

Tekrarlayan Disürinin Nadir Bir Sebebi; Mesane Yerleşimli Endometriozis; Olgu Sunumu

A Rare Cause of Recurrent Dysuria; Endometriosis of the bladder; Case Report

Caner Ediz¹, Muhammed Cihan Temel¹, Ferhat Ateş¹, Sedat Çakmak¹, Hüseyin Hayıt¹, Serkan Akan¹, Suna Sahin Ediz², Ömer Yılmaz¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul, Türkiye

² İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi, İstanbul, Türkiye

Geliş tarihi (Submitted): 24.06.2018

Kabul tarihi (Accepted): 19.09.2018

Yazışma / Correspondence

Dr. Caner Ediz

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Üroloji Servisi
44280, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 533 580 50 80
Fax: +90 422 341 0728
E-mail: drcanerediz@gmail.com

Özet

Primer mesane endometriozisi nadirdir ve sebebi tam olarak bilinmemektedir. Bu makalede primer mesane endometriozisi nedeniyle transüretral rezeksiyon uygulanmış 37 yaşında bir bayan hastayı sunuyoruz. Hastanın başvuru şikâyetleri 4 aydır menstrüel siklusla ilişkili hematüri, disüri ve pollaküriydi. Kliniğimizde yapılan sistoskopik ve radyolojik değerlendirme sonrasında kitlenin transüretral olarak rezeksiyonuna karar verildi. Operasyonda 23*21 mm'lik solid kitle eksize edildi. Hastanın sistoskopi ile yapılan post-operatif izleminde 6. aya dek nüks izlenmedi.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis; Hematüri; Mesane

Abstract

Primary bladder endometriosis is rare and the cause is not fully known. In this article, we present a 37-year-old female patient who underwent transurethral resection for primary bladder endometriosis. The patient's complaints were hematuria, dysuria and pollakuria associated with menstrual cycle for 4 months. After cystoscopic and radiological evaluation in our clinic, transurethral resection of the mass was decided. A 23*21 mm diameter solid bladder mass was excised by transurethral resection. In the postoperative follow-up of the patient by cystoscopy, no recurrence was observed until 6 months.

Keywords: Endometriosis; Hematuria; Urinary Bladder

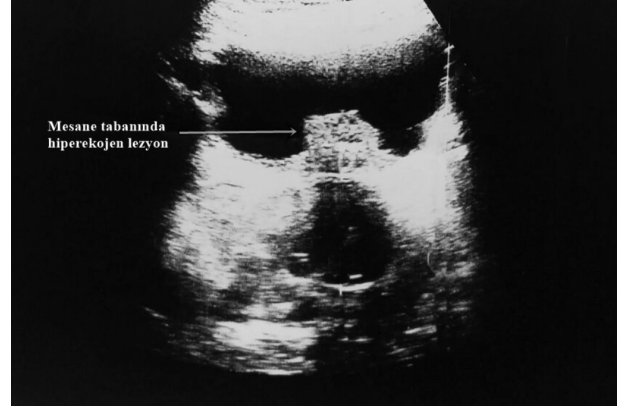
GİRİŞ

Endometriyozis en sık 30 ila 40 yaş arası menstrüel dönemdeki kadınlarda görülen ve birçok farklı semptomlara yol açabilecek potansiyelde bir hastalıktır (1). Endometriyozisin kesin nedeni bilinmemektedir. Genitoüriner endometriyozis tanısı koymak özellikle zordur ve irritabl bağırsak sendromu, interstisyel sistit ve hatta psikolojik rahatsızlıklar gibi diğer patolojilerle ayırıcı tanısı gerekebilmektedir. Üriner sistemde endometriyozis tüm kadınlarda %0,3 ile %1,2'ye varan oranlarda görülmektedir. Üriner endometriyozis en sık mesanede (%85) görülmektedir ve üriner semptom şikayetlerine bağlı olarak teşhis edilir (2). Doğru tanı için iyi bir jinekolojik ve ürolojik muayene gerekir. Menstruasyon sonrası yakınmaları olan ve kronik enfeksiyon zemini bulunan mesane endometriyozisi olgusunda transüretral rezeksiyon tedavisinin semptomları geriletmede tek başına yeterli olduğunu göstermek maksatlı bu vakayı sunduk.

OLGU SUNUMU

Yaklaşık 4 aydır menstrüasyon sonrası ağrılı işeme, sık idrar, işeme sonrası ağrı ve sürekli halsizlik şikâyetleri olan 37 yaşında bayan hasta. Öyküsünde, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları sebebi ile birkaç defa antibiyotik tedavisi aldığı ve zaman zaman ani sıkışma tarzında idrar kaçırdığı öğrenildi. Özgeçmişinde 15 yıldır günde 1 paket sigara kullanımı ve 1 defa sezeryan doğum öyküsü mevcuttu. Herhangi bir ek hastalığı saptanmadı. Hastanın yapılan ürojinekolojik muayenesi normaldi. Üriner sistem ultrasonografisinde; mesane posterior duvarda 23*21 mm lümeneye uzanan düzensiz sınırlı hiperkojen lezyon olduğu görüldü (Resim1)

Tam idrar tahlilinde lökosit ve eritrosit varlığı saptandı. Hastaya tanı amaçlı sistoskopi planlandı. Sistoskopide mesane posterior duvarda endometriyozis ile uyumlu solid karakterde kitlesel lezyon saptandı. Yaklaşık 2-3 cm boyuttaki endometriyozis alanı transüretral mesane tümörü rezeksiyon yöntemiyle yeterli derinlikte rezekt edilip tabanındaki çikolatamsı dokular koterize edildi (Resim 2). Postoperatif 2. gün foley kateter çıkarıldı. Patoloji sonucunda endometrial glandüler yapılar ile uyumlu görünüm saptandı. (Resim 3). Hastanın ameliyat sonrası dönemde semptomları düzeldi ve kronik enfeksiyon öyküsü 6 aylık takibinde tekrarlamadı.



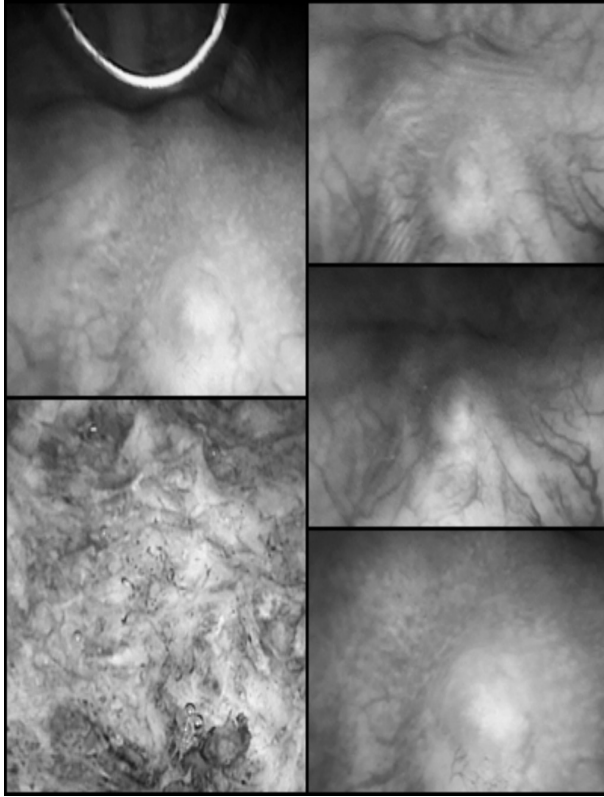
Resim 1: Mesane inferior kısımda yer alan lümeneye protrüze görünümü nispeten düzgün sınırlı immobil görünümde hiperkoik 23*21 mm boyutta lezyon.

6 aylık süre içerisinde 2 defa sistoskopi yapıldı ve nüks görülmedi.

TARTIŞMA

Endometriyal glandüler epitelin endometriyum dışında pelvik organlara yerleşerek duvarlarını en az 5 mm derinlikte olacak şekilde penetre etmesi durumu ektrauterin endometriyozis olarak tanımlanmaktadır. Endometriyozis üriner sistemde en sık olarak mesaneyi etkilemektedir. Olguların % 85'i mesanede saptanırken üreter tutulumu ise nadiren görülmektedir. Mesane endometriyozisi (ME) başlangıç tipine göre "primer" veya "sekonder" olarak tanımlanır: Primer ME spontan olarak gelişen bir hastalık olup üriner endometriyozis tanısı konan hastaların %11'inde teşhis edilirken; sekonder ME %50 oranında geçirilmiş sezeryan veya histerektomi gibi pelvik cerrahi girişimlerden sonra meydana gelen iyatrojenik bir lezyondur (2). Oluşumunda embriyonik, migratuar ve metastatik, transplant veya iyatrojenik teori düşünülmektedir. Hormonal olarak gelişim göstermesine karşın çok nadir olarak postmenapozal dönemde de görülebilmektedir. ME lezyonu mesanenin serozal yüzeyinden mukozaya doğru ilerler ve çoğunlukla multifokaldir. En sık etkilenen yerler trigon ve mesane kubbesidir.

Periodik dizüri ve/veya hematüri ataklarının etyolojisinde %1-2 oranında mesane tutulumlu endometriyozis tanısı yer almaktadır (3). Menüri bu tutulumun mesane yüzeyine kadar ulaştığı % 25 vakada görülebilir (2). Özellikle menstrüel siklusla beraber başlayan ve adet dönemi boyunca devam eden ataklar halindedir. Hematüri ve di-



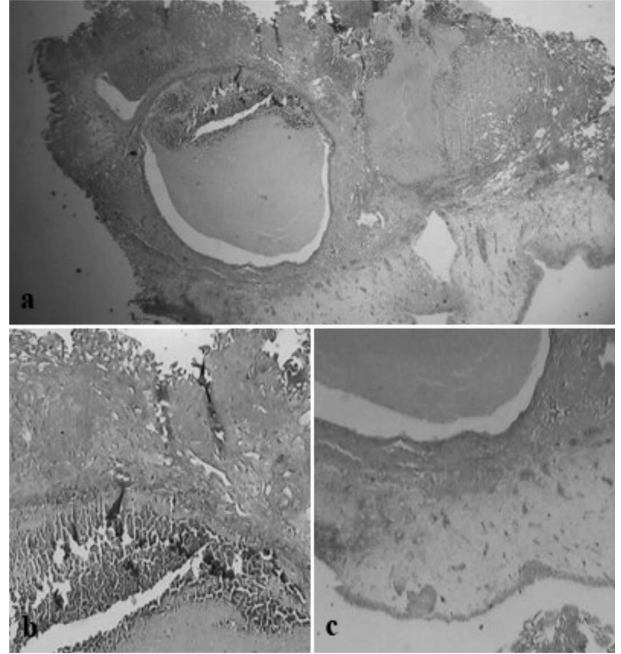
Resim 2: Mesane tabanında lümen dıştan bası yapan görünümde nodüler birkaç adet lezyon. Rezeksiyon öncesi ve sonrasında lezyon görünümü.

zürü semptomları dışında non jinekolojik ağrının önemli bir sebebi olup, endometriozisi olan kadınların %55'inde kronik pelvik ağrı şikâyeti vardır (4). Endometriozis ile karışabilen patolojiler arasında kronik pelvik ağrıya yol açabilen interstisyel sistit (İS) ve irritabl bağırsak sendromu (İBS) yer almaktadır. İS tanısı düşünülen olguların %38'inde endometriozis, %28'inde İBS bulunurken, tanıda İBS düşünülen olguların %41'inde endometriozis ve %31'inde İS bulunmuştur (5).

Endometriozis tanısı için idrar tetkiki hematüri değerlendirmesinde önemli bir yer oluşturur. İdrar kültürü sistit ile benzeyen kliniğin ayırıcı tanısında kullanılabilir. Ayrıca mesane içerisindeki kitlesel oluşumun tümöral dokulardan ayırımında idrar sitolojisi kullanılmalıdır. Radyolojik olarak transvajinal (TVS) ve transabdominal ultrasonografi (TAS) sırasıyla %89-64 sensitivite, %100-89 spesifiteye sahiptir (6). Ultrasonografide sıklıkla buzlu cam ekojenitesine sahip çok sayıda bölümden oluşan kistik yapı ile karakterizedir. Gerekliğinde sistoskopi ve biyopsi tanısal amaçlı düşünülebilir. Sistoskopi başarı-

sını arttırmak amacı ile zamanlama, menstrüel siklusun başlangıcı veya hemen öncesi olmalıdır. Üreter tutulumu şüphesinde manyetik rezonans görüntüleme veya bilgisayarlı tomografi ürogram tercih edilebilir. MR; ektopik endometriozis vakalarının tanısında son derece yüksek doğruluk oranları sebebi ile tercih edilmektedir (7). Mesane endometriozisinde MR da T2 ağırlıklı sekanslarda düşük sinyal yoğunluğu ve T1 ve T2 ağırlıklı görüntülemelerde yüksek sinyal yoğunluğu noktaları karakteristik olarak izlenir. Ancak standart sekans MR görüntülemeleri üreter tutulumunu gösterebilir iken mesane tutulum derinliğini saptamaya yeterli değildir (8).

Mesane endometriozis tedavisi tartışmalı bir konudur. Hastanın yaşı, semptomların şiddeti, lezyonların tek ya da multiple olması ve fertilitate planlaması tedavi seçeneklerine karar vermede etkili faktörler olarak yer almaktadır. Mesane içerisinde yer alan ve daha çok trigon bölgesinde karşılaşılan endometriozis ile uyumlu multiple nodüler karakterdeki lezyonların tedavisinde öncelikli olarak sistoskopi eşliğinde cold cup biyopsi planlansada



Resim 3a: H&E x 40, ürotelyal epitel ile örtülü mesane mukozasına ait fragmanda, stromada nodül formasyonu oluşturan kanamalı bir alan izlenmektedir.

Resim 3b: H&E x 100, eski ve yeni kanama alanlarından oluşan, nodül formasyonunu çevreleyen hücrelerde endometrial glandüler/stromal hücreler dikkat çekmektedir.

Resim 3c: H&E x 200, mesane stromasında endometrial glandüler hücreler, eski ve yeni kanama bulguları izlenmektedir.

tanı için örnekleme yeterli olmayabilir, bu yüzden perforasyon oluşturmaksızın transüretal olarak şüpheli lezyonun 0.5-1 cm lik bir derinlik ile rezeksiyonu önerilir. Cerrahi sonrasında endometriyal doku regresyonunu sağlamak ve pelvik ağrıyı azaltmak açısından hormonal tedavi (gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri ve antagonistleri, progestinler ve kombine oral kontraseptifler) önerilmezken, rekürrens ve semptomsuz periodu uzatmak adına bu tedavinin en az 6 ay boyunca uygulanmasını destekleyen az sayıda çalışma vardır. Ne yazık ki bu tedavi sonrasında lezyonlar tekrarlama eğilimindedirler. Detrusor endometriyozisi için segmental mesane rezeksiyonu genellikle görece basit ve güvenli bir prosedürdür. Özellikle genç hastalarda son derece başarılı bir yöntemdir. Laparotomi yardımıyla, laparoskopik ya da robotik olarak gerçekleştirilebilmektedir. Nüksün en önemli sebeplerinden birisi de dolaylı yollarla tedaviyi etkileyen hasta yaşıdır. Genç hastalarda yeterli rezeksiyon sağlanmadığı ve gerektiğinde parsiyel sistektomi gibi agresif tedavilerden kaçınıldığından nüks oranları yaşlı hastalara nazaran yüksek saptanmaktadır (9).

Endometriozis jinekoloji kliniklerinde son derece sık görülen, tanı ve tedavi açısından güncel pratikte önemli bir yer tutmakla beraber, uterus dışı tutulumlar ve bunların oluşturduğu klinik tablolar primer odağı olan uterus kadar sık görülmemektedir. Üreme çağındaki aktif kadınlarda dizüri gibi irritatif semptomlar çoğunlukla gözden kaçırılabilir. Özellikle tekrarlayan olgularda ürojinekolojik muayene ve daha sonrasında ultrasonografik inceleme değerlendirilmelidir. Ayrıca tanıyı doğrulamak adına sistoskopi yapılması mutlaka akılda bulundurulmalıdır. Küratif bir cerrahi tedavinin ek hormonal tedaviye gerek olmaksızın bu tür olgularda yeterli olacağı kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Cornilie F, et al. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril* 1990;53:978—83.
2. Carmen Maccagnano, Federico Pellucchi, Lorenzo Rocchini, Massimo Ghezzi, Vincenzo Scattoni, Francesco Montorsi, Patrizio Rigatti, Renzo Colombo. Diagnosis and treatment of bladder endometriosis: state of the art. *Urol Int* 2012;89:249-258.
3. Zugor V, Krot D, Rösch WH, Schrott KM, Schott GE, En-

4. Klein S, D'Hooghe T, Meuleman C, Dirksen C, Dunselman G, Simoens S. What is the societal burden of endometriosis-associated symptoms? a prospective Belgian study. *Reprod Biomed Online* 2014;28:116-24.
5. Seaman HE, Ballard KD, Wright JT, de Vries CS. Endometriosis and its coexistence with irritable bowel syndrome and pelvic inflammatory disease: findings from a national case-control study--Part 2. *BJOG* 2008;115:1392-6.
6. Moore J, Copley S, Morris J, Lindsell D, Golding S, Kennedy S. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002;20:630-4.
7. Dallaudière B, Salut C, Hummel V, Pouquet M, Piver P, Rouanet JP, Maubon A. MRI atlas of ectopic endometriosis. *Diagn Interv Imaging* 2013;94:263-80.
8. Krüger K, Gilly L, Niedobitek-Kreuter G, Mpinou L, Ebert AD. Bladder endometriosis: characterization by magnetic resonance imaging and the value of documenting ureteral involvement. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014;176:39-43.
9. Carmen Maccagnano, Federico Pellucchi, Lorenzo Rocchini, Massimo Ghezzi, Vincenzo Scattoni, Francesco Montorsi, Patrizio Rigatti, Renzo Colombo. Diagnosis and treatment of bladder endometriosis: state of the art. *Urol Int* 2012;89:249-258.