

GEBELİKTE ENDOMETRİAL KİST

Dr. Özden VURAL*, Dr. Sema SOYSAL**, Dr. Hilal KORAL*, Dr. Özlem NİSANOĞLU**,
Dr. Jule ESEN**, Dr. Ergun ONUR**

* S.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Anabilim Dalı,

ÖZET

Bu makalede, gebe bir kadında sağ overde bulunan endometrial kist olgusu sunularak klinik ve patolojik bulgular literatürle karşılaştırıldı. Endometriozisin infertilite ve gebeliğe olan etkileri tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Over, Gebelik.

SUMMARY

An Endometriotic Cyst in Pregnancy (A Case Report)

In this report, a case of an endometriotic cyst of the right ovary in a pregnant women is presented and clinical and pathological findings were compared to those in the literature. The effects about infertility and pregnancy of endometriosis were discussed.

Key Words: Endometriosis, Ovary, Pregnancy.

GİRİŞ

Normalde uterusu döşeyen endometriumun ektopik olarak başka yerlerde bulunmasına endometriozis denir. Endometriozis en sık overlerde görülür. Pelviste bulunan endometriozis vakalarının % 80'i over yerleşimlidir (1).

Endometriozisin kökeni konusunda bazı kuramlar vardır. Menstrüasyon sırasında endometrium dokusunun tuba yolu ile overlere ve peritona implantasyonu ve gelişmesi, lenfatiklerle ve hematogen yolla yayılması ya da sölom epitelinden metaplazi ile oluşması bunların belli başlı olanlarıdır. Cerrahi müdahalelerden sonra ameliyat nedbelerinde endometriozis vakaları implantasyonun mümkün olabileceğini destekler görünümündedir (1, 2).

Endometriozisli hastalarda en belirgin semptom dismenoredir. Disparoni, rektal ağrı, tenezm, karın alt bölgesinde kramp tarzı ağrılar da görülebilir (1, 2, 3).

Reprodüktif dönemdeki kadınlarda yaklaşık % 10-15 oranında endometriozis bulunduğu, infertilite

şikayeti olanlarda bu oranın % 25'e çıktığı bildirilmektedir (2, 4).

Endometriozisi olan kadınların % 30-40'ı infertildir (1). Ancak bu hastalığın üreme kapasitesini nasıl olup ta düşürdüğü bilinmemektedir. Endometriozis nedeniyle oluşabilecek yapışıklıkların yarattığı mekanik engel bir sebep olarak düşünülmektedir. Peritoneal endometrioziste mekanik bir engel bulunmadığı halde, infertilitenin bulunması, bu odaklardan folikülogenezi, korpus luteum fonksiyonlarını, tuba hareketlerini ve implantasyonu olumsuz yönde etkileyecek prostaglandin salınımını düşündürmüştür (4, 5).

Gebeliğin endometriozisi geriletmediği konusunda araştırmacılar arasında bir uzlaşma vardır (2, 5). Ancak bazan bunun tersi olduğu, gebelikte endometriozis odağının hızla büyüyüp semptom verdiği, hatta perfore olup acil durum yarattığı bildirilmiştir (6,9).

Biz bu makalede gebelik sırasında sağ kasıkta ağrı nedeniyle başvuran ve sağ overde endometrial kist tanısı konulan bir hastayı sunuyoruz.

VAKA TAKDİMİ

Sağ ovarial kist nedeniyle kliniğimize yatırılan ve 10 haftalık gebeliği olan, 29 yaşındaki primipar AE'nin öyküsünde geçirilmiş operasyonu ve geçmişten süregelen bir hastalığı yoktur. Son adet tarihi 6.2.1993'tür. Jinekolojik muayenesinde 2 aylık gebe cesametinde uterus ve sağ adnekte 10x8 cm çapında kistik kitle palpe edilmiştir. Sol adneks normal olarak değerlendirilmiştir. Ultrasonografik incelemesinde CRL: 29 mm 9 hafta 6 günlük canlı embrio ve sağ overle uterus arasında 94x61 mm ebadlarında kistik kitle görülmüştür. Hasta 19.4.1993'te operasyona alınarak, sağ ovarial kist ekstirpasyonu ve sağ parsiyel overektomi yapılmıştır.

Histopatolojik tetkik için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim dalı Laboratuvarına gönderilen dokuların incelemesinde, 10x9x6 cm ölçülerinde dış yüzü düzgün kistik yapı açıldığında lümeninde kahverengi akıcı kıvamda materyal görülmüştür. Kist duvarı 0.5 cm kalınlıkta olup, iç yüzü düzensiz yapıdadır.

Kist duvarından alınan kesitlerin histopatolojik incelemesinde, tek katlı silindirik epitel ile döşeli fibröz doku görülmektedir. Epitel altında hemosiderin yüklü ya da berrak sitoplazmalı histiositler, mononükleer hücreler, taze bağ dokusu, kapiller proliferasyonu izlenmektedir. Diğer bir kesitte, desidual değişme gösteren hücrelerden oluşan stroma içerisinde inaktif epitelle döşeli endometrium guddeleri dikkati çekmektedir. Over stroması içerisinde folikül kistleri, geniş desidual doku alanları, fokal endometrium guddeleri bulunmaktadır (Resim 1, 2).

Histopatolojik tanı overde endometrial kist olarak bildirilmiştir. (Patoloji protokol no: 1938/93)

Hasta, aylık kontroller ile doğuma kadar izlendi. 10.11.1993 tarihinde normal spontan doğum ile miadında sağlıklı bir bebek dünyaya getirdi.

TARTIŞMA

Overler endometriozisin en sık görüldüğü organlar olup, tutulum genellikle bilateraldir (9). Bizim vakamızda sağ overde endometrial kist bulunmasına karşın, sol overde ameliyat sırasında yapılan ve gözleme dayanan incelemede endometriozis düşündürcek bir

bulgu saptanmamıştır.

Bazı endometriozis odaklarının siklus sırasında hormonal etkilere cevap verdiği bilinmektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda, endometriumdaki siklik değişikliklerin, endometriozis odağı ile % 13-56 oranında uyumlu olduğu bildirilmiştir (5). Aynı şekilde bizim vakamızda da endometrial kiste desidual değişme ve gebeliğe uyan endometrial guddeler görülmüştür.

Endometriozis odağında kanama halinde, histiositlerin çoğunlukta olduğu iltihabi bir cevap gelişir. Bu histiositler yer yer stroma hücrelerinin yerini alan topluluklar oluşturur. Sitoplazmalarında vakuoller ve hemosiderin pigmenti bulunur. Bu hücrelere psö-doksantoma hücreleri denir. Endometriozis için tipik olmamakla birlikte sık görülen bir bulgudur (5). Bizim vakamızda da bol histiosit saptanmıştır.

Endometrioziste artmış makrofaj aktivitesi tespit edilmiştir. Makrofajların salgıladığı fibronektin, interlökin I gibi maddelerin yapışıklıkları arttırdığı, sperm ve oosit için olumsuz bir lokal ortam yarattığı düşünülmektedir de, bu konuda yapılan çalışmaların sonuçları birbiri ile çelişmektedir (4).

Endometrial kistler genellikle kübik epitelle döşelidirler. Bir çalışmada döşeyici epitel hücrelerinin vakaların % 22'sinde atipi gösterdiği bildirilmektedir. Bu tip vakalarda premalign bir değişiklik üzerinde durulmalıdır (5). Bizim olgumuzda yüzey epiteli silindirik epitel olup atipi gözlenmemiştir.

Endometrial kistlerin yüzey epitellerinde ve gland epitellerinde tubal, skuamöz, müsinöz metaplazi görülebileceği bildirilmişse de (5), vakamızda metaplazik değişiklik saptanmamıştır.

Endometrial kistlerin duvarında düz kas odakları bulunabilir. Bunun sebebinin over stroması veya endometrium stromasındaki hücrelerin metaplazisi olduğu sanılmaktadır (5). Bizim vakamızda stromal metaplazi de yoktu. Düz kas dokusu yanında miksoid değişme, kalsifikasyon, fokal ossifikasyon da bulunabilir. Bu durumda endometrial kist bir teratom ile karışabilir (5).

Hormonal etkilere cevap veren endometriozis odaklarında menstrüasyon sırasında kanama olmasıyla



Resim 1. Desidual değişme gösteren stromal hücreler arasında epitlleri basıklaşmış, lümenleri genişlemiş endometrial guddeler HEX40



Resim 2. Endometrial kistin yüzey epiteli altında ve stroma içerisinde sitoplazmaları vakuollü histiosit grupları HEX200.

semptomlar ortaya çıkmaktadır. Lezyonların hormonal cevabının derecesi ile semptomların şiddeti arasında bir korelasyon bulunmadığı bildirilmektedir (2, 5). Bu odaklardan sızan kan daha sonra yapışıklıklara sebep olmaktadır. bizim vakamızda sağ overdeki kistin uterus arka duvarına yapışıklığı tesbit edilmiştir.

Endometriozis vakalarının % 30-40'ının infertil olduğu bildirilmektedir. Bazan çok önemsiz derecede bir endometriozis önemsiz derecede infertiliteye yol açabilmektedir (1). Endometriozisi olup da gebe kalmış bazı vakalarda, başka bir sebebe bağlanamayan spontan abortuslar bildirilmiştir (10).

Endometriozisli hastalarda, dismenore, disparoni, rektal ağrı, tenezm, karın alt bölgesinde kramp tarzı ağrılar en belirgin semptomlardır. Bazı durumlarda endometriozise bağlı hiçbir rahatsızlık hissi olmaz (2, 11). Bizim hastamız da gebeliğinin 10. haftasına kadar herhangi bir rahatsızlık hissi tarif etmemiştir.

Gebelik sırasındaki kontrollerde farkedilen asemptomatik kalmış endometriozis vakaları da

bildirilmiştir. Bazı merkezler bu vakalarda gelişebilecek acil bir durumu önceden engellemek amacıyla konservatif cerrahi tedavi önermektedirler (12). Bu tip vakalarda hastanın durumu ile ilgili olarak bilgilendirilmesi, dikkatle ve yakından izlenmesi, gebelikte bir problem yaratmadığı takdirde doğumdan önce müdahale edilmemesinin daha doğru olacağı kanısındayız. Hastamızda şiddetli ağrı olması, kistin boyutlarının büyüklüğü ve rüptür tehlikesinin varlığı bu vakada cerrahi müdahaleyi gerektirmiştir.

Ektopik endometrial dokuların gebelik sırasında atrofiye uğradıkları ve izleyen dönemde semptomların azaldığı bilinen bir gerçektir (9). Bizim olgumuzda ise daha önce herhangi bir yakınma yokken gebelikte ağrılar oluşmuştur. Bu da kistin gebelik sırasında hızla büyümüş olabileceğini düşündürmektedir. Böyle olgular bazı hastaların neden hormonal tedaviye cevap vermediğini açıklayacak ipuçlarını vermektedir. Nadir görülen bu hastaların daha derin incelenmesinin tedaviye yeni bakış açıları kazandıracağı gözönüne alınmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Blaustein A. Pelviste endometriozis (Çev: Kazancıgil A, Erkin E, Bozkurt S.) Jinekolojik Patoloji. Blaustein A. İstanbul: Semet Matbaası, 1985: 526-535, 95.
- 2- Russell S. Endometriozis (Çev: Göksu M, Üstün M.) Novak Kadın Hastalıkları. Jones WH, Jones GS. (10. baskı) Ankara: Menteş Kitabevi, 1985: 748-777.
- 3- Kitchin JD. Endometriosis. In: Sciarra J, ed. Sciarra Gynecology and Obstetrics. Philadelphia: Harper and Row Pub., 1987; 1-25.
- 4- Işık AZ. Endometrioziste yeni kavram ve tedaviler. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hast. Kadın Doğum Derg. 1990; 2(4): 5-10.
- 5- Clement PB. Pathology of endometriosis. Pathol Annu 1990; 25 pt 1: 245-95.
- 6- Ninia JG. Large endometrioma with intrauterine pregnancy. NY State J Med 1992; 92(8): 364.
- 7- Inoue T, Moriwaki T, Niki I. Endometriosis and spontaneous rupture of utero-ovarian vessels during pregnancy (letter). Lancet 1992 25: 340(8813): 240-1
- 8- Vercellini P, Ferrari A, Vendola N, Carinelli SG. Growth and rupture of an ovarian endometrioma in pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1992 37(3); 203-5.
- 9- Dare FO, Ojo OS, Nossu SO. An endometriotic cyst of the left ovary in pregnancy. A case report-Central African Journal of Medicine 1989; 35(10): 509-10.
- 10- Pittaway DE, Vernon C, Faye JA, Spontaneous abortions in women with endometriosis. Fertil Steril 1988 50(5): 711-5.
- 11- Czernobilsky B. Endometriosis. In: Fox H, ed. Obstetrical and gynaecological pathology. Edinburgh: Churchill Livingstone 1987: 763-775.
- 12- Sutthijumroon S, Tunphaisal S, Chandeying V. Endometriosis during pregnancy: Report of 3 cases. J Med Assoc Thai 1989 May; 72(5): 248-7.