

Rektus Abdominis Kasında Endometriyozis, Olgu Sunumu

ENDOMETRIOSIS IN RECTUS ABDOMINIS MUSCLE, CASE REPORT

Hale GÖKSEVER¹, Erbil DOĞAN¹, Mürüde DAĞDELEN¹, C. Onur TUNK²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı

36 yaşında rektus abdominis kasında endometriyozis tespit edilen hastanın olgu sunumu yapılmaktadır. Endometrial dokunun pelvis dışı implantasyonu, her organda tanımlanmaktadır. Genelde karın ön duvarında eski insizyon skarında gelişen endometriyozis sık karşılaşılan bir bölge değildir. Rektus abdominis kasına lokalize endometriyozis, nadirdir. Hasta sol kasık ağrısı ve dismenore yakınmalarıyla kliniğimize başvurdu. Hastanın yüzeysel Doppler Ultrason görüntülemesinde (USG), sol rektus abdominis kası inferior düzeyinde yumuşak doku lezyonu izlendi. Bunun üzerine kliniğimizde çekilen abdominal MRG' de solda rektus kası içinde 4x3.5x1.5 cm boyutlu hipervasküler kitle tespit edildi. Kitle eksizyonu uygulanan hastanın patoloji raporu rektus kası endometriyozisi olarak sonuçlandı. Histolojik incelemede stromayla çevrilmiş endometriyal bezler ve endometriyozis için tipik olan damarlarla sınırlı hemosiderin yüklü makrofaj odakları izlendi. Postoperatif komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi.

Sonuç: Üreme çağındaki kadınlarda özellikle abdominal veya pelvik cerrahi geçirmiş kadınlarda karın ön duvarında ele gelen kitlenin ayırıcı tanısında endometriyozis düşünülmelidir.

Anahtar sözcükler: Endometriyozis, dismenore, rektus abdominis kası, ekstrapelvik endometriyozis

SUMMARY

We present a case of endometriosis in rectus abdominis muscle that has been diagnosed in a 36 year old woman. The extrapelvic implantation of endometrial tissue has been described in virtually every organ. The abdominal wall is an uncommon site of extrapelvic endometriosis, where it usually develops in an old surgical scar. Endometriosis in the rectus abdominis muscle is rare. The patient was admitted at gynecological outpatient clinic with pain in left inguinal region and dysmenorhea. Superficial Doppler Ultrasonography (USG) revealed a soft tissue lesion in left rectus abdominis muscle. Abdominal magnetic resonance imaging was reported as 4x3.5x1.5 cm hypervascular mass. Excision of the mass in the rectus abdominis muscle was done and she had no intraoperative or postoperative complications. The pathologic report was endometriosis in rectus abdominis muscle. Histological examination revealed areas of typical endometrial glands surrounded by stroma and bordered by vessels with occasional foci of haemosiderinladen macrophages typical of endometriosis. Then she was discharged.

Result: Endometriosis should be thought as differential diagnosis in reproductive age

Hale GÖKSEVER

Dokuz Eylül Üniversitesi

Tıp Fakültesi

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

35340 İnciraltı, İZMİR

Tel: (232) 4123101

e-posta: hgoksever@yahoo.com

ÖZET

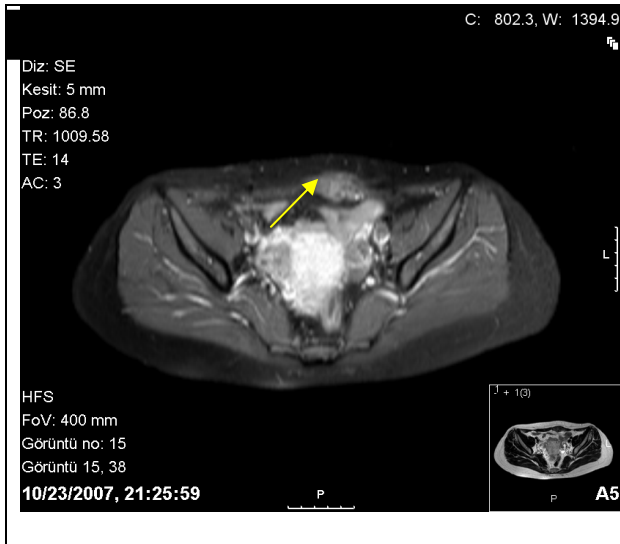
of women who have a mass on anterior abdominal wall, especially women with history of abdominal or pelvic surgery.

Key words: Endometriosis, dysmenorhea, rectus abdominis muscle, extrapelvic endometriosis

Endometriyozis; endometriyal stroma ve bez yapılarının uterin kavite dışında bulunması şeklinde tanımlanmaktadır. Çoğunlukla pelvik organlarda tespit edilen endometriyozis daha nadir olarak pelvis dışı organlarda da bulunabilir. Olguyu sunmaktaki amacımız; kasık ağrısı ve dismenore şikayeti olan üreme çağındaki kadınlarda, karın ön duvarında kitle tespit ettiğimizde ekstrapelvik endometriyozisi göz önünde bulundurmaya vurgulamaktır.

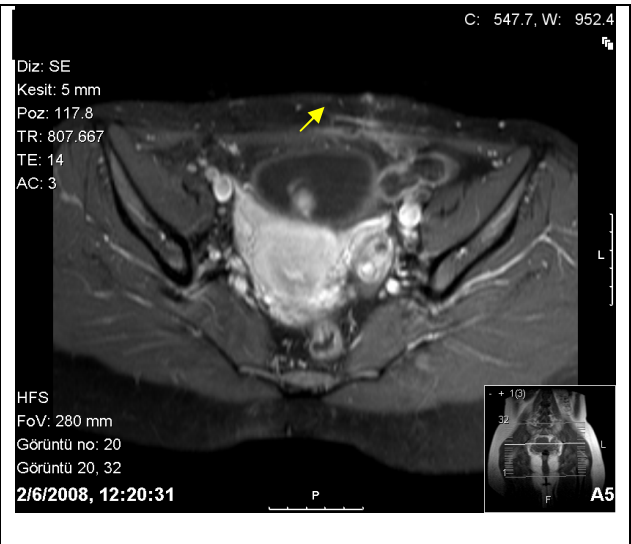
Hasta 36 yaşında G2 P1 A1 olup sol kasık bölgesinde zaman zaman olan ağrı ve dismenore nedeniyle hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvurdu. Hastanın adetleri 30 günde bir olup 3 gün devam ediyormuş. Ağrı ve dismenore dışında yakınması bulunmayan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Sadece 5 yıl önce sezaryen ile doğum öyküsü bulunmaktaydı. Hastanın kasık ağrısı ve dismenore yakınmalarının sezaryenden sonra yaklaşık altı ay içinde geliştiği öğrenildi. Jinekolojik muayenesi normal olan hastanın, spekulum muayenesinde adet kanamasıyla uyumlu vajinal kanama tespit edildi. Herhangi bir kontrasepsiyon yöntemi kullanmayan hastanın gebelik testi negatifti. Serum biyokimya değerlerinde ve tümör belirteçlerinde anormallik tespit edilmeyen hastanın Hemoglobin:11.9, Hematokrit: 33.3, beyaz küre: 5400, trombosit: 172000 idi. Hastanın

çekilen tüm batın ultrasonografisinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Hastanın muayenesinde karın ön yüzünde ele gelen ve adet dönemlerinde büyüme gösterdiği öğrenilen kitlesel oluşum nedeniyle istenen yüzeysel Doppler ultrasonografide sol rektus abdominis kası alt bölümünde (batın alt kadranda) çevre dokuya düzensiz sınırlarla uzanan ve posteriorunda vasküler yapı ile kodlanan yumuşak doku lezyonu tespit edildi. İç yapısı heterojen olan bu kitlenin ayırıcı tanısında fibrom, dermoid tümör veya malign fibrositom olabileceği, yumuşak doku MRG veya biyopsi ile değerlendirilmesi gerektiği düşünüldü. Hastanemizde çekilen abdominal MRG'de solda rektus kası içinde 4x3,5x1,5 cm boyutlu hipervasküler kitlesel lezyon izlendi (Şekil A). Sol rektus kası alt bölümünde bulunan kitleye Genel Cerrahi Bölümü konsultasyonu istenerek geniş sınırlarda rezeksiyon uygulandı. İntraoperatif hafif fibrotik doku içinde eski kanama alanları içeren siyah-kahverenkli bir görünüm izlendi. Hasta intraoperatif veya postoperatif komplikasyon olmaması üzerine taburcu edildi. Patoloji raporu rektus abdominis kasında endometriyozis olarak sonuçlanan hasta postoperatif 5.ayda polikliniğimize kontrol amaçlı başvurdu. Hastanın kontrol amaçlı çekilen abdominal MRG'de endometriyozisle uyumlu görünüm tespit edilmedi (Şekil B).



Şekil A. Preoperatif

Endometriyozis, endometriyal stroma ve bez yapıları



Şekil B. Postoperatif

erize jinekolojinin yaklaşık %10-20'sinde, infertilite problemi olan kadınların ise yakla-

şik %40-50'sinde bulunmaktadır. Endometriyozis, dismenore, dispareni, pelvik ağrı ve infertilite gibi sosyal, cinsel ve üreme açısından olumsuz sonuçlara neden olabilen yaygın kronik bir jinekolojik hastalıktır. En sık başvuru nedeni, dismenoredir (1). Ağrı semptomu, genelde üreme organlarından köken almaktadır, ancak endometriyozis üriner sistem, intestinal sistem veya farklı bir lokalizasyonda ise, ağrı bu organları da kapsamaktadır (2). Tanı için yeni laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri araştırılmasına rağmen halen kolay uygulanabilen, noninvazif tanı testi bulunmamıştır. Yüksek riskli popülasyonda CA125 bakılması ve görüntüleme yöntemlerinden USG ve abdominal MRG kullanılması ile desteklenen iyi bir klinik değerlendirme, hastalığın tanınmasına yardımcı olmaktadır. Ancak vakaların çoğunda tanı ancak laparoskopik olarak şüpheli lezyonların histolojik incelenmesine dayanır. Görüntüleme yöntemleri tanıda nadiren yardımcı olabilir. Abdominal MRG; endometriyoma, endometriyotik implantların ve yapışıklıkların tespitinde, daha sık kullanılan USG'e göre daha yüksek sensitivite ve spesifiteye sahiptir. Endometriyozis ilişkili ağrı, cerrahi veya medikal tedaviye iyi yanıt verebilmektedir (3). Uygulanan cerrahi yaklaşım genelde konservatif olmakla birlikte, fertilitasını tamamlamış kadınlarda histerektomi bir tedavi seçeneğidir (4).

Endometriyozis en sık pelvik organlarda sırasıyla overlerde (%54,9), ligamentum latum arkasında (%35,2), anterior ve posterior cul-de-sacta (%68,8) ve uterosakral ligamanda (%28) görülmektedir. Nadiren de olsa jinekolojik organlar dışında endometriyozisin izlendiği bölgeler gastrointestinal sistem, toraks, nazolakrimal bölge ve karın ön duvarıdır (5-8). Sezaryen ameliyatı sonrasında skar dokusunda %0,1 sıklığında endometriyozis geliştiği tespit edilmiştir (1). Olgumuzda olduğu gibi dismenore, kronik pelvik ağrı ve/veya karın ön duvarında ele gelen kitle ile başvuran hastalarda rektus abdominis kasına lokalize endometriyozis tespit edilebilmektedir (9,10). Rektus abdominis kasına lokalize endometriyal odak, nadir rastlanan bir durumdur. Bu durum ilk defa 1993 yılında Coley tarafından tanımlanmıştır (11). Rektus abdominis kasına lokalize endometriyozis, pelvik cerrahi için yapılan laparotomi esnasında endometriyal hücrelerin karın duvarına ekilmesiyle oluşan bir durumdur. Karın duvarı endometriyozisinde tedavi geniş cerrahi eksizyondur ki bu işlem

nüksü önleyen bir yaklaşımdır (12).

Zaman zaman kasık ağrısı ve dismenoreyi olan hastalarda hikaye ve fizik muayene çok önemlidir. Olgumuzda fizik muayene ile karın ön duvarında kitle tespit edilmiş ve anamnez derinleştirildiğinde bu kitlenin mens dönemlerinde büyüdüğü öğrenilmiştir. Bu durumda ekstrapelvik endometriyozisin malign kitle yanında ayırıcı tanıda bulunması vurgulanmak istenmiştir. Kesin tanı ise histolojik tanıya dayanmaktadır. Karın ön duvarında yerleşmiş endometriyozis genelde abdominal veya pelvik cerrahi sırasında endometriyal hücrelerin karın ön duvarına ekilmesiyle oluşur. Bu nedenle bu tür cerrahi girişimler sırasında çok dikkatli davranmak gerekmektedir.

Sonuç olarak; nadir olmasına rağmen üreme çağındaki kadınlarda özellikle abdominal veya pelvik cerrahi geçirmiş kadınlarda karın ön duvarında ele gelen kitlenin ayırıcı tanısında endometriyozis düşünülmelidir. Kesin tanı, lezyonun histolojik incelemesiyle konulmaktadır. Rektus abdominis kasına lokalize endometriyotik odakların tedavisi, genelde kitlenin eksizyonu şeklinde olan cerrahi yaklaşım veya semptomların şiddetine göre konservatif yaklaşımdır.

KAYNAKLAR

1. Çolgar U. Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. Birinci baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2006, 109-128.
2. Rodgers AK, Falcone T. Treatment strategies for endometriosis. Expert Opin Pharmacother 2008;9:243-255.
3. Olive DL, Pritts EA. The treatment of endometriosis: a review of the evidence. Ann N Y Acad Sci 2002;955:360-372; discussion 389-393, 396-406.
4. Hansen KA, Eyster KM. A review of current management of endometriosis in 2006: an evidence-based approach. S D Med 2006;59:153-159.
5. Nunes H, Bagan P, Kambouchner M, Martinod E. Thoracic Endometriosis Rev Mal Respir 2007;24:1329-1340.
6. Ijaz S, Lidder S, Mohamid W, Carter M, Thompson H. Intussusception of the appendix secondary to endometriosis: a case report J Med Case Reports 2008;22:2:12.
7. Türkçüoğlu I, Türkçüoğlu P, Kurt J, Yldrm H. Presumed Nasolacrimal Endometriosis Ophthal Plast Reconstr Surg 2008;24:47-48.
8. Kocakusak A, Arpinar E, Arıkan S, Demirbag N, Tarlaci

- A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons *Med Princ Pract* 2005;14:434-437.
9. Coeman V, Sciote R, Van Breuseghem I. Case report. Rectus abdominis endometriosis: a report of two cases *Br J Radiol* 2005;78:68-71.
 10. Roberge RJ, Kantor WJ, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma *Am J Emerg Med* 1999;17:675-677.
 11. Coeman V, Sciote R, Van Breuseghem I. Case report. Rectus abdominis endometriosis: a report of two cases. *Br J Radiol* 2005;78:68-71.
 12. Toullalan O, Baqué P, Benchimol D et al. Endometriosis of the rectus abdominis muscles *Ann Chir* 2000;125:880-883.