

# Sezaryen sonrası görülen abdominal duvar endometriozisi: İki olgu sunumu

Semra KAYATAŞ (\*), Ebru ÇÖGENDEZ (\*), Sevcan Arzu ARINKAN (\*\*), Hasan YAVUZ (\*\*\*),  
Ecmel KAYGUSUZ (\*\*\*\*)

## ÖZET

*Endometriozis; overin hormonal uyarısına yanıt veren fonksiyonel endometrial gland ve stromal dokunun uterus dışında bulunması olarak tanımlanmaktadır. Üreme çağındaki kadınlarda sıklıkla pelvik organ ve peritoneumda bulunmakla birlikte abdominal duvar endometriozisi başta olmak üzere pelvis dışı endometriozis olguları da görülmektedir. Abdominal duvarda gelişen endometriozis genellikle sezaryen veya diğer jinekolojik ameliyatlardan sonra oluşmaktadır. Bu olgu sunumunda; sezaryen insizyonunda ve sezaryen insizyonundan ilişkisiz rektus abdominalis kasında bulunan iki ayrı abdominal duvar endometriozis olgusu sunulmuştur.*

**Anahtar kelimeler:** Endometriyozis, abdominal duvar

Endometriozis; overin hormonal uyarısına yanıt veren fonksiyonel endometrial gland ve stromal dokunun uterus dışında bulunması olarak tanımlanır. Adet gören üreme çağındaki kadınların ortalama % 15'inde görülür <sup>(1)</sup>. Sıklıkla pelvik bölgede bulunsa da alışılmadık bir şekilde göz, böbrek, akciğer, umbilikus, merkezi sinir sistemi, safra kesesi, kalp, karaciğer, kemik, periferik sinir, cilt ve karın duvarı gibi alanlarda pelvis dışı yerleşim gösterebilir <sup>(2)</sup>. Abdominal duvarda yerleşen endometriozis, jinekolojik literatürlerde % 0.03 ile % 1.08 oranında bildirilmiştir ve sıklıkla sezaryen başta olmak üzere cerrahi öykü bulunmaktadır <sup>(3)</sup>. İlk olarak 1975 yılında sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda insizyon skarı yerinde veya çevresinde endometriozis odakları olabileceği bildirilmiştir

## SUMMARY

### Abdominal wall endometriosis after cesarean section: Case report

*Endometriosis is defined as the presence of a functional endometrial gland and stromal tissue outside the uterus as a response to ovarian stimuli. Although, it is frequently found in the pelvic organs, and peritoneum in women of the productive age, cases of endometriosis are also seen outside of pelvis predominantly abdominal wall endometriosis. Endometriosis develops in the layers of the abdominal wall after cesarean section or other gynecological operations. We presented cases with two abdominal wall endometriosis which both occurred after cesarean sections. One of them was located on the cesarean incision and the other was situated in the rectus abdominis muscle which is unrelated to cesarean incision.*

**Key words:** Endometriosis, abdominal wall

<sup>(4)</sup>. Skar endometriozisinde izlenen ensik bulgu cerrahi kesi hattında palpe edilen kitle olmakla birlikte, sıklıkla ağrı, şişlik ve sıklıkla kanamaya bağlı olarak boyutlarında artma da görülebilir

Skar endometriomanın ortaya çıktığı ve septomatik olduğu olguların hepsi kadın doğum hekimine başvurmamaktadır. Sıklıkla abdominal duvarda kitle yakınması ile genel cerrahi kliniklerine başvurulmaktadır. Jeonghyun K. ve ark.'nın 37 abdominal duvar endometriozis olgusunu içeren çalışmalarında, genel cerrahi kliniğine başvurma oranını % 30, kadın doğum kliniğine başvurma oranını ise % 6 olarak bulmuşlardır <sup>(5)</sup>. Sıklığı yıllar içinde artan ve septomları ve bulguları nedeniyle diğer branş hekimlerinde karşılaşılabileceği bir sorun olması ne-

**Geliş tarihi:** 07.01.2013

**Kabul tarihi:** 19.09.2013

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Dr.\*; Dr\*\*; Genel Cerrahi, Uzm. Dr.\*\*\*; Patoloji, Uzm. Dr.\*\*\*\*

deni ile biz de bu olgu sunumunda sezaryenden 2 ve 4 yıl sonra farklı yerlerde gelişen iki ayrı abdominal endometriozis olgusunu sunmayı amaçladık.

## OLGULAR

**Olgu 1:** Otuz üç yaşında, G3P3 olan hasta karın sol duvarında ağrılı şişlik yakınması ile başvurdu. Hastanın anamnezinden, yaklaşık 5 ay önce bu yakınmalarının başladığı, kitlenin zamanla giderek büyüdüğü ve âdet dönemlerinde ağrının arttığı öğrenildi. Hastanın öyküsünde 2 yıl önce geçirdiği sezaryen vardı, pelvik endometriozis öyküsü yoktu. Fizik muayenede; sezaryen skarının sol kenarında, elle hissedilen, cilt altı yerleşmiş, 3x4 cm boyutlarında, valsalva manevrası ile büyümeyen, sert ağrılı şişlik tespit edildi. Hastanın jinekolojik muayenesinde uterus ve overler normal idi. Diğer sistem muayeneleri normal izlendi. Batın öndüvarı yüze-

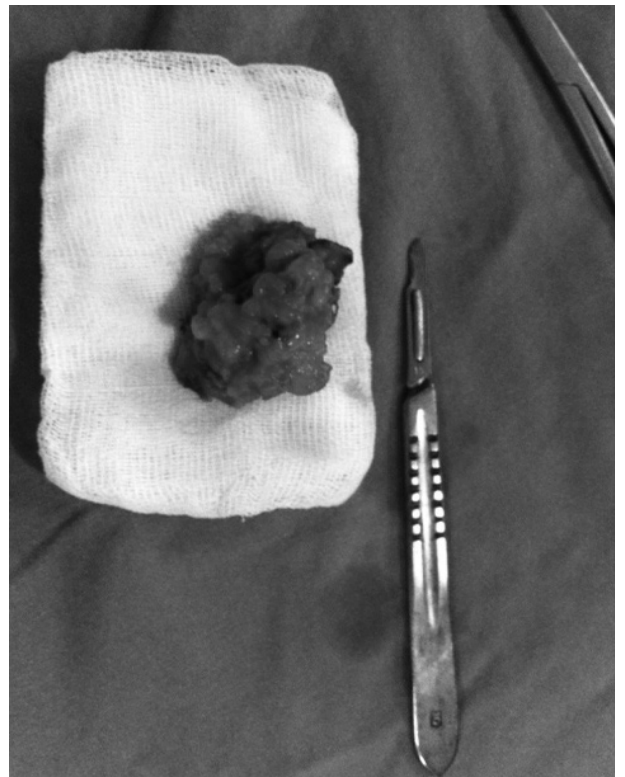
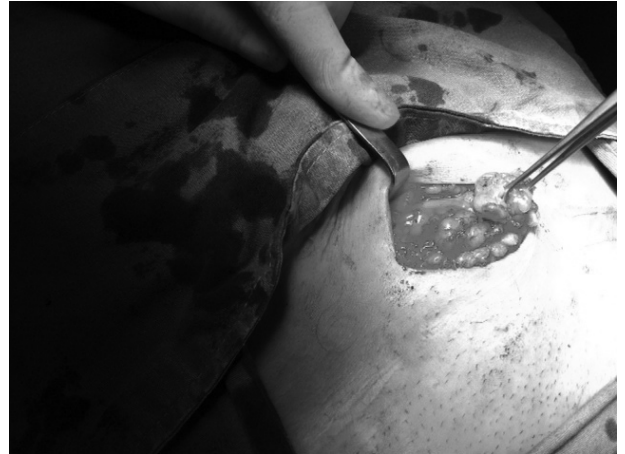
yel ultrasonografik değerlendirmesinde 28x36 mm çapında, düzensiz sınırlı, heterojen görünümlü solid kitle izlendi (Resim 1). Hastanın laboratuvar testleri normaldi. Öykü, fizik muayene ve ultrasonografi sonuçları ile öncelikle benign patoloji düşünülen olgudan ek görüntüleme istenmedi ve genel anestezi altında eksizyonu planlandı. Yaklaşık 8-9 gün sonra mens döneminde, çok şiddetli ağrı ile tekrar kliniğimize başvurdu ve yapılan batın öndüvarı yüzeysel ultrasonografik değerlendirmesinde aynı lokalizasyon-



Resim 1. Batın öndüvarında düzensiz sınırlı, heterojen görünümlü solid kitlenin yüzeysel ultrasonografi ile görüntülenmesi.

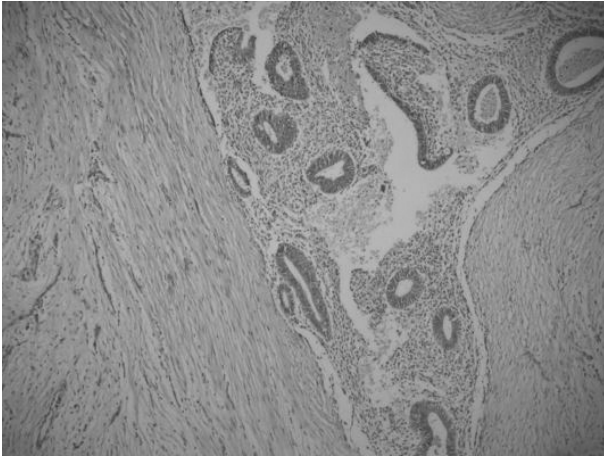


Resim 2. Batın öndüvarında bulunan aynı kitlenin mens döneminde, kistik alanlar içeren mikst yapı olarak yüzeysel ultrasonografi ile görüntülenmesi.



Resim 3-4. İnsizyon skarında bulunan kitlenin etrafındaki sağlam doku ile birlikte çıkarılması.

yonda 35x56 mm çapında içinde çoğunlukla kistik alanlar içeren mikst yapıda, düzensiz sınırlı kitle izlendi (Resim 2). Öncelikle endometriozis ayırıcı tanısı ile genel anestezi altında, etraftaki sağlam doku ile birlikte kitle eksize edildi ve patolojik incelemeye gönderildi (Resim 3,4). Olgu ameliyat sonrası birinci günde sorunsuz taburcu edildi. Histopatolojik incelemede; yağ dokusu içinde endometrial bezler ve çevrede endometrial stromal doku izlendi ve patolojik tanı endometriozis olarak rapor edildi (Resim 5).



**Resim 5.** Histopatolojik inceleme; yağ dokusu içinde endometrial bezler ve çevrede endometrial stromal doku.

**Olgu 2:** Kırk üç yaşında G3P3A1 olan olgu göbek sol yanında ağrı ve şişlik yakınması ile başvurdu. Anamnezinde üç defa sezaryen operasyonu geçirdiği ve son sezaryenini 4 yıl önce olduğu öğrenildi. Yaklaşık 1 yıldan beri bu yakınmasının olduğunu ve son 6 aydan beri âdet dönemlerinde ağrının ve şişliğin çok daha arttığını belirtti. Pelvik endometriozis öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde; umbilikus sol lateralinde, pfannenstiel kesi skarının 4-5 cm yukarısında 6x7 cm boyutlarında, orta kıvamlı redükte edilemeyen, fikse bir şişlik izlendi. Hastanın jinekolojik muayenesinde uterus ve overler normal idi. Batın ön duvarı yüzeysel ultrasonografik incelemesinde; rektus kası içerisinde 58x73 mm çapında, batın ile bağlantısı olmayan heterojen görünümlü solid kitle izlendiği rapor edildi. Genel cerrahi konsültasyonu sonrası endometrioma öntanısı ile operasyon planlandı. Rektus fasiası altında izlenen kitle etrafındaki

sağlam doku ile birlikte total olarak çıkarıldı ve rektus fasyasındaki defektin büyük olması nedeni ile mesh ile onarım yapılarak işleme son verildi. Hasta ameliyat sonrası birinci günde sorunsuz taburcu edildi. Kitlenin histopatolojik incelemesinde kas dokusu içerisinde çok sayıda endometrial bezler ve stromal alan izlendi ve endometriozis olarak rapor edildi.

## TARTIŞMA

Pelvis dışı endometriozis, rapor edilmiş tüm endometriozis olgularının % 8.9'unu oluşturur. Pelvis dışı endometriozisin bir alt tipi olan batın duvarı endometriozis olguları ise tüm eksternal endometriozis olgularının % 4'ünü oluşturmaktadır <sup>(6)</sup>. Abdominal duvar endometriozisi genellikle cilt ve ciltaltı dokusu içinde bulunmakla birlikte, esas olarak insizyon skarında ve umblikusda nadiren inguinal kanal ve rektus abdominalis kasında görülür. Abdominal duvarda oluşan ve abdominal skar dokusundan bağımsız yerleşim gösteren olgular ise tüm abdominal duvar endometriozislerinin % 6'sını oluşturmaktadır. Abdominal duvar endometriozisi, sezaryen gibi operasyonlardan sonra % 0.1 oranında görülür <sup>(7)</sup>.

Agarwal ve Fong'un 10 hastalık abdominal duvar endometriozis serisinde olguların altısında (% 60) cerrahi öykü tanımlanırken, dört olguda spontan gelişen (inguinal kanal, umblikusda ve rektus abdominalis) endometriozis tespit edilmiştir <sup>(8)</sup>. Minaglia ve ark. yaptıkları çalışmalarında, geçirilmiş sezaryen sonrası insizyonel endometrioma oranını % 0.08 olarak bulmuşlardır ve cerrahi skar endometriomasının nedenini endometriumun cerrahi yaraya iatrojenik transplantasyonu olarak açıklamışlardır <sup>(9)</sup>. Endometriozisin etiyolojisi net olarak aydınlatılamamış olmakla birlikte, retrograd menstruasyon, çöломik metaplazi, hematojen veya lenfatik yayılım, genetik yatkınlık gibi birçok teori ortaya atılmıştır. Bizim her iki olgumuzda da sezaryen ile doğum öyküsü bulunmaktaydı. Olgu 1'de eksize edilen kitlenin insizyon skarında bulunması nedeni ile oluşum mekanizmasını iatrojenik transplantasyon teorisi ile açıklamak olası olmaktadır. Bu teoride; özellikle;

sezaryen skarı, epizyotomi skarı, histerektomi sonrası vajinal kaff gibi cerrahinin uygulandığı alanlarda gelişen endometriozis olgularında daha çok endometrium hücrelerinin insizyon alanına transplantasyonu sorumlu tutulmaktadır <sup>(10)</sup>. Bunun yanı sıra abdominal duvar endometriozisi gelişen olguların % 20'sinde geçirilmiş cerrahi öyküsü bulunmaktadır <sup>(11)</sup>. Olgu 2'de endometrioma insizyondan uzakta rektus abdominalis kası içinde bulunmaktaydı. Abdominal cerrahi öyküsü olmayan veya insizyondan uzakta yerleşmiş endometriozis olguları en kolay vasküler yayılım teorisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre endometrial hücreler kan damarları veya lenfatik sistemle ekstrasjenital bölgelere ulaşarak, endometriotik odakların oluşmasına neden olur <sup>(12)</sup>. İkinci olgumuzda her ne kadar sezaryen öyküsü olsa da, lezyonun insizyon yerinden ilişkisiz ve uzakta olması nedeniyle spontan olarak gelişmiş bir olgu olarak kabul edilebilir ve endometrioma oluşumu vasküler yayılım teorisi ile açıklanabilir.

Geçirilmiş jinekolojik operasyondan aylar hatta yıllar sonra skar endometriozisi ortaya çıkabilirse de ortalama ortaya çıkış süresi 30 aydır. Elabsi ve ark. 22 yıl önce geçirilmiş sezaryen ameliyatından sonra ortaya çıkmış abdominal duvar endometriomasını bildirmişlerdir <sup>(13)</sup>. Abdominal duvar endometriozisinde klasik bulgu menstruasyon sırasında belirginleşen şişlik ve ağrı olmasıdır ve siklik semptomlar hastaların % 50'sinde vardır. Endometrioma sıklıkla insizyonun sol tarafında bulunmaktadır <sup>(5)</sup>. Her iki olgumuzda, endometrioma abdominal duvarın sol tarafında lokalize idi. Tanıda herni, granulom, hematoma, apse, lipom, desmoid tümör, yumuşak doku sarkomu, lenfadenopati ve hatta metastatik tümör akla getirilmelidir <sup>(14)</sup>. Preoperative olarak, abdominal duvar endometriozis tanısını doğru koyma oranı % 26.7 ile % 70 arasında değişmektedir <sup>(5)</sup>.

Kitlenin değerlendirilmesinde ultrasonografi, renkli doppler USG, BT ve MRG tanı koydurucu olmasa da kitlenin yerleşimi, boyutu, yoğunluğu hakkında bilgi verebilir. Sıklıkla USG ve MRG önerilen tanı yöntemleridir. Endometriotik kitlenin ensık USG bulgusu hipoeoik, solid kitle olmasına rağmen;

kistik, polikistik veya heterojen ekoda görülebilir. Tanı koymada USG'nin doğruluk oranının % 80 olduğu belirtilmiştir <sup>(5)</sup>. Olgu 1'de kitledeki siklik değişiklikler yüzeysel ultrasonografi ile görüntülenebilmiştir ve buna göre; mens öncesi dönemde kitle heterojen görünümü iken, mens döneminde çoğunlukla kistik alanlar içeren mikst yapıda, düzensiz sınırlı kitle olarak görülmüştür (Resim 1,2). Renkli doppler USG ile etrafındaki dilate besleyici arter ve venler gösterilebilir fakat rutinde kullanılmamaktadır. Kitlenin abdominal kavite ile ilişkisini değerlendirmek için BT veya MRG kullanılabilir. MRG bulguları kanamanın derecesine ve ne zaman olduğuna bağlı olarak değişmekle birlikte, kitle içinde hemoraji odaklarını diğer yöntemlere göre daha iyi belirleyebilir, ancak kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Histopatolojik incelemede yumuşak doku ve batın duvar kasları içinde; inflamatuvar hücreler ve fibrosis tarafından çevrelenmiş endometriyal stroma ve bezlerin görülmesi tipiktir.

Doku örnekleme ince iğne biyopsisi veya olgularımıza uyguladığımız gibi total ekzisyonel biyopsi ile yapılır. İnce iğne biyopsisinin doğruluk oranı düşüktür. Total eksizyon ile hem teşhis hem de tedavi sağlanmış olur. Agarwal ve Fong'un 10 hastalık abdominal duvar endometriozis serisinde on hastaya total eksizyon uygulanmış ve hastalar postoperatif bir aydan üç yıla kadar uzanan sürelerde izlenmiştir. İzlem sonrası sonuçlara göre total eksizyonun küratif bir tedavi olduğu bildirilmiştir <sup>(8)</sup>. Cerrahi eksizyon sırasında kitlenin, çevre dokuyu 5 mm kapsayacak şekilde ve kitleyi rüptüre etmeden çıkarılması en doğru yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Böylece mikroskopik endometrial doku kalıntılarının transplantasyonu dolayısı ile yara yerinde endometriozis nüksü engellenmiş olacaktır. Total eksizyondan sonra belirtilen nüks oranı % 0 ile % 20 arasındadır <sup>(14)</sup>.

Sonuç olarak, batın ön duvarı kitlelerinin değerlendirilmesinde geçirilmiş jinekolojik operasyon öyküsü ve mens dönemlerinde kitlede artan ağrı ve şişlik yakınmaları iyi sorgulanmalıdır. Ayırıcı tanıda endometriozis akla getirilerek tanı ve tedavi süre-

si kısaltılabilir. Skar endometriozis cerrahisinde geniş eksizyon yapılmasına dikkat edilerek cerrahi nükslerin engellenmesi sağlanabilir.

## KAYNAKLAR

1. **Erdem M, Erdem A, Göl K, Yıldırım M.** Cesarean Scar Endometriosis: Case Report. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1992;2(1):15-6.
2. **Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK.** Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185(1):596-8. [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610\(03\)00072-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9610(03)00072-2)
3. **Nominato NS, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S.** Cesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152(1):83-85. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2010.05.001>
4. **Aimakhu VE.** Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975;60(12):103-104.
5. **Jeonghyun K, Jeong HB, Won SL, Tae HC.** Clinical manifestations of abdominal wall endometriosis: a single center experience. *Arch Gynecol Obstet* 2002;286(3):2565-2.
6. **Douglas C, Rotimi O.** Extragenital endometriosis - a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(11):804-8. <http://dx.doi.org/10.1080/01443610400009568>
7. **Khoo JJ.** Scar endometriosis presenting as an acute abdomen: A case report. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 2003;43(12):164-5. <http://dx.doi.org/10.1046/j.0004-8666.2003.00028.x>
8. **Agarwal A, Fong YF.** Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008;9(8):704-7.
9. **Minaglia S, Mishell DR, Ballard CA.** Incisional endometriomas after cesarean section : a case series. *J Reprod Med* 2007;52(7):630-4.
10. **Günes M, Kayıkçıoğlu F, Öztürkoglu E, Haberal A.** Incisional endometriosis after caesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;13(13):471-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1447-0756.2005.00322.x>
11. **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):207-212. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.07.035>
12. **Witz CA.** Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42(8):566-85. <http://dx.doi.org/10.1097/00003081-199909000-00013>
13. **Elabsi M, Lahlou MK, Rouas L, Essadel H, Benamer S, Mohammadi A, et al.** Cicatrix endometriosis of the abdominal wall. *Ann Chir* 2002;127(1):65-7. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3944\(01\)00665-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-3944(01)00665-4)