

Karın duvarında endometriozis: Üç olgunun sunumu

Endometriosis of the abdominal wall: Report of three cases

Cemal Kara*, Hayrullah Derici*, Ali Doğan Bozdağ*, Murat Ermete**

Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterustaki anatomik yerleşimi dışında bulunması ve ovaryen hormonlara cevap vermesi olup, üreme çağındaki kadınlarda sık rastlanılan bir hastalıktır. En sık overler olmak üzere uterusun ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritoneumda yerleşim göstermekle beraber, nadir olarak vulva, vajen, apendiks, mide, karaciğer, toraks, mesane, umblikus ve inguinal kanalda da görülebilir (1-3). İlk olarak 1975 yılında, sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda insizyon skarı yerinde veya çevresinde de endometriozis odakları olabileceği bildirilmiştir (4). Olguların %0.03-0.4'ünde insizyon skarı çevresinde veya karın duvarında görülebildiği bildirilmektedir (3,5).

Bu çalışmada kliniğimizde, son bir yıl içinde batın duvarında kitle nedeniyle cerrahi eksizyon uygulanan ve patolojik incelemede endometriozis saptanan üç olguyu sunmak amaçlandı.

Olgu Sunumları

OLGU 1: Otuzbir yaşında bayan hasta karın sol alt kadranda 4x5 cm ebadında kitle ile polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde beş yıl önce sezaryen olduğunu ve 6 ay sonra adetlerden bağımsız, ağrılı bir kitle oluştuğunu tanımlamaktaydı. Yapılan ultrasonografik incelemede düzgün konturlu, 4 cm çapında hipoekoik solid kitle saptandı ve tanı amaçlı ince iğne aspirasyon biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede benign olduğu rapor edildi. Bunun üzerine cerrahi eksizyona karar verildi. Ameliyatta, eksternal oblik kasın fasyasına invaze, yaklaşık 4 cm. çapında kitle tespit edildi. Kitle 1 cm. sağlam dokuyla birlikte total eksize edildi. Fasya açıklığı primer olarak kapatıldı. Hasta postoperatif 2. günde şifa ile taburcu oldu. Patolojik incelemede 3 cm çapında endometriozis rapor edildi.

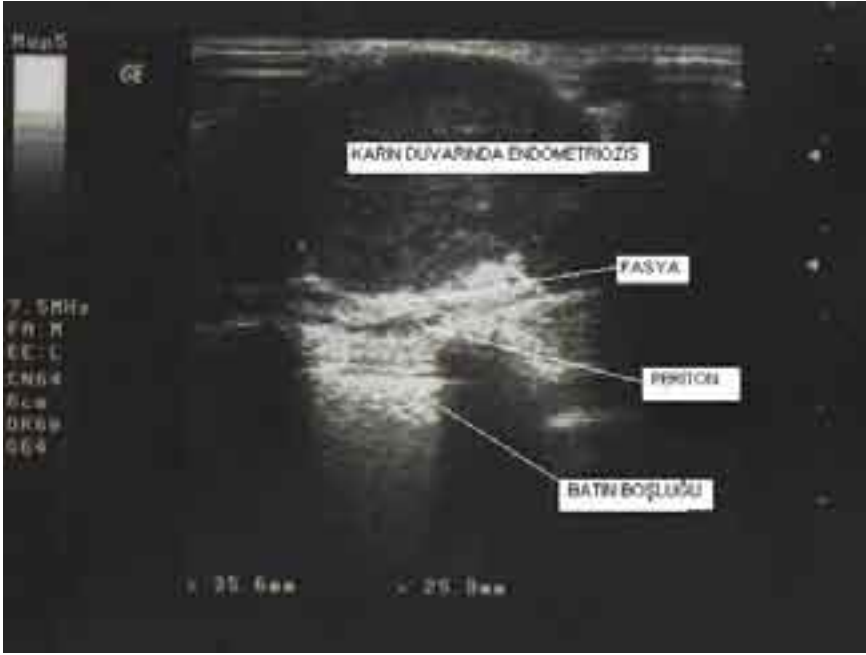
OLGU 2: İki yıl önce sezaryenle doğum yapan yirmiyedi yaşındaki hasta, dört aydır göbek altında var olan ve adet kanamalarıyla ağrısı artan kitle ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde göbek altında 4x4 cm. çapında kitle saptandı. Ultrasonografik incelemede iyi sınırlı, hipoekoik, rektus abdominis kasının üst fasyasına invaze, 4 cm. çapında solid kitle saptandı. Ameliyatta kitle 1 cm. çevre sağlam doku ile beraber eksize edildi. Fasya açıklığı primer olarak kapatıldı. Hasta postoperatif 2. günde şifa ile taburcu oldu. Patoloji sonucu endometriozis olarak rapor edildi.

OLGU 3: Yirmialtı yaşında bayan hasta bir gün önce ani başlayan sağ alt kadranda ağrısı ile polikliniğimize başvurdu. Daha önceden bu tür bir ağrı

* Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 3. Genel Cerrahi Kliniği, İZMİR

** Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Laboratuvarı, İZMİR

Dr. Cemal KARA
1831 Sok. No: 46/1 Karşıyaka / İZMİR
Tel.: (0232) 244 44 44 / 2653
GSM: (0505) 547 91 48
e-posta: ckara61@mynet.com



Şekil 1: Karın duvarı endometriozisinin ultrasonografik görüntüsü

tanımlamayan olgu, öyküsünde 1.5 yıl önce sezaryen ameliyatı olduğunu ifade etmekteydi. Fizik muayenede sağ alt kadranda 2 cm çaplı ağrılı kitle palpe edildi. Defans ve rebound şüpheli olup lökosit değeri $11.400/\text{mm}^3$ idi ve bulgular akut apandisit de düşündürmekteydi. Batın ultrasonografisi ile kitlenin batın duvarında sınırlı olduğu saptanınca olgu ameliyata alındı ve internal oblik fasiaya yapışık kitle total olarak eksize edildi. Kitlenin içinde yoğun içerikli beyaz renkli sıvı mevcuttu. Klinik tabloya bu kitlenin sebep olduğu düşünüldü ve katlar kapatılarak ameliyata son verildi. Hasta postoperatif 1. günde şifa ile taburcu oldu. Patoloji raporu endometriozis olarak rapor edildi. Şekil 1'de olgunun ultrasonografik görüntüsü, Şekil 2'de ise piyesin histopatolojik görünümü yer almaktadır.

Tartışma

Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %2-4'ünde, herhangi bir nedenle jinekolojik ameliyat geçiren kadınların ise %10-15'inde görülen bir hastalıktır (1). Dismenore, disparoni ve infertilite en sık görülen semptom-

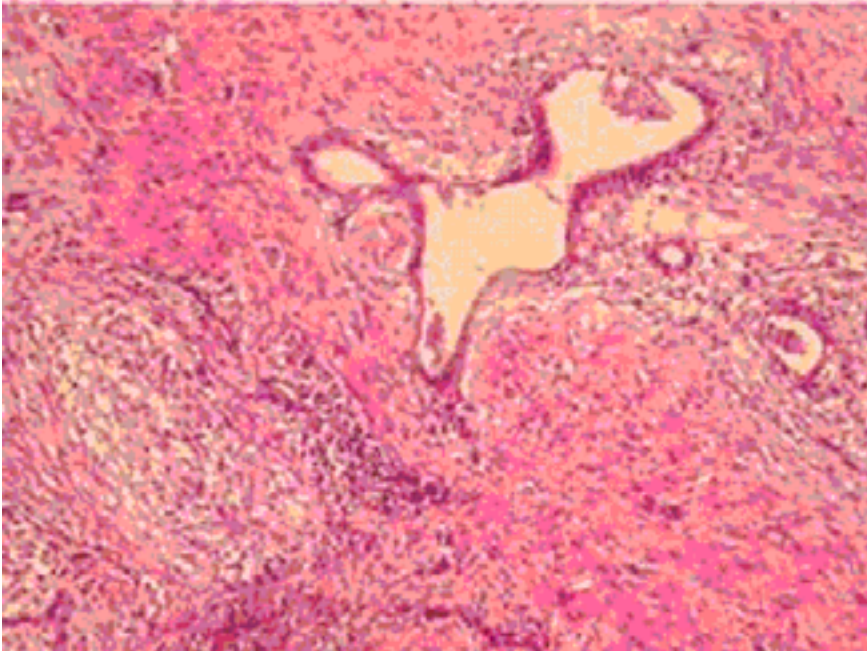
lardır (3,6,7). Karın duvarı endometriozisi ise oldukça nadir görülmektedir. Olgular en sık karın ağrısı ve karın duvarında kitle şikayetleri ile hekime başvururlar (5,6). Öykü ve fizik muayene tanıyı desteklemekle beraber kesin tanı ancak biyopsi ile konur (5-7).

Endometriozisin oluşumu ile ilgili olarak adet sırasında kanın tuba uterinalardan karın boşluğuna dökülmesi, lenfatik ve hematojen dolaşım ile hücrelerin farklı doku ve organlara yerleşmesi ve proliferasyonu, çölemik metaplazi ve genetik yatkınlık gibi çok sayıda teori olmasına rağmen, skar endometriozisinin ameliyat sırasında endometrial hücrelerin iyatrojenik ootransplantasyonu ile oluştuğu kabul edilmektedir (3,6,7). Ayırıcı tanıda, batın duvarında nöroma, herni, hematoma, lenfadenopati, lenfoma, desmoid tümör ve sarkomlar akla gelmelidir (3,5,6). Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri tanı koydurucu olmasa da, kitlenin yerleşimi, boyutu, yoğunluğu hakkında detaylı bilgiler (3,6,8). Çalışmamızda sağ alt kadranda ağrı ile başvuran ve klinik olarak akut apandisit de düşündürülen olguda

batın ultrasonografisi, kitlenin batın duvarında sınırlı olduğunu göstermiş ve ayırıcı tanıya yardımcı olmuştur. Bu olgu bize karın duvarı endometriozisinin, akut apandisit ayırıcı tanısında da yeri olduğunu düşündürmüştür.

İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanı koydurucu değeri düşük olmasına karşın endometrial hücrelerin görülmesi ve hemosiderin pigmenti tespit edilmesi durumunda tanı koydurucudur (2,3,6). İnsizyonel biyopsi endometriozisin daha da yayılmasına neden olabileceği için yapılmamalıdır (2,3). Yine bu hastalarda eş zamanlı batın içi yayılım olabileceği gözden kaçırılmamalı ve iyi sorgulanmalıdır (2,3,7).

Skar ya da batın duvarı endometriozisinde cerrahi eksizyon etkin bir tedavidir. Nüksü engellemek için kitle en az 1 cm çevre sağlam dokuyla birlikte bir bütün olarak çıkarılmalıdır (3,4,7). Ameliyat sonrası komplet cerrahi uygulanıp, rezidü doku bırakılmamışsa ilave tedaviye gerek yoktur, ama olgular pelvik endometriozis olasılığına karşı takip edilmelidir (8,9). Pelvik endometriozisin tedavisinde ektopik endometrial dokuyu atrofiye etme-



Şekil 2: Fibröz doku içinde endometrial gland ve endometrial stroma

ye yönelik medikal tedavi yöntemleri öncelikle tercih edilmektedir. Bunlar kombine oral kontraseptifler, progestinler, danazol, gestrinone, GnRH analogları ve anastrazoldür. Ayrıca semptomatik tedavi için de nonsteroidal antiinflamatuar ajanlar kullanılabilir (4,6,7). Tedaviye yanıt vermeyen olgularda da yine cerrahi eksizyonun uygulanması gereklidir (2,4,6).

Sonuç olarak, batın duvarında kitle ile başvuran kadın hastalarda ge-

Summary:

Endometriosis of the abdominal wall: Report of three cases

Endometriosis is defined as extrauterine existence of endometrial tissues and it is a frequent problem of the females during the reproductive ages. The most frequent site for endometriosis is the ovaries. It may also be present in the layers of the abdominal wall after cesarean section or other gynecological operations. We presented three cases that underwent surgery for a mass in the abdominal wall which were histopathologically diagnosed as endometriosis.

Key Words: Extra-pelvic endometriosis, cesarean scar, surgical treatment

çirilmiş jinekolojik ameliyatlar iyi sorulanmalı ve endometriosis akla gelmelidir. Ayırıcı tanı için görüntüleme yöntemlerinden ve ince iğne biyopsi-

sinden faydalanılmalıdır. Tedavisinde komplet cerrahi eksizyon gerekir.

KAYNAKLAR

1. Tarım E, Bağış T, Tarım A ve ark. İnguinal endometriosis: bir olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002; 12: 184-5.
2. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci, 2002; 47: 456-61.
3. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, et al. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003; 185: 596-8.
4. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. Int Surg 1975; 60: 103-4.
5. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeon: a 10-year experience. Br J Surg 1995; 82: 1349-51.
6. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. Am Coll Surg 2000; 190: 404-7.
7. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, et al. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. Dig Surg, 2003; 20: 246-8.
8. Erdem M, Erdem A, Göl K ve ark. Sezaryen skar endometriosis: Vaka takdimi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 1992; 2: 15-6.
9. Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89: 59-60.