

# Endometriozise Bağlı Karın Duvarı Kitleleri

Tuba Atak, Süleyman Bozkurt, Oktay Yener, Halil Coşkun

Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

## ÖZET

### *Endometriozise bağlı karın duvarı kitleleri*

Endometriyozis, endometriyal dokunun uterus dışında yerleşimi olarak tanımlanmaktadır. En sık pelvisteki organlara ve peritona lokalize olmakta ve reproduktif dönemdeki kadınları etkilemektedir. Sezaryen ya da diğer jinekolojik operasyonlar sonrasında batin duvarında görülebilmektedir. Bu yazıda, karın duvarında kitle nedeniyle opere edilen ve histopatolojik incelemede endometriyozis tanısı koyulan 4 olgu sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Batin duvarında kitle, sezaryen skarı, cerrahi tedavi

## ABSTRACT

### *Abdominal wall mass associated with endometriosis*

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterus. It is mostly localized to the pelvic viscera and the peritoneum in women during the reproductive period. It may also be present in the layers of the abdominal wall after cesarean section or other gynecological operations. Pelvic pain and infertility are frequently observed in patients with endometriosis. We presented four cases that underwent surgery for a mass in the abdominal wall which were histopathologically diagnosed as endometriosis.

**Key words:** Abdominal wall mass, cesarean scar, surgical treatment

**Bakırköy Tıp Dergisi 2011;7:122-124**

## GİRİŞ

Endometriyozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterusdaki anatomik yerleşimi dışında bulunması ile oluşan bir hastalıktır. Ovaryen hormonlara cevap vermektedir. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda sık görülmektedir. En sık overler olmak üzere sakrouterin ligament, rektovajinal septum ve pelvik peritona yerleşim göstermekle beraber, nadir olarak vulva, vajen, apendiks, mide, karaciğer, toraks, mesane, umblikus ve inguinal kanalda da görülebilmektedir (1,2,3). İlk olarak 1975 yılında, sezaryen ya da jinekolojik ameliyat uygulanan olgularda insizyon skarı yerinde veya çevresinde de endometriyozis odakları olabileceği bildirilmiştir (4). Olguların %0,03-0,4'inde insizyon skarı çevresinde veya karın duvarında görülebildiği bildirilmektedir (3,5).

Bu yazıda kliniğimizde, son bir yıl içinde batin duvarında kitle nedeniyle cerrahi eksizyon uygulanan ve patolojik incelemede endometriyozis saptanan dört olgu sunulmaktadır.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Tuba Atak  
Göztepe EAH, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

Telefon / Phone: +90-505-600-5413

Elektronik posta adresi / E-mail address: drtuba81@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 11 Haziran 2010 / June 11, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 12 Ekim 2010 / October 12, 2010

## OLGU SUNUMU 1

Otuz yaşında bayan hasta sağ inguinal bölgede son 2 aydır giderek büyüyen ağrılı kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 4 ve 5 yıl önce iki kez sezaryen öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede Pfannelstiel insizyon skarı sağ lateralinde yaklaşık 4x4 cm boyutlarında düzgün kontürlü kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede düzgün kontürlü, 40x32 mm çapında hipoekoik solid kitle saptandı. Operasyonda rektus ön fasyası ile 1 cm sağlam dokuyla birlikte kitle total olarak eksize edildi. Fasya açıklığı primer kapatıldı. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede endometriyozis olarak rapor edildi.

## OLGU SUNUMU 2

Yirmiyedi yaşında bayan hasta karın ön duvarında kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 2 yıl önce sezaryen öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede karın ön duvarında Pfannelstiel insizyon skarının sağ lateralinde yaklaşık 3x2 cm boyutunda kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede sezaryen hattında solda düzgün kontürlü, 24x20x17 mm çapında hipoekoik solid kitle saptandı. Doppler ultrasonografide bu solid kitlenin avasküler olduğu tespit edildi. Batin bilgisayarlı tomografide

karın ön duvarında orta hattın sağında rektus kası ile yakın ilişkili 1,5x1cm boyutlarında nodüler kitle olduğu ve bu kitlenin endometriozis ile uyumlu olduğu rapor edildi. Operasyonda eksternal oblik kas fasyası ile rektus kası fasyasını tutan yaklaşık 3x2 cm boyutlarındaki kitle 2 cm sağlam dokuyla birlikte total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede endometriozis olarak rapor edildi.

### OLGU SUNUMU 3

Yirmiyedi yaşında bayan hasta karın ön duvarında kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 1 yıl önce sezaryen öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede karın ön duvarında eski Pfannenstiel insizyon yeri sağ lateralinde yaklaşık 2,5x2cm boyutunda kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede sezaryen hattında solda iyi sınırlı, rektus abdominis kasının fasyasına invaze 25x20x10 mm çapında hipoekoik solid kitle saptandı. Operasyonda rektus kası ile ilişkili yaklaşık 2x2 cm boyutlarındaki kitle 1 cm sağlam dokuyla birlikte total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede endometriozis olarak rapor edildi.

### OLGU SUNUMU 4

34 yaşında bayan hasta karın ön duvarında özellikle adet kanamaları ile ağrısı artan kitle nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 1 yıl önce sezaryen öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede karın ön duvarında eski Pfannenstiel insizyon yeri sağ lateralinde yaklaşık 3,5x4 cm boyutunda kitle palpe edildi. Ultrasonografik incelemede sezaryen hattında solda düzgün kontürlü, 34x25x30mm çapında hipoekoik solid kitle saptandı. Manyetik rezonans görüntüleme kitle desmoid tümör lehine değerlendirildi. Operasyonda rektus kası ile ilişkili yaklaşık 4x4 cm boyutlarındaki kitle 1 cm sağlam dokuyla birlikte total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi. Histopatolojik incelemede endometriozis olarak rapor edildi.

### TARTIŞMA

Endometriozis, üreme çağındaki kadınların %2-4'ünde, herhangi bir nedenle jinekolojik ameliyat geçiren kadınların ise %10-15'inde görülmektedir (1). Dismenore, dispareni ve infertilite en sık görülen semptomlardır (3,6,7). Karın duvarı endometriozisi ise oldukça nadir görülmek-

tedir. Olgular en sık karın duvarında kitle ve karın ağrısı şikayetleri ile hekime başvurmaktadır (5,6). Bizim olgularımızın da en sık başvuru sebebi ağrılı kitle idi. Öykü ve fizik muayene tanıyı desteklemekle beraber kesin tanı ancak histopatolojik inceleme ile konmaktadır (5,6,7).

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 (3,6,7). Ayırıcı tanıda, batın duvarında nöroma, herni, hematoma, lenfadenopati, lenfoma, desmoid tümör ve sarkomlar akla gelmelidir (3,5,6). Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri tanı koydurucu olmasa da, kitlenin yerleşimi, boyutu, yoğunluğu hakkında detaylı bilgi vermektedir (3,6,8).

İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanı koydurucu değeri düşük olup endometrial hücrelerin görülmesi ve hemosiderin pigmenti tespit edilmesi durumunda tanı koydurucudur (2,3,6). İnsizyonel biyopsi endometriozisin daha da yayılmasına neden olabileceği için yapılmamalıdır (2,3). Yine bu hastalarda eş zamanlı batın içi yayılım olabileceği gözden kaçırılmamalıdır (2,3,7).

Skar ya da batın duvarı endometriozisinde cerrahi eksizyon etkin bir tedavidir. Nüksü engellemek için kitle en az 1 cm çevre sağlam dokuyla birlikte total olarak çıkarılmalıdır (3,4,7). 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 (kombine oral kontraseptifler, progestinler, danazol, gestrinone, GnRH analogları ve anastrozol) yöntemleri öncelikle tercih edilmektedir. Ayrıca semptomatik tedavi için de nonsteroidal antiinflamatuvar ajanlar kullanılabilir (4,6,7). Tedaviye yanıt vermeyen olgularda da yine cerrahi eksizyonun uygulanması gerekmektedir (2,4,6,10).

Sonuç olarak, batın duvarında kitle ile başvuran kadın hastalarda geçirilmiş jinekolojik ameliyatlar iyi sorgulanmalı ve endometriozis akla gelmelidir. Ayırıcı tanı için görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Tedavisinde 1 cm sağlam dokuyla birlikte çıkarılacak şekilde cerrahi eksizyon uygulanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Tarım E, Bağış T, Tarım A ve ark. İnguinal endometriozis: bir olgu sunumu. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002; 12: 184-185.
2. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci 2002; 47: 456-461.
3. Blanco RG, Parthivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg 2003; 185: 596-598.
4. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. Int Surg 1975; 60: 103-104.
5. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeon: a 10-year experience. Br J Surg 1995; 82: 1349-1351.
6. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: An underappreciated diagnosis in general surgery. J Am Coll Surg 2000; 190: 404-407.
7. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. Dig Surg 2003; 20: 246-248.
8. Erdem M, Erdem A, Göl K ve ark. Sezaryen skar endometriozis: Vaka takdimi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 1992; 2: 15-16.
9. Erkan N, Hacıyanlı M, Sayhan H. Abdominal wall endometriomas. Int J Gynaecol Obstet 2005; 89: 59-60.
10. Kapan M, Kapan S, Durgun AV, Goksoy E. Inguinal endometriosis. Arch Gynecol Obstet 2005; 271: 76-78.