

Sezaryen Sonrası İnsizyon Skarında ve Abdominal Duvarda Endometriozis

Endometriosis in the post-cesarean incision scar and abdominal wall
Genel Cerrahi

Başvuru: 30.04.2018
Kabul: 27.05.2018
Yayın: 01.08.2018

Mustafa Başpınar¹, Bartu Badak²

¹ Ankara Şereflikoçhisar Devlet Hastanesi
² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun, normal anatomik yerleşimi olan uterus dokusunun dışındaki bölgelerde varlık göstermesidir. Sıklıkla üreme çağındaki kadınlarda rastlanır. Bu yazımızda, sezaryen sonrası nüks abdominal kitle nedeni ile ameliyat edilen 2 hasta literatüre katkı amaçlı operasyon esnasında çekilen fotoğraflar eşliğinde sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *endometrium, abdominal, cerrahi*

Abstract

Endometriosis is the presence of functional endometrium tissue in areas outside the normal anatomic location of the uterine tissue. It is often encountered in the women of reproductive age. In this paper, 2 patients with abdominal wall endometriosis after cesarean section were presented in the light of the photographs taken during the operation for contribution to the literature.

Keywords: *endometrium, abdominal, surgery*

Giriş

Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterustaki anatomik yerleşimi dışında bulunması ve ovaryen hormonlara cevap vermesi olup, üreme çağındaki kadınlarda sık rastlanılan bir hastalıktır. En sık overler olmak üzere uterin ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritonda yerleşim göstermekle beraber, nadir olarak vulva, vajen, apendiks, mide, karaciğer, toraks, mesane, umbilikus ve inguinal kanalda da görülebilir¹. İlk olarak 1975 yılında, sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda insizyon skarı yerinde veya çevresinde de endometriozis odakları olabileceği bildirilmiştir². Olguların %0.03-0.4'ünde insizyon skarı çevresinde veya karın duvarında görülebildiği bildirilmektedir³.

Olgu Sunumu

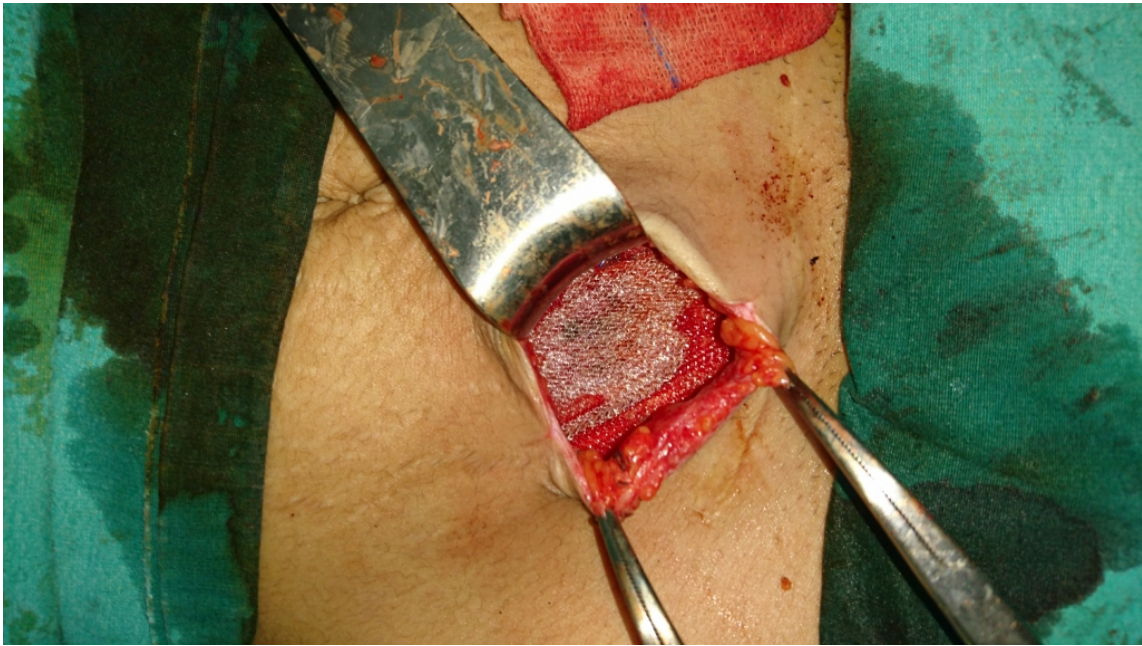
Biri nüks olmak üzere iki vaka sunulmuştur.

Olgu 1:

İki yıl önce sezaryenle doğum yapan yirmibeş yaşında hasta, üç ay önce karının sağ alt kısmında sezaryen ameliyat yerinin yukarısında ağrı ve şişlik nedeni ile başvurduğu klinikte opere edilmiş. Son bir aydır şikayetleri tekrarlayan, yapılan fizik muayenede sezaryen insizyon skarı sağ lateralinde yaklaşık 2 cm superiorunda, eski eksizyon skarı altında 2x2 cm'lik kitle lezyonu saptandı. Hasta karın ön duvarı fitikleri ve abdominal kitle öntanılarını ile ameliyata alındı. Kitle lezyonu 1 cm'lik cerrahi sınır ve alt sınırında rektus kası ön fasiasını tuttuğu fasia ile birlikte total eksize edildi. (Şekil 1) Fasia defekti prolene mesh ile onarıldı (Şekil 2). Hasta ameliyat sonrası 2. günde şifa ile taburcu oldu.



Şekil 1 : eksizyon materyali



Şekil 2 : mesh uygulaması

Olgu 2:

Üç yıl önce sezaryenle doğum yapan yirmiyedi yaşındaki hasta, beş aydır göbek sağ yanında var olan ve adet kanamalarıyla ağrısı artan kitle ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde umbilikus sağ lateralinde 3x3 cm. çapında kitle saptandı. (Şekil 3) Ameliyatta kitle en az 1 cm. çevre sağlam doku içerecek şekilde eksize edildi. Patoloji sonucu endometriozis olarak rapor edildi.



Şekil 3 : eksplorasyon görüntüsü

Tartışma

Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %2-4'ünde, herhangi bir nedenle jinekolojik ameliyat geçiren kadınların ise %10-15'inde görülen bir hastalıktır ¹. Dismenore, disparoni ve infertilite en sık görülen semptomlardır ³. Karın duvarı endometriozisi ise oldukça nadir görülmektedir. Olgular en sık karın ağrısı ve karın duvarında kitle şikayetleri ile hekime başvururlar ⁴. Öykü ve fizik muayene tanıyı desteklemekle beraber kesin tanı ancak biyopsi ile konur ⁵.

Endometriozisin oluşumu ile ilgili olarak adet sırasında kanın tuba uterinalardan karın boşluğuna dökülmesi, lenfatik ve hematojen dolaşım ile hücrelerin farklı doku ve organlara yerleşmesi ve proliferasyonu, çölemik metaplazi ve genetik yatkınlık gibi çok sayıda teori olmasına rağmen, skar endometriozisinin ameliyat sırasında endometrial hücrelerin iyatrojenik oto-transplantasyonu ile oluştuğu kabul edilmektedir ^{6,7}. Ayırıcı tanıda, batın duvarında nöroma, herni, hematom, lenfadenopati, lenfoma, desmoid tümör ve sarkomlar akla gelmelidir ⁶. Bu tip olgularda ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ve ince iğne aspirasyon biyopsisi (İİAB) gibi yöntemler kullanılabilir. Olguların ultrasonografik görüntüsü kistik, polikistik, solid veya bunların karışımı şeklinde olabilir, fakat USG endometriozis tanısı için duyarlı değildir. BT'de genellikle iyi sınırlı, solid veya kistik-solid karışık yapıda artmış kontrast tutulumu gösteren bir kitle olarak görülür. MRG'de T1 ve T2 görüntülerde yüksek sinyal yoğunluğuna sahip alanlar vardır. Bu tetkikler faydalı olmakla birlikte, ameliyat öncesi kesin tanıyı sağlayamayabilir. Ameliyat öncesi tanıyı koydurabilen yöntem İİAB'dir, ancak insizyonel fitiğin ekarte edilemediği olgularda önerilmez ⁶.

İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanı koydurucu değeri düşük olmasına karşın endometrial hücrelerin görülmesi ve hemosiderin pigmenti tespit edilmesi durumunda tanı koydurucudur ⁶. İnsizyonel biyopsi endometriozisin daha da yayılmasına neden olabileceği için yapılmamalıdır. Yine bu hastalarda eş zamanlı batın içi yayılım olabileceği gözden kaçırılmamalı ve iyi sorgulanmalıdır ⁷.

Skar ya da batın duvarı endometriozisinde cerrahi eksizyon etkin bir tedavidir. Nüksü engellemek için kitle en az

1 cm çevre sağlam dokuyla birlikte bir bütün olarak çıkarılmalıdır⁷. Ameliyat sonrası komplet cerrahi uygulanıp, rezidü doku bırakılmamışsa ilave tedaviye gerek yoktur, ama olgular pelvik endometriozis olasılığına karşı takip edilmelidir^{8,9}. Pelvik endometriozisin tedavisinde ektopik endometrial dokuyu atrofiye etmeye yönelik medikal tedavi yöntemleri öncelikle tercih edilmektedir. Bunlar kombine oral kontraseptifler, progestinler, danazol, gestrinone, GnRH analogları ve anastrozoldür. Ayrıca, semptomatik tedavi için de nonsteroidal antienflamatuar ajanlar kullanılabilir⁷. Tedaviye yanıt vermeyen olgularda da yine cerrahi eksizyonun uygulanması gereklidir. Cerrahi sonrası hormonal tedaviyi destekleyen kanıt yoktur⁹.

Sonuç olarak, batın duvarında kitle ile başvuran kadın hastalarda geçirilmiş ameliyatlar iyi sorgulanmalı, özellikle geçirilmiş sezaryen ve endometriozis akla gelmelidir. Ayırıcı tanı için görüntüleme yöntemlerinden ve İİAB'nden faydalanılabilir. Tedavisinde geniş cerrahi eksizyon gerekir. Genel cerrahların bu hastalıkla ilgili farkındalıklarının artması ameliyat öncesi değerlendirme ve tedaviyi yönlendirmede faydalıdır.

Referanslar

1. Tarım E, ve ark. İnguinal endometriozis: bir olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2002, 12: 184-5.
2. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci. 2002; 47: 456-61.
3. Blanco RG, et al. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003; 185: 596-8.
4. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. Int Surg. 1975; 60: 103-4.
5. Singh KK, et al. Pre-sentation of endometriosis to general surgeon: a 10-year experience. Br J Surg. 1995; 82: 1349-51.
6. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. Am Coll Surg. 2000; 190: 404-7.
7. İdeyi SC, et al. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. Dig Surg. 2003; 20: 246-8.
8. Erdem M, ve ark. Sezaryen skar endometriozis: Vaka takdimi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 1992; 2: 15-6.
9. Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. Int J Gynaecol Obstet. 2005; 89: 59-60.