: 13/11/2012

Makalenin kabul tarihi: 16/12/2012

### ABSTRACT :

**Introduction:** Involvement of endometriosis in the gastrointestinal tract is uncommon and endometriosis of the appendix is an even rarer occurrence. The occurrence of appendiceal endometriosis in pregnant women is also rare case. We aimed to report two cases of woman who was pregnant, with appendiceal endometriosis that presented as acute appendicitis.

**Case 1:** A 32-year-old woman with 34 weeks of pregnancy was admitted with a 3-day history of right iliac fossa pain and nausea. Physical examination and laboratory findings increased the suspicion of acute appendicitis. Operation was planned. Appearance of appendix and the presence of serohemorrhagic fluid in peritoneal cavity lead us to think an early perforated appendix and appendectomy was done. Histopathological evaluation revealed ectopic endometrial glands with stroma in the serosa of the appendix without appearance of perforation..

**Case 2:** A 30-year-old woman was admitted with a chief complaint of right iliac fossa pain, nausea and vomiting. Physical examination revealed pain which was localised to the McBurney's point, with tenderness, guarding and rigidity. Operation was planned. At surgery, there was a fluid in peritoneal cavity and the appendix appeared hyperemic. An appendectomy was performed. The histological diagnosis was appendiceal endometriosis with no microscopical evidence of acute appendicitis.

**Keywords:** Appendix, endometriosis, pregnancy

## GİRİŞ

Kadın genital sisteminin benign bir hastalığı olan endometriozis; endometrial gland ve stromanın uterus kavitesi dışında yerleşmesidir(1). Reprodüktif dönem kadınlarda göreceli olarak yaygın olarak görülmeyle birlikte,

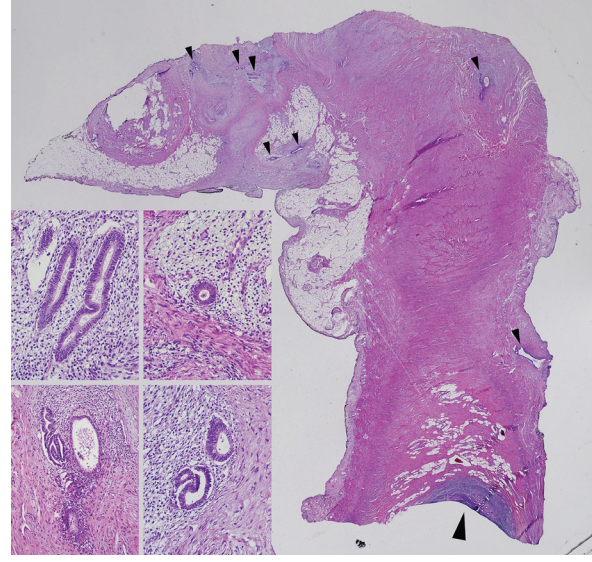
genel popülasyonda endometriozis insidansı % 1-8 arasında değişmektedir(2). Endometriozisin en sık görüldüğü bölgeler; overler, posterior broad ligament, anterior cul-de-sac), posterior cul-de-sac ve uterosacral ligamenttir. Her ne kadar yerleşim yeri pelvik bölge olarak sınırlanmış olsa da sıklıkla üreme ça-

ğındaki kadınlarda gastrointestinal, genitoüriner, plevrapulmoner sistemde ve daha nadir olarak, diafram, beyin, alt extremitte ve nasal kavite de yerleştiği bildirilmiştir(3). Gastrointestinal sistem extrapelvik yerleşimin en sık olduğu yerdir. Genellikle rektum ve sigmoid kolona yerleşmektedir(%70).Apendiks endometriozisi ise oldukça nadir görülmektedir(3). Ayrıca endometriozisin gebeliği zorlaştırıcı bir faktör olması nedeniyle gebelikte endometriozis görülmesi de nadir bir durumdur. Bu çalışmada, akut apandisit ön tanısı ile opere edilen, olgulardan birinin gebe olduğu ve patolojik inceleme sonucunda apandiks endometriozisi saptanan iki olgu sunulmaktadır.

### OLGU 1

Otuz-iki yaşında, 34 haftalık gebeliği olan olgu, 3 gündür devam eden sağ alt kadranda ağrısı ve bulantı şikayetleri ile acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede batın sağ alt kadrana lokalize hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Aksiller ateş 37.2°C ölçüldü. Beyaz küre sayısı 13.200/mm<sup>3</sup> idi. Yapılan abdominal ultrasonografide, apandiks değerlendirilemedi. Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde yapılan ultrasonografi değerlendirmesinde, intrauterin fetal kalp aktivitesi olan, 34 hafta ile uyumlu gebelik izlendiği, jinekolojik muayenesinde herhangi bir jinekolojik patoloji saptanmadığı belirtildi.. İki yıl önce endometriozis nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu. Hasta akut apandisit tanısı ile yatırılarak operasyon risklerini hakkında bilgilendirildi ve hastadan elde edilecek verilerin bilimsel amaçlı kullanılabileceğinin onamı alındı. Operasyonda, gebeliğe bağlı olarak apandiks minimal olarak batın üst kadrana itildiği gözlemlendi. Peritoneal kavitede minimal serohemorajik sıvı mevcuttu ve apandiks görünümü tipik inflame görünümde olmamasına rağmen apandiks duvarı düzensiz noduler görünümde idi. Apendiks duvar görünümü ve eşlik eden sıvı erken mikroperforasyon olarak tanımlandı ve apandektomi yapıldı. Hasta postoperatif dönemde Kadın Doğum Kliniği tarafından değerlendirildi. Uterusta kontraksiyonların tespit edilmemesi ve 34 haftalık gebelik olması sebebi ile tokoliz

önerilmedi ve postoperatif 1.günde taburcu olmasında bir sakınca görülmedi. Gebelik ve endometriozis bakımından takip amacıyla kadın doğum polikliniğine yönlendirildi. Histopatolojik incelemede; akut apandisit lehine mikroskopik bulgu saptanmadı. Apendiks ölçülerinin 5.5 x 0.8 cm olduğu, kas tabakası ve subserozal yağlı doku içinde endometriozis odaklarının olduğu tespit edildi. Herhangi bir perforasyon bölgesi tespit edilmedi.

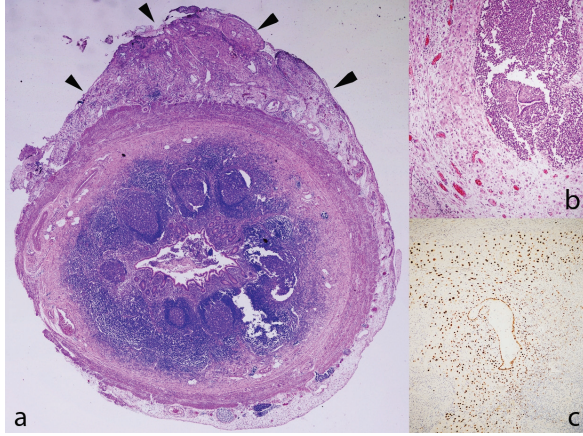


**Resim 1:** Apendiks distal ucu. Büyük resimde küçük oklar; apandiks müsküler tabakası içinde ve subserozal yağlı doku içinde endometriozis odakları. Büyük ok; apandiks mukozası. Orijinal büyütme x40 HE. Küçük resimler; Müsküler tabaka içindeki ve subserozal yağlı doku içindeki endometriozis odakları x200 ve x400 HE.

### OLGU 2

Otuz yaşında kadın hasta, 1 gündür devam eden sağ alt kadranda ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenede McBurney noktasına lokalize hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Aksiller ateş 37,8°C ölçüldü. Beyaz küre sayısı 11400/mm<sup>3</sup> idi. Gebelik testi negatif idi. Abdominal ultrasonografik incelemede batın içi patoloji saptanmadı. İki yıl önce over kist eksizyonu nedeni ile operasyon öyküsü mevcuttu. Akut apandisit tanısı ile operasyon planlandı. Hasta operasyon riskleri hakkında bilgilendirildi ve hastadan elde edilecek verilerin bilimsel amaçlı kullanılabileceğinin onamı alındı. Operasyonda, apandiks hiperektikti ve peritoneal kavitede serbest sıvı gö-

rülmedi. Apendektomi yapıldı. Hasta postoperatif 1. günde taburcu edildi. Histopatolojik incelemede; apendiksin boyutları 4 x 0.7 cm olarak ölçüldü, akut apendisit lehine mikroskopik bulgu saptanmadı, apendiksin serozasında ve apendiks mezosundaki yağlı doku içinde endometriozis odakları tespit edildi. Takip ve tedavi amacıyla jinekoloji polikliniğine yönlendirildi.



**Resim 2:**

- a) Apendiks enine kesitinde serozal yüzde desidualizasyon alanları x40 HE.  
 b) Desidualizasyon alanları ve içinde endometrial gland x100 HE,  
 c) Progesteron reseptör immünohistokimyasak boyanması ile desidualizasyon alanlarında ve endometrial gland epitelinde pozitif boyanma x200 PR.

## TARTIŞMA

Gastrointestinal sistem extrapelvik endometriozisin en sık yerleşim yeridir ve over ve peritondan sonra 3.sıklıkta tespit edilir(4). Pelvik endometriozisi olan hastalarda apendiks tutulumu %1'den azdır. Apendiks endometriozisi insidansı %0.22-0.30'dur ve ilk olarak 1860 yılında tanımlanmıştır(5). Agarwala ve Liu kronik pelvik ağrı sebebi ile laparoskopik apendektomi yapılan 378 olgunun 14'ünde(%4.4) apendiks endometriozisi saptadıklarını bildirdiler(6). Chandrasegaram ve ark. apendektomi yapılmış 4670 apendektomi materyalini inceledikleri retrospektif çalışmalarında; apendiks endometriozis oranını % 0,3 olarak tespit ettiler(7). Ekstragenital endometriozisin patogenezi açıklama bir çok teori öne sürülmüştür. Retrograd menstruasyon ve implantasyon teorisi apendiks endometriozisi patogenezi açıklama en çok kabul gören teorilerdir(4).

Mekanizması ne olursa olsun extrapelvik endometriozis tanısını koymak klinisyenler için zordur. Apendikte bulunan endometriozis genellikle asemptomatiktir. Ultrasonografik inceleme ve bilgisayarlı tomografi apendiks endometriozisi için spesifik değildir(8). Akut apendisit nedeniyle opere edilen olgularda peroperatif olarak da apendiks endometriozisi tanınmamakta, kesin tanı ancak histopatolojik inceleme sonrası mümkün olmaktadır. Tanıda histolojik olarak endometrial glandlar ve stromanın varlığı yeterli sayılmaktadır. Bizim olgumuzda da apendiksin makroskopik görünümünü ve eşlik eden serbest peritoneal sıvının varlığı perforate apendisiti düşündürmüştür. Bu nadir karşılaşılan durumun perforate apendisiti taklit edebileceğinin düşünülmesi tanı için önemlidir. Apendiks endometriozisinde tedavi seçenekleri; apendektomi, ileoçekektomi ve sağ hemikolektomidir. Tanı kesin değilse ve özellikle intusepsiyon gibi durumlarda malignite ekarte edilemiyorsa ileoçekektomi ve sağ hemikolektomi uygulanabilir(9). Apendiks endometriozisi çoğunlukla pelvik endometriozis operasyonlarında rastlantısal olarak saptanmaktadır. Mens dönemlerinde sağ alt kadranda ağrısına neden olabileceği gibi nadiren intusepsiyon, intestinal perforasyon veya alt sindirim sistemi kanamasına neden olabilir(1). Bu vakalarda rastlanılan parsiyel lümen obstruksiyonları diğer apendisit vakalarından farklı olarak endometriotik implantlarla olmaktadır(10). Offodile A. ve ark, hiçbir semptomu olmayan fakat yapılan kolonoskopi sırasında apendikte intusepsiyon tespit edilen ve apendektomi sonrası incelenen meteryalde endometriozis saptanan vaka bildirmişlerdir(11). Endometriozis başlıca infertilite nedenlerinden birisidir. Fizyopatolojisinde endometriotik implantlardan kaynaklanan inflamatuvar ve otoimmün faktörlerin gamet ve embriolar üzerine olan toksik etkisi, fimbriyalar üzerinde yaptığı fonksiyon bozukluğu ve ötopik endometriumda geliştirdiği progesteron direncinin implantasyona olan olumsuz etkisi sorumlu tutulmaktadır(12). Bizim olgu sunumumuzda apandisiyal yerleşimli endometriozisle birlikte gebeliğin olduğu 1. olgumuzun bu nedenle daha nadir olduğunu düşünmekteyiz. Gebelikte apendisit tanısı, gebede orta dere-

cede fizyolojik olarak artmış bir lökosit olabilmesi, apandiks lokalizasyonunun batın üst kadrana doğru yer değiştirebilmesi nedeniyle zor olabilmektedir. Gebelikte 16000/ml' ye kadar lökosit artışı normal olarak kabul edilmektedir(13). Akut apandisitte ise tabloya değişen derecelerde lökositöz eşlik edebilir.. Bizim olgumuzda lökosit düzeyinin gebelik için normal düzeylerde olmasına rağmen, jinekolojik muayene ve batın fizik muayene bulgularının akut apandisit ile uyumlu olması nedeniyle apandektomi kararı alınmıştır. Ayrıca gebelikte apandiks, gebeliğin trimesterine ve kişide çekum ve sağ kolonun mobilitesine bağlı olarak batın üst kadrana doğru yer değiştirebilmektedir. Bizim 34 haftalık olgumuzda da apandiks ait bulgular ve laparotomide saptanan apandiks lokalizasyonunun yer değiştirmesi minimal düzeyde idi.

Sonuç olarak apandiks endometriozisi çok nadir görülür. Doğurganlık dönemindeki gebe kadınlar da dahil olmak üzere, akut apandisit düşünülen olgularda endometriozis ayırıcı tanıda düşünülmeli ve hastada endometriozis öyküsü sorgulanmalıdır. Apandektomi için yapılan laparotomide apandisial endometriozise bağlı kanama erken perforasyon ile karışabilmektedir. Semptomatik tedavide apandektomi iyi bir tedavi seçeneğidir. Pelvik endometriozis rekürrens riski yüksek olduğu için jinekolojik takip önerilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1- Neha Agarwal, Arulselvi Subramanian. *Endometriosis- Morphology, Clinical Presentations and Molecular Pathology. J Lab Physicians. 2010; 2: 1-9*

2-Jenkins S, Olive DL, Haney AF. *Endometriosis: pathogenetic implications of the anatomic distribution. Obstet Gynecol. 1986; 67: 335-8*

3-Nisolle M, Paslaeu F, Foidart JM. *Extragenital endometriosis, Jour Gynecol Obstet Biol Reprod 2007; 36: 173-8*

4-Preziosi G, Cristaldi M, Angelini L *Intestinal obstruction secondary to endometriosis: a rare case of synchronous bowel localization. Surg Oncol. 2007 ;16: 161-3*

5-Faucheron JL, Pasquier D, Voirin D. *Endometriosis of the appendix as an exceptional cause of the acute perforated appendicitis during pregnancy. Colorectal Disease 2008; 10: 518-519.*

6-Gürkan Yetkin, Mehmet Uludağ, Bülent Çitgez, and Nedim Polat. *Endometriosis of the appendix presenting as acute appendicitis. BMJ Case Rep. 2009; 2009: bcr04.2009.1820. Published online 2009 June 28. doi: 10.1136/bcr.04.2009.1820*

7-Chandrasegaram MD, Rothwell LA, An El, Miller RJ. *ANZ J Surg.2012; 82: 844-7*

8-Douglas C, Rotimi O. *Extragenital endometriosis: a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynaecol. 2004; 24: 804-8.*

9-Akbulut S, Dursun P, Koçbıyık A. *Appendiceal endometriosis presenting as perforated appendicitis: report of a case and review of the literature. Arch Gynecol Obstet 2009; 280: 495-7*

10- Camran C.R., Berger G.S. *Springer; 1995. Endometriosis: advanced management and surgical techniques.*

11- Offodile A, Hodgin JB, Arnell T. *Asymptomatic intussusception of the appendix secondary to endometriosis. Am Surg. 2007; 73: 299-301*

12- Giudice LC. *Clinical practice. Endometriosis. N Engl J Med. 2010 ;362: 2389-98*

13-Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Tıp Kitapevleri, 2. Baskı 2008. Şener T. Preterm Eylem ve Doğum; 477-490*