

İnsizyonel Endometriozis; Nadir Bir Cerrahi Komplikasyon

Incisional Endometriosis; A Rare Surgical Complication

Pınar YAZICI¹, Pembe OLTULU²

¹Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kahramanmaraş, Türkiye ²Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Patoloji, Kahramanmaraş, Türkiye

ÖZET

Endometrial dokunun uterin kavitenin dışında bulunması durumu olarak tanımlanan endometriozis sezaryen, histerektomi, apendektomi, amniyosentez gibi uterin bölgeye yakın girişimler sonrasında skar dokusunda gelişebilmektedir. Sezaryen sonrasında insizyonel endometriozis görülme sıklığı %0,03-%0,4 olarak rapor edilmektedir. Bu çalışmada biz kliniğimize pelvik bölgede kronik ağrı ile başvuran ve anamnezinde sezaryen öyküsü bulunan iki hastayı inceledik. Her iki hastada da muayenede insizyon komşuluğunda palpabl nodül saptandı. Kitlenin geniş lokal eksizyonla çıkarılması sonrası yapılan patolojik incelemede endometriozis rapor edildi. Sonuç olarak; sezaryen skarı ile ilişkili bir kitlede mevcut ağrıların periyodikliği sorgulanarak insizyonel endometriozis ayırıcı tanıları arasında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Sezeryan, Siklik ağrı, İnsizyonel endometriozis

ABSTRACT

Endometriosis which is defined as the presence of endometrial tissue out side of the uterine cavity may be diagnosed in the incision line following caesarean section, hysterectomy, appendectomy, and amniocentesis. The rate of endometriosis after caesarean section is 0,03-0,4% . In this report, we presented two patients admitted to our clinic with chronic pain in the pelvic region. Both had a caesarean section history and palpable nodule near the Pfannenstiel's incision. After wide total excision of the masses, pathological examination confirmed the diagnosis of endometriosis. In conclusion, incisional endometriosis should be kept in mind in the patients with chronic pain and palpable mass in the cesarean incision scar.

Keywords: Cesarean section, Periodic pain, Incisional endometriosis

GİRİŞ

Endometriozis, endometrial dokunun uterin kavite dışında bulunmasıdır. Ektopik yerleşimli olan bu dokular da hormonal stimülasyona yanıt verir. Sıklıkla pelvik yerleşimli olup periuterin dokularda bulunmakla birlikte, ekstrapelvik olarak akciğerler, apendiks, umbilikus ve peritoneal yerleşimli olabilir¹. En sık saptanan ekstrapelvik yerleşim ise %0,03-0,4 sıklıkla gözlenen kütanöz endometriozisdir²⁻⁴. İnsizyonel endometriozis genel cerrahlar arasında pek de sık rastlanmayan fakat jinekologlar tarafından iyi bilinen bir klinik tanıdır. Bu nedenle de genellikle yabancı cisim reaksiyonu (sütür granülomu), lipom, abse olarak hatta bazen insizyon hattında yerleştiği için insizyonel fitik olarak değerlendirilebilir. Biz bu çalışmada kliniğimizde sezaryen sonrası gelişen kronik ağrı şikayeti olan iki hastayı tartışarak bu hasta grubunda ayırıcı tanıya ulaşma sürecine katkıda bulunmayı ve cerrahi girişim uygulama öncesinde diğer olasılıkları ekarte etmenin önemini vurgulamayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Olgu 1

Otuzaltı yaşında kadın hasta tarafımıza pelvik bölgede tariflediği ve yaklaşık bir yıldır devam eden ağrı ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede eski sezeryan operasyonuna bağlı Pfannenstiel insizyon skarı izlendi. Tüm kadranlarda batin muayenesi olağan olmakla birlikte insizyon bölgesinde özellikle derin palpasyonla hassasiyet ve defans saptandı. Hastanın öyküsü ayrıntılı sorgulandığında ağrısının periyodik olduğunu tam tariflemese de bölgedeki şişliğin bazen büyüdüğü ve son (ikinci) sezeryanından sonra geliştiği öğrenildi. Bu bölgede insizyon sağ lateralinde ele gelen palpabl yaklaşık 1,5 cm lik yüzeyel nodül izlendi. Yapılan yüzeyel doku ultrasonografisinde (US) palpabl oluşum hissedilen bölgede yaklaşık 14x10 mm boyutlarında düzenli sınırları olan semi-solid karakterde mikst ekojenitede nodüler oluşum rapor edildi. İlk planda sütür reaksiyonu düşünülen hasta lokal anestezi altında opere edilerek kitle total olarak

Başvuru tarihi / Submitted: 11.06.2010 **Kabul tarihi / Accepted:** 06.09.2010

İletişim Bilgileri: Dr. Pınar Yazıcı, Kahramanmaraş Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi, Kahramanmaraş, Türkiye e-mail: drpinaryazici@gmail.com

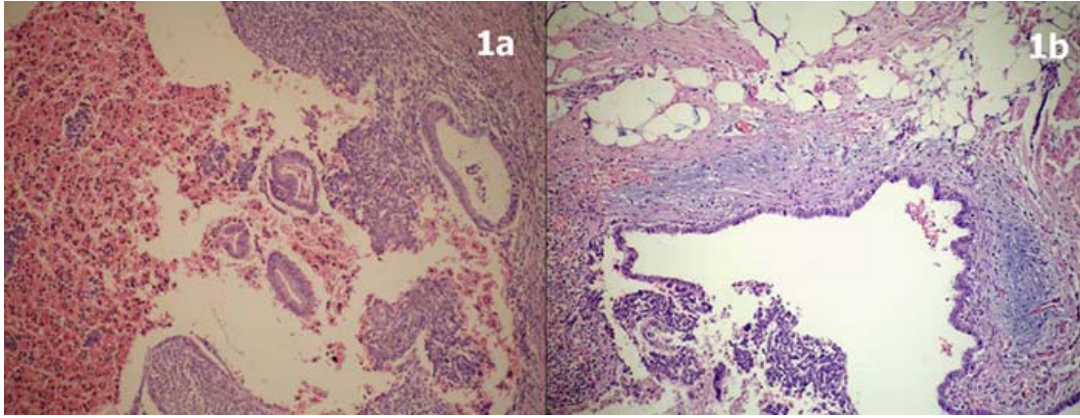
eksize edildi. Makroskopik görüntüde yer yer kanama odakları da izlenen kitlenin patolojisi endometriozis olarak rapor edildi (Şekil 1a-b).

Olgu 2

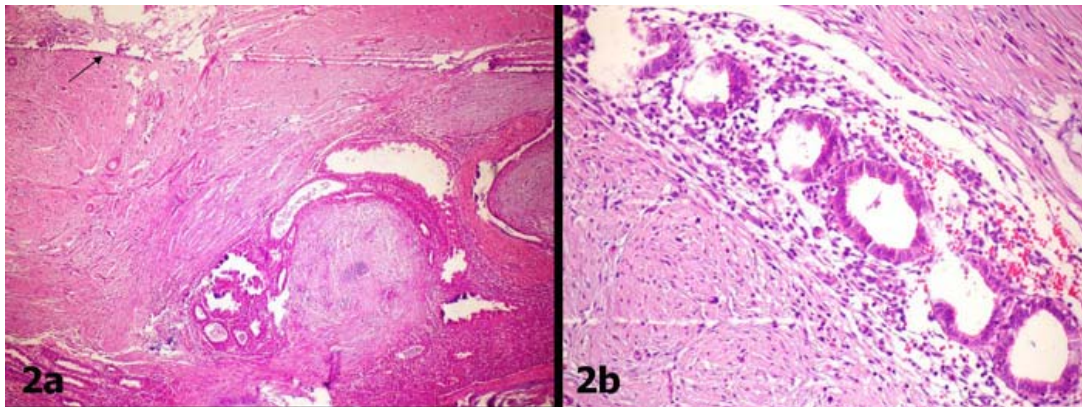
Otuzüç yaşında kadın hasta yaklaşık üç yıldır tariflediği lokalize ağrılar nedeniyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yapılan batin muayenesinde eski operasyon skarı (pfannenstiel kesi) ve özellikle bu insizyonun sol komşuluğunda hassasiyet mevcuttu. Derin palpasyonla hassasiyetle uyumlu bölgede yaklaşık 3-4 cm lik sert oluşum palpe edildi. Hastanın ayrıntılı anamnezinde yaklaşık 4 yıl önce sezeryan operasyonu geçirdiği, ağrılarının periyodik olduğu ve özellikle ağrı süreçlerinde bu bölgede dolgunluk artışı olduğu öğrenildi. Bu bölgeye yönelik yapılan yumuşak doku US'de Pfannenstiel insizyon

skarının sol lateral superior komşuluğunda 35x45 mm'lik lobüle konturlu büyük kısmı hipoekoik olmakla birlikte yer yer hiperekojen alanlar içeren düzgün sınırlı lezyon rapor edildi. Endometriozis ön tanısı düşünülen hastaya lokal anestezi eşliğinde çevre yumuşak dokuyu da içerecek şekilde eksizyonel biyopsi uygulandı. Kitlenin patolojik incelemesinde makroskopik olarak 35x35x20 mm'lik kitle tespit edilen vakada mikroskopik bakıda yağ doku içinde geniş bağ dokusu artışı ve bu doku içinde endometrial stroma ile bazıları kistik hal almış kanama alanları içeren endometrial gland yapıları tespit edildi. Endometriozis ile uyumlu bulgular doğrulandı. (Şekil 2a-b).

Hastaların izlemde ağrılarının gerilediği ve kaybolduğu tespit edildi.



Şekil 1a-b: a- x10; H&E, Endometrial gland yapıları, endometrial stroma ve kanama alanları, b- x4; H&E, yağ doku ve fibröz doku içerisinde endometrial glandlar



Şekil 2a-b : a- x4; H&E, yağ doku (siyah ok) ve geniş fibröz doku içinde endometrial stroma ve bez yapıları, b-x20; H&E, fibröz doku içinde endometrial stroma ve gland yapısı

TARTIŞMA

Endometriozis ilk olarak 1900'lü yıllarda uterin kavite dışında fonksiyonel endometrial doku bulunması olarak tanımlanmıştır⁵. Kadın doğum doktorları bu konuya yakın olsalar da cerrahi literatürde yayınlanan hasta sayıları oldukça azdır. Genel cerrahi literatüründe 1975 ten bu yana yer almakla birlikte en büyük seriyi Nirula ve ark.'ları yayınlamıştır^{6,7}. Özellikle insizyonel skarlarda yerleşen ekstrapelvik endometriozis genellikle sezeryan operasyonları sonrası gelişir. Pariyetal ve viseral peritonların yeterince iyi kapatılmaması sonrası geliştiği endometriozis hipotezleri arasındadır.

Hastaların büyük kısmı ağrı tariflerken bazı hastalar genellikle insizyonun lateralinde ele gelen ve boyutlarında aralıklı artış tariflediği bir oluşumdan bahsedebilir. Siklik ağrı ve premenstruel periyotta kitle boyutlarında değişiklik hastaların hepsinde olmayabilir. Nirula ve ark. ları tarafından yapılan 10 hasta içeren çalışmada bu oran %20 olarak bulunmuştur⁷. Klinik şüphe durumunda hekim bu konuyu ayrıntılı soruşturmalıdır. Kronik karın ağrısı olması jinekolojik cerrahların hastaları -öncelikle cerrahi problemi ekarte etmek için- genel cerraha yönlendirmesine sebep olur. Bu hastalarda iyi anamnez alınmazsa sütür granulomu, insizyonel herni, lipom, abse, kist ya da yabancı cisim reaksiyonu gibi durumlarla karıştırılabilir. Oysaki bu hastalarda sezeryan skarına eşlik eden semptomların olması ve siklik ağrı tariflenmesi yanısıra palpabl bir oluşum da eşlik ediyorsa endometriozis için patognomiktir.

Teşhiste US yanı sıra bilgisayarlı tomografi de kullanılabilir. Fakat bizim olgularımızda sadece US uygulandı. Yapılan US'lerde insizyonel herni ekarte edilerek oluşumun cilt altı ile ilişkili olduğu doğrulandı. Bu bölge yerleşimli kitlelerde ayırıcı tanıda hematoma, sebace kist ve malignite yer almaktadır. Ultrasonografi ile her ne kadar herni ekarte edilebilse de^{8,9} diğer ayırıcı tanıları konusunda yeterince fikir yürütülemez. İğne aspirasyon biyopsisi de teşhis yöntemleri arasında yer almakla¹⁰ birlikte biz her iki hastada da kullanmadık. Bu yöntemle aspire edilen çikolata renkli sıvı da tanıda anlamlı olmaktadır.

Kitle boyutları zaman içerisinde periyodik içe kanamalar nedeniyle artış gösterebilir; 12 cm'e varan boyutlar rapor edilmiştir¹¹. Kullanılan hormon preparatlarının herhangi bir boyut regresyonu yaratmadığı bilinmektedir. Bu hastaların kesin tedavisi total cerrahi eksizyondur. Çünkü bu komplikasyonun ağrı ve kitle bulgusu oluşturmasının yanı sıra malign transformasyon geliştiği de rapor edilmiştir¹². Bu hastaları takip etmekte fayda vardır. Nitekim Steck ve ark'larının yaptığı çalışmada rekürrensler bildirilmiş ve re-eksizyon uygulanmıştır. Bu nedenle kitlelerin çevre yumuşak doku ile birlikte çıkarılması önerilmektedir¹³.

Sonuç olarak, özellikle genel cerrahlar arasında nadir karşılaşılan bir durum olan insizyonel endometriozis sezeryan öyküsü olan hastalarda karın ağrısı şikayetine yaklaşımda ayırıcı tanıları arasında unutulmamalı ve hastanın anamnezi buna yönelik ayrıntılı incelenmelidir. Klinik şüphe varlığında yapılacak US ile herni ekartasyonu sonrasında total cerrahi eksizyon tedavide yeterli olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Mascaretti G, Di Berardino C, Mastrocola N, Patacchiola F. Endometriosis: rare localizations in two cases. Clin Exp Obstet Gynecol 2007;34(2): 123-125.
2. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis. A report of two cases. J Reprod Med 2002;47:50-52.
3. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases, Am Surg 1999;65:36-39.
4. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases, Obstet Gynecol 1980; 56:81-84.
5. Gordon CW, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. Obstet Gynecol Surv 1989;42:89-95.
6. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. Int Surg 1975;60:103-104.
7. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in General Surgery. J Am Coll Surg 2000;190(4):404-407. doi:10.1016/S1072-7515(99)00286-0
8. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometriosis: CT findings. J Comput Assist Tomogr 1984;8:1213-1214.
9. Fishman EK, Scatarige JC, Saksouk FA, Rosenshein NB, Siegelman SS. Computed tomography of endometriosis. J Comput Assist Tomogr 1983;7:257-264.
10. Griffin JB, Betsill WL. Subcutaneous endometriosis diagnosed by fine needle aspiration cytology. Acta Cytol 1985;29:584-588.
11. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. J Reprod Med 2007;52(7):630-634.
12. Omranipour R, Najafi M. Papillary serous carcinoma arising in abdominal wall endometriosis treated with neoadjuvant chemotherapy and surgery. Fertil Steril 2010; 93(4):1347-1348. doi:10.1016/j.fertnstert.2009.09.065
13. Steck WD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. Clin Obstet Gynecol 1966;9:373-383.