

Karın Duvarı Endometriozisi: Vaka Serisi ve Literatür Derlemesi**Abdominal Wall Endometriosis: Case Series and Review of the Literature**

Oğuzhan KURU

Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

ÖZ

Amaç: Karın duvarı endometriozisinin klinik ve patolojik özelliklerini belirlemek ve literatürü gözden geçirmek.

Gereç ve Yöntemler: 2014 ve 2017 yılları arasında kliniğimizde tanı konulup cerrahi müdahale yapılan 9 hastalık vaka serisini gözden geçirdik.

Bulgular: Hastalardan biri hariç hepsinde sezaryan doğum öyküsü vardı. Hastaların çoğunda (7/9, %77.7) insizyon altında siklik ağrı şikayeti mevcuttu. Tüm hastalarda lezyonun geniş eksizyonu yapıldı. Endometriotik lezyonların patoloji ile ortalama çapı 4 cm bulundu. 20 ay medyan takip süresince (4-48 ay) hiçbir hastada nüks görülmedi.

Sonuç: Öykü ve sonografik incelemeye dayanarak, karın duvarı endometriozisini teşhis etmek güvenilirdir. Geniş eksizyon, iyileştirici bir tedavidir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, skar, karın duvarı

ABSTRACT

Aim: To determine the clinico-pathological features of the abdominal wall endometriosis and review of the literature.

Material And Methods: We documented a case series of 9 patients who were diagnosed and underwent surgical management for abdominal wall endometriosis at our clinic between 2014 and 2017.

Results: All but one of the patients had a history of cesarean section. Most of the patients (7/9, %77.7) had cyclical pain under the incision. Wide excision of the lesion was performed in all patients. After pathological examination, mean diameter of the endometriotic lesions was 4 cm. Median follow-up was 20 months (4-48 months, range) and none of the patients relapsed during this period.

Conclusion: Based on history and sonographic examination, it is reliable to diagnose abdominal wall endometriosis. Wide excision is a curative treatment.

Keywords: Endometriosis, scar, abdominal wall

GİRİŞ

Endometriozis, endometriyal stroma ve bezlerin uterin kavite dışında olması olarak tanımlanan kronik bir hastalıktır (1). Lezyonların tipik konumu pelvistir, ama karın içi ve dışı dahil olmak üzere birçok yerde oluşabilir. Karın duvarı endometriozisi (KDE), pelvis dışı endometriozise bir örnektir (1). Çoğunlukla jinekolojik veya obstetrik cerrahi sonrası ortaya çıkar. Fakat cerrahi geçmişi olmayan nadir vakalar da tanımlanmıştır (2,3). Bu vakalarda öne sürülen teori, lenfatik veya vasküler yayılımdır (2). Skar endometriozisi hakkında ise en çok kabul gören teori, endometriyal hücrelerin karın skarına iyatrojenik ekimi ve hormonal etki ile endometriyal hücrelerin çoğalıp semptomlara neden olmasıdır. En sık belirtiler, insizyon altında şişlik ve siklik ağrıdır.

Hacettepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'nde yönetilen dokuz vakalık KDE serimizi literatür bilgisi eşliğinde derledik.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Kliniğimizde Aralık 2014 ve Mayıs 2017 tarihleri arasında 9 hastaya KDE tanısı

konulup cerrahi tedavi uygulandı. Yazılı bilgilendirilmiş onam tüm hastalardan alındı. Hastanın tanı anındaki yaşı, paritesi, önceki aldığı medikal tedaviler, cerrahi öyküsü, başvuru şikayeti hasta dosyasından; kliniğimizde yapılan cerrahinin şekli ve lezyonun uzandığı doku katları ise cerrahi notundan elde edildi.

Anamnez alındıktan sonra hastalara pelvik muayene ve transvajinal ultrasonografi (TVUSG) uygulandı. KDE tanısını desteklemek için ayrıca 4 hastaya Radyoloji bölümünde cilt-cilt altı yüzeysel USG yapıldı.

Bütün hastalara genel anestezi altında cerrahi işlem uygulandı. Her vakada, çevre dokudan en az 2 cm temiz cerrahi sınır elde edilecek şekilde geniş eksizyon yapıldı ve kesin tanı patolojik inceleme ile doğrulandı. Lezyonun boyutu olarak, patoloji raporundan elde edilen bilgi esas alındı. Hastalar ameliyat sonrası 2. hafta yara yeri için kontrole çağrıldı. Sonrasındaki ilk kontrol 3 ay sonra olmakla birlikte, 6 ayda bir kontrol planlandı.

SONUÇLAR

Hastaların ortalama yaşı 34.8 (32-41 yıl) idi. Bir hastada laparoskopik over

Yazışma Adresi/Correspondence Address:
Kazımdirik Mah. 170. Sok. No:14 Bornova /İzmir
E-mail: droguzhankuru@yahoo.com
Tel: 0505 407 68 68

Geliş tarihi : 29/12/2017
Kabul tarihi : 02/07/2018

kistektomi öyküsü, geri kalan tüm hastalarda ise sezaryen doğum öyküsü vardı. İlk ameliyat ile şikayetlerin ortaya çıkma süresi ortalama 14 ay (4-24 ay) idi. İki hastanın şikayeti ele gelen kitle iken geri kalan 7 hastada esas şikayet, insizyon skarı altında siklik ağrı idi. Siklik ağrı şikayeti olan bir hasta kliniğimize başvurmadan önce, 8 ay boyunca aralıksız kullandığı oral kontraseptif tedaviden fayda görmemişti. Diğer hastalarda ise ameliyat öncesi hormonal tedavi öyküsü bulunmamaktaydı.

KDE şüphesi olan 4 hastada tanı ultrasonografik (cilt-ciltaltı) olarak desteklendi, geri kalan 5 hastada ise tanı klinik olarak konuldu. Hastaların %11'inde (1/9) TVUSG'de endometrioma ile uyumlu görünüm mevcuttu. Yüzeysel USG istenen 4 hastanın hepsinde hipoeoik, iyi sınırlı lezyon saptandı.

Tüm hastalarda geniş lokal eksizyon uygulandı. Ektopik endometriotik doku 7 hastada cilt altı dokusunda saptandı. Bunlardan 3'ünde lezyon fasyadan ayrı izlendi, ancak 4 hastada endometriotik doku beraber tutulu olduğu rektus fasyası ile beraber çıkarıldı. Kalan 2 hastada ise (bu hastalardan biri laparoskopik kistektomi olan hasta idi), endometriotik doku invaze ettiği rektus kası ile beraber çıkarıldı. Endometriotik lezyonların ortalama çapı 4 cm (2-5.5 cm) bulundu.

Postop dönemde hiçbir hastaya medikal tedavi verilmedi. Medyan takip süresi 20 ay (4-48 ay) olan çalışma grubunda hiçbir hastada rekürrens saptanmadı. Hastaların klinik özellikleri ve takip ile ilgili bilgileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Karın duvarı endometriozisi; tümör, abse, granülom ve fıtık ile karışabilen, eski ameliyat skarında ağrılı nodül içeren endometriozisin özel bir türüdür (4,5). Skar endometriozisi; en sık sezaryen, histerektomi ve laparotomi sonrası ortaya çıkar. Ama uterus, tüpler ve overlerin laparoskopik ameliyatları sonrasında da görülebilir (4-7). Epizyotomi sonrasında skar endometriozisi de nadir olarak bildirilmiştir (8). Literatür ile uyum olarak, hastalarımızın çoğunda (8/9) sezaryen ile doğum öyküsü vardı.

Endometriozisin patogenezi karmaşıktır. Endometriotik hücrelerin insizyona cerrahi sırasında ekildiğine inanılır ve bu hücreler her döngüde östrojen tarafından uyanılır. Östrojen uyarısı ekilen endometriotik hücrelerin aktive

olmasına ve genişlemesine yol açar (9).

Hastaların semptomatik hale gelmesi birkaç ay ile birkaç yıl arasında olabilir. Çoğu hastada cerrahi yaranın altında menstruasyon ile siklik ağrı şikayeti mevcuttur (10). Skar endometriozisi tanısından bu belirtiler ile şüphelenilir. Bizim hastalarımızın çoğunda (7/9, %77.7) da insizyon altında siklik ağrı şikayeti mevcuttu. Non-invaziv incelemeler tanıya yardımcıdır. Görüntüleme teknikleri arasında, ultrason en güvenilir, erişilebilir ve maliyet etkin bir tekniktir (11). Skar endometriozisi ultrasonda hipoeoik, heterojen solid kitle olarak görünür. Preoperatif ultrason değerlendirmesinin istendiği 4 hastamızın hepsinde hipoeoik lezyon tesbit edildi. Tanıda eğer şüphe varsa Bilgisayarlı Tomografi veya Manyetik Rezonans Görüntüleme de kullanılabilir, ancak nadiren gerekir. Ayrıca ince iğne aspirasyon sitolojisi (İİAS) özellikle tanıda belirsizlik olan durumlarda uygulanabilecek kolay ve maliyet etkin bir yöntemdir (12). Vellido-Cotelo ve ark.'ın çalışmasında, %52 hastada KDE tanısı, ameliyattan önce İİAS ile belirlenmiş ve bu hastaların birinde de tedavi yönetimini değiştiren kanser tanısı konmuştur (13). Eğer İİAS kullanılacaksa insizyonel fıtık ekarte edilmelidir (5).

İlginç olarak, Horton ve ark.'ın çalışmasında, KDE olan hastaların sadece %13'ünde, genel nüfusa benzer şekilde, endometrioma saptandı (6). Bizim serimizde de literatürle benzer şekilde, KDE hastalarının %11'inde (1/9) endometrioma tespit edildi. Yani endometrioması olmayan hastalarda da KDE tanısı akılda tutulmalıdır.

Geniş lokal eksizyon kabul edilen tedavi yöntemidir. Yeterli cerrahi sınır ile, nüks oranı oldukça düşüktür. Farklı çalışmalar, farklı nüks oranları (0%-7.8%) göstermiştir (6,14). Ancak, Yela ve ark., pozitif cerrahi sınır olan hastalarda 36.1% kadar yüksek hastalık rekürrensi bildirmiştir (15). Bu nedenle geniş bir sınır ile şüpheli lezyonun rezeksiyonu önemlidir. Hormon baskılayıcı ajanlar ile medikal tedavi alternatif bir tedavi yöntemidir. Fakat bu tedavi geçici olarak semptomları azaltır ve başarı oranı düşüktür. KDE olan hastalar rekürrens riski nedeniyle takip edilmelidir. Eğer nüks tespit edilirse yeniden cerrahi rezeksiyon yapılmalıdır. Bizim serimizdeki hastaların hiçbirinde hastalık tekrarlamadı.

Sonuç olarak, hastanın öyküsü ve sonografik incelemeye dayanarak, karın duvarı endometriozisini teşhis etmek güvenilirdir. Geniş eksizyon, iyileştirici bir tedavidir.

Tablo 1: Karın duvarı endometriozisi olgularının özellikleri

	Yaş	C/S Öyküsü/Sayısı	Süre * (ay)	Öykü#	Lezyon Çapı (cm)	Siklik Ağrı	Lokalizasyon	Rekürrens
Olgu 1	37	Var/1	4	Yok	5	Var	Cilt altı-rektus fasyası	Yok
Olgu 2	34	Var/2	12	Var	3	Var	Cilt altı	Yok
Olgu 3	30	Var/2	16	Yok	5.5	Yok	Cilt altı	Yok
Olgu 4	41	Var/2	14	Yok	5.5	Var	Cilt altı-rektus fasyası	Yok
Olgu 5	30	Var/1	24	Yok	5.0	Var	Cilt altı-rektus fasyası	Yok
Olgu 6	41	Yok	16	Yok	3.0	Var	Cilt altı-rektus fasyası-rektus kası	Yok
Olgu 7	35	Var/2	16	Yok	3.5	Var	Cilt altı	Yok
Olgu 8	33	Var/2	12	Yok	2.0	Yok	Cilt altı-rektus fasyası-rektus kası	Yok
Olgu 9	32	Var/2	12	Yok	3.5	Var	Cilt altı-rektus fasyası	Yok

*: İlk operasyon sonrası şikayetlerin ortaya çıkma süresi

#: Medikal tedavi öyküsü

Kısaltmalar:

C/S: Sezaryen Doğum

REFERANSLAR

1. Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR. Risk Factors, Clinical Presentation, and Outcomes for Abdominal Wall Endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2017;24:478-84.
2. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg.* 2003;20(3):246-8.
3. Tomas E, Martin A, Garfia C, Sanchez Gomez F, Morillas JD, Castellano Tortajada G, ve ark. Abdominal wall endometriosis in absence of previous surgery. *J Ultrasound Med.* 1999 May;18(5):373-4.
4. Ozel L, Sagiroglu J, Unal A, Unal E, Gunes P, Baskent E, ve ark. Abdominal wall endometriosis in the cesarean section surgical scar: a potential diagnostic pitfall. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(3):526-30.
5. Mistrangelo M, Gilbo N, Cassoni P, Micalef S, Faletti R, Miglietta C, ve ark. Surgical scar endometriosis. *Surg Today.* 2014;44(4):767-72.
6. 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(2):207-12.
7. Zhang J, Liu X. Clinicopathological features of endometriosis in abdominal wall--clinical analysis of 151 cases. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2016;43(3):379-83.
8. Marquez J, Marquez JC, Arraztoa JA, Perez G, Espinoza A. [Extrapelvic endometriosis involving the perineum]. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 1995;60(1):1-4.
9. Sasson IE, Taylor HS. Stem cells and the pathogenesis of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1127:106-15.
10. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, ve ark. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg.* 1995;82(10):1349-51.
11. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006;186(3):616-20.
12. Medeiros F, Cavalcante DI, Medeiros MA, Eleuterio J, Jr. Fine-needle aspiration cytology of scar endometriosis: study of seven cases and literature review. *Diagn Cytopathol.* 2011;39(1):18-21.
13. Vellido-Cotelo R, Munoz-Gonzalez JL, Oliver-Perez MR, de la Hera-Lazaro C, Almansa-Gonzalez C, Perez-Sagaseta C, ve ark. Endometriosis node in gynaecologic scars: a study of 17 patients and the diagnostic considerations in clinical experience in tertiary care center. *BMC Womens Health.* 2015;15:13.
14. Ucar MG, Sanlikan F, Gocmen A. Surgical Treatment of Scar Endometriosis Following Cesarean Section, a Series of 12 Cases. *Indian J Surg.* 2015;77(Suppl 2):682-6.
15. Yela DA, Trigo L, Benetti-Pinto CL. Evaluation of cases of abdominal wall endometriosis at Universidade Estadual de Campinas in a period of 10 years. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2017;39:403-407.