

## Gluteal Ağrı İle Gelen İntramuskuler Endometrioma Olgusu\*

### *A Case of Intramuscular Endometrioma Presenting with Gluteal Pain*

Aylin YÜCEL, Murat ACAR, Ramazan ALBAYRAK,  
Alpay HAKTANIR, Bumin DEĞİRMENCİ

*Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyodiagnostik AD, Afyonkarahisar*

**ÖZET:** Endometriozis, endometriyal dokunun uterin kavite dışında bir yerde yerleşimi ile karakterizedir. En sık yerleşim yeri pelvistir, fakat ekstrapelvik, hatta ekstra-abdominal lokalizasyonlarda da görülebilir. Burada gluteus kaslarında yerleşen endometriomalı genç bir kadın olguyu sunuyor ve radyolojik bulgularını tartışıyoruz.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriozis; kaslar; ultrasonografi; tomografi, x-ray bilgisayarlı.

**ABSTRACT:** Endometriosis is characterized by presence of endometrial tissue in locations outside the uterine cavity. The most common location is in the pelvis, but endometriosis could be found in extra-pelvic and extra-abdominal locations. We present here a case of extra-pelvic endometrioma within the gluteus muscles in young women and discuss the radiologic findings.

**Key Words:** Endometriosis; muscles; ultrasonography; tomography, x-ray computed.

### GİRİŞ

Endometriozis, fonksiyonel endometrial dokunun uterin kavite dışında yerleşimi ile karakterizedir (1-4). Küçük implantlar ya da endometrioma gibi kistik kitle formunda görülür (5). En sık pelvis içinde, overler, uterin ligamanlar, rektovaginal septum ve peritonda izlenir (1-3,6). Nadiren de pelvis dışında mesane, barsaklar, plevra, akciğer, abdominal duvar, vulva, Bartolin bezi ve ciltte (skar dokusu, umblikus, inguinal bölge) yerleşebilir (1-3,7,8). Cilt yerleşimli endometriozisin etyolojisinde, sezeryan ameliyatları sırasında veya yapılan enjeksiyonlarda iğne traktı boyunca ekilim sorumlu tutulmaktadır (1,3). Ektopik endometrial doku, menstruel siklus boyunca hormonal değişikliklere cevap verir ve sıklıkla ağrıya neden olur (3,7).

Burada nadir bir lokalizasyon olan gluteal kaslarda yerleşimli, semptomatik bir endometrioma olgusunu, radyolojik bulgularını tartışarak sunuyoruz.

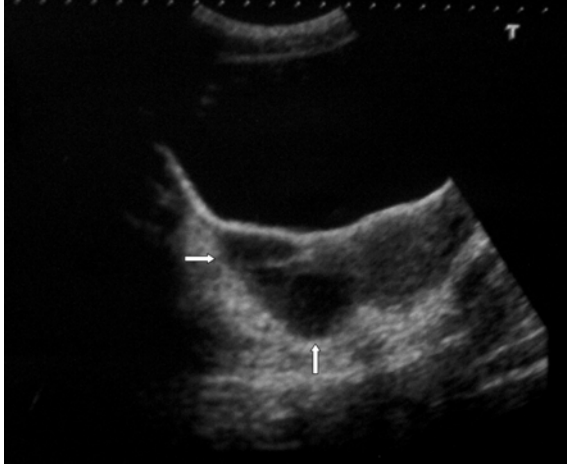
### OLGU BİLDİRİSİ

17 yaşında bayan hasta, adet dönemlerinde sağ kalçasında ağrı şikayeti ile başvurdu. Hikayesinden, hastanın ağrısının son 6 aydır arttığı ve sağ ayağında aksamaya neden olduğu öğrenildi. Ayrıca hasta, çok sık intramuskuler enjeksiyon yapıldığını ve ağrının bu enjeksiyonlarla ilgili olabileceğini düşündüğünü ifade ediyordu, ancak intramuskular abse kliniği tariflemiyordu. Fizik muayenesinde Laseque testi pozitif. Laboratuvar bulgularından CA-125 (146,5 U/ml) yüksekti, bunun dışında anlamlı bir bulgu yoktu.

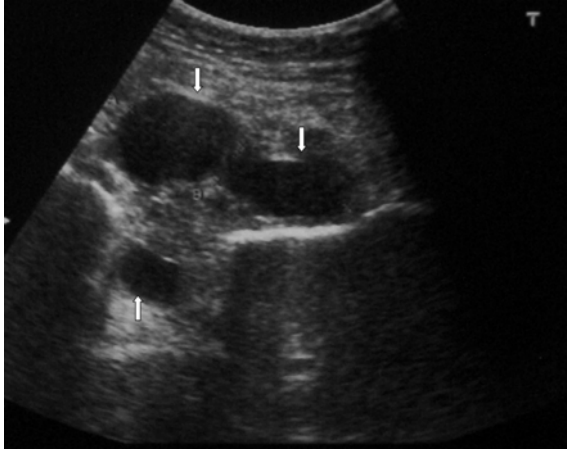
Gri skala pelvik ultrasonografide (US), sağ adneksiyal lojda 6x5x4 cm boyutlarında santralde kistik, periferde solid komponentleri olan kitle lezyonu mevcuttu (Resim 1). Sağ gluteal bölgeye yönelik yapılan US'de, kas yapıları arasında 3x3x2 cm boyutlarında kistik anekoik kitle ve daha derinde, kemik pelvis içerisinde yaklaşık 1,5 cm çapında benzer natürde ikinci bir kistik anekoik görünüm saptandı (Resim 2). Kontrastlı bilgisayarlı tomografi (BT) tetkikinde, adneksiyal lezyonun septasyon içeren, septal ve çepersel boyanma gösteren, multikistik bir yapıda olduğu izlendi (Resim 3). Bu lezyona ek olarak, US'de gluteal bölgede izlenen lezyonların karşılığı olan, derin gluteal kaslar içerisinde, 3x3x2 cm boyutunda ve asetabulum seviyesinde kemikle komşu 1,5 cm çapında uniloküle, ancak benzer natürde farklı 2 lezyon daha saptandı (Resim 4a,b).

Adneksiyal lojdaki lezyon ile gluteal lezyonun direk bağlantısı olmadığı ancak yumuşak doku planları ile yakın komşuluğu dikkati çekiyordu.

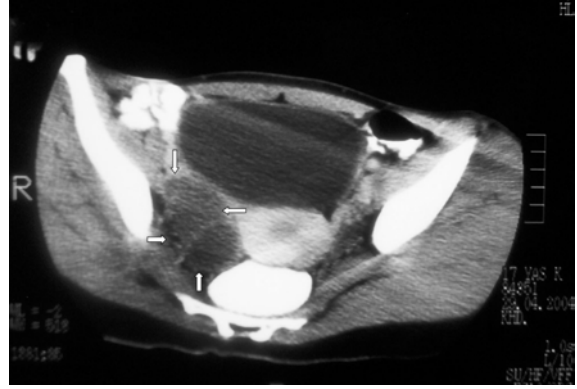
Gluteal yerleşimli kistik kitle ve sağ adneksiyal kitle opere edildi. Operasyon sırasında sağ kalçadaki kitlenin siyatik sinire yakın komşuluğu dikkat çekiyordu. Adet dönemlerinde kanayan ve boyutu artan bu gluteal yerleşimli kistik kitle lezyonu, siyatik sinire bası yaparak siyatikaljiye neden oluyordu. Ayrıca sağ adneksiyal alanda saptanan kitle lezyonu da eksize edildi ve endometriozis tanısı aldı.



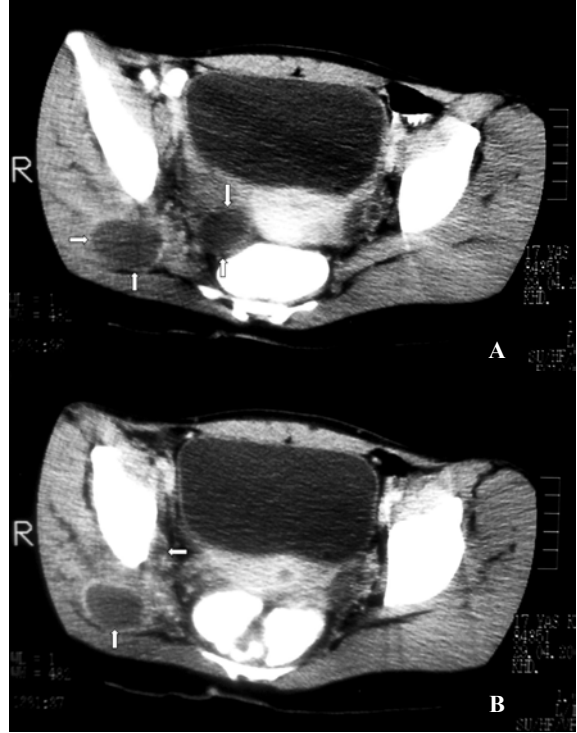
**Resim 1.** Gri skala pelvik ultrasonografide, sağ adneksiyal lojda 6x5x4 cm boyutlarında santralde kistik, periferde solid komponentleri olan kitle lezyonu (oklar).



**Resim 2.** Sağ gluteal bölge ultrasonografisinde, 3x3x2 cm boyutlarında kistik anekoik kitle (aşağı oklar) ve daha derinde, kemik pelvis içerisinde yaklaşık 1,5 cm çapında benzer natürde kistik anekoik görünüm (yukarı ok).



**Resim 3.** Kontrastlı BT kesitinde, sağ adneksiyal lojda septasyon içeren, septal ve çepersel boyanma gösteren, multikistik lezyon (oklar).



**Resim 4.** Kontrastlı BT kesitinde, adneksiyal lezyona ek olarak, derin gluteal kaslar içerisinde 3x3x2 cm boyutunda lezyon (a), ve asetabulum seviyesinde kemikle komşu 1,5 cm çapında küçük bir odak lezyon (b) (oklar).

## TARTIŞMA

Endometriozis toplumun %1-7'sinde, infertil kadınların %20'sinde, 30-40 yaş arası kadınların %10'unda izlenen sık bir jinekolojik hastalıktır (2,3). Endometriozis, sadece reproduktif yaş grubunu etkilemez. Bunun dışında 10 yaşındaki kızlar ile

80 yaşındaki kadınlar da cerrahi olarak endometriozis tanısı alabilmektedirler (9). Bizim olgumuz da yaşının 17 olması nedeniyle nadir rastlanan yaş grubunda yer almaktaydı.

Endometriozis olgularında, lupus eritamatozus, Sjögren's Sendromu, romatoid artrit, multipl skleroz, kronik yorgunluk sendromu, hipotiroidizm, allerjik bünye ve fibromiyalji görülme riski, normal popülasyondan daha yüksektir (10). Ayrıca endometriozis olgularının yaklaşık %1'inde malign transformasyon bildirilmiştir (6). Bu bilinen riskler nedeniyle endometriozisli kadınların ve bizim olgumuzda olduğu gibi genç kızların olabildiğince erken tanı konup, tedavi edilmesi önem kazanmaktadır (10).

Endometriozis etyolojisini açıklayan birçok teori vardır, bunlar arasında retrograd menstruasyon, çöломik metaplazi, konjenital, vasküler yayılım ve direk implantasyon teorisi bulunmaktadır: (1-3,5)

"Retrograd menstruasyon (Sampson's) teorisi", endometriozisin nedeni olarak öne sürülen en eski ve en çok kabul gören teoridir. Menstrüel kan uterusdan vaginaya doğru değil, fallop tüpleri aracılığı ile pelvise drene olur. Pelviste herhangi bir yüzeye yapışan endometrial doku, oradan kanlanmasını sağlar (4).

"Çöломik metaplazi (Meyer's) teorisi"ne göre embriyoda değişik şekilde matürleşme potansiyeline sahip hücreler, yanlış yerde yanlış formatta gelişir. Bu yanlış yerleşimli hücreler doğumda mevcuttur (2,4).

"Konjenital teori"ye göre embriyoda uterusu oluşturacak hücreler, uterusu varmadan önce uterus kapanırsa, kavite dışında kalır. Bu, dışarıda kalmış hücreler, çöломik çizgide bulunurlar ve doğum esnasında da mevcuttur (4).

"Vasküler teori"ye göre endometrium kan damarları yolu ile vücuda yayılır ve çeşitli dokulara giderek oraya yerleşir ve orada yaşamaya başlar (4).

"Direk implantasyon" teorisine göre ise round ligament boyunca pelvise komşu yol alır (1).

Pelvik endometriozis, en sık pelvik ağrı ve infertiliteye neden olur, ancak asemptomatik de olabilir. Pelvis dışı endometrioziste, semptomların ortaya çıkma zamanları genellikle menstrüel siklusla uyumludur (9). Başağrısı, baş dönmesi, ciddi allerjik reaksiyonlar görülebilir (10). Gastrointestinal tutulumun belirtileri; bulantı, kusma, kabızlık, diare, kramplı abdominal ağrı ve hematokezya olabilir (4,9,10). Akciğer yerleşimi genellikle siklik hemoptiziye yol açar. Cilt yerleşiminde menstrüel siklusla görünümeleri değişen lezyonlar vardır. Genitoüriner sistem yerleşiminde dizüri ve hematüri

görülür. Bunun yanı sıra hastalar, tamamen semptomsuz da olabilir. Endometriozise bağlı internal kanama kronik inflamasyona, adezyon ve skar dokusu oluşumuna yol açabilir (9).

Bizim olgumuzda hem pelvik hem de extrapelvik yerleşim bir aradaydı. Round ligament boyunca pelvise yayılan endometrial hücreler, muhtemel derin yapılan sık enjeksiyonlar vasıtasıyla gluteal kaslar arasına ekilmişti. Zamanla burada endometrioma gelişmiş ve menstruasyon döneminde semptomatik hale gelmişti.

Endometriozisin kesin tanısı genellikle laparaskopi ya da laparotomi ile alınan dokulardan yapılan histopatolojik inceleme ile konur (4,10). Fakat opere edilmemiş hastalarda ve menstrüel periyodu yeni başlayan genç kızlarda klinik hikaye tanıda büyük önem taşır (4). Bizim hastamıza tanı koymamızdaki en önemli ipucu, menstrüel periyodla uyumlu gluteal ve pelvik ağrı olması idi. Kanda CA-125 düzeyinin yüksekliği de endometriozis ya da pelvik ciddi bir problemi düşündürmelidir (4). Olgumuzda bu marker değerleri normalin üstündeydi ve tanıyı destekliyordu.

US'de lezyon, genellikle iyi sınırlı, diffüz, ince internal ekolar içeren kistik bir kitle şeklinde izlenir (3,5). Tekrarlayan kanamalara bağlı heterojenite de izlenebilir (3). Bizim olgumuzda ovaryan ve gluteal lezyonların ultrason görünümü sırasıyla heterojen ve pür kistik natürdeydi. Ayırıcı tanıda korpus luteum kisti ve lutein kistler, teratom yada dermoid kistadenom, tubo-ovarian abse ve karsinomlar bulundurulmalıdır (5). Renkli Doppler ve power Doppler US'de periferik vaskülarizasyonu gösterse de tanısal değeri kısıtlıdır (5,8).

BT'de lezyon, komşu kas dokusuna göre izo- yada aktif kanamaya bağlı hiperdenstir (3). İntravenöz kontrast madde uygulaması sonrası heterojen boyanır. Lezyon çevresindeki inflamatuvar değişiklikler, yağ planlarında bulanıklaşmaya neden olabilir (3). Olgumuzdaki lezyonların BT görünümü, birbirine benzer natürdeydi ve ovaryan lokalizasyonda multilokule, pelvik ve gluteal lokalizasyonda unilokule, düzgün sınırlı hipodens kitleler şeklinde izleniyordu. Kontrast tutan ince septa ve duvarları dikkati çekiyordu.

Manyetik rezonans görüntüleme (MRG), endometriozisin sinyal karakteristikleri içerdiği hemorajinin değişik evrelerini, fibrozis ve inflamasyonu yansıtır (3). T1 ağırlıklı görüntülerde hiperintendir, T2 ağırlıklı görüntülerde hiperintens odaklar içeren hipointens lezyonlar şeklinde görülebildiği gibi, izointens ya da mikst yapıdadır (5). Endometriozis için önemli bir ayırt edici bulgu

“shading” (“gölgeleme”), yani lezyon içinde sinyal kaybı görülmesidir. Bu bulgu hem T1, hem de T2 ağırlıklı imajlarda gözlenir ve kronik tekrarlayan kanamaya sekonder hemosiderini temsil eder. Subakut hemoraji, methemoglobinin varlığı ile hem T1 hem de T2 ağırlıklı imajlarda artmış sinyal alanları şeklinde izlenebilir. İntravenöz gadolinyum enjeksiyonu lezyon çevresinde artmış vaskülariteye bağlı olarak hafif boyanma gösterebilir. MRG hemosiderini gösterebilme özelliği nedeniyle BT’den daha spesifiktir (3). Ayrıca MRG, posterior pelvis yerleşimli endometriozisin preoperatif tanısında ve yayılımının saptanmasında görüntüleme yöntemi olarak tercih edilmektedir (5).

Endometriozise yönelik tedavi, tıbbi tedavi ve cerrahi tedaviyi içerir. Tıbbi tedavide amaç kadının menstrüel döngüsünü değiştirmeye yöneliktir. Böylece endometrial implantların gerilemesi amaçlanır. Bu etki yalancı gebelik, yalancı menapoz ve kronik anovulasyon sağlanarak yapılır. Kullanılan ilaçlar Danazol, GNRH analogları, oral kontraseptifler ve progestinlerdir. Cerrahi tedavi ise en sık başvuru olan bir tedavi yaklaşımıdır. Endometriotik implantları gidermede kullanılan cerrahi yöntemler vaporezasyon (buharlaştırma), koagülasyon, koterizasyon veya eksizyondur (3,4,8,9). Olgumuzda gluteal yerleşimli kistik kitle ve sağ adneksiyal kitle opere edildi. Operasyon sırasında gluteal kitlenin siyatik sinire yakın komşuluğu dikkat çekiyordu. Olasılıkla adet dönemlerinde kanayan ve boyutu artan kistik yapı, siyatik sinire bası yaparak siyatik sinire neden oluyordu.

Sonuç olarak olgumuzda tekrarlayan ve olasılıkla derin yapılan gluteal enjeksiyonlar, varolan adneksiyal endometriozisin, gluteusa direk implantasyonuna neden olmuştu. Zaman içinde gelişen intramusküler kistik kitle, menstruasyon döneminde ağrı ile semptomatik hale gelmişti. Menstrüel siklusla korele ağrısı olan kadınlarda saptanan kistik kitlelere, hastanın yaşı ve kitlenin lokalizasyonu ne olursa olsun, endometriozis açısından şüphe ile yaklaşmalı kanısındayız.

## KAYNAKLAR

1. Kılınç N, Yalınkaya A, Özyayın M. Nondecidualized and decidualized endometriosis of the abdominal Wall. A report of two cases secondary to cesarean section. Turk J Med Sci, 2002; 32: 505-508.
2. Gocmen A, Inaloz HS, Sari I, Inaloz SS. Endometriosis in the Bartholin gland. Obstet Gynecol, 2004; 114: 110-111.
3. Teh J, Leung J, Dhar S, Athanasou NA. Case report Abdominal wall endometriosis: comparative imaging on power Doppler ultrasound and MRI. Clin Radiol Extra, 2004; 59: 74-77.
4. Albee RB. Endometriosis: Basic questions and answers. <http://www.centerforendo.com/QandA.htm>
5. Brosens I, Puttemans P, Campo R, Gortds S, Kinkel K. Diagnosis of endometriosis: pelvic endoscopy and imaging techniques. Best Pract Res Cl Ob, 2004; 18: 285-303.
6. Raffaelli R, Piazzola E, Zanconato G, Fedel L. A rare case of extrauterine adenosarcoma arising in endometriosis of the rectovaginal septum. Fertil Steril, 2004; 81: 1142-1144.
7. Uzunlar AK, Yılmaz F, Yaldız M, Kaya Ö, Özyayın M. Inguinal endometriosis: a report of two cases and a review of the literature. Turk J Med Sci, 2000; 30: 389-392.
8. Ziedalski TM, Sankaranarayanan V, Chitkara RK. Thoracic endometriosis: a case report and literature review. J Thorac Cardiovasc Surg, 2004; 127: 1513-4.
9. Nachtigall MJ, Schwartz LB, Olive DL. Endometriosis. In: Scott JR, Disaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN. (Çev: Dr. Reyhan Erez), Obstetrik ve Jinekoloji, 7. baskı, JB Lippincott Company, Philadelphia, 1994: 757-769.
10. Ballweg ML. Impact of endometriosis on women's health: comparative historical data show that the earlier the onset, the more severe the disease. Best Pract Res Cl Ob, 2004; 18: 201-218.