

Vajinal Endometriozis Olgusu

Fehmi ÜNAL, M. Aytaç YÜKSEL, Sinem Albayrak KAYA, Remzi ABALI, Haluk BACANAKGİL, Birtan BORAN

ÖZET

Vajinal endometriozis nadir görülen bir hastalıktır. Vajinal tümörlerin ayırıcı tanısında akıldan tutulmalıdır. 28 yaşındaki hasta vajinada ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Muayenede introitusun 2 cm proksimalinde, yaklaşık 2 cm boyutlarında kitle tesbit edildi. Kitleyi 1,5 yıl önce fark ettiği ve bu sürede büyüklüğünde değişiklik olmadığı öğrenildi. Kitle cerrahi olarak çıkarıldı ve patolojisi endometriozis olarak rapor edildi.

Bu olgu, vajinal endometriozisin vajinal tümörlerin ayırıcı tanısında akıldan tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelime: Vajinal endometriozis

SUMMARY

Vaginal Endometriosis: Case Report

Vaginal endometriosis is an uncommon disease that should be considered during the differential diagnosis of vaginal tumors. A 28 years old patient, complaining of a vaginal mass about 2 cm in diameter, admitted to hospital. The mass was on the right wall of the vagina about 2 cm from the introitus proximally. She noticed the mass for about 1,5 years and the size of the mass didn't change since then. The mass was excised surgically and pathology revealed that it is endometriosis. We report this case to emphasise that the differential diagnosis of the vaginal tumors should include endometriosis.

Key Word: Vaginal endometriosis

GİRİŞ

Endometriozis, endometrial bezler ve stromanın uterus boşluğu dışındaki varlığı olarak tanımlanır (1). Reprodüktif çağıdaki kadınların, ABD'de yaklaşık %7'sini etkileyen ancak adolesanlarda ve hormon kullanan postmenopozal kadınlarda da gösterilmiş olan endometriozis tüm etnik ve sosyal gruplarda görülmektedir.

Kullanılan tanısal metodlara bağlı olarak prevalans oranları çok büyük varyasyonlar göstermektedir (%4.5-33). Tubal ligasyon yapılan asemptomatik kadınlarda, endometriozis prevalansı %3-43 olarak bildirilmiştir (1). Pelvik ağrı nedeniyle değerlendirilen kadınlarda oranlar %4.5-21 arasındadır (2).

Endometriozis patogenezi açıklamak için farklı teoriler öne sürülmüştür; implantasyon (retrograd menstrasyon) teorisi, çöломik metaplazi ve indüksiyon teorisi. Ayrıca endometriozisli hastalarda çok çeşitli gen mutasyonları gösterilmiştir.

En sık implantasyon yerleri pelvik organlar ve peritondur. Görünüm olarak birkaç minimal lezyondan, tuba-ovaryen anatomiyi bozan büyük endometriotik kistlere ve barsak, mesane ve üreteri içine alan geniş adezyonlara varan değişik şekillerde görülebilir. Ekstrapelvik olarak en sık intestinal kanal tutulumu izlenir. Ayrıca vajinal, üreteral, pulmoner, umbilikal, santral sinir sistemi gibi vücudun hemen her yerinde görülebilir.

S.B. İstanbul Eğitim ve Araştırma Hast. Kadın Hast. ve Doğum Kliniği

Tamamen asemptomatik olabilmekle birlikte, endometriozis; infertilite, dismenore, disparoni veya kronik pelvik ağrı şikayetlerine sebep olabilir. Erişkin bir kadında yıllardan sonra ağrılı mens, disparoni şikayeti başlamışsa endometriozis akla gelmelidir. Ağrı genellikle yaygın ve bilateraldir. Lokal ağrı rektal, vajinal, üreteral tutulumu düşündürür. Rektovajinal endometriotik nodülde yapılan bir çalışmada, şiddetli ağrıyı açıklayacak şekilde; sinirlerle endometriotik doku arasında yakın ilişki saptanmıştır (3).

Vulva, vajen ve serviks endometriozisi nadir olmasına rağmen her muayenede özellikle siklik ağrı, disparoni gibi semptomları olan kadınlarda hatırlanması gereken lezyonlardır.

OLGU

28 yaşındaki, gravida 3, para 2, küretaj 1 hasta, kliniğimize vajende ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Anamnezde kitlenin yaklaşık 1,5 yıldır mevcut olduğu ve bu sürede boyutlarında değişiklik olmadığı öğrenildi. Sadece kitlenin mens dönemlerinde dolgunlaştığını vurguladı. Özgeçmişinde; Hipertansiyonu vardı ve 1 yıldır perindopril + indapamid (preterax) tablet kullanmaktaydı. Bir kez vajinal bir kez de sezaryenle doğum yaptığı ve 5 yıl önce endometriozis kisti nedeniyle operasyon geçirdiği öğrenildi. Hastanın herhangi bir travma, enfeksiyon öyküsü mevcut değildi. Soygeçmişinde annede HT öyküsü dışında özellik yoktu. Ailede tesbit edilmiş endometriozis, infertilite öyküsü yoktu.

Hastanın pelvik muayenesinde vajen sağ yan duvarda, introitustan 2 cm proksimalde, 2 cm çapında, ağrısız, mobil ve düzgün yüzeyli kitle tespit edildi. Kitlenin lokalizasyonu epizyotomi skarının yaklaşık 2.5-3 cm posterolateralinde idi. Doğumda küçük bir epizyotomi açıldığını düşündüren küçük bir skar mevcuttu. Bunun dışında pelvik muayene ve pelvik USG'de bir özellik yoktu.

Spinal anestezi altında kitle cerrahi olarak çıkarıldı. Patolojik inceleme sonucunda endometriozis olarak rapor edildi. Hastanın postoperatif dönemi olağan seyretti ve 2. günde taburcu edildi. 1 ve 6 ay kontrol muayenelerinde nüks mevcut değildi.

TARTIŞMA

John Sampson'un 1920'li yıllardaki tanımlamalarından bu yana, endometriozisin etyolojisi hala net olarak ortaya konmuş değildir. Sampson retrograd akım (implantasyon) teorisini ortaya koymuştur. Bu teoriye göre menstruasyon sırasında endometrial hücreler tubalardan regürjite olmakta ve peritoneal yüzeylere implante olarak endometriozis gelişmektedir. Menstruasyon sırasında laparoskopisi yapılan kadınlarda fimbrial uçtan kan akımı görülmesi (4), endometriozisin en sık pelvisle bağlantılı yerlerde görülmesi (overler, cul de sac), menstruasyon sonrası periton sıvısında endometrial fragmanlar gösterilmesi (5), menstruasyon akım obstrüksiyonu olan kadınlarda endometriozisin daha sık izlenmesi (6) ve bazı maymun deneyleri (servikal transpozisyonla menstruasyon sonrası endometriozis geliştirilebilmesi (7) bu teoriyi ortaya koymuş ve desteklenmesini sağlamıştır.

Ancak bu teori ekstrapelvik endometriozisi açıklamakta eksik kalmaktadır. Bu durum endometrial hücrelerin venöz yada lenfatik taşınması teorisiyle açıklanmaya çalışıldıysa da tam olarak ispatlanamamıştır. Ekstrapelvik endometriozis uterus ve overlerin alınmasından yıllar sonra dahi gelişebilmektedir (8). Ayrıca çok nadir de olsa erkeklerde de endometriozis görülmesi (sadece birkaç olgu) bu açıklamaya olan şüpheleri arttırmıştır. Bu durum çöломik metaplazi teorisiyle açıklanmaktadır. Bu teoriye göre çöломik epitel östrojen yada bilinmeyen bir etkiyle endometrial glandlara transforme olmaktadır (9). Temelde bu teorinin bir uzantısı olan indüksiyon teorisine göre ise, bilinmeyen bir uyarı peritoneal hücreleri indükleyerek endometrial dokuya dönüştürmektedir.

Bizim olgumuzda yıllar önce geçirilmiş endometrioma operasyonu öyküsü vardır ve venöz-lenfatik implantasyon ya da

çöломik metaplazi teorisiyle açıklanabilir.

Olgumuzda kitlenin lokalizasyonu göz önüne alındığında ayırıcı tanıda öncelikle Bartholin kisti, Nuck kanalı kisti, ayrıca vulvar tümörler, post travmatik hematoma, apse gibi lezyonlar akla gelmektedir. Nadirde olsa gelişebilen malign dejenerasyon (%0.3-1) göz önüne alınırsa bu lezyonlara yaklaşım daha da önem taşımaktadır (10).

Medikal tedaviler hastada tıbbi menopoz durumu oluşturarak geçici çözüm sağlar. Peritoneal hastalıkla birlikte infertilitesi olanlarda medikal tedavi fekundite sağlamayacağından kontrendikedir. Tek geçerli endikasyonu geçici olarak ağrının giderilmesidir. Oral kontraseptifler bu amaçla kullanılabilir. Medroksiprogesteron asetat kullanımı gebelikteki yüksek progesteron seviyesini taklit ederek ağrıyı azaltır. Noretinodrel kullanımı da ağrının azalmasını sağlar. Danazol, GnRH agonistleri kullanılan diğer ajanlardır.

Bu ajanların kullanımı, osteoporoz, hirsutizm gibi yan etkilere neden olur ve ekstrapelvik endometrioziste etkisizdir.

Malign dejenerasyon gelişme riski nedeniyle histopatolojik tanıya da ihtiyaç vardır. Literatürde vulvar lezyonlara tanı amaçlı iğne aspirasyonu biyopsisi yapılmış vakalar vardır (11). Ancak bu yayınlarda da belirtildiği gibi tanıda yeterli olmamaktadır. Vulvar lezyonların nispeten kolay ulaşılabilmemesi ve olası riskleri ekarte etme zorunluluğu göz önüne alınırsa vulvar endometriomanın tanı ve tedavisi cerrahi olmalıdır.

Bizim olgumuzda da vajen duvarındaki lezyon tamamen eksize edildi. Postoperatif herhangi problemi olmayan olgunun birinci ve altıncı ay kontrollerinde nüks izlenmedi. Postoperatif medikal tedaviye ihtiyaç duyulmayan hastada mevcut lezyon açısından tam kür sağlandı.

Sonuç olarak, vulvovajinal lezyonların ayırıcı tanısı endometriozisi içermeli ve kesin tanı ve tedavisi kitlenin cerrahi olarak çıkarılması suretiyle yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. **D'Hooghe TM, Hill JA. Endometriosis. In:** Berek JS, editor. *Novak's gynecology*. Williams and Wilkins: Philadelphia, USA; 2002; 931-72.
 2. **Goldman MB, Cramer DW.** The epidemiology of endometriosis. *Prog Clin Biol Res*. 1990; 323: 15-31
 3. **Anaf V, Simon P et al.** Relationship between endometriotic foci and nerves in rectovaginal endometriotic nodules. *Human Reprod*. 2000 Aug; 15(8): 1744-50.
 4. **Liu DTY, Hitchcock A. Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhea and tubal pathology.** *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93:85
 5. **Kruitvagen RFPM, Poels LG, Willemsen WNP et al.** Endometrial epithelial cells in peritoneal fluid during the early follicular phase. *Fertil Steril* 1991; 55: 297.
 6. **Olive DL, Henderson DY.** Endometriosis and mullerian anomalies. *Obstet Gynecol* 1987; 69: 412.
 7. **Scott RB, TeLinde RW, Wharton LR Jr.** Further studies on experimental endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1953; 66: 1082.
 8. **Metzger DA, Lessey BA, Soper JT, et al.** Hormone-resistant endometriosis following total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoopherectomy. correlation with histology and steroid receptor content. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 946
 9. **Suginami H.** A reappraisal of the coelomic metaplasia theory by reviewing endometriosis occurring in unusual sites and instances. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 214
 10. **Chene G et al.** Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2007 May- Jun; 17 (3): 709-14.
 11. **Ashfaq R et al.** Cutaneous endometriosis as a diagnostic pitfall of fine needle aspiration biopsy. A report of three cases. *Acta Cytol*. 1994 Jul-Aug; 38 (4): 577-81.
-