# Umbilikal Endometriozis

**(Literatürün gözden geçirilmesi ve bir vaka takdimi)**

**Dr. Gülseren Erel*** **Dr. İlhan Tuncer****

Endometriosis endometrium stroma ve glandüler elemanlarının uterus kavitesi dışında bir odakta bulunmasıdır. Bu ektopik yerleşim yeri uterus muskularis tabakası içinde olursa endometriosis interna veya adenomyozis, uterus dışında olursa endometriosis eksterna olarak adlandırılır.

Endometriosis ile ilgili bilinen ilk yazı 1860 yılında Rokitansky'e aittir. Daha sonra 1921 de Sampson bir seri vaka yayınlamıştır.[2,7,8]

Movers'e göre A.B.D. yapılan laparatomilerde endometriosis odaklarına % 22,17 oranında rastlanılmaktadır.[16] Bir diğer yazara göre bu oran % 5 olup % 94 sıklıkla adenomyosis, % 6 sıklıkla ise eksternal endometriosis şeklinde gelişmektedir. En sık 36-45 yaşlarında görülmektedir.[8]

Eksternal endometriosis; ovaryumlar, uterus ligamanları-rektovajinal septum-Uterus, tubalar, sigmoid ve mesaneyi örten pelvik periton, umblikus, laparotomi skarları, herni keseleri, appendiks, vajina, vulva, serviks, fimbriyal bölge, lenf düğümleri, akciğerler, ekstremitelerde yerleşim göstermektedir.[8]

Umblikal bölge, endometriosisin ender rastlanan bir yerleşim yeri olup, değişik serilerde eksternal endometriosisler içerisinde % 0,5 - % 4 sıklıkla göründüğü belirtilmiştir.[4]

Gözden geçirilebilen literatürde Beirne ve arkadaşlarına[6] göre 1955'e kadar 109 vaka yayınlandığı 1958 de 1 vakanın ilave edildiği, 1966 da Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) materyeli arasından 28 vaka daha eklenerek vaka sayısının 137 ye yükseldiği anlaşılmıştır.[13,14] Bun-

* Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı asistanı

** Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Bilim Dalı Öğretim Görevlisi.

dan sonra 1972 de Lauslahti[5] de zemininde kanser gelişen bir endometriosis vakası yayınlamıştır. Kendi vakamızla birlikte inceleyebildiğimiz literatürdeki toplam vaka sayısının 139 olduğu söylenebilir.

Klinikte; 1) Kanlı sekresyon 2) Göbek çevresinde ağrı ve hassasiyet 3) Şişlik 4) Kaşınma 5) Mavi renk değişimi ile kendisini gösteren bu olay saptandığı zaman bugün dahi açıklık kazanamamış olan endometriosis histogenezi ile ilgili yeni tartışmalara yol açmaktadır.

Umbilikal bölge endometriosis ile birlikte adenomyosis, bilateral ovaryal endometriosis ve leiomyoma uterisi bulunan bir vaka nedeniyle konuyla ilgili kaynaklar gözden geçirilmiş ve endometriosis histogenezi tartışılmıştır.

VAKA : G.H.L. 48 Y. evli kadın, 3 çocuklu Protokol No: 573358,

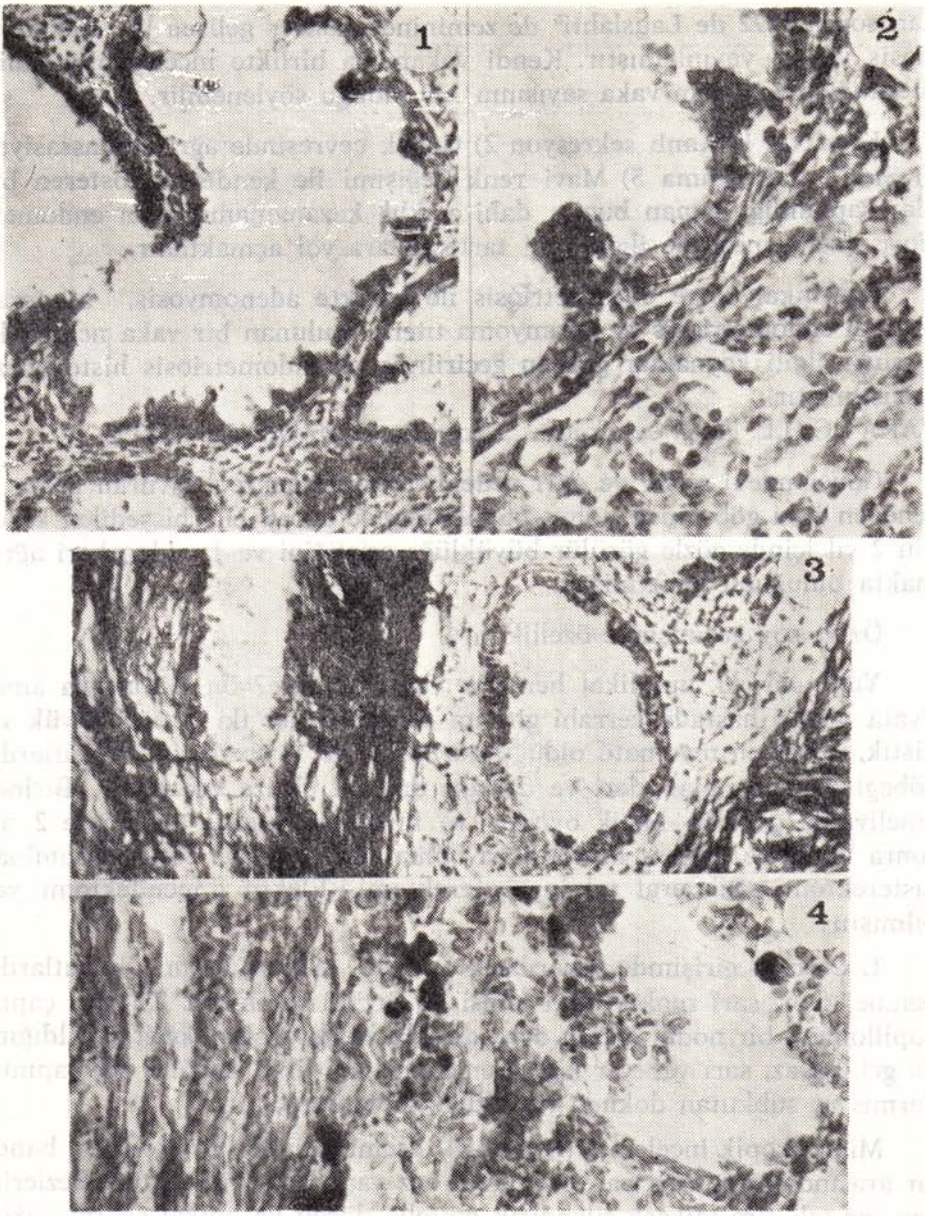
Göbeğindeki şişlik ve ağrı nedeniyle hastanemize başvuran hasta 5 seneden beri göbeğinde nohut büyüklüğünde ancak elle hissedilen kitlenin 2 yıl içinde gözle görülür büyüklüğe eriştiğini ve 1 yıldan beri ağrımakta olduğunu belirtmiştir.

Öz ve soy geçmişinde özellik yok.

Yağ nekrozu, umblikal herni ve tümöral kitle? ön tanılarıyla ameliyata alınan hastada cerrahi girişim sırasında her iki overin büyük ve kistik, uterusun myomatö olduğu görülmüş ve 13x6x4,5 cm. boyutlarda göbeği de içine alan deri ve derialtı dokusu eksize edilmiştir. Birinci ameliyatda görülen kistik overler ve myomatö uterus nedeniyle 2 ay sonra kadın ve doğum hastalıkları bölümünde hastaya total abdominal histerektomi+Bilateral salpingocoferektomi+Elektif appendektomi yapılmıştır.

I. Cerrahi girişimde çıkarılan materyel 13x6x4,5 cm. boyutlarda pembe, mor, sarı renkte, deri elipsi ile örtülü ortasında 2,5 cm. çapta papillomatö bir nodül içeren deri, derialtı dokusu olup, kesit yapıldığında gri, beyaz, sarı yer yer kahverengi orta sertlikte nodüler bir yapının dermis ve subkutan dokuda yer aldığı saptanmıştır.

Mikroskopik inceleme: (B-6705-74) dermis içinde fibrokollajen bandlar arasında endometriyal stroma ve bez yapıları görülmüştür. Bezlerin yer yer tek sıra yüksek silendirik epitelle döşeli ve apikal sekret vakuolü içerdiği veya tek sıra yassılaşmış atrofik epitelle döşeli ve kistik genişlemeler gösterdiği dikkati çekmiştir. Şekil : 1-2. Bir kısım bez lümenlerinde eozinofilik sekret ve hemosiderinle yüklü makrofajlar gözlenmiştir Şekil : 3-4 Çevre dokuda bu ektopik gelişime reaksiyon olarak fibrozis, mikzoid dejenerasyon, az sayıda lenfo-histio-fibroblastik mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu saptanmıştır.




**Şekil 1 : Fibro-kollajen doku içerisinde endometriyal Stroma ve apikal sekret vakuolü içeren endometriyal bez yapıları H+EX100**

**Şekil 2 : Aynı alanın büyük büyültmesi H+EX300**

**Şekil 3 : Fibrozis ve endometriyal glandlar H+EX100**

**Şekil 4 : Stroma ve gland içinde hemosiderinle yüklü makrofajlar, Prusya mavisi X300**

İncelenen slaydların hiçbirisinde kan ve lenf damarları içerisinde endometriyal gland ve stromasına ait herhangi bir dokuya rastlanılmamıştır.

II. Ameliyat materyeli, 240 gr. ağırlıkta 11x7x5,5 cm. boyutlarda intramural ve subseröz 0,3-1 cm. çaplarda leiomyom nodülleri içeren uterus ile sağ, 6x5x3,5 sol 3,5x2,3x1,8 cm. boyutlarda overlerden ibarettir. Sağ over kirli koyu kahverengi mayi ile dolu kistik olup (çikolata kisti) sol overde 1x0,5 cm. lik ikinci bir hemorajik kistik yapı görülmüştür. Elektif olarak çıkarılan apendiks vermiformis normal görünümdedir.

Mikroskopik incelemede (B-842-75)

1 — Leiomyoma uteri (intramural, subseröz)

2 — Adenomyosis

3 — Endometriosis, bilateral overler

4 — Kronik erozyonlu servisitis saptanmıştır.

## TARTIŞMA

Endometriosis histogenesini açıklamak üzere çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Bunlardan ilki Sampson'un[9] implantasyon teorisidir. Burada menstrüel kanın tubalar yolu ile retrograt akışı sonucu taşınan endometriyal dokunun overler ve pelvik peritoneal yüzeylere yerleşerek çoğaldığı öne sürülmüştür. Sadece pelvik bölge endometriosislerine uygulanabilen bu görüşü destekleyen deneysel çalışmalar ve klinik gözlemler vardır. Scott ve Te Linde Rhesus maymunlarda servikal kanalı kapatıp menstrüel kanı peritoneal kaviteye akıtarak 1-2 ay - 1 yıl içinde % 50 oranında endometriosis geliştiğini göstermişlerdir.[4] Novak bu olayı menstrüel kanın irritasyonu sonucu peritoneal epitelin metaplazisi şeklinde yorumlamıştır.

Biyopsi, küretaj, utero tubal insuflasyon, histerosalpingografi gibi intrauterin uygulamaların implantasyona neden olabileceği öne sürülmüş[5] retrovert uterus ve leiomyoma uteri gibi menstrüel kanın normal çıkışını engelleyen durumlar da fimbrialar yoluyla geriye doğru bir akış gösterilmiştir. Bu vakalarda endometriosis oldukça sık görülmektedir. Bizim vakamızda da retrograd menstürel akışa neden olabilecek leiomyoma uteri mevcuttur.

Bikornus uteruslu hastalarda bir bölümde menstrüel kanın servikal çıkışı olmadığından hemosalpinks ile birlikte pelvik endometriosisin görüldüğü kaydedilmiştir.[8]

Sampson'un teorisi genele uygulanamaması yanısıra diğer bazı noktalardan da eleştiriye uğramıştır.

Örneğin, retrovert uterus nadir olmasına karşıt endometriosisin oldukça sık görüldüğü belirtilmiştir.

Peritona atılan hücreler genellikle menstrüel döneme ait olup Scott ve Te Linde[11] deneysel olarak hayvanlarda yaptıkları bir çalışmada değişik dönemlere ait endometriyal dokuları transplante ederek yaşama sürelerini saptamışlar ve en uzun yaşayanlardan en kısa süreye kadar şöyle sıralamışlardır; 1) Post menstürel endometrium 2) İnternal endometrium 3) Sekretuar endometrium 4) Premenstürel endometrium 5) Menstrüel endometrium 6) Erken gebelik endometriumu ve 7) Geç gebelik endometriumdur. Buna göre menstrüel ve gebelik endometriumunun transplante olduğu dokuda yaşama olasılığı oldukça azdır. Bu nedenle gebelikte, episotomi, sezeryan v.s. ile meydana gelebilecek endometriosisleri organizma önlemektedir.

Bazı karşıt görüşler ve bulgular olmasına rağmen bilhassa ovaryal ve pelvik peritoneal bölge endometriosislerini açıklamada Sampson'un implantasyon teorisi hala geçerliliğini korumaktadır. Ancak implante olan dokunun kendisinin mi çoğalıp endometriosis odağını oluşturduğu, yoksa puluripotansiyel coelemic epitelin metaplazisini mi uyardığı sorusu açığa kavuşturulmamıştır.

Sampson'un teorisine karşı Iwanoffi-R. Meyer ve Novak coelemic metaplasiyi öne sürmüşlerdir. Yazarlar aberan endometriumun coelemic epitelin anormal diferansiyasyonu sonucu geliştiğini belirtmişlerdir.[8]

Bütün genital mukozalar coelemic epitelden gelişirler. Müller kanalı, primitif periton veya coelemic epitelin invajinasyonu sonucu meydana gelir ve uterus, tubalar ve serviksi oluşturur. Overlerin germinal epiteli de coelemic epitel kökenli olup endometriyal dokuya farklılaşma potansiyeli mevcuttur. Overlerin endometriosislerinde Novak'a göre hormonal, Meyere göre iltihabi etkenlerle germinal epitelde var olan yetenek uyarılmakta ve endometriyal doku şeklinde diferansiye olmaktadır.

Merril tavşanlarda periton içerisine endometriyal doku içeren milipor filtre koyarak, filtre yakınından hiçbir hücre geçmediği halde 8 haftada endometriosis geliştiğini gözlemiştir. Levander ve Norman[6] gebe tavşanlarda otoloğ endometriyal implantların dejenerasyona uğradığını fakat sonradan bu doku yanında endometriyal kistlerin geliştiğini kaydetmişlerdir. Bu deneysel çalışmalar endometriyal dokunun bizzat kendinin çoğalmasından çok metaplaziyi uyaran bir etken olarak rol oynadığını düşündürmektedir.

Konjenital uterus ve vajina yokluğunda endometriosis hiçbir zaman saptanmamıştır.[14] Bu bulgu endometriyal dokunun taşınması ve metaztaz lehinde metaplazi görüşüne karşı delil olarak öne sürülmektedir. Ancak indüksiyonu yapacak endometriumu olmayan bu şahıslarda uyarılmış metaplazinin gelişemeyeceği de açıktır.

Endometriosis histogenezinde öne sürülen bir diğer görüş ise lenfojen ve homatojen yayılımdır. (Halbanın metaplazi teorisi) Lenf düğümleri, akciğerler, kol, uyluk gibi lokalizasyonlardaki endometriosisin ancak metastaz yoluyla meydana gelebileceği önerilmiştir.[7,8]

Taussig serviks kanseri nedeniyle iliak lenf düğümleri çıkarılan vakaların % 10 unda lenf düğümlerinde endometriyal doku saptamıştır.[4] Scott, Nowak ve Tindale[10] kan, boya ve radioaktif maddelerin retrograt, lenfatik yolla pelvisten umbilikusa doğru aktığını göstermişlerdir.

Dış gebelikte peritoneal, kanamalarda göbek etrafında görülen mor kırmızı renk değişimi (cullen işareti) de kanın umblikal bölgeye geriye doğru akışı sonucudur. Umbilikal endometriosiste lenfatik metastaz görüşüne karşı çıkan bir grup araştırıcı, göbekte lenfatiklerin merkezden perifere doğru dağıldığını ve endometriosis odağı yanında satellit odakların bulunması gerektiğini fakat kendi vakalarında bulunmadığını belirtmektedirler.[3,11,14]

Bizim vakamızda da hiçbir lenf ve kan damarı içinde endometriyal doku görmedik ve satellit nodül saptamadık.

Hobbs ve Bortrick endometriyal hücreleri tavşan kulak venine enjekte etmişler ve deney hayvanlarının % 75 inde akciğerde tipik endometriosis geliştiğini görmüşlerdir.[4]

Steck, M.W.D. ve arkadaşları[13] 82 vakalık deri endometriosisinde 5 adet inguinal bölge endometriosisi dışında cerrahi skarda 56, fizyolojik umbilikal skarda 21 vakada endometriosis tesbit etmişlerdir. Yazarlar umbilikal fizyolojik skarlar, cerrahi skarlar ve herni keselerinin peritonda serbest dolaşan endometriyal hücreleri selektif olarak tutan bir havuz olarak tanımlamışlardır. Ancak 2 si umbilikal 2 si inguinal 4 vak'ada herni göstermişlerdir.

Vakamızda umbilikal endometriosisle birlikte ovaryal endometriosis ve adenomyosis ile leiomyoma uterinin bulunuşu yukarıda özetlemeye çalıştığımız mekanizmaların birkaçının birarada sorumlu olabileceğini düşündürmektedir. Örneğin, ovaryal endometriosiste, leiomyoma uteri nedeniyle gelişen retrograt menstrüel kan akışı ve implantasyon ovaryal endometriosis oluşturabileceği gibi bu hücrelerin uyarısı

ile coelemic epitelin metaplazisi sonucu ovaryal ve umbilikal endometriosis gelişebilir. Ayrıca umbilikal bölgenin fizyolojik skarını da histogenezde anabiliriz.

Steck, C.W.D ve Helwig, E,B.nin[13,14] 82 vakalık deri endometriosis serisinde endometriosis odağının % 40 oranında siklik değişiklikler gösterdiği saptanmıştır.[5,11] Endometriosis stromasında desidual reaksiyon da görülebilir. Vakamızda ağrı ve hassasiyet olmasına rağmen, bu ağrının periyodik bir nitelik göstermediği belirtilmiştir. Ayrıca desidual reaksiyon da mevcut değildir.

Endometriosis odaklarında çok sık olmamakla beraber maligniteye dönüş görülmektedir.[7,9,10,15] Lauslahtı, K[5] ovaryal thekoma ile birlikte bulunan ve hormonal etki ile malign transformasyon gösterdiğini öne sürdüğü umbilikal endometriosis üzerinde gelişmiş bir adenokarsinom sunmuştur. Çok az da olsa malignite eğiliminin bulunuşu da bu odakların cerrahi tedavisini gerektirir.


## ÖZET

48 yaşında bir kadın hastada ender bir yerleşim yeri olan umbilikal endometriozis ile birlikte bilateral ovaryal endometriozis, adenomyozis ve leiomyoma uteri saptanmıştır. Endometriozis ile ilgili kaynaklar gözden geçirilmiş ve histogenezi tartışılmıştır.

## SUMMARY

The rare localization of umbilical endometriosis, combined with bilateral ovarian endometriosis, adenomyosis and uterine leiomyomata were observed in a 48 year old female. Relevant literature has been reviewed and the histogenesis of the lesion has been discussed.


## KAYNAKLAR


1 — Beirne, M.F., Berkheiser, B.W., Sayre, P.A.: Umbilical Endometriosis (A case Report) Am. J. Obst, and Gynec. 69: 895-897, 1955.

2 — Çanga, Ş., Esendal, A., Yavuz, M.: Over tümörleri. A.Ü. Tıp Fakültesi Yayınlarından, Ankara, 1970, 168.

3 — Kandemir, E., Ilgaz, N.: Endometriosis extragenitalis (29 yıllık klinik araştırması) A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası. 26, III, 565-577, 1973.

4 — Latcher, J.W., Oneonta, N.Y.: Endometriosis of the Umbilicus Am. J. Obst. Gynec. 66: 161-168, July 1953.

5 — Laus Lahti, K.: Malignant external endometriosis Acta. Path. Microbiol. Scand. Sect. A. 233, 98-102, 1972.

6 — Levander, G., and Norman, P.: Pathogenesis of endometriosis. Acta. Obstet. Gynec. Scand. 34: 366, 1955. (Kaynak 14'den naklen).

7 — Merril, J.A.: Experimental İnduction of endometriosus across milipore filters. Surg. Forum 14: 397, 1963.

8 — Novak, E.R., Woodruff, J.D.: Gynecologic and Obstetric Pathology. Pelvic endometriosis chapter 30 Seventh ed. W.B. Saunders Company Philadalphia 1974, 506-521.

9 — Sampson, J.A., Albany, N.Y.: The development of the Implantation Theory for the origin of peritoneal Endometriosis. Amer. J. Obstet. and Gynec. 40: 549, 1940.

10 — Scot, R.B., Nowak, R.J. and Tındale R: Umbilical endometroiosis and the cullen sign Obstet and Gynec. 11: 556, 1958.

11 — Scott, R.B. and Te Linde, R.W.: Clinical external endometriosis-Probable viability of menstrually shed fragments of endometrium Obstet and Gynec. 4:502, 1954.

12 — Scully, R.E., Richardson, G.E. and Barlow, J.F.: The development of malignancy in endometriosis clinical obstetrics and Gynecology. 9,2: 384, 1966.

13 — Steck, C.W.D., Helvig, E.B.: Cutaneous Endometriosis. Jama, 191; 3: 167-170, 1965.

14 — Steck, C.W.D., and Helwig, E.B.: Cutaneous Endometriosis. Clinical Obst. and Gynec. 9;2:373-383, 1966.

15 — Steck, N.D., and Helwig, E.B.: Tumors of the Umbilicus. Cancer 18: 907, 1965.

16 — Yeşilkaya, Y.: Kalın Barsak Endometriosisi, A.Ü. Tıp Fakültesi Mecmuası, 25:53, 1972.