

Karın Duvarı Endometriyoması: Olgu Sunumu

Abdominal Wall Endometrioma: Case Report

H. Hakan MERSİN¹, Gökçe ACUN¹, Uğur BERBEROĞLU¹

¹ SB Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Karın duvarı endometriyomaları, başta sezaryen olmak üzere histerotomi yapılan jinekolojik girişimlerden sonra insizyon veya skar dokusunda gelişebilen, endometriyum bez ve stromasından oluşan bir kitledir. Genellikle insizyon bölgesinde yerleşen bir kitleye neden oldukları için sıklıkla insizyonel fıtıkla karışır ve hastalar genellikle genel cerrahlara başvurur. Ameliyat öncesi tanı konulması zordur. Nadir bir lezyon olan karın duvarı endometriyomasının tanı ve tedavi planını, güncel literatür ışığında tartışmak üzere tedavi ettiğimiz bir olgumuzu sunmak istiyoruz. Dört yıl önce sezaryen ameliyatı geçiren 36 yaşındaki kadın hasta son bir yıldır, karın sol alt kadranda ağrı ve kitle yakınması ile başvurdu. Yüzeysel ultrasonografide 14 mm x 12 mm boyutlarında, içerisinde kalsifikasyonlar bulunan hipoeoik nodüler lezyon, bilgisayarlı tomografide yaklaşık 1 cm çapında nodüler yumuşak doku izlendi. Kitleden yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konulamayan hasta eksizyon planlanarak ameliyata alındı. Sol rektus abdominis kası içinde, kasın kılıfını da tutan yaklaşık 2 cm çapındaki kitle, etrafındaki sağlam doku sınırlarından eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu endometriyoma olarak rapor edildi. Sonuç olarak, karın ağrısı ile birlikte karın duvarında kitle olan kadın hastalarda, periyodik ağrı ve başta sezaryen olmak üzere geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsü olması endometriyoma olasılığını akla getirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endometriyozis, endometriyoma, karın duvarı.

SUMMARY

Abdominal wall endometriosis is a well-circumscribed mass composed of endometrial gland and stroma which may develop after a gynecologic surgery such as a cesarean section, at the scar of incisions. Since they usually appear as a mass at the incision area which can be mistaken for incisional hernia, patients submit to general surgeons. Correct pre-operative diagnosis is difficult. In the light of current literature, we would like to discuss the diagnosis and treatment planning of abdominal wall endometriosis, which is a rare lesion, by means of a case treated in our clinic. A 36-years-old female patient who underwent a cesarean section four years ago presented with ongoing abdominal pain and mass at the left lower quadrant since last year. Superficial ultrasonography showed a 14 mm x 12 mm hypoechoic nodular lesion with calcifications. Approximately 1 cm diameter nodular soft tissue was detected at computerized tomography. Fine needle aspiration biopsy was not diagnostic so excisional surgery was planned. The lesion in the left rectus abdominis muscle which was 2 cm in diameter was excised with safe margins. Histopathological report was endometrioma. As a result, history of previous gynecologic surgery especially cesarean section and periodic pain during the menses in woman patients with abdominal pain and abdominal wall mass should raise suspicion of endometrioma.

Key Words: Endometriosis, endometrioma, abdominal wall.

GİRİŞ

Endometriyozis, endometriyum bez ve stromasının uterus dışında bulunması olarak tanımlanır. Ektopik endometriyum dokusu genellikle pelvis yerleşimli olmasına rağmen, vücutta herhangi bir yerde de bulunabilir (1). Endometriyoma, endometriyal doku ve genellikle kandan oluşan iyi sınırlı, tek bir kitledir. Karın duvarı endometriyoması (KDE) karın duvarının-

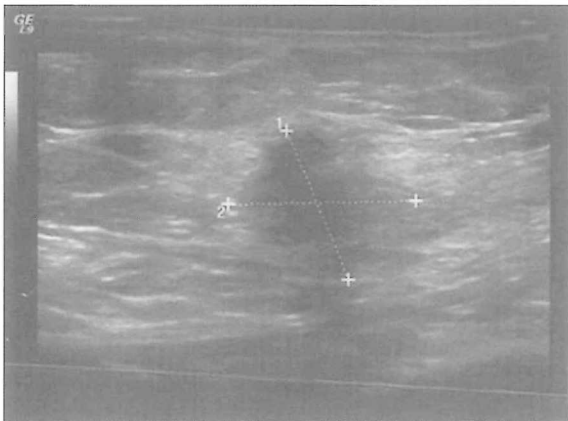
şimli olmasına rağmen, vücutta herhangi bir yerde de bulunabilir (1). Endometriyoma, endometriyal doku ve genellikle kandan oluşan iyi sınırlı, tek bir kitledir. Karın duvarı endometriyoması (KDE) karın duvarının-

da, peritonun üzerinde bulunan ektopik endometriyozis dokusudur. Genellikle karın duvarında kitle ve ağrıya yol açan bu lezyonlar nedeniyle hastalar hemen daima genel cerrahi kliniklerine başvurmaktadır. KDE'leri karın duvarında kitleye neden olabilen apse, lipom, hematoma, insizyonel fitik, desmoid tümör, sarkom, lenfoma veya primer ve metastatik kanserlerle karışabilmekte ve ameliyat öncesi tanı konulamamaktadır. Kliniğimizde tedavi ettiğimiz bir KDE olgusunu sunarak, genellikle akla gelmeyen bu lezyonla ilgili farkındalığın artmasına katkı sağlamayı amaçladık.

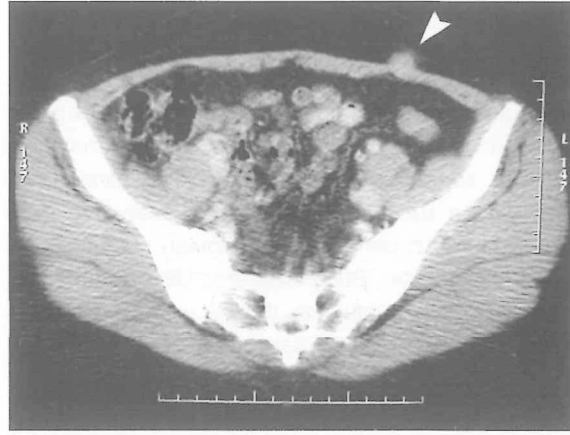
OLGU

Otuz altı yaşında fertil kadın hasta polikliniğimize son bir yıldır, karın sol alt kadranda periyodik olarak artıp azalan ağrı ve ele gelen kitle yakınması ile başvurdu. Öz geçmişinde dört yıl önce sezaryen ameliyatı geçirdiği öğrenilen hastanın fizik incelemesinde insizyon skarının yaklaşık 10 cm üzerinde, karın sol alt kadranda yaklaşık 2 cm çapında nodüler, derin yerleşimli bir kitle palpe edildi, bunun dışında fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı.

Yapılan yüzeysel ultrasonografi (USG) incelemesinde sol inguinal bölgede, deri altı yağ dokusu içerisinde 14 mm x 12 mm boyutlarında, içerisinde kalsifikasyonlar bulunan, düzensiz sınırlı, hipoekoik nodüler lezyon izlendi ve bu lezyonda düşük dirençli arteriyel kan akımı görüldü (Resim 1). Alt karın bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesinde pelvis sol tarafında deri ve deri altı dokuları içerisinde yaklaşık 1 cm çapında nodüler yumuşak doku izlendi (Resim 2). Pelvik yağ planlarında milimetrik lenf nodları saptandı. Lezyondan yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB)'nde tanı koyduracak yeterli hücre elde edilemeyen hasta eksizyon planlanarak ameliyata alındı. Eksplozasyonda karın



Resim 1. Yüzeysel ultrasonografide düzensiz sınırlı, heterojen hipoekoik nodüler görünüm.



Resim 2. Karın tomografisinde deri, deri altı yağ dokusu içinde nodüler yumuşak dokuya ait görünüm.

duvarında sol rektus abdominis kası içinde, kasın kılıfını da tutan yaklaşık 2 cm çapında yumuşak kıvamlı nodüler lezyon saptandı. Kitle etrafındaki sağlam doku sınırlarından eksize edildi ve oluşan defekt alanı primer olarak onarıldı. Ameliyat sonrası hasta aynı gün sorunsuz taburcu edildi. Çıkarılan dokunun histopatolojik incelemesinde endometriyum stroması ile uyumlu alanlar izlendi ve endometriyoma olarak rapor edildi.

TARTIŞMA

Cerrahi bir işlemle ilişkili olmaksızın da gelişebilmekle birlikte, KDE'lerin çoğu jinekolojik bir cerrahi girişim sonrasında insizyon skarlarında gelişmektedir. Cerrahi sonrası KDE jinekolojik cerrahinin tipine bağlı olarak %3.5'e varan oranlarda bildirilmektedir (2). Ancak hastaların çoğunluğunda KDE geçirilmiş sezaryen ile ilişkili olarak gelişmektedir.

Endometriyozis gelişimini açıklamak için çok sayıda teori ileri sürülmüştür. Tüm endometriyozis olgularını açıklayabilecek tek bir teori olmamasına rağmen, retrograd menstruasyon teorisi en geniş kabul gören teoridir (3). İlk kez Sampson tarafından tanımlanan bu teoriye göre menstruasyon esnasında fallop tüplerine geçen endometriyal dokular çevredeki pelvik yapılara implante olmaktadır. Bu teori sezaryen ve diğer cerrahi girişimler sonrası skarlarda gelişen KDE'lerin gelişimini açıklamaya da yardım eder (4).

KDE'lerin klasik belirtileri menstruasyon sırasında gelişen periyodik ağrı ve karın duvarında kitledir. Ancak hastaların yaklaşık yarısında ağrı periyodik özellik göstermeyebilir (3). Hastalar genellikle 20-40 yaş arası kadınlardır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi, hastanın geçirmiş olduğu jinekolojik cerrahi ile semptomların başlaması arasında aylar ile yıllar arasında geçen bir süre bulunur. Bizim olgumuzda üç yıl olan bu süre ortalama 3.6 yıldır (1).

Başta insizyonel fıtıklar olmak üzere karın duvarında kitleye neden olabilen pek çok patoloji ile karışabilir. Bu nedenle fizik incelemede fasiyal defektin olup olmadığı araştırılmalıdır. Klasik bulgularla gelen bir olguda başka tanı yöntemleri gerekli olmamakla beraber, sunulan olguda olduğu gibi insizyondan nispeten daha uzak yerleşimli ve ele gelen kitle veya periyodik ağrısı olmayan KDE olguları detaylı olarak araştırılmalıdır (4). Bu tip olgularda USG, BT, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve İİAB gibi yöntemler kullanılabilir. KDE'lerin ultrasonografik görünüşü kistik, polikistik, solid veya bunların karışımı şeklinde olabilir, fakat USG endometriyozis tanısı için duyarlı değildir. BT'de genellikle iyi sınırlı solid veya kistik-solid karışık yapıda artmış kontrast tutulumu gösteren bir kitle görülür. MRG'de T1 ve T2 görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğuna sahip alanlar vardır. Bu tetkikler faydalı olmakla birlikte, ameliyat öncesi kesin tanıyı sağlayamayabilir. Ameliyat öncesi tanıyı koydurabilen yöntem İİAB'dir, ancak insizyonel fıtığın ekarte edilemediği olgularda önerilmez (5).

KDE'ler için tedavi seçeneği lezyonun negatif cerrahi sınırlar sağlanacak şekilde geniş lokal eksizyondur (1,4). Nüks olasılığını azaltan yeterli cerrahi sınırın boyutu ile ilgili çalışma yoktur. Ancak geniş bir seride %4.3 oranında nüks olasılığı bildirildiğinden yeterli cerrahi eksizyon zorunludur. Sunulan olguda olduğu gibi, karın duvarı kasları içine yerleşen endometriyoma olgularında çevredeki miyofasiyal yapıların da birlikte çıkarılması gerekir. Cerrahin eşlik eden bir insizyonel fıtık olasılığına karşı hazırlıklı olması gereklidir. Cerrahi işlem lokal anestezi altında yapılabilir, ancak ameliyat sırasındaki beklenmedik bir gelişme nedeniyle genel anestezinin gerekebileceği de unutulmamalı ve işlem mutlaka ameliyathanede yapılmalıdır.

Kesin tanı ve tedavi için en iyi seçenek cerrahi olmakla birlikte, medikal tedavi seçenekleri de vardır.

Doğum kontrol hapları, danazol, leuprolid ve progesteron gibi medikal ajanlar semptomlarda geçici azalmaya neden olurlarsa da, bu ilaçların hem yan etkeleri vardır hem de tedavi etkinlikleri tartışmalıdır. Ayrıca çok nadir de olsa KDE'lerinde malign dejenerasyon bildirilmiştir (6,7). Cerrahi sonrası hormonal tedaviyi destekleyen kanıt yoktur.

Sonuç olarak; karın ağrısı ile birlikte karın duvarında kitle olan kadın hastalarda, özellikle menstrüasyon dönemlerinde gelişen periyodik ağrının ve başta sezaryen olmak üzere geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsünün olması endometriyoma olasılığını akla getirmelidir. Genel cerrahların bu hastalıkla ilgili farkındalıklarının artması ameliyat öncesi değerlendirme ve tedaviyi yönlendirmede faydalıdır.

KAYNAKLAR

1. Horton JD, DeZee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: A surgeon's perspective and review of 445 cases. *Am J Surgery* 2008;196:207-12.
2. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 85:596-8.
3. Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003;30:41-61.
4. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000;190:404-7.
5. Simsir A, Thorne K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: A report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001;67:984-6.
6. Madsen H, Hansen P, Andersen OP. Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980;59:475-6.
7. Chene G, Darcha C, Dechelotte P, Mage G, Canis M. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17:709-14.