

# Inguinal Endometriozis: Bir Olgu Sunumu

## INGUINAL ENDOMETRIOSIS: A CASE REPORT

Ebru TARIM\*, Tayfun BAĞIŞ\*, Akın TARIM\*\*, Esra BULGAN KILLICADAĞ\*,  
Turgut NOYAN\*\*, Fazilet KAYASELÇUK\*\*\*

\* Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,  
\*\* Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,  
\*\*\* Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, ANKARA

### Özet

Endometriozis, endometriyal dokunun uterus dışında varlığı ve proliferasyonu ile karakterizedir. Genellikle pelvik organlara lokalize olmakla beraber, kadın vücudundaki hemen her yere lokalize olabilir. Bu çalışmada inguinal lenfadenopati ön tanısı ile operasyona alınıp histopatolojik tanısı endometriozis olarak tanımlanan olgu sunulmuştur.

**Anahtar kelime:** Inguinal endometriozis

T Klin Jinekoloj Obst 2002, 12:184-185

### Summary

Endometriosis is a condition characterized by the presence and proliferation of endometrial tissue outside the uterus. Endometriotic implants usually locate in the pelvic organs but they have been described in almost every location of the female body. We present a case with inguinal endometriosis confirmed by histopathologically after removal of tissue as an inguinal lymphadenopathy.

**Key Word:** Inguinal endometriosis

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:184-185

Retroperitoneal endometriozis tanı ve tedavisi oldukça zor bir hastalıktır (1). Inguinal bölgede endometriozis oldukça nadir görülür ve genellikle round ligamentin ekstraperitoneal kısmına lokalizedir. Sağ inguinal bölgeye yerleşim daha sıktır. Menstrüel dönemde inguinal bölgede ağrının olması bu bölgede yerleşimli kitlelerin ayırıcı tanısında oldukça önemlidir. Endometriozisin şüpheli inguinal herni semptomlarına neden olabileceği akılda tutulmalıdır (2).

Bu çalışmada inguinal herni ve inguinal lenfadenopati nedeniyle operasyona alınan ancak histopatolojik tanısı endometriozis olarak gelen bir vaka sunulmuştur.

### Olgu Sunumu

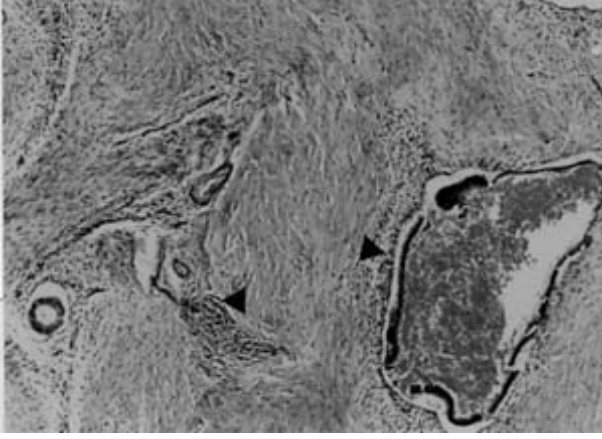
Otuzdokuz yaşında, gravida sıfır, parite sıfır, bekar hasta 17-18 yıldır mevcut olan ancak 1-2 yıldır artış gösteren sağ kasıkta şişlik şikayeti ile Başkent Üniversitesi Adana Uygulama ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde hastalık ve operasyon öyküsü yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, sağ inguinal bölgede 2 cm'lik kitle palpe edildi. Inguinal lenfadenopati ve inguinal herni ön tanısı ile yapılan sağ inguinal bölge yumuşak doku ultrasonunda omentumun cilt altına herniye olduğu ayrıca yaklaşık 12 mm. boyutunda heterojen yapıda, düzensiz konturlu bir adet lenfadenopati bulunduğu tespit edildi. Yapılan inguinal bölge eksplorasyonunda lenfadenopati olduğu düşünülen

kitle eksize edildi ve inguinal herni onarımı yapıldı. Kitlenin histopatolojik tanısı endometriozis eksterna olarak geldi (Şekil 1). Bunun üzerine hasta jinekolojik açıdan yeniden değerlendirildi. Anamnezinde menstrüel dönem ve öncesinde sağ inguinal bölgede ağrı şikayeti olan hastanın operasyon sonrası bu şikayetlerinde azalma olduğu öğrenildi. Jinekolojik ek şikayeti olmayan hastaya yapılan rektal muayenede uterus normal boyutta mobil ve sert olup bilateral adneksler serbestti. Sakrouterin nodüllerite tespit edilmedi. Yapılan pelvik ultrasonda uterus ve bilateral overler normaldi. CA-125 düzeyi normal olarak bulundu.

### Tartışma

Inguinal endometriozisin gerçek insidansını değerlendirmek zordur. Pek çok seride hastaların inkansere herni tanısıyla genel cerrahlar tarafından opere edildikleri belirtilmektedir (3). Inguinal kitle şikayeti ile gelen hastalarda menstrüel dönemde ağrı, inguinal endometriozisin ayırıcı tanısında patognomonik bulgudur (4,5). Bizim hastamızda da retrospektif sorgulamada 17-18 yıldır sağ kasığında şişlik ve adet dönemlerinde bu bölgede ağrısı olduğunu öğrendik.

Mascaretti ve arkadaşları retroperitoneal endometriotik implantların patogeneğinde, endometriyal hücrelerin lenfatik yayılımının etken olduğunu ileri sürmüşlerdir (1). Uterustan köken alan bir kısım lenfatik damarların round ligament boyunca seyir göstermeleri,



**Şekil 1.** İnguinal lenfadenopati ön tanısıyla çıkarılan kitlenin histopatolojik resmini göstermektedir. Okla işaretlenmiş alanlarda fibrokollajen doku içerisinde multifokal endometrial gland ve stroma izlenmektedir. (H&EX100)

inguinal endometriozis patogeneğinde rol oynayabilir (6). Bununla birlikte implantların neden daha çok sağda olduğu tam olarak açıklanamamıştır (7).

İnguinal endometriozisin sanılandan daha sık görüldüğü tahmin edilmektedir. Bu nedenle daha çok sorgulamaya ve tanıda netlik için MRI'ın daha yoğun kullanımına ihtiyaç vardır (8). Bu teknik özellikle ekstraparitoneal lokalizasyonlu endometriotik odakların görüntülenmesinde yararlıdır (9).

İnguinal endometriozis vakalarının çoğunda aynı zamanda pelvik endometriozis olduğu gösterilmiştir (1,2,7). Miranda ve ark.ları bu vakalarda intraperitoneal endometriozis prevalansının yüksek olması nedeniyle laparaskopi uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir (2). Sunduğumuz olguda tanının postoperatif histopatolojik olarak konulması, yapılan pelvik muayene ve pelvik

USG'de ek bir patolojik bulguya rastlanılmaması, fertilitenin olmaması nedenleriyle laparaskopi yapılmamış, hasta yıllık jinekolojik kontrollere çağrılmıştır.

İnguinal bölgede kitle şikayeti olan ve özellikle menstrüasyonla ilişkili siklik ağrı tanımlayan bayan hastalarda ayırıcı tanıda inguinal endometriozis düşünülmesi ve hasta jinekolojik açıdan da değerlendirilmelidir. Ek bulgusu olanlarda tanısal laparaskopi düşünülebilir.

#### KAYNAKLAR

1. Mascaretti G, Patacchiola F, Di Berardino C, Moscarini M. Isolated inguinal endometriosis. Report of a clinical case. *Minerva Gynecol* 2000 Jun;52(6):249-52.
2. Miranda L, Settembre A, Capasso P, Piccolboni D, De Rosa N. Inguinal endometriosis or irreducible hernia? A difficult preoperative diagnosis. *Hernia* 2001 Mar;5(1):47-9.
3. Singh KK, Lesslls AM, Adam DJ, Jordan C. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg*. 1996 May;83(5):711.
4. Sataloff DM, La Vorgna KA, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: Clinical reports and review of the literature. *Surgery* 1989;105:109-12.
5. Brzezinski A, Durst AL. Endometriosis presenting as an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146:982-3.
6. Krantz KE. Anatomy of the female reproductive system. In: Pernoll ML, Benson RC. *Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment*. 6th ed. Norwalk, Connecticut: Appleton & Lange, 1987:1-46.
7. Clausen I, Nielsen KI. Endometriosis in the groin. *Int J Gynaecol Obstet* 1987;25:469-71.
8. Zawin M, McCarthy S, Scoutt L, Comite F. Endometriosis: Appearance and detection at MR imaging. *Radiology* 1989;171:693-6.
9. Arrive L, Hricak H, Martin MC. Pelvic endometriosis: MR imaging. *Radiology* 1989;171:687-92.

**Geliş Tarihi:** 20.07.2001

**Yazışma Adresi:** Dr.Tayfun BAĞIŞ  
Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ANKARA  
bagistayfun@hotmail.com