

## Skar Endometriozisi: Olgu Sunumu

Scar Endometriosis: Case Presentation  
Genel Cerrahi

Başvuru: 23.10.2018  
Kabul: 26.11.2018  
Yayın: 12.12.2018

Hayal Şimşek<sup>1</sup>, Turgay Şimşek<sup>1</sup>, Sertaç Ata Güler<sup>1</sup>, Nuh Zafer Cantürk<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi

### Özet

Endometriozis benign bir hastalık olup aktif endometrial dokunun endometrial kavite dışında bulunması anlamına gelmektedir. Genellikle pelviste görülür. Pelvis dışında bağırsak, mesane, cerrahi skarlar, epizyotomi skarlar, umblikus, fitik keseleri, akciğer ve plevra, böbrek ve ekstremitelerde izlenebilmektedir. Skar endometriozisi ise nadir görülür ve nonspesifik semptomları nedeniyle ayırıcı tanısı zordur. Genellikle, diğer dermatolojik ve cerrahi hastalıklar ile karışır. Bu nedenle tanı ve tedavisi gecikir. En sık semptom adet dönemlerinde insizyondaki ağrıdır. Biz sezaryen sonrası insizyonda ele gelen kitle ve siklik ağrı şikayeti olan iki hastayı sunmak istedik. Her iki hastaya olabildiğince geniş eksizyon uygulandı ve her ikisinin histopatolojik sonuçları endometriozis olarak raporlandı. Kesin tanı ancak patoloji ile konulmaktadır ve nüksü önlemek için geniş eksizyon önerilmektedir. Literatürde en çok bahsedilen sebep ise obstetrik veya jinekolojik operasyonlardır. Sezaryen oranlarının artması nedeniyle sıklığı artmaktadır. İnsizyonel skarda, kitle ve siklik ağrı ile gelen hastalarda skar endometriozisi mutlaka akla gelmelidir.

**Anahtar kelimeler:** *endometriozis, sezaryen skarı*

### Giriş

Endometriozis, fonksiyonel endometriyal dokunun, endometriyal kavite dışında yer alan, pelvik ağrı ve infertiliteye eşlik edebilen benign bir hastalıktır. Reprodüktif dönem bayanlarda insidansı % 8-15'tir <sup>1</sup>. En sık pelviste izlenmekle birlikte akciğerler, burun, apendiks, umblikus, sigmoid kolon, ureter, beyin, karın ön duvarı pelvis dışında izlenebildiği alanlardır <sup>1,2</sup>. Endometrial doku daha önceki herhangi bir cerrahi girişim sonrası skara komşu cilt, subkutan doku, karın ve pelvik duvar kaslarında tespit edilmiştir <sup>3</sup>. Endometriozisin cerrahi skarda görülme oranı % 2'dir <sup>4</sup>. Cerrahi skar yerinde menstruasyon ile ilişkili siklik ağrı, fizik muayenede insizyon hattında ele gelen kitle tanı için patognomoniktir <sup>4</sup>. Kesin tanı ektopik endometrial dokunun histopatolojik olarak gösterilmesi ile konulur. Biz iki olgumuzla literatüre katkıda bulunmak istedik.

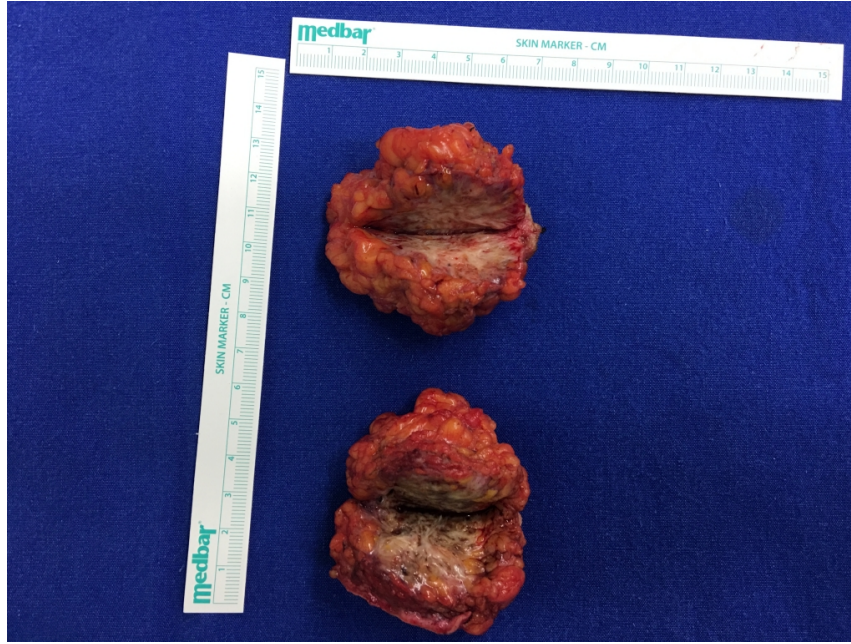
### Abstract

Endometriosis is a benign disease with active endometrial tissue outside the endometrial cavity. It is usually seen in the pelvis. Apart from the pelvis, it may be observed in the following sites – the bowel, bladder, surgical scars, episiotomy scars, umbilicus, hernia sacs, lung and pleura, kidney and extremities. Scar endometriosis is rare and its differential diagnosis is difficult due to its nonspecific symptoms. It is often confused with other dermatological and surgical diseases. Therefore, diagnosis and treatment are delayed. The most common symptom is pain in the incision during menstrual periods. We wanted to present two patients who had complaints of mass and cyclic pain on the incision after caesarean section. Both patients underwent extensive excision and histopathological results were reported as endometriosis. A definitive diagnosis is made only by pathology and extensive excision is recommended to prevent recurrence. The most commonly mentioned reason in the literature are obstetric or gynecological operations. As the high frequency of cesarean section, its frequency increases. Incidence of incisional scar and cyclic pain should be considered in patients with pain.

**Keywords:** *endometriosis, cesarean scar*

## Olgu Sunumu

**Olgu 1:** 28 yaşında bayan hasta hemen her adet döneminde acile başvurmasını gerektirebilen ağrı ve 2 aydır karın ön duvarında ele gelen kitle şikayetiyle başvurdu. Skarın sol üst tarafında yaklaşık 6 cm'lik kitle ile insizyonun orta kısmında 4 cm'lik kitle palpe edildi. Öyküsünde bir kez sezaryen operasyonu geçirmiş olan hastanın batın ultrasonografisinde sezaryen skarının sol lateral hafif yukarısında 60x50 mm'lik ve orta hatta 50x35 mm'lik olmak üzere iki adet heterojen kistik lezyon izlendi. Endometriozis ön tanısı ile opere edilen hastanın cilt altında batın fasyasına yapışık 6x5 cm'lik ve 5x4 cm'lik solid kitleler ekstirpe edildi ve oluşan fasya defektleri onarıldı (Şekil 1).

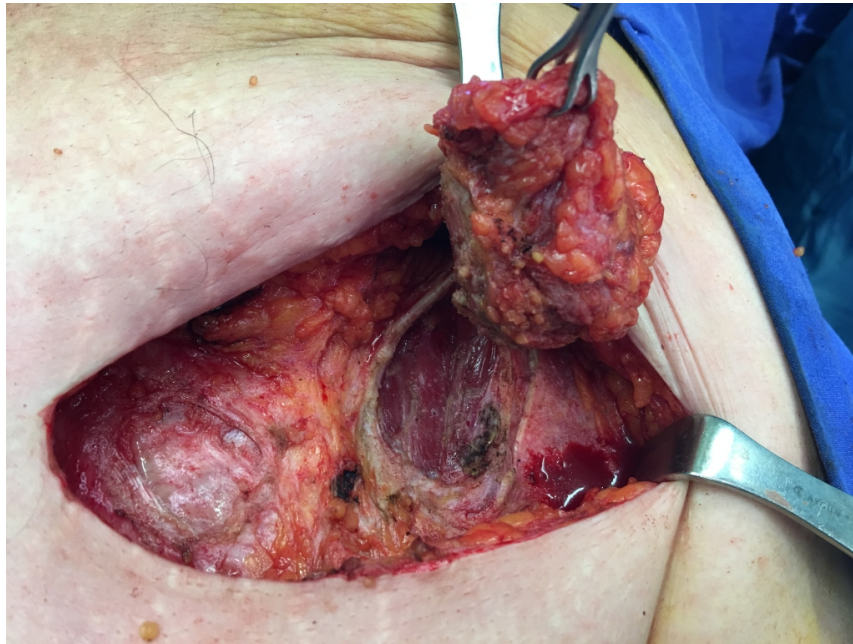


**Şekil 1 :** Postoperatif makroskopik olarak eksize edilen kitlelerin görünümü.

**Olgu 2:** 36 yaşında bayan hasta üç yıldır tekrarlayan şiddetli karın ağrısı ve sonrasında ele gelen kitle ile tarafımıza başvurdu. Öyküsünde laparoskopik endometriozis operasyonu ve bir kez sezaryen operasyonu geçiren hastanın fizik muayenesinde eski sezaryen skarının sol köşesinde yaklaşık 3x2 cm'lik solid yarı mobil kitle palpe edildi. Yapılan abdominal ultrasonografide cilt ve cilt altında fasya üzerinde 1,5-2 cm boyutunda, orta derece kanlanan, fibroma düşündüren nodüler kitle izlendi. Hastanın abdominopelvik bilgisayarlı tomografisinde sol alt kadranda, batın ön duvarı kas yapıları ile devamlılık gösteren ve cilt altı yağ dokusuna uzanan 23x14 mm boyutunda solid nodüler kitle izlendi (Şekil 2). Bu bulgularla skar endometriozisi ön tanısı ile opere edilen hastanın cilt altında batın fasyasına yapışık 3x2,5 cm'lik solid kitle ekstirpe edildi ve fasya defekti onarıldı (Şekil 3).



**Şekil 2** : Olguda abdominopelvik bilgisayarlı tomografide batın ön duvarında izlenen 2 cm'lik kitlenin görünümü.



**Şekil 3** : Fasya defekti ile birlikte izlenen, geniş olarak eksize edilen kitlenin peroperatif görünümü.

Her iki olgumuzun histopatolojik tanıları endometriozis olarak raporlandı. Günümüze kadar yaptığımız takiplerde benzer şikayetlerinin olmadığı saptandı.

## Tartışma

Cerrahi skar endometriozis vakalarının büyük bir kısmı sezaryen, histerektomi (% 2) ya da 2. trimesterde yapılan histerotomi sonrası (% 1.1) <sup>3</sup>, daha nadir olarak tuba cerrahisi, apendektomi, amniyosentez ya da epizyotomi sonrası cerrahi girişim yapılan alana komşu bölgede gelişmektedir <sup>1</sup>. Skarda endometriozis gelişme insidansı sezaryen sonrası % 0.07-0.47 <sup>5</sup>, jinekolojik girişim sonrası ise % 0.03-1.08'dir <sup>6,7</sup>. Operasyon sonrası visseral ve paryetal peritonun yetersiz kapatılmasının postoperatif endometrioma gelişme insidansını arttırdığı ileri sürülmektedir <sup>2</sup>. Olgularımızın ikisinde de ortak olarak bir kez sezaryen hikayesi mevcuttu.

Asemptomatik olabilmekle birlikte cerrahi girişim sonrası yara yerinde ortaya çıkan ve uzun süre devam eden menstrual dönemde ortaya çıkan siklik ağrı ve operasyon yerinde ele gelen ağrılı kitle şikayeti ile başvururlar. Nadiren akut batın olarak karşımıza çıkabilmektedir <sup>4</sup>. Klinik tanı anamnez ve fizik muayene ile konabilir. Adet dönemlerinde tekrarlayan, skar yerinde ele gelen kitle, renk değişikliği, kanama, ağrı tüm hastalarda görülmesi de patognomoniktir <sup>8</sup>. Yayınlarda en sık görülen semptomlar ağrı ve kitle olarak tespit edilmiştir <sup>4,9</sup>. Bizim olgularımızda da bu iki şikayetle başvurmuşlardır.

Genellikle başlangıçta sütür granülomu, tümör, hematoma, lipom, herni gibi yanlış tanımlar alır. Cerrahi işlem ya da patolojik tetkik sonrası tanı konmaktadır <sup>10</sup>. Cerrahi öncesi, başta ultrasonografi (USG) olmak üzere, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ayırıcı tanıda yardımcı yöntemleridir. USG'de skar endometriozis için nonspesifik bulgular olsa da kitlenin tam olarak cilt veya fasyada olduğunu, hangi türde olduğunu görmek yardımcı olacaktır. BT veya MRG ise kitlenin daha çok maligniteden şüphelenildiğinde kullanılmaktadır. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanıda kullanılacak bir yöntem olsa da eksizyonla çıkarılan ektopik endometriyal dokunun histopatolojik olarak gösterilmesi ile kesin tanı konulur <sup>4</sup>. Biz olgularımızda kitlenin tamamını eksize ettik.

Progestojenler veya gonadotropin-releasing hormone (GnRH) gibi hormon tedavilerinin başarı oranları düşüktür <sup>11</sup>. Asıl tedavi cerrahi olarak görülmektedir. Olası cerrahi sonrası nüks (% 4.3) ve malign dejenerasyon (%0.3-1) ihtimaline karşılık en az 1 cm cerrahi sınır ile lokal geniş eksizyon yapılması önerilmektedir. Biz vakalarımızda makroskopik olarak yeterli cerrahi sınır bırakmaya çalışarak eksize ettik. Patolojilerinde kitleler tam eksize edilmiş olarak raporlandı. 3 yıllık takiplerde nüks izlenmedi.

Cerrahi işlem sonrası yara yerinde izlenen, adet kanaması öncesi ortaya çıkan siklik ağrı ile seyreden kitle, skar endometriozisi tanısını akla getirmelidir <sup>11</sup>. Tanı ve tedavi amaçlı eksizyonel biyopsi yapılmalı, rezidü doku bırakılmamaya çalışılmalıdır. Sezaryen oranlarının artması nedeniyle skar endometriozis vaka sayısının artacağı, dolayısıyla belli şikayetler ile gelen hastalarda mutlaka bu entitenin akla gelmesi gerektiği açıktır.

## Referanslar

1. Pathan ZA, Dinesh U, Rao R. Scar endometriosis. J Cytol. 2010 Jul;27(3):106-8.
2. Sengul I, Sengul D, Kahyaoglu S, Kahyaoglu I. Incisional endometriosis: a report of 3 cases. Can J Surg. 2009 Oct;52(5):444-5.
3. Gidwaney R, et al. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. Radiographics. 2012;32:2031-43.
4. Malutan AM, et al. Surgical scar endometriosis: a series of 14 patients and brief review of literature. Clujul Med. 2017;90:411-5. doi: 10.15386/cjmed-743.
5. Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T. 5-Year data analysis of patients following abdominal wall endometrioma surgery. BMC Womens Health. 2014 Dec 5;14:151. doi: 10.1186/s12905-014-0151-4
6. Singh M, Sivanesan K, Ghani R, Granger K. Caesarean scar endometriosis. Arch Gynecol Obstet. 2009 Feb;279(2):217-9. Epub 2008 May 10.
7. Veda P, Srinivasaiah M. Incisional endometriosis: diagnosed by fine needle aspiration cytology. J Lab Physicians. 2010 Jul;2(2):117-20.

8. Mistrangelo M, et al. Surgical scar endometriosis. Surg Today. 2014;44:767-72.
9. Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. Int J Gynaecol Obstet. 2013;121(1):41-4.
10. Savelli L, et al. Endometriosis of the abdominal wall: ultrasonographic and Doppler characteristics. Ultrasound Obstet Gynecol. 2012;39(3):336-40.
11. Zhang J, Ding D, Liu X. Clinicopathological features of endometriosis in abdominal wall - Clinical analysis of 151 cases. J Minim Invasive Gynecol. 2015;22(6S):S174. doi: 10.1016/j.jmig.2015.08.644.