

# Sezaryen Skarında Endometriozis: 6 Olgunun Literatür Eşliğinde Değerlendirilmesi

## Endometriosis in Cesarean Scar: Evaluation of Six Cases With Review of The Literature

<sup>1</sup>Tümay Özgür, <sup>1</sup>Sibel Hakverdi, <sup>2</sup>Muhyittin Temiz, <sup>1</sup>Mehmet Yıldız, <sup>2</sup>Seçkin Akkücüük

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Patoloji A.D., <sup>2</sup>Genel Cerrahi A.D., Hatay

### Özet

Endometriozis normal endometrial dokunun uterus dışında görülmesidir. Skar endometriozisi en sık karın duvarına yapılan obstetrik ve jinekolojik cerrahi işlemlerden sonra ortaya çıkan genel cerrahlar tarafından ayırıcı tanıda ön planda pek düşünülmeyen, nadir görülen jinekolojik patolojidir. Genel Cerrahi polikliniğine 2008-2012 yılları arasında abdominal kitle şikayeti ile başvuran, kitleleri total eksize edilmiş ve patoloji laboratuvarında skar endometriozisi tanısı almış altı olguya ait klinik, radyolojik ve patolojik veriler retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hastaların başvuru semptomları farklı idi; dördü siklik dönemde artan ağrı ve şişlik ile karakterize, ikisi ise non-spesifik özellikli abdominal duvarda insizyon skarı bölgesinde kitle şikayeti ile Genel Cerrahi polikliniğine başvurdu. Tüm kitleler total eksize edildi ve patoloji laboratuvarında skar endometriozisi tanısı aldı. Genel Cerrahi polikliniğine abdominal insizyon skarı lojunda kitle şikayeti ile başvuran bayan hastalarda jinekolojik bir patoloji olan endometriozis ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Skar endometriozisi, karın duvarı, cerrahi.

### Abstract

Endometriosis is the presence of normal endometrial tissue outside the uterus. Scar endometriosis is a rare pathology resulting after obstetric and gynecologic surgery procedures on abdominal wall which is not pre-diagnosed in differential diagnosis by general surgeons. Six cases referred to General Surgery outpatient clinic with mass on abdominal wall that have been totally excised and diagnosed as endometriosis in pathology laboratory between 2008-2012, have been reviewed retrospectively with clinic, radiologic and pathologic findings. The presenting symptoms of six patients were different; four of them referred with cyclic pain and swelling and two with non-specific symptoms to general surgery outpatient clinic. All of the masses have been totally excised and diagnosed as endometriosis in pathology laboratory. Scar endometriosis should be considered in differential diagnosis of incisional abdominal wall masses in females referring to General Surgery.

**Key words:** Scar endometriosis, abdominal wall, surgery.

### GİRİŞ

Endometriozis ovaryan hormon uyarımına yanıt veren fonksiyonel endometrial doku ve stromanın uterus dışında görülmesidir. Endometriozise pelvik ve ekstrapelvik pek çok lokalizasyonda rastlanabilir. Overler ve uterus ligamanları başta olmak üzere akciğer, böbrek, barsaklar, vulva ve karın duvarında nadiren de olsa görülebilir (1). Karın duvarı endometriozisi olarak spontan ortaya çıkan olgular bildirilse de sıklıkla önceki karın cerrahisi insizyon skarı içerisinde ya da bitişiğinde gelişirler (2). Skar endometriozisi en sık sezaryen, hysterotomi, histerektomi gibi jinekolojik ve obstetrik işlemler sonrasında ortaya çıkar ve tanısı güç olan, ancak genel cerrahlar tarafından fark edilen jinekolojik bir patolojidir. Semptomlar non-spesifik olmakla beraber bir kısım hastada insizyon hattında menstrüasyon ile ilişkili siklik ağrıya seyreden bir kitle vardır (3). Bu çalışmamızda sezaryen insizyon skarı bölgesinde kitle şikayeti ile başvuran ve endometriozis tanısı almış hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

### OLGU

Hastanemiz genel cerrahi polikliniğine 2008-2012 yılları arasında geçirilmiş sezaryen ameliyatı sonrası karın ön duvarında kitle ve ağrı

şikayeti ile başvuran altı olgu çalışma kapsamına alındı. Hastaların ameliyat öncesi tetkiklerinin ardından uygulanan cerrahi girişimle lezyonları total olarak eksize edilip, laboratuvarımıza incelenmek üzere gönderilmiş ve endometriozis tanısı almıştır. Hastaların yaşı, kitle yerleşim yeri, boyutu, semptomların başlangıcı, sezaryen ameliyat tarihi ve preop tanıları retrospektif olarak değerlendirildi (Tablo 1).

Hastaların genel cerrahi polikliniğine başvuru şikayeti 4 hastada siklik dönemde artan ve kitlede büyümeye neden olan ağrı ve şişlik iken, 2 hastada non-spesifik karın ağrısıydı. Yapılan ultrasonografilerinde (USG) kitleler, hafif lobüle kontürlü, solid, hipoeoik heterojen iç yapıda merkezinde milimetrik ekojeniteleri bulunan lezyon olarak tanımlanmıştı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) T1 ve T2 ağırlıklı serilerde hipointens, yağ baskılı serilerde hiperintens lezyon olarak değerlendirilmişti (Şekil 1). Klinik ve radyolojik ön tanılar 1 hastada dermoid tümör, 2 hastada desmoid tümör, 2 hastada granülasyon dokusu ve 1 hastada endometriozis idi. Tüm hastalarda kitlelere total eksizeyone uygulandı ve incelenmek üzere patoloji laboratuvarına gönderildi. Makroskobik incelemede yer yer gri-kahverengi kanama alanları içeren elastik kıvamlı, gri-beyaz renkli düzensiz sınırlı lezyonlar gözlemlendi (Şekil 2). Mikroskobik incelemede fibrokollajenize ve matür

**Tablo 1.** 6 Olgunun retrospektif değerlendirilmesi

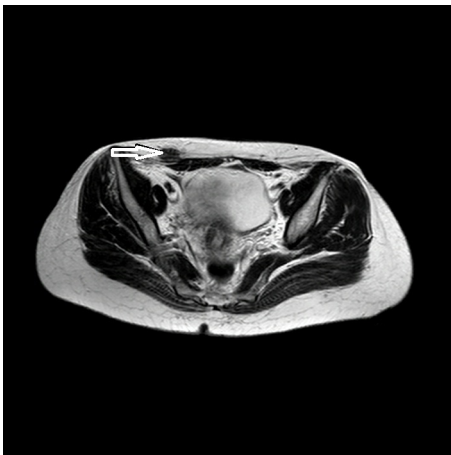
Olgu	Yaş	Lokalizasyon	Kitle boyutu	Semptom başlangıcı	Eski C/S ameliyatları	Preop ön tanı
1	40	İnsizyon ortası	4.5x4x2 cm	8 yıl önce	8-10 yıl önce	Desmoid tümör
2	35	İnsizyon ortası	4.5x4x3	6 ay önce	2 yıl önce	Dermoid tümör
3	34	İnsizyon sağ lateral uç	4x3x2.5	2 yıl önce	6 yıl önce	Granülom
4	37	İnsizyon ortası	6x5x4	3 yıl önce	6 yıl önce	Dermoid tümör
5	30	İnsizyon sol lateral uç	5x4x3.5	2 yıl önce	6-8 yıl önce	Desmoid tümör
6	32	İnsizyon sağ lateral uç	5.8x3x1	1 yıl önce	8-10 yıl önce	Endometriozis

yağ dokudan oluşan stromada hemosiderin yüklü makrofajlar ile yer yer yama tarzında endometrium gland ve stroma yapıları izlenmiştir (Şekil 3). Yapılan immünohistokimyasal çalışmada endometrium stroması CD10 ile, gland yapıları da östrojen ve progesteron reseptörü ile pozitif boyanmıştır (Şekil 4, 5). Patolojik değerlendirme sonrası hastalar pelvik endometriozis yönünden değerlendirilmek üzere kadın-doğum polikliniğine yönlendirilmiştir ve hiç birinde pelvik endometriozis tespit edilmemiştir. Cerrahi sonrası hastalardan sadece birinde 1 yıl sonra lokal nüks gözlemlendi ve oluşan yeni kitle lokal eksizyon ile çıkarıldı. Diğer 5 hastada nüks gözlenmedi.

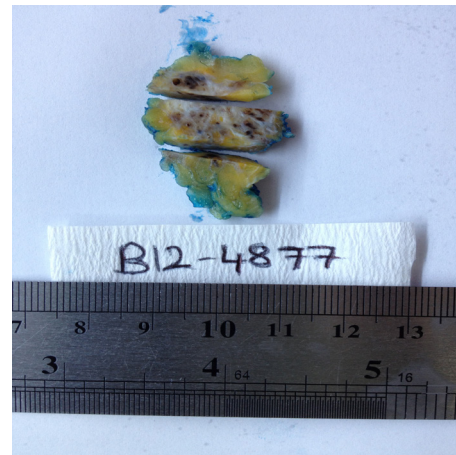
#### TARTIŞMA

Endometriozisin oluşum nedeni tartışmalıdır. İlk kez 1958 yılında Ridley ve Edward insanda endometrial dokuyu karın duvarına enjekte ederek iatrojenik implant teorisini doğrulayan bir çalışma yapmışlardır (4). Ancak bu hastalığın nadir gözlenmesi nedeniyle ve geçirilmiş cerrahi öyküsü olmadan da rastlanması nedeniyle başka teorilerle de desteklenmesi gerektiği düşünülmektedir. Çölemik metaplazi teorisi, lenfatik ve hematojenik yayılım teorisi ve genetik yatkınlığın da skar endometriozisin ortaya çıkışında önemli rol oynadığı kabul edilmektedir (5). Skar endometriozisi ve pelvik endometriozis genellikle üreme dönemindeki multipar kadınlarda, sıklıkla 25-35 yaşlar arasında, görülmele beraber bizim olgularımızda yaş aralığı 30-40 olup, hastaların tamamı multipardı (1). Bektaş ve ark nın 40 hastalık serilerinde de

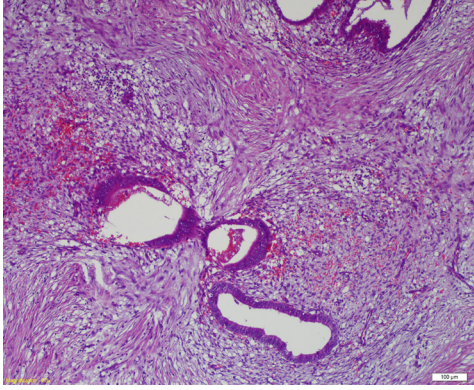
yaş ortalaması 32.3 olarak saptanmıştır ve multiparite oranı 2.3 dür . Skar endometriozisinin en sık ortaya çıkış tablosu eski sezaryen skar bölgesinde menstruasyon döneminde ağrısı belirginleşen subkutan kitledir (6). Semptomların sıklık olarak belirginleşmesi hastalığın ön tanısında en önemli tanımlayıcı bulgudur ve bizim olgularımızda da 5 (% 71.4) hastada mevcuttu. Skar endometriozisi sezaryenle doğum yapmış tüm kadınlarda % 0.03-1.5 sıklıkta görülür (7). Histerektomi, laparoskopik girişimler, apendektomi, epizyotomi, herni onarım ameliyatları sonrasında da endometriozise rastlanabilmektedir (8). Olgularımızın tamamının özgeçmişinde geçirilmiş sezaryen ameliyatı öyküsü mevcut olup, semptomlar operasyon sonrası ortaya çıkış süresi 1.5-8 yıl arasında değişmekteydi. Demiral ve ark ları ise 11 olguluk serilerinde semptomların 8 ay ile 5 yıl arası başladığını bildirmişlerdir (9). Abdominal duvar endometriozisli hastalar, klinik tablo cerrahi gerektirdiğinden çoğunlukla genel cerrahlara başvurlar ve sıklıkla dikiş granülomu, trikilemmal kist, desmoid tümör, sarkom ve lipom gibi ön tanılarla opere edilirler (5). Olgularımızda preoperatif tanılar, 1 hastada dermoid tümör, 2 hastada desmoid tümör, 2 hastada granülasyon dokusu ve sadece 1 hastada endometriozis olup, tamama yakını patolojik tanı ile uyumsuzdu. Bu da genel cerrahların bu antiteye uzak olmalarından kaynaklanabilir. Abdominal duvar kaynaklı endometriozisli hastalarda nadir de olsa malign transformasyon bildirilmiştir (10). Bu da malignitenin bu vakalara yaklaşımda her zaman akılda tutulması gerektiğini göstermektedir.



**Şekil 1.** Manyetik rezonans görüntüleme (MRG); T1 ve T2 ağırlıklı serilerde hipointens, yağ baskılı serilerde hiperintens lezyon.

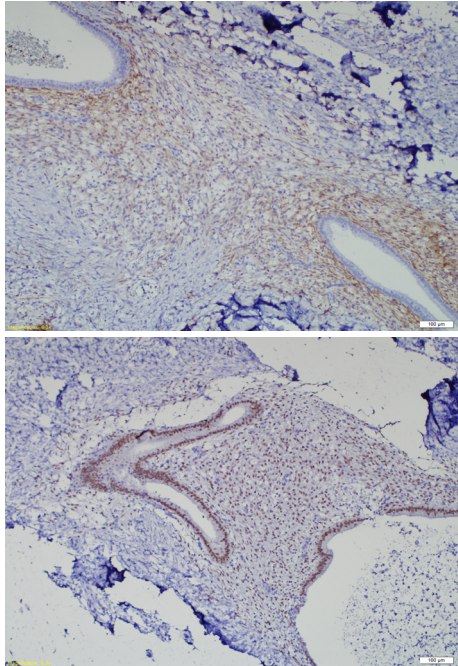


**Şekil 2.** Makroskopik incelemede; yer yer gri-kahverengi kanama alanları içeren elastik kıvamlı, gri-beyaz renkli düzensiz sınırlı lezyon.



**Şekil 3.** Fibrokollojenize ve matür yağ dokudan oluşan stromada hemosiderin yüklü makrofajlar ile yer yer yama tarzında endometrium gland ve stroma yapıları (Hematoksilen & Eozin x 100).

Cerrahi öncesi doğru ve etkin tedavi yaklaşımını belirlemek için değişik yardımcı tanı modalitelerinden faydalanmak mümkündür. İnce iğne aspirasyon sitolojisi boyutu büyük kitlelerde maligniteyi ekarte etmek için kullanılabilir. Ancak ucuz maliyeti ve pratik kullanımı nedeniyle USG hala en popüler tanı aracıdır ve endometriozis odağı internal eko içeren heterojen ve hipoeoik kitle olarak görülür. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) kitlenin kas planları ve cilt altı dokularla ilişkisini göstermesi nedeniyle bilgisayarlı tomografiden daha çok



**Şekil 4-5.** Endometrium stroması CD10 ile, gland yapıları da östrojen reseptörü (ER) ile pozitif boyanmıştır (CD10 x 100, ER x 100).

tercih edilir (11, 12). Sonuç olarak USG, MRG gibi tetkik yöntemleri kitlenin kesin tanısından daha çok lokalizasyonu, boyutu ve derinliği hakkında yol gösterirler. Olgularımızın tamamını preoperatif USG ve MRG ile değerlendirilmiştir ve biri hariç kalan tamamında bulgular non-spesifik olup, granülasyon dokusu, desmoid tümör gibi farklı ön tanımlar düşünülmüştür. Gonadotropin serbestleştirilen hormonların pelvik endometrioziste faydalı olduğu ancak medikal tedavinin semptomlarda geçici rahatlama sağladığı da bilinmektedir. Güvenli cerrahi sınırlarla total eksizyon esas tedavi şeklidir. (8).

Cerrahi tedavi çoğu vakada kürrü sağlamakla beraber % 4.3 olguda rekürrens bildirilmiştir (13). Bizim serimizde de 1 olguda 1 yıl sonra nüks gözlemlendi ve oluşan yeni kitle lokal eksizyonla çıkarıldı. Hasta 4 yıldır rekürrens olmadan yaşamına devam etmektedir. Sonuç olarak insizyonel endometriozis genç yaşlardaki kadın hastalarda abdominal duvar kitlelerinde ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve mutlaka önceki abdominal ya da karın duvarı cerrahileri sorgulanmalıdır. Kaynaklarda malign transformasyon bildirilen olgularda olduğu için mutlaka kitle total eksize edilmelidir.

#### KAYNAKLAR

1. Chun JT, Nelson HS, Maull KI. Endometriosis of abdominal wall. South J Med 1990;83: 1491-2.
2. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 1989;16:193.
3. Yazıcı P, Oltulu P. İnsizyonel Endometriozis; nadir bir cerrahi komplikasyon. Marmara Med J 2011;24(1):78-80.
4. Ridley JH, Edwards IK. Experimental endometriosis in the human. Am J Obstet Gynecol 1958;76(4):783-90.
5. Blanco RG, Parthivel VS, Shah AK, et al. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003;185:596-8.
6. Bektaş H, Bilsel Y, Sarı YS, et al. Abdominal wall endometrioma. A 10-year experience and brief review of the literature. J Surg Res 2010;164(1):77-81.
7. Minaglia S, Mishell DR, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. J Reprod Med 2007;52:630-4.
8. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, et al. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecological procedures. J Obstet Gynaecol Res 2005;31:471.
9. Demiral G, Aksoy F, Özçelik A, et al. Sezaryen skar endometriozisi: On bir olgunun literatür eşliğinde değerlendirilmesi. J Turk Soc Obstet Gynecol 2011;8:209-13.
10. Shalin SC, Haws AL, Carter DG, et al. Clear cell adenocarcinoma arising from endometriosis in abdominal wall cesarean section scar: a case report and review of the literature. J Cutan Pathol 2012;39(11):1035-41.
11. Hensen JH, Van Breda Vriesmen AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: Clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. Am J Roentgenol 2006;186:616.
12. Bis KG, Vrachliotis TG, Agrawal R, et al. Pelvic endometriosis: MR imaging spectrum with laparoscopic correlation and diagnostic pitfalls. Radiographics 1997;17:639-55.
13. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 year experience. Br J Surg 1995;82(10):1349-51.