

Sezaryen Skarında Endometriozis; Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

ENDOMETRIOSIS IN CESAREAN SCAR: A CASE PRESENTATION AND LITERATURE REVIEW

A.Serhan CEVRİÖĞLU*, Sezgin YILMAZ**, Mehmet YILMAZER*, Çiğdem TOKYOL***

* Yrd.Doç.Dr., Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,

** Yrd.Doç.Dr., Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

*** Yrd.Doç.Dr., Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji AD, AFYON

Özet

Amaç: Sezaryen skarında endometriyozis tanısı konulan bir olgunun klinik prezentasyonu, muayene bulguları, tanı ve tedavi yaklaşımı, ilgili literatür ışığında gözden geçirildi.

Olgu sunumu: Dört yıl önce sezeryanla ilk doğumunu yapan, 22 yaşındaki olgu, 6 aydır sezaryen skarının sağ alt kenarında, zaman zaman beliren şişlik ve sızlama hissi ile başvurdu. Fizik muayenede bahsedilen bölgede 2 santim çaplı, hafif ağrılı, semimobil, subkutan nodüler kitle palpe edildi. Sezaryen skarında kitle tanısıyla cerrahi ekizyon uygulanan dokunun patolojik tanısı endometriozis' le uyumlu geldi.

Sonuçlar: Sezaryen ile doğum yapmış kadınlar, sezaryen kesisinde tekrarlayan ağrı ve/veya kitle yakınmalarıyla başvurdıklarında, ayırıcı tanıda sezaryen skar endometriozisi akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Sezaryen skarı, Ekstrapelvik endometriozis

T Klin Jinekoloj Obst 2004, 14:44-47

Summary

Objective: A case diagnosed as having endometriosis in the cesarean scar is presented. The examination findings, diagnosis and treatment approaches are reviewed according to the literature.

Case presentation: A 22-year old case who gave birth to her first child by cesarean four years ago applied with the complaints of occasional swelling and feeling of pain at the right lower end of the cesarean scar for six months. In the physical examination a semi-mobile, subcutaneous nodular mass with 2cm. diameter and causing slight pain was palpated at the site mentioned. Surgical excision was applied to the tissue diagnosed as mass in the cesarean scar and the histopathological diagnosis revealed endometriosis.

Conclusions: When women who give birth by cesarean applying with the complaints of recurrent pain and/or mass in cesarean scar, cesarean scar endometriosis should be taken into consideration in the diagnosis.

Key Words: Endometriosis, Cesarean scar, Extra-pelvic endometriosis

T Klin J Gynecol Obst 2004, 14:44-47

Endometriozis histolojik olarak endometriuma benzeyen, gland ve stroma'yı içeren endometrial dokunun, uterus iç yüzeyinin dışında, diğer vücut organlarında yerleşmesidir (1). Endometriozis lezyonları genelde genital organların peritoneal yüzeylerinde ve pelvisin komşu oluşumlarında bulunmakla birlikte, vücudun hemen her organında yerleşim gösterebilmektedir. Pelvis dışında yerleşim gösteren endometriotik lezyonların (ekstrapelvik endometriozis)' in görüldüğü yerler görülme sıklığına göre; barsaklar, umblikus, abdominal kesi skarları başta olmak üzere farklı cilt bölgeleri, akciğerler, plevra, pankreas, meninksler ve omurga olarak sıralanabilir (2).

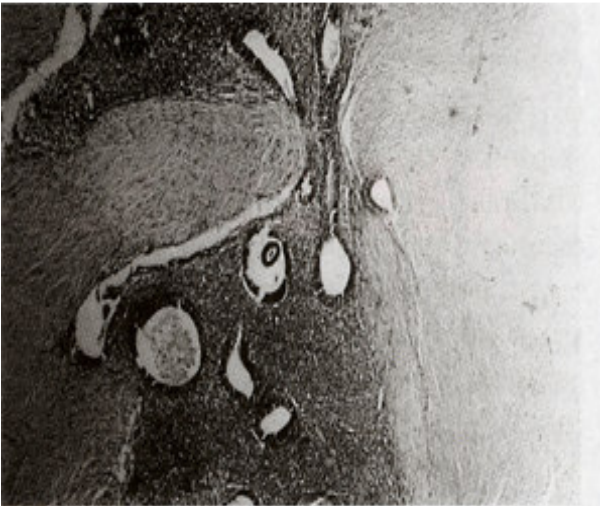
Ekstrapelvik endometriozis'in bulgu ve belirtileri geniş bir klinik yelpaze oluşturur. Lezyonların yaygınlığı ile oluşturduğu semptomlar arasında direkt ilişki her zaman kurulamamaktadır. Ekstrapelvik endometriozis asemptomatik olabileceği gibi yerleştiği organa göre hematüri, hematemez, hemoptizi, hatta epilepsi gibi değişken ve genellikle menstrüel sıklusa eşlik eden semptomlarla görülebilmektedir (1,3,4). Sonuç olarak ekstrapelvik endometriozis çok farklı klinik tablolarla karşımıza çıkabilmekte, tedavi şekilleri de buna göre değişkenlik göstermektedir.

Sezaryen skarında menstrüel sıklusa paralel olarak ortaya çıkan şişlik ve ağrı yakınmaları ile

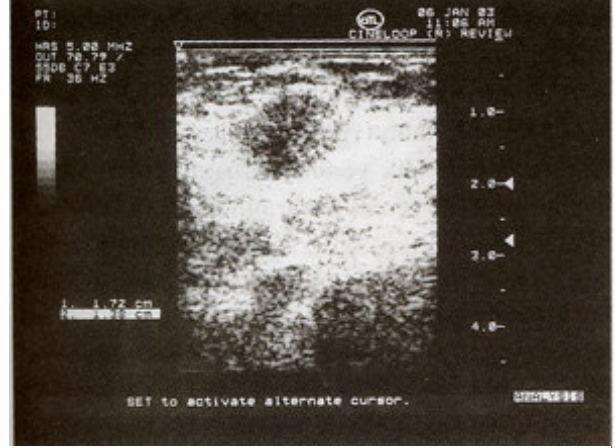
başvuran ve sonuçta subkutan endometriozis tanısı alan olgunun tanı ve tedavisindeki yaklaşım literatür verileri ışığında sunuldu.

Olgu Sunumu

22 yaşındaki olgu 6 aydır özellikle menstruasyon dönemlerinde belirginleşen, sağ supra-inguinal bölgede kitle ve ağrı yakınması ile hastanemize başvurdu. Özgeçmiş sorgulamasında yandaş bir hastalığı olmayan olgunun, 4 yıl önce ilk doğumunu sezaryenle yaptığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; sağ supra-inguinal bölgede, sezaryene ait pfannenstiel tarzı cilt kesisinin hemen lateralinde, 2x2 cm boyutlarında, palpasyonla hafif ağrılı subkutan yerleşimli, semimobil, solid kıvamlı kitle saptandı. Pelvik muayeneye birlikte yapılan transvajinal ultrasonografide uterus ve adnekslerin normal yapıda olduğu görüldü. Hastanın transabdominal ultrasonografik değerlendirmesinde; bahsedilen bölgede, cilt altı dokuda lokalize, 17x15 mm boyutlarında, sınırları çevre yağ dokusundan net olarak ayırt edilemeyen, hipoekoik solid kitle gözlemlendi (Resim 1). Sezaryen skarında kitle (ekstraperitoneal endometriozis) ön tanısı konulan olguya tedavi amacıyla kitle eksizeyonu önerildi. Hastanın onayını takiben, spinal anestezi altında sezaryen kesisinin sağ kenarından laterale uzanan kesi ile eksternal oblik kas fasyasına kadar inildi. Cilt altı dokuda yerleşmiş ve fasyaya yapışık



Resim 1. Transabdominal ultrasonografik muayenede sezaryen skarının sağ kenarının 2 cm lateralinde, subkutan lokalizasyonda saptanan endometriotik odağın görünümü.



Resim 2. Fibrokollajen bir zeminde fokal kanama içeren endometrial gland ve stroma odakları (HEEx40).

olan 2 x 2 cm boyutlarında, gri kahverengi renkli, sert kıvamlı kitle, çevresindeki 2 cm'lik yağ dokusu ile birlikte eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Takiben kesilen fasya üzerine 5 cm² genişliğinde prolen mesh uygulanarak cilt katları karşılaştırıldı. Erken postoperatif dönemde sorun yaşamayan olgunun, postoperatif 1. ve 6. ayında yapılan kontrollerinde rekürrens bulgusu saptanmadı.

Eksize edilen dokunun histopatolojik incelemesinde fibrokollajen, fibroadipöz bir zeminde endometrial gland ve stroma içeren odaklar görüldü. Endometrial stromada polimorfonükleer iltihabi hücre infiltrasyonu ve fokal kanama odakları gözlemlendi (Resim 2).

Tartışma

Sezaryen kesi skarında endometriozis görülme insidansının % 0,03-1,7 arasında olduğu bildirilmiştir (5). Pelvik ve ekstrapelvik endometriozis gelişiminin patofizyolojisini açıklamak için çeşitli teoriler öne sürülmektedir. Pelvik endometriozis gelişiminde retrograd menstrüasyon sonrasında pelvise dökülen canlı endometrial hücrelerin endometriozis odaklarını oluşturdukları iddiası genelde kabul görürken, ekstrapelvik endometriozis'in gelişimiyle ilgili çok sayıda ve tartışılan teoriler bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili olarak deney hayvanı modelinde yapılan bir çalışmada, menses sırasında alınan endometrium dokusunun periton, yada cilt altına yerleştirilmesiyle pelvik ve ekstra-pelvik

pelvik ve ekstra-pelvik endometriotik odaklar oluşturulabildiğinin gösterilmesi önemli bir bulgu olarak kabul edilmiştir (6). Genellikle insizyon skarlarında gelişen ekstrapelvik endometriozis odaklarının uterin kaviteyi, sonuçta da endometrium'un bazal tabakasını ilgilendiren sezaryen, metroplasti ve myomektomi gibi cerrahi girişimlerden sonra geliştiği bilinmektedir (7). Sunduğumuz olguda sezaryen sonrasında cilt kesi bölgesinde ekstrapelvik endometriozis odağının gelişmiş olması da yukarıda verilen literatürün fizyopatoloji bilgileriyle uyum göstermektedir.

Literatür verileri, sezaryen kesi skarlarında endometriozis gelişen hastaların, tipik olarak skar veya çevresindeki lokalizasyonda kitle ve bu kitlede perimenstrüel dönemde şişme ve ağrı yakınmasıyla hekime başvurduklarını göstermektedir (8-10). Genellikle endometriotik doku yağ, fasya ve kas dokusunu infiltrate eden derin yerleşimli veya subkutan nodüller şeklinde gelişmektedir. Menses döneminde endometriotik doku'dan çevre doku içine olan kanamalar tekrarlayan lokal ağrı ve şişliğe yol açmaktadır. Ayrıca ektopik yerleşimli endometrial doku dermiste yüzeysel yerleşimli ise, menstruasyon döneminde cilt yüzeyinden kanamaların olabildiği de bildirilmiştir (9). Ancak olgular her zaman yukarıda anlatılan tipik klinik tablo ile başvurmayabilirler. Ciltte yerleşimli ekstrapelvik endometriozis olgusu tamamen asemptomatik olabileceği gibi, klinik yönden melanositik nevus, malign melanom, pyojenik granülom, seboreik keratoz, umbikal veya inguinal herni gibi çok farklı klinik tablolarla karıştırılabilmektedir (9).

Sezaryen operasyonu sonrasında gelişen insizyon yeri endometriozis'inin muhtemelen literatürde bildirildiğinden daha sık olduğu, tanı için gereken cerrahi eksizyonun her olguda yapılamaması nedeniyle birçok olguya tanı konulamadığı, dolayısıyla tedavisinin de yapılamadığı iddia edilmektedir (11). Yapılan bir araştırmada üç olguda sezaryen skarında gelişen endometriozis ön tanısı konulan bölgeden öncelikle ince iğne aspirasyonu denemiş, ancak elde edilen dokuların histopatolojik bulgularının metastatik karsinoma benzerliği karşısında, şüpheli olguların değerlendirilmesinde ince iğne aspirasyon biyopsisinin sağlıklı bilgi veremeyeceği

sonucuna varılmıştır (12). Ayrıca ektopik endometrial doku her zaman tipik görünümdeki endometrial gland ve stromayı içermeyebilir. Örneğin görüntü sadece stromayı içerebileceği gibi, bazende sadece siklusun farklı dönemlerine ait endometrium fazlarının görüntüsü ile karşılaşılabılır (13). Çok nadir olmakla birlikte skar dokusunda yerleşen endometriotik doku'dan müsinöz adenokarsinom ve berrak hücreli karsinom tiplerinde karsinomatöz transformasyon gelişebildiği de gösterilmiştir (14, 15).

Ekstrapelvik endometriozis'in tanısında kompute tomografi ve ultrasonografi gibi radyolojik yöntemlerden faydalanılabilmektedir (16). Sunduğumuz olgunun transabdominal ultrasonografik değerlendirmesinde, geçirilmiş sezaryen skar bölgesinin kenarında saptanan cilt altı kitlesi preoperatif ön tanı açısından yararlı olmuştur (Resim 1).

Tedavide temel yaklaşım cerrahi eksizyondur. Ancak lokalizasyonu tüm kitlenin cerrahi eksizyonuna uygun olmayan (akciğer, beyin gibi), ya da çok yaygın alanı kaplayan ektopik yerleşimli endometrial doku'nun tedavisinde medikal menopoza elde edilmesi amacıyla, danazol veya gonadotropin salgılatıcı hormon analogları'nın kullanılabileceği bildirilmiştir (17). Bu ilaçlarla hastaların semptomlarının geriletmesi mümkün olabilmekle birlikte, uzun süreli kullanımda osteoporoz' a veya hirsütizm'e yol açabilmeleri, tedavi kesilince semptomların rekürrens göstermesi gibi özelliklerinin bulunması kullanım etkinliklerini kısıtlamaktadır (18). Ayrıca ektopik endometrial dokudan malignansi gelişim riskinin olabilmemesi de histopatolojik tanıyı gerekli kılmaktadır (14,15). Koruyucu hekimlik yönünden batın katları kapatılırken, batın içi ve cilt katlarının bol serum fizyolojikle irrigate edilmesi, bu bölgelerde kalması muhtemel endometrial doku artıklarının implantasyonunu önleyerek, sezaryen skar endometriozis'inden korunmamıza yardımcı olabilir.

Sonuç olarak sezaryen ile doğum yapmış kadınlar, sezaryen kesi skarı bölgesinde tekrarlayan ağrı ve/veya kitle yakınmalarıyla başvurduklarında, ayırıcı tanıda sezaryen skar endometriozisi akla getirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. D'Hooghe TM, Hill JA. Endometriosis. In: Berek SJ, Adashi EY, Hillard PA, eds. *Novak's Gynecology*, 12th ed. Baltimore: Williams&Wilkins;1996;887-915.
2. Bergqvist A. Extragenital endometriosis. *Eur J Surg* 1992; 158:7-12.
3. Koyuncu FM, Sungurtekin Ü, Isparta T, Peker A. Vezikal endometriosis. *Alsancak Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1996;4:30-32.
4. Aktan E, Kaleli B, Demirkan N, Tuncay L, Neşşar M. Rektosigmoid muskuler tabaka ve ekstrensek yüzeysel üreteral tutulum gözlenen bir endometriosis olgusu. *Türk Fertilité Dergisi* 1997;3:220-224.
5. Phupong V, Triratanachat S. Cesarean section scar endometriosis: a case report and review of the literature. *J.Med Assoc Thai* 2002 jun;85(6) : 733-8
6. D'Hooghe TM, Bamba CS, Isahaki M, Koninckx PR. Intrapelvic injection of menstrual endometrium causes endometriosis in baboons. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:125-134.
7. Chatterjee SK. Scar endometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81-6.
8. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis. A report of two cases. *J Reprod Med* 2002;47:50-2.
9. Albrecht LE, Tron V, Rivers JK. Cutaneous endometriosis. *Int J Dermatol* 1995 Apr; 34: 261-2.
10. Ünlü Y, Özardalı İ. Skar endometriozisi: Olgu sunumu. *Genel Tıp Dergisi* 1999;9:19-22.
11. Daye SS, Barone JE, Lincer RM, Blabey RC, Smego DR. Pfannenstiel syndrome. *Am Surg* 1993; 59: 459-60.
12. Ashfaq R, Molberg KH, Vuitch F. Cutaneous endometriosis as a diagnostic pitfall of fine needle aspiration biopsy. A report of three cases. *Acta Cytol* 1994 ;38:577-81.
13. Williams JT. Endometriosis. In: Thompson JD, Rock JA (Eds.) *Te Linde's Operative Gynecology*. 7Th ed. Pennsylvania: Lippincot; 1992:463-99.
14. Gucer F, Reich O, Komettr P, Pieber D. Endometrioid carcinoma arising with a scar endometriosis. *Eur J Gynecol Oncol* 1997; 18:42-3.
15. Gucer F, Pieber D. Clear cell carcinoma arising in extragonadal endometriosis in a Caeserean section scar during pregnancy. *Gynecol Oncol* 1998 ;70:127-30.
16. Yackovich FH, Bender GN, Tsuchida AM. Case report: peri-anal episiotomy scar endometrioma imaged by CT and sector endoluminal ultrasound. *J Clin Radiol* 1994; 49:578-9.
17. Purvis RS, Tying SK. Cutaneous and subcutaneous endometriosis. Surgical and hormonal therapy. *J Dermatol Surg Oncol* 1994;20:693-5.
18. Dawood MY. Impact of medical treatment of endometriosis on bone mass. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:674-9.

Geliş Tarihi: 20.08.2003

Yazışma adresi: Dr.A. Serhan CEVRİOĞLU
Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, AFYON
ascevrioglu@hotmail.com veya
drcevrioglu@mynet.com