

Sezaryen Skarında İnsizyonel Endometriyozis: İki Olgunun Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Murat Akbaş *, Veli Mihmanlı *, Aras Pektaş *, Emine Paşmaköğlü *, Servet Şişman **

* S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, ** Patoloji Kliniği

ÖZ

Endometriyozis endometrial dokunun uterus kavitesi dışında bulunması olarak tanımlanır. Laparotomi, laparaskopi, amniyosentez ve epizyotomi sonrası skar dokusunda endometriyozis lezyonları saptanabilmektedir. Sütür granulomu, insizyonel herni, lipom, abse, kist veya yabancı cisim ile karıştırıldığı için bu hastalığın tanısını koymak kolay değildir. Ancak, insizyon skarında âdet döneminde ortaya çıkan siklik ağrının eşlik ettiği kitle bu hastalık için patognomonik sayılabilir. Batın duvarında ağırlı kitle yakınması ile başvuran ve skar endometriyozis tanısı alan iki olguyu sunuyoruz. Epidemiyoloji, tanı, patogeneze ve tedavi tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: insizyonel endometriyozis, sezaryen, skar

ABSTRACT

Cesarean Scar Incisional Endometriosis: A Report of Two Cases and Review of the Literature

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. Endometriotic lesions can be detected in the scar tissue after laparotomy, laparoscopy, amniocentesis and episiotomy. Diagnosis of this disease is not easy because it can be mistaken for a suture granuloma, incisional hernia, lipoma, abscess, cyst or foreign body. However, a mass in a incisional scar with symptoms of cyclic pain related to menses is nearly pathognomonic. We report two cases, who were admitted with painful abdominal wall mass and was diagnosed as scar endometriosis. The epidemiology, diagnosis, pathogenesis and treatment are discussed.

Keywords: incisional endometriosis, cesarean, scar

GİRİŞ

Endometriyozis genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olan endometrial dokunun uterin kavitenin dışında bulunması hâli olarak tanımlanmıştır ⁽¹⁾. Pelvis dışı endometriyozis ender olmakla beraber akciğer, apendiks, burun, umbilikus, periton ve barsak duvarı gibi bir çok organı etkileyebilir ⁽²⁾. Ekstra pelvik endometriyozis en sık kutanöz endometriyozis olarak görülmektedir ve genellikle obstetrik veya jinekolojik cerrahi skarlarında gelişmektedir. Sezaryen sonrası gelişen cerrahi skar endometriyozis indisansı % 0,03 ile % 0,4 arası değişmektedir ⁽³⁻⁴⁾.

Skar endometriyozis semptomları spesifik olmayan siklik ağrı ve ele gelen kitle ile karakterizedir ⁽⁵⁾. Sütür granulomu, insizyonel herni, lipom, abse, kist veya yabancı cisim ile karıştırıldığı için bu hastalığın tanısını koymak kolay değildir ⁽⁶⁾. Batın duvarında ele gelen

kitle olan hastaların, operasyon öncesi hazırlığı transabdominal ultrasonografi ve görüntüleme eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisini içermelidir ⁽⁷⁾. Hastalık lezyonun total olarak çıkartılması ile tedavi edilir. Total eksizyon sonrası rekürens oldukça azdır ⁽³⁾.

OLGU SUNUMU

Otuz beş ve otuz altı yaşlarında iki hasta, geçirilmiş sezaryen insizyon skarı altında ele gelen ağırlı kitle yakınması ile başvurmuşlardır. Hastalar ağrının ve kitle boyutunun âdet döneminde arttığını belirtmişlerdir. Öyküsünde tek sezaryen operasyonu olan hastanın başvurduğu cerrahi kliniğinde ön tanı olarak lipom düşünülmüştür. Kesici iğne biyopsi biyopsi alınmış ve endometriyozis saptanması üzerine kliniğimize yönlendirilmiştir. İkinci hasta ise, üç ve beş yıl önce olmak üzere geçirilmiş iki sezaryen öyküsüne sahipti. İnsizyon bölgesinde ağırlı kitle yakınması ile kliniğimize başvurmuştu. Anamnezinde kitlenin

Alındığı Tarih: 27.04.2014

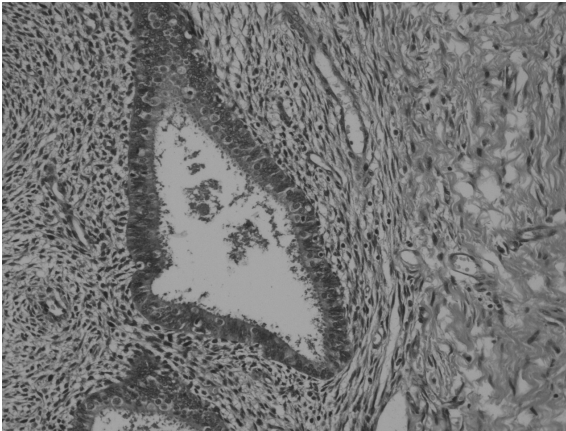
Kabul Tarihi: 04.08.2014

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Murat Akbaş, S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul
e-posta: drmuratakbas@yahoo.com.tr

özellikle âdet sırasında ağrılı olduğu öğrenildi. Her iki hastaya da operasyon öncesi ultrasonografi değerlendirilmesi yapıldı ve cilt altında sınırları net ayırt edilemeyen heterojen solid yapılar izlendi. Hastalar lokal eksizyon yapılması planlanarak ameliyata alındı. Operasyonlar sırasında kitleler yapışık oldukları rektus fasyasının bir kısmı ile birlikte eksize edildi. Fasya primer onarılarak ameliyatlar bitirildi. Çıkarılan dokunun makroskopik incelemesinde beyaz-gri homojen kitle içerisinde noktasal kanama alanları izlendi (Resim 1). Postoperatif histopatolojik incelemelerde kitlelerin endometriozis olduğu teyit edildi (Resim 2).



Resim 1. Beyaz-gri nodüler yapı ve içerisinde küçük kistik kanama alanları.



Resim 2. Silindirik endometriyal hücreler ve komşuluğunda endometriyal stroma (hematoksilin-eozin x400).

TARTIŞMA

Skar dokusunda gelişen endometriozisin, subkutanöz dokuya endometriyal hücrelerin inokulasyonu ile oluştuğu düşünülmektedir. Bu teori normal menstrüel

döngü sırasında endometriyal dokunun taşınması yoluyla abdominal duvarda subkutanöz endometriozis oluşumu ile doğrulanmaktadır⁽⁸⁾. İnsizyon skarında endometriozis gelişme sıklığı hysterotominin hangi endikasyonla yapıldığı ile ilişkilidir. İkinci trimester abortuslarında yapılan hysterotomi sonrasında skar endometriozisi gelişme sıklığı % 5,08 iken sezaryen sonrası % 0,03 ile % 0,4 arasında değişmektedir⁽⁴⁾. Geçirilmiş sezaryen sayısı ile skar endometriozis gelişme sıklığı arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır⁽⁹⁾. Cerrahi sonrası geç başlayan semptomlar tanıda yanılmaya neden olabilir⁽³⁾. Literatürde yakınmaları son jinekolojik operasyonundan 20 yılı aşkın zaman sonra başlayan skar endometriozis olguları mevcuttur⁽¹⁰⁾. Ancak klasik klinik bulgu olan, insizyon alanında sıklıkla ağrılı sert nodül saptanması tanının kolaylıkla konulmasını sağlar^(5,10). Sunduğumuz olgularda kitlelerin en son geçirilmiş sezaryen operasyonundan 3 ve 5 yıl sonra ortaya çıktığı saptandı. Klinik değerlendirmeyi destekleyecek ultrasonografik değerlendirmede, kitle derin pelvik endometriozisle benzer özellikler gösterir. Sınırları net ayırt edilemeyen hipoekojen nodül ve etrafını çevreleyen inflamasyonlu adipoz dokunun neden olduğu hiperekojen halka sıklıkla görülmektedir⁽⁷⁾. Biz olgularımızda sınırları net ayırt edilemeyen heterojen yapılar gözlemledik. Kadın Doğum kliniklerinde; sezaryen veya jinekolojik operasyonu takiben insizyon alanında ağrılı nodül bulgusu ile kolaylıkla tanısı konulmasına rağmen, kadın hastalıkları ve doğum klinikleri dışında kalan kliniklerde ön tanının sıklıkla yanlış düşünüldüğü görülmektedir^(11,12). Benzer şekilde olgularımızda da; öncesinde genel cerrahiye başvuran hastadan lipom ön tanısı ile kesici iğne biyopsi alınmıştır. Diğer hasta ise kliniğimize ağrılı kitle şikayeti ile başvurmuş ve yapılan klinik değerlendirme sonucu endometriozis tanısı almıştır. Literatürde skar endometriozisinde, nodüllerin çapının birkaç milimetreden 6 santimetreye kadar değiştiği bildirilmiştir^(6,9). Bu sert soliter nodüllerin renkleri lezyonun yaşına, derinliğine ve kanama durumuna göre pembe siyaha kadar değişebilmektedir. Mikroskopik olarak dermis ve subkutan dokularında bulunabildiği gibi ender olarak çizgili kasları tutar⁽¹²⁾. Sunduğumuz olgularda lezyonlar soliter, 3 ve 4 cm boyutlarında, düzensiz sınırlı, gri-beyaz renkli ve içerisinde noktasal kanama alanları içermektedir. Skar endometriozisi benign bir patolojidir. Ancak literatürde skar endometriozisinden geliştiği bildirilen karsinom ve sarkom olguları mevcuttur

(13,14). Ayrıca glandüler yapı zemininde fokal hücresele atipi izlenmesi nedeniyle metastatik adenokarsinom ile karıştırılabilir (15). Tanı için immunhistokimyasal boyalar kullanılması gerekebilir. Sunduğumuz olgularda izlenen gland yapıları yaygın olarak östrojen ve progesteron reseptörü pozitif olarak saptanmış ve patolojileri endometriozis olarak raporlanmıştır.

Endometriozisin medikal tedavisinde kombine oral kontraseptifler, progestajenler, gonadotropin releasing analogları, danazol kullanılabilir. Medikal tedavi yapıldığında semptomların tekrarı tipiktir (3,5). Medikal tedavi konusunda ısrarlı olan hastalarda tanıyı kesinleştirmek ve özelliklede maligniteyi dışlamak için biyopsi yapılmalıdır. Cerrahi tedavide rekürrensi önlemek amacıyla lezyonun geniş olarak çıkarılması önerilir (5). Kitlenin tam olarak çıkarılması için fasyanın bir kısmının da çıkarılması gerekebilir. Rekürrens nadirdir. Genellikle ilk yıl içinde görülür ve yetersiz eksizyona bağlıdır. Lezyon yinelediği takdirde tekrar eksizyon başarıyla uygulanabilir (16).

SONUÇ

Sonuç olarak, sezaryen skarında saptanan bir kitlede siklik ağrının mevcudiyeti skar endometriozisi açısından patognomonik olarak değerlendirilmelidir. Görüntüleme teknikleri spesifik değildir. Kesin tanı ancak biyopsi konulabilir. Tedavide yineleyen lezyonların oluşmaması için geniş lokal eksizyon en iyi tercih gibi görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Francica G, Giardiello C, Angelone G, et al. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med* 2003;22:1041-1047.
2. Mascaretti G, Di Berardino C, Mastrocola N, et al. Endometriosis: rare localizations in two cases. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2007;34:123-125.
3. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;31:471-475.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2005.00322.x>
4. Singh KK, Lessell M, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeon: a 10 year experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-1351.
<http://dx.doi.org/10.1002/bjs.1800821017>
5. Bektaş H, et al. Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res* 2010;164:77-81.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2010.07.043>
6. Horton JD, DeZee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surg* 2008;196:207-221.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.035>
7. Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, et al. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;39(3):336-340.
<http://dx.doi.org/10.1002/uog.10052>
8. Ridley JH, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:783-789.
9. Zhu Z, Al-Beiti MA, Tang L, Liu X, Lu X. Clinical characteristic analysis of 32 patients with abdominal incision endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2008;28:742-745.
<http://dx.doi.org/10.1080/01443610802463744>
10. Uzunçakmak C, Güldaş A, Özçam H, and Dinç K. Scar Endometriosis: A Case Report of This Uncommon Entity and Review of the Literature. Case Reports in Obstetrics and Gynecology, vol. 2013, Article ID 386783, 4 pages, 2013.
11. Cöl C, Yılmaz EE. Cesarean scar endometrioma: Case series. *World J Clin Cases* 2014;2(5):133-136.
<http://dx.doi.org/10.12998/wjcc.v2.i5.133>
12. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: A diagnostic pitfall. *Amer Surg* 1996;62:1042-1044.
13. Nagy P. Endometrial carcinoma arising from endometriosis in the episiotomy scar. *Orv Hetil* 2003;144:373-374.
14. Usta TA, Sonmez SE, Oztarhan A, Karacan T. Endometrial stromal sarcoma in the abdominal wall arising from scar endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2014;15:1-2.
<http://dx.doi.org/10.3109/01443615.2014.914476>
15. Rekhi B, Sugoora P, Patil A, Shylasree TS, Kerkar R, Maheshwari A. Cytopathological features of scar endometriosis mimicking an adenocarcinoma: A diagnostic pitfall. *J Cytol* 2013;30:280-283.
<http://dx.doi.org/10.4103/0970-9371.126672>
16. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an under appreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000;90:404-407.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515\(99\)00286-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1072-7515(99)00286-0)