

## ÇOCUKTA NADİR BİR AKUT KARIN SEBEBİ: ENDOMETRİOTİK KİST\*

Serdar MORALIOĞLU, Zafer TÜRKYILMAZ, Ramazan KARABULUT, Çağatay E. AFŞARLAR, A.Can BAŞAKLAR, Nuri KALE

Endometriozis, endometrium dokusunun normal lokalizasyonunun dışında bir lokalizasyonda bulunmasıdır. Kronik pelvik ağrı hikayesi olan adolesanların %25-38' inde endometriozis tespit edilmiştir. Bu çalışma ile, çocukta nadir akut karın sebebi olarak saptanan bir endometriotik kist olgusunu sunmak istedik. On beş yaşındaki hasta, sol alt kadranda ağrısı ve kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurduğunda fizik muayenesinde akut karın bulguları vardı. Pelvik ultrasonografisinde sol over torsiyonu ve subseröz myom izlenen hasta operasyona alındı. Eksplorasyonda overlerde sadece follikül kistleri mevcutken, uterus kubbesinde, üzerinde kanama odağı izlenen nekrotik görünümlü subseröz myomla uyumlu lezyon izlendi. Kitle eksize edildi. Patolojik incelemede bu lezyon endometriotik kist olarak tanı aldı. Adolesanlarda akut karının nadir sebeplerinden biri olan endometriotik kistlerin ameliyat öncesinde, hatta ameliyat sırasında dahi tanısı güçtür.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriotik kist, akut karın, çocuk.

### A RARE CAUSE OF ACUTE ABDOMEN IN CHILDREN: ENDOMETRIOTIC CYST

Endometriosis is characterized by the presence of endometrial tissue outside the normal location. In adolescents with a history of chronic pelvic pain, studies have reported a 25-38% incidence of endometriosis. We present a case of an endometriotic cyst that was the cause of acute abdomen. A 15-year old girl was admitted with left lower quadrant abdominal pain and vomiting. During the examination there were acute abdomen findings and ultrasonography diagnosed a left ovarian torsion and subserosal myoma uteri. During the operation, there was hemorrhagic fluid in the abdomen, the left ovary had no torsion but both of the ovaries had follicle cysts, and on the upper side of the corpus uteri there was a hemorrhagic subserous myoma that had hemorrhage and necrosis. The lesion on the corpus uteri was excised completely. The pathological diagnosis of the lesion revealed an endometriotic cyst. The accurate diagnosis of endometriotic cysts before or during surgery is difficult because of its rarity.

**Key Words:** Endometriotic cyst, acute abdomen, child.

### GİRİŞ

Endometriozis, endometrium dokusunun normal lokalizasyonunun dışında bulunmasıyla karakterize bir patolojidir. Endometriozisin, ne etyolojisi ne de gerçek insidansı tam olarak bilinmemektedir. Tanı cerrahi ya da patolojik olarak konabilir ve bazı endometriozisli hastalar asemptomatik olduğu için tanı alamaz. Kronik pelvik ağrı hikayesi olan adolesanlarda endometriozis insidansı %25 ile %38 arasında bildirilmiştir (1).

Endometriozis tanısında "altın standart" laparoskopidir, kesin tanı patolojik incelemeyle veya patolojik inceleme olmaksızın laparoskopiyile konmaktadır (2). Adolesan endometriozisinde en sık yakınma karın ağrısıdır. Ağrının karakteri kronik ağrı, menstrüal siklusla ilişkili veya ilişkisiz pelvik ağrı şeklinde olabileceği gibi, ağrı gastrointestinal sistem veya üriner sistem yakınmalarını da taklit edebilir, fakat cerrahi akut karın bulguları nadir görülür (3-5). Bizim, nadir bir akut karın sebebi olan endometriotik kist olgusunu sunmaktaki amacımız özellikle adolesan çağıdaki hastalarda ameliyat öncesinde ve sırasında ayırıcı tanıda akılda tutulması gereken bir patoloji olduğunu belirtmek; tedavisi ve takibini bu vaka ve literatür ışığında tartışmaktır.

### OLGU SUNUMU

15 yaşında kız hasta, bir gün önce başlayan sol alt kadranda ağrısı ve safrsız kusma şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Öyküde hastanın kolelitiazisi ve dismenoresi olduğu saptandı. Hastanın fizik muayenesinde ateşi 37,8 °C ve alt kadrana ait akut karın bulguları mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde; Beyaz küre: 18.700/mm<sup>3</sup> (%90 parçalı hakimiyeti), Hb: 13,7gr/dl, trombosit 290.000/mm<sup>3</sup> ve kan biyokimyası normal olarak tespit edildi. Tam idrar tetkiki ve ayakta direkt karın grafisi normal olarak değerlendirildi. Tümör belirteçlerinden CA-125: 84,8 U/ml (0-34), CA 19-9: 22,18 U/ml (0-40), AFP: 1,3 ng/ml (0-15), CEA: 0,5 ng/ml (0-10) ve β-HCG:1,2 mIU/ml (0-5) olarak ölçüldü. Pelvik ultrasonografisinde sol over torsiyonu ve uterus fundusunda da 38x35mm boyutlarında subseröz myom olduğu belirtildi.

Hasta acil olarak pfannenstiel kesiyile operasyona alındı. Karına girildiğinde batında hemorajik sıvı vardı ve mevcut follikül kistleri dışında overler normal olarak bulundu. Uterus kubbesinde serozal yüzeyde, üzerinde kanama odağı izlenen yaklaşık 4 cm boyutlu nekrotik görünümlü kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Bu lezyon komplet olarak eksize edildi. Batında ek patolojiye rastlanmadı. Hasta ameliyat sonrası sorunsuz taburcu edildi. Patolojik tanı ultrasonografik tanının aksine endometriotik kist olarak rapor edildi.

Hastaya ameliyat sonrasında üç ay süre ile oral kontraseptif (OKS) tedavisi verildi. Hastanın 6 ay sonra yapılan laparoskopik kolesistektomisi sırasında endometriozis odağına rastlanmadı.



**Resim 1:** Uterus kubbesindeki “barut yanığı” görünümündeki endometriotik kistin ameliyat görüntüsü.

Hastanın postoperatif 6. ay ve 1.yıldaki CA-125 değerleri normal olarak tespit edilirken ek sorunu yoktu.

## TARTIŞMA

Endometriozis, endometrium dokusunun normal lokalizasyonunun dışında bulunmasıyla karakterizedir. Hastalık en sık overlerde görülmekle beraber daha sonra azalan sıklıkta uterusun serozal yüzeyi, rektovajinal septum, fallop tüpleri, rektosigmoid kolonu tutulabilir. Daha az olarak barsaklarda, üreterde, mesanede hatta akciğerlerde dahi görülebilir (2,6). Endometriozisin, ne erişkinlerde ne de adolesanlarda gerçek insidansı bilinmemektedir. Kronik pelvik ağrı hikayesi olan adolesanlarda endometriozis insidansının %25 ile %38 arasında bildirilmesine rağmen cerrahi akut karın bulguları nadir olarak görülür (1).

Endometriozisin, görülme sıklığı ve ciddiyeti yaşla birlikte arttığından dolayı, ilerleyici bir hastalık olduğuna inanılmaktadır (7). Bu yüzden endometriozisin, adolesan dönemde erken tanı ve tedavisinin hastalığın ilerlemesini durduracağı ve infertilite riskini azaltacağı düşünülmektedir (8). Adolesanlarda, endometrioziste yakınma, erişkin dönemin aksine infertiliteden çok hastaların %64 ile %94’ünde görülen dismenoredir. Daha az sıklıkla menstrüel siklusla ilişkisiz ağrı, dispareni ve gastrointestinal sistem yakınmaları olur (8,9). Bizim hastamızda da akut karın bulguları yanında şiddetli dismenore hikayesi de mevcuttu.

Hastalığın tanısında ultrasonografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme araçlarından faydalanılsa da endometriozis tanısında özgül bulgular vermezler (8). Nadiren bu olguda olduğu gibi pelvik kitlenin boyutu ve yerleşimi hakkında bilgi verirler. CA-125 ise her ne kadar endometriozis için çok hassas olsa da özgül olmadığı için tanıda pek yardımcı olmaz (8). CA-125 ileri endometriozisli hastalarda, cerrahi tedavinin başarısını ve hastalığın tekrarını değerlendirmede kullanılabilir (2). Bazı merkezler tedavi sonrasında CA-125 değerinin tekrar yükselmesinin hastalığın nüksü açısından anlamlı oldu-

ğunu bildirmişlerdir (10). CA 19-9 ise endometriozis tanısında kullanılabilecek bir diğer glikopeptid yapıdaki belirteçtir. Fakat CA 19-9 ölçümlerinin klinik olarak CA-125’e bir üstünlüğü görülmemiştir (11). Bizim hastamızda CA-125 seviyesi normalden yüksek, CA 19-9 seviyesi ise normal saptanmışken tedavi sonrasında CA-125 değerleri normal seviyeye inmiştir.

Pelvik ağrı ile başvuran hastalarda hikaye, fizik muayene ve görüntüleme çalışmaları ile endometriozisten şüphelenildiğinde tedavide ilk aşamada nonsteroidal anti-inflamatuar ve OKS ilaçlar önerilmektedir. On sekiz yaşından büyüklere ise ampirik olarak GnRH agonisti verilebilir. Bu tedavilerden fayda görenlerde tanıda endometriozis düşünülmelidir. Medikal tedaviden fayda görmeyenlerde ise endometriozis odaklarını görülmesi, biyopsi alınması ve gerekirse cerrahi tedavi uygulanması için laparoskopi önerilmektedir (8). Endometriozis tanısında “altın standart” laparoskopidir, kesin tanı patolojik incelemeyle veya patolojik inceleme olmaksızın laparoskopiy-le konmaktadır (12). Endometriozisin klasik görüntüsü “barut yanığı” olarak bilinen mavi, kahverengi ve gri lezyonlardır. Klasik ve atipik lezyonlar, görünümüne göre şöyle sınıflandırılmışlardır: “beyaz” lezyonlar; şeffaf veziküller lezyonlar; kırmızı, “alev rengi” veya peteşiyal lezyonlar; kırmızımsı, kahverengi lezyonlar; ve mavi, kahverengi, gri “barut yanığı” şeklindeki lezyonlar (12). Adolesanlarda görülen lezyonlar, erişkin kadınlarda görülen tipik lezyonlardan başka daha çok, şeffaf veziküller, beyaz lezyonlar ve/veya küçük kırmızı veya peteşiyal lezyonlar şeklinde görülürler (12). Bizim hastamızda kitle oluşturan kistik lezyon ile birlikte bu kitlenin üzerinde “barut yanığı” görünümü vardı.

Endometriozis eğer laparoskopide veya rastlantısal olarak laparatomide saptanırsa, lezyonlar olabildiğince çok eksize veya tahrip edilmelidir. Cerrahi tedavi ile endometriozise bağlı şikayetlerin %38 ile %100 arasındaki oranlarda düzeldiği bildirilmektedir (13,14). Bu işlemler için laser vaporizasyon, unipolar veya bipolar koagülasyon, endokoagülasyon gibi çeşitli teknikler kullanılmaktadır ve herhangi birinin diğerlerine bir üstünlüğü yoktur. Derin olan lezyonların eksize edilmesi gerekmektedir (1). Uygun cerrahi tedavi sonrası medikal tedavinin hastalığın tekrarını geciktirebileceği düşünülmektedir (1).

Endometriozisli hastaların uygun tedavi ile şikayetleri geçtikten sonra hastalığın tekrarlama ihtimali vardır. İlerleyen hastalık infertilite riskini de beraberinde getirmektedir. Ayrıca endometriozisli hastalarda over, meme ve cilt kanseri ile non-hodgkin lenfoma riskinin de arttığı düşünülmektedir (15,16). Bütün bu sebeplerden dolayı hastalar tedavi sonrasında bilgilendirilmeli ve takibe alınmalıdır.

Nadir bir akut karın sebebi olan endometriotik kistlere ameliyat öncesinde radyolojik ve/veya klinik olarak ve hatta ameliyat sırasında bile tanı konması güçtür. Bu yüzden lezyonların komplet çıkarılması ve patolojik olarak dikkatli değerlendirilmesi gerekir. Eğer eş zamanlı başka endometriozis odakları da saptanırsa onların da tedavisi gerekmektedir. Hastalar geç dönemde de nüks, infertilite ve diğer tümöral lezyonlar için takip edilmeli ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

*Yazışma Adresi**Dr. Ramazan KARABULUT**Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi**Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı 06500 Beşevler/ Ankara**Tel: 0312 202 62 10***KAYNAKLAR**

1. Black AY, Jamieson MA. Adolescent endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2002; 14: 467-474.
2. Bedaiwy MA, Falcone T. Laboratory testing for endometriosis. *Clin Chim Acta* 2004; 340: 41-56.
3. Laufer MR, Goitein L, Bush M, et al. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997; 10: 199-202.
4. Goldstein DP, DeCholnoky C, Emans SJ. Adolescent endometriosis. *J Adolesc Health Care* 1980; 1: 37-41.
5. Chatman DL, Ward AB. Endometriosis in adolescents. *J Reprod Med* 1982; 27: 156-160.
6. Bennett GL, Harvey WB, Slywotzky CM, et al. CT of the acute abdomen: gynecologic etiologies. *Abdom Imaging* 2003; 28: 416-432.
7. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55: 759-765.
8. ACOG Committee Opinion Number 310. Endometriosis in Adolescents. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 921-927.
9. Laufer MR. Identification of clear vesicular lesion of atypical endometriosis: a new technique. *Fertil Steril* 1997; 68: 739-740.
10. Fedele L, Arcaini L, Vercellini L, et al. Serum CA 125 measurements in the diagnosis of endometriosis recurrence. *Obstet Gynecol* 1988; 72: 19-22.
11. Harada T, Kubota T, Aso T. Usefulness of CA 19-9 versus CA 125 for the diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2002; 78: 733-739.
12. Laufer MR, Goldstein DP: Dysmenorrhea, Pelvic Pain, and the Premenstrual Syndrome. In Emans SJ, Laufer MR, Goldstein DP: *Pediatric and Adolescent Gynecology*. Lippincott-Raven, 1998, P:363-410.
13. Sutton J, Ewan SP, Whitelaw N, et al. Prospective, randomized, double blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994; 64: 696-700.
14. Redwine DB. Treatment of endometriosis-associated pain. *Infertil Reprod Med Clin North Am* 1993; 3: 697-721.
15. Guidice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 364: 1789-1799.
16. Swiersz LM. Role of endometriosis in cancer and tumor development. *Ann NY Acad Sci* 2001; 955: 281-292.