

UMBİLİKAL ENDOMETRİOZİS (1 VAK'A NEDENİYLE)

Dr. Murat POLAT (*)
Dr. Kemal KARAKAŞ (*)
Dr. Mustafa KÜÇÜK (**)
Dr. Dursun AKDEMİR (***)

ÖZET:

Daha önce ameliyat geçirmemiş, 28 yaşında, 2 yıldır göbeğinde menstruasyonlarla ilişkili ağrıları ve 6 aydır göbekte akıntısı olan bir hastada göbek endometriozisi tesbit edildi. Ameliyat edilen ve şifa ile iyileşen bu vak'a takdim edildi.

GİRİŞ :

Göbek endometriozisleri ender bulunur ve nadiren asemptomatiktirler. Tüm endometriozislerin % 0.8-1.0'ini teşkil ederler (1,2).

Bunlar tipik olarak menstruasyon esnasında lokal ağrı, hassasiyet ve renk değişiklikleri gösteren kitle ile kendilerini belli ederler. Daha büyük olabileceği belirtilmesine rağmen, göbekte genellikle 0.5-3 cm çaplarında kitle palpe edilir. Lezyon yüzeysel ise kanama ve ülserleşme bariz olurken, derindeki lezyonlarda renk değişiklikleri görülmez (2,3). Bunlar çoğunlukla endometrium gibi, endojen hormonların tesiri altındadırlar. Bazen endojen hormonlara duyarlı olmazlar. Bunlarda siklik değişiklikler olmayacağı için teşhis daha zordur (1,2).

Daha önce ameliyat geçirmemiş ve genital organlarında endometriozis tespit edilemeyen kadın bir hastamız umbilikal bölgedeki kitlenin total ekstirpasyonu ile tedavi edildi. Histopatolojik incelemesi endometriozis olarak değerlendirilen hasta takdim edildi.

VAK'A

Hasta 28 yaşında, gravida 3, paritesi 2 ve abortusu 1 olan, göbeğinde 2 yıldır ağrı-

(*) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

(**) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yardımcı Doçenti.

(***) Atatürk Üni. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Doçenti

sı ve 6 aydır akıntısı olan kadın hasta kliniğimize yatırıldı. İki ay önce 2,5 aylık gebe iken düşük yapmış. İlk menstruasyonunu 14 yaşında görmüş, Menstruasyonları düzenli olup 6 gün devam ediyormuş. Dismenore tarif etmiyor. hasta küretaj, sezaryen veya genital organları ve batını ilgilendiren müdahaleler geçirmemiş, ameliyat olmamış.

Menstruasyonun ilk iki gününde göbeğinde ağrıları olup, menstruasyonlar arasında iyice azalıyormuş. Göbeğindeki akıntı koyu kahverengiymiş ve menstruasyonlar esnasında çamaşırlarını kirletecek kadar artıp, sonra ancak bir nemlilik yapacak kadar azalıyormuş. Düşük yaptığı gebelik esnasında ağrısı ve akıntısı kaybolmuş.

Birçok defa muayene olmuş. Omfalit olduğu belirtilerek sistemik ve lokal tedavi verilmiş. Bunların faydasını görmemiş. Fizik muayenede; göbekte kanlı akıntı ve ciltte 3-4 cm çapında esmerleşme ve meserasyon vardı. Esmerleşme ve meserasyon muhtemelen akıntıya ve gördüğü lokal tedaviye bağlıydı. Göbeğin altına uyan kısımda 3x4x5 cm ebatlarında hafif hassas kitle palpe edildi. Yapılan ponksiyonla hemorajik mayi alındı. Anemnez ve alınan hemorajik mayi sonucunda endometriozis düşünüldü.

Hasta ameliyat edildi. Göbekte fascia altında yaklaşık 5x4x3 cm ebatlarındaki kitle çevre doku ile birlikte ekstirpe edildi. Kitlenin batın içerisiyle ilişkisi yoktu. Makroskopik olarak düzgün sınırlı, gri-beyaz renkte, kesitlerinde kistik yapılar olan bir doku olduğu görüldü. Mikroskopik incelemede; fibroblastik gelişim içinde odaklar halinde endometrial stroma hücreleri ve oval yapıda endometrial glandlar ve bunun yanı sıra kistin duvarında hemosiderin pigmenti ile yüklü histiosit toplulukları ve glandlar içerisinde kama odakları tespit edilip endometriozis olarak değerlendirildi (Patoloji Prot. No: 4290/91).

Daha sonra yapılan jinekolojik muayene ve laparoskopide pelvik endometriozis ve jinekolojik patoloji tespit edilemedi. Ameliyattan sonra göbeğinde mestruasyonlarla ilgili ağrı olmuyormuş.

TARTIŞMA:

Endometriozis; fonksiyonel ve morfolojik olarak endometriuma benzeyen bir dokunun uterustaki normal anatomik yerleşimi dışında bulunmasına denir (3,5).

Endometriozis birçok teori ile açıklanmaya çalışılmasına rağmen daha çok iki teori taraftar bulmuştur.

1. Endometrial hücrelerin fallop tüplerinden direkt peritona düşmesi ve muhtelif yerlere implante olmalarıyla; arter, ven ve lenfatik sisteme giren endometrial hücrelerin uzak organlara implante olmalarıyla endometriozis gelişmesi.

2. Metaplazi teorisi: Nonendometrial hücrelerin endometrial hücrelere dönüşmesi ile endometriozis gelişmesi.

Arter, ven ve lenfatik yayılmayı metastas teorisi olarak ayrı değerlendirenler de vardır (1,3,5,6,7,8).

Endometriozis, genitalis ve ekstragenitalis olarak ikiye ayrılır. Genitaliste, endometriozis interna ve eksterna olarak değerlendirilir. Tüm endometriozislerin % 94'ü genital, % 6'sı eklstragenitaldir (3). Ayrıca endometriozis genitalis interna dışındakilere eksternal endometriozis denir (1). Uterus adelesi içerisinde ve tubalarda olanlar endometriozis genitalis interna grubunu oluştururlar. Eksternal endometriozisler ise; overler, Douglas poşu, uterin ligamentler, pelvik peritoneum, rektovajinal septum, serviks uteri, inguinal kanal, appendiks, ince barsaklar, omentum, mesane, laparaskopi veya laparotomi sikatrisleri, akciğer lenf bezleri, ekstremiteler, kalp, kemik, cilt, adele, böbrek ve göbekte görülürler (1,2,3,6). Umbilikal endometriozis bunların ancak % 0.8-1'ni teşkil etmektedir ve ilk tarif edildiği 1886'dan sonra 110'dan fazla vak'a yayınlanmıştır. Bunlar oran olarak az bir kısmını teşkil ederler (2,3). Vak'amız müdahale veya ameliyat geçirmemiş olup az rastlanan lokalizasyona dahildir.

En sık 30-50 yaşlar arasında görülür (3). Dördüncü dekatta pik yapar (1). Endometriozisin sadece dişi cinste olgunluk çağında görülüp, menapozdan sonra gerilediğini belirten yayınların yanısıra, bunun menapozdan sonra ve erkeklerde de nadir de olsa görüldüğünü belirten yayınlar vardır (3,6). Vak'amız 28 yaşında idi. En sık görüldüğü yaşlar olan 30-50 yaşlar arasında olmasa da, olgunluk çağında olması literatür ile uyumludur.

Cilt ve ciltaltı endometriozisi ya önceden herhangi bir ameliyat ve müdahale olmadan spontan olarak veya önceden geçirilmiş bir ameliyata bağlı olarak ameliyat sahası ve sikatris dokusunda meydana gelirler. Endometriozise neden olan müdahaleler; sezaryen, tubal ligasyon ve rezeksiyon, histerektomi, uterusun asılması, inguinal herni onarımı, Bartolin kist eksizyonu, epizyotomi, ektopik gebelik operasyonu, amniosentezdir (6,7). Bizim olgumuzda operasyon veya müdahale söz konusu olmayıp, spontan olarak meydana gelmiştir.

Endometriozis bazen endojen hormonlara duyarsız olup, sessiz kalmasına rağmen genellikle lezyon yerinde lokal ağrı, hassasiyet ve renk değişiklikleri olur. Göbekte mavimsi, bazen görülebilen nodüller vardır. Lezyon yüzeyse kanama ve ülserasyon barizdir. Denirse renk değişikliği görülmeyebilir (1,2,3). Umbilikal endometriozis az oranda pelvik endometriozisle beraber bulunmuştur (1). Vak'amızda 5x4x3 cm ebatlarında kitle oluşmuştu. Menstruasyonla ilgili tipik değişiklikler tespit edildi. Kanlı akıntı vardı. Ciltteki renk değişikleri ise muhtemelen daha önce uzun süre gördüğü lokal tedaviye bağlıydı. Cilt pigmentasyonu artıp, meserasyon olduğu için endometriozisten dolayı renk değişikliği olup olmadığı tam değerlendirilemedi. Yapılan jinekolojik muayenesinde ve laparoskopide endometriozis tespit edilemediği belirtildi.

Umbilikal endometriozisin ayırıcı tanısında; umbilikal herniler, melanoma, diğer tümörler ve metastatik kanserler, embrional hücre kalıntı kitelleri, muhtelif enfeksiyonlar sonucu gelişen granüomalar, keloid, omfaloma, urakus kanalı, vitellin kanalı ve

umbilikal polipler düşünölmelidir (1,2). Umbilikal endometriozis yukarıda sayılan bir çok hastalıkla karışmaktadır. Vak'amız da muhtemelen omfalit olarak değörlendirilip, 2 yıl tedavi görmüştür.

Tedavide; cerrahi tedaviden kaçınılması gereken endometriozislerde hormon tedavileri, yalancı gebelik ve radyasyon tedavileri uygulanmasına rağmen, operasyonun kolayca uygulanabileceğı cilt ve karın duvarı endometriozislerinde en iyi tedavi lokal ekstirpasyondur (2,3,4,9). Bizim olgumuzda cerrahi olarak total-ektstirpasyonla tedavi edildi.

Endometriozis eksternada nüks % 2-46 arasında bildirilmiştir. Bu oran cerrahi yolla tedavi edilenlerde % 27, konservatif yolla tedavi edilenlerde % 34 olarak tespit edilmiştir (10). Ancak bu rakamlar tüm endometriozis eksterna vak'alarını içine almakta olup, total ekstirpasyonun mümkün olduğı deri ve derialtı dokusunu ilgilendiren endometriozislerde prognoz çok daha iyidir (17).

SUMMARY :

UMBILICAL ENDOMETRIOSIS (DUE TO 1 CASE)

A female, 28 years old with umbilical pain during mensruation cyles for two years, umbilical discharge for 6 months and no operation history before was diagnosed as umbilical endometriozis. The patient who operated and cured was presented.

KAYNAKLAR :

1. Beischer NO: Endometriosis of an episiotomi scar cured by prognancy. obstet Gynecol 1966, 28: 15-21.
2. Williams HE. et all: Umblical endometrioma. (Silent type).Arch. Dermatol. 1976, 112: 1435-1436.
3. Çanga Ş. Önder İ: Kadın Hastalıkları. 5. baskı, Ankara, Yargıçoğılu Matbaası, 1979; 561-574.
4. Hammonld MG, Hammonld CB, Parker RT: Conservative treament of endometriosis externa. The effects of methyltestosterone therapy. Fertil Steril. 1978, 29: 651-654.
5. Paull T, Tedeshi LG: Perineal endometricsis at the site of episiotomy scar. Obstet Gynecal. 1972, 40: 28-34.
6. Staloff DM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literature. Surgery 1989. 105: 109-112.

7. Ferrari BT, Shollenbarger DR: Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. JAMA- 1977, 238: 56-57.
8. Madsen H, Hansen P, anderson OP: Endometrioid carcinoma in an operation scar. Acta Obstet Gynecol Scandt 1980, 59: 475-476.
9. Schen RS, MALinak LR: Reoperation after initiar treatment of endometricrisis with conservative surgery. Am J Obstet Gynecol 1978, 131: 416-421.