

Pelvik Endometriozisi Olmayan Asemptomatik Bir Hastanın Sezaryen Skarında Endometriyotik Nodül

Gazi YILDIRIM^{a1}, Yücel İNAN¹, Nil ÇOMUNOĞLU², Rukset ATTAR¹, Nilüfer ÇETİNKAYA¹,
Canan YILMAZ¹, Narter YEŞİLDAĞLAR¹, Ateş KARATEKE¹, Cem FİÇİCIOĞLU¹

¹Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum A.D., İSTANBUL, Türkiye

²Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Patoloji A.D., İSTANBUL, Türkiye

ÖZET

Endometriosis tam olarak anlaşılammış bir hastalıktır. Sıklıkla pelvik bölgede lökalezdir, fakat endometriozisin görüldüğü yerler, özellikle ekstrapelvik yerleşimli olanlarda, oldukça değişkendir. Bu durum tanıyı güçleştirir ve tedavinin gecikmesine neden olur. Zaman zaman ekstrapelvik yerleşimli endometriozise rastlanır. Biz burada, sezaryen skarında gelişen bir endometriyozis vakası sunduk ve bu hastalığın fizyopatolojisine tekrar dikkat çekmek istedik.

Anahtar Sözcükler: Endometriyozis, ekstrapelvik endometriyozis, skar endometriyozisi

ABSTRACT

Cesarean Scar Endometriosis in an Asymptomatic Patient who has not Pelvic Endometriosis

Endometriosis is still a poorly understood disease. Endometriosis is frequently seen within pelvic region. But, its presentation is highly variable, particularly in extragenital sites, making diagnosis difficult and potentially delaying treatment. Sometimes extrapelvic endometriosis can be seen. We presented a cesarean scar endometriosis case and with this case report discussed pathophysiology of the disease.

Key words: Endometriosis, extrapelvic endometriosis, scar endometriosis

Endometriosis yaygın bir jinekolojik problemdir. Hastalık oldukça net olarak tariflenmesine karşın, etyolojisi ve patofizyolojisi hakkında bilinenler hala sınırlıdır. Endometriosis, endometrial gland ve stromanın uterin kavite dışında görülmesine denir (1).

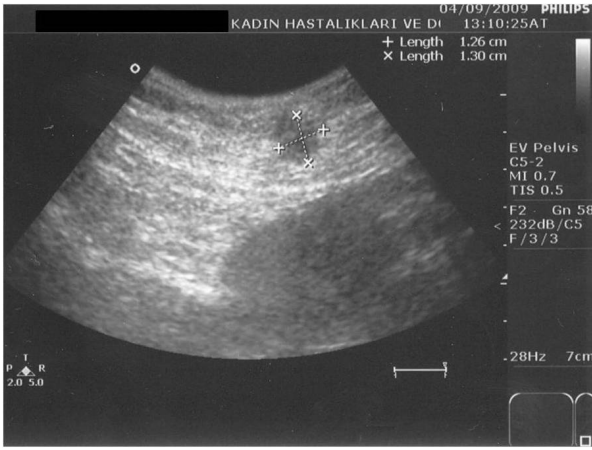
Endometriyozis ile ilgili literatür oldukça geniştir. Bütün yoğun ve pahalı çalışmalara rağmen doğası hala tamamiyla anlaşılammış olan bu hastalık jinekologların ilgisini her zaman çekecek gibi gözükmektedir. Çoğunlukla pelvik bölgede ve jinekolojik dokularda (over, tüp, broad ligament üzerinde) görülmesine karşın pelvik ekstrapelvik organlarda (kolon, rektum, mesane, appendiks) veya ekstrapelvik sahalarda da izlenebilir. Ekstrapelvik olarak endometriyozis, gözde, böbreklerde, böbreküstü bezlerde, akciğerde, barsaklarda, umbilikusda, merkezi sinir sisteminde, diyaframda, safra kesesinde, kalpde, karaciğerde, biceps kasında, kemikte, periferik sinirlerde ve ciltte bulunabilir (2). Kutanöz endometriyozisin en sık görüldüğü yer umbilikus ve sezaryen skarlarıdır.

Pelvik endometriyozis öyküsü olmayan, jinekolojik muayene ve TV-USG bulguları tamamen normal olan ve sezaryen skarında endometriyotik nodül saptanan bir vaka sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

C.Y., 25 yaşında, G1P1Y1 (2004 yılında sezaryen) olan hasta özellikle son 6 aydır belirginleşen sezaryen skarında ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın adetleri düzenli ve ağrısız idi. Ağrının adet dönemlerinde daha şiddetlendiğini ifade eden hasta yine adet dönemlerinde karında ön duvarındaki skar dokusu üzerinde belirginleşen şişkinlikten yakınmaktaydı. Jinekolojik muayenesinde patolojik bulgu yoktu. Karın ön duvarında pfanneinstiel insizyon hattı incelendiğinde sol yarısı üzerinde palpasyonla ele gelen 2x2x3 cm boyutlarında sert ve kısmen mobil kitle saptandı. Yapılan transabdominal ultrasonografik incelemesinde cilt altında lokalize batın içi ile ilişkisi olmayan, fasya üzerinde 2x3x3 cm hipoeoik kist imajı izlendi (Resim 1). Hastada insizyon hattında ektopik endometriyotik odak düşünülerek sedasyon altında, steril koşullara uyularak 1.5 cm'lik cilt insizyonu ile, kitle geniş olarak eksize edildi (Resim 2) ve patolojik inceleme için gönderildi. Hasta şifa ile taburcu edildi. Patoloji raporu endometriyozis (Resim 3, 4) ile uyumlu geldi. Postoperatif birinci ayındaki kontrolde hastanın muayenesi tamamen normaldi ve herhangi bir yakınması yoktu.

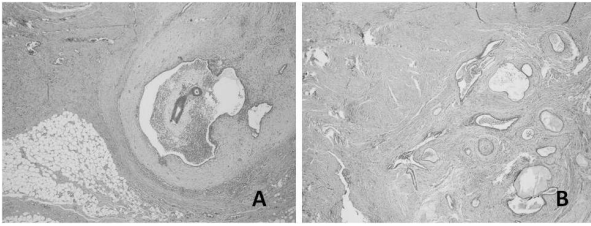
^a Yazışma Adresi: Dr. Gazi YILDIRIM, Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın hastalıkları ve Doğum A.D., İSTANBUL, Türkiye
Tel: +90 532 4301513
e-mail: gaziildirim@gmail.com



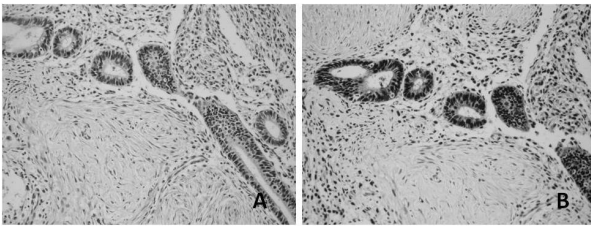
Resim 1. Abdominal ultrasonografide cilt altı nodülün görünümü.



Resim 2. Peroperatif görünüm.



Resim 3. Patolojik görünüm. A: Yağ dokusu içinde endometrial glandlar ve stroma (H&Ex40), B: Dökülme bulguları gösteren endometrial glandlar (H&Ex200).



Resim 4. Patolojik görünüm. A: Endometrial glandlarda östrojen pozitifliği. (Östrojenx200), B: Endometrial glandlarda progesteron pozitifliği. (Progesteronx200).

TARTIŞMA

Klasik olarak endometriyozis endometriyotik gland ve stromanın uterin kavite dışında olmasına denir (2). Endometriyozis patogenezi oldukça tartışmalıdır. Geliştirilen beş ana teori vardır. Bunlar; çöломik metaplazi, hematojen ve lenfatik yayılım, retrograd menstrüasyon, indüksiyon teorisi

ve embriyonik kalıntı hücreleri teorileridir. Ekstrapelvik endometriyozis, çöломik metaplazi, hematojen ve lenfatik yayılım, embriyonik kalıntı hücreleri teorileri ile ilişkili gibi gözükmektedir. Ekstrapelvik endometriyozis, gözde, böbreküstü bezlerde, akciğerde, barsaklarda, umbilikusta, merkezi sinir sisteminde, diyaframda, böbreklerde, safra kesesinde, kalpde, karaciğerde, biceps kasında, kemikte, periferik sinirlerde, appendiksde ve ciltte görülebilir.

İlginç olan bir tip de sezaryen skarında endometriyotik nodül oluşmasıdır. Sıklıkla skar dokusu üzerinde gelişmesine rağmen amniyosentez veya laparoskopik trokar hatlarında spontan olarak da oluşabilir (3). Skar endometriyozisi patogenezi için yaygın olarak kabul gören teoriler direkt yayılım, implantasyon, vasküler/lenfatik yayılım teorileridir (4). Bunlardan en pratik ve popüler olanı cerrahi sırasında yara bölgesine direkt endometriyal dokunun implante olup hormonal etki ile proliferasyon olmasıdır (5). Biz burada, son birkaç aydır adetleri ile skar hattında büyüyen kitlesi ve ağrısı olan ve şimdiki kadar yakınına olmayan bir hastada sezaryen skar endometriyozisini sunduk.

Skar dokusu etrafında endometriyozis sıklığı çeşitli yayınlarda %0.03 ile %0.08 arasında değişmektedir. (6). Menstrüel siklusla eş zamanlı periyodik ağrı ve şişkinlik gibi spesifik belirtileri olmasına rağmen tanı koymak çok güç olabilir. Skar endometriyozisinin menstrüel siklusla ilişkisi olmayan sadece abdominal bir kitle şikayeti ile karşımıza çıkması nadir değildir (7). Bu nedenle lipom, apse, hematoma, insizyonel herni, granülom, abdominal duvar yumuşak doku tümörleri gibi diğer karın ön duvarı kitlelerinden ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır (5, 8, 9).

Abdominal duvar endometriyozisi ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi (BT) veya magnetik rezonans görüntüleme (MRI) ile görüntülenebilir, ancak BT veya ultrasonografide patognomonik bir görüntü yoktur. Görüntü menstrüel siklusun gününe, stromal ve glandüler elemanların oranına, kanamanın miktarına ve çevre dokudaki inflamatuvar cevaba bağlı olarak değişebilir. Kitle solid, kistik veya hem solid hem kistik olarak görüntülenebilir. Tanıda zorlanılan vakalarda çevre dokulardan yeni ve eski kanama alanlarını ayırt edebilen MRI yardımcı olabilir (10). İnce iğne biyopsisi tanıda yardımcıdır ancak çoğunlukla kesin tanı için cerrahi eksizyon materyalinin histopatolojik incelemesi gereklidir (8).

Seçilecek tedavi mutlaka çevre normal dokuyu içeren geniş cerrahi eksizyon olmalıdır. Eksize edilmemiş skar endometriyozis zemininde gelişmiş endometriyal adenokarsinom vakası rapor edilmiştir (9). Cerrahi yapılırken geniş bir doku çıkarılacağından geride kalan sahada iyileşme sonrası çöküklük oluşmaması için cerrahi tekniğe dikkat edilmeli ve kitle çıkarıldıktan sonra kalan boşluk çevre yağ dokuları birbirine yanaştırılarak doldurulmalıdır. Bu vakada biz 1.5 cm'lik skar yerinden cilt insizyonu yaptık ve dokuyu babcock klamp ile tespit ederek geniş bir şekilde eksize ettik. Geride kalan geniş boşluğu ise 3/0 vicryl sütürler ile yağ dokusunu tabaka tabak biraraya getirerek kapattık.

Cerrahi tedaviler öncesinde medikal destek önerilebilir. Nonsteroid antiinflamatuvar (NSAİ), oral kontraseptifler, GnRH analogları ile hastaların %80-85 inde semptomatik iyileşme sağlanmıştır. Ancak bu tedavilerin kesilmesi ile rekürrens sıklıkla görülmektedir. Cerrahi eksizyonu takiben adjuvan tedavi önerilebilmektedir (5). Biz de hastamıza 6 -12 ay süre ile oral kontraseptif kullanmasını önerdik.

Önemli olan her hastalık gibi burdaki patolojide de korunmadır. Skar dokusunda endometriyotik odak gelişimini önlemek için operasyon sırasında endometriyal kaviteyi temizlemek için kullanılan tamponların yara yeri ile teması en aza indirilmeli, hızlı bir şekilde operasyon alanından uzaklaştırılmalı, uterusu kapatmak için kullanılan sütür materyali yara

yerini sütüre etmek için kullanılmamalı ve yara yeri kapatılmadan önce bol miktarda salin solusyonu ile yıkanmalıdır. Cerrahi sırasında dikkatli olunmalı ve endometrial yayılıma imkan verilmemelidir. Skar endometriozisin tedavisi cerrahi ile lokal eksizyondur. Medikal tedavi ek olarak önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Nezhat F, Shamshirsaz A, Yildirim G. Pelvic Pain, Endometriosis, and the Role of the Gynecologist. In: Altcheck A & Deligdisch L eds. Pediatric, Adolescent and Young Adult Gynecology. 1st ed. New Jersey: Wiley-Blackwell, 2009: 174-194.
2. Rehman J, Yildirim G, Khan SA, Chughtai B, Nezhat F. A case of successful laparoscopic resection of adrenal gland endometriosis. Fertil Steril. 2008 Nov; 90: 2015.
3. Gaunt A, Heard G, McKain ES, Stephenson BM. Caesarean scar endometrioma. Lancet 2004; 364: 368-369.
4. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003 Jun; 185: 596-598.
5. Teng CC, Yang HM, Chen KF, Yang CJ, Chen LS, Kuo CL. Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. Taiwan J Obstet Gynecol 2008; 47: 42-48.
6. Kaplan O, Abramov L, Holim K. Abdominal wall endometriosis imitating incisional hernia. Akush Ginekol 2000; 39: 50-51
7. Kocakusak A, Arpınar E, Arıkan S, Demirbag N, Tarlacı A, Kabaca C. Abdominal Wall Endometriosis: A Diagnostic Dilemma for Surgeons. Med Princ Pract 2005; 14: 434-437.
8. Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. Int J Gynecol Obstet 2005; 89: 59-60.
9. 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: 207-212.
10. Coley BD, Casola G. Incisional Endometrioma Involving the Rectus Abdominis Muscle and Subcutaneous Tissues: CT appearance. Am J Roent 1993; 160: 549-550.

Kabul Tarihi: 05.03.2010