

Inguinal Endometrioma: Vaka Sunumu

Inguinal Endometrioma: A Case Report

Ahmet UYSAL¹, Semih MUN², Cüneyt Eftal TANER², Fatma UYSAL³

¹Sağlık Bakanlığı Seferihisar Necat Hepkon Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

²Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir

³Sağlık Bakanlığı Ege Doğumevi Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İzmir

Geliş Tarihi / Received: 26.03.2012

Kabul Tarihi / Accepted: 04.05.2012

ÖZET

Endometriozis uterus dışında aktif olarak büyüyen ve fonksiyon gösteren stromal veya glandüler endometriyal doku olarak tanımlanmaktadır. En sık gözlenen implantasyon alanları pelvik organlar ve peritondur. Endometrial implantasyon için inguinal bölge veya periosteum seyrek gözlenen bölgelerdir. Bu bölgedeki endometriozisin klinik prezentasyonu ise siklik olarak ağrılı hassas inguinal nodüldür. En iyi tedavi yöntemi ise komplet eksizyondur. Biz vakamızda, periosta invaze olduğu için girişimsel olmayan medikal tedaviyi tercih ettik. Bu vaka sunumunda, pubik kemik üzerine fikse endometrioma odağı klinik ve patolojik özellikleri ile beraber sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Inguinal endometrioma; endometriozis; medikal tedavi.

ABSTRACT

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue with glands and stroma actively growing and functioning outside the uterus. The most frequent sites of implantation are the pelvic viscera and the peritoneum. Inguinal and periosteal regions are rare sites for endometrial implantation. Clinical presentations of periosteal endometrioma are tender inguinal nodule and cyclical pain. The best choice of treatment is complete excision, but we selected non invasive treatment which is medical. Here we report an inguinal region endometrioma that invade periosteum of bone with clinical and pathological features.

Keywords: Inguinal endometrioma; endometriosis; medical treatment.

GİRİŞ

Endometriozis ilk defa 1860 yılında ovaryan hormonal stimülasyona cevap veren ektopikendometrial doku olarak tarif edilmiştir (1). Endometrioma ise endometriozisin yuvarlak kitleler şeklinde görülen haline verilen isimdir. Abdominal duvar endometriomaları genellikle cerrahi prosedürlere sekonder izlenmektedir. Abdominal duvar endometriomalarının çoğunluğu sezaryen skarlarında veya ovaryan endometrioma için yapılan laparotomi ve laparoskopik operasyonların skarlarının yakınında izlenmektedir (2). Sezaryen insizyonu ile ilgili endometrioma insidansı % 0.03 –0,4 arasında rapor edilmiştir (3).

Bu sunumda, pubik kemik üzerine fikse endometrioma odağı olarak tespit edilen vaka, klinik ve patolojik özellikleri ile beraber sunuldu.

OLGU SUNUMU

Kırk beş yaşındaki hasta, sağ kasıkta son bir yıldır adet dönemlerinde ağrı şikayetine neden olan şişlik nedeniyle hastanemize başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 3 gebeliği ve 2 normal spontan doğumu olduğu (en son doğumu 12 yıl önce) ve 22 yıl önce bilateral inguinal herni nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Hastanın yapılan muayenesinde sağ inguinal bölgede

2x2 cm lik nodüler yapı palpe edilmekteydi. Hastaya yapılan pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ise sağ inguinal bölgede yaklaşık 18,5x16 mm çapında T1 kas planları ile izintens T2 kas planlarına göre hafifçe hipointens düzensiz konturlu çevre dokularla net sınırları ayırt edilemeyen Musculus pectineusa invaze yumuşak doku lezyonu saptandı. Radyokontrast tetkiklerde ise lezyonda opak tutulum tespit edilmiştir. Hastaya yapılan pelvik ultrasonografi (USG) normaldi. Lezyondan yapılan insizyonel biyopsinin makroskopik görünümünde periosta fiske nodüler oluşum izlendi. Histopatolojik inceleme ise periostla ilişkili endometrioma olarak değerlendirildi. Hastaya bu sonuçlar ile 2 ay süreli Desogestral 0.150 mg / Etinilestradiol 0.03 g tedavi amacıyla verildi. Ancak hastanın şikâyetlerinin devam etmesi üzerine tedavi amaçlı Medroksiprogesteron asetat 250 mg 2x2 adet/günde ve toplam 20 gün verildi. Tedavi sonrası izlemde hastanın şikâyetleri kayboldu ve sadece sağ inguinal bölgede hassas olmayan nodüler yapı sebat etti.

TARTIŞMA

Endometriozis genellikle reproduktif yaşta, en sık olarak da hayatın 4. dekatında izlenir (4). En sık gözleendiği lokalizasyon pelvis; pelviste ise azalan sıklıkta overlerde, douglas poşunda, uterin ligamanlarda ve pelvik peritonda izlenir. Birçok ekstrapelvik lokalizasyonda da rapor edilmiştir (2- 5). Endometriozisdeki patofizyolojik temel net olarak açıklanamamıştır. En geçerli teori; menstürasyon esnasında tubalar boyunca endometrial hücrelerin peritoneal kaviteye reflüsüdür. Diğer teoriler ise lenfatikler ve vasküler yol ile endometrial hücrelerin dağılması ve çöломik hücre metaplazisidir (6). Cerrahi skar endometriozisinin sebebi, iatrojenik olarak endometriumun cerrahi yaraya transplantasyonudur (4). Cerrahi yaralarda veya vücut yüzeyindeki endometriozisin en sık görülen semptomu ağrılı nodüldür. Bu nodüller özellikle menstürasyon döneminde ağrılıdır (7). Bizim vakamızda da hasta, son bir yıldır, menstürasyon döneminde ortaya çıkan inguinal bölgedeki ağrılı nodülden şikâyetçidir. USG, bilgisayarlı tomografi (BT), MRG ve ayrıca ince iğne aspirasyon biopsisi endometriomalarının incelenmesinde kullanılan yöntemlerdir (4, 8- 10). Bizim vakamızda kontrastlı MRG ile lezyonun lokalizasyonu tespit edildi ve yapılan insizyonel biyopsi de periosta fiske nodüler oluşum tespit edildi. Hastaya yapılan bilateral inguinal herni operasyonunun üzerinden 22 yıl geçmesi ve şikâyetle

rinin son 1 yıldır olması nedeniyle vaka skar endometrioması olarak değerlendirilmedi.

Endometriomanın tedavisi; rekürrensi de önlemek amacıyla total olarak çıkarılmasıdır. Skar endometriozisi ve diğer alanlardaki endometriozis malignensiye dönüşebilir. Bu nedenle ve rekürrensi önlemek amacıyla lezyon temiz çevre dokuyla beraber çıkarılmalıdır.

Vakamızda yapılan insizyonel biopsi sonucunun; periosta invaze endometriozis şeklinde sonuçlanması sebebiyle hastaya medikal tedavi başlandı. Medikal tedavinin başlangıcında kullanılan 2 aylık Desogestral 0.150 mg / Etinilestradiol 0.03 gr'dan cevap alınmayınca medroksiprogesteron asetat 250 mg tedavisine geçildi ve hastanın semptomları bu tedavi ile geriledi. Sonuçta çok ender görülen periosta invaze endometriozisin medroksiprogesteron asetat ile medikal tedavisi tedavi seçeneklerinden biridir.

KAYNAKLAR

1. Williams HE, Barsky S, Storino W. Umbilikal endometrioma. Arch Dermatol 1976;112(10):1435-6.
2. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriosis near cesarean delivery scars. J Ultrasound Med 2003;22(10):1041-7.
3. Vilarino FL, Bianco B, Martins AC, Christofolini DM, Barbosa CP. Surgical scar endometriosis: a series of 42 patients. Rev Bras Ginecol Obstet 2011;33(3):123-7.
4. 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(2):207-12.
5. Uysal A, Mun S, Taner CE. Endometrioma in abdominal scars: case reports of four cases and review of the literatüre. Arch Gynecol Obstet 2012;286(3):805-8.
6. Matsuzaki S, Darcha C. Epithelial to mesenchymal transition-like and mesenchymal to epithelial transition-like processes might be involved in the pathogenesis of pelvic endometriosis. Hum Reprod 2012;27(3):712-21.
7. Blanco RG, Parithivel VS, Shash AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003;185(6):596-8.

Inguinal Endometrioma
Inguinal Endometrioma

8. Catalina-Fernández I, López-Presa D, Sáenz-Santamaria J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytol* 2007;51(3):380-4.
9. Busard MP, Mijatovic V, van Kuijk C, Hompes PG, van Waesberghe JH. Appearance of abdominal wall endometriosis on MR imaging. *Eur Radiol* 2010;20(5):1267-76.
10. Savelli L, Manuzzi L, Donato ND, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;39(3):336-40.