

Olgu sunumu

Caecal endometriosis mimicking acute appendicitis. Case report.

AKUT APANDİSİTİ TAKLİT EDEN ÇEKAL ENDOMETRİOZİS OLGUSU.

Emre Günay, Hacı Hasan Abuoğlu, Hacı Mehmet Odabaşı, Erkan Özkan, M. A. Tolga Müftüoğlu

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Yazışma adresi: Dr. Emre Günay, emregunay2000@yahoo.com

J Surg Arts (Cer San D), 2017(2):22-24.

ABSTRACT

Presence of endometrial glands and stroma outside the intrauterine cavity is defined as endometriosis. It's a benign disease which is common in childbearing women. Clinical presentation of intestinal endometriosis is usually asymptomatic. However, it may present with symptoms such as intestinal bleeding, nausea, vomiting, abdominal pain and cramp, painful defecation, diarrhea, constipation and recto-vaginal mass. It may also present with complications such as intussusception, intestinal obstruction and intestinal perforation. In generally, the most common cause of surgery for patients admitted to the emergency department because of right lower quadrant pain is acute appendicitis. Caecal and appendicular localization of endometriosis is a rare condition. Preoperative diagnosis is difficult, but it should be considered in women of childbearing age in the differential diagnosis not dependent on radiological imaging. We aimed to present a 22-year-old female patient with caecal endometriosis mimicking acute appendicitis prior asymptomatic in this case report.

Key words: Acute appendicitis; endometriosis; caecum.

ÖZET

Rahim içi boşluğun dışında endometrial bezlerin ve stromanın varlığı endometriozis olarak tanımlanır. Doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın olarak görülen benign bir hastalıktır. İntestinal endometriozisin klinik prezentasyonu genellikle asemptomatiktir. Ancak intestinal kanama, bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı, ağrılı defekasyon, ishal, kabızlık, rekto-vajinal kitle gibi semptomlar; intussepsiyon, bağırsak obstrüksiyonu ve intestinal perforasyon gibi komplikasyonlarla da prezente olabilir. Genel olarak sağ alt kadran ağrısı nedeniyle acil servise başvuran ve akut abdomen saptanan hastalara yönelik cerrahi girişimlerin en sık nedeni akut apandisitir. Çekal ve apendiks lokalizasyonlu endometriozis nadir görülen bir durumdur. Preoperatif tanısı zordur ancak akut apandisit semptomları gösteren doğurganlık çağındaki kadınlarda, görüntüleme yöntemlerine bağlı kalmadan, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekir. Bu olgumuzda doğurganlık çağındaki olan ve daha öncesinde asemptomatik olan, akut apandisit taklit ederek prezentasyon gösteren ve cerrahi sırasında çekal endometriozis saptanan 22 yaşında bir kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Akut apandisit; endometriozis; çekum.

GİRİŞ

Rahim içi boşluğun dışında endometrial bezlerin ve stromanın varlığı endometriozis olarak tanımlanır (1). Doğurganlık çağındaki kadınlarda yaygın olarak (%10) görülen benign bir hastalıktır (2). Pelvik veya ekstra pelvik organlara yerleşim gösterebilir. Ekstra pelvik endometriozis sırasıyla

en sık bağırsak, plevra, perikard, umblikus, daha önce geçirilmiş operasyon ve epizyotomi insizyon skarlarına yerleşim gösterir. İntestinal endometriozis %3-37 oranlarında görülmekte olup sırasıyla rektosigmoid bölge (%72), rektovajinal septum (%13), ince bağırsak (%7), çekum (%3,6), apendiks (%3) tutulumu izlenmektedir (3).

Genel olarak sağ alt kadranda ağrısı nedeniyle acil servise başvuran ve akut abdomen saptanan hastalara yönelik cerrahi girişimlerin en sık nedeni akut apandisitir. İnflamasyonun erken evrelerinde ve sıklıkla komplike olmayan akut apandisit vakalarında zamanında appendektomi yapılması tek tedavi yöntemi olup, hastanede kalış süresi de oldukça kısadır (4).

İntestinal endometriozisin klinik prezentasyonu genellikle asemptomatiktir. Ancak intestinal kanama, bulantı, kusma, kramp tarzı karın ağrısı, ağırlı defekasyon, ishal, kabızlık, rekto-vajinal kitle gibi semptomlar; intussepsiyon, bağırsak obstrüksiyonu ve intestinal perforasyon gibi komplikasyonlarla da prezente olabilir (5). Vakaların %40'ında semptomlar menstrüel siklus sırasında kötüleşir (6).

Bu olgumuzda doğurganlık çağında olan ve daha öncesinde asemptomatik olan, akut apandisit taklit ederek prezentasyon gösteren ve cerrahi sırasında çekal endometriozis saptanan bir kadın hastayı sunmayı amaçladık.

Olgu

22 yaşında kadın hasta acil servise sağ alt kadranda ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Hasta karın ağrısının 2 gün önce epigastrik bölgede başladığını, giderek şiddetlenerek sağ alt kadranda lokalize olduğunu, ağrı ile eş zamanlı olarak bulantı ve kusma şikayetlerinin de başladığını ifade etmekteydi. Daha öncesinde benzer şikayetleri olmadığını ifade eden hasta menstrüel siklusun 3. günündeydi. Fizik muayenesinde sağ alt kadranda hassasiyet ve rebound bulguları mevcuttu. Kan testlerinde herhangi bir patolojik özellik saptanmadı. Lökosit değeri $9.2 (10^3/\mu l)$ idi. Ultrasonografik olarak apendiks vizualize edilemedi, periçekal alan ve Douglas boşluğunda serbest sıvı izlenmedi. Klinik değerlendirme neticesinde hasta tipik komplike olmayan akut apandisit vakası olarak değerlendirilerek appendektomiye karar verildi. Ameliyat sırasında apendiksin vermiform olduğu, çekumun antimezenterik bölgesinde seroza yüzeyinde yaklaşık 1 cm çapında, yüzeyden kabaran, yuvarlak, düzgün ve parlak yüzeyle, koyu kırmızı-siyah renkli lezyon görüldü (Resim 1). Bu lezyon serozal yüzeyden eksize edildi. Hastaya aynı zamanda appendektomi de uygulandı. Bu lezyonun histopatolojik olarak incelenmesi neticesinde endometrial doku olduğu saptandı.

TARTIŞMA

Akut apandisit en sık görülen akut batın nedenlerinden birisi olup appendektomi dünyada en çok uygulanan cerrahi operasyonlardan biridir. Apendiks lümeninin obstrüksiyonu neticesinde lümeninde enfeksiyon ve inflamasyon gelişir. Fekalitler ve lenfoid hiperplazi sıklıkla obstrüksiyon sebebi iken, enterobius vermicularis, karsinoid tümörler ve

apendiks lokalizasyonlu endometriozis gibi sıradışı faktörler de obstrüksiyon sebebi olabilir (7).

Endometriozis sık görülen benign jinekolojik bir patoloji olup lokalizasyonuna göre internal ve eksternal form olmak üzere ikiye ayrılır. Endometrial doku uterusun düz kas dokusu içinde lokalize ise internal endometriozis; genital organlar, pelvik periton, gastrointestinal sistem, omentum majus, mezenter, karaciğer ve operasyon skarları gibi bölgelere lokalize ise eksternal endometriozis olarak isimlendirilir (8).



Resim 1: Çekal endometriozis olgumuz.

Endometriozisi olan kadınlar sıklıkla asemptomatik olduğu için ve görüntüleme yöntemlerinin düşük sensitivitesinden dolayı endometriozisin gerçek prevalansını hesaplamak zordur. Bazı yazarların tahminlerine göre doğurganlık çağındaki kadınların %15'inde ve infertil kadınların 1/3'ünde endometriozis vardır (9).

Bazı endometriozisi olan kadınlar tamamen asemptomatiktir ve implantlar başka sebeplerle yapılan cerrahi operasyonlar sırasında tesadüfen saptanırlar (10). Bazı kadınlarda ise lokalizasyonuna göre çeşitli semptomlarla kendilerini gösterebilirler. Örneğin rekto-vajinal septum yerleşimli bir endometriozis kendini kitle formasyonu ile, rektosigmoid bölge yerleşimli bir endometriozis kendini gastrointestinal kanama ve kitle formasyonu ile tümörü taklit ederek gösterebilir. Sezaryen ile doğum esnasında uterusun kavitedeki endometrial dokunun insizyon hattına taşınması veya normal doğum esnasında yine uterusun kavitedeki endometrial dokunun epizyotomi hattına taşınması neticesinde bu insizyon skarlarında, özellikle menstrüel siklus dönemlerinde ağırlı olan kitlesel lezyonlar olarak farkedilebilirler. Bu şekilde kendini kitle lezyonu olarak gösteren endometriozis olgularında ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı koymak mümkün olabilmektedir.

Ancak çekal veya apendiks yerleşimli endometriozis olguları çoğu zaman akut apandisit kliniği ile prezente olmaktadır. Görüntüleme yöntemlerinin sensitivitesinin düşüklüğü nedeniyle de bu hastalar klinik değerlendirmenin eşliğinde çoğu zaman cerrahiye gitmektedir ve peroperatif saptanan

implantların histopatolojik olarak incelenmesi neticesinde tanı almaktadırlar.

Apendiks yerleşimli endometriozisi olan hastalar semptomatolojiye göre 4 kategoriye ayrılabilirler; akut apandisit ile prezente olan hastalar; apendiks invajinasyonu olan hastalar; abdominal kolik, bulantı ve melena gibi atipik semptomlar gösteren hastalar; ve asemptomatik hastalar. En sık görülen hasta grubu akut apandisit ile prezentasyon gösteren olup bu durum sıklıkla menstruasyon sırasında ortaya çıkmaktadır (8,11,12).

Biz bu olguyu akut apandisit ötanısı ile ameliyata aldık ve operasyon esnasında apendiksini vermiform olduğunu ve çekumun antimezenterik serozal yüzeyinde (hastanın klinik durumunu da göz önüne aldığımızda (menstrüel siklusa olması gibi)) makroskopik olarak endometriozis odağı olduğunu düşündüğümüz bir lezyon gördük ve eksize ettik (Resim 1). Apendiks vermiform olmasına rağmen appendektomi yapmamızın sebebi ise ilk planda endometriozis odağı olabileceğini düşündüğümüz bu implanttan batın içinde başka bölgelerde de olabileceğini düşünmemiz ve gelecekte gelişebilecek benzer bir semptomatolojide akut apandisit ayırıcı tanıdan çıkartmak istememizdi. Nitekim histopatolojik inceleme de bizim makroskopik tanımızı destekledi.

Sonuç olarak; çekum ve apendiks lokalizasyonlu endometriozis nadir görülen bir durumdur. Preoperatif tanısı zordur ancak akut apandisit semptomları gösteren doğurganlık çağındaki kadınlarda, görüntüleme yöntemlerine bağlı kalmadan, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gerekir. Ek olarak menstrüel düzensizlik öyküsü olan hastalarda da çekal ve apendiks lokalizasyonlu endometriozis ayırıcı tanıda mutlaka değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. N Engl J Med. 1993;328:1759-69.
- Hwang BJ, Jafferjee N, Paniz-Mondolfi A, Baer J, Cooke K, Frager D. Nongynecological endometriosis presenting as an acute abdomen. Emerg Radiol. 2012;19(5):463-71.
- Croom RD 3rd, Donovan ML, Schwesinger WH. Intestinal endometriosis. Am J Surg. 1984;148:660-7.
- Černá M, Novák P, Třeška V, Mukenšnabl P, Hudec A. Endometriosis of the appendix presenting like acute appendicitis-a case report. Rozhl Chir. 2015;94(5):211-5.
- Bergqvist A. Extragenital endometriosis. A review. Eur J Surg. 1992;158:7-12.
- Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am. 1997;24:411-40.
- Akbulut S, Tas M, Sogutcu N, Arikanoglu Z, Basbug M, Ulku A. Unusual histopathological findings in appendectomy specimens: a retrospective analysis and literature review. World Journal of Gastroenterology. 2011;17(15):1961-70.
- Uncu H, Taner D. Appendiceal endometriosis: two case reports. Archives of Gynecology and Obstetrics 2008;278(3):273-5.
- Akbulut S, Sevinc MM, Bakır S, Cakabay B, Sezgin A. Scar endometriosis in the abdominal wall: a predictable condition for experienced surgeons. Acta Chirurgica Belgica. 2010;110(3):303-7.
- Emre A, Akbulut S, Yilmaz M, Bozdog Z. An unusual cause of acute appendicitis: Appendiceal endometriosis. Int J Surg Case Rep. 2013;4(1):54-7.
- Tazaki T, Oue N, Ichikawa T, Tsumura H, Hino H, Yamaoka H. A case of endometriosis of the appendix. Hiroshima Journal of Medical Sciences 2010;59(2):39-42.
- Astroza G, Faundes V, Nanjarí R, Fleiderman M, Rodriguez C. Appendiceal endometriosis differentially diagnosed from acute appendicitis. Chinese Medical Journal 2010;123(12):1610-1.