

Myomektomi sonrası karın duvarı endometriozisi

Abdominall wall endometriosis after myomectomy

Yaman İ¹ İnceboz Ü² Derici H¹ Uzgören E³

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Türkiye

³Özel Uzgören Patoloji Laboratuvarı, Balıkesir, Türkiye

Özet

Endometriosis histolojik olarak normal endometrial dokunun rahim içi boşluğun dışında bulunması ile karakterizedir. Ektopik endometrium dokusu en çok pelvik organlar, overler, Douglas boşluğu, sakrouterin ligamentler, pelvik periton, rektovaginal septum ve serviksi tutmaktadır. Karın duvarı endometriozisi ise genellikle hysterotomi yapılan obstetrik veya jinekolojik operasyonlar sonrası endometriozisin karın duvarında yerleşmesidir. Tüm endometriozis olgularının ancak %1'i karın duvarı yerleşimidir. Nadir görülen bir hastalık olduğu için tanı genellikle gecikir ve tanıda yanılgılar yaygındır. Hastanın döngüsel şikayetleri ve geçirilmiş uterus cerrahisi öyküsü ile tanıya götürebilir. Tedavisinde total eksizyon yeterlidir. Burada literatürde oldukça nadir görülen myomektomi sonrası karın duvarında gelişmiş endometriozisli bir olguyu sunuyoruz. Lezyon geniş olarak eksize edildi ve histopatolojik inceleme endometriozis varlığını doğruladı.

Anahtar Sözcükler: Endometriozis, karın duvarı, jinekolojik cerrahi girişimler.

Summary

Endometriosis is characterized by the presence of histological normal endometrial tissue outside the uterine cavity. Ectopic endometrial tissue is most commonly seen in pelvic organs, ovaries, sacrouterine ligaments, the peritoneum, rectovaginal septum and cervix. Abdominal wall endometriosis is the ectopic location of the endometrial tissue in the abdominal wall and is usually preceded by surgery during which the uterine cavity is entered. Only 1% of endometriosis cases are located on the abdominal wall. Since it is rare, misdiagnoses are common and the diagnosis is usually delayed. The patient's cyclic symptoms and history of previous uterine surgery should suggest the correct diagnosis. Treatment is accomplished by total excision of the lesion. We present a case of abdominal wall endometriosis which occurred after myomectomy surgery, which is quite rare in the literature. The wide excision of the lesion was performed and the histopathological examination confirmed the presence of endometriosis.

Key Words: Endometriosis, abdominal wall, gynecologic surgical procedures.

Giriş

Endometriozis, endometriumun bez dokusu ve stroma yapılarının uterus kavitesi dışında yerleşmesidir (1, 2, 3). En sık over ve sakro-uterin ligamet gibi intrapelvik yerleşimine rağmen pek çok organ ve lokalizasyonda da görülebilir (2, 5). Tüm endometriozis vakalarının ancak %1'inin karın duvarı yerleşimli olduğu bildirilmektedir (5).

İlk kez 1885 yılında Von Reclinghausen (6) tarafından tanımlanan karın duvarı endometriozisinin jinekolojik ameliyatlar ile ilgisi ilk olarak 1975 yılında Aimakhu (4) tarafından vurgulanmıştır. Karın duvarında endometriozis, sezaryen veya jinekolojik ameliyat geçiren olguların %0.03-1.7'sinde görülmekte olup, karşılaşılan en sık semptomlar menstruasyon ile birlikte şiddetlenen ağrı ve boyutlarında artış görülen kitledir (1, 2, 4, 7).

Bu makalede özgeçmişinde myomektomi operasyonu olan ve karın duvarı endometriozisi tanısı alan olgunun sunulması amaçlandı.

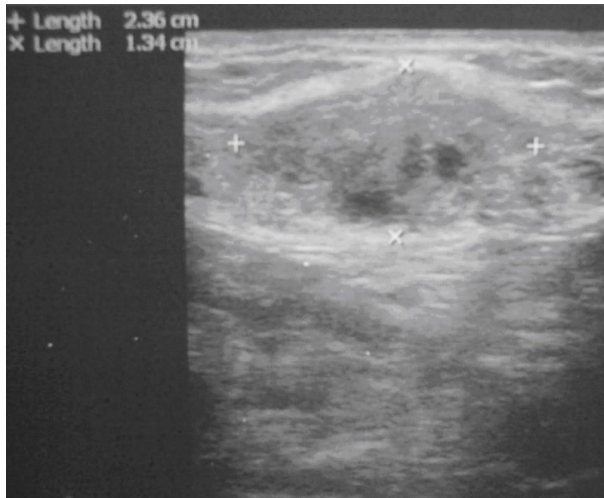
Yazışma Adresi: İsmail YAMAN

Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Makalenin Geliş Tarihi: 26.01.2010 Kabul Tarihi:25.05.2010

Olgu Sunumu

Kırk yaşında bayan hasta, karın sağ alt kadranda ağrılı kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde bir yıl önce myomektomi operasyonu geçirdiğini, ameliyattan 6 ay sonra karın ön duvarında şişlik ve ağrı oluştuğunu, bu şikayetlerin her adet döneminde arttığını ifade etmekteydi. Fizik bakışında Pfannenstiel insizyon skarı sağ kenarının 3 cm. süperiorunda 2.5x2 cm boyutlarında, palpasyonla hassasiyet gösteren, sınırları düzensiz, sert, fikse kitle mevcuttu. Pelvik bakı ve ultrasonografi (USG) normaldi. Yüzeysel USG'de söz konusu lokalizasyonda cilt altında, rektus kası ön kılıfına invaze olan, sınırları düzensiz, internal hiperekoik ekolar içeren heterojen ekolu solid kitle izlendi (Resim-1).



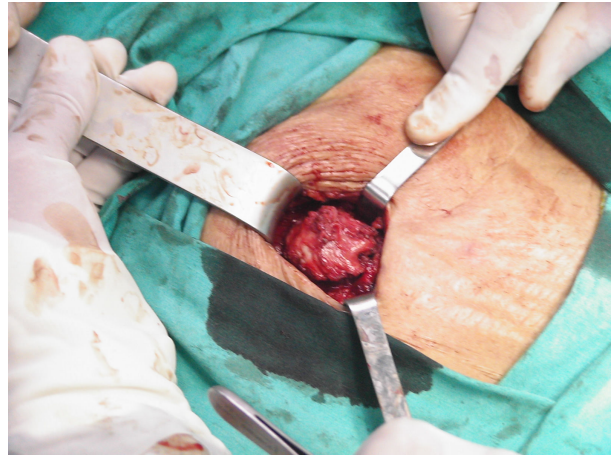
Resim 1. Karın duvarı endometriozisinin ultrasonografik görünümü.

Karın duvarı endometriozisi öntanısıyla ameliyata alınan olguya eski insizyon yerinin sağ kenarından girilerek, rektus kası ön kılıfı da piyese dahil olacak şekilde total kitle eksizyonu uygulandı (Resim-2). Fasya açıklığı primer kapatıldı. Olgu aynı gün akşamı şifa ile taburcu edildi. Büyüklüğü 3x3x1.8 cm. olan solid doku örneğinin histopatolojik incelemesinde hemosiderinle yüklü histiyositler, kanama alanları, endometrial bez yapıları ve stroma saptandı, sonuç endometriozis eksterna olarak rapor edildi. (Resim-3).

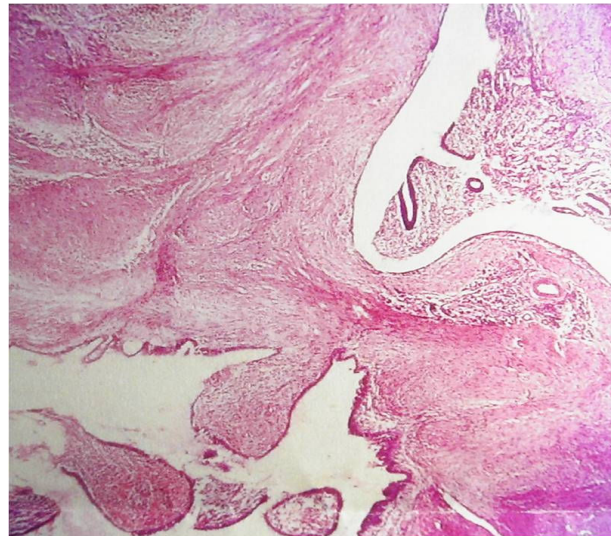
Tartışma

Endometriozis yerleştiği bölgeye göre çok değişik semptomlar ile karşımıza çıkabilen ve nedeni tam bilinmeyen bir hastalıktır (1,4,7). Endometriozisin oluşumu ile ilgili reflü ve implantasyon, direkt yayılım, peritoneal metaplazi (çöломik yayılım), lenfatik ve vasküler yayılım ve yatkınlık oluşturan immunolojik faktörler gibi değişik teoriler mevcuttur (1, 3). Karın

duvarı endometriozisi için en olası açıklama iyatrojenik ekilmidir (4,8). Genel olarak sezaryen veya jinekolojik ameliyatlardan sonrasında görülmesi de bunu desteklemektedir. Endometrial dokunun ekimini önlemek amacıyla, uterin kaviteye müdahale edilen abdominal cerrahilerde işlemin sonlandırma aşamasına geçildiğinde kullanılan eldivenlerin, iğnelerin, sütür materyallerinin ve spançların değiştirilmesi ve insizyon hattının kapatılmadan önce yüksek akımlı salin solüsyonu ile temizlenmesi önerilmektedir (1, 7, 9). Literatürde karın duvarına yerleşimli endometriozisin nadir olarak myomektomi ameliyatı gibi uterus kavitesinin açılmadığı durumlarda da görüldüğü bildirilmektedir (1, 2, 8, 10). Bu durum menstruasyon esnasında retrograd dökülen endometrial doku parçalarının ameliyat sırasında karın duvarına yayılması ve/veya peritoneal hücrelerin ekilmesi ve metaplaziye uğrama-sıyla açıklanmaktadır (6,10).



Resim 2. Ameliyat piyesinin görünümü.



Resim 3. H&EEx100 büyütmede kas dokusu içerisinde adacıklar halinde endometrial bezler ve stroma

Endometriozisin malign transformasyon potansiyeline sahip neoplastik bir süreç olduğuna dair genetik ve moleküler kanıtlar vardır (8). İlk olarak 1925'te Simpson (8) tarafından tanımlan bu uzun süreç östrojen stimülasyonu ile açıklanmaya çalışılmıştır. Achach ve arkadaşları (8), endometriozisten en sık "endometrioid karsinom", ekstrapelvik yerleşimli endometriozisten ise "berrak hücreli karsinom" geliştiğini bildirmektedirler.

Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri kitlenin boyutları, yapısı, invazyonu hakkında ayrıntılı bilgi verir ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (4). İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanı koydurucu değeri düşüktür, özellikle malign lezyondan şüphelenildiğinde yapılması önerilmektedir (2). Olgumuzda tipik olarak myomektomi sonrası Pfannenstiel insizyon skarı komşuluğunda, özellikle siklik ağrıya neden olan, 6 ayda progresif büyüme göstermemiş kitle mevcuttu. Bu veriler ve USG bulguları bize tanının karın duvarı endometriozisi olabileceğini düşündürdü. Malignite düşünülmediği ve total eksizyon planlandığı için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapmaya gerek görülmedi.

Karın duvarı endometriozislerinin %25'inde eş zamanlı pelvik endometriozis de vardır ve olgular mutlaka bu açıdan değerlendirilmelidir (1). Olgumuzda pelvik endometriozisi düşündürecek anamnez, pelvik bakı ve USG bulguları mevcut değildi. Bu nedenle tanısız laparoskopi gibi ek incelemeye gerek duyulmadı.

Karın duvarı endometriozisinin tedavisinde kitlenin salim sınırlarla total olarak eksize edilmesi önerilmektedir (1,2,7). Cerrahi tedavi olguların %95'ten fazlasında kür sağlar. Tam eksizyon sağlamak için sıklıkla abdominal fasyanın bir parçasını da çıkarmak gerektiği özellikle vurgulanmaktadır (7). Olgumuzda da kitle rektus kası ön kılıfına invaze idi ve rektus kası ön kılıfı piyese dahil edildi.

Sonuç olarak, endometrial kavitenin çoğu kez açılmadığı myomektomi ameliyatları sonrasında da karın duvarı endometriozisi gelişebilmektedir. Geçirilmiş jinekolojik operasyon anamnezi veren, kesi yerine yakın ağırlı kitlesi olan kişilerde ayırıcı tanıda karın duvarı endometriozisi düşünülmalıdır. Tedavisinde komplet cerrahi eksizyon yeterlidir.

Not: "Olgu sunumu" için hastadan "Bilgilendirilmiş olur" (informed consent) alınmıştır.

Kaynaklar

1. Kocakuşak A, Arpınar E, Arıkan S ve ark. Abdominal Wall Endometriosis: A Diagnostic Dilemma for Surgeons. Med Princ Pract 2005;14:434-437.
2. Mayir B, Akpınar Y, Emek K. Karın Duvarında Endometriozis. T Klin Jinekoloj Obst 2006;16:95-97.
3. Singh K, Lessells A, Adam D et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. Br J Surg 1995;82:1349-1351.
4. Kara C, Derici H, Bozdağ A, Ermete M. Karın duvarında endometriozis: Üç olgunun sunumu. Ulusal Cerrahi Dergisi 2005;21:201-203.
5. Erdem M, Erdem A, Göl K, Yıldırım M. Sezaryen skar endometriozis: Vaka takdimi. T Klin Jinekoloj Obst 1992;2:15-16.
6. Michowitz M, Baratz M, Stavorovsky M. Endometriosis of the umbilicus. Dermatologica 1983;167:326-330.
7. Cevrioğlu S, Yılmaz S, Yılmaz M, Tokyol Ç. Sezaryen skarında endometriozis; olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. T Klin Jinekoloj Obst 2004;14: 44-47.
8. Achach T, Rammeh S, Trabelsi A et al. Clear Cell Adenocarcinoma Arising from Abdominal Wall Endometriosis. J Oncol 2008;doi:10.1155/2008/478325.
9. Teng C, Yang H, Chen K et al. Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. Taiwan J Obstet Gynecol 2008;47:42-48.
10. Zhu Z, Al-beiti M, Tang L et al. Cincinal characteristic analysis of 32 patients with abdominal incision endometriosis. J Obstet Gynaecol 2008;28:742-745