

Endometriosis Within the Rectus Muscle and Cesarean Scar: Analysis of 21 Cases and Assessment Potential of Malignancy

Sezaryan Skarında ve Rektus Kası İçerisinde Görülen Endometriozis: 21 Olgunun Analizi ve Malignite Potansiyelinin Değerlendirilmesi

Ahmet Karayığit¹, Mehmet Akif Üstüner¹, Haluk Pulat², Cihangir Özaslan¹

¹Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

²Dr.Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, Ankara

Dergiye Ulaşma Tarihi: 23.12.2016 Dergiye Kabul Tarihi: 16.01.2017 Doi: 10.5505/aot.2017.62634

ÖZET

Giriş ve Amaç: Endometriozis endometrium dokusunun uterus dışında başka bir anatomik bölgede bulunmasıdır. En sık overlerde olmak üzere batin içinde apendiksten karaciğere kadar her organda görülebilir. Sezaryan skarı(c/s) yada rektus kası içerisinde nadir olarak görülür. Bu çalışmada sezaryan skarı ve rektus kası içerisinde görülen 21 olgumuzu sunduk.

Yöntem ve Gereçler: 2008-2015 yılları arasında karın ön duvarındaki rektus kası içerisinde veya sezaryan skarında kitle nedeniyle opere ettiğimiz ve patoloji sonucu endometriozis olarak değerlendirilen hastaları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular: Çalışmaya alınan kadın hastaların yaş ortalaması 34.5(24-52) olarak hesaplandı. Hastaların 11'inde endometriozis dokusu eski sezaryan skarında, 9 hastada batin ön duvarında rektus kası içerisinde görülürken 1 hastada umbikal herni kesesi içerisinde gözlemlendi. Patoloji piyeslerindeki endometriozis kitlesinin ortalama büyüklüğü 3.4 cm(1.8cm-7.5 cm)olarak ölçüldü. Çalışmamızda hastaların 2'si genel anestezi altında 19'u lokal anestezi altında opere edildi. Hastaların 15'inde görüntüleme yöntemi olarak ultrason(USG) yapılırken, bu hastaların altısına USG sonrası ileri tetkik olarak manyetik rezonans(MR) tetkiki yapıldı. Hastalarda mortalite gözlenmezken, iki hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü. Nüks gözlenmeyen hastalar halen takip ediliyor.

Tartışma ve Sonuç: Endometriozis olguları sezaryan skarı ve karın ön duvarında nadir olarak görülmekte olup palpe edilebilen kitle ile birlikte ağrıya yol açar. Cerrahi eksizyon etkin bir tedavi yöntemidir. Nüksü engellemek için en az 1 cmlik cerrahi sınırla kitleyi çıkartmak gerekir. Batin ön duvarında ve sezaryan skarında kitle şikayeti ile gelen üreme çağındaki kadınlarda endometriozis akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Rektus Kası, Sezaryan Skarı

ABSTRACT

Introduction: Endometriosis is characterized by the growth of endometrial tissue outside the uterus. Although it most frequently localized in the ovaries, it can affect every organ in the abdomen from the appendix to the liver. It is rarely seen in the cesarean scar(c/s) or rectus muscle. Herein, we report 21 case of endometriosis within the rectus muscle and cesarean scars.

Material and Methods: Between 2008 and 2015, a total of 21 patients who were operated for the mass within the rectus muscle or cesarean scar in the abdominal wall and whose pathological result was consisted with endometriosis were retrospectively analyzed.

Results: Median age of women in the study group was 34.5(24-52). Endometriosis localisation in 11 of the patients were found on the c/s scar, in 9 of them were on the rectus abdominis muscle, and one of them was in the umbilical hernia sac. Median size of the endometriosis tissue was measured as 3.4 cm (1.8-7.5 cm) in the specimens. In our study, 2 of the patients were given general anesthesia while 19 of them were operated under local anesthesia. Ultrasound imaging were done in all cases and 6 patients were further evaluated using magnetic resonance imaging(MRI). No mortality was reported. As for morbidity, 2 patient had local wound infection. Study group is followed up without any recurrence reported.

Discussion and Conclusion: Endometriosis cases are presented as palpable painful masses and rarely found on C/S scar or on anterior abdominal wall. Surgery is a effective treatment option. To avoid any recurrence, masses must be removed a minimum 1 cm margin. In differential diagnosis of palpable and painful masses on the abdominal wall or C/S scar in reproductive women, we should consider endometriosis.

Keywords: Endometriosis, rectus muscle, cesarean scar

Giriş

Endometriozis endometriyal dokunun uterus dışında başka bir anatomik bölgede bulunmasıdır(1). İlk olarak 1860 yılında Avustralyalı patalog Karl Freiherr von Rokitansky tarafından adenomyom olarak tanımlanmıştır(2). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %6-%10 kadarını etkiler,%50-60 oranında pelvik ağrıya %50 oranında infertiliteye sebep olabilir (3).

Endometriozis yerleşim yerine göre pelvik yada extrapelvik olarak ikiye ayrılır. Pelvik endometriozis daha sık görülmekte olup; overlerde, sakrouterin ligamanda, peritoneal yüzde, fallop tüplerinde, üriner trackta, rektumda gözlenir. Extra pelvik endometriozis nadir görülmekte olup akciğer, mide, dalak, safra kesesi ve skar dokusunda gözlenmektedir (4,5). Skar endometriozisler %0.03-%1.08 oranında görülmekte olup genellikle jinekolojik operasyonlardan,özellikle sezaryanlardan sonra gözlenir (6-9). Rektus abdomis kası içerisinde endometriozis görülmesi oldukça nadir bir durum olup ilk olarak Ameto ve arkadaşları tarafından 1984 yılında tarif edilmiştir (10).

Biz bu çalışmamızda sezaryan skarında ve rektus kası içerisinde kitleyle başvuran ve patoloji sonucu endometriozis olarak değerlendirilen extrapelvik yerleşimli 21 olgumuzu sunduk. Pelvik endometriozisler kadın doğum kliniklerince genellikle non-operatif şekilde tedavi edildiği ve birçoğuna doğumda yada laparoskopi sırasında tanı konulduğu için toplam endometriozis sayısına ulaşamadık.

Yöntem ve Gereçler

2008-2015 yılları arasında karın ön duvarında rektus kası içerisinde veya sezaryan skarında kitle nedeniyle opere ettiğimiz ve patoloji sonucu endometriozis olarak değerlendirilen hastaları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular

Çalışmaya alınan 21 kadın hastaların yaş ortalaması 34.5(24-52) olarak hesaplandı.

Hastaların 11'inde endometriozis dokusu eski sezaryan skarında, 9 hastada batın ön duvarında rektus kası içerisinde görülürken 1 hastada umbikal herni kesesi içerisinde gözlemlendi.

Patoloji piyeslerindeki endometriozis kitlesinin ortalama büyüklüğü 3.4 cm(1.8cm-7.5 cm)olarak ölçüldü. Hastaların 2'si genel anestezi altında 19'u lokal anestezi altında opere edildi. Genel anestezi alan hastalardan biri umbikal herni diğeri akut batın(akut apendisit?) ön tanılarıyla operasyona alındı.Hastaların 15 'inde görüntüleme yöntemi olarak ultrason(USG) yapılırken, bu hastaların altısına USG sonrası ileri tetkik olarak manyetik rezonans tetkiki(MR) yapıldı(Tablo 1). Hastalarda mortalite gözlenmezken, iki hastada yara yeri enfeksiyonu görüldü. Nüks gözlenmeyen hastalar halen takip ediliyor.

Tartışma ve Sonuç

Kadınların yaklaşık olarak %11'i endometriozisle karşılaşmaktadır ancak gerçek prevalansı belirlemek güçtür(11-14). Endometriozisin gelişiminde 3 önemli teori öne sürülmüştür. Birinci teoride endometrial hücreler hematojen yolla, lenfatik yolla yada cerrahi işlemlerle çevre dokulara göç etmektedir (metastatik teori). İkinci teoride primitif pluripotent mezenkimal hücreler farklılaşp zamanla endometrial dokuya dönüşür (metaplastik teori). Üçüncü teoride endometrial dokular menstruasyon döneminde retrograd olarak pelvise göç eder(5,15-17).

Skar dokusunda ve rektus kası içerisinde gözlenen endometriozis olgularımızın %76'sında sezaryan operasyonu öyküsü mevcut.Bu yüzden bizim olgularımızdaki endometriozis gelişiminin daha çok birinci teorideki gibi cerrahi manuplasyonlarla, iatrojenik olarak gerçekleştiğini düşünüyoruz. Doğum sonrası uterusun kapatılması esnasında endometriumun yeterince içeri inverte edilememesi bu olayın bir sebebi olabilir. Amniosentez sırasında iğnenin ilerlediği yol boyunca endometriozis gözlenmesi de birinci teoriyi destekler niteliktedir(18).

Tablo 1: Opere edilen kitlelerin, yerleşim yerleri, boyutları, yapılan operasyonları ve radyolojik bulguları

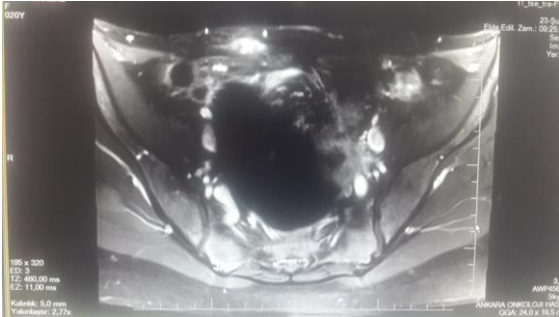
NO	YAŞ	YERLEŞİM YERİ	BOYUT	OPERASYON	İLK OPERASYON	USG	BT	MR
1	28	Sezaryan skarı	2 cm	Total eksizyon	Sezaryan	—	—	—
2	24	Rektus kası arasında	4 cm	Total eksizyon	---	pozitif	—	pozitif
3	29	Sezaryan skarı	2.5 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
4	41	Sezaryan skarı	3.5 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
5	37	Rektus kası arasında	4 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
6	32	Rektus kası arasında	2.7cm	Total eksizyon	—	pozitif	pozitif	—
7	25	Rektus kası arasında	4 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
8	36	Sezaryan skarı	1.8 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	pozitif
9	33	Rektus kası arasında	2 cm	Total eksizyon	—	—	—	—
10	31	Sezaryan skarı	2 cm	Total eksizyon	Sezaryan	—	—	—
11	29	Sezaryan skarı	4 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	pozitif
12	37	Rektus kası arasında	6.6 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	pozitif
13	29	Sezaryan skarı	2 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
14	52	Umbikal herni kesesi içerisinde	7.5 cm	Primer Herni tamiri	—	pozitif	—	—
15	37	Rektus kası arasında	5.3 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	pozitif
16	34	Sezaryan skarı	4.5 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
17	32	Sezaryan skarı	2 cm	Total eksizyon	Sezaryan	pozitif	—	—
18	38	Rektus kası arasında	3.7 cm	Total eksizyon	—	pozitif	—	pozitif
19	36	Rektus kası arasında	2.5 cm	Total eksizyon	Sezaryan	—	—	—
20	37	Sezaryan skarı	3 cm	Total eksizyon	Sezaryan	—	—	—
21	49	Sezaryan skarı	2 cm	Total eksizyon	Sezaryan	—	—	—

Aynı zamanda ilk operasyonla lezyonun ortaya çıkış zamanı arasındaki zaman dilimi bir çok seride 3 ay ile 10 yıl arasında değiştiği

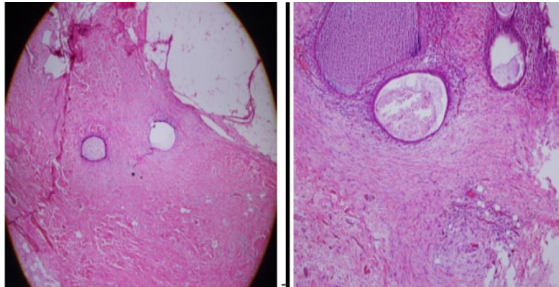
bildirilmiştir(19). Çalışmamız retrospektif olduğu için bu zaman dilimi net olarak değerlendirilememiştir.

Extrapelvik ve intrapelvik endometriozis arasındaki ilişki net değildir. Garwood ve arkadaşları extrapelvik endometriozisli hastaların %26'sında aynı zamanda intrapelvik endometriozis geliştiğinden bahsetmektedir (14). Bizim olgularımızın hiç birinde intrapelvik endometriozis saptanmadı.

Endometriozisli hastalar genellikle menstruel dönemde gelişen siklik ağrıdan şikayet eder. Ancak skar endometriozislerde ağrı atipiktir (11). Hastalarda devamlı ağrı şikayeti olabileceği gibi, hiç ağrı olmadan ele gelen kitle ile de hastaneye başvurabilirler. Çalışmamızda hastaların birçoğu daha önce en az bir kez non-streoid antiinflatuar tedavi almış, ancak sonuç alamamışlardır. Endometriozis ağrısı akut batın tablosunu da taklit edebilir yada umbikal bölgeye yerleşip herni görüntüsü verebilir (20,21). Bizim serimizdeki genel anestezi altında opere edilen hastalardan biri umbikal herni (no:14), diğeri akut apendisit (no:15) ön tanılarıyla operasyona alındılar.



Şekil 1: Rektus kası lateralinde endometriozis dokusunun İV kontrastlı MR tetkikinde hipointens sinyalle karakterize görüntüsü



Şekil 2: Çıkarılan piyesteki endometrium dokusunun Hemotoksilen Eozinle boyanmış 400 büyütmedeki görüntüsü(A) Endometrium dokusu etrafındaki enflamasyon ve kanama alanlarının Hemotoksilen Eozinle boyanmış 200 büyütmedeki görüntüsü(B).

Hastalar abdominal duvar abseleri, hematoma, lipom, sütür granülomu, kist sebace, desmoid tümör, sarkom, lenfoma, primer ve sekonder metastatik kanser ve hernilerle karıştırılabilir(22). Hasta için seçilecek cerrahinin genişliği ve operasyon öncesi doğru tarama ve evreleme yapabilmek için batın ön duvarı primer ve metastatik tümörleri mutlaka akılda tutulmalıdır. Endometriozisin malign potansiyel riski çok bilinmez ve % 1'in altındadır. Malignite geliştiği zaman genellikle clear cell carcinoma olarak karşımıza çıkar ve 5 yıllık sağkalımı yaklaşık olarak %80'dir(28-29). Bizim çalışmamızdaki hastaların ortalama 3 yıllık takiplerinde malignite saptanmadı.

Görüntüleme yöntemi olarak ultrason (USG), batın tomografisi (BT) ve manyetik rezonans (MR) kullanılabilir. Ultrasonda spesifik bir bulgu yoktur lezyonlar kistik, solid yada miks olabilir; ancak BT ve MR yüksek sensitivite (%90-92) ve yüksek spesiviteye sahiptir (%91-98) (23-25).

Bizim çalışmamızda 15 hastaya (%71) USG, 1 (%5) hastaya BT, USG sonuçlarında şüpheli lezyonları bulunan 6 hastaya (%28) MR tercih edildi (Figure: 1).

Görüntüleme yöntemleri dışında tanı için ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılabilir. Ancak duyarlılığı yine de %100 olmaz ve endometriozisin yayılmasına neden olabilir(26). Kesin tanı patolojik olarak mikroskop altında çıkarılan piyeste endometrium dokusunun görülmesiyle konulur (Figure 2).

Endometriozis tanısında kanser antijen-125(CA-125), C-reaktif protein(CRP), anti müllerien hormon, follistatin gibi biyokimyasal belirteçler daha önceki çalışmalarda faydalı bulunmuştur. Bizim olgularımızda sınırlı sayıdaki hastalarda bakılan CA-125 değerleri normal olarak değerlendirildi. Yapılan güncel çalışmalarda düşük vücut kitle indeksi (BMI)'ne sahip kadınların endometriozis için yüksek riske sahip olduğu belirtilmiştir(27). Bizim serimizde sınırlı sayıda ölçülen BMI'de böyle bir sonuca ulaşamamıştır.

Sezaryan skarı yada batın ön duvarındaki endometriozisler için etkin tedavi cerrahi rezeksiyondur. Nüksü engellemek için en az 1 cmlik temiz cerrahi sınırla total olarak eksizyon yapılmalıdır(30). Cerrahinin yanı sıra ağrının etkisini ve süresini azaltmak için

medikal tedavi uygulanabilir. Medikal tedavi olarak non-steroidal anti-inflamatuarlar, oral kontraseptivler, aramatöz inhibitörleri, gonadotropin salgılatan hormon(GnRH) analogları kullanılabilir. Radyofrekans ablasyon da alternatif bir tedavi seçeneğidir(31).

Sonuç olarak eski sezaryan skarında yada batin ön duvarında ağırlı kitle ile başvuran, fertil çağdaki kadınlarda endometriozis akılda tutulmalıdır. Akut batin, umbikal herni gibi

farklı klinik presentasyon gösterebilir. Sensivite ve spesivitesi en yüksek tetkik olan MR, endometriozisin ayırıcı tanısında fikir verebilir. Malignite riski her zaman akılda tutularak, olası nüksünde önüne geçmek için en az 1 cmlik cerrahi sınırla çıkartılmalıdır. Özellikle jinekolojik vakalarda endometriyumun batin duvarıyla iatrojenik teması engellenmelidir.

Referanslar

1. Goel P, Sood SS, Romilla, Dalal A. Cesarean scar endometriosis - Report of two cases. *Indian J Med Sci.* 2005;59(11):495-498.
2. Khamechian T, Alizargar J, Mazoochi T. 5-Year data of patients following abdominal wall endometrioma surgery. *BMC Women's Health.* 2014;14:151.
3. Giudice LC. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2010;362:2389-98.
4. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis a clinico pathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:804-808.
5. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2001;21:193-216.
6. Çöl C, Yılmaz EE. Cesarean scar endometrioma: Case Series. *World J Clin Cases.* 2014;2(5):133-136.
7. Teng CC, Yang HM, Chen KF, Yang CJ, Chen LS, Kuo CL. Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008; 47:42-48.
8. Gunes M, Kaykicioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res.* 2005; 31:471-475.
9. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol.* 2006; 186:616-620.
10. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr.* 1984 Dec;8(6):1213-1214.
11. Solak A, Genç B, Yalaz S, Şahin N, Sezer TÖ, Solak İ. Abdominal Wall Endometrioma: Ultrasonographic Features and Correlation with Clinic Findings. *Balkan Med J.* 2013;30:155-160.
12. Bachir JS, Bachir NM. Scar endometrioma: awareness and prevention. *WMJ.* 2002;101:46-49.
13. Buck Louis GM, Hediger ML, Peterson CM, et al. Incidence of endometriosis by study population and diagnostic method: the ENDO study. *Fertil Steril.* 2011;96:360-365.
14. Garwood E, Kumar A, Moes Gregory. Abdominal scar endometrioma mimicking incisional hernia. Published Online: Wednesday, August 8, 2007. <http://www.hcplive.com/publications/surgicalrounds>. Accessed August 8, 2007.
15. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg.* 1975; 60: 103-104.
16. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg.* 1995; 82: 1349-1351.
17. Tanrikulu Y, Temiz A, Özmen SA, Aslan OB. Skar endometriozis: 3 olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. *Genel Tıp Derg.* 2013;23(2):59-62.
18. Kauntz A, Di Sant'Agnes PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol.* 1979; 54:753-755.
19. Gupta P, Gupta S. Scar Endometriosis: a Case Report with Literature Review. *Acta Medica Iranica.* 2015;53:12.
20. Ulucanlar H, Ağaç A, Kutun S, Demir A, Çetin A. Rectus Abdominis Endometrioma Mimicking Acute Abdomen. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2008;9:1.