

## SEZARYEN SKAR ENDOMETRİOZİSİ: ONBİR OLGUNUN LİTERATÜR EŞLİĞİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Gökhan DEMİRAL<sup>1</sup>, Fikret AKSOY<sup>2</sup>, Alp ÖZÇELİK<sup>1</sup>, Burhan ŞABAN<sup>3</sup>, Mustafa KUŞAK<sup>4</sup>, Özgür EKİNCİ<sup>1</sup>, Canan ERENGÜL<sup>1</sup>

<sup>1</sup> S.B. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup> Özel Maltepe Bölge Hastanesi, İstanbul

<sup>3</sup> Alucra Devlet Hastanesi, Giresun

<sup>4</sup> Taşköprü Devlet Hastanesi, Kastamonu

### ÖZET

*Endometriozis uterus kavitesi dışında fonksiyonel endometriyal doku varlığıdır. Jinekolojik veya sezaryen ameliyatları sonrası görülebilir. Skar endometriozisi oldukça nadir olup tanı konulması zordur. Diğer cerrahi patolojiler ile karıştırılabilen bu durumun tanısı ameliyat öncesinde nadiren konulur. Medikal yaklaşımın tedaviye yardımı yoktur. Lezyonun cerrahi olarak geniş eksizyonu gerekir. Bu çalışmada sezaryen ameliyatı sonrası gelişmiş on bir tane abdominal duvar endometriozis olgusunu sunuyoruz. Hastaların ortalama yaşı 28.3 olup sezaryen harici geçirilmiş operasyon öyküleri yoktu. Tüm hastalarda kitle en az bir cm cerrahi sınır korunacak şekilde total eksizyonla çıkarıldı. Batın ön duvarında kitle ile başvuran kadın hastalarda geçirilmiş jinekolojik ameliyatlar iyi sorgulanmalı ve ayırıcı tanılar arasında mutlaka endometriozis düşünülmelidir.*

**Anahtar kelimeler:** abdominal duvar endometriozisi, cerrahi tedavi, sezaryen skarı

*Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Cilt: 8 Sayı: 3 Sayfa: 209- 13*

### SUMMARY

#### CESAREAN SCAR ENDOMETRIOSIS: PRESENTATION OF ELEVEN CLINICAL CASES AND REVIEW OF THE LITERATURE

*Endometriosis is the presence of functioning endometrial tissue outside the uterine cavity. It can sometimes occur after obstetrical and gynecological surgeries. Scar endometriosis is rare and difficult to diagnose. This condition is often confused with other surgical pathologies and preoperative diagnosis is rarely established. Medical treatment is not helpful. The patients required wide surgical excision of the lesion. In this study we are reporting eleven cases of abdominal wall endometriosis which were developed following cesarean section. The mean age of the patients was 28.3 and there were no any operation other than cesarean section. All masses were totally resected with one cm surgical margin. Whenever a female patient is presented with abdominal wall mass previous gynecological operations should be evaluated and endometriosis must be regarded between differential diagnosis.*

**Key words:** Abdominal wall endometriosis, cesarean scar, surgical treatment

*Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2011; Vol: 8 Issue: 3 Pages: 209- 13*

---

**Yazışma adresi:** Uzm. Dr. Gökhan Demiral, Dr. Mithat Süer sok. Hidayet Sitesi C B1 D: 18, Erenköy, Kadıköy, İstanbul

Tel.: (0216) 566 40 00

e-posta: drgokhandemiral@yahoo.com

Alındığı tarih: 10.03.2010 revizyon sonrası alınma: 30.07.2010, kabul tarihi: 09.08.2010, online yayım tarihi: 06.09.2010

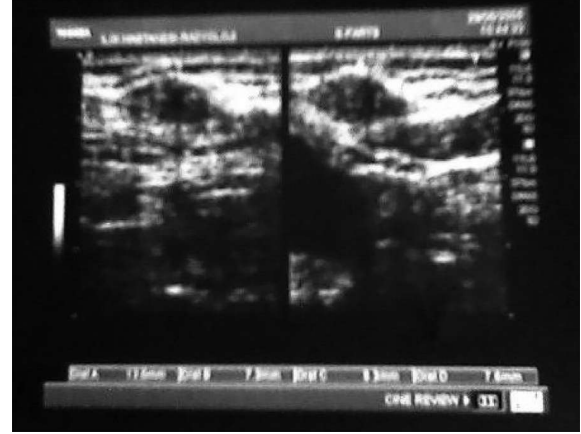
## GİRİŞ

Endometriozis ektopik endometriyal doku ve stromanın uterus dışında görülmesidir. Overler, uterus ligamanları, rektovajinal bileşke ve pelvik periton endometriozisin en sık görüldüğü bölgelerdir<sup>(1)</sup>. Ayrıca akciğer, dalak, barsak, safra kesesi, mide, böbrek, abdominal duvar, ekstremiteler, santral sinir sistemi, spinal kanal, nazal mukoza, meme, serviks, vajina ve vulva gibi ekstra pelvik bölgelerde de nadiren görülebilir<sup>(1)</sup>. Abdominal duvar endometriozisi özellikle sezaryen ameliyatı olmak üzere uterusu yönelik invaziv cerrahi girişimler sonrası gelişir. Endometriozisin semptomları dismenore, infertilite ve adet düzensizlikleri olup adet görmekte olan tüm kadınların % 15’de görülür<sup>(2)</sup>. Abdominal duvar endometriozisinde ise redükte edilemeyen ağrılı kitle en sık görülen semptom olup ağrı genelde siklik ve adet dönemiyle ilişkilidir<sup>(3,4)</sup>. Bu çalışmamızda sezaryen insizyon skarı bölgesinde kitle şikayeti ile başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

## OLGULAR

2004-2009 yılları arasında kliniğimize geçirilmiş sezaryen ameliyatı sonrası karın ön duvarında şişlik ve ağrı şikayetleri ile başvuran ve ameliyat öncesi tetkiklerin ardından uygulanan cerrahi girişimle çıkarılan kitlelerinin patoloji sonuçları abdominal duvar endometriozisi olarak gelen toplam onbir tane olgu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, kitle yerleşim yeri, çıkarılan kitle boyutu, ameliyat öncesi kitleye yönelik yapılan tanısal tetkikler (Resim 1), geçirilmiş sezaryen ameliyat tarihleri ve ön tanıları retrospektif olarak değerlendirildi (Tablo I). Üç

hasta dışında hastaların ağrısı siklik olup özellikle adet dönemlerinde artmakta idi. Bu üç olgunun ultrasonografisinde kitle düzensiz ve hiperekojen yapıda olup lipom olarak rapor edilmişti. Diğer sekiz hastanın USG raporunda kitle düzensiz sınırlı, heterojen yapıda, solid ve hipoekoik karakterde idi.



Şekil 1: USG’de abdominal duvarda endometriozis görüntüsü.

Tüm hastalarda kitleler en az bir cm cerrahi sınır korunacak şekilde total eksizyonla çıkarıldı ve oluşan fasyal defekt prolen dikiş ile primer tamir edildi. Üç olguda fasyal açıklık fazla olduğundan ilave politetrafloretilen mesh ile takviye uygulandı. Dren kullanılmadı. Hastalar patoloji sonuçları ve epikriz ile birlikte ameliyat sonrası birinci gün taburcu edilerek pelvik endometriozis yönünden değerlendirilmek üzere kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine yönlendirildi. Kontrole geldiklerinde altı hastanın tamamında eşlik eden pelvik endometriozis tesbit edilmediği gözlemlendi.

Tablo I: Onbir hastanın retrospektif olarak değerlendirilmesi.

Olgu	Yaş	Lokalizasyon	Kitle boyutu	Semptom başlangıcı	Eski C/S ameliyatları	Pre-op tahmini tanı
1	30	İnsizyon sağ lateral uç	3x2x2 cm	5 yıl	3-8 yıl önce	Endometriozis
2	26	İnsizyon sol lateral uç	3x3x2 cm	3 yıl	4-6 yıl önce	Endometriozis
3	27	İnsizyon sağ lateral uç	4x4x3 cm	2,5 yıl	6 yıl önce	Endometriozis
4	29	İnsizyon sağ lateral uç	3x2x2 cm	1,5 yıl	4 yıl önce	Lipom
5	28	İnsizyon sağ 2/3	4x3x3 cm	1 yıl	3 yıl önce	Endometriozis
6	27	İnsizyon sol lateral uç	3x2x2 cm	2 yıl	4 yıl önce	Endometriozis
7	33	İnsizyon ortası	2x2x2 cm	2 yıl	2-4 yıl önce	Lipom
8	31	İnsizyon sağ lateral uç	4x4x3 cm	4 yıl	2-4-6 yıl önce	Endometriozis
9	26	İnsizyon sol lateral uç	4x2x2 cm	8 ay	2 yıl önce	Lipom
10	23	İnsizyon ortası	3x3x3 cm	1,5 yıl	3 yıl önce	Endometriozis
11	32	İnsizyon sağ 2/3	2x2x1 cm	4 yıl	3-7 yıl önce	Endometriozis

## TARTIŞMA

Endometriozisin oluşum mekanizmasında değişik teoriler vardır. Adet sırasında kan tuba uterinalardan karın boşluğuna dökülür. Lenfatik ve hematojen dolaşım ile hücrelerin farklı doku ve organlara yerleşmesi ve çoğalması, çölemik metaplazi, genetik yatkınlık gibi teoriler olmasına rağmen skar endometriozisinin ameliyat sırasında endometriyal hücrelerin iatrojenik ototransplantasyonu ile oluştuğu kabul edilmektedir<sup>(3,4)</sup>.

Bazı olgularda kitle abdominal fasyayada invaze olduğundan fasyanın çıkartılması zorunludur. Cerrahi skar endometriozisini önlemek için sezaryen veya uterusu yönelik diğer invaziv jinekolojik ameliyatlardan esnasında daha dikkatli olunmalı bununla birlikte diseksiyon alanı kapamadan önce salin solüsyonlar ile temizlenmelidir<sup>(5)</sup>.

Abdominal duvar endometriozisi sezaryen ameliyatları sonrası % 0.03-0.4, histerektomi ameliyatları sonrası ise % 1-2' ye varan sıklıkta görülür<sup>(6,7)</sup>. Ayrıca fallopiyan tüp ameliyatları, apendektomi, epizyotomi, laparoskopik girişimler, amniyosentez ve inguinal herni ameliyatları sonrası da endometriozis görülebilmektedir<sup>(8)</sup>. Değişik yayınlarda semptomların ameliyattan sonraki 3 ay ile 10 yıl içinde başladığı bildirilmiştir<sup>(9)</sup>. Bizim hastalarımızın tamamının özgeçmişinde, dört hastada mükerrer ve bir hastada üçüncü olmak üzere sezaryen ameliyat öyküsü mevcut idi. Ayrıca semptomlar sezaryen ameliyatından 8 ay ile 5 yıl sonra başlamaktaydı.

Abdominal endometrioziste en sık görülen semptom redukte edilemeyen ağırlı kitle olup genelde siklik ve adet dönemiyle ilişkilidir<sup>(4,10)</sup>. Hastalarımızın tamamı önceki ameliyat bölgesinde ele gelen şişlik şikayeti ile başvurmuştu. Ayrıca üç hasta dışında özellikle adet dönemlerinde artan siklik ağrı yakınmaları mevcut idi. Bu hastalarda %25'lere varan sıklıkta pelvik endometriozis de görülebildiğinden anamnezde dismenore, pelvik ağrı ve infertilite sorgulanmalıdır<sup>(11,12)</sup>. Literatüre bakıldığında kitlenin muhtemelen büyüklük ve yerleşim yerine bağlı olarak ağrısız olarak da sıkça karşımıza çıkabileceği görülür<sup>(12)</sup>. Ancak bu seride olgularımızın tümünde görülen kitleler ağrılı idi.

Abdominal duvar endometriozisinin ayırıcı tanıları arasında lipom, hematoma, kist sebace, dikiş granülomu, insizyonel herni, desmoid tümör, sarkom, lenfoma, primer tümörler ve metastatik tümörler yer alır<sup>(3)</sup>. Kitlenin sebep olduğu şikayetlerden dolayı bu hastalar çoğunlukla genel cerrahi polikliniklerine başvururlar. Bir çalışmada 10 hastanın sadece iki tanesinde ameliyat öncesi doğru tanı

konulabildiği bildirilmiştir<sup>(13)</sup>. Blanco ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada inguinal herni, insizyonel herni ve abdominal duvar tümörleri ön tanı olarak düşünülmüştür<sup>(3)</sup>. Bu tür vakaların sık görülmesinin yanında doğru anamnezle birlikte ameliyat öncesi tanı olasılığının artacağını düşünmekteyiz. Bizim çalışmamızda 11 olgunun üç tanesi lipom ön tanısı ile değerlendirilmiş olup diğer hastalarda doğru tanı konulabilmiştir. Lipom ön tanısı ile değerlendirilen hastalarda ağrının adet dönemleriyle ilişkisiz olması dikkat çekicidir.

Bu konuya ilişkin bir metaanaliz olmadığından hangi insizyon veya hangi ameliyatın daha fazla risk taşıdığı tam anlamıyla bilinmemektedir. Bir çalışmada orta hat - median laparotomi sonrası endometriozisin daha fazla oluştuğu söylenmektedir<sup>(14)</sup>. Bir başka çalışmada 2. trimester düşükleri sonrası uygulanan orta hat-median laparotomilerin %2'de endometriozis geliştiği görülmüştür. Abdominal endometriozisleri inceleyen 24 olgulu bir çalışmada 19'nun sezaryen insizyonu (Pfannenstiel) sonrası geliştiği gözlenmiştir<sup>(14)</sup>. Yine bir başka sekiz vakalık çalışmada tüm olgulara sezaryen insizyonu uygulandığı görülmektedir<sup>(2)</sup>. Literatürdeki abdominal endometriozis olguları incelendiğinde daha çok Pfannenstiel insizyonu uygulandığı görülmektedir<sup>(1,6)</sup>. Göbek altı orta hat insizyonlarda abdominal endometriozisin daha az görülmesinin muhtemel bir sebebi diseksiyon alanının küçüklüğüne bağlı olarak dokuların daha kolay temizlenmesi ve daha az kontaminasyonun oluşmasıdır. Ayrıca günümüzde endikasyon kriterlerine uyulmaksızın uygulanan yaygın sezaryen ameliyatlarının da abdominal endometriozislerin Pfannenstiel insizyonlarında daha sık görülmesinde bir başka sebep olabileceğini düşünüyoruz.

USG, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi tetkikler kesin tanıyı vermese de kitle boyutu, yeri, derinliği hakkında yeterli bilgi verirler<sup>(15)</sup>. Endometriozisin ultrasonografik olarak görünümü menstrüel siklusla değişmekle birlikte veziküler hipoeoik kitle şeklindedir. Solid, kistik kitle ayırımında USG' den faydalanılabilir<sup>(15)</sup>. BT kitlenin derinliğini ve cilt altı yapılarla ilişkisini belirlememizde yardımcı olur. MRG kitlenin kas planları ve cilt altı dokularla olan ilişkisini görmemizde daha çok faydalıdır<sup>(16)</sup>. Ancak içerdiği hemosiderin pigmentler nedeniyle büyük kitlelerde çözünürlük kaybı olabilir. Kesin tanı ince iğne aspirasyon biyopsisinde (İİAB) endometriyal doku, endometriyal stroma ve hemosiderin pigmenti

görülmesi ile konulabilir<sup>(5)</sup>. Bununla ilgili yakın tarihli bir çalışmada dört hastanın hiç birinde doğru tanı konulmadığı da bildirilmiştir<sup>(17)</sup>. İnsizyonel biyopsi endometriozisin daha da yayılmasına neden olabileceği için yapılmamalıdır<sup>(3,17)</sup>. Hastalarımızın tümü ameliyat öncesi USG ile değerlendirildi. Dördüncü, yedinci ve dokuzuncu hastada kitle hiperekojen yapıda olup lipom olarak rapor edilmişti. Diğerlerinde düzensiz sınırlı, heterojen yapıda, solid, hipoekoik kitle saptanmıştı. Bu sekiz hastada USG yapıma zamanlarına bakıldığında en fazla ağrının görüldüğü günlerde yani adetli iken yapıldığı, diğer hastalarda ise menstrüel siklusun ortasında yapıldığı gözlemlendi. Kitlenin ameliyat öncesi lipom olarak değerlendirilmesinin USG zamanlaması ile de ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Abdominal endometriozisde çevre 1 cm doku ile yapılan geniş cerrahi eksizyon hala tek etkin tedavi seçeneğidir<sup>(2)</sup>. Pelvik endometriozis de ektoptik endometriyal dokuyu atrofiye etmeye yönelik uygulanan kombine oral kontraseptifler, progestin, danazol, gestinone, GnRH analogları ve anastrozol burada etkili değildir. Sadece semptomların hafifçe azalmasını sağlar ve tedaviye yanıt vermeyen olgularda yine cerrahi uygulanır<sup>(18)</sup>. Rekürrens gelişebileceğinden dolayı bu hastalar takip altında olmalıdır. Ayrıca insizyon planı kapatılmadan önce diseksiyon alanı salin solüsyonlar ile temizlenmelidir. Rekürrens durumunda reeksizyon uygulanmakta olup yüksek malignite olasılığı unutulmamalıdır<sup>(19)</sup>.

Ameliyat sonrası dönemde bu hastaları kadın doğum polikliniğine yönlendirmek her zaman gerekli değildir. Ancak infertil ve pelvik endometriozise ait diğer semptomların gözlemlendiği hastalar cerrahi sonrası mutlaka kontrole gönderilmelidir<sup>(6)</sup>.

Sonuç olarak batın ön duvarında kitle ile başvuran kadın hastalarda geçirilmiş jinekolojik ameliyatlara iyi sorgulanmalı ve ayırıcı tanıları arasında mutlaka endometriozis düşünülmelidir. Diğer ayırıcı tanıları da mutlaka gözden geçirilmelidir. Tanı için detaylı bir anamnez ve USG ile değerlendirme çok önemlidir. Tomografi gibi ileri düzey görüntüleme yöntemleri ve İİAB gibi işlemler de tanıya yardımcı olabilir ancak bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Medikal tedavi etkin olmadığından geniş cerrahi eksizyon uygulanmalı ve rekürrens ihtimali olduğundan hastalar periyodik kontrole çağrılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Chun JT, Nelson HS, Maull KI. Endometriosis of the abdominal wall. *Southern Medical Journal* 1990; 83: 1491- 2.
2. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriosis: Report of eight cases. *Am Surg* 1999; 65: 36- 9.
3. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185: 596- 8.
4. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report. *The American Surgeon*. 1995; 61: 962- 3.
5. Kocakuşak A, Arpınar E, Arıkan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: A diagnostic dilemma for surgeons. *Med Princ Pract* 2005; 14: 434- 7.
6. Singh KK, Lessels AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: A 10 year experience. *Br J Surg* 1995; 82: 1349- 51.
7. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incision endometriomas. *Am Surg* 1994; 60: 259- 61.
8. Thylan S. Re: Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: A case report. *Am Surg* 1996; 62: 617.
9. Goel P, Sood SS, Dalal A. Cesarean scar endometriosis-Report of two cases. *Indian J Med Sci* 2005; 59: 495- 8.
10. Cerçi SS, Cerçi C, Balcı TA, Kömek H, Kılınç N. Abdominal wall endometriosis imaged with sintigraphy: report of a case. *S.D.Ü. Tıp Fak Derg* 2005; 12: 57- 60.
11. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KCl. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: Case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1998; 40: 672- 5.
12. Bachir JS, Bachir NM. Scar endometrioma: Awareness and prevention. *WMJ* 2002; 101: 46- 9.
13. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000; 190: 404- 7.
14. Koger KE, Shatney CH, Hodge K. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 177: 243- 6.
15. Roberge RJ, Kantor WJ, Scorza L. Rectus abdominus endometrioma. *Am J Emerg Med* 1999;17:675-7.
16. Bis KG, Vrachliotis TG, Agrawal R, Shetty AN, Maximovich A, Hricak H. Pelvic endometriosis: MR imaging spectrum with laparoscopic correlation and diagnostic pitfalls. *Radiographics* 1997; 17: 639- 55.
17. Dwivedi AJ, Agarwal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002; 47: 456- 61.
18. Rivlin ME, Das SK, Patel RB, Meeks GR. Leuprolide acetate in the management of ceseraen scar endometriosis. *Obstet*

- Gynecol 1995; 85: 838- 9.
19. Wasfie T, Gomez E, Seon S. Abdominal wall endometrioma after ceseraen section: a preventable complication. Int Surg 2002; 87: 175- 7.