

Rektovajinal Endometriyozis Tanı ve Tedavisinde Güçlük

DIFFICULTY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RECTOVAGINAL ENDOMETRIOSIS

Dr. Özgür AKBAYIR,^a Dr. Selma Nihan KARAKAYA,^a Dr. Sevgin MUTLU,^a
Dr. Nurdan NURULLAHOĞLU,^a Dr. Adem KARATAŞ,^b Dr. Ahmet GÜLKILIK^a

^aSSK Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi,

^bGenel Cerrahi AD, SSK İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İSTANBUL

Özet

Bu çalışmada; tanı koymakta ve tedavide ciddi güçlük yaşanan rektovajinal endometriyozis olgusunu sunduk.

Vajenden sarkan kitle şikayetiyle başvuran hastanın tekrarlayan biyopsi materyalleri incelendiğinde histopatolojik olarak; servikal polip, vajinal clear cell karsinom ve kolondan alınan biyopsilerinde ise polipoid mukozal displazi gibi tanılar konuldu. Hastanın laparoskopisi sonucunda evre IV endometriyozis olduğunun görülmesi ve biyopsi materyallerinin tekrar incelenmesinde endometriyotik nodüllerin varlığı rektovajinal endometriyozis tanısına götürdü.

Dokuz aylık medikal tedavi sonrasında klinik şikayetlerde gerileme olmaması üzerine cerrahi tedavi uygulandı. Hastanın postoperatif klinik şikayetlerinin gerilediği ve tam kür sağlandığı gözlemlendi.

Anahtar Kelimeler: Rektovajinal endometriyozis, rektovajinal adenomyoma

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004, 14:339-344

Abstract

In this study; we report a rectovaginal endometriyozis case who has serious difficulty in diagnosis and treatment.

Patient who has polypoid mass protruding from the vagina had had multiple biopsies. After histopathologic investigations of the specimens, different pathologists diagnosed as vaginal clear cell carcinoma, cervical polip and colonic polipoid mucosal displazia for the biopsies from colon. For the confirmation of the malignency, biopsy specimens reevaluated. As laparoscopic examination diagnosed stage IV endometriosis and final pathologic reevaluation's results showed endometriotic nodules; we finally diagnosed of rectovaginal endometriyozis.

Although nine months of medical treatment, no clinical regression has been seen. Surgical treatment has been applied. Postoperative follow up has showed complete clinical regression and cure.

Key Words: Rectovaginal endometriosis, rectovaginal adenomyoma

Rektovajinal endometriyozis, rektovajinal adenomyozis veya rektovajinal adenomyoma olarak da adlandırılan, peritoneal endometriyozisten tamamen farklı, tanı ve tedavisi oldukça güç bir hastalıktır.¹ Nadir görülen ve tanı koymakta ciddi güçlük çekilen rektovajinal endometriyozisli bir olguyu güncel literatür eşliğinde sunduk

Ölgu

Yirmiiki yaşında virgo hasta, vajinadan sarkan kitle, menometroraji, dismenore şikayetiyle baş-

vurdu. Yapılan muayenesinde, hymen orifisinden sarkan iki santim boyutunda polipoid kitle saptandı ve bu kitleden biyopsi alındı. Ayrıca ultrasonografide sağ over lojunda 8 cm, sol over lojunda 5 cm çapında basit over kisti saptanması nedeniyle oral kontraseptif tedavisi başlandı. (Ultrasonografide endometriomanın tipik ultrasonografi görüntüsü olan ince granüler eko izlenmedi) Biyopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde bazı alanları ülsere olmuş çok katlı yassı epitel ile döşeli polipoid oluşum, subepitelyal alanda fibroblastik stroma içinde endoservikal glandlar ve vasküler yapılar izlendi. Bu bulgularla 'servikal polip' olarak yorumlandı. Hasta bir ay içinde aynı yakınma ile iki defa daha başvurdu, sarkan kitlelerden iki defa daha biyopsiler alındı ve sonuç aynı şekilde 'servikal polip' olarak değerlendirildi (Resim 1).

Geliş Tarihi/Received: 06.04.2004

Kabul Tarihi/Accepted: 06.11.2004

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Özgür AKBAYIR
İstanbul Cd. Özmetli Apt. 94/2
Bakırköy, İSTANBUL
ozgurakbayir@yahoo.com

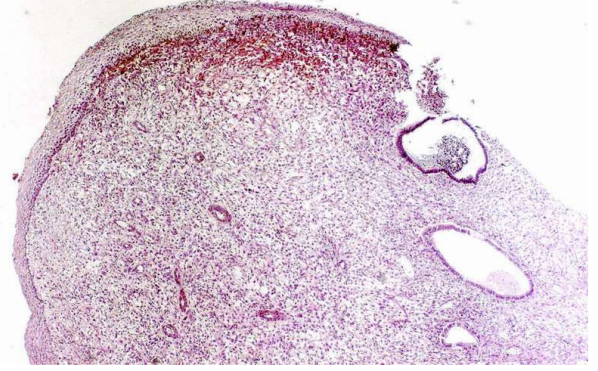
Copyright © 2004 by Türkiye Klinikleri

İki ay oral kontraseptif kullanan hastanın ikinci ayın sonunda yapılan batın USG' sinde overdeki kistlerin gerilemediği saptandı ve bunun üzerine bilgisayarlı batın tomografisi çekildi. Sağ over lojunda; douglas poşuna uzanan yaklaşık 8 cm çapında, sol over lojunda ise yaklaşık 5 cm çapında olmak üzere içerisinde ince septasyonlar gösteren, düzensiz sınırlı, heterojen kistik dansitede, yer kaplayıcı oluşumlar saptandı.

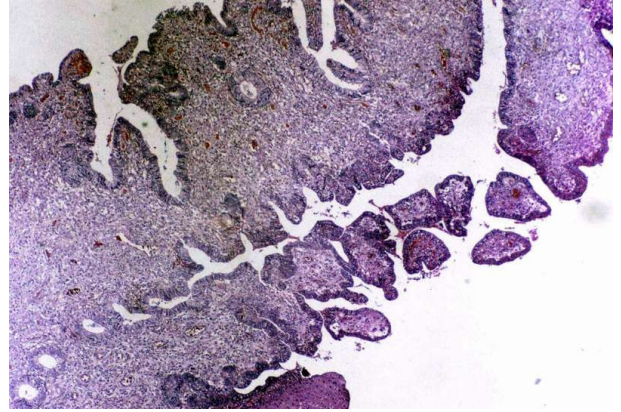
Hasta ön tanıda öncelikle endometrioma olmak üzere selim over kisti düşünülerek laparoskopik operasyona alındı. Operasyonda, douglas boşluğunun adhezyonlar nedeniyle oblitere olduğu, bilateral overlerde ve periton yüzeylerinde yaygın endometriozis odakları olduğu gözlemlendi. Yapışıklıklar açılmaya çalışıldı, overdeki kist kapsülleri çıkarıldı. Cerrahi evreleme evre dört endometriozis olarak değerlendirildi. Patoloji sonucu 'endometriozis' olarak yorumlandı. (Resim 2) Bu süre içinde hastanın vajenden sarkan kitle yakınması olmadı.

Laparoskopiden yirmi gün sonra hastanın vajenden sarkan kitle şikayeti olması üzerine tekrar biyopsi yapıldı. Materyal farklı bir patoloji laboratuvarına gönderildi sonuç aynı şekilde yüzeyi kısmen ülserle çokkatlı yassı epitel ile örtülü, epitel altında bağ dokusu içinde damarlar ve iltihap hücreleri izlenen 'servikal polip' olarak değerlendirildi.

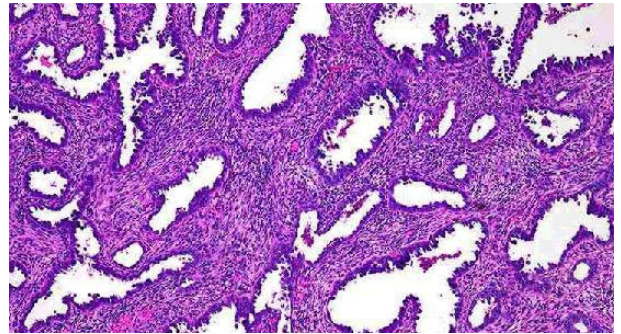
Hastadan hymen deflorasyonu için izin alındı. Yapılan spekulum muayenesinde; vajen arka duvarından ve arka fornixten kaynaklanan 4x4x5 cm boyutlarında ülseratif polipoid vejetan kitle gözlemlendi. Serviks nullipar, normal cesamette izlendi. Bimanuel muayenede rektovajinal boşluğu dolduran 4x5x5 cm boyutlarında, rektum ön yüzüne bası yapan sert kıvamlı, düzensiz yüzeyle kitle saptandı. Vajenden alınan biyopsinin histopatolojik sonucu, 'berrak hücreli (clear cell) karsinom' geldi. (Resim 3, Resim 4) Rektum invazyonunun ekartasyonu için, rektosigmoidoskopi yapılarak rektosigmoid bölge değerlendirildi. Rektum arka duvarında anüsten 8 cm uzaklıkta, 4 cm boyutunda bir segmenti tutan, üzeri yer yer ülserle görünümde polipoid karakterde lezyon izlendi. Rektosigmoid köşede yirminci santimde de, lümeni tamamen



Resim 1.

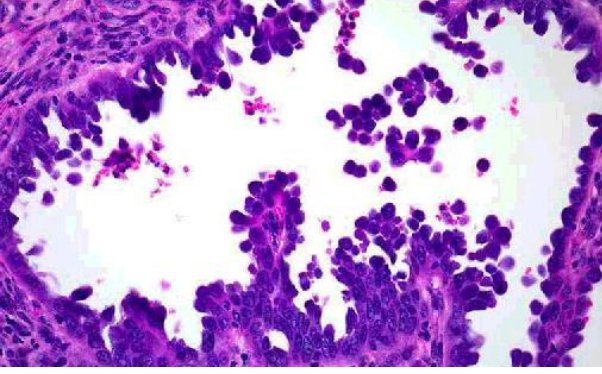


Resim 2.



Resim 3.

tıkayan başka bir polipoid kitle saptandı, rektosigmoid karsinom düşünülerek kitlelerden beşer adet biyopsi alındı. Patoloji sonucunda materyallerde malignite izlenmedi, 'selim kolon biyopsisi' olarak yorumlandı (Resim 5).



Resim 4.

Vajenden alınan kitlenin vajinal clear cell karsinom tanısı alması üzerine çekilen pelvik manyetik rezonansda vajen posterior-superiorunda serviks düzeyine kadar uzanan duvar kalınlaşması, prerektal yağ planlarında silinme saptandı, fakat anal kanal ve rektumda invazyonu düşündürecek bulgu saptanmadı.

Operasyon planlanan hastaya, clear cell tanısı konulmuş olan biyopsi preparatları, operasyon

öncesi, tanının doğrulanması için tekrar değerlendirildi. Yüzeyde akantotik, vajen yassı epitel örtüsü, subepitelyal stromada atipi göstermeyen fibroblastlar, yoğun lenfositik iltihabi inflamasyon, kanama alanları, hemosiderinli histiyositler, çok sayıda küçük çaplı damar yapıları görülen ve silindirik epitelle döşeli, yuvarlak intakt mitotik figür içermeyen bez yapılarından ibaret selim lezyon izlendi. Clear cell karsinom tanısından uzaklaşarak “endometriyozis, yoğun iltihaplı selim fibroepitelyal stromal papillöz gelişim” olduğuna karar verildi.

Hastanın rektal kanamalarının başlaması üzerine tekrar rektosigmoidoskopi yapıldı. Daha önceki rektosigmoidoskopide tesbit edilen görüntüye benzer olarak; rektumda ülseroinfiltratif ve rektosigmoid bölgede polipoid tümör saptandı. Lezyondan alınan biopside belirgin mukozal kripta distorsiyonu ve rejenerasyon, buna eşlik eden iltihaplı ve iskemik bir zemin nedeni ile derecesi tanımlanamayan displazi izlendi, “kronik iltihaplı rejeneratif değişiklikler gösteren, polipoid mukozal displazi” olarak yorumlandı.



Resim 5.

Tablo 1. Hastanın klinik seyri

İşlem Sırası	Klinik Bulgu	İşlem	Patoloji
1.	İntroitustan sarkan kitle	Biyopsi	Servikal polip
2.	İntroitustan sarkan kitle	Biyopsi	Servikal polip
3.	İntroitustan sarkan kitle	Biyopsi	Servikal polip
4.	Bilateral ovarian kistler	LSK	Endometriyoma
5.	İntroitustan sarkan kitle	Biyopsi	Servikal polip
6.	Hymen deflorasyonu ve arka forniksteği kitlenin görüntülenmesi	Biyopsi	Vajen clear cell karsinom
7.	Rektum invazyonunun ekartasyonu için rektosigmoidoskopi	Rektal biyopsi	Selim kolon mukozası
8.	Clear cell carcinoma tanısının operasyon öncesi konfirmasyonu	Preparatların tekrar incelenmesi	Endometriyozis
9.	Hastanın rektal kanamalarının başlaması üzerine tekrar rektosigmoidoskopi	Rektal biyopsi	Polipoid mukozal displazi
10.	Rektal biyopsinin mukozal displazi gelmesi üzerine üçüncü defa rektosigmoidoskopi	Rektal biyopsi	Rektosigmoid köşede endometriyozis

İkinci rektum biyopsisinde displazik hücrelerin görülmesi üzerine hastaya üçüncü ve son olarak rektosigmoidoskopi yapıldı. Yeniden biyopsi alındı. Hastadan daha önce vajinal bölgeden alınan biyopsilerle birlikte değerlendirilerek biyopsi sonucunda “rektosigmoid köşede endometriyozis” olarak yorumlandı.

Sonuçta rektumdaki ve vajendeki kitlelerin, rektovajinal endometriyozisten kaynaklandığına karar verilerek hastaya altı ay gonadotropin releasing hormon analogları ile tedavi uygulandı. Tedavi sonucunda vajendeki lezyonun ve hastanın ağrı yakınmalarının gerilemediği gözlemlendi. Hastanın tekrar değerlendirilmesi sonucu medikal tedavinin üç ay daha denenmesine ve sonuç alınmazsa cerrahi girişime karar verildi.

Dokuz aylık medikal tedavi sonrası hasta tekrar değerlendirildi. Yaygın karın ağrısı, dismenore, rektal kanama şikayetlerinin devam ettiği izlendi. Bimanuel muayenede posterior forniks ve rektovajinal bölgeyi dolduran sert, fikse nodularite tesbit edildi. Ultrasonografide her iki overde endometrioma ile uyumlu görünüm mevcuttu. Bu bulgularla hastalığın gerilemediği düşünülerek operasyon kararı verildi. Hastaya parsiyel sigmoid kolon rezeksiyonu, sigmoidorektostomi, bilateral over kist ekstirpasyonu, parsiyel vajenektomi uy-

gulandı. Piyeslerin patolojik incelemesinde endometriyozis tanısı doğrulandı. Postoperatif birinci ayda kolostomisi kapatıldı. Hastanın postoperatif takiplerinde klinik şikayetlerinin gerilediği ve cerrahinin küratif olduğu gözlemlendi (Tablo 1).

Tartışma

Endometriyozis etyolojisinde en çok destek bulan teori retrograd mensturasyon teorisidir. Bu teoriye göre mensturasyon sırasında menstrel kanla birlikte dökülen endometrium hücreleri tubalar yoluyla peritoneal kaviteye geçmektedir. Hastalığın en sık overlerde yerleşmesi bu teoriyi desteklemektedir. Ayrıca kadınların %90'ında retrograd mensturasyon olduğu laparotomi ve laparoskopiler sırasında gösterilmiştir.

Endometriyozisin hiç mensturasyon görmeyen kadınlarda da rastlanması, prepubertal kızlarda da görülebilmesi, adölesan kızlarda menarştan birkaç yıl sonra henüz çok sayıda menstrel siklus görülmeden de ortaya çıkması, yüksek doz östrojen alan erkeklerde de görülebilmesi ve ekstrapelvik organlarda da endometriyozis odaklarının gözlenebilmesi sebebiyle tüm olgular retrograd mensturasyon teorisi ile açıklanamaz. Bu durumları açıklamak için çöloomik epitel metapilazisi teorisi ortaya atılmıştır. Bu teoriye göre endometriyozis; çöloom

epitelinin çeşitli uyanlarla metaplaziye uğrayıp, endometriyum dokusuna dönüşmesiyle gelişmektedir. Olgumuzda olduğu gibi rektovajinal endometriyozis olguları bu teori ile açıklanabilir.^{1,6,7}

Rektovajinal endometriyotik nodüller, peritoneal ve ovaryan endometriyozisten histopatogenez yönünden tamamen farklı bir hastalıktır. Adenomyomaya benzer şekilde, endometriyal stroma ve glandların düz kaslarla beraber nodüler kümeleşmeler oluşturdukları gözlenir.¹⁻³ Bu nedenle rektovajinal adenomyosis ya da adenomyoma isimlendirmesi daha doğrudur. Ciddi vakalarda fibromuskuler doku major komponenttir. Vasküler yapılardan bağımsız olarak düz kas kümeleşmesinin varlığı düz kas metaplazisi olarak adlandırılmaktadır.^{10,12} Mitotik indeksi yüksek, sitokeratin, vimentin, progesteron ve östrojen reseptör içeriği düşüktür. Bu da orijininin farklılığını destekleyen bulgulardan biridir. Nadiren ovaryan ve ekstraovaryan görülen polipoid kitleler malign tümörleri taklit edebilir. Kist içinde görülen sıvının hemorajik olması endometriyozis tanısı koydurmaz. Malign tümörlerde de kist içi yoğun kanlı sıvı görülebilir. Kesin tanı ancak histopatolojik olarak konulur.¹⁴

Endometriyozisin histopatolojik değerlendirmesinde bizim olgumuzda olduğu gibi güçlükler yaşanabilir. Endometriyozis tanısı koyabilmek için endometriyal tip stroma ve glandın birarada görülmesi gerekir. Fakat nadiren kanama ve fibrozisten dolayı gelişen ikincil değişiklikler tanıda güçlük yaratır. Mitotik indeksinin de yüksek olması sebebiyle malign tümörlerle karışabilir. Nadiren (%3,6) endometriyozis odaklarında ciddi epitelyal atipi gözlenebilir. Bu olgularda epitelde hiperkromatik nükleus, eozinofilik sitoplazma, hücrelerde kümeleşme ve stratifikasyon gözlenebilir. Bu değişikliklerin çoğu reaktif orijinde olmasına rağmen histolojik incelemede malignite lehine yorumlanabilir.¹⁴

Ovaryan ve ekstraovaryan endometriyozis odaklarının histopatolojik incelemesi tümörleri taklit edebileceği gibi endometriyozis zemininde malign tümörler de gelişebilir. Endometriyozis zemininde en sık görülen malign tümörler endometriyoid karsinom, clear cell karsinom ve endometriyoid stromal sarkomdur. Endometriyoid karsinomların üçte biri ve endometriyoid stromal karsinomlar

sıklıkla rektovajinal septumdaki endometriyal nodüllerden gelişir.¹⁴

Olgumuzdaki tanıdaki güçlük, rektovajinal adenomyozisin nadir bir hastalık olmasından, tanı yöntemlerinin lezyonu belirlemede yetersiz kalmasından kaynaklanmaktadır. Abdominal ve vajinal USG ve MR ile rektovajinal endometriyotik nodüller gösterilememiştir.^{8,11} Rektovajinal endometriyozis olgularında; tanıda en güvenilir yöntem rektal USG ve rektovajinal bimanuel muayenedir. Fedele ve ark. endometriyozis şüphesi olan 140 hastaya preoperatif rektal USG yaptılar. Bu hastaların tümü laparoskopi ve laparotomi ile değerlendirilerek 34 vakaya rektovajinal endometriyozis tanısı konuldu. Rektal USG'nin preoperatif tanıdaki sensitivitesi %97, spesifitesi %96 idi.¹³

Rektovajinal adenomyozisin histopatolojik ve klinik olarak (karın ağrısı, rektal kanama gibi rektal irritatif semptomlar, rektosigmoidoskopide kitle saptanması) habis tümörleri taklit etmesi de tanıdaki bir diğer güçlüğü oluşturmaktadır. Bu tür olgularda endometriyozis; barsağın seroza ve muskularis propria tabakalarını tutar. Daha az olarak submukoza ve mukozaya kadar ilerleyebilir.⁹

Literatüre bakıldığında tanıda bu denli güçlük çekilen bir olguya raslanmamaktadır. Rektal ultrason ve laparoskopi sırasında yapılan incelemelerde rektovajinal adenomyozis akla gelmeli ve biyopsilerdeki histopatolojik inceleme bu ön tanı akılda bulundurulurken yapılmalıdır.

Klasik endometriyozis tedavisinde cerrahi ve hormonal tedavi etkindir. Hormonal terapinin amacı kanama ve siklik stimulusyona müdahale etmektir. Bu amaçla kullanılan ajanlar; oral kontraseptif, danazol, progestasyonel ajanlar, gonadotropin releasing hormon analogları ve gestrinondur. Endometriyozise bağlı yapışikliklar veya büyük endometriomaların (>2 cm) varlığında cerrahi en uygun seçimdir. Operasyonun şekli hastalığın yaygınlığına, hastanın yaşına, şikayetlerine, beklentilerine göre planlanır.

Rektovajinal endometriyozis histopatogenetik olarak ovaryan ve diğer ekstraovaryan endometriyozisten farklılık gösterdiği için tedavisinde de farklılıklar gözlenir. Hormonal tedaviye klinik

yanıt vermezler. Fedele ve ark.⁴ rektovajinal adenomyozis tanısı almış 15 hasta üzerinde yaptıkları 6 ay süreli GnRH analoglarıyla tedavinin sonucunda; tedavi süresi içinde ağrının gerilediği ancak tedavinin bitimindeki bir yıl içinde %87'sinde ağrının aynı şiddette yinelediğini gözlemlemişlerdir. Rektovajinal adenomyozisde kesin tedavi ancak aynı seansta vajinal ve laparoskopik olarak yapılan cerrahi ile sağlanmaktadır.⁵⁻⁸ Laparoskopik olarak cul-de-sac diseksiyonu sonrası, derin fibrotik endometriyotik nodüllerin çıkarılabildiği kadar çıkarılması ağrının azalmasına ve fertilitenin korunmasına yardımcı olur. Bununla birlikte derin rektovajinal ve rektosigmoid endometriyozisin cerrahi eksizyonu her zaman kolay olmamaktadır ve major komplikasyonlara sebep olabilir. Vakaların %2-3'ünde kalın barsak perforasyonuna bağlı peritonit olgusu bildirilmiştir.

Bizim olgumuz literatürün doğruluğunu destekler niteliktedir. Dokuz aylık medikal tedaviye yanıt vermeyen hasta cerrahi sonrasında şifa bulmuştur.

Sonuç

Rektovajinal endometriyozis histopatolojik ve etyolojik açıdan klasik endometriyozisten farklı bir antitedir. Nadir görülmesi ve klinik, histolojik tanısındaki güçlük sebebiyle tanıdaki en önemli unsur, akla getirilmesidir. Kesin tedavisi cerrahidir ve medikal tedaviye yanıt vermez.

KAYNAKLAR

1. Donnez J, Nisolle M, Smoes P, et al. Peritonealendometriyozis and endometriotic nodules of the rektovajinal septum are two different entities. *Fertil Steril* 1996 sep;66(3):362-8.
2. Donnez J, Nisolle M, Gillerot S, et al. Rectovaginal septum adenomyotic nodules: a series of 500 cases. *Obstet Gynaecol* 1997 Sep; 104(9):1014-8.
3. Nisolle M, Donnez J. Peritonealendometriyozis, ovarianendometriyozis and adenomyotic nodules of the rektovajinal septum are three different entities. *Fertil Steril* 1997 Oct;68(4):585-96.
4. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, et al. Gonadotropin-releasing hormone agonist treatment forendometriyozis of the rektovajinal septum. *Obstet Gynecol* 2000 Dec;183(6):1462-7.
5. Rechberger T, Tomaszewski J, Jakowicki J. Laparoscopic resection of rektovajinalendometriyozis: a case report *Ginekolo Pol* 2000 Sep;71(9):1134-8.
6. Donnez J, Nisolle M. Advanced laparoscopic surgery for the removal of rektovajinal septum endometriotic or adenomyotic nodule. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1995 Dec;9(4):769-74.
7. Donnez J, Smets M, Jadoul P, et al. Laparoscopic Management of endometriyozis, Endometriotic Cysts, and Rectovaginal Adenomyosis. *Ann N Y Acad Sci* 2003 Nov;997:274-81.
8. Wang HB, Lang JH, Leng JH, et al. Clinical study about diagnosis and management on 10 women with rektovajinalendometriyozis. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2003 May;38(5):277-9.
9. Kallavaris A, Kohler C, Kuhne-Heid R, et al. Histopathological extent of rectal invasion by rektovajinalendometriyozis. *Hum Reprod* 2003 Jun;18(6):1323-7.
10. Itoga T, Matsumoto T, Takeuchi H, et al. Fibrosis and smooth muscle metaplasia in rektovajinalendometriyozis. *Pathol Int* 2003 Jun;53(6):371-5.
11. Chapron C, Liaras E, Fayet P, et al. Magnetic resonance imaging and endometriyozis: deeply infiltrating endometriyozis does not originate from the rektovajinal septum. *Gynecol Obstet Invest* 2002;53(4):204-8.
12. Anaf V, Simon P, Fayt I, et al. Smooth muscles are frequent components of lesions. *Hum Reprod* 2000 Apr;15(4):767-71.
13. Fedele L, Bianchi S, Portuese A, et al. Transrectal ultrasonography in the assessment of rektovajinalendometriyozis. *Obstet Gynecol* 1998 Mar;91(3):444-8.
14. Czernobilsky B. Endometriyozis. Haines, Taylor, Fox eds. *Obstetrical and Gynecological Pathology*. 4th ed. 1995;1043-62.