

Skar endometriozis: 3 olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

Yusuf Tanrıkulu¹, Ayetullah Temiz¹, Sevilay Akalp Özmen², Onur Bora Aslan¹

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ¹Genel Cerrahi ve ²Patoloji Kliniği, Erzurum

Endometriozis, fonksiyonel endometrial dokunun uterin kavite dışında yerleşmesidir. En sık görülen tipi pelvik endometriozis olup, skar endometriozis oldukça nadirdir. Skar endometriozis çoğunlukla jinekolojik ameliyatları (sezaryen ya da histerektomi) takiben ortaya çıkar. Genellikle karın ön duvarda yerleşiklerinden ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Olgularımız sezaryen öyküleri olan 32, 21 ve 42 yaşlarında kadın hastalardır. Tüm hastaların skar yerlerinin sağında kitle mevcuttu ve boyutları yaklaşık 3 cm, 9 cm ve 1 cm idi. Kitleler endometriozis ön tanısıyla total eksize edildi. Histopatolojik tanıları endometriozis olarak rapor edildi. Biz, bu yazıda total cerrahi eksizyonla başarılı bir şekilde tedavi edilen sezaryen skarındaki üç adet skar endometriozis olgusunu sunduk.

Anahtar kelimeler: Endometriozis, sezaryen, skar endometrioma

Scar endometriosis: 3 cases report and review of literature

Endometriosis is the presence of functional endometrial tissue outside the uterine cavity. While pelvic endometriosis is the most common type, scar endometriosis is a quite rare. Scar endometriosis mostly follows gynecological surgeries (cesarean or hysterectomy). It should be considered because it settles on the anterior abdominal wall. Our cases are 32, 21 and 42-years-old female patient who had a history of cesarean. There were mass on the right region of them scars and sizes of masses are about 3 cm, 9 cm and 1 cm. The masses were excited with the diagnosis of endometriosis. The histopathological diagnosis of the masses was reported as the endometriosis. We report three cases of scar endometriosis in a cesarean scar that was successfully treated with total excision of the lesions.

Key words: Endometriosis, cesarean, scar endometrioma

Giriş

Endometriozis, fonksiyonel endometrial dokunun (gland ve stroma) ovarian hormonların etkisi altında uterin kavite dışında yerleşmesidir. Endometriozis benign bir hastalık olup üreme çağındaki kadınlarda daha sık görülürler ve sıklıkla pelvik ağrı, infertilite, dispareni ve dismenoreye neden olurlar (1).

Endometriozisin 2 tipi mevcuttur: internal ve eksternal endometriozis (pelvik ve ekstrapelvik). Pelvik endometriozis en sık görülen tiptir ve sıklıkla overler, sakrouterin ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritonda yerleşim gösterir. Ekstrapelvik olarak da skar dokuları, akciğer,

dalak, safra kesesi ve mide de yerleşim gösterir (2).

Kutaneöz endometriozisin görülme sıklığı %0.03-0.4 arasındadır. Ameliyat öyküsü olan kadınlarda genellikle menstruasyon sırasında ağrı ve büyüyen abdominal kitle en sık görülen şikayetler arasındadır. Özellikle skar dokusunda yerleşiklerinden yabancı cisim reaksiyonu, granülomlar, apseler ve insizyonel herniler ile karıştırılabilirler (3).

Biz çalışmamızda, sezaryen sonrası skar yerinde kitle nedeniyle ameliyat edilen ve patolojik tanısı endometriozis olarak rapor edilen 3 olguyu sunmayı amaçladık.

Olgular

Olgu 1

İki yıl önce sezaryen ameliyatı olan 32 yaşında kadın hasta son 5 aydır yara yerinde giderek büyüyen ve özellikle menstruasyon dönemlerinde daha ağrılı olan kitle nede-

Yazışma Adresi:

Yusuf Tanrıkulu
Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi
Kliniği, Erzurum

E-posta: drtanrikulu@hotmail.com

niyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde Pfannensteil kesi skarının sağında yaklaşık 3x3 cm boyutlarında kitle palpe edildi. Jinekolojik muayenesinde overler ve uterus doğal olarak değerlendirildi. Ultrasonografik görüntüleme (USG) kesi yerinin sağında, skar dokusu içerisinde, arteriyel kanlanması olan yaklaşık 28x17 mm boyutlarında hipoekoik, heterojen düzensiz sınırlı lezyon saptandı. Tomografik görüntüleme (BT) pelvik düzeyde sağda rektus kasından net sınır ayrımı yapılamayan 36x23 mm boyutunda, belirgin kontrast tutulumu göstermeyen nodüler yumuşak doku lezyonu saptandı (Resim 1.A1). Ameliyatta eksternal oblik kas fasyasını tutan, ancak kasla ilişkili olmayan yaklaşık 3x3 cm boyutlarındaki kitle 1 cm'lik temiz cerrahi sınırla birlikte total olarak çıkarıldı (Resim 1.A2). Fasya üzerindeki defekt tam kat olmadığından ve küçük olduğundan yama kullanılmadan destek sütürleri konularak onarıldı.

Olgu 2

Üç yıl önce sezaryen ameliyatı olan 21 yaşında kadın hasta son 2-3 aydır yara yerinde giderek büyüyen ağrılı kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde Pfannensteil kesi skarının sağında yaklaşık 100x60 mm boyutlarında, ciltte renk değişikliğine, çekilmelere ve çökmeye neden olan kitle palpe edildi. Hastanın USG görüntüsü Olgu 1 ile aynı özellikler göstermekteydi. Kitleye yönelik yapılan magnetik rezonans görüntüleme (MR) batın sağ alt kadranda batın ön duvarından cilde uzanım gösteren, yaklaşık 54x47x46 mm ebatlı, T1 ağırlıklı sekansta heterojen izo-hipointens, T2 ağırlıklı sekansta heterojen izo-hafif hiperintens kistik komponentleri bulunan, lobüle konturlu lezyon izlendi (Resim 1.B1). Ameliyatta kasla ilişkili olmayan yaklaşık 10x6 cm boyutlarındaki kitle 1 cm'lik temiz cerrahi sınırla birlikte total olarak çıkarıldı (Resim 1.B2). Fasya üzerindeki defekt primer onarıldı.

Olgu 3

Üç yıl önce sezaryen ameliyatı olan 42 yaşında kadın hasta son 6 aydır yara yerinde ağrı nedeniyle kliniğimize başvurdu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde Pfannensteil kesi skarının sağında yaklaşık 1 cm lik kitle palpe edildi. Hastanın USG ve MR görüntüleri kitlenin boyutu dışında Olgu 2 ile benzer özellikler göstermekteydi (Resim 1.C1). Ameliyatta kasla ilişkili olmayan yaklaşık 20x10 mm boyutlarındaki kitle 1 cm'lik temiz cerrahi sınırla birlikte to-

tal olarak çıkarıldı (Resim 1.C2). Fasya üzerindeki defekt primer onarıldı.

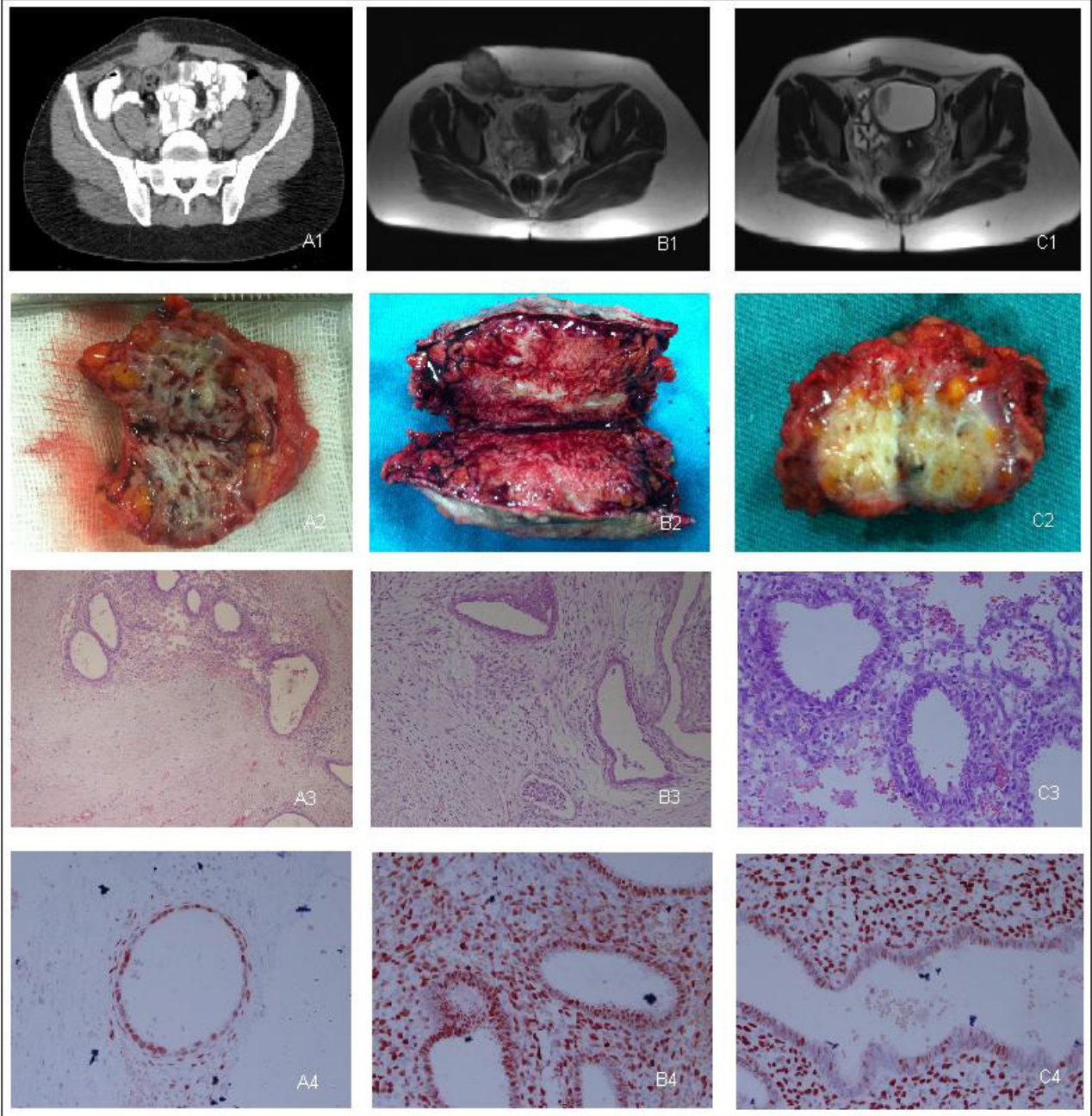
Üç olgununda takiplerinde problem olmadı ve hastalar postoperatif 2 gün içerisinde taburcu edildiler. Tüm vakaların histopatolojik değerlendirmesi östrojen ve progesteron reseptörünün pozitif olduğu endometriozis olarak rapor edildi (Resim 1.A3,4; B3,4; C3,4).

Tartışma ve Sonuç

Fonksiyonel endometrial dokunun uterin kavite dışında bulunması olarak tariflenen ve jinekolojik bir bozukluk olan endometriozis 300 yıldan daha uzun süredir (Rokitansky, 1860) bilinmektedir. Günümüzde ise endometriozis, daha çok genç yaşta kadınları etkileyen "kariyer hastalığı" olarak bilinmektedir. Endometriozisin sıklığı fertilité dönemindeki semptomu olmayan kadınlarda %2-22 arasında değişmekte, dismenoreli kadınlarda ise %40-60'lara kadar yükselmektedir (4,5). Herhangi bir nedenle jinekolojik ameliyat geçiren kadınlarda bu oran %10-15 civarındadır. Pelvis dışı endometriozis, tüm olguların %8,9'unu oluşturur. Pelvis dışı endometriozisin bir alt tipi olan kutaneöz endometriozis olguları ise tüm eksternal endometriozis olgularının %4'ünü oluşturmaktadır (2).

Endometriozis oluşumunda 2 önemli teori öne sürülmektedir. Birincisi, endometrial hücrelerin cerrahi manüplasyonlar, hematojen ya da lenfatik yollarla çevre bölgelere yayılmasıdır (metastatik teori). Diğeri ise primitif pluripotent mezenkimal hücrelerin farklılaşarak endometrial dokuya dönüşmesidir (metaplastik teori). Bunların haricinde kanın tuba uterinalardan karın boşluğuna dökülmesi, genetik yatkınlık gibi faktörlerde olmasına rağmen skar endometriozislerin ameliyat sırasında (özellikle sezaryen) endometrial hücrelerin iyatrojenik oto-transplantasyonu ile oluştuğu kabul edilmektedir (2,6). Bizim çalışmamızdaki tüm olgularda sezaryen öyküsü mevcuttu ve iyatrojenik oto-transplantasyon teorisini desteklemekteydi.

Skar endometriozisin sebebi net olarak ortaya konamasa da transplantasyon teorisi en çok kabul gören teoridir. Cerrahi kesi yerinin endometrial kontaminasyondan korunması skar endometriozis gelişimini azaltmada oldukça önemlidir. Bu nedenle, endometriozisi azaltmak için uterusa yönelik invaziv girişimlerde uterin hücrelerin ekimini önlemede cerrahi temizliğe oldukça dikkat edilmesi ve laparoskopik girişimlerde trokarların video yardımı



Resim 1. Olguların radyolojik (A1, B1, C1), makroskopik (A2, B2, C2) ve mikroskopik (A3, B3, C3; endometrial glandlar, A4, B4, C4; östrojen progesteron reseptör pozitifliği) görüntüleri.

mı kullanılarak girilmelidir. Ayrıca daha az komplike ve daha küçük bir cerrahi yara oluşturduğu için Pfannensteil kesi yerine göbek altı orta hat kesi kullanılması, yaranın irigasyonu, farklı sütür, iğne ve eldiven kullanılması ve cilt ve fasyanın kapatılmasında farklı spançların kullanılması önerilmektedir (7,8). Oliveria ve ark. (9) yaptıkları çalışmalarında endometriozis oluşmasında yer alan risk faktörlerini araştırmışlar ve skar endometirozisteki en

önemli risk faktörünün gebeliğin erken dönemlerinde (22. haftadan önce) histerektomi olduğunu bulmuşlardır. Diğer risk faktörleri olarak artmış menstrual kan akımı ve alkol tüketimi suçlanırken yüksek paritenin koruyucu olduğunu bulmuşlardır.

Hastalığın en önemli semptomları ağrı ve/veya menstrual siklus esnasında kanama, menstrual siklus bozuklukları, disparoni ve infertilitedir. Ayrıca kutanöz endometriozisli

hastaların büyük bir kısmı ağrının yanında genellikle kesi bölgesinde ele gelen ve boyutlarında aralıklı artışın olduğu bir oluşumdan bahsedebilir. Ancak sıklık ağrı ve premenstrual periyotta kitle boyutlarında değişiklik her hastada olmayabilir (1,5). Bizim hastalarımızdaki en sık şikayetler de ağrılı ve menstrual sıklık bozukluklarıydı.

Endometriozisin kesin tanısı histopatolojik olarak konulmakla birlikte tanıda en önemli basamaklardan birisi şüphelenmektir. Menstrual siklus esnasında ağrılı ve büyüyen kitle olması, jinekolojik şikayetlerin olması, geçirilmiş jinekolojik ameliyatların olması endometriozis tanısını akla getirmelidir. Bu esnada ayırıcı tanı çok iyi yapılmalı ve apse, lipom, sebace kist, yağ nekrozu, desmoid tümörler ve maligniteler dışlanmalıdır. Kitlenin heterojen ve hipoekoik yapısından dolayı USG tanıda yardımcı olabilir. Ayrıca doppler kullanımı doğru tanı konulmasına katkı sağlayabilir. Ancak yinede tanı koymada spesifik değildir. Kesitsel görüntüleme yöntemlerinden BT ve MRG kitlenin tam lokalizasyonunu ve kas planları içerisindeki ayrımını yapmada, ayırıcı tanı koymada ve kitlenin çevre dokuyla olan ilişkisini büyük ölçüde göstermede yardımcı olmasına rağmen bu tetkiklerinde tanı koyma spesifisiteleri oldukça düşüktür (10). Görüntüleme tetkikleri haricinde USG eşliğinde ince iğne aspirasyon biyopsisi de tanıda kullanılabilir. Bu tetkik ile hızlı ve daha doğru tanı konulabilmekle birlikte duyarlılığı yinede %100 değildir ve endometriozisin daha da yayılmasına neden olabilir (11). Biz çalışmamızdaki tüm hastalara kullanımı kolay ve ucuz olduğundan USG yaptık. USG sonucuna göre iki hastayı MRG ve bir hastayı da BT ile değerlendirdik. Kitlelerin görüntüleme özellikleri ve hastaların semptomları göz önünde bulundurularak ince iğne biyopsisi yapmadık ve tüm hastalara eksizyonel biyopsi yaptık.

Endometriozisin kesin tedavisi cerrahi olmakla birlikte tartışmalı da olsa progesteron, danazol gibi hormonoterapi kullanılmaktadır. Medikal tedavinin asıl amacı semptomların süresini ve şiddetini azaltmaktır. Ancak bu ilaçlar kesildiğinde semptomlar tekrar ortaya çıkmak tadır. Bu nedenle skar endometrioziste cerrahi eksizyon etkin bir tedavi yöntemidir. Nüksü engellemek için kitle en az 1 cm çevre sağlam dokuyla birlikte total olarak çıkarılmalıdır. Komplet cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat sonrasında rezidü doku bırakılmamışsa ilave tedaviye gerek yoktur, ama olgular pelvik endometriozis olasılığına karşı takip edilmelidirler (1,2). Agarwal ve Fong total eksizyon

uyguladıkları 10 hastalık çalışmalarında (12) hastaları 3 yıla kadar izlemişler ve izlem sonrası sonuçlara göre total eksizyonun küratif bir tedavi olduğunu bildirmişlerdir.

Sonuç olarak batın ön duvarında kitle nedeniyle başvuran kadın hastalarda jinekolojik öykü çok iyi sorgulanmalı ve endometriozis akla getirilmelidir. Ayırıcı tanı için mutlaka BT ya da MRG gibi kesitsel görüntüleme yöntemlerinde faydalanılmalıdır. Endometriozis oluşumunu önlemek için cerrahi önerilere dikkatli bir şekilde uyulmalı, rekürrensi ortadan kaldırmak ve küratif tedaviyi sağlamak için 1 cm sağlam dokuyla birlikte çıkaracak şekilde cerrahi eksizyon uygulanmalıdır. Hastalar ameliyat sonrası dönemde nüks açısından belirli bir süre takip edilmelidir.

Kaynaklar

1. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *The American surgeon* 1999;65:36-9
2. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis – a clinico-pathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24:804–8.
3. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81–4.
4. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1997;24:235–58.
5. Waller KG, Lindsay P, Curtis P, Shaw RW. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993;48:135–9.
6. Agarwal N, Subramanian A. Endometriozis – Morphology, clinical presentations and molecular pathology. *J Lab Pyysician* 2010;2:1-9.
7. Roberge RJ, Kantor WJ, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma. *Am J Emerg Med* 1999;17:675-7.
8. Madsen H, Hansen P, Andersen OP. Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980;59:475-6.
9. de Oliveria MA, de Leon AC, Freire EC, de Oliveria HC, Study SO: Risk factors for abdominal scar endometriosis after obstetric hysterotomies: a case-control study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:73-80.
10. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186:616-20.
11. Catalina-Fernandez I, Lopez-Presa D, Saenz-Santamaria J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytol* 2007;51:380-4.
12. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008;9:704-7.