

## Rektus Kası Endometriozisi; Bir Olgu Sunumu

Rukset Attar\*, Gazi Yıldırım\*, Yücel İnan\* Cem Fıçıcıoğlu\*, Baki Ekçi\*\*

Ümit Akyüz\*\*\* , A.İşın Doğan Ekici\*\*\*\* Özcan Gökçe\*\*

\*Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

\*\*Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Genel Cerrahi A.D.

\*\*\*Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Gastroenteroloji A.D.

\*\*\*\*Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Patoloji A.D.

Adres: Rukset Attar Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.

Cep: 05378401900

### ÖZET:

*Endometriozis endometriyal dokunun endometriyal kavite dışında gelişmesi olarak tanımlanır. Her ne kadar yerleşim yeri pelvik bölge olarak sınırlanmış olsada sıklıkla üreme çağındaki kadınlarda gözde, böbreklerde, böbreküstü bezlerde, akciğerde, umbilikusda, merkezi sinir sisteminde, diyaframda, safra kesesinde, kalpde, karaciğerde, biceps kasında, kemikte, periferik sinirlerde ve ciltte de bulunabilir. Abdominal duvarda gelişen ektopik endometriyosiz odakları genellikle jinekolojik cerrahi girişimler sırasında endometriyal hücrelerin karın ön duvarına implantasyonu ile oluşur. Biz burada sezaryenden 2 yıl sonra rektus kasında endometriyosiz gelişmiş 37 yaşında bir vakayı sunduk.*

**Anahtar Kelimeler:** Endometriyoz; Karın kasları

### ABSTRACT:

#### *Endometriosis in the rectus abdominis muscle; a case presentation*

*Endometriosis defined as ectopic endometrial tissue existence. Mostly endometriosis localized to the pelvic region, however kidneys, surrenal glands, eye ball, lungs, umbilicus, central nervous system, diaphragm, gallbladder, hearth, bones, liver, biceps muscles, periferal nerves and skin could be possible suspicios sites for the developing endometriosis among the reproductive aged women. Abdominal wall endometriosis usually occurs after an abdominal surgical procedures. A 37 years old endometriosis case that its placed in the rectus abdominis muscle was presented in this text.*

**Key words:** Endometriosis; Abdominal Muscles

### GİRİŞ

Endometriozis, fonksiyonel endometrial gland ve stromanın uterin kavite ve uterus kas dokusu dışında bulunması durumuna denir. Her ne kadar yerleşim yeri pelvik bölge olarak sınırlanmış olsa da sıklıkla üreme çağındaki kadınlarda gözde, böbreklerde, böbreküstü bezlerde, akciğerde, umbilikusda, merkezi sinir sisteminde, diyaframda, safra kesesinde, kalpde, karaciğerde, biceps kasında, kemikte, periferik sinirlerde ve ciltte de bulunabilir (1,2). Genel populasyonda endometriozis insidansı %1 ile 8 arasında tahmin edilmektedir. Üreme çağındaki kadınlarda herhangi bir jinekolojik girişim sırasında rastlantısal olarak endometriyosiz görülme sıklığı %15-20 arasındadır (3). Kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadınlar arasında ise bu oran %50'ye çıkmaktadır Hastalık dördüncü dekatta pik

yapar (4). Abdominal duvarda gelişen ektopik endometriyosiz odakları genellikle jinekolojik cerrahi girişimler sırasında endometriyal hücrelerin karın ön duvarına implantasyonu ile oluşur. Sezaryen sonrası görülme sıklığı %0.03 - %0.4 arasında rapor edilmektedir. Ektopik endometriyosiz odakları perianal bölgede epizyo skarlarında ya da laparoskopik trokar giriş yerlerinde de görülebilir. Tanı için dikkatli alınmış öykü ve fizik muayene çok önemlidir. USG, BT, MRI ile kesin tanı koyulamasa da abdominal duvara lokalize diğer malign ve benign kitlelerin ayırıcı tanısı açısından faydalıdır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tartışmalı olsa da yapılabilir ancak iğne hattı boyunca endometriyal hücrelerin yayılım riski vardır (3). Tedavi lezyonun sınırları sağlam dokulardan oluşacak şekilde genişçe cerrahi

eksizyonudur. Beraberinde pelvik endometriozisi olan hastalarda hormonal tedavi denenebilir ancak ilaçları kestikten sonra rekürrens oranı yüksek olarak rapor edilmektedir.

## VAKA

A.A, 37 yaşında, G2P1A1 olan hasta iki yıl önce sezaryen ile doğum yapmıştı ve jinekolojik şikayeti yoktu. Yaklaşık dört aydır göbek sol yanında ağrı ve şişkinlik şikayeti nedeni ile genel cerrahi poliklinik kontrolü önerilmişti cerrahi ayırıcı tanı için üst ve alt gastro-intestinal endoskopik incelemeler de dahil birçok araştırma yapılmıştı (**Resim 1**).

**Resim 1.** Ayırıcı tanı için yapılan üst ve alt gastro-intestinal endoskopik incelemeler.



Son üç aydır özellikle adet dönemlerinde ağrılarında artış olduğunu ifade eden hastanın fizik muayenesinde umblikus sol lateralinde 3x3 cm ebatlarında, kısmen mobil, orta kıvamlı, ağrılı, redükte olmayan ve valsalva manevrası ile büyümeyen kitle palpe edilmişti. Diğer sistem muayeneleri doğal olan hastanın USG incelemesi sol rektus kası içerisinde 27x13mm batın ile bağlantılı olmayan düzensiz sınırlı hipoekoik solid lezyon olarak rapor edildi. Öykü ve fizik muayenesi sonucunda büyük oranda rektus kasında ektopik bir endometriyozis odağı düşünülen hastaya ek görüntüleme yapılmadı ve eksizyonel biyopsi amacıyla opere edildi. Peroperatif USG incelemesi ile lezyonun sınırları yeniden belirlenerek geniş eksizyonel biyopsi yapıldı ve defekt mesh ile onarılacak operasyon sonlandırıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesi ‘çizgili kas dokusu içerisinde kanama ve dökülme bulguları içeren endometriyal gland, stroma ve kronik iltihap bulguları’ olarak rapor edildi. Hasta postoperatif birinci gününde problemsiz taburcu edildi. Rutin kontrollerinde muayenesi tamamen normaldi ve herhangi bir yakınması yoktu.

## TARTIŞMA VE SONUÇ

Endometriyozis, fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterin kavite ve uterus kas dokusu dışında bulunmasıdır. Pozitif aile öyküsü, aşırı kanama ile birlikte kısa menstrüel siklus, normal menstrüel akımda obstürüksiyon endometriyozis için risk faktörleridir (5). Endometriyozis öncelikle premenapozal dönemdeki kadınları etkilese de erkeklerde ve özellikle karşılanmamış yüksek doz östrojen alan postmenapozal kadınlarda da görülebilmektedir. Abdominal duvarda gelişen ektopik endometriyozis odakları genellikle jinekolojik cerrahi girişimler sırasında endometriyal hücrelerin karın ön duvarına implantasyonu ile oluşur. Sezaryen sonrası görülme sıklığı %0.03 - %0.4 arasında rapor edilmektedir. Ektopik endometriyozis odakları perianal bölgede epizyo skarlarında, laparoskopik trokar giriş yerlerinde hatta appendektomi ve inguinal herni onarımı sonrası insizyon skarlarında da görülebilir (2). Endometriyozisin patofizyoloji ile ilgili olarak önerilen bazı teoriler şunlardır (5-6).

1. Yaygın olarak kabul gören teorilerin biri Sampson’un retrograd menstrüasyon teorisidir. Bu teoriye göre menstrüasyon sırasında endometriyal doku fallop tüplerinden batın içine yayılmakta ve abdominal ve pelvik organların serozal yüzeylerine implante olarak gelişmektedir. Aşırı menstrüel kanaması olan kadınların %90’ına yakınında menstrüasyon öncesi peritoneal sıvılarında kan bulunmaktadır. Uzak ekstrapelvik endometriyozis vakaları bu teori ile açıklanamamaktadır.

2. Minh’sin ekstraüterin endometriyozis için önerdiği alternatif teoriye göre pluripotent peritoneal mezotel hücreleri metaplastik transformasyona uğrayarak fonksiyonel endometriyal dokuya dönüşmektedir. Erkeklerde görülen endometriyozis vakaları bu teoriyi desteklemektedir.

3. Bir başka teoride lenfatik ve/veya hematojen yolla endometriyal dokunun yayılımıdır. Açık bir şekilde ispatlanmış olmasa da bu teori uzak ekstrapelvik endometriyozis vakalarını açıklamaktadır.

4. Bozulmuş immünite teorisinde ektopik endometriyal dokunun immün sistem tarafından tanınmasında yetersizlik vardır. Son yapılan çalışmalarda sitokinler ve lökositler aracılığı ile immün sistemin rolüne dikkat çekilmektedir.

5. İnsizyon hattında meydana gelen endometriozis olgularında endometriyal dokunun iatrojenik mekanik implantasyonu söz konusudur.

Mekanizması ne olursa olsun ekstrapelvik endometriyosiz klinisyenler için zor vakalardır. Abdominal duvar endometriotik nodüller genellikle cilt veya cilt altı dokusu içinde bulunur (7). Bizim vakamızda olduğu gibi rektus kas dokusu içi yerleşim nadirdir. Abdominal skar dokularından bağımsız yerleşim yeri tüm abdominal duvar endometriyosiz vakalarında % 6 oranında rapor edilmektedir (7). Tanı için dikkatli alınmış öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Abdominal ağrının siklik özellikte olması, adetlerle şiddetlenmesi önemli ip uçlarıdır ve eğer nodül skar hattı üzerinde yerleşmiş ise neredeyse patognomoniktir (6-8). Lezyonun süresine ve kanama olup olmadığına göre yüzeysel yerleşimli nodüller ciltte mavi-siyah röfle verebilir (7). Hastaların yaklaşık %30'unda bu karakteristik semptomlar bulunmaz. Bazen hasta yalnızca ağrısız giderek büyüyen bir kitle şikyeti ile de gelebilir. Ektopik endometrial dokunun radyolojik bulguları non spesifiktir, bu yüzden bulguların klinik korelasyonu tanı için önemlidir (2,6,7). Abdominal duvar endometriomalarının insizyonel herni, sütür granülomu, apse, hematoma, sebace kist, lipom, hemangiom, kalsifikasyon gibi diğer abdominal kitlelerden ayırıcı tanısı yapılmalıdır (2-7). USG ile kistik, solid veya solit ve kistik komponentler bir arada görülebilir (4). Bu nodüllerin en sık USG bulgusu hipoekoik solid kitle şeklindedir (7). Renkli Doppler USG ile kitle etrafındaki dilate besleyici arter ve venler gösterilebilir. BT ve MRI görüntüleme de ayırıcı tanı için kullanılabilir. MRI bulguları kanamanın derecesine ve ne zaman olduğuna bağlı olarak değişkendir ama çok küçük lezyonları bile konşu dokulardan ayırt edebilir ve daha sensitiftir (5-8). BT ve MRI ayırıcı tanı için ve kitlenin abdominal kavite ile ilişkisini değerlendirmek için faydalıdır (8).

Histopatolojik tanı için şu üç bulgudan ikisinin görülmesi yeterlidir. 1. Endometriyal gland. 2. Endometriyal stroma. 3. Hemosiderin pigmenti. Genellikle standart hemotoksilen – eozin boyamanın direkt mikroskopik incelemesi ile histopatolojik tanı konulabilir (6). Tedavi cerrahi olarak nodülün sınırları normal dokuyu içerecek şekilde geniş olarak eksizyonudur. Kitle rüptüre edilmeden ve reimplantasyona neden olunmadan çıkarılmaya çalışılmalıdır (2). Cerrahi eksizyon sonrası rekürrens görülen çok az vaka rapor edilmiştir. Rekürrens için risk faktörü olarak sadece lezyonun derinliği ve boyutu belirtilmektedir. Rekürrens gelişen vakalarda tekrar cerrahi yapılabilir. Danazol, leuprolide ve progesteron tedavilerine cevap zayıf ve tedavi kesildikten sonra rekürrens oranı yüksek olarak rapor edilmektedir, bu nedenle medikal tedavi önerilmemektedir (6).

Sonuç olarak özellikle premenapozal dönemdeki kadınlarda karın ön duvarı kitleleri ayırıcı tanısında endometriyosiz mutlaka düşünülmelidir. Tanı için dikkatli alınmış bir öykü ile fizik muayeneni radyolojik bulgularla korele edilmesi çok önemlidir. Cerrahi sınırlarda lezyon bırakılmayacak şekilde kitlenin genişçe eksizyonu en etkili tedavi seçeneğidir. Bütün hastalara birlikte olabilecek pelvik endometriyosiz için rutin takip ve kontrol önerilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Nezhad F, Shamshirsaz A, Yildirim G. Pelvic Pain, Endometriosis, and the Role of the Gynecologist. In: Altcheck A & Deligdisch L eds. *Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology*. 1<sup>st</sup> ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2009:174-94.
2. Papaziogas T, Papaziogas B, Kabaroudis A, Galanis I, Lazaridis C, Souparis A, Alexandrakis A. Endometriosis of the Rectus Abdominis Muscle after Caesarean Section. *Eur. Surg.* 2002; 34:203-205
3. Kinkel K, Frei A. K, Balleyguier C, Chapron C. *Diagnosis of endometriosis with imaging: a review.* *Eur Radiol* (2006) 16: 285-298.
4. Crespo R, Puig F, Marquina I. *Pyramidalis muscle endometriosis in absence of previous*

*surgery. International Journal of Gynecology and Obstetrics (2005) 89, 148-149.*

5. Basu P. A, Kesani A. K, Stacy G. S, Peabody T. D. *Endometriosis of the vastus lateralis muscle. Skeletal Radiol (2006) 35: 595-598.*

6. Aydin Ö. *Scar endometriosis- gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. Langenbecks Arch Surg (2007) 392:105-109*

7. Raymond J, Walter J, Scorza L. *Rectus Abdominis Endometrioma. Am J Emerg Med 1999; 17: 675-677.*

8. Gajjar K. B, Mahendru A. A, Khaled M. A. *Caesarean scar endometriosis presenting as an acute abdomen: a case report and review of literature. Arch Gynecol Obstet (2008) 277:167-169.*