

# Sezaryen Sonrası Yara Yeri Endometriyozu: Kliniğimizdeki Üç Olgunun Analizi

## Caesarean Scar Endometriosis: Analysis of Three Cases in Our Clinic

Hasan TERZİ,<sup>a</sup>  
Ahmet KALE,<sup>a</sup>  
Ömer DEMİRTAŞ,<sup>b</sup>  
Ömer Tolga GÜLER<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Kocaeli

<sup>b</sup>Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi,  
Denizli

Geliş Tarihi/Received: 11.04.2014  
Kabul Tarihi/Accepted: 26.08.2014

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Hasan TERZİ  
Kocaeli Derince Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,  
Kocaeli,  
TÜRKİYE/TURKEY  
drhterzi@yahoo.com

**ÖZET** Skar yeri endometriyozu, çoğunlukla obstetrik veya jinekolojik bir operasyona sekonder gelişen, abdominal duvarın patolojik bir hastalığıdır. Sezaryen sonrası görülme sıklığı %0,03-0,4 arasında değişmekte iken, ikinci trimesterde uygulanan histerotomi operasyonları sonrasında insidans %5,08'lere kadar çıkmaktadır. Skar yeri endometriyozu karın duvarında kitleye neden olabilen apse, lipom, hematoma, insizyonel fıtık, desmoid tümör, sarkom, lenfoma veya primer ve metastatik kanserlerle karşılaşabilmekte ve ameliyat öncesi tanı konulması zor olmaktadır. Geçirilmiş obstetrik veya jinekolojik operasyon skarlarında gelişen, menstrüasyon sırasında sıklıkla ağrı ve şişme ile karakterize palpabl subkutanöz kitle yakınması ile başvuran reproduktif yaştaki kadınlarda diğer tanılar dışlandıktan sonra insizyonel endometriyozdan şüphelenilmelidir. Çalışmamızda, batin ön duvarında gelişen, skar yeri endometriyoz tanısı almış üç olgunun klinik öykü ve kitlenin ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntüleme özelliklerini güncel literatür eşliğinde incelemeyi amaçladık.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriyoz; tanısız görüntüleme

**ABSTRACT** Scar endometriosis is a disease of abdominal wall and generally develops after obstetric or gynecological operations. After caesarean section, prevalence is reported to be between 0.03-0.4% whereas, this increases as high as 5.08% after second trimester hysterotomy. Preoperative diagnosis of scar endometriosis is difficult because scar endometriosis are similar to some pathologies including abscess, lipoma, hematoma, incisional hernia, desmoid tumor, sarcoma, lymphoma and primer or metastatic carcinoma. Menstruation related mass and pain with a palpable subcutaneous lesion in patients with a history of obstetric or gynecological surgery should raise the suspicion of scar endometriosis after exclusion of other pathologies. In this article, we reviewed three cases of scar endometriosis and ultrasonographic and magnetic resonance imaging features of mass with regard to the current literature perspective.

**Key Words:** Endometriosis; diagnostic imaging

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(2):129-33

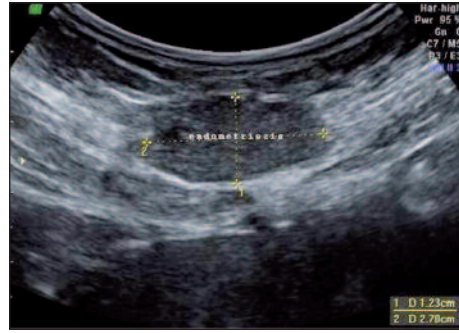
**E**ndometriyoz genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olur ve endometriyal bez ve stromasının anatomik yerleşim yeri olan uterusun dışında bir yerde bulunması olarak tanımlanır.<sup>1,2</sup> Menstrüasyon gören tüm kadınların %8-15'inde vardır ve jinekolojik problem için laparotomi yapılanların %15-20'sinde rastlantısal olarak bulunur.<sup>3</sup> Maksimum insidans 30-40 yaş arasındadır. Ektopik endometriyum dokusu genellikle pelvis yerleşimli olmasına rağmen, vücutta herhangi bir yerde de bulunabilir. Nadir bir lokalizasyon alanı ise sezaryen, epizyotomi ve özellikle abdominal histerotomi için açılan cerrahi skarlardır.

Sezaryen skarında endometriyoz vakası ilk defa 1975 yılında yayımlanmıştır.<sup>4</sup> Artan sezaryen oranlarına paralel olarak skar yeri endometriyoz insidansı da artış göstermekte ve görüntüleme yöntemlerindeki gelişmeler tanıyı kolaylaştırmaktadır. İnsizyonel endometriyoz, hemen daima obstetrik veya jinekolojik bir operasyona ikincil gelişen, abdominal duvarın patolojik bir tablosudur. Uterin cerrahi sırasında, abdominal duvardaki insizyon bölgesinde yerleşen endometriyal kök hücrelerin diferansiasyonu sürecinde geliştiği düşünülmektedir.<sup>5</sup> Ameliyat öncesi tanı konulması zordur. Çalışmamızda, batin ön duvarında gelişen skar endometriyoz tanısı almış üç olgunun klinik öyküleri ile kitlelerin ultrasonografik ve manyetik rezonans görüntüleme özelliklerini güncel literatür eşliğinde incelemeyi amaçladık. Tüm olgulardan incelemeleri ve cerrahi işlemler için bilgilendirilmiş hasta onam formu alınmıştır.

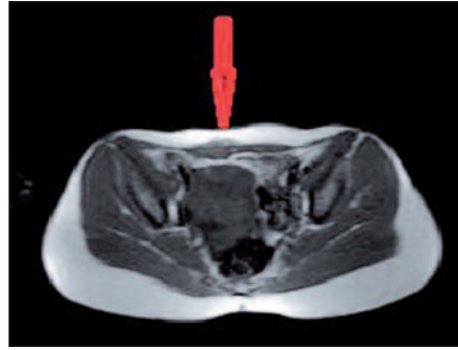
## OLGU SUNUMLARI

### OLGU 1

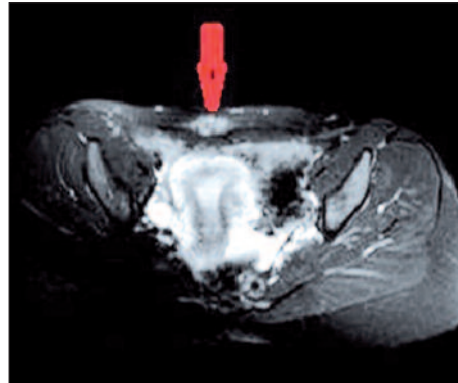
Otuz altı yaşında, 7 yıl önce sezaryen operasyonu geçiren hasta, son iki yıldır giderek artan ve insizyon yerinde adet zamanı şiddetlenen ağrı, şişlik şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde batin duvarında eski sezaryen insizyonunun sağ köşesinde 3\*4 cm büyüklükte sınırları net değerlendirilemeyen sert fikse ağırlı kitle tespit edildi. Ultrasonografi (USG)'de 27\*12\*40 mm boyutlarında, heterojen solid lezyon saptandı (Resim 1). Lezyonun batin içi organlarla ilişkisi saptanmadı. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'sinde batin ön duvarında sağ rektus kası üzerinde fasyaya geniş tabanlı oturan 32\*40 mm T1 ağırlıklı serilerde hipointens (Resim 2), T2 ağırlıklı serilerde heterojen hiperintens (Resim 3) yapıda, postkontrast incelemelerde (Resim 4) yoğun kontrast tutulumu gösteren solid kitle izlendi. Laboratuvar incelemesinde CA-125 değeri 83,51 iu/mL (N<35 iu/mL) idi. Jinekolojik muayene normaldi. Operasyonda fasyayı ve rektus kasını invaze etmiş preperitoneal alana kadar uzanan, sert, irregüler 4\*5 cm kitle (Resim 5, 6) fasya ile beraber eksize edildi. Oluşan fasya defekti polypopylen mesh ile onarıldı. Kitlenin patolojik incelemesi endometriyoz eksterna olarak rapor edildi.



RESİM 1: Karın ön duvarındaki kitle lezyonu yüzeyel ultrasonografik görüntüsü.



RESİM 2: T1 ağırlıklı aksiyal MRG'de karın ön duvarında hipointens lezyon.



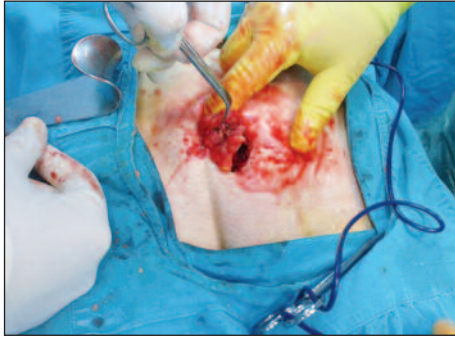
RESİM 3: Aksiyal STIR MRG'de lezyon hiperintens izleniyor.

### OLGU 2

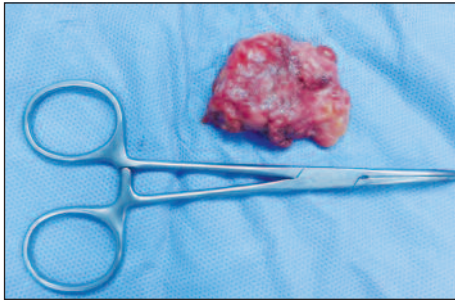
Otuz yaşında tek çocuğu olan ve doğumunu üç yıl önce sezaryen ile gerçekleştiren hasta, son bir yıldır insizyon yerinde zaman zaman artan ağrı ve kitle şikâyetiyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde insizyon hattının sol köşesinde 2-3 cm büyüklükte sınırları net değerlendirilemeyen kitle tespit edildi. USG'de rektus kası üzerinde 30\*27\*13



**RESİM 4:** Kontrastlı sagittal MR incelemesinde karın ön duvarındaki kitle lezyonu kontrastlanma gösteriyor.



**RESİM 5:** İnsizyon yapıldıktan sonra endometriyoz dokusunun makroskobik görüntüsü.



**RESİM 6:** Eksize edilmiş endometriyoz dokusunun makroskobik görüntüsü.

mm boyutlarında, heteroekojen, posteriora hafif akustik gölgelendirme seçilen solid ekojenik görünümde kitle lezyonu saptandı. Doppler inceleme ile lezyon periferinde düşük dirençli zayıf vaskülarizasyon izlendi. Laboratuvar incelemesinde CA-125 değeri 72 iu/mL (N<35 iu/mL) idi. Jinekolojik muayene normaldi. Operasyonda fasya ve rektus

kası salim izlendi. Sert, irregüler 3\*4 cm kitle, geniş lokal eksizyon ile ve salim doku sınırı bırakılarak çıkarıldı. Primer onarım ile insizyon kapatıldı. Kitlenin patolojik incelemesi endometriyoz eksterna olarak rapor edildi.

### OLGU 3

Yirmi altı yaşında, üç yıl önce sezaryen operasyonu geçiren hasta, son üç aydır ele gele kitle nedeni ile kliniğimize başvurdu. Ek bir şikâyeti olmayan ve laboratuvar değerleri normal olan hastada, pelvik muayene sırasında batın ön duvarı orta hattın 2 cm sol lateralinde yaklaşık 2 cm boyutunda sert fiks olmayan kitle palpe edildi. USG incelemesinde insizyon hattının üzerinde 22\*15\*36 mm boyutlarında, hipoekoik lezyon saptandı. Ön tanıda skar yeri endometriyoz düşünüldü. Operasyonda geniş lokal eksizyon ile kitle çıkarıldı ve primer onarım ile insizyon kapatıldı. Cerrahi eksizyon sonrası patolojik tanı endometriyoz eksterna olarak rapor edildi.

### TARTIŞMA

Abdominal duvar endometriyozu, sezaryen sonrası görülme sıklığı %0,03-%0,4 arasında değişmekte iken, ikinci trimester abortuslarında yapılan histerektomi sonrasında %5,08'e kadar çıkmaktadır.<sup>6,7</sup> Cerrahi bir işlemle ilişkili olmaksızın da gelişebilmekle birlikte, skar yeri endometriyozunun çoğu jinekolojik bir cerrahi girişim sonrasında insizyon skarlarında oluşmaktadır. Genellikle karın duvarında kitle ve ağrıya yol açan bu lezyonlar nedeniyle hastalar sıklıkla genel cerrahi kliniklerine başvurmaktadır. On iki olguluk bir seride en sık görülen semptomlar sıklık ağrı ve cerrahi skarda kitle olarak bildirilmiştir.<sup>8</sup> Bizim olgularımız da sezaryenden iki-üç yıl sonra başlayan, aralıklarla gelip giden ağrı ve ele gelen kitle şikâyetleri ile başvurmuşlardı. Skar yeri endometriyozlar karın duvarında kitleye neden olabilen apse, lipom, hematoma, insizyonel fıtık, desmoid tümör, sarkom, lenfoma veya primer ve metastatik kanserlerle karışabilmekte ve ameliyat öncesi tanı konulması zor olmaktadır. Sezaryen, histerektomi, apendektomi, epizyotomi sonrasında skar dokusunda, laparoskopi sonrası trokar yerinde endometriyoz saptanması

mekanik taşınmayı destekler niteliktedir. Sezaryen sırasında parietal ve visseral peritonun sütürle kapatılmasında yetersizliğin deri insizyon skarında postoperatif endometriyoz gelişimini artırabileceği öne sürülmektedir.<sup>9</sup> İnsizyonel endometriyoz saptanan çoğu hastada peritoneal endometriyoz varlığına yönelik hikâye ve bulgu bulunmamaktadır ki bu da cerrahi esnasında endometriyal dokunun mekanik yayılımı teorisini desteklemektedir. Bizim hastalarımızın anamnezlerinde endometriyozu düşündürecek dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı, infertilite gibi şikâyetler yoktu. Ancak iki hastamızda ağrı şikâyeti genellikle menstrüel dönem ile ilişkili olarak bildirilmişti. Hastaların ilk kez kadın doğum polikliniğine gelmesindeki en önemli sebep adet ile ağrının ilişkisi idi. Jinekolojik literatür değerlendirildiğinde sezaryen skar endometriyozlarında klinik bulgular klasik olarak insizyon alanında menstrüel siklus ile değişen ağrılı nodül olup preoperatif tanı kolaylıkla konulmasına rağmen, cerrahi literatürde preoperatif tanının sıklıkla yanlış olduğu görülmektedir.<sup>10</sup> Hastanın geçirmiş olduğu cerrahi ile semptomların başlaması arasında aylar ile yıllar arasında geçen bir süre bulunabilir. Cerrahi sonrası geç başlayan (ortalama 5,7 yıl) semptomlar tanıda yanılmaya neden olabilir.<sup>11</sup> Ancak hastaların yaklaşık yarısında ağrı periyodik özellik göstermeyebilir. Subkutanöz veya insizyonel endometriyoz genellikle abdominal duvarda cilt altı adipoz dokuya yerleşir. Fakat bazen daha derin bölgelere de infiltre olabilir. Nadiren de olsa uterokutanöz fistül geliştiği de gözlemlenmiştir.<sup>12</sup> Bizim olgularımızdan sadece birinde fasya tutulumu olmuş ve bu da rekürrensi önlemek amacı ile geniş rezeksiyon gerektirmiştir. Oluşan fasya defekti ise mesh ile onarılmıştır. Ayrıca çok nadir de olsa skar yeri endometriyozlarda malign dejenerasyon bildirilmiştir.<sup>13,14</sup> Bizim olgularımızın histopatolojik sonuçları benign idi. Literatürde görüntüleme teknikleriyle tanısı doğrulanmış olgu sayısı oldukça azdır.<sup>7</sup> Operasyon öncesi sınırların belirlenebilmesi ve çevre doku ile olan ilişkisinin değerlendirilmesi açısından USG faydalıdır. Skar endometriyozların sonografik görünümü nonspesifiktir. Bilgisayarlı tomografide genellikle iyi sınırlı solid veya kistik-

solid karışık yapıda artmış kontrast tutulumu gösteren bir kitle görülür. Sonografi ve BT'de endometriyoz ile aynı yoğunluğu veren hematoma, lenfoma, sarkoma veya desmoid tümör ayırıcı tanısı mümkün değildir. MRG'de T1 ve T2 görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğuna sahip alanlar vardır. Operasyon öncesi görüntüleme yöntemlerinin yapılmış olması total cerrahi işlemin nasıl yapılabilirliğini yönlendirebilir.<sup>7</sup> Özellikle lezyonun boyutları ve çevre dokular ile olan ilişkisi cerrahi sınırların salim olarak çıkarılması açısından önemlidir. Skar endometriyozunun tedavisinde medikal ve cerrahi tedavi modaliteleri kullanılabilir. Medikal tedavi insizyonel endometriyoz tedavisinde semptomlarda geçici bir rahatlama sağlar, ancak lezyonu ortadan kaldırmaz. Medikal tedavi sonrası semptomların rekürrensi tipiktir ve yan etkileri kullanımlarını sınırlar.<sup>15</sup> Skar yeri endometriyozlar için en önemli tedavi seçeneği, lezyonun negatif cerrahi sınırlar sağlanacak şekilde geniş lokal eksizyondur. Cerrahi tedavi, rekürrensten kaçınmak için lezyonun total geniş eksizyonunu kapsar. Total çıkarılamayan olgularda ise nadir de olsa rekürrenslere genellikle ilk yıl içinde görülebilir ve yetersiz eksizyona bağlıdır.<sup>14</sup> Nüks olasılığını azaltan yeterli cerrahi sınırın boyutu ile ilgili çalışma yoktur. Ancak geniş bir seride %4,3 oranında nüks olasılığı bildirildiğinden yeterli cerrahi eksizyon zorunludur.<sup>16</sup> Cerrahi tedavide rekürrensi önlemek amacıyla lezyonun geniş olarak çıkarılması (1 cm'lik temiz cerrahi sınır) önerilir. Bizim olgularımız operasyon sonrası bir yıl takip edilmiş ve her üç olguda da nüks izlenmemiştir.

Reprodüktif dönemdeki bir kadında insizyon yerinde rastlanan kitlenin teşhisinde ağrının menstrüasyon ile ilişkisi ve başta sezaryen olmak üzere geçirilmiş jinekolojik ameliyat öyküsü varlığı skar yeri endometriyozu olasılığını akla getirmelidir. Geniş lokal eksizyon kalıcı kür sağlayan en iyi tedavi seçeneği gibi görünmektedir. Nadir görülen bir durum olması, tanının erken konabilmesi ve cerrahi tedavi sonrası rekürrensin azaltılabilmesi için radyolojik tetkiklerin etkin kullanılması önemlidir.

## KAYNAKLAR

1. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med* 2003;22(10):1041-7.
2. 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.
3. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of the literature. *Surgery* 1989;105(1):109-12.
4. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975;60(2):103-4.
5. Çelik S, Can MF, Muşcu M. [Subcutaneous endometriosis on the scar tissue associated with cesarean section]. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2010;7(1):73-6.
6. Singh KK, Lessells 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(10):1349-51.
7. Eogan M, McKenna P. Endometriosis in caesarean section scars. *Ir Med J* 2002;95(8):247.
8. Alanbay İ, Çöksür H, Ercan CM, Kardeşahin E, Keskin U, Güler AE, et al. [Anterior abdominal wall scar endometriosis: Twelve cases and literature review]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2012;22(2):125-30.
9. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. *J Reprod Med* 2007;52(7):630-4.
10. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996;62(12):1042-4.
11. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 2005;31(5):471-5.
12. Dragoumis K, Mikos T, Zafrakas M, Assimakopoulos E, Stamatopoulos P, Bontis J. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section. A case report. *Gynecol Obstet Invest* 2004;57(2):90-2.
13. Madsen H, Hansen P, Andersen OP. Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980;59(5):475-6.
14. Chene G, Darcha C, Dechelotte P, Mage G, Canis M. Malignant degeneration of perineal endometriosis in episiotomy scar, case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer* 2007;17(3):709-14.
15. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993;177(3):243-6.
16. Mersin HH, Acun G, Berberoğlu U. [Abdominal wall endometrioma: Case report]. *Acta Oncologica Turcica* 2009;42(3):118-20.