



Nadir Görülen Karın Duvarı Endometriyozisleri: Sekiz Olgu

Rarely Seen Abdominal Wall Endometriosis: Eight Cases

Mehmet ESER, Aylin ACAR, Selçuk GÖKTAŞ, Yunus Emre ALTUNTAŞ, Ali Emre ATICI,
Muhammed Fikri KÜNDEŞ, Sedat TAN, Nuri OKKABAZ, Mustafa ÖNCEL

Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Özet

Endometriyozis endometriyal dokunun uterus dışında gelişmesi olarak tanımlanır. Üreme çağındaki kadınlarda sıklıkla pelvik organ ve peritoneumda bulunmakla birlikte böbreklerde, böbreküstü bezlerde, umbilikusda, ciltte, periferik sinirlerde, kalpte, karaciğerde ve kemikte de bulunabilir. Karın duvarında gelişen endometriyozis genellikle sezaryen veya diğer jinekolojik ameliyatlardan sonra oluşmaktadır. Bu yazıda, ameliyat edilen sekiz karın duvarı endometriyozis olgusu literatür eşliğinde sunuldu.

Anahtar sözcükler: Cerrahi tedavi; endometriyozis; karın duvarı.

Summary

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. In the childbearing period, it is mostly localized to the pelvic viscera and the peritoneum. Kidneys, surrenal glands, umbilicus, skin, peripheral nerves, heart, liver, and bones are other frequent localizations for endometriosis. Abdominal wall endometriosis can usually be detected as attached to abdominal wall layers. We aimed to present eight abdominal wall endometriosis cases together with the related literature.

Key words: Surgical treatment; endometriosis; abdominal wall.

Giriş

Endometriyozis overin hormonal uyarısına cevap veren fonksiyonel endometriyal gland ve stromal dokunun uterus dışında bulunması durumudur. Adet gören üreme çağındaki kadınların ortalama %15'inde herhangi bir jinekolojik girişim sırasında rastlantısal olarak görülmekte ancak, bu oran kronik pelvik ağrı ile başvuran kadınlar arasında %50, infertil kadınlarda %20-30 olarak bildirilmektedir.^[1] Endometriyozis sıklıkla pelvik bölgede bulunur. Nadiren, üreme çağındaki kadınlarda alışılmadık bir şekilde böbrek, böbreküstü bezleri, akciğer, umbilikus, merkezi sinir sistemi, diya-

ram, safra kesesi, kalp, karaciğer, biceps kası, kemik, periferik sinir, cilt ve karın duvarı gibi alanlarda pelvis dışı yerleşim gösterebilir. Abdominal duvarda yerleşen endometriyozis, jinekolojik literatürlerde %0.03 ile %0.4 oranında bildirilmiştir ve sıklıkla hastalarda sezaryen başta olmak üzere cerrahi öykü bulunmaktadır.^[2] İlk olarak 1975 yılında sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda insizyon skarı yerinde veya çevresinde endometriyozis odakları olabileceği bildirilmiştir.^[3] Tanı için dikkatli alınmış öykü ve fizik muayene çok önemlidir. Abdominal duvara lokalize diğer benign ve malign kitlelerden ayırıcı tanı yap-

İletişim: Dr. Mehmet Eser.
Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Cevizli, Kartal, İstanbul
Tel: 0216 - 441 39 00 / 1127

Başvuru tarihi: 12.06.2012
Kabul tarihi: 08.11.2012
e-posta: mehmeser@hotmail.com

bilmek için, yüzeysel ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sıklıkla kullanılan görüntüleme yöntemleridir. Bu çalışmada, batın duvarı kaynaklı endometriyozis olgularının literatür eşliğinde tartışılması amaçlandı.

Olgu Sunumu

Kliniğimizde 2009-2012 tarihleri arasında karın duvarı tümörü veya irredüktabl herni tanısı ile ameliyat edilen ve histopatolojik incelemesinde endometriyozis saptanan hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi.

Karın duvarı tümörü ya da irredüktabl herni tanısı ile ameliyat edilerek histopatolojik incelemesinde endometriyozis saptanan sekiz hasta mevcuttu. Hastaların tümü kadındı (%100). Yaş ortalaması 37.5 (29-46) idi. Başvuru şikayetleri, üç (%37.5) hastada karın ön duvarında aralıklı artan şişlik, iki (%25) hastada eski ameliyat yerinde ele gelen kitle, iki (%25) hastada umbilikal bölgede şişlik, bir (%12.5) hastada inguinal bölgede aralıklı artan şişlikti. Hastaların başvuru süreleri bir ile beş yıl arasında değişmekte idi. Hastaların üçünde (%37.5) sezaryen, birinde (%12.5) over kist eksizyonu ameliyat öyküsü mevcuttu.

Ameliyat öncesi yapılan incelemelerde tüm hastalar abdominal USG ile incelendi. USG incelemesinde hastaların altısında (%75) solid heterojen kitle, birinde (%12.5) umbilikal herni, birinde (%12.5) yer yer solid alan içeren ve apse düşündüren kitle saptandı. Üç hastaya (%37.5) abdominal BT çekildi. Hastaların ikisinde BT bulguları batın duvarı tümörü ön tanısını destekler nitelikte, bir hastada normaldi. Ameliyat öncesi bir (%12.5) hasta irredüktabl umbilikal herni, bir (%12.5)

hasta irredüktabl insizyonel herni, iki (%25) hasta insizyon yerinde kitle, dört (%50) hasta karın ön duvarında tümör tanıları nedeniyle ameliyat edildi (Tablo 1).

İçinde yapışık omentum olarak düşünülen irredüktabl umbilikal herni nedeniyle ameliyat edilen hastada peroperatuar olarak fıtık kesesine yapışık 4.5 cm çapında kitle tespit edildi. Herni kesesi ile birlikte kitle enblok olarak eksize edildi. Malignite kuşkusu nedeni ile kitlenin frozen incelemesi yapıldı ve sonuç endometriyozis olarak değerlendirildi. Defekt primer olarak sütüre edilerek herniorafi yapıldı. Ortalama yatış süreleri 2 gün (1-8 gün) idi. Hastaların hiçbirinde erken ameliyat sonrası komplikasyon gelişmedi. Ortalama takip süresi 22 ay (6-51 ay) idi. Tekrarlama tespit edilmedi.

Tartışma

Endometriyozis overin hormonal uyarısına cevap veren fonksiyonel endometrial gland ve stromal dokunun uterus dışında bulunması durumudur. Endometriyozisin genital sistem dışında bir yerde varlığı ise ekstrapelvik veya ekstrapelvik endometriyozis olarak isimlendirilir. Ekstrapelvik endometriyozisin görülme sıklığı %8.9-15 olarak bildirilmektedir.^[4,5] Bu grupta en sık bulgu ve semptomlar gastrointestinal sistem (%32.3) ve üriner sisteme (%61.8) aittir.^[6]

Abdominal duvar endometriyozisleri ise bu grup içinde çok daha az bir oranı (%0.1-0.3) oluşturmaktadır.^[5,7] Abdominal duvar endometriyozisleri izole karın duvarı kitlesi nedeniyle ameliyat edilen olguların ise %4'ünü oluşturmaktadır.^[5,6] Çoğunlukla jinekolojik ameliyatlardan sonrasında insizyon skarında (Şekil 1) cilt ve ciltaltı dokusu içinde tespit edilen bu kitleler daha nadir olarak

Tablo 1. Olguların klinik özellikleri

No	Yaş	Ameliyat öyküsü	Ultrasonografi	Bilgisayarlı tomografi	Ameliyat öncesi tanı	Patolojik boyut (cm)
1	40	Yok	Umbilikal herni	Yok	İrredüktabl herni	4.5x3.5x1.2
2	39	Yok	Semisolid kitle	Normal	Batın duvarı tm	5.5x4x2.5
3	46	Over kist eksizyonu	Solid heterojen kitle	Yok	Batın duvarı tm	2x2x1.8
4	28	Sezaryen	Solid heterojen kitle	Yok	İrredüktabl hernie	4x3x2.5
5	41	Sezaryen	Solid heterojen kitle	Solid heterojen kitle	Batın duvarı tm	2.8x2x2
6	36	Sezaryen	Solid heterojen kitle	Solid heterojen kitle	Batın duvarı tm	2
7	38	Yok	Solid heterojen kitle	Yok	Batın duvarı tm	7
8	32	Yok	Solid heterojen kitle	Yok	Batın duvarı tm	2.5



Şekil 1. İnsizyon skarında endometriyozis kitlesi.

umblikus, inguinal kanal ve rektus abdominalis kasi gibi değişik lokalizasyonlarda da tespit edilebilmekte ve genellikle batın duvarı tümörü ön tanısı ile ameliyat edilmektedirler.^[6]

Jinekolojik ameliyatlar içerisinde endometriyozis görülme oranı sezaryen ameliyatlarından sonra daha sıktır. Sezaryen sonrası endometriyozis görülme oranı %0.4-2 olarak bildirilmektedir.^[8,9]

Literatürde batın duvarı endometriyozisleri ile ilgili geniş ileriye yönelik randomize çalışmalar mevcut değildir. Agarwal ve Fong^[10] 10 hastadan oluşan abdominal duvar endometriyozis çalışmasında olguların altısında (%60) jinekolojik ameliyat öyküsü olduğunu, dört olguda spontan gelişen (inguinal kanal, umblikusda ve rektus abdominis) endometriyozis tespit edildiğini bildirmişlerdir. Minaglia ve ark.^[11] kliniklerinde 30 yıllık süre içerisinde yapılan sezaryen ameliyatları sonrasında insizyonel endometriyoma görülme oranının %0.08 olduğunu, parietal ve viseral peritonun dikilmesinin ameliyat sonrası cerrahi skar endometrioma oluşumunu belirgin bir şekilde artırdığını ileri sürmüşlerdir. Bizim üç (%37.5) olgumuzda sezaryen ile doğum öyküsü ve bir (%12.5) olgumuzda over kist eksizyonu öyküsü olmak üzere toplam dört (%50) olgumuzda geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsü mevcuttu. Sezaryen ameliyatları geçirilmiş jinekolojik ameliyatların %75'ini oluşturmaktaydı.

Batın duvarı endometriyozislerinin oluşum mekanizmasında vasküler yayılım teorisi ve iyatrojenik transplantasyon teorisi ileri sürülmüştür. Bu çalışmada olgularımızın dördünde endometriyozis gelişimi, geçirilmiş pelvik ameliyat öyküsü nedeniyle iyatrojenik transplantasyon teorisi ile açıklanabilirken, diğer dört

olguda herhangi bir ameliyat öyküsü olmaması vasküler yayılım teorisi ile açıklanabilir.

Abdominal duvar endometriyozisinde sıklıkla rastlanan bulgu menstruasyon sırasında belirginleşen kitle ve ağrı olmasıdır. Lezyonun süresine ve kanama olup olmadığına göre yüzeysel yerleşimli kitle mavi siyah röfle verebilir. Siklik semptomlar, hastaların %50'sinde vardır. Kitlenin skar hattı üzerine yerleşmiş olması çok tipiktir fakat yine de kitle varlığında, ayırıcı tanıda ire-düktabl herni, apse, lipom, hematoma, granülom, sebace kist, desmoid tümör, primer ve metastatik kanser gibi tanımlar da düşünülmelidir.^[12] Bu çalışmada, olguların ikisi (%25) herni ön tanısı ile ameliyat edilen olgulardı.

Kitlenin değerlendirilmesinde USG, renkli Doppler USG, BT ve MRG tanı koydurucu olmasa da kitlenin yerleşimi, boyutu, yoğunluğu hakkında bilgi verebilir. Sıklıkla USG ve MRG önerilen tanı yöntemleridir. Endometriyotik kitlenin en sık USG bulgusu hipoeoik, solid kitle olmasına rağmen; kistik, polikistik veya karışık tipte görülebilmektedir. Bu çalışmada, hastaların altısında (%75) solid kitle saptandı. Kitlenin abdominal kavite ile ilişkisini değerlendirmek için ve ayırıcı tanı amacıyla 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 belirleyebilmektedir.^[13] Ancak kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Histopatolojik incelemede yumuşak doku ve karın duvarı kasları içinde, enflamatuvar hücreler ve fibrosis tarafından çevrelenmiş endometrial stroma ve glandların görülmesi tipiktir.

Sezaryen sonrası gelişen skar endometriyozisinde berrak hücreli karsinom, papiller karsinom, mikst endometrioid ve serous karsinom gibi endometriyal doku kaynaklı tümörlerin geliştiği olguları bildiren yayınların yanı sıra nadiren desmoid tümör ve sarkom gibi bağ dokusu tümörlerinin de tespit edildiğini bildiren yayınlar da vardır.^[14-17]

Abdominal duvar endometriyozislerinin optimal tedavisi geniş lokal eksizyondur. Geniş lokal eksizyon sonrası nüks nadirdir ve genellikle kür elde edilmektedir.^[18] Agarwal ve Fong^[10] çalışmalarının üç yıllık izlemi sonucunda total eksizyonun küratif olduğunu bildirmişlerdir. Bu tedavi şekli endometriyozis olgularında düşük nüks oranının yanı sıra malignite olasılığını dışlama olanağı vermesi ve tanısı endometriyozisle

karışabilen batın duvarının nadir rastlanabilecek tümörlerinin de cerrahi tedavi modalitesi olması bakımından önemlidir.

Batın duvarı endometriyozisi genel cerrahi polikliniklerinde nadir görülür ve tanı koymak güçtür. Hastaların çoğu batın duvarı tümörü veya irredüktabl herni ön tanısı ile ameliyat edilir. Batın ön duvarı kitlelerinin değerlendirilmesinde geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsü ve adet dönemlerinde kitlenin artan ağrı ve şişlik şikayetlerinin varlığı sorgulanmalı ve endometriyozis tanısı ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Geniş lokal eksizyon, düşük nüks oranı ve batın duvarı endometriyozisleri ile karışabilen nadir batın tümörlerinin de optimal cerrahi tedavisi olması bakımından ideal bir seçenek gibi görünmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazar(lar) çıkar çatışması olmadığını bildirmişlerdir.

Kaynaklar

1. 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(2):135-9. [\[CrossRef\]](#)
2. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am Surg* 1994;60(4):259-61.
3. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975;60(2):103-4.
4. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: a review. *Gynecol Endocrinol* 1993;7(3):207-21. [\[CrossRef\]](#)
5. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis--a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol* 2004;24(7):804-8. [\[CrossRef\]](#)
6. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185(6):596-8. [\[CrossRef\]](#)
7. Khoo JJ. Scar endometriosis presenting as an acute abdomen: a case report. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2003;43(2):164-5. [\[CrossRef\]](#)
8. Zhao XY, Lang JH, Leng JH, Liu ZF, Li HJ, Sun DW, et al. Clinical characteristics of abdominal wall endometrioma and its recurrence-related factors. [Article in Chinese] *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 2004;39(2):97-100. [Abstract]
9. Khammash MR, Omari AK, Gasaimh GR, Bani-Hani KE. Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J* 2003;24(5):523-5.
10. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J* 2008;49(9):704-9.
11. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. *J Reprod Med* 2007;52(7):630-4.
12. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001;67(10):984-6.
13. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Hélénon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55(4):220-4. [\[CrossRef\]](#)
14. Miller DM, Schouls JJ, Ehlen TG. Clear cell carcinoma arising in extragonadal endometriosis in a caesarean section scar during pregnancy. *Gynecol Oncol* 1998;70(1):127-30. [\[CrossRef\]](#)
15. Merran S, Karila-Cohen P. Incisional subcutaneous endometrioma of the abdominal wall: report of two cases. [Article in French] *J Radiol* 2004;85(4 Pt 1):409-10. [Abstract] [\[CrossRef\]](#)
16. Ozel L, Sagiroglu 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. [\[CrossRef\]](#)
17. Donati M, Gandolfo L, Cavallaro G, Ciancio F, Brancato G. Endometriosis of the abdominal wall (authors' experience). [Article in Italian] *Ann Ital Chir* 2004;75(1):29-34. [Abstract]
18. Kang J, Baek JH, Lee WS, Cho TH, Lee JN, Lee WK, et al. Clinical manifestations of abdominal wall endometriosis: a single center experience. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287(2):301-5. [\[CrossRef\]](#)