

UTERUS DİDELFİSİ OLAN OLGUDA REKTUS ABDOMİNİS KASINDA SEMPTOMATİK ENDOMETRİOZİS

Yavuz Emre ŞÜKÜR, Murat GÖZÜKÜÇÜK, Korhan KAHRAMAN, Şerife Esra ÇETİNKAYA, Murat SÖNMEZER

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

ÖZET

Giriş: Rektus abdominis kasında endometriozis oldukça ender rastlanan ve kadınlarda karın duvarı kitlelerinin ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken bir durumdur.

Olgu: 42 yaşında G2 P2, uterus didelphi olan hasta karın duvarında yaklaşık 4x5 cm'lik hassas kitle nedeniyle başvurdu. BT'de kontrast madde tutulumu olan kitle umbilikus altı median kesi ile eksize edildi. Operasyonda endometriozis odağı olduğu fark edilen kitle geride rekürrense yol açacak parça kalmayacak şekilde çıkartıldı ve primer onarım yapıldı.

Tartışma: Artan sezaryen oranlarıyla birlikte insidansının artacağı düşünüldüğünde abdominal duvar endometriozisi atlanmaması gereken önemli bir teşhistir. Tedavisi cerrahi rezeksiyondur ve özellikle atipik yerleşimli olduğunda rekürrensi engellemek için geride odak bırakmamaya özen gösterilmelidir.

Anahtar kelimeler: endometriozis, rektus abdominis kası, sezaryen

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 1 Sayfa: 80- 3

SUMMARY

SYMPTOMATIC ENDOMETRIOSIS OF RECTUS ABDOMINIS MUSCLE IN A PATIENT WITH UTERUS DIDELPHYS

Background: Endometriosis of the rectus abdominis muscle is a very rare event and it should be kept in mind in the differential diagnosis of women with abdominal wall mass.

Case: 42 year-old G2 P2 patient with uterus didelphis was referred with a painful abdominal wall mass of approximately 4x5 cm size. The mass that has contrast matter enhancement on CT was excised with median laparotomy below the umbilicus. The mass which was thought as endometriosis was excised without remaining any pieces to prevent recurrence and primarily repaired.

Discussion: Along with the increasing incidence due to increased cesarean rates the endometrial wall endometriosis is an important diagnosis that should not be omitted. The treatment is surgical resection and to we should take care not to leave any pieces to prevent recurrence especially when it is located atypically.

Key words: cesarean section, endometriosis, rectus abdominis muscle

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 1 Pages: 80- 3

Yazışma adresi: Asistan Yavuz Emre Şükür, Kıbrıs cad. no: 9a/5 Kurtuluş, Çankaya, 06600 Ankara

Tel.: (0533) 240 93 81

e-posta: yesukur@yahoo.com

Alındığı tarih: 15.12.2010 revizyon sonrası alınma: 15.02.2011, kabul tarihi: 09.03.2011, online yayın tarihi: 08.12.2011

GİRİŞ

Endometriozis histolojik olarak normal endometrial dokunun uterus kavitesi dışında ektopik olarak yer almasıdır⁽¹⁾. Üreme çağında görülen bu hastalık sıklıkla pelviste sınırlıdır, ancak pelvis dışında tüm vücut boşluklarında ve organ sistemlerinde de görülebilmektedir. Bunlar arasında santral sinir sistemi, akciğerler, böbrekler, ekstremiteler, cilt ve karın duvarı sayılabilir. Rektus abdominis kasında endometriozis oldukça ender rastlanan ve kadınlarda karın duvarı kitlelerinin ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken bir durumdur ve hemen tamamı geçirilmiş operasyon skarında gelişir⁽²⁾. Sezaryen geçirmiş popülasyonda insidansı % 0,45'tir⁽³⁾. Burada uterus didelfisi olduğu bilinen ve geçirilmiş sezaryen sonrası rektus kasında endometriozis gelişen bir hasta sunulacaktır.

Olgu

42 yaşında G2 P2, uterus didelfisi olduğu bilinen hasta yaklaşık 7 yıldır karın sol ön duvarında olan ve son 2 yıldır boyutunda artış olan şişlik nedeniyle başvurdu. Kitlenin ağrılı olduğu ve menstruasyon dönemlerinde boyutunda artış olduğu öğrenildi. 17 ve 19 yıl önce iki kez sezaryen ile doğum yapan hastanın jinekolojik muayenesi normaldi. Transvajinal ultrasonografisinde anlamlı patoloji saptanmadı. Fizik muayenesinde karın sol alt kadranda karın duvarına ait yaklaşık olarak 4x5 cm'lik ağrılı kitle palpe edildi.

Abdominal-pelvik bilgisayarlı tomografide (BT) sol rektus kasında fuziform kalınlaşma ve kontrast madde tutulumu izlendi (Resim 1). Pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG) de sol lobda belirgin olmak üzere her iki rektus abdominis kası alt kesiminde fuziform kalınlaşma ve patolojik kontrast madde tutulumu izlenmesi üzerine lezyon fibromatozis ve hematoma lehine yorumlandı. CA-125 düzeyi sınırdan yüksek tespit edilen (26,3 U/ml [0-21 U/ml]) hastanın ağrısının ve kitledeki boyut artışının siklik olması üzerine ayırıcı tanıda endometriozis ön plana alındı.

Umbilikus altı median kesi ile yapılan eksizyon sırasında kitlenin endometriozis odağı olduğu fark edildi ve geride rekürrense sebep olacak parça kalmayacak şekilde çıkarıldı ve rektus kasına primer onarım yapıldı. Patoloji sonucu da endometriozis eksterna olarak rapor edilen hasta postoperatif ikinci günde sorunsuz olarak taburcu edildi.



Resim 1: Abdominopelvik bilgisayarlı tomografi görüntüsü. Sol rektus abdominis kasında fuziform kalınlaşma ve kontrast madde tutulumu izlenmektedir (ok).

TARTIŞMA

Endometriozis, endometrial bez ve stromanın ektopik olarak uterus dışında yerleştiği pelvik ağrı ve infertiliteye sebep olan benign bir hastalıktır. Üreme çağındaki kadınların % 3-10'unda görülür⁽⁴⁾. Sıklıkla pelviste karşılaşılmasına rağmen endometrial hücreler vücutta herhangi bir alanda da çoğalabilmektedir: santral sinir sistemi, akciğerler, plevra, kalp, diyafram, mesane, karaciğer, gastrointestinal sistem, umbilikus, abdominal duvar, biceps kası, kemik ve periferik sinirler gibi⁽⁵⁾. Ancak abdominal duvar endometriozisiyle oldukça nadir karşılaşmaktadır^(1,6).

Mekanizması tam olarak anlaşılammış olsa da multifaktöriyel etkileşimden şüphelenilmektedir⁽⁷⁾. En çok kabul gören teorilerden biri retrograd menstruasyondur⁽⁸⁾. Bu şekilde pelvise yayılan endometrial hücreler pelvise implante olmakta ve hormonal uyarılara yanıt olarak kanamakta ve bu implantasyonların boyutları artmaktadır. Ancak endometriozis odaklarının akciğer, göz ve burun gibi organlarda ve hatta östrojen tedavisi alan erkeklerde de görülebilmesi bu teoriyi zayıflatmaktadır⁽⁷⁾. Diğer bir teori ise çöломik metaplazi teorisi, bu teori enflamasyon sonucunda periton epitelinin endometrial epitele dönüşümüyle izah edilir. Bu teoriye göre çöломik epitel endometrial ve peritoneal hücrelerin oluşumundan sorumludur ve hücreler birbirlerine dönüşebilmektedir. Bir başka teoriye göre ise mülleryan kalıntıları endometrial dokuya dönüşebil-

mekte ve hormonal uyarılara yanıt vermektedir. Vasküler teoriye göre endometrial hücreler lenfatik yolla veya kan damarlarıyla yayılabilmektedir. Bizim hastamızda da retrograd menstruasyon ve vasküler teoriler geçerli olabilir.

Endometriozis gelişiminin bir üreme organı anomalisiyle birlikte olabileceği de öne sürülmüştür (1,9). Uterin didelfis ile endometriozis birlikteliği tek taraflı vajinal poşu ya da servikal agenezisi olan adolesan vakalarda bildirilmiştir(9,10). Bizim hastamızda da böyle retrograd menstruasyona sebep olabilecek bir anomalinin predispozan faktör olma olasılığı vardır.

Abdominal duvarda ektopik olarak endometrial dokunun bulunması sıklıkla geçirilmiş bir cerrahi ile birliktelik gösterse de cerrahi öyküsü olmayan bir vakada da bildirilmiştir(1). Rektus abdominis kasında endometrioma ise nadir olarak rastlanan bir durumdur ve ilk kez 1993'te Coley tarafından bildirilmiştir(11). Cerrahi skar endometriozisinin, endometrial hücrelerin iatrojenik transferi sonucu ortaya çıktığı düşünülebilir (12). Sezaryen, appendektomi, epizyotomi ve histerektomi sonrasında görülebilmektedir. Cerrahi skar endometriozisi nadir görülen bir durumdur ancak insidansının literatürde yer aldığından daha çok (%1'in üzerinde) olduğu tahmin edilmektedir(13). Operasyon sonrasında 1-20 yıl içinde (ortalama 4,8 yıl) ortaya çıkabilir(14).

Abdominal duvar endometriozisinin tanısı zordur. Skar yerinde gelişen bir kitlenin ayırıcı tanısında apse, hematoma, lipoma, sütür granülomu, sarkoma, endometriozis, desmoid tümör, lenfoma ve metastatik hastalık yer almaktadır(3). Abdominal duvar endometriozisinin semptomları arasında daha önceki insizyon hattı ile ilişkili ağrılı, hassas kitle ve genellikle menstrüel siklusla uyum gösteren siklik ağrı yer almaktadır(3,5). Lezyondan siklik olarak kanama da izlenebilir(5). Bu semptomlar bir insizyon skarı ile fokal olarak ilişkili olduğunda endometrioma açısından patognomonik olarak yorumlanabilmektedir(14). Bizim vakamızda olduğu gibi büyüyen kitle eğer rektus abdominis kasında sınırlıysa, rektus yapraklarına baskı uygulayarak ağrının belirgin semptom olmasına sebep olabilir. Görüntüleme yöntemleri tanı koymada yardımcı olurlar ancak yeterli değildir. USG ile kistik-solid ayırımı yapılabilir. Her ne kadar sonografinin endometriozis için spesifik bir bulgusu olmasa da klinik hikaye ve ince iğne aspirasyon sitolojisi ile birlikte kullanıldığında tanıda değerlidir (6,15). BT ve MRG solid kitlelerin yerleşimini belirlemek

amacıyla kullanılabilir. MRG skar endometriozisindeki hemorajik lezyonları daha kolay ve erken tespit etmesi yönünden BT'ye üstündür ;ancak abdominal duvar endometriozisinin kesin tanısı biyopsidir(16).

Abdominal duvar endometriozisinin tedavisi kitlenin eksizyonudur. Koger ve ark. yaptığı çalışmaya göre sağlam sınırlarla geniş rezeksiyon yapılan hastalarda rekürrens görülmemektedir(14). Bu lezyonlar sıklıkla abdominal fasyada ciddi yapışıklıklara sebep olduğundan parsiyel fasyal rezeksiyon ve sentetik meş yerleştirilmesi gerekebilmektedir(3).

Sonuç olarak, abdominal duvar endometriozisi bir insizyon skarında menstrüel siklus ile ilişkili ağrılı bir kitle tespit edildiğinde düşünülmesi gereken ilk tanılardandır. Artan sezaryen oranlarıyla birlikte insidansının artacağı düşünüldüğünde özellikle uterus didelfis gibi predispozan bir anatomik bozukluğu olan hastalarda atlanmaması gereken önemli bir tanıdır. Tedavisi ise lokal rekürrenslere önlemek için geride parça kalmayacak şekilde çıkarılmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Tomas E, Martin A, Garfia C, Sanchez Gomez F, Morillas JD, Castellano TG, et al. Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery. *J Ultrasound Med* 1999; 18: 373-4.
2. Chun JT, Nelson HS, Maull KI. Endometriosis of the abdominal wall. *Southern Med J* 1990; 83: 1491-2.
3. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Digestive Dis Sci* 2002; 47: 456-61.
4. Speroff L, Fritz MA. Endometriosis. In: Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Seventh edition LWW, W Kluwer Co.; 2005. p.1103-33.
5. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Endometriosis* 1997; 24: 411-40.
6. Dirican A, Ünal B, Özgör D, Ünal D, Işık D, Işık B, et al. Rektus abdominis kasında endometriozis: olgu sunumu. *İnönü Üniv Tıp Fak Derg* 2008; 15: 55-7.
7. Wellbery C. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60: 1753-62.
8. Thomas EJ. Diagnosis and treatment of endometriosis. *Am Fam Physician* 1999; 60: 1753-68.
9. Sanfilippo JS, Wakim NG, Schikler KN, Yussman MA. Endometriosis in association with uterine anomaly. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 154: 39-43.
10. Yang CC, Tseng JY, Chen P, Wang PH. Uterus didelphys

- with cervical agenesis associated with adenomyosis, a leiomyoma and ovarian endometriosis. *J Reprod Med* 2002; 47: 936- 8.
11. Coley BD, Casola G. Incisional endometrioma involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissues: CT appearance. *AJR* 1993; 160: 549- 50.
 12. Kır Şahin F, Şahin DA, Köken G, Koşar MN, Şahin Ö. Sezaryen skarında endometriozis olgusu ve literatürün gözden geçirilmesi. *İst Tıp Fak Derg* 2006; 69: 117- 9.
 13. Wolf GC, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989; 44: 89- 95.
 14. Koger K, Shatney CH, Hodge K, et al: Surgical scar endometrioma. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* 1993; 177: 243- 6.
 15. Wolf C. Sonographic features of abdominal wall endometriosis. *AJR* 1997; 169: 916.
 16. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003; 55: 220- 4.