

KARIN DUVARI ENDOMETRİOZİSİ: OLGU SUNUMU

Abdominal Wall Endometriosis; A Case Report

Ergin Arslan¹, Sevinç Şahin², Emel Kıyak Çağlayan³, Halil İbrahim Serin⁴, Kasım Çağlayan¹, Faruk Önder Aytekin¹, Selda Seçkin²

ÖZET

Endometriozis fonksiyonel endometrial dokunun uterusin kavite dışında yerleşmesidir. Daha sık pelvik bölgede görülür fakat bazen karın duvarı, barsaklar, abdominal skarlarda da bulunabilir. Kliniğimizde karın duvarında kitle nedeni ile opere edilen ve endometriozis tanısı alan 30 yaşındaki hastayı sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: *Karın duvarı; Endometriozis; Tanı*

ABSTRACT

Endometriosis is the presence of functional endometrial tissue outside the uterine cavity. It occurs most often in the pelvic area but sometimes it is detected in the abdominal wall, intestine and abdominal scars. Here, we present 30 years old patient who was operated for the mass in the abdominal wall at our clinic and diagnosed as endometriosis.

Keywords: *Abdominal wall; Endometriosis; Diagnosis*

¹Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Yozgat

²Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Patoloji Anabilim Dalı, Yozgat

³Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum
Anabilim Dalı, Yozgat

⁴Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Radyoloji Anabilim Dalı, Yozgat

Ergin Arslan, Yrd. Doç. Dr.
Sevinç Şahin, Yrd. Doç. Dr.
Emel Kıyak Çağlayan, Yrd. Doç. Dr.
Halil İbrahim Serin, Yrd. Doç. Dr.
Kasım Çağlayan, Doç. Dr.
Faruk Önder Aytekin, Prof. Dr.
Selda Seçkin, Prof. Dr.

İletişim:

Dr. Ergin Arslan
Bozok Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı Yozgat
Tel: 0354 212 62 01
e-mail:
ergnrsln@hotmail.com

Geliş tarihi/Received:24.10.2013
Kabul tarihi/Accepted:25.04.2014

Bozok Tıp Derg 2014,4(2):81-3
Bozok Med J 2014;4(2):81-3

GİRİŞ

Endometriozis fonksiyonel endometrial dokunun uterin kavite dışında yerleşmesidir. Dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı ve infertiliteye neden olabilir. En sık olarak pelviste (overler, periton, uterusakral ligamanlar, douglas ve rektovaginal septum) bulunur. Pelvis dışı endometriozis nadir olmakla birlikte vücudun birçok dokusunda ve hemen hemen her organda bulunabilir. Rektus abdominalis kasına yerleşen endometriozis ise çok nadir görülmektedir (1). Sıklıkla cerrahi öyküsü bulunan olgular menstruasyon sırasında ağrı ile büyüyen abdominal kitle ile başvurur. Bu vaka sunumunda sezaryen öyküsü olan ve eski sezaryen insizyonundan ilişkisiz rektus abdominalis kasında lokalize endometriozis olgusunu irdeledik.

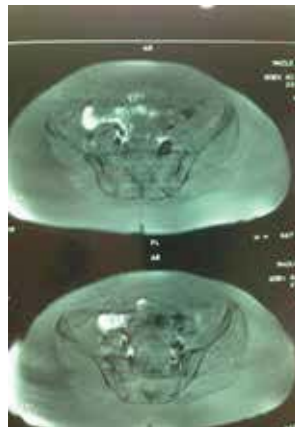
OLGU SUNUMU

Otuz yaşında kadın hasta phannenstiel kesi skarının 4 cm yukarısında, orta hatta ağrılı kitle şikayeti ile başvurdu. Altı yıl önce sezaryen ile doğum yapmış olan hastanın öyküsünden kitleyi 4 aydır fark ettiğini, kitlenin zamanla büyüdüğünü ve kitle üzerindeki ağrının menstruasyon ile ilişkili olduğunu öğrendik. Fizik muayenede göbeğin yaklaşık 4 cm altında ve orta hattın 2 cm uzaklıkta 4x3x2 cm büyüklüğünde kitle palpe edildi. Hastanın jinekolojik muayenesinde uterus ve overler doğal saptandı. Yüzeysel ultrasonografide 36x33x15 mm

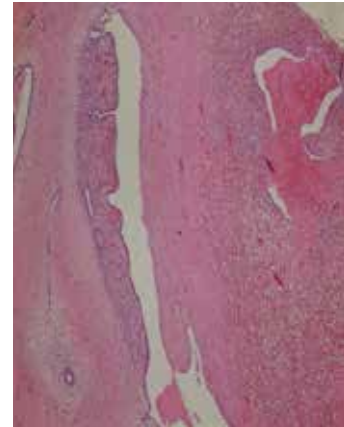
ölçülerinde rektus fasiası altında lokalize heterojen görümlü solid kitle izlendi (Resim-1). Magnetik rezonans görüntüleme incelemesinde rektus kası içerisinde lokalize 11x7 mm boyutlarında T1A serilerde izo-hafif hipointens, T2A serilerde hiperintens nodüler lezyon saptandı (Resim-2). Hastanın öyküsü, klinik muayene ve görüntüleme yöntemlerinden elde edilen bulgular sonucunda endometriozis ön tanısı ile kitlenin eksizyonu planlandı. Genel anestezi altında göbek altı median insizyonla kitleye ulaşıldı. Peroperatif orta hat sağ tarafta rektus kası ve arka kılıfını içeren, sınırları düzensiz 5x4 cm lik kitle tespit edildi. Kitle çevresinde yaklaşık 1 cm lik sağlam doku ile birlikte total olarak eksize edildi ve operasyon sonlandırıldı. Hasta ameliyat sonrası ikinci günde şifa ile taburcu edildi. Makroskopik olarak, operasyon materyali 7x5.5x3 cm ölçülerinde kahverenkli düzensiz doku parçası idi. Kesitlerinde yaklaşık 3.5 cm çapında nispeten düzgün sınırlı kanama odakları içeren beyaz renkli alan görüldü. Mikroskopik olarak kesitlerde yoğun kollojenize fibröz bağ dokuda endometrial glandlar ve stromal hücreler görüldü. Endometrial glandların bir kısmı genişleyip kistik hal almıştı ve lümenleri kanla dolu idi. Çevrede gruplar halinde histiyositler de izlendi ve olguya endometriozis tanısı kondu (Resim-3). Histopatolojik tanının endometriozis olması üzerine hastaya günlük 3mg Drospirenone/ 00.3 mg Ethinyl Estradiol başlandı. Hastanın 3 ay sonraki kontrollerinde şikayetlerinin gerilediği görüldü.



Resim 1. Ultrasonografik incelemede rektus fasiası altında yaklaşık 36x33x15 mm boyutlarında heterojen görümlü solid kitle izlenmektedir.



Resim 2. Magnetik Rezonans T2 fazı inceleme rektus kasında lokalize hiperintens nodüler lezyon izlenmektedir.



Resim 3. Fibrokollajenize stromada bazıları genişlemiş, kanla dolu endometrial glandlar ile çevrelerde stromal hücreler ile histiyositler(H&EX40)

TARTIŞMA

Endometriozis ilk olarak 1885' de Von Recklinghausen ve Villar tarafından umbilikal bölgede tanımlanmıştır (2). Fonksiyonel endometrial dokunun uterus dışında bulunması olarak tanımlanan endometriozis, şikayeti olmayan doğurganlık çağındaki kadınlarda %2'den %22'e değişen oranlarda görülmektedir (3). Bu oranlar dismenoreli kadınlarda %40 dan %60'a, infertil kadınlarda %20'den %30'a değişen oranlara yükselmektedir (4). Semptomların şiddeti ve tanı koyma olasılığı yaşın ilerlemesiyle artar. Endometriozis görülme insidansı yaklaşık kırk yaş civarında zirveye ulaşır.

Pelvis dışı endometriozisin bir alt tipi olan karın duvarı endometriozis olguları ise tüm eksternal endometriozis olgularının %4'ünü oluşturmaktadır. Abdominal duvar endometriozisi esas olarak insizyon skarında ve umblikusda nadiren ise inguinal kanal ve rektus abdominalis kasında görülür (1).

Abdominal endometriozisli hastalar bizim olgumuzda olduğu gibi özellikle menstruasyonla şiddetlenen ağrılı kitle ile başvurur. Fizik muayene ile kitle rahatlıkla lokalize edilir. Abdominal duvar endometriozisi, sezaryen gibi operasyonlardan sonra %0.1 oranında görülür (5). Bizim olgumuzda da altı yıl önce sezaryen ile doğum öyküsü bulunmaktadır. Rektus kasında primer endometriozis oluşumu en kolay vasküler yayılım teorisi ile açıklanabilir. Bu teoriye göre endometrial hücreler kan damarları veya lenfatik sistemle ekstragenital bölgelere ulaşarak, endometriotik odakların oluşmasına neden olmaktadır. Bizim olgumuzda her ne kadar sezaryen öyküsü olsa da, lezyonun insizyon yerinden ilişkisiz ve uzakta olması nedeniyle endometriozis spontan gelişmiş olarak kabul edilebilir. Özellikle cerrahinin uygulandığı alanlarda (sezaryen skarı, epizyotomi skarı, histerektomi sonrası vajinal kaf) gelişen endometriozis vakalarında daha çok mekanik yayılım, endometrium hücrelerinin transplantasyonu sorumlu tutulmaktadır (6).

Ayrırcı tanıda abse, lipom, hematoma, sebace kist, desmoid tümör, primer ve metastatik kanser gibi tanıları öncelikle düşünülmalıdır. Kitlenin değerlendirilmesinde ultrasonografi ve MRG önerilen tanı yöntemleridir. Kitle ultrasonografide kistik, solid, polikistik ve karışık tipte görülebileceği için endometriozis tanısı koymada spesifik değildir. Bizim olgumuzda da kitle içinde hemorajik odaklarını göstermesi nedeniyle MR endometriozis

tanısına yaklaşımda daha üstündür (7). Ancak kesin teşhis histopatolojik inceleme ile konur. Doku örnekleme için ince iğne biyopsisi veya olgumuza uyguladığımız total ekzisyonel biyopsi ile yapılabilir. Bu yöntemle hem teşhis ve hem de tedavi gerçekleşir. Rekürrens önlenmesi için tam bir eksizyon yapılmalıdır. Agarwal ve Fong'un 10 hastalık abdominal duvar endometriozis serisinde vakaların altısında (%60) cerrahi öykü tarif edilirken, dört vakada spontan gelişen (inguinal kanal, umblikusda ve rektus abdominalis) endometriozis tespit edilmiştir. Bu on hastaya total eksizyon uygulanmış ve hastalar postoperatif bir aydan üç yıla kadar uzanan sürelerde izlenmiştir. İzlem sonrası sonuçlara göre total eksizyonun küratif bir tedavi olduğu bildirilmiştir (8). Sonuç olarak; batın ön duvarı kitlelerinin değerlendirilmesinde endometriozis tanısı akılda tutulmalı ve ultrasonografi ve MRG incelemeleri ile bu tanı güçlenirse teşhis ve tedavi için total eksizyon uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Blanco RG, Lanco RG, Parithivel VS, et al. Abdominal wall endometrioma. *Am J Surg.* 2003;185(6):596-8.
2. Michowitz M., Baratz M., Stavorovsky M., Endometriosis of the umbilicus, *Dermatologica.* 1983, 167(6):326-30.
3. Eskenazi B, Warner ML. Epidemiology of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997;24(2):235-58.
4. Waller KG, Lindsay P, Curtis P, Shaw RW. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1993;48(2):135-9.
5. Khoo JJ. Scar endometriosis presenting as an acute abdomen: A case report. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2003;43(2):164-5.
6. Güneş M, Kayıkcıoğlu F, Öztürkoğlu E, Haberal A. Incisional endometriosis after caesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005;31(5):471-5.
7. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55(4):220-4.
8. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. *Singapore Med J.* 2008;49(9):704-7.