

# ABDOMİNOPLASTİ OLGUSUNDA KARIN ÖN DUVARINDA KİTLE: ENDOMETRİOZİS

## ANTERIOR ABDOMINAL WALL MASS IN AN ABDOMINOPLASTY CASE: ENDOMETRIOSIS

Hakan Bulam, Kemal Fındıkçoğlu, Sedat Tatar, Osman Latifoğlu

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, ANKARA

### ÖZET

Skar çevresindeki subkutan endometriozis, sezaryen doğumdan sonra %0,03-0,4 oranında görülen nadir bir kitledir. Tipik olarak menstrüasyon dönemlerinde ağrılıdır. Radyolojik değerlendirme yöntemleri diğer karın ön duvarı kitleleri ile ayırıcı tanısının yapılmasında yardımcı olur. Tedavisinde 2-10 mm sağlam sınırla eksizyon önerilmektedir. Çalışmada abdominoplasti planlanan ve eş zamanlı olarak karın ön duvarında yerleşmiş endometriozis tespit edilen bir olgu sunulmaktadır. İyi belgelenmiş bu olgu yardımıyla tanı ve tedavi yöntemleri gözden geçirilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Abdominoplasti, endometriozis, sezaryen doğum

### ABSTRACT

Subcutaneous endometriosis near cesarean delivery scar is a rare mass, occurring in 0.03-0.4% of all women who have had cesarean delivery. Typically it is painful during the menses. Radiologic imaging is helpful in differential diagnosis of endometriosis from other abdominal wall pathologies. Wide excision with 2-10 mm safety margin is preferred treatment modality. Abdominal wall masses can be seen coincidentally in abdominoplasty cases. In this study we present a well documented subcutaneous endometriosis case and a brief review of diagnosis and treatment modalities.

**Keywords:** Abdominoplasty, endometriosis, cesarean delivery

## GİRİŞ

Endometriozis fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterus dışında yerleşmesidir. Pelvik ağrı, disparoni ve infertiliteye neden olabilir.<sup>1</sup> İnsizyonel endometriozis sezaryen sonrası %0,03-0,4 oranında görülen nadir bir kitledir.<sup>2</sup> Sıklıkla ağrılıdır ve ağrı tipik olarak menstrüasyon dönemlerinde artar. Ancak kronik veya menstrüal siklustan bağımsız aralıklı ağrıya da neden olabilir. Bu nedenle insizyonel herni, hematoma, tümör ve abse ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Endometriomanın tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi uygulanmaktadır. Bu çalışmada, karın ön duvarında yerleşmiş endometriozis odağı tespit edilen bir abdominoplasti olgusu sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

Otuz dört yaşında kadın hasta karında sarkma şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde sonuncusu 3 yıl önce olmak üzere iki kez sezaryen ile doğum yapma öyküsü vardı. Muayenesinde Pfannenstiel insizyon skarı altında sol lateral bölgede 2x2 cm sert fiks bir kitle palpe ediliyordu. Menstrüasyondan bağımsız olarak bu bölgede aralıklı ağrısı olduğunu belirtti. Kitlenin ve ağrının son sezaryen doğumdan sonra oluştuğu öğrenilmesi üzerine insizyonel endometriozis ön tanısı konuldu ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü ile konsülte edildi. Radyolojik değerlendirmelerden Abdomen USG' de solda insizyon hattı superolateralinde 27x7 mm boyutlarında hipoekoik heterojen alan görüldü. Abdomen MR' da solda crista iliaca anterior-inferior düzleminde rektus abdominis ve internal oblik kas bileşkesinde yerleşim gösteren 18x10x21 mm boyutlarında lobule kontürlü, T1-Ağrılı kesitlerde kas ile izointens, T2-Ağrılı kesitlerde hiperintens noktasal alan-

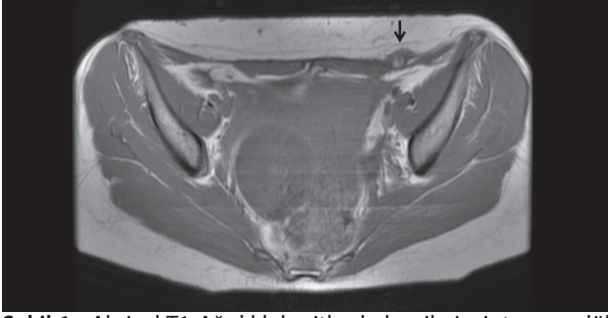
lar içeren, iv kontrast madde enjeksiyonu sonrası heterojen tarzda kontrast tutulumu gözlenen, subkutan yağ planlarına doğru protrude olan, belirgin peritoneal uzanımı saptanmayan, yumuşak doku kitle lezyonu izlendi (Şekil 1-2). Radyolojik tetkiklerin de endometriozis tanısını desteklemesi üzerine lezyonun abdominoplasti sırasında eksizyonu planlandı.

Abdominoplasti flebi kaldırıldıktan sonra sol alt kadranda, rektus fasyası ve internal oblik kas bileşkesinde rektus fasyası üzerindeki pembe-mor 18x20 mm kitle lezyonu görüldü (Şekil 3). Kitle 5 mm sınır ile tamamen çıkarıldı (Şekil 4). Yaklaşık 3 cm çapındaki defekt primer onarıldı ve polipropilen greft desteklendi (Şekil 5). Abdominoplasti tamamlandı. Kitlenin patolojik incelemesinde fibroadipoz doku içinde endometriozis odakları ve bu odaklarda immünohistokimyasal olarak östrojen reseptörü ile yaygın, progesteron reseptörü ile seyrek pozitiflik görüldü (Şekil 6).

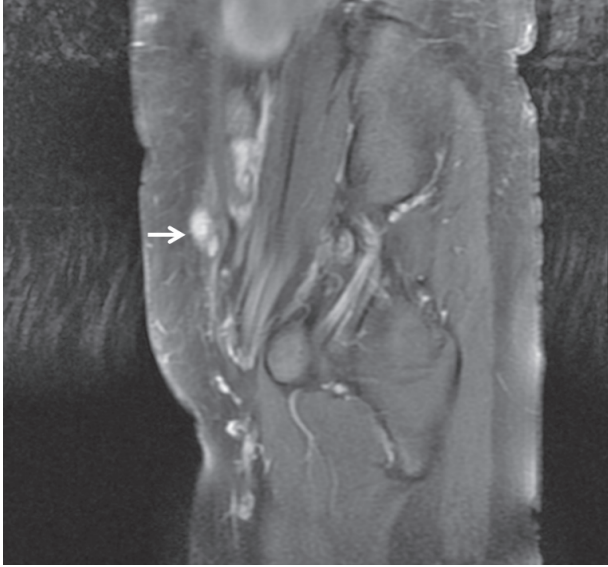
Postoperatif komplikasyon görülmedi. Abdominal ağrı şikayeti olmadı. Postoperatif 24. ayında takip edilen hastada nüks görülmedi.

## TARTIŞMA

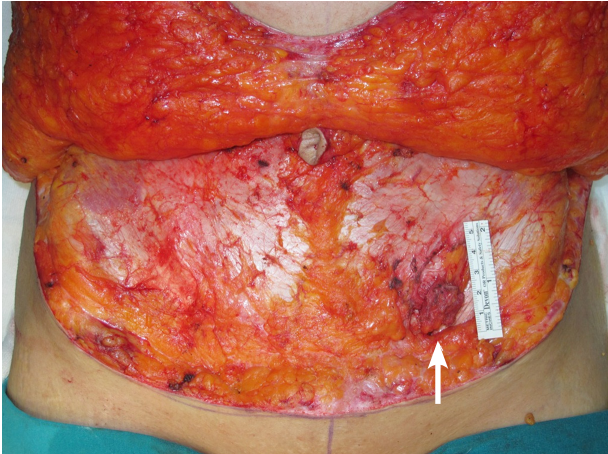
Endometriozis fonksiyonel endometriyal gland ve stromanın uterus dışında yerleşmesidir. En sık overde ve pelvik kavitede görülse de barsak, safra kesesi, böbrek gibi ekstrapelvik yerleşimli de olabilir. Akciğer ve ekstremiteler yerleşimi de bildirilmiştir.<sup>3,4</sup> Döngüsel ağrı ve infertiliteye neden olur. Cerrahi skar endometriozisi abdominal insizyon alanlarında, laparoskopik port bölgelerinde, perincede görülebilir. İnsizyonel endometriozis ağrılı kitleler olarak kliniğe yansır. İnsizyonel herni, tümörler, abse, kist, keloid ve granülom ile ayırıcı tanısı yapılmalıdır.<sup>5</sup> Genellikle jinekolojik cerrahiden 2-5 yıl



Şekil 1. Aksiyel T1-Ağırlıklı kesitlerde kas ile izointens nodül (siyah ok).görüntüsü



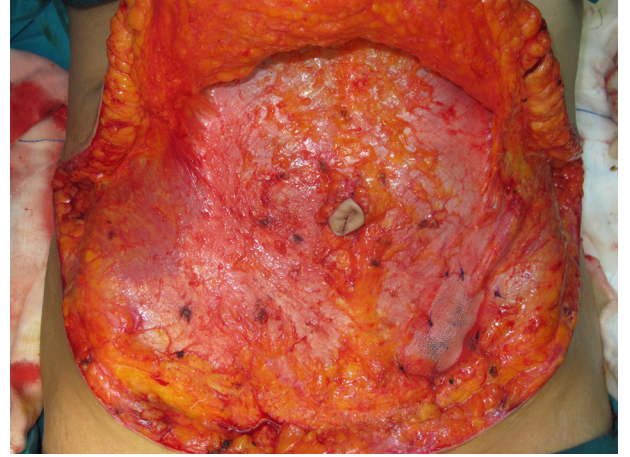
Şekil 2. Sagittal T1-Ağırlıklı yağ baskılı kesitlerde heterojen kontrast madde tutulumu (beyaz ok)



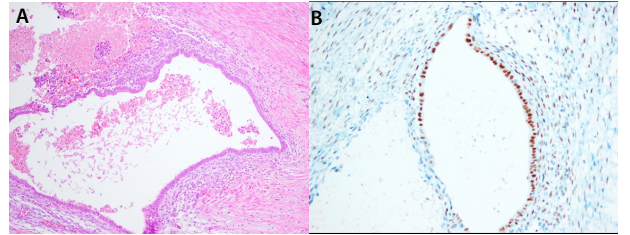
Şekil 3. Sagittal T1-Ağırlıklı yağ baskılı kesitlerde heterojen kontrast madde tutulumu (beyaz ok)



Şekil 4. Endometrioma



Şekil 5. Eksizyon sonrası defektin onarımı



Şekil 6. A. Fibroadipoz doku içinde endometriozis odakları (H&E x100). B. İmmünohistokimyasal olarak endometriozis odaklarında östrojen reseptörü ile yaygın, progesteron reseptörü ile seyrek pozitiflik (IHK x200)

sonra semptomatik olur.<sup>6</sup> Patogenezinde metaplazi, venöz/ lenfatik metastaz ve iyatrojenik implantasyon teorileri ileri sürülmüştür. Cerrahi sonrası mikroskobik implantasyon bu teoriler içinde en fazla kabul gören teoridir. Anamnez ve fizik muayene tanıda en önemli basamaktır. Bu basamaklarda gözden kaçan kitleler ile karın ameliyatları sırasında sürpriz olarak karşılaşılabılır.<sup>7,8</sup> Sezaryen skarı çevresinde ve umbilikal kitleler olarak da kliniğe yansır.<sup>9,10</sup> Abdominopelvik MRI, BT, ince iğne aspirasyon biyopsisi ve serum CA-125 ile tanı desteklenebilir.<sup>11</sup> Medikal tedavisinde kullanılan oral kontraseptifler, progesteron, danazol, aromataz inhibitörleri ve androjenler desidüalizasyona ve endometrial doku atrofisine neden olarak kullanıldıkları sürede hastalığı kontrol altına alabilir. Ancak bu tedavilerde nüks oranı yüksek olduğundan tercih edilen tedavi şekli kitlenin rezeksiyonudur.<sup>3-5</sup> Bu nedenle kitlenin çevresinde 2-10 mm sağlam sınırla çıkarılması önerilmektedir.<sup>5-10</sup> Horton ve ark. cerrahi tedaviden sonra karın ön duvarında nüks oranını %4,3 olarak bildirmişlerdir.<sup>12</sup> Tedavi edilmediği takdirde malign transformasyon riski bildirilmiştir.<sup>13</sup> Histopatolojik değerlendirmede kitlerde tipik olarak endometrial gland ve stromal dokular ile hemosiderin birikimi görülmektedir.

## SONUÇ

Endometriozis daha çok intrapelvik yerleşimli görülmele birlikte abdominal skarlarda, umbilikusta hatta meme ve ekstremitelerde dahi bildirilmiştir. Bu nedenle subkutan bir kitlede özellikle menstrüasyon sırasında artan döngüsel ağrı varlığında akıld tutulması gereken bir tanıdır. Pfannenstiel insizyon skarı yakınındaki kitlelerde ayırıcı tanıda endometriozis hatırlanmalıdır. Anamnez ve muayenenin tanıya en büyük katkısı sağlayacağı açıktır. Tanı görüntüleme yöntemleri ile desteklenmelidir. Medikal tedavi seçenekleri mevcuttur ancak kitlenin tam olarak çıkarılması nüks olasılığını azaltacaktır.

**Dr. Hakan BULAM**

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi AD, Ankara  
E-mail: hakanbulam@hotmail.com

**KAYNAKLAR**

1. Scholefield HJ, Sajjad Y, Morgan PR. Cutaneous endometriosis and its association with caesarean section and gynecological procedures. *J Obstet Gynaecol.* 2000;22:553-4.
2. Nominato NS, Prates LFVS, Lauer I, Morais J, Maia L, Geber S. Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol.* 2010;152:83-5.
3. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg.* 1996;171:239-41.
4. Lee ET, Park HM, Lee DG, Shin KJ, Kim HS, Sung RH, et al. Application of Mini-abdominoplasty after Conservative Excision of Extensive Cesarean Scar Endometriosis. *Arch Plast Surg.* 2012;39(5):551-5.
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH: Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg.* 2003;185:596-8.
6. Ozel L, Sagioglu J, Unal A, Unal E, Gunes P, Baskent E, et al. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(3):526-30.
7. Perry AW, Abernathie B, Barnard N, Bagner R. Unexpected encounter with painless endometriosis during abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2013;37(1):173-6.
8. Ostric SA, Martin WJ, Kouris GJ. Abdominal wall endometrioma found during abdominoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2006;30(2):249-50.
9. Sari A, Latifoğlu O, Memiş L, Yavuzer R. Incisional endometrioma. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(2):712-3.
10. Din AH, Verjee LS, Griffiths MA. Cutaneous endometriosis: a plastic surgery perspective. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2013;66(1):129-30.
11. Stein L, Elsayes KM, Wagner-Bartak N. Subcutaneous abdominal wall masses: radiological reasoning. *AJR Am J Roentgenol.* 2012;198(2):W146-51.
12. 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.
13. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer.* 2006;16(1):432-5.