

İndirekt İnguinal Hernide Endometriozis: Nadir Bir Ekstrapelvik Endometriozis Olgusu

Endometriosis in an Indirect Inguinal Hernia: A Rare Case of Extrapelvic Endometriosis

Mehmet Tunç CANDAN,^a
Namık DEMİR,^a
Özdemir YARARBAŞ,^b
Latife DOĞANAY,^c
Orçun SEZER,^a
Nihal DANAĞLU^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

^bGenel Cerrahi Kliniği,

^cPatoloji Kliniği,

Kent Hastanesi, İzmir

Geliş Tarihi/Received: 23.10.2012

Kabul Tarihi/Accepted: 22.01.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:

Mehmet Tunç CANDAN

Kent Hastanesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

İzmir,

TÜRKİYE/TURKEY

candantunc@yahoo.com

ÖZET İnguinal endometriozis, nadir görülen bir ekstrapelvik endometriozis tipidir. İnguinal endometrioziste, endometriyal doku sıklıkla round ligamentin ekstrapelvik kısmında veya inguinal lenf bezinde yerleşir. Biz bu çalışmamızda, indirekt inguinal fitik kesesi içine yerleşmiş nadir bir endometriozis olgusunu sunduk. Bu gibi olgularda, ağrının sıklık olmaması ve klasik endometriozisi düşündürülen bulguların eşlik etmemesi tanıda hata ve gecikmeye neden olabilir. Bu nedenle, sağ kasıkta yerleşen indirekt inguinal herni endometriozisi olgusunun tanı ve tedavisini literatür eşliğinde değerlendirdik.

Anahtar Kelimeler: Endometriyoz; inguinal kanal; fitik, inguinal

ABSTRACT Inguinal endometriosis is a rare type of extrapelvic endometriosis. In inguinal endometriosis, the endometrial tissue usually located in the extrapelvic portion of the round ligament or within the inguinal lymph node. In this study, we reported a rare case of endometriosis located in an indirect inguinal hernia sac. In such cases, without cyclic pain and without findings suggestive of classical endometriosis this may lead to a delay and error in diagnosis. Therefore, we reviewed the diagnosis and treatment of indirect inguinal hernia endometriosis in the right groin with accompanying literature.

Key Words: Endometriosis; inguinal canal; hernia, inguinal

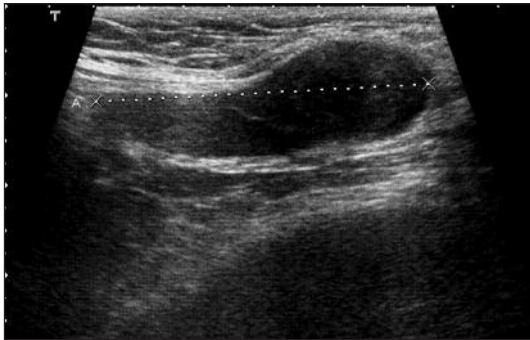
Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2013;23(3):203-6

Endometriozis, endometriyal bez ve stromanın uterus kavitesi dışında yerleşmesi olarak tanımlanır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %6-10'unu etkilemektedir. Hastalar sıklıkla, dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı ve infertiliteden şikâyetçi olmaktadır.¹ Ekstrapelvik endometriozis nadir görülmekle birlikte son yıllarda bu konu ile ilgili yayımlanan olgu sunumları ve olgu serileri artmaktadır. Biz de bu çalışmamızda, endometriozisin nadir yerleştiği inguinal kanalda indirekt fitikte yerleşen bir endometriozis olgusunu sunduk.

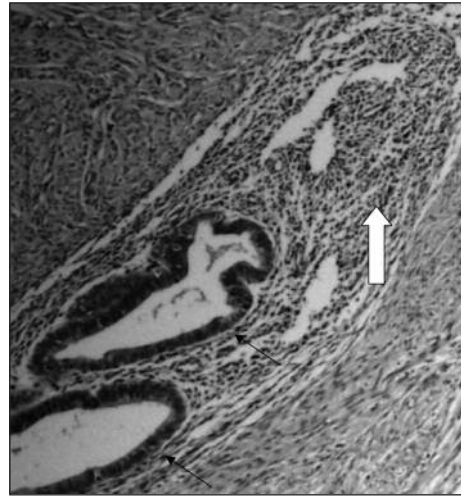
OLGU SUNUMU

Kırk bir yaşında gravida 1, partus 1, abortus 0, küretaj 0, yaşayan 1 olan hasta, son 2 aydır sağ kasık bölgesinde sürekli ağrı ve şişlik şikâyetiyle dâhiliye polikliniğine başvurmuştur. Yapılan fizik muayene sonucunda bul-

gular öncelikle lenfadenit ile uyumlu olarak değerlendirilmiş ve hastaya levofloksasin 750 mg tablet tedavisi 7 gün süre ile 1x1 şeklinde verilmiştir. Şikâyetleri geçmeyen hasta jinekoloji polikliniğine başvurmuştur. Daha önce bir sezaryen ile doğum öyküsü olan hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde özellik saptanmamış; siklik pelvik ağrı, kronik pelvik ağrı ve infertilite öyküsü olmayan hasta lenfadenit ya da inguinal herni ön tanılarıyla genel cerrahi polikliniğine yönlendirilmiştir. Hastanın yapılan yumuşak doku ultrasonografi (USG) muayenesinde, sağ inguinal kanal lokalizasyonuna uyan bölgede proksimalden distale doğru oblik seyir gösteren, fuziform şekilli 11x18x37 mm boyutlarında düzgün konturlu santral-inferiorunda milimetrik boyutlu ekojen alan barındıran, Doppler bakıda zayıf periferik ve santral vaskülariteye sahip olduğu izlenen heterojen iç yapıya sahip hipoeoik solid kitlesel lezyon izlenmiştir (Resim 1). Ön tanı olarak, enfekte inflame yumuşak doku veya lenfadenit düşünülerek hastaya cerrahi eksplorasyon önerilmiştir. Hastadan bilgilendirilmiş onam alınarak yapılan ameliyatta indirekt inguinal herni saptandı. Kесе içinde omentum olmadığı ancak USG’de tanımlanan oluşumun fitik kesesinin distal bölümünde ve fitik kesesi içinde sınırlanmış olduğu görüldü. Bu oluşum fitik kesesi ile birlikte patolojiye gönderildi (Resim 2). Defekt prolen greft yerleştirilerek onarıldı. Patoloji sonucu endometriozis olarak bildirildi (Resim 3). Hasta ertesi gün taburcu edildi. Yapılan takip ve kontrollerde hastanın şikâyeti olmadı. Tüm tetkik ve tedavilerden önce hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.



RESİM 1: Sağ inguinal bölgedeki endometriozis odağının ultrasonografik görüntüsü.



RESİM 2: Histopatolojik inceleme, endometrijal gland (siyah ok) ve stroma (beyaz ok), Hematoksilen-eozin boyama, x40.



RESİM 3: Inguinal kanal endometriozisi makroskopik görünüm.

TARTIŞMA

Endometriozis, endometriozis interna ve eksterna olarak ikiye ayrılır. Endometrijal bez ve stromanın miyometriyum içinde yerleşmesine endometriozis interna (adenomyozis uteri) denir. Endometriozis eksterna ise uterus dışındaki yerleşimleri tanımlar, pelvik ve ekstrapelvik yerleşim olarak ikiye ayrılır. Pelvik endometriozis en sık görülen formdur, overler, uterus, tubalar, ligament ve pelvik periton yüzeylerinde sıklıkla görülür. Ekstra pelvik yerleşim nadir olmakla birlikte, pariyetal, gastrointestinal, genitoüriner, plevrapulmoner sistem ve yine daha az olarak ekstremitelerde, karaciğer, diafragma, nazal kavite ve beyinde yerleşir.²

Pariyetal endometriozis veya abdominal duvar endometriozisi tanımı, periton ve daha üst seviyelerde oluşan odakları tanımlamak için kullanılır.³ En sık olarak, sezaryen insizyon yeri ve laparoskopi trokar yerlerinde görülmekle birlikte daha az olarak epizyotomi kesi yeri, histerektomi sonrası vajen kubbesi, rektus kası üzerinde, subkutanöz dokuda ve inguinal kanalda da saptanabilmektedir.⁴

Sampson 1921 yılında retrograd menstrüasyona bağlı olarak endometriyal implantların peritoneal bölgeye döküldüklerini ve buradan farklı yerlere yayılarak implante olup gelişmeye devam ettikleri teorisini ortaya atmıştır. Günümüzde, kadınların %70'inde retrograd menstrüasyon olmakta, ancak bunların hepsinde endometriozis gelişmemesi bu teorinin pariyetal endometriozisi açıklamaya yardımcı olsa da günümüzde tek başına yeterli olmadığı düşünülmektedir. Çölemik metaplazi, Halban'ın lenfovasküler yayılım teorisi ile hormonal, genetik, çevresel faktörler ve immün sistem yetersizliklerinin de endometriozis gelişiminde rol alabileceği düşünülmektedir.⁵ Ekstrapelvik endometriozisin, vücudun daha çok sağ tarafında yerleşmesi, intraperitoneal sıvı dolaşımının saat yönünde soldan sağa doğru olması ile açıklanmakta, ancak onkolojik gözlemler bu hipotezi desteklememektedir.^{6,7}

İlk inguinal kanal endometriozis olgusu 1896 yılında Cullen tarafından yayımlanmıştır.⁸ İnguinal kanal endometriozisinin nadir görülmesi, tanıda güçlüklereden neden olabilir. İnguinal kanal endometriozisi, kasıkta gelişebilen, lenfadenopati, fitik, granülom, nörinom, apse, hematoma, lipom ve yumuşak doku tümörleri ile karışabilir.^{9,10} İnguinal kanal endometriozisinin, round ligament boyunca

pelvik endometriozisin ilerlemesi sonucunda geliştiğine inanılır.⁹

İnguinal kanal endometriozisi olan hastaların bir kısmında siklik ağrılar olurken bir kısmında ağrı sürekli, şişlik ve ele gelen kitle şikâyeti mevcuttur. Menstrüasyon döneminde oluşan kasık ağrısı, hassasiyet ve ele gelen kitle ayırıcı tanıda yardımcı olabilirken; bizim olgumuzda özellikle ağrı sürekli karakterdeydi. Görüntüleme yöntemlerinden USG ve bilgisayarlı tomografi yetersiz kalırken, manyetik rezonans görüntüleme daha başarılıdır. Bununla birlikte, bazı yazarlar inguinal endometriozis tanısında ince iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda ilk basamak olarak kullanılabileceğini belirtmektedirler.⁶ Olguların bir kısmında geçirilmiş sezaryen, histerektomi veya diğer batin ameliyatları öyküsü bildirilmişken, bir kısmı daha önce hiçbir cerrahi girişim geçirmemiştir.¹¹ Tedavi edilmeyen olgularda, berrak hücreli karsinoma malign dönüşüm bildirilmiştir.¹²

İnguinal endometriozis tedavisinde geniş ekizyon esas tedavi yöntemidir. İnguinal endometriozis saptanan olgularda tanısal laparoskopi yapılmasını öneren yazarlar olmakla birlikte, pelvik endometriozisi düşündüren bulgusu olmayan olgularda laparoskopinin gerekli olmadığını savunan yazarlar da bulunmaktadır.¹³ İnguinal endometriozis sonrası hormon tedavisinin özellikle pelvik endometriozis saptanan olgularda uygulanması önerilmektedir.^{14,15}

Endometriozis, jinekoloji pratiğinde sık karşılaşılan bir hastalık olmakla birlikte, indirekt inguinal herni endometriozisi nadiren karşılaşılan bir durumdur, tanıda klinik öykü, geçirilmiş cerrahi olması şüphe uyandırmalı ve gerektiğinde multidisipliner bir yaklaşımla tanı ve tedavi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bulletti C, Coccia ME, Battistoni S, Borini A. Endometriosis and infertility. *J Assist Reprod Genet* 2010;27(8):441-7.
2. Soysal S. [Extrapelvic endometriosis]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2010;3(3):92-6.
3. Savelli L, Manuzzi L, Di Donato N, Salfi N, Trivella G, Ceccaroni M, et al. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;39(3):336-40.
4. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;171(2):239.
5. Attar E. [Etiopathogenesis of endometriosis]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obstet- Special Topics* 2010;3(3):1-6.
6. Candiani GB, Vercellini P, Fedele L, Vendola N, Carinelli S, Scaglione V. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1991;78(2):191-4.

7. Mashfiqul MA, Tan YM, Chintana CW. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernia. *Singapore Med J* 2007;48(6):e157-9.
8. Christopher F. Inguinal endometriosis. *Ann Surg* 1927;86(6):918-21.
9. Brzezinski A, Durst AL. Endometriosis presenting as an inguinal hernia. *Am J Obstet Gynecol* 1983;146(8):982-3.
10. Tarım E, Bağış T, Tarım A, Bulgan Kılıcıdağ E, Noyan T, Kayaselçuk F. [Inguinal endometriosis: a case report]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2002;12(2):184-5.
11. Rajendran S, Khan A, O'Hanlon D, Murphy M. Endometriosis: unusual cause of groin swelling. *BMJ Case Rep* 2012;2012. pii: bcr2012007526. doi: 10.1136/bcr-2012-007526.
12. Ahn GH, Scully RE. Clear cell carcinoma of the inguinal region arising from endometriosis. *Cancer* 1991;67(1):116-20.
13. Jiménez JS, Barbero P, Tejerizo A, Guillén C, Strate C. A laparoscopic approach to Nuck's duct endometriosis. *Fertil Steril* 2011;96(2):e103-5.
14. Wang CJ, Chao AS, Wang TH, Wu CT, Chao A, Lai CH. Challenge in the management of endometriosis in the canal of Nuck. *Fertil Steril* 2009;91(3):936.e9-11.
15. Wong WS, Lim CE, Luo X. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as an inguinal tumour. *ISRN Obstet Gynecol* 2011;2011:272159. doi: 10.5402/2011/272159.