

Endometriozisin Histopatolojik Tanı Kriterleri ve Eşlik Eden Lezyonlar: 63 Olgunun Yeniden İncelenmesi

HISTOPATHOLOGICAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF ENDOMETRIOSIS AND ASSOCIATED LESIONS:REVIEW OF 63 CASES

Şahande ELAGÖZ*, Handan AKER**, Reyhan EĞİLMEZ***, Ali ÇETİN****

* Yrd.Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

** Prof.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

*** Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD,

**** Doç.Dr., Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum AD, SİVAS

Özet

Amaç: Patogenezinin günümüzde tam olarak aydınlatılamaması, özellikle over lokalizasyonlu olanların çok düşük oranlarda maligniteye eşlik etme ihtimallerinin olması, kanama ve buna bağlı olarak gelişen sekonder değişiklikler nedeniyle tanısında zaman zaman güçlükler yaşanması, endometriozisin günümüzde ilgi odağı olmasına neden olmaktadır. Bu çalışma endometriozisin histopatolojik tanı kriterlerinin tartışılması ve eşlik eden lezyonların vurgulanması amacıyla planlandı.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Hastanesi Patoloji Anabilim Dalı.

Materyel ve Metod: Anabilim dalımızca 1 Ocak 1987 ve 31 Aralık 1997 tarihleri arasında incelenen ve endometriozis tanısı alan 63 olgu retrospektif olarak yeniden incelendi.

Bulgular: Olgularımızın 49'unun (%76.2) over, 5'inin (%8) tuba, 3'ünün (%5) serviks, 2'sinin (%4.8) umblikus, 1'er tanesinin (%1.5) ise sırasıyla apendiks, bağırsak, vulva ve mesane ön yüzünde lokalize olduğu görüldü. Bunlardan over lokalizasyonlu olup birlikte tümör görülen 3 olgudan biri ile vulva lokalizasyonlu olguda endometrioid adeno karsinom, over lokalizasyonlu diğer iki olguda ise matür kistik teratom ve granüloza hücreli tümör birlikteliği tespit edildi.

Sonuç: Bu veriler ışığında endometriozisin çok düşük oranlarda da olsa malignitelere eşlik edebileceği ihtimali nedeniyle özellikle over lokalizasyonlu olgularda geniş örneklemelerin yapılması ve ayırıcı tanı kriterlerinin belirlenmesi gerektiği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Histogenezisi, Malignite ile ilişkisi

T Klin Jinekoloj Obst 2000, 10:253-259

Geliş Tarihi: 23.12.1999

Yazışma Adresi: Dr.Şahande ELAGÖZ
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji AD, SİVAS

XVI. Gevher Nesibe Tıp Günleri I. Deneysel ve Klinik Araştırma Kongresi ve "Workshop"nda poster olarak sunuldu.

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10

Summary

Objective: Endometriosis is taken into consideration at present by researcher because of the fact that pathogenesis of endometriosis is controversial at present, and few malignancies are associated with endometriosis in ovary; moreover, endometriosis may prove difficulty depend on the secondary changes occurring in the lesions results from bleeding and fibrosis. This study has been planned to discuss the diagnostic criteria of endometriosis and associated lesions with endometriosis on formalin fixed paraffin embedded tissue sections.

Institution: In the Department of Pathology of the Medical School of Cumhuriyet University

Material and Method: 63 patients were diagnosed with endometriosis between January 1987 and December 1997. These cases were reexamined by pathologists according to localization and histopathologic features.

Results: According to localization, 49 cases were localized in ovary, 5 cases were localized in tuba, 3 cases were localized in uterine cervix, 2 cases were localized in umbilicus, the others 4 cases were localized in appendix, small bowel, vulva, bladder, respectively. Localized in vulva and ovary, one each cases was determined endometrioid adenocarcinoma, localized in ovary the others two cases were determined mature cystic teratoma and granulosa cell tumor.

Conclusion: In light of this research, because especially endometriosis could be associated with few malignancies, we concluded that should be determined of differential diagnosis criteria from histopathologic criteria and make up extensive sample in ovary localized.

Key Words: Endometriosis, Histogenesis, Relationship malignancy

T Klin J Gynecol Obst 2000, 10:253-259

Endometriozis, over hormonlarına cevap veren endometrial gland ve stromanın, endometrium veya myometrium dışında başka bir yerde bulunması olarak tanımlanır. Endometriozis interna veya adenomyozis olarak değerlendirilen myometrial lokalizasyonlar farklı bir antitedir (1-4). Değişik kaynaklara göre insidansının Amerikan toplumunda %2.5-7 oranında olduğu bildirilmekle birlikte asemptomatik fertil kadınlarda da endometriozisin olabileceği ve bu nedenle oranın net olmadığı düşünülmektedir (1,2). Tipik olarak adet gören kadınlarda saptanmasına rağmen, endometriozis seyrek olarak menopozdaki kadınlarda, adelösan çağda, gonadal disgenezis ve müllerian anomalisi olan primer amenoreli kadınlarda da tespit edilmektedir (1-7). Histopatolojik incelemede endometrial gland, stroma ve hemosiderinli makrofajlardan ikisinin varlığı endometriozis tanısını koydurtursa da; patolojiler endometriotik odağın lokalizasyonuna ve lezyonun evresine göre histopatolojik tanısında zaman zaman güçlükler yaşamaktadır.

Bu nedenle Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı'nda 1 Ocak 1987 ve 31 Aralık 1997 tarihleri arasında incelenen ve endometriozis tanısı alan 63 endometriozis olgusu lokalizasyonları, eşlik eden lezyonlar, malignite ile birlikteliği ve histopatolojik tanı kriterleri açısından yeniden değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem

Patoloji Anabilim Dalı'nda 1 Ocak 1987'den 31 Aralık 1997 tarihleri arasında tanı alan 63 endometriozis olgusuna ait Hematoksilen- Eozin kesitler incelendi. Olguların yeniden incelenmesi sırasında histopatolojik tanı kriterleri olarak endometrial gland, stroma, hemosiderinli makrofajlar ve fibrozisin varlığı temel alınarak bu kriterlerden en az ikisini taşıyan lezyonlar endometriozis olarak kabul edildi. Çalışmaya dahil edilen 63 olgudan kistik olanlarda iltihabi reaksiyon olmaksızın kisti döşeyen epitelde iri, bizar şekilli ve hiperkromatik nükleuslara sahip, geniş eozinofilik sitoplazmalı, yer yer skuamoid özellikler gösteren atipinin mevcudiyeti ve endometriozise eşlik eden bir patolojinin olup olmadığı araştırıldı. Olgulara ait klinik bilgiler patoloji rapor kayıtlarından temin edildi.

Tablo 1. Olguların lokalizasyonlarına göre dağılımı

Lokalizasyon	Olgu Sayısı	%
Over	49	76.2
Tuba	5	8
Serviks	3	5
Umblikus	2	4.8
Appendiks	1	1.5
Barsak	1	1.5
Vulva	1	1.5
Mesane	1	1.5
Toplam	63	100

Bulgular

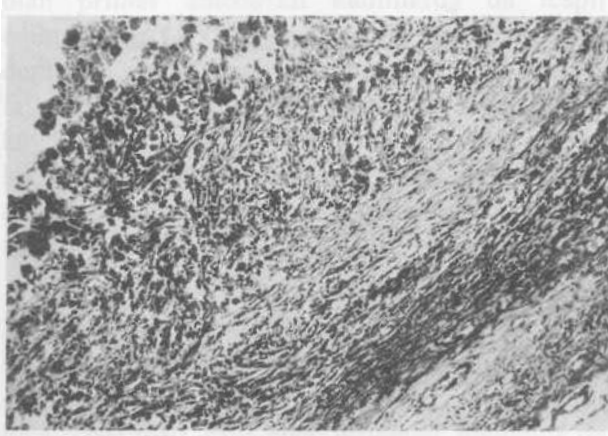
Çalışmaya dahil edilen 63 olgudan 12'sinin yaşı kayıtlarda tespit edilemedi. Olguların en genci 14, en yaşlısı 56 yaşında olup kalan 51 olgunun yaş ortalaması 37.2 olarak bulundu. Olguların lokalizasyonlarına göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre olguların 49'u (%76.2) overde, 5'i (%8) tubada, 3'ü (%5) servikste, 2'si (%4.8) umblikusta, geri kalan 4 vakanın 1'er (%1.5) tanesi ise sırasıyla appendiks, ince barsak, vulva ve mesane ön yüzünde lokalize idi. Olgularımızın 19'u kistik, 44'ü nonkistik idi. Kistik olanların 3'ünde kisti döşeyen epitelin yerine hemosiderinli makrofajlar ve fibrozis (Şekil 1), 12'sinde gland ve hemosiderin, 2'sinde yalnızca hemosiderin, kalan 2'sinde ise hemosiderinli makrofajlar, fibrozis ve gland görüldü. Kistik olanların 4'ünde stromada iltihabi reaksiyon olmaksızın kisti döşeyen epitelde nükleus büyüklüğü ve hiperkromazi ve sıralanışta artış gibi atipik özellikler (Şekil 2) mevcuttu. Çalışmamızda bir olguda fibroksantomatöz nodül (Şekil 3), bir diğer olguda ise belirgin kalsifikasyon izlendi. Overde lokalize 49 olgunun 27'sinde follikül kistleri, 4'ünde inklüzyon kistleri, 11'inde stromal kortikal hiperplazi, 6'sında ise korpus luteum hemorajikunun endometriozise eşlik ettiği görüldü. Mesane ön yüzünde lokalize olgunun overinde seröz kist adenom tespit edilirken, over lokalizasyonlu 3 olgudan birisinde endometrioid adenokarsinom, diğer ikisinde ise sırasıyla granüloza hücreli tümör ve matür kistik teratom birlikteliği tespit edildi. Bu olgularda malign epiteliden benign epitele geçiş gösterilemedi, fakat vulva lokalizasyonlu 3 olgudan birisinde endometrioid adenokarsinom tespit edildi.

Tablo 2. Olguların histopatolojik özelliklerinin dağılımı

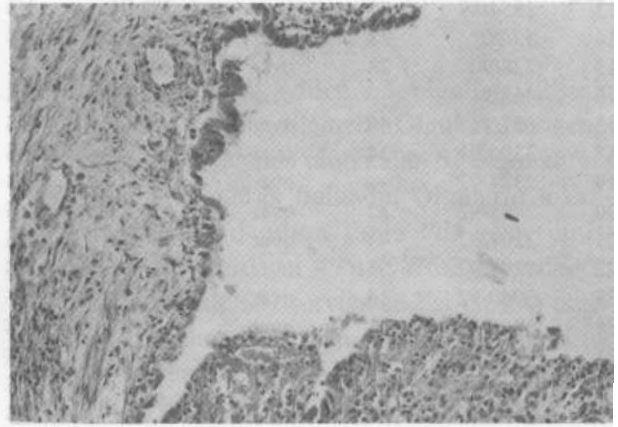
Sayı	Prot.no	Yaş	Lokali- zasyon	Eşlik eden lezyon	Hemosi- derinli makr.	Stroma gland	Fibrozis	Atipi	Malignite	Kist	Diğer
1	235/84	34	over	—	HS	G	F	—	—	+	—
2	1958/85	30	over	FK	—	G	F	—	—	+	—
3	1514/85	26	over	FK, İK	HS	G	—	—	—	—	—
4	538/86	42	tuba	FK	—	GS	—	—	—	—	—
5	2381/87	33	over	FK	—	GS	—	—	—	—	—
6	2422/87	46	over	—	HS	—	F	—	—	+	—
7	2461/87	—	over	SKH	HS	—	F	—	—	+	—
8	2241/88	—	umbl	—	—	GS	—	—	—	—	—
9	1582/88	51	serv.	SKH	HS	G	—	—	—	—	—
10	339/88	30	over	—	—	G	—	—	—	—	—
11	97/89	32	apen	—	HS	GS	—	—	—	+	—
12	2158/89	48	vulva	FK,KL,SKH	HS	GS	—	+	EK	—	—
13	1854/89	33	over	FK,İK	HS	—	F	—	—	—	—
14	57/90	28	over	FK,SKH	HS	—	F	—	—	—	—
15	228/90	28	over	FK	—	GS	—	—	—	—	—
16	468/91	—	over	FK,SKH	HS	G	—	—	—	+	—
17	631/91	46	over	—	HS	G	—	—	—	+	—
18	3396/91	34	over	—	HS	GS	—	—	—	+	—
19	2384/92	—	over	—	HS	GS	—	—	—	+	—
20	2481/92	32	over	FK,SKH	HS	G	—	—	—	+	—
21	3201/92	43	over	FK	HS	$\frac{3}{4}$	F	+	—	—	—
22	3207/92	55	over	—	HS	G	—	—	—	—	—
23	3969/92	34	over	FK	HS	G	—	—	—	—	—
24	636/93	53	over	FK,İK	HS	—	—	—	—	—	—
25	773/93	24	over	FK	HS	—	—	—	—	+	—
26	3211/93	—	over	—	HS	—	—	—	—	—	—
27	2458/93	35	over	KL	HS	GS	—	—	—	+	—
28	2602/93	37	over	—	—	GS	—	—	—	—	—
29	3343/93	42	over	—	—	G	—	—	—	—	—
30	3737/93	—	tuba	—	HS	—	—	—	—	+	—
31	3070/93	52	over	—	HS	—	F	—	GHT	—	—
32	3885/93	35	over	—	—	G	—	—	—	—	—
33	151/94	—	tuba	—	—	GS	—	—	—	+	—
34	561/94	—	over	FK,KL	HS	GS	—	—	—	—	—
35	2120/94	37	over	—	HS	GS	—	—	—	+	—
36	2991/94	41	over	FK	HS	G	F	+	—	+	—
37	3026/94	46	over	—	HS	GS	—	+	—	+	—
38	4813/94	—	over	FK	HS	G	—	—	—	+	—
39	3396/94	34	over	FK,KL	HS	GS	—	—	—	+	—
40	5027/94	—	over	—	HS	GS	—	—	—	—	—
41	180/95	—	over	FK	HS	—	F	—	—	—	—
42	206/95	14	barsa	—	—	GS	—	—	—	—	—
43	354/95	—	over	FK,SKH	HS	GS	—	—	—	—	—
44	539/95	37	over	FK,KL	HS	$\frac{3}{4}$	FKN	—	—	—	—
45	1646/95	$\frac{3}{4}$	over	FK	HS	$\frac{3}{4}$	F	—	—	—	—
46	2492/95	23	over	SKH	$\frac{3}{4}$	G	—	—	—	—	—
47	2572/95	$\frac{3}{4}$	tuba	—	HS	GS	—	—	—	—	—
48	2576/95	46	tuba	—	$\frac{3}{4}$	GS	—	—	—	—	—
49	952/96	35	serv.	—	HS	G	—	—	—	—	—
50	2004/96	$\frac{3}{4}$	over	FK,SKH	HS	GS	F	—	—	—	—
51	2607/96	$\frac{3}{4}$	over	FK,KL	$\frac{3}{4}$	GS	—	—	—	—	—
52	2460/97	37	over	FK	HS	G	F	—	—	—	—
53	2653/97	38	over	FK	HS	G	F	—	—	—	—
54	2720/97	38	over	FK,SKH	HS	—	F	—	—	—	—

55	3647/97	40	over	—	HS	—	—	+	EK	—	—
56	4226/97	36	over	—	HS	—	F	—	MKT	—	—
57	4808/97	48	over	FK	HS	—	F	—	—	—	—
58	4818/97	48	over	—	HS	—	F	—	—	—	—
59	4819/97	38	umbl	—	—	GS	—	—	—	—	—
60	4973/97	34	serv.	—	—	GS	—	—	—	—	—
61	5003/97	31	mesa	İK	HS	—	F	—	SKA	—	K
62	5156/97	44	over	SKH	HS	—	F	—	—	—	—
63	5251/97	40	over	SKH	HS	—	F	—	—	—	—

FK: Follikül kisti İK: İnklüzyon kistleri KL: Korpus luteum hemorajikum K: Kalsifikasyon G: Gland GS: Gland/stroma
 HS: Hemosiderinli makrofajlar F: Fibrozis SKH: Stromal kortikal hiperplazi SKA: Seröz Kist Adenom
 GHT: Granüloza hücreli tümör MKT: Matür kistik teratom EK: Endometrioid adenokarsinom



Şekil 1. Kisti döşeyen hemosiderinli histiyositler, bunun altında iltihabi elamanlar ve fibrosis (X 175) (Hematoksilen eozin).



Şekil 2. Endometrial kisti iri hiperkromatik nükleuslu döşeyen epitelde atipi (X350) (Hematoksilen eozin).

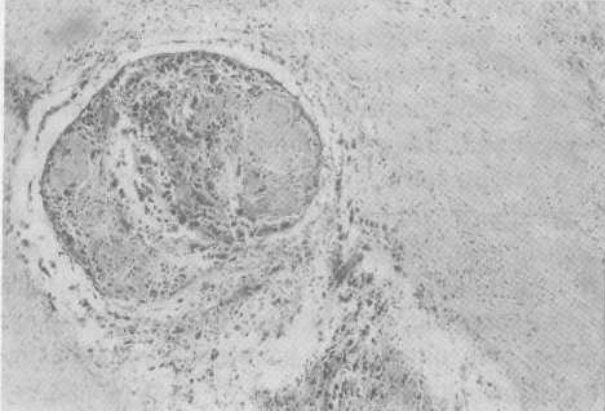
yonlu olguda ise malign epitelden benign epitele geçişin izlendiği endometriozisten köken alan endometrioid adenokarsinom mevcuttu. Serviks lokalizasyonlu 3 olguda ektoserviks ait çok katlı yassı epitel altında nabothi kistlerinin izlendiği fibrovasküler stroma içerisinde kanama alanları, endometrial gland ve stromanın izlendiği endometriozis odağı mevcuttu. Sezeryan öyküsü bulunan umblikus lokalizasyonlu 2 olguda kas demetleri arasında endometrial gland ve stroma görüldü. İnvajinasyon ön tanısı ile opere edilmiş olan barsak lokalizasyonlu olguda ise barsak duvarında müsküler tabaka içerisinde endometrial gland ve stroma görüldü.

Tartışma

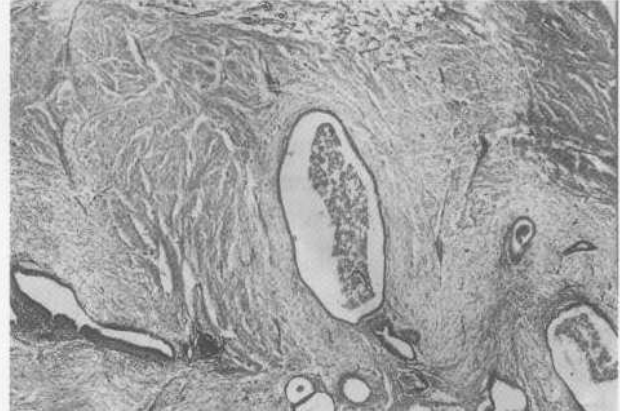
Patogenezi tam olarak açıklanamayan, üretken dönemdeki kadınlar için özellikle fertilitede oy-

nadığı rolden ötürü günümüzde en önemli jinekolojik problemlerden biri olarak kabul edilen endometriozis en sık 35-45 yaş grubundaki kadınlarda görülür. Çalışmamızda 63 olgudan 12'sinin yaşları kayıtlarda tespit edilememiş olup kalan 51 olgunun yaş ortalaması 37.2 olarak bulunmuştur.

Endometriozis en sık overde, daha az sıklıkla uterin ligamentler, rektovajinal septum, mesane serozası, tuba, serviks, apendiks, umblikus, vulva, deri ve plevrada görülür (8,9). Çalışmamızda olgularımızın büyük çoğunluğu overde (%76.2) lokalize idi. Bunun dışında vulvar lokalizasyon oldukça nadirdir ve olguların çoğunda epizyotomi veya obstetrik vulvar travma öyküsü vardır. Çalışmamızda bir olguda travma öyküsü olmaksızın vulvar endometriozis olması ve maligniteye eşlik etmesi nadir olması açısından önemlidir.



Şekil 3. Endometriozisin fibroksantomatöz nodülü (X 175) (Hematoksilen eozin).



Şekil 4. Kollajen bandlar arasında bazıları kistik genişleme gösteren endometrial glandlar ve bunlar çevresinde minimal stroma (X 175).(Hematoksilen eozin).

Patogenezi ile ilgili olarak regürjitasyon, çöломik metaplazi, lenfatik ve hematojen yayılım, direk transplantasyon, müllerian metaplazi yanı sıra immünolojik, anjiogenetik ve endometriotik odakta hormon reseptörlerinin konsantrasyonu gibi pek çok hipotezler ileri sürülmektedir (1-10). Ancak bunlardan hiçbirisi endometriozisi tek başına açıklayamamaktadır ve temelde farklı lokalizasyonlardaki endometriozisi açıklamakta farklı teorilerin birlikteliği düşünülmektedir (10).

Endometriozis makroskopik olarak diffüz ya da izole nodül şeklinde karşımıza çıkmakla birlikte genellikle birkaç milimetreyi geçmez Over lokalizasyonlu olanlar organın yüzeyinde genellikle sert, kırmızı-kahverenkli veya birkaç milimetre çapında mavi kistler şeklindedir. Kesitlerde daha hemorajik santral alanın çevresinde sarı-beyaz renkli fokuslar görülür. Bazen overyal kistler büyük çaplara ulaşır ve kistlerin lümeninde koyukahverenkli bir sıvı bulunurki bu durumda "çukulata kisti" olarak isimlendirilir. Bunlar menstrüel periyot boyunca gerilirler, rüptüre olabilirler ve pelvik kavite veya over stromasında fistüller gelişebilir (1-4). Uterosakral ligament, rektovajinal septum, umblikus ve pelvik lokalizasyonlu olgular bir veya birden fazla küçük mavi nodüller şeklindedir. Çalışmamızda umblikus lokalizasyonlu iki olgu kah-verenkli yumuşak doku parçası olarak tanımlanırken, mesane ön yüzündeki olgu sert beyaz renkli nodül olarak, vulva lokalizasyonlu olgu ise kırmızı-kahverenkli polipoid kitle şeklinde tanımlanmıştır.

Olgularımızdan sadece 11'i klinikten endometriozis ön tanısı ile gelmiştir. İleri evrelerdeki lezyonlarda tekrarlayan kanamalar ve endometriotik odağın rüptürü fibrozise ve komşu organlara yapışıklıklara neden olur. Bazı overyal kist ve tümörlerde de makroskopik olarak kanamalar görülebileceğinden overdeki kanama endometriozise spesifik değildir ve kesin tanı ancak histopatolojik incelemeyle mümkündür (1).

Endometriozisin histopatolojik tanısı ektopik bir odakta endometrial gland, stroma ve hemosiderinli makrofajlardan en az ikisinin bulunması ile mümkündür (1,4).Bazen endometriotik kisti döşeyen epitel ve stroma kaybolur ve bunun yerini hemosiderinli makrofajlar ile fibrozis alır ki bu durumda direk endometriozis tanısından ziyade endometriozisle uyumlu tanısını kullanmak daha doğrudur (1,3,4,11). Çalışmamızda 5 olguda bu özellik tespit edilmiştir. Nadiren ise endometriotik odak santralinde nekroz ve bunun çevresinde palizadik olarak dizilmiş, sitoplazmalarında kan elemanları ve seroid içeren pseudoksantom hücreleri ve hyalinize fibröz dokudan ibaret olabilir ki bu durumda nekrotik pseudo-ksantomatöz nodül adını alır ve bu durum özellikle pre ve postmenopozal kadınlarda görülür (1,4). Bu nodüllerin enfeksiyöz granülom ve overin izole palizadik granülomu gibi diğer nekrotik nodüllerden ayırt edilmesi gerekir. Endometriotik nodüllerde PAS ve Oil-Red-O ile pozitif boyanan çok sayıda pseudoksantom hücreleri olduğu halde diğer nekrotik granülomatöz

lezyonlarda bu hücrelere rastlanmaz. Bazen over ve servikste gland içermeyen ve sadece stromadan ibaret endometriotik odaklara rastlanabilir. Bunların düşük dereceli endometrial sarkomlar ve diğer sarkomlardan, overin seks-cord stromal tümörlerinden, servikste ise Kaposi Sarkomu'ndan ayırıcı tanısının yapılması gerekir (1,3,14,15).

Peritonu döşeyen mezotel hücreleri ile over yüzeyini döşeyen çöломik epitel hücreleri büyük bir metaplastik potansiyele sahiptir. Bu epitelin invazyonu sonucu overin kortikal bölgesinde endometrial stroma ve eski kanama odakları içermeyen sadece endometrial tip epitel ile döşeli glandlar görülebilir ki bunlar inklüzyon kisti olarak değerlendirilir. Endometriotik odaklar içeren over dokusunda inklüzyon kistlerine sık rastlanması her iki durumun aynı hormonal stimulusla oluştuğunu düşündürmektedir (1,10). Son zamanlarda ise özellikle overyal endometriozislerde inklüzyon kistlerinin epiteli ile devam eden endometriotik kist epitelinin gösterilmesi nedeniyle overdeki endometriotik kistlerin inklüzyon kistlerinden geliştiği iddia edilmektedir (10). Çalışmamızda ancak 4 olguda inklüzyon kisti ile beraberlik tespit edilmiş olup, bu olgularda da kist epitelinden endometriotik odağa geçiş görülmedi. Bundan başka 28 olguda follikül kisti, 11 olguda stromal kortikal hiperplazisi, 6 olguda ise korpus luteum hemorejikum ile birliktelik olduğu dikkati çekti.

Endometriozis odaklarında desidual değişiklikler, endometrial hiperplaziler gibi sekonder değişiklikler görülebilmekle birlikte; yapısal olarak karsinom ya da hiperplaziyi düşündürmeksizin kisti döşeyen epitelde sitolojik atipi de görülebilir. Atipik endometriozis olarak tanımlanan bu durum epitel altında iltihabi reaksiyon olmaksızın döşeyici epitelde iri, hiperkromatik veya bizar nükleus, geniş eozinofilik sitoplazma ve skuamoid değişiklikler ile karakterizedir (15-19). Bazı araştırmacılarca bu tip atipinin özellikle berrak hücreli veya endometrioid adenokarsinoma eşlik edebileceği veya bu tümörlere ilerleyebileceği iddia edilmektedir (1,18,19). Bir grup araştırmacı atipik endometrioziste proliferatif bir belirleyici olarak kabul edilen AgNOR sayılarının oldukça yüksek olduğunu tespit etmişler ve bunun da karsinom gelişme riskini gösterdiğini iddia etmişlerdir (4). Endometriosisli 814 olgunun çalışıldığı bir seride

olguların %12'sinde endometriotik kistleri döşeyen epitelde atipik özellikler tespit edilmesine rağmen bu seride eş zamanlı olarak ovarian karsinomlu hiçbir olguya rastlanmamıştır (20). Çalışmamızda 4 olguda kisti döşeyen epitelde iltihap olmaksızın atipi tespit ettik, ancak olgular ooferektomi geçirdiği ve aynı anda overde makroskopik olarak herhangi bir malignite odağına rastlanmadığı için endometriotik kistlerde görülebilen atipinin daha sonra gelişebilecek tümörler için predispozan bir faktör olup olmayacağı konusunda yorumda bulunulamamıştır.

Endometriotik odaklar intrauterin endometriyumun maruz kaldığı bütün malign değişiklikleri gösterebilir. Overyal malignitelerle endometriozis arasındaki ilişki ilk kez 1925 yılında Sampson tarafından vurgulanmıştır. Sampson'a göre normal endometriozis gland epitelinden malign epitele geçişin tespiti, karsinomun gerçekten bu dokudan köken alması yani çevre dokudan invazyonun olmaması ve destekleyici bulgu olarak karakteristیک epitelyal glandlar çevresinde endometrial stroma ve eski kanama odaklarının bulunması malignitenin endometriozisten geliştiğini gösteren kriterlerdir (15-18). Endometriozise eşlik eden en sık maligniteler endometrioid ve berrak hücreli karsinom olmasına rağmen, nadiren overyal seröz ve müsinöz tümörlerle birliktelik tespit edilebilir. Endometrioziste malign değişikliğin görüldüğü en sık organ over olmasına rağmen, over dışı lokalizasyonlu olgularda da nadiren malign değişiklikler görülebilir (1,4,19). Çalışmamızda 4 olguda endometriozise eşlik eden tümöral gelişim tespit edilmiştir. Bunlardan vulva lokalizasyonlu olgu benign endometrial epiteliden malign epitele geçişi içermesi ve ekstraoveryal lokalizasyonda malign değişimin görülmesi açısından nadir bir olgudur (21). Over lokalizasyonlu üç olgudan herbirinde granüloza hücreli tümör, matür kistik teratom ve endometrioid adenokarsinom birlikteliği mevcuttu. Ancak bu olgularda benign epiteliden malign epitele geçiş yanı sıra endometriotik odaktaki epitelde atipi tespit edilemediğinden ve olgu sayımızın sınırlı olması nedeniyle malignite ve endometriosis birlikteliği hakkında kesin yorumda bulunamadık. Bunlardan granüloza hücreli tümör ve matür kistik teratom ile birliktelik oldukça azdır. Seçkin ve arkadaşları bu birlikteliği 10 olguluk bir seride 1 ol-

guda (%10) saptarken (22) 63 olgu içeren serimizde ise bu oran 1 olgu ile %1.6 olarak belirlenmiştir. Granüloza hücreli tümörlerle birlikteliğe literatürde rastlayamadık. Serimizde %1.6 olarak saptadığımız bu birliktelik bu nedenle dikkate değerdir.

Endometriozisin tedavisinde hormonal ve medikal tedavi önemlidir. Bunlardan hormonal tedavide oral kontraseptifler, oral progestinler ve danazol, antigonodotropik sentetik steroid deriveleri ve son zamanlarda uzun etkili LH-releasing hormon analogları önemli yer tutar. Bazı deneysel çalışmalarda uzun süre progestin uygulanan olgularda endometriotik odakta desidual reaksiyon ve bunu takiben nekroz ve fibrinin görüldüğü vurgulanmıştır. Gerek tanı, gerekse cerrahi tedavi için uygulanan cerrahi girişimin gereksiz olduğu ve sıklıkla hormonal tedavinin yetersiz olduğu durumlarda tercih edilmesi gerektiği iddia edilmektedir (8). Birlikte çalıştığımız Kadın Doğum Anabilim Dalı, bu olguların büyük çoğunluğunun infertil hastalar olması ve biyopsi sonu oluşabilecek komplikasyonlar (fibrosis, inflamasyon vb.) nedeniyle tanı ve tedavi amacıyla cerrahi girişimi tercih etmemektedir.

Çalışmamızın sonucunda kanamaya sekonder oluşan fibrosis ve kalsifikasyon gibi sekonder değişiklikler nedeniyle zaman zaman tanı güçlükleri yaşanması ve çok nadirde olsa malignitelere eşlik etme olasılığının olması nedeniyle endometriosis şüpheli olgulardan biyopsi yapılmasının uygun olacağı görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Czernobilsky B. Endometriosis. Fox H ed. Obstetrical and Gynecological Pathology. 4th ed. New York: Churchill Livingstone, 1995: 1043-58.
2. Rosai J. Ackerman's Surgical Pathology. 8th ed. St Louis: Mosby, 1995: 319-1565.
3. Blaustein A. Pathology of the Female Genital Tract 2nd ed. New York: Springer-Verlag, 1982: 468-72.
4. Zaloudek C. The Ovary. Compel C, Silverberg SG, ed. Pathology in Gynecology and Obstetrics. 4th ed. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1994: 313-403.
5. Fujii S. Secondary Mullerian System and Endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1991; 165:219-25.
6. İshiamura T, Masuzaki H. Peritoneal endometriosis: Endometrial tissue implantation as its primary etiologic mechanism. Am J Obstet Gynecol 1991; 165 :210-4.
7. Arumugem K, Dip YC. Endometriosis and Infertility: The role of exogenous lipid peroxidase in the peritoneal fluid. Fertil-Steril 1995 Jan; 63(1): 198-9.
8. Adomson DG. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis. Am J Obstet Gynecol 1990 162: 568-9.
9. Tolunay Ö, Aslan I. Endoservikal kistik endometriosis (Çukolata kisti). Ankara Tıp Bülteni 1980; 2: 251-3.
10. Erhan Y, Postacı H. Over endometriozlarında histopatolojik özellikler. İzmir Devlet Hastanesi Mecmuası 1983; 21: 254-60.
11. Gleisher N. Immune dysfunction a potential target for treatment in endometriosis. Br J Obstet Gynecol 1995; 102:Suppl 12: 4-7.
12. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. Fertil Steril 1997; 68(4): 585-96.
13. Clement PB, Young RH, Scully RE. Stromal endometriosis of the uterin cervix. A variant of endometriosis that may simulate a sarcom. Am J Surg Pathol 1990; 14(5): 449-55.
14. Williams GA, Richardson C. Endometriosis of the cervix uteri. Obstetrics and Gynecology 1995; 6(3): 309-14.
15. Czernobilsky B, Morris WJ. A histologic study of ovarian endometriosis with emphasis on hyperplastic atypical changes. Obstetrics and Gynecology 1979; 53: 318-25.
16. Lagrenade A, Silverberg SG. Ovarian tumors association with atypical endometriosis. Hum Pathol 1988; 19: 1080-84.
17. Scott R. Malignant changes in endometriosis. Obstetrics and Gynecology 1953; 2(3): 283-9.
18. Heaps J, Nieberg R, Berek J. Malignant neoplasms arising in endometriosis. Obstetrics and Gynecology 1990; 75: 1023-27.
19. Ballouk F, Ross JS, Wolf BC. Ovarian endometriotic cysts. An analysis of cytologic atypia and DNA ploidy patterns. Am J Clin Pathol 1994; 102(4): 1115-19.
20. Vercellini P et al. Large ovarian endometriomas: New perspectives on histogenesis in endometriosis today. Minaguchi It, Sugimoto o. Parthenon Publishag Group. London, 1997: 7:42-9.
21. Aker H, Eğilmez R, Özbilüm G, Özen V. Malignant vulvar endometriosis. Turkish Journal of Neoplasia 1992; 1(1): 15-8.
22. Seçkin A, Yıldız K. Endometriozis eksterna VIII. Ulusal Patoloji Kongre Kitabı, 1988: 13-5.