

Gökay ATEŞ¹

Sercan BÜYÜKAKINCAK²

¹Anestezi ve Reanimasyon, Akçaabat
Haçkhalı Baba Devlet Hastanesi,

²Genel Cerrahi, Akçaabat Haçkhalı
Baba Devlet Hastanesi

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Anestezi ve Reanimasyon, Akçaabat
Haçkhalı Baba Devlet Hastanesi,
Trabzon

Tel/phone: +90 532 584 07 72

E-mail: drealunbas@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Endometriozis, rektus ab-
dominis

Keywords:

Endometriosis, rectus ab-
dominis

Geliş Tarihi - Received
08/12/2018

Kabul Tarihi - Accepted
16/01/2019

Karın Ağrısında Ayırıcı Tanı, Rektus Abdominis Kasında Endometriyozis, Bir Olgu Sunumu

Differential Diagnosis in Abdominal Pain, Endometriosis in Rectus Abdominis Muscle, A Case Report

Öz

Endometriozis, endometrial stroma ve glandların uterus kavitesi dışında yerleşmesi olarak tanımlanır. Ektopik endometrium dokusu en çok overler, douglas boşluğu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Rektus abdominis kası içerisinde lokalize endometriozis çok nadir görülür. Üreme çağındaki kadınlarda batın ön duvarındaki kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle cerrahi bir girişim öyküsü varsa ve menstrüel siklus ile birlikte ağrı şiddetleniyorsa endometriyoma düşünülmelidir. Bu kitleler sıklıkla insizyonel fıtıkla karışır ve hastalar genellikle genel cerrahlara başvurur. Ameliyat öncesi tanı konulması zordur. Bu çalışmada rektus abdominis kası içerisine lokalize olmuş bir endometriyoma olgusunu, tanı ve tedavi planını, güncel literatür ışığında tartışmak üzere tedavi ettiğimiz bir olgumuzu sunmak istiyoruz. Amacımız hastaları değerlendirirken anamnez ve fizik muayeneden oluşan rutin araştırmanın taniya götüren süreçte önemini vurgulamak istiyoruz.

Abstract

Endometriosis is defined as the placement of endometrial stroma and glands outside the uterine cavity. Ectopic endometrium is mostly seen in ovaries, douglas cavity, sacrouterin ligaments, pelvic peritoneum, rectovaginal septum and cervix. Endometriosis localized in the rectus abdominis muscle is very rare. Endometrioma should be considered in the differential diagnosis of masses in the anterior abdominal wall of reproductive age women, especially if there is a history of surgical intervention and the pain increases with the menstrual cycle. These masses frequently interfere with incisional hernias and patients often refer to general surgeons. Preoperative diagnosis is difficult. In this study, we want to present a case of endometrioma localized in the rectus abdominis muscle and to discuss the diagnosis and treatment plan in the light of the current literature. Our aim is to emphasize the importance of routine research consisting of anamnesis and physical examination in the process leading to diagnosis.

Giriş

Endometrial stroma ve glandların uterin kavite dışında bulunmasına endometriozis denir (1). Endometriozise reproduktif çağıdaki kadınlarda rastlanır. En sık 25-35 yaşları arasında görülür, görülme sıklığı ortalama %7'dir (2). Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, douglas boşluğu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır (3). Ayrıca meme, pankreas, karaciğer, safra kesesi, böbrek, üretra, ekstremiteler, vertebra, kemik, periferik sinirler, akciğer, diyafram ve santral sinir sisteminde de görüldüğü bildirilmiştir (4).

Ektopik yerleşimli olan bu dokular da hormonal stimülasyona yanıt verir. Tıbbi tedaviler de endometriozisin östrojene bağımlı bir hastalık olması prensibine dayanır. Hamilelik ve menopoz endometriozis oluşumunu engelleyen iki doğal durumdur. Hormonal tedavilerde amaç bu iki doğal durumu taklit etmektir. Tedavide doğum kontrol hapları, GnRH analogları, danazol, progesteronlar gibi ilaçlar kullanılabilir.

Karın duvarı endometriozisi (KDE) ise genellikle histrotomi yapılan obstetrik veya jinekolojik operasyonlar sonrası endometriozisin karın duvarında yerleşmesidir. Tüm endometriozis olgularının ancak %1'i karın duvarı yerleşimlidir (3), 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.

Olguyu sunmaktaki amacımız; rutin araştırmanın önemini vurgulamaktır. Kasık ağrısı ve dismenore şikayeti olan üreme çağındaki kadınlarda, karın ön duvarında kitle tespit ettiğimizde ekstra pelvik endometriozisin göz önünde bulundurulmasına ve bu lezyonla ilgili farkındalığın artmasına katkı sağlamaktır.

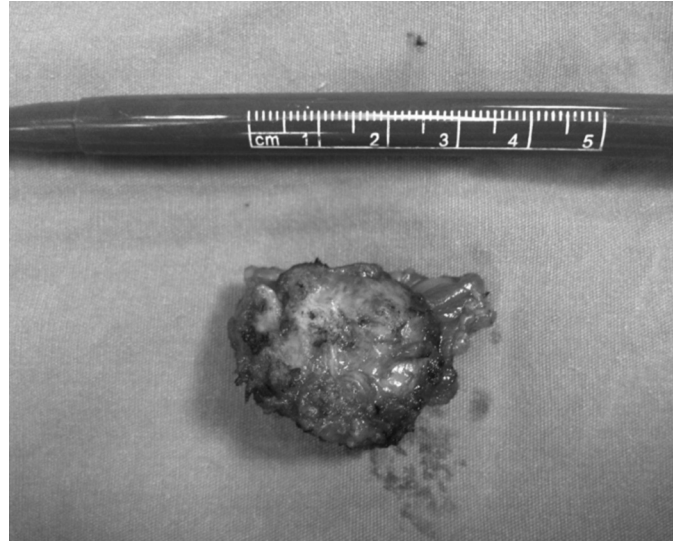
Olgu

Kasık ağrısı ve dismenore şikayeti ile başvuran otuz sekiz yaşında kadın hastanın rutin araştırmasında iki yıl önce gebelik nedeni ile sezeryan ameliyatı yapıldığı öğrenildi. Anamnezinde karın bölgesinde operasyondan 4 ay sonra karın bölgesinde şişlik farkettiği ve bu şişliğin menstruasyon dönemlerinde büyüdüğü ve ağrının şiddetlendiği öğrenildi. Fizik muayenesinde tarif edilen bölgede cilt altında Pfannenstiel insizyon hattının superiorunda, orta hattan 1-2 cm kadar sağda 3 cm büyüklüğünde sert, fikse ve ağırlı bir kitle palpe edildi. Hastanın jinekolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Yapılan yüzeysel ultrasonografide sağ rektus abdominis kası içinde 3x2 cm büyüklüğünde hipoekoik lezyon saptandı (Şekil 1). Tanı koymak amacıyla eksizyonel biyopsi planlandı. Kitle intraabdominal organlarla ve cilt altı dokusuyla ilişkili değildi. Kitle etrafındaki sağlam doku sınırlarından eksize edildi (Şekil 2) ve oluşan defekt alanı primer olarak onarıldı. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolde hastanın

Şekil 1. Rektus abdominis'de 3x2 cm büyüklüğünde hipoekoik lezyon.



Şekil 2. Eksize edilen kitle.



şikayetlerinin kaybolduğu saptandı. Materyalin patolojik incelemesi sonucu, rektus abdominis kasında endometriyozis olarak saptandı.

Tartışma

Endometriyozis, dismenore, disparoni, pelvik ağrı ve infertilite gibi sosyal, cinsel ve üreme açısından olumsuz sonuçlara neden olabilen yaygın kronik bir jinekolojik hastalıktır. En sık başvuru nedeni dismenoredir (5). Ağrının nedeni endometriozis odaklarında salgılanan prostoglandin etkisiyle uterusu ortaya çıkan kasılmalardır.

Ekstragenital organlarda ortaya çıkan endometriozis olguları tüm eksternal endometriozis olgularının %6'sını oluşturmaktadır (6).

Batın ön duvarı yerleşimli endometriyozisin etyolojisinde iki temel teori öne sürülmektedir (7). Bunlardan ilki ve en fazla kabul göreni cerrahi girişim sonucunda endometriyal dokunun iyatrojenik implantasyonudur. Cerrahi işlem olmaksızın spontan gelişen veya skar dokusuna uzak olan endometriyomalarda, vasküler yayılım teorisi ön plana çıkmaktadır.

Ektopik endometriyum siklik hormonal değişikliklere cevap verir ve etrafındaki stromanın içine kanayarak basınç ve ağrıya yol açar. Tekrarlayan kanama epizodları sonucunda fibrozis ve skar dokusu meydana gelir (7).

Endometriozisin malign transformasyon potansiyeline sahip neoplastik bir süreç olduğuna dair genetik ve moleküler kanıtlar vardır. Achach ve arkadaşları endometriozisten en sık “endometrioid karsinom”, ekstrapelvik yerleşimli endometriozisten ise “berrak hücreli karsinom” geliştiğini bildirmektedirler (8).

Zaman zaman kasık ağrısı ve dismenoresi olan hastalarda hikaye ve fizik muayene çok önemlidir. Olgumuzda fizik muayene ile karın ön duvarında kitle tespit edilmiş ve anamnez derinleştirildiğinde bu kitlenin menstruel dönemlerde büyüdüğü öğrenilmiştir.

Ovaryan endometriyomalar ultrasonografide %95 oranında homojen hipoeoik lezyonlar olarak görülürken, batın ön duvarındaki endometriyozis nonspesifiktir ve hipoeoik, kistik, kompleks kistik ve solid kitle olarak görülebilir.

Olgumuzda malignite düşünülmediği ve total eksizyon planlandığı için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapmaya gerek görülmedi.

Cerrahi tedavi olguların %95'ten fazlasında kür sağlar. Tam eksizyon sağlamak için sıklıkla abdominal fasyanın bir parçasını da çıkarmak gerektiği özellikle vurgulanmaktadır. (3)

Sonuç

Doğurgan çağıdaki bayanlarda özellikle başta sezaryen olmak üzere abdominal veya pelvik cerrahi geçirmiş kadınlarda karın ön duvarında ele gelen kitlenin ayırıcı tanısında endometriyozis düşünülmalıdır. Kesin tanı, lezyonun his-

tolojik incelemesiyle konulmaktadır. Tedavisinde komplet cerrahi eksizyon yeterlidir. Sağlık hizmetleri ile ilk giriş noktası olan aile hekimlerinin ve genel cerrahların bu hastalıkla ilgili farkındalıklarının artması ameliyat öncesi değerlendirme ve tedaviyi yönlendirmede faydalı olacaktır.

Kaynaklar

1. Fox H. Haines and Taylor obstetrical and gynelological pathology. 2. Cilt. 3'' edition. New York: Churchill Livingstone:1987.
2. D'Hooghe TM, Hill III JA. Endometriosis. In: Berek JS (Ed). Berek&Novak's Gynecology. 14th ed. Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 2007: p. 1137-1184.
3. Cevrioglu S, Yilmaz S, Yilmazer M, Tokyol Ç. Sezaryen skarında endometriozis; olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. T Klin Jinekoloj Obst 2004;14: 44-47.
4. Gabriel A, Shores JT, Poblete M, Victorio A, Gupta S. Abdominal Wall endometrioma. Ann Plast Surg 2007; 58: 691-693.
5. Çolgar U. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Birinci baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006, 109-128.
6. Sertcelik A, Çakiroglu E, Sak SD. Myom nodülü içinde izlenen endometriozis odakları: Adenomyoma. Ankara Tıp Mecm. 1990; 43: 195-200.
7. Çelik M, Bülbüloğlu E, Büyükbeşe MA, Çetinkaya A. Abdominal Wall endometriosis: localizing in rectus abdominis sheath. Turk J Med Sci 2004; 34: 341-343.
8. Achach T, Rammeh S, Trabelsi A et al. Clear Cell Adenocarcinoma Arising from Abdominal Wall Endometriosis. J Oncol 2008;doi:10.1155/2008/478325.