



Rektus abdominus kasında endometriozis eksterna

Endometriosis externa within the rectus abdominis muscle

Hatice Karaman¹, Feridun Bulut², Aysel Özaşlamacı³

ÖZET

Endometrial stroma ve glandların uterus kavitesi dışında yerleşmesine “endometriozis” denir. İlk kez 1896 yılında Recklinghausen tarafından tanımlanmış, 1921 yılında Sampson ayrıntılı olarak bu ismi kullanmıştır. Endometriozis en sık pelviste görülür. Ekstrapelvik endometriozis nadir olmakla beraber endometriozis hemen hemen her organda görülebilir. Rektus abdominus kası içerisinde lokalize endometriozis çok nadir görülmektedir. Bu çalışmada daha önce iki kez sezaryen ameliyatı geçiren hastada suprapubik bölgede izlenen Pfannenstiel insizyon skarının yaklaşık 1 cm süperiorunda rektus abdominus kası anterolateralinde 23 mm ölçüsünde heterojen hipoeoik alandan yapılan ince iğne biyopsisi ve eksizyonel biyopsi sonucu endometriozis eksterna tanısı alan olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Rektus abdominus, endometriozis eksterna, sezaryen skarı

ABSTRACT

The presence of endometrial glands and stroma outside the uterine cavity is called “endometriosis”. Recklinghausen first defined this entity in 1896, and Sampson first named it in detail in 1921. Endometriosis is most often seen in the pelvis. Although extrapelvic endometriosis is rare, it can be seen in almost every organ. Endometriosis localized in the rectus abdominis muscle is very rare. A patient who had two previous cesarean sections presented with a 23 mm heterogeneous hypoechoic mass within the rectus abdominis muscle, approximately 1 cm superior to the Pfannenstiel incision that was diagnosed as endometriosis externa by fine-needle biopsy and excisional biopsy. Herein, we report this patient along with the literature.

Key Words: Rectus abdominis, endometriosis externa, cesarean section scar

¹Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

²Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Kayseri, Türkiye

³Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye

Yazışma Adresi
Address for Correspondence
Hatice Karaman

Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Kayseri, Türkiye
Tel: +90 505 259 31 55
e-posta: htckaraman@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received: 04.01.2013
Kabul Tarihi / Accepted: 04.03.2013

©Telif Hakkı 2014
Türk Cerrahi Derneği
Makale metnine
www.ulusalcerrahidergisi.org
web sayfasından ulaşılabilir.

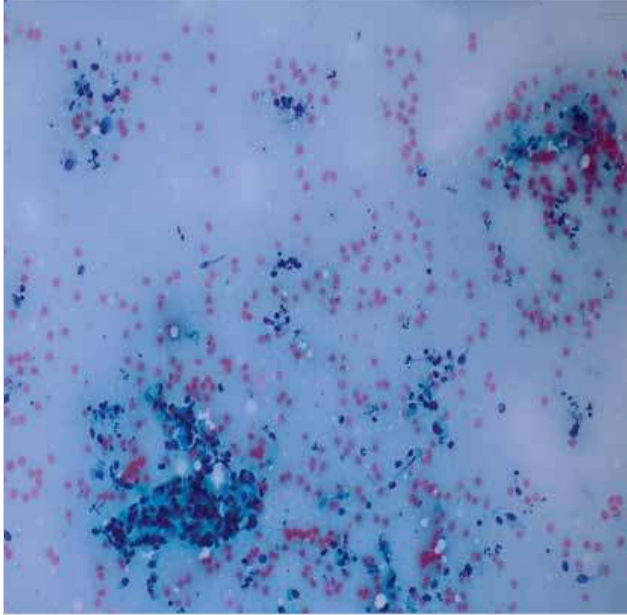
©Copyright 2014
by Turkish Surgical Association
Available online at
www.ulusalcerrahidergisi.org

GİRİŞ

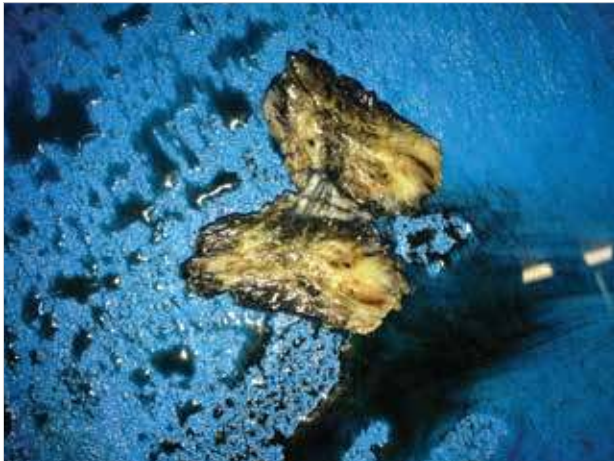
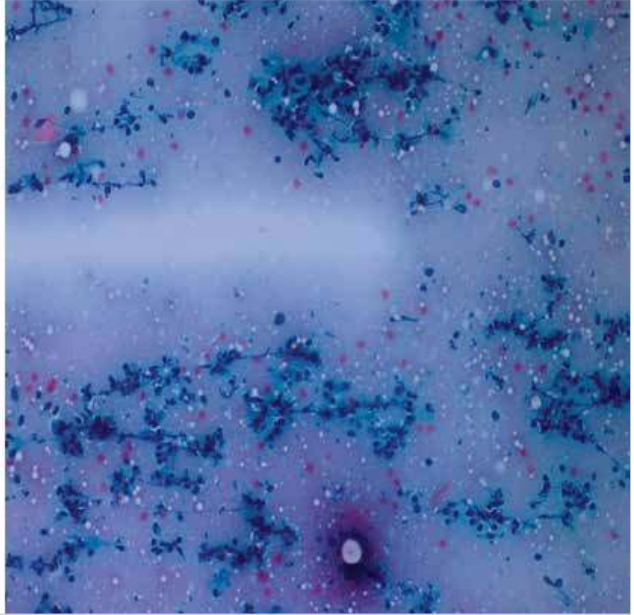
Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterustaki anatomik yerleşimi dışında bulunması ile oluşan bir hastalıktır. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda sık görülmektedir. En sık overler olmak üzere sakrouterin ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritona yerleşim göstermekle beraber, nadir olarak vulva, vajen, apendiks, mide, karaciğer, toraks, mesane, umbilikus ve inguinal kanalda da görülebilmektedir. İlk olarak 1975 yılında, sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda Pfannenstiel insizyon skarı yerinde veya çevresinde de endometriozis odakları olabileceği bildirilmiştir (1, 2). Ekstragenital endometriozis olguları tüm eksternal endometriozis olgularının %6'sını oluşturur. Bu yazıda daha önce iki kez sezaryen ameliyatı geçiren hastada suprapubik bölgede izlenen Pfannenstiel insizyon skarının yaklaşık 1 cm süperiorunda rektus abdominus kası anterolateralinde 23 mm ölçüsünde heterojen hipoeoik alandan yapılan ince iğne biyopsisi ve eksizyonel biyopsi sonucu endometriozis eksterna tanısı alan olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

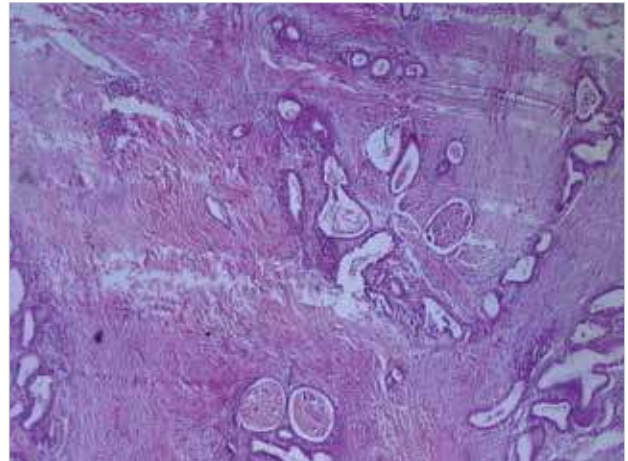
Yirmi dört yaşında kadın hasta batın ön duvarında ağrı ve ele gelen sert kitle nedeniyle genel cerrahi polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde tarif edilen bölgede abdominus kası anterolateralinde yaklaşık 3 cm ölçüsünde ele gelen kitle tespit edildi. Suprapubik bölgeye yönelik yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde suprapubik bölgede izlenen Pfannenstiel insizyon skarının yaklaşık 1 cm superiorunda rektus abdominus kası anterolateralinde 23 mm ölçüsünde heterojen hipoeoik alan izlenmiştir. Tanımlanan alanda yer yer arteriyel kanlanma izlenmiş olup bu görünümü ile endometriozis lehine değerlendirilmiştir. Yapılan alt batın manyetik rezonans incelemesinde pelviste minimal sıvı izlendi. Her iki overde periferik yerleşimli milimetrik çok sayıda kistler mevcuttu. Sağ rektus kası lateral demeti içerisinde pubisten yaklaşık 7 cm superiorda T2 A kas dokuya göre hipertens yaklaşık 3x2,5 cm ölçüsünde periferik kesimlerinde yer yer milimetrik belirgin hiperintens alanlar içeren lezyon görüldü. Ayrıca rektus kasında lezyon komşuluğunda sinyal artışı ve ılımlı füziform kalınlaşma mevcuttu. Tanımlanan görünümle kas içi hematoma ve ödem ile uyumlu olabileceği gibi endometrioma ve buna bağlı sekonder değişiklikler şeklinde yorumlanmıştır. Ultrasonografi (USG) eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde kanamalı ve selüler zeminde stromal hücreler ve çok sayıda epitelial gurup dikkati çekti. Arada histiositler izlendi. Büyük büyütmede atipik hücre izlenmedi. Sitolojik olarak Class III, endometriozis eksterna ile uyumlu olabileceği düşünülerek kesin tanı için eksizyonel



Şekil 1. İnce iğne aspirasyon biyopsisinde kanamalı ve selüler zeminde stromal hücreler ve çok sayıda epitelyal grup (H&E x200)



Şekil 2. Total eksize edilen etrafı fibrotik solid kitleye yapılan kesitte kistik kanamalı bej renkli lezyonun makroskopik görünümü



Şekil 3. Kas dokusu elemanları arasında endometriuma ait gland ve çevrede endometrial stromanın histopatolojik görünümü (H&E x200)

biyopsi önerildi (Şekil 1). Kitle spinal anestezi altında supin pozisyonunda uygun alan arıtım ve örtümünü takiben eski Pfannenstiel insizyonunun sağ lateralinden girildi. İnsizyonun 3 cm superiorunda yaklaşık 2,5x3 cm çaplı, sağ rektus abdominus kası içerisinde lokalize kitlesel lezyon mevcuttu. Lezyon etraf sağlam kas dokusu ile beraber eksize edildi (Şekil 2). Eksizyonel biyopside çizgili kas ve düz kas demetleri arasında endometrium stroması ve glandlarından oluşan endometriozis odakları görüldü (Şekil 3). Yapılan immünohistokimyasal boyamalarda epitelyal belirleyicilerden keratin ile endometriuma ait bezlerde pozitif boyanma elde edildi (Şekil 4). CD 10 ile endometriuma ait stromada pozitif boyanma elde edilirken (Şekil 5), östojen ve progesteron ile endometriuma ait epitelde pozitif boyanma dikkati çekti (Şekil 6).

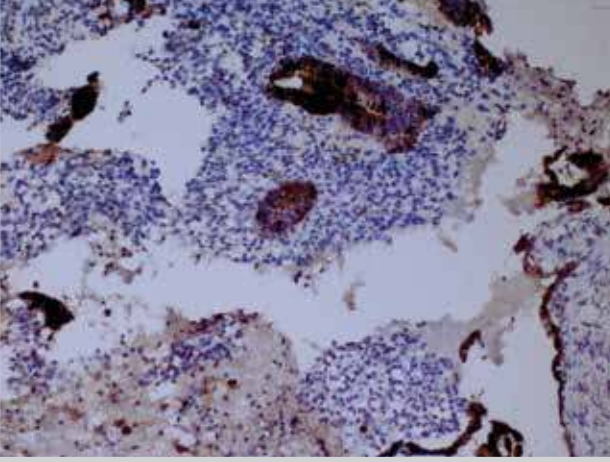
TARTIŞMA

Eksternal endometriozis en sık overlerde görülür. Pelviste izlenen endometriozis olgularının %80'i overlerde lokalizedir. Ekstragenital endometriozis olguları tüm eksternal endometriozis olgularının %6'sını oluşturur (1-6).

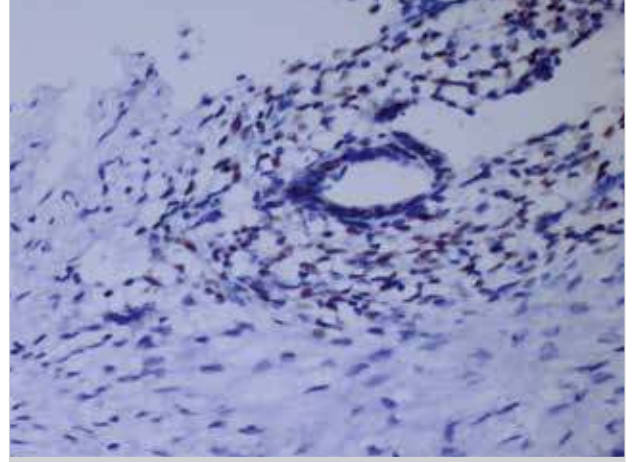
Giderek azalan sıklıkla Fallop tüpleri, Douglas boşluğu, uteroasakral ligament, rektosigmoid bölgenin ön duvarı, vajina, vulva, mesane peritonu, round ligament, appendiks vermiformis, ince bağırsaklar, umbilikus, abdominal skar dokuları, fıtık keseleri dahil kasık bölgesi, nadiren plevra, akciğerler ve ekstremitelerde görülür.

Etyolojisi konusunda metaplazi teorisi, indüksiyon teorisi ve transplantasyon teorisi gibi pek çok teori ortaya atılmış ise de, bugün en fazla kabul göreni Sampson tarafından ortaya atılan transplantasyon teorisidir (1-6). Bu teori menstrüasyon sırasında vital özelliğini koruyan endometrial dokunun retrograd transportu esasına dayanır (1-3). Peritoneal kavitede gelişen endometriozis oluşumu retrograd menstrüasyonla açıklanır.

Karın duvarındaki Pfannenstiel insizyon yerinde ortaya çıkan endometriozis olguları tüm eksternal endometriozis olgularının %1'ini oluşturmaktadır (7-11). Cilt ve cilt altı eski insizyon skarında gelişen endometriozis jinekolojik ameliyat sırasında (özellikle sezaryen ameliyatlarında) endometrial hücrelerin



Şekil 4. İmmunohistokimyasal boyamalardan keratin ile endometriuma ait epitelde pozitif boyanma



Şekil 5. İmmunohistokimyasal boyamalardan CD 10 ile endometriuma ait stromada pozitif boyanma

iyatrojenik implantasyonu sonucu ortaya çıkmaktadır. Rektus abdominus kası içerisinde lokalize endometriozis çok nadir görülür. Endometriozis oluşumuyla ilgili ileri sürülen birçok teori olmasına karşın ektrajenital endometriozis ile ilgili olarak ileri sürülen en popüler teorilerden biri de vasküler yayılım teorisi (7-13). Bu teoriye göre endometrial hücreler kan damarları veya lenfatik sistemle ektrajenital bölgelere ulaşarak endometriotik odakların oluşmasına neden olmaktadır. Primer rektus kasında endometriozis oluşumu bu teori ile açıklanabilir.

Karın duvarı endometriomaları sonografik olarak kistik, polikistik, mikst, solid görünümde olabilir (2-8). Skar endometriomalarının sonografik görünümü nonspesifik olup eko paternleri menstruel siklusla uyumlu olabilir veya olmayabilir.

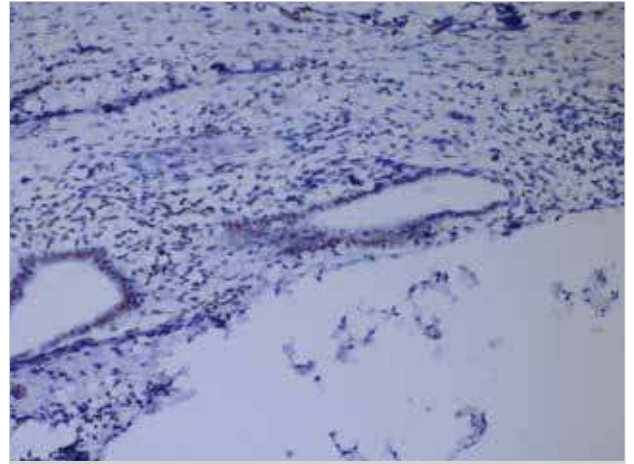
Bizim olgumuzda her ne kadar sezaryen öyküsü olsa da, lezyonun insizyon yerinden ilişkiz ve uzakta olması nedeniyle spontan olarak gelişmiş bir olgu olarak kabul edilebilir. Bu olguda endometriozis oluşumu vasküler teoriyle izah edilebilir. Özellikle cerrahinin uygulandığı alanlarda (sezaryen skarı, epizyotomi skarı, histerektomi sonrası vajinal cuff) gelişen endometriozis olgularında daha çok mekanik yayılım, endometrium hücrelerinin transplantasyonu sorumlu tutulmaktadır (6).

Karın duvarı endometriozislerinin %25'inde eş zamanlı pelvik endometriozis de vardır ve olgular mutlaka bu açıdan değerlendirilmelidir (12). Bizim vakamızda da overlerde endometriozis lehine bulgular mevcuttu.

Ameliyat öncesi endometriozis tanısı güçtür. Ultrasonografi bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntülemenin endometriozis tanısını koymada değeri azdır. Kesin tanı biyopsi veya eksizyon sonrası patolojik inceleme ile konabilir. Bizim olgumuzda USG eşliğinde yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konulmuştur. Daha önceki olgularda eksizyonel biyopsi bulguları sunulmakla beraber sitolojik bulgular kaydedilmemiştir. Bizim olgumuzda sitolojik bulgular eklenerek ilk kez sunulmuştur.

SONUÇ

Doğurgan çağıdaki bayanlarda karın ön duvarı kitlelerinin ayırıcı tanısında şikayetler menstrüasyonla ilgili tekrarlayıcı özellik gösteriyorsa USG eşliğinde biyopsi yapılmalıdır. Görüntüleme



Şekil 6. İmmunohistokimyasal boyamalardan östrojen ile endometriuma ait epitelde pozitif boyanma

teknikleri nonspesifiktir ve tanıyı doğrulamada iğne biyopsisiyle yapılabilir. İğne biyopsisi tanıya yardımcıdır ve ameliyatı yönlendirmede cerraha yardımcıdır. Eğer sonuç endometriozis gelirse total olarak eksize edilmelidir.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - H.K.; Tasarım - H.K., Denetleme - H.K., A.Ö.; Kaynaklar - H.K., F.B.; Malzemeler - A.Ö.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - H.K., A.Ö.; Analiz ve/veya yorum - H.K.; Literatür taraması - H.K., F.B.; Yazıyı yazan - H.K.; Eleştirel inceleme - H.K., F.B., H.Ş.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this case.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - H.K.; Design - H.K., Supervision - H.K., A.Ö.; Funding - H.K., F.B.; Materials - A.Ö.; Data Collection and/or Pro-

cessing - H.K., A.Ö.; Analysis and/or Interpretation -H.K.; Literature Review - H.K., F.B.; Writer - H.K.; Critical Review - H.K., F.B., H.Ş.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975; 60: 103-104.
2. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349-1351. [\[CrossRef\]](#)
3. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2001; 21: 193-216. [\[CrossRef\]](#)
4. Olive DL, Schwartz LB. Endometriosis. *N Engl J Med* 1993; 328: 1759-1769. [\[CrossRef\]](#)
5. Lu PY, Ory SJ. Endometriosis: current management. *Mayo Clin Proc* 1995; 70: 453-463. [\[CrossRef\]](#)
6. Tomas E, Martin A, Garfia C, Gomez FS, Morillas JD, Tortajada GC, et al. Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery. *J Ultrasound Med* 1999; 18: 373-374.
7. Şahin KF, Şahin DA, Köken G, Koşar MN, Şahin Ö. Sezaryen skarında endometriozis olgusu ve literatürün gözden geçirilmesi. *İst Tıp Fak Derg* 2006; 69: 117-119.
8. Güneş M, Kayıkçioğlu F, Öztürkoğlu E, Haberal A. Incisional endometriosis after caesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 2005; 13: 471-475. [\[CrossRef\]](#)
9. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55: 220-224. [\[CrossRef\]](#)
10. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243-246.
11. Özler A, Yaldız Ş, Değirmencioğlu Aİ. Karın duvarı endometriozisi: Olgu sunumu. *Dicle Tıp Dergisi* 2010; 37: 410-412.
12. Kocakusak A, Arpinar E, Arıkan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. *Med Princ Pract* 2005; 14: 434-437. [\[CrossRef\]](#)
13. 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. [\[CrossRef\]](#)