

Sezaryen skarında insizyonel endometriozis olgusu

Incisional endometriosis after caesarean section: a case report

Levent Hekimoğlu¹, Serhat Tatlıkazan²

Özet

Endometriyozis endometrial dokunun uterin kavitenin dışında bulunması hali olarak tanımlanmıştır. Sezaryen, histerektomi, apendektomi, laparoskopi sonrası trokar yerinde, amniyosentez, epizyotomi sonrasında skar dokusunda endometriozis saptanabildiği bilinmektedir. Sezaryen sonrası skar dokusunda endometriyozis gelişme sıklığı %0.03-%0.4 arasında değişmektedir. Olgumuzda sezaryen operasyonundan 5 yıl sonra sezaryen skar yerinde kitle geliştiği saptandı. Geniş lokal eksizyonla çıkarılan kitlenin patolojisi endometriyozis olarak belirlendi. Sezaryen skarı ile ilişkili bir kitlede dönemsel ağrıların varlığı sezaryen skar endometriyozisi açısından patognomonik olup kitlenin geniş eksizyonla çıkarımı ile tedavi edilmektedir. Aile Hekimliği bütüncül yaklaşımı içerisinde hastaların özelliği olan sorunlarının da farkında olunarak hastalara gereken hizmet verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Insizyonel endometriyozis, sezaryen, skar dokusu.

Summary

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It is known to be detected in scar tissue after caesarean section, hysterectomy, appendectomy, laparoscopy, amniocentesis and episiotomy. The incidence of endometriosis in scar tissue after caesarean section is between 0.03-0.4%. In our case, endometriosis in caesarean scar tissue is detected 5 years after caesarean section. Patient is treated with wide surgical incision, and pathology revealed endometriosis. Presence of cyclic pain of a mass related with caesarean section scar tissue is pathognomonic of caesarean scar endometriosis, and extrusion of the mass with wide excision is the treatment modality. Patients should be given appropriate care for their specific problems, besides giving comprehensive care in family medicine.

Key words: Incisional endometriosis, caesarean section, scar tissue.

Endometriyozis genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olan endometriyal dokunun uterin kavitenin dışında bulunması hali olarak tanımlanmıştır.^[1] Uterus kavitesi dışında fonksiyonel endometriyal dokunun var olabileceği 1900'lü yılların başlarından beri bilinmektedir.^[2] Yerleşim yeri genellikle pelvis, periton, overler, Douglas kesesi ve uterosakral bağlardır.^[3] Endometriyozis gelişimi ile ilgili çok sayıda teori ortaya atılmıştır. Bunlar metaplazi, retrograd menstrüasyon, venöz ve lenfatik metastaz ve cerrahi esnasında insizyon skarı içine mekanik transplantasyondur. Sezaryen, histerektomi, apendektomi, laparoskopi, amniyosentez ve epizyotomi sonrasında skar dokusunda endometriyozis saptanması mekanik taşınmayı destekle-

mektedir.^[1] Sezaryen insizyonu skar dokusunda endometriyozis oldukça nadir görülmekte ve insidansı %0.03-%1.7 olarak bildirilmektedir.^[1,3,4] Sezaryen insizyon skarında endometriyozis olgusu ilk defa 1975 yılında yayınlanmıştır.^[5] Çoğu hastanın insizyon skarında endometriyozis tanısı almadan önce öykülerinde endometriyozis yönünde bilgi bulunmamaktadır. En sık sezaryen insizyon skarına yakın alanda cilt altında kitle, menstrüasyon esnasında dönemsel ağrı ve şişlik şeklinde klinik bulgu vermektedir.^[3] Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, doppler ultrasonografi veya abdominal duvardaki kitlenin ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konabilir. Lezyonun total olarak çıkarılması ile tedavi edilir ve total eksizyon sonrasında rekürrens oldukça azdır.^[6,7]

¹⁾ Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Bursa

²⁾ Bursa Zübeydehanım Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Dr., Bursa

Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında kadın hasta Bursa Zübeydehanım Doğumevine bir yıldır olan, son birkaç ay içinde belirginleşen, karın alt kısmında ele gelen, sert ve ağırlı kitle yakınlığı ile başvurdu. Kitlenin adet döngüsü ile ilişkisi belirgin değildi. Beş yıl önce geçirilen sezaryen operasyonu haricinde özgeçmişinde özellik olmayan olgunun yapılan fizik muayenesinde eski sezaryene ait skarın sağ köşesinde cilt altı yerleşimli yaklaşık olarak 3x3 cm büyüklükte mobil ve orta sertlikte kitle tespit edildi. İnsizyonel herni düşünülen hastanın yapılan batın katlarının yüzeysel ultrasonografisinde insizyon hattı altında cilt altı yerleşimli 28x32 mm boyutlarında hipoekoik solid lezyon saptandı (Resim 1). Lezyonun batın içi organlarla ilişkisi yoktu. Genel anestezi altında yapılan operasyonda 3x3x2.5 cm boyutlarındaki kitlenin rektus kası ön lifleri üzerinde rektus kılıfı boyunca yerleştiği izlendi. Geniş eksizyonla çıkarılan solid ve kahverengi kitlenin mikroskopik görünümü Resim 2’de görülmektedir. Kitle patolojik inceleme sonucu eksternal endometriozis olarak rapor edildi. Hastanın 6 ay boyunca yapılan kontrollerinde herhangi bir belirti ve bulgu izlenmedi.

Tartışma

Skar dokusunda gelişen endometriyozis yapılarının, subkutanöz doku ve abdominal fasyaya endometriyal hücrelerin direkt inokülasyonu ile oluştuğuna inanılır. Bu teori normal menstrüel siklus sırasında endometriyal dokunun taşınması yoluyla abdominal duvarda subkutanöz endometriozis oluşumu ile doğrulanmaktadır.^[8] İnsizyon skarında endometriozis gelişme sıklığı hysterotominin hangi endikasyonla yapıldığı ile ilişkili olmaktadır. Örneğin ikinci trimester abortuslarında yapılan hysterotomi sonrasında skar endometriozisi gelişme sıklığı %5.08 iken sezaryen sonrası %0.03-%0.4 arasında değişmektedir.^[9]

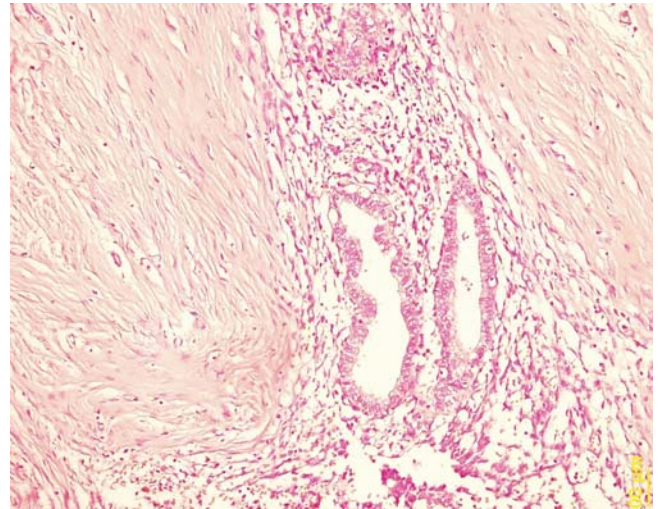
Honore^[10] sezaryen sonrasında insizyon skarında endometriyozis gelişme insidansını %3.5 olarak belirtmiştir. Hastalara jinekolojik operasyondan aylar, hatta yıllar sonra skar endometriozisi tanısı konabilmektedir.^[11,12] Cerrahi sonrası geç başlayan (ortalama 5.7 yıl) semptomlar tanıda yanılmaya neden olabilir.^[6] Olgumuzda da skar yerinde gelişen endometriyozise ait kitlenin en son geçirilen sezaryen operasyonundan 5 yıl sonra ortaya çıktığı saptandı. Sezaryen skar endometriyozis olgularında klasik klinik bulgu olan, insizyon alanında adet döngüsü ile değişen ağırlı nodüllerin saptanması, preoperatif tanıyı kolaylıkla koydurur.^[2,13] Olgumuzda benzer şekilde insizyon alanında aralıklı belirginleşen ağırlı kitle bulunmaktaydı. Kitlenin menstruasyonla ilişkisi bulunmamaktaydı. Olgumuzda ön tanı olarak insizyonel herni düşünülmesi cerrahi literatürü destekler niteliktedir. İnsizyon skarında kitle saptandığı



Resim 1. Skar dokusundaki endometriyozisin ultrasonografik görünümü.

durumlarda insizyonel herni, keloid, hematoma, granulom, abse ve tümör tanıları da ayırıcı tanı olarak düşünülmektedir. Bir vakada sezaryen sonrası enterokutanöz fistül gelişimi bildirildiğinden, sezaryen skarında gelişen kitlenin intraabdominal organlarla ilişkisi değerlendirilmelidir.^[14,15]

Karın duvarında görülen endometriyozis olgularında sonografik olarak kistik, polikistik, mikst ve solid görünüm olabilir. Olgumuzda kitle solid nitelikli olarak değerlendirildi. Skar endometriyomalarının sonografik görünümü özgül olmayıp eko paternleri menstrüel siklusla ilişkili olabilir veya olmayabilir.^[16] Farklı görüntüleme yöntemleri de özgül değildir, ama özellikle tekrarlayan ve ağırlı kitleler operasyon planında yardımcı olabilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda kullanılması kısıtlıdır, çünkü amniyosentez sonrasında iğnenin ilerlediği



Resim 2. Kitlenin mikroskopik görünümü: Fibroadipöz doku içerisinde endometrial yapıların görünümü (H-E x400).

yol boyunca endometriyozis geliştiği bildirilmiştir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin sadece operasyon uygulanacak sahada kullanılması uygun olabilir.^[17] Eğer insizyonel herniden şüpheleniliyorsa ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılmamalıdır. İnsizyonel herni ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi kullanılarak dışlanabilir. Skar endometriyozis olgularının tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılabilir.^[12] Bir çalışmada skar endometriyozis saptanan hastaların %24'ünde eşlik eden pelvik endometriyozis bulunurken^[18] diğer çalışmalarda eşlik eden pelvik endometriyozis saptanmamıştır.^[19] Olgumuzda pelvik endometriyozis kliniğine yönelik bulgu bulunmaktaydı. Endometriyozisin tıbbi tedavisinde kombine oral kontraseptifler, progesteronlar, gonadotropin serbest bırakıcı hormon analogları ve danazol kullanılabilir. Sezaryen skar endometriyozisi olgularında danazol kullanıldığında, semptomlarda geçici düzelme sağlansa bile lezyon yok edilemez. Tıbbi tedavi yapıldığında semptomlar tipik olarak tekrarlar. Cerrahi tedavide rekürrensi önlemek amacıyla lezyonun geniş olarak çıkarılması önerilmektedir. Eğer eksizyon esnasında geniş bir fasya defekt alanı oluşursa tamirde mesh kullanılabilir.^[20] Rekürrens nadirdir. Genellikle ilk yıl içinde görülür ve yetersiz eksizyona bağlıdır. Endometriyozisin eksizyon sonrası tekrarladığı iki vaka bildirilmiştir ve lezyonun tekrarlaması durumunda eksizyon yeniden başarıyla uygulanabilir.^[6] Aile hekimleri veya jinekologlar tarafından tespit edilen sezaryen skar ile ilişkili ve dönemsel ağrı yakınmasına yol açan bir kitle, sezaryen insizyon skar endometriyozisi açısından patognomonik olarak değerlendirilmelidir.^[21]

Aile hekimliği bütüncül yaklaşımı içerisinde, kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde sıklıkla rastlanan sorunlara cevap verilmesinin yanısıra, sezaryen skarında insizyonel endometriyozis gibi özellikli ve nadir görülen sorunların da farkına varılarak hastalara özenli hizmet verilmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Francica G, Giardello C, Angelone G, Christiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med* 2003;22:1041-7.
2. Gordon CW, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989;42:89-95.
3. Eogan M, McKenna P. Endometriosis in caesarean section scars. *Ir Med J* 2002;95:247.
4. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: Results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55:220-4.
5. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975; 60:103-4.
6. Pados G, Tympanidis J, Zafrakas M, Athanatos D, Bontis JN. Ultrasound and MR-imaging in preoperative evaluation of two rare cases of scar endometriosis. *Cases J* 2008;1:97.
7. Veda P, Srinivasaiah M. Incisional endometriosis: diagnosed by fine needle aspiration cytology. *J Lab Physicians* 2010;2:117-20.
8. Ridley JH, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:783-9.
9. Singh KK, Lessell M, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeon: a 10 year experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-51.
10. Honore GM. Extrapelvic endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:699-711.
11. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incisional endometriosis. *Am J Surg* 1994;60:259-61.
12. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000;90:404-7.
13. Aydin O. Scar endometriosis - a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392:105-9.
14. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996;62:1042-4.
15. Akbulut S, Sevinc MM, Bakir S, Cakabay B, Sezgin A. Scar endometriosis in the abdominal wall: a predictable condition for experienced surgeons. *Acta Chir Belg* 2010;110:303-7.
16. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:1213-4.
17. Kauntz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54:753-5.
18. Subrata CK. Scar endometriosis: clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81-4.
19. Seydel AS, Sichel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;177:239-41.
20. Lipscomb GH, Givens VM, Smith WE. Endometrioma occurring in abdominal wall incisions after cesarean section. *J Reprod Med* 2011;56:44-6.
21. Khammash MR, Omari AK, Gasaimh GR, Bani-Hani KE. Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J* 2003;24:523-5.

Geliş tarihi: 06.08.2012

Kabul tarihi: 04.10.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.11.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Levent Hekimoğlu

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Tezok Cad. No: 1 Yıldırım 16340 Bursa

Tel: 0224 360 50 50

e-posta: drleventhekimoğlu@gmail.com