

SEZARYEN SKAR DOKUSU İLE İLİŞKİLİ SUBKUTAN DOKUDA GELİŞMİŞ ENDOMETRİYOZİS

Sebahattin ÇELİK¹, Mehmet Fatih CAN², Murat MUHCU³

¹ Ardahan Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, Ardahan

² Ardahan Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi, Ardahan

³ Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

ÖZET

Skar veya insizyonel endometriyozis iyi tanımlanmış ancak oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Hastaya şikayetlerine rağmen uzun süre tanı konulamaması sık karşılaşılan bir durumdur. Bu yazıda sezaryen skar dokusunda gelişen insizyonel endometriyozis olgusu sunulmaktadır. Hastanın menstrüel siklusla birlikte olan atipik ağrı şikayeti mevcuttu ve aynı dönemde insizyon skarı altında palpe edilen, ancak luteal fazda küçülen kitle tespit edildi. Operasyon öncesi ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile lezyonun boyut ve komşulukları hakkında inceleme yapıldı. Total olarak çıkartılan kitlenin histolojik örnekleme patolojik olarak endometriyotik odak şeklinde rapor edildi. Hastanın takibinde iki kez olan menstrüel siklus sırasında herhangi bir yakınması olmadı. İnsizyonel endometriyozis, daha önce abdominal operasyon geçirmiş insizyon hattında ağrı şikayeti olan hastalarda nadiren görülen ancak akılda tutulması gereken bir tanıdır.

Anahtar kelimeler: cerrahi tedavi, sezaryen, subkutan endometriyozis

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg), 2010; Cilt 7: (Özel Sayı 1): Sayfa 73- 6

SUMMARY

SUBCUTANEOUS ENDOMETRIOSIS ON THE SCAR TISSUE ASSOCIATED WITH CESAREAN SECTION

Subcutaneous (incisional) endometriosis is a well described but extremely unusual entity. Patients who remain undiagnosed despite suffering associated symptoms are not infrequently encountered. This case report presents a patient who had an incisional endometriosis that developed on scar tissue following cesarean section. The patient was suffering from an atypical pain on the incision line which was associated with menstrual cycles. A palpable mass that resolved during the luteal phase was detected. An ultrasound imaging and a computed tomography scanning were carried out to delineate the size and relations of the mass. After total excision of the lesion, a histological diagnosis of endometriosis was achieved. During two months of follow-up, there has been no recurrence of symptoms. Scar endometriosis is such a diagnosis that should be kept in mind in patients having a pain associated with incision after any abdominal surgery.

Key words: cesarean section, subcutaneous endometriosis, surgical treatment

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2010; Vol 7: (Special Issue 1): Pages 73- 6

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Sebahattin Çelik, Ardahan Asker Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi, 75000 Ardahan

Tel.: (0532) 698 42 65

e-posta: drscelik@yahoo.com

Alındığı tarih: 24.03.2009, revizyon sonrası alınma: 24.03.2009, kabul tarihi: 26.09.2009

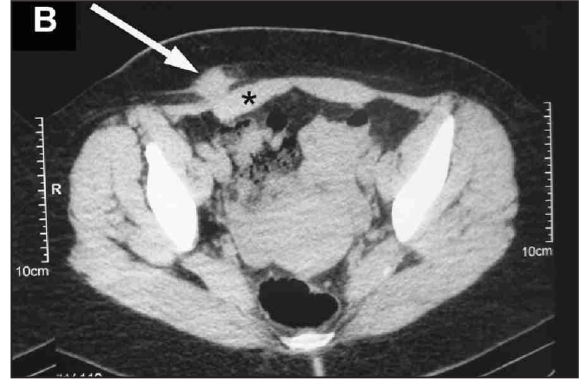
GİRİŞ

Ekstraperitoneal endometriozis, fonksiyonel endometriumun peritoneal kavite dışında olmasıdır ve bu durum çok nadir olarak görülür. Subkutanöz endometriozis, ekstraperitoneal endometriozisin bir formu olup, laparaskopi veya açık abdominal operasyonlardan sonra görülmektedir⁽¹⁾. Görüntüleme tekniklerinden operasyon öncesi subkutanöz endometriozisin tanısı, boyut ve konturlarının tespitinde faydalanılabilir; ancak literatürde görüntüleme teknikleriyle tanısı doğrulanan olgu sayısı oldukça azdır. Bu yazıda, uzun süredir devam eden lokalize ağrı şikayeti bulunan bir kadın hastada tanının akla gelmesi sonrası ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) ile tanının desteklendiği ve lezyonun niteliklerinin saptandığı olgu, cerrahi tedaviyi de kapsayacak şekilde tartışılmaktadır.

OLGU

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine müracaat eden 25 yaşındaki hastada, menstrüal siklus sırasında meydana gelen atipik ağrı ve önceden geçirdiği sezaryene ait skar dokusu üzerinde cilt altında hissedilen kitle şikayeti mevcuttu. Bu öyküsü 4 yıldır devam ediyordu. Hasta ev hanımı, 95 kilo ağırlığında, 1.68 m boyunda idi. 2004 yılında sezaryenle doğum yapmış ve günde 1 paket sigara içiyordu. Alkol almıyor ve doğum kontrol hapı kullanmıyordu.

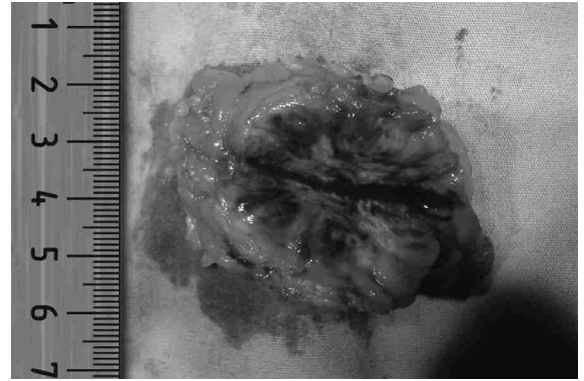
Hastayı menstrual siklusun 3. günü muayeneye çağırduğumuzda ultrasonografik görünüm olarak abdominal skar dokusu altında 3x4 cm boyutunda hipoekoik lezyon şeklinde izlendi. Bu lezyon, rektus abdominis kasının üzerinde olup fasya ile ilişkisi net ayırt edilemiyordu (Resim 1A). Elle palpasyonda kitle mobil idi. BT görüntülemesinde ise lezyon subkutan dokuda hiperdens görünümde olup rektus kası fasyası ile ilişkisi net olarak değerlendirilemedi (Resim 1B). Lezyon cerrahi olarak total çıkartıldı ve endometriozis tanısı histolojik olarak doğrulandı (Resim 2). Bu güne kadar iki kez menstruasyonu olan hastanın takibinde herhangi bir sorunu olmadı, ağrı ya da bir başka şikayet oluşmadı.



Resim 1: Subkutanöz endometriozis için kullanılan görüntüleme yöntemleri. A. Ultrasonografik görünüm (oval hipoekojen lezyon).

B. Bilgisayarlı tomografide hiperdens görünen lezyon (beyaz ok).

* işareti rektus kasını göstermektedir.



Resim 2: Etraf sağlam doku ile birlikte çıkarılan lezyonun sagittal kesiti ve makroskopik görünümü.

TARTIŞMA

Subkutanöz endometriozis; sezaryen operasyonu sonrası skar dokusu üzerinde nadir olarak gelişir. Subkutanöz veya insizyonel endometriozis genellikle abdominal duvarda cilt altı adipoz dokuya yerleşir. Fakat bazen daha derin bölgelere de infiltrat olabilir. Bazen nadiren de olsa uterokutanöz fistül geliştiği de gözlemlenmiştir⁽²⁾. Endometriozisin

etyopatogenezinde çeşitli teoriler ileri sürülmüştür. Bunlar; retrograd menstruasyon, metaplazi ve venöz veya lenfatik yayılım teorileridir^(3,4). Subkutanöz endometriyozisli çoğu hastalarda peritoneal endometriyozis tablosunu işaret edecek bulgular yoktur. Cerrahi işlem sırasında endometriyal hücrelerin yayılması, bu durumun muhtemel nedeni olarak ileri sürülmektedir⁽⁴⁾. Uterin cerrahi sırasında, abdominal duvardaki insizyon bölgesinde yerleşen endometriyal kök hücrelerin diferansiasyonu süresinde geliştiği düşünülmektedir. Bu durum skar endometriyozisin nasıl geliştiğinin açıklaması gibi durmaktadır. Subkutanöz endometriyozis, genellikle adet dönemi süresince skar dokusu üzerinde ve cilt altında palpe edilen, lastik kıvrımlı iyi sınırlı kitle izlenimi veren bir lezyon gibi hissedilir ve bu süre boyunca da aynı bölgede hissedilen sıklık bir ağrı olaya eşlik eder⁽⁵⁾. Bu sıklık semptom ve işaretler subkutanöz endometriyozisin klinik tanısında önemlidir ⁽⁶⁾. Makroskopik olarak subkutanöz endometriyozisin yapısı genellikle multiloküle olup içerisinde de çikolata kisti içeriği bulunmaktadır. Ayrıcı tanıda; herni, lipom, hematoma, abse, keloid, sütüre granülasyon, sebace kist ve tümörler (desmoid tümör, sarkom, lenfoma, derinin primer maligniteleri ve metastatik tümörler) akla gelmelidir⁽⁷⁾. Subkutanöz endometriyozisin ayrıcı tanısında kullanılan yöntemlerin maliyet etkin olup olmadığı konusunda çok fazla veri mevcut değildir. Görüntüleme yöntemlerinden önce lezyondan histolojik tanı için eksizyonel biyopsi yapmak daha basit ve maliyet etkin gibi görünmektedir. Ancak bu işlem ileride hastalığın rekürrensine neden olabilmektedir. Diğer taraftan operasyon öncesi görüntüleme yöntemlerinin yapılmış olması total cerrahi işlemin nasıl yapılabileceğini yönlendirebilir. USG'de subkutanöz endometriyozis tek bir kist ,multiloküle kist ya da solid içeriği olan bir lezyon olarak görüntülenebilir; ayrıca doppler USG'de internal vaskülerite izlenebilir. Ancak bu bulgular spesifik değildir⁽⁸⁾. USG, operasyon öncesi lezyonun boyutu hakkında bilgi verir. BT görüntüleme yöntemi ile de lezyonun derinliği ve çevre dokularla ilişkisi hakkında bilgi edinilebilir ve lezyon hiperdens bir görünümde izlenir. Böylelikle operasyon öncesi bu görüntüleme tetkikleri güvenli bir cerrahi işlem planlanmasını sağlar.

Subkutanöz endometriyozisin tedavisinde kombine oral kontraseptifler, progesterinler ve GnRH

analogları kullanılmıştır⁽⁶⁾. Fakat tedavi bittikten sonra rekürrensler görülmüştür. Diğer taraftan lezyonun etrafındaki sağlam doku ile birlikte cerrahi olarak çıkarılması kalıcı kür sağlamaktadır^(9,10). Total çıkarılmayan olgularda ise nadir de olsa rekürrensler görülebilir⁽¹¹⁾.

Abdominal operasyon sonrası batin ön duvarında sıklık ağrıları olan hastalarda subkutanöz endometriyozis ayrıcı tanıda akılda tutulması gereken bir hastalıktır. Operasyon öncesi USG, BT gibi görüntüleme yöntemlerinin kullanılması lezyonun boyutunun saptanmasında ve cerrahi eksizyonun planlanmasında faydalı olacaktır. Lezyonun cerrahi olarak tümüyle çıkarılması kalıcı kür sağlayan tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecological procedures. *J Obstet Gynecol Res* 2005; 31: 471-5.
2. Dragoumis K, Mikos T, Zafrakas M, Assimakopoulos E, Stamatopoulos P, Bontis J. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. A case report. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 57: 90-2.
3. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 566-85.
4. Zafrakas M, Tarlatzis BC, Streichert T, Pournaropoulos F, Wöfle U, Smeets SJ, et al. Genome-wide microarray gene expression, array-CGH analysis, and telomerase activity in advanced ovarian endometriosis: A high degree of differentiation rather than malignant potential. *Int J Mol Med* 2008; 21: 335-44.
5. Purvis RS, Tying SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis and hormonal therapy. *J. Dermatol Surg. Oncol* 1994; 20: 693-5.
6. Kara C, Derici H, Bozdağ AD, Ermete M. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 2005; 21: 201-3.
7. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; 177: 239-41.
8. Wu YC, Tsui KH, Yuan CC, Ng HT: High-frequency power doppler angiographic appearance and microvascular flow velocity in recurrent scar endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003; 21: 96-7.
9. Çil AP, Atayar YY. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik*

- Dergisi 2006; 16: 111- 2.
10. Şahin FK, Şahin DA, Köken G, Koşar MN, Şahin Ö. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 69: 117- 9.
11. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003; 185: 596- 8.