

MALİGN KİTLEYİ TAKLİT EDEN İNSİZYONEL ENDOMETRİOMA: İKİ OLGU SUNUMU

Orhan Veli ÖZKAN¹, Ersan SEMERCI¹, Erdoğan ASLAN², Ramazan DAVRAN³, Cumali GÖKÇE⁴, Sibel HAKVERDİ⁵, Fikret BEYAZ¹, Bülent AKANSU⁵

ÖZET

Endometriozis doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen klinik bir problemdir. İnsizyon yerleşimli endometriomaya ise nadir rastlanır. Hastalarda genellikle sezaryen veya histerektomi gibi ameliyat öyküsü vardır. Endometriomayı oluşturan dokudan malignite gelişebildiği bildirilmiştir. Jinekolojik bir patoloji olmasına rağmen insizyonel herni ya da karın duvarı tümörleri gibi bulgu verebilmekte ve bu nedenle hastalar genellikle genel cerrahi polikliniklerine başvurmaktadırlar. Biz bu çalışmada doğurganlık çağındaki olan ve daha önce sezaryen ameliyatı öyküsü bulunan, klinik ve laboratuvar olarak malignite şüphesi taşıyan iki olguyu sunduk. Tedavide sezaryen skarındaki kitlelere geniş eksizyon yapıldı ve oluşan fasya defekti primer onarıldı. Patolojik inceleme sonucu kitlelerin endometrium dokusuna sahip endometrioma olduğu saptandı.

Anahtar sözcükler: İnsizyonel endometrioma, endometriozis, karın duvarı, skar, sezaryen.

Incisional Endometrioma Mimicking a Malignant Mass: Report of Two Cases**SUMMARY**

Endometriosis is a common clinical problem of the child-bearing women. Incisional endometrioma is very rare. Patients frequently presented with a history of previous gynecological surgery such as cesarean section or hysterectomy. Although being a gynecological disorder, it may seem like an incisional hernia or abdominal wall tumor. Therefore, it is frequently referred to general surgery outpatient clinics. Here, we report two cases with previous histories of cesarean sections and questionable clinical and laboratory findings of malignancy. The masses located on the previous incision scars were excised widely, and pathological examination of surgical specimens revealed the diagnosis of endometrioma in both cases.

Key words: Incisional endometrioma, endometriosis, abdominal wall, scar, cesarean section

Endometriozis genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olan, endometrium dokusunun (bezler ve stromanın) uterin kaviteninin dışında bulunması ile karakterize kesin tedavisi olmayan bir hastalıktır. Endometrioma ise endometriozisin iyi sınırlanmış kitle halidir. Endometriozis genellikle pelviste, peritonda, overlerde, douglas poşunda, uterusakral ligamentlerde yerleşim gösterir. Endometrium dokusunun uterus dışına yerleşmesi ile ilgili çok sayıda teori ortaya atılmıştır. Bunlar metaplazi, retrograd menstruasyon, venöz ve lenfatik metastaz ve cerrahi esnasında mekanik implantasyondur. İnsizyonel endometriomalar (İE) genellikle histerektomi, sezaryen, epizyotomi, tüp ligasyonu, laparoskopik trokar girilmesi ya da amniyosenteze sekonder gelişmektedir. Endometrium dokusunun mekanik olarak implantasyonu sonucu oluştuğu düşünülmektedir¹. Ancak karın duvarı endometriozisi primer olabilmekte hatta erkekte bile görülebilmektedir².

Literatürde en çok sezaryen sonrasında insizyon skarında endometrioma görüldüğü ve bu dokudan malignite gelişebildiği bildirilmiştir^{3,4}. Douglas ve Rotimi'nin yayınladıkları 34 olguluk çalışmada

intestinal sistem, üriner sistem, Pfannenstiel skarı, inguinal kanal, umbilikus ve perine gibi ekstragenital lokalizasyonlarda endometriozis gelişebildiği bildirilmiştir⁵. Bundan dolayı hastaların yarısından çoğu Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimine geri kalanları ise Genel Cerrahi, Plastik Cerrahi, Üroloji veya Gastroenteroloji hekimlerine başvurmaktadırlar. Ayrıca sezaryen yeri endometriomasının ayırıcı tanısında malignite, desmoid tümör, insizyonel herni, sütür granulomu, lipom, abse, kist ve hematoma düşünülmekte ve bundan dolayı bu hastalar Genel Cerrahiye gönderilmektedir. Biz burada maligniteyi taklit eden kitleye sahip ve insizyonel cerrahi ile tedavi edilen iki olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU**Olgu 1:**

Otuzsekiz yaşındaki kadın hasta, Pfannenstiel skarının üstünde sağ ve sol inguinal bölgede 5 yıldır devam eden ağrılı iki şişlik şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden 8 yıl önce sezaryenle doğum yaptığı öğrenildi. Hasta ağrılı kitlelerin son 5 yıl içinde giderek büyüdüğünü ve adet dönemlerinde ağrının daha da belirginleştiğini ifade etti. Fizik muayenede

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi AD, HATAY, TÜRKİYE

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, HATAY, TÜRKİYE

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Radyoloji AD, Hatay, TÜRKİYE

⁴Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Endokrinoloji ve Metabolizma BD, HATAY, TÜRKİYE

⁵Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Patoloji AD, HATAY, TÜRKİYE

eski insizyon skarının sağında yaklaşık 5cm, solunda yaklaşık 3cm çapında orta sertlikte, palpasyonda hassas, immobil kitleler palpe edildi. Lezyonların üzerinde renk değişimi izlenmedi. Kitleye yönelik yapılan oral ve intravenöz kontrastlı batın tomografide ise alt batın ön duvarda rektus kası önüne lokalize, yaklaşık 5x4cm ve 3x2cm boyutlarında, düzensiz konturlu, homojen kontrast tutulumu gösteren, intraabdominal uzanım göstermeyen iki adet solid kitle lezyon ve bu kitlenin yağ planlarına doğru hafif spiküler uzandığı saptandı (Resim 1). Operasyonda sağda 6cm çapında, solda 3cm çapındaki kitleler eksize edildi. Patolojik incelenme sonucunda lezyonlarda, batın duvarındaki skar dokusu içerisinde tek sıralı epitelle döşeli endometrial glandlar ve stroma görüldüğü raporlandı.



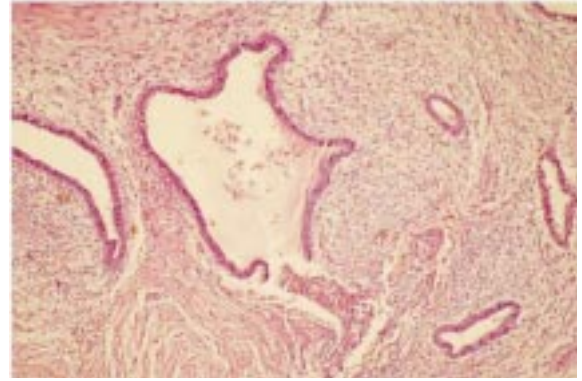
Resim 1. Batın tomografisinde alt batın ön duvarda düzensiz konturlu iki adet solid kitle (beyaz oklar) lezyon ve kitle yağ planlarına doğru hafif spiküler uzanmakta.

Olgu 2

Otuz yaşında kadın hasta, sol kasık bölgesinde şişlik şikayeti ile Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine müracaat etti. Öyküsünden 7 yıl önce sezaryenle doğum yaptığı öğrenildi. Sezaryen insizyonunun sol tarafındaki şişlik nedeniyle Genel Cerrahi polikliniğine konsulte edildi. Yapılan fizik muayenede sezaryen insizyonunun sol kenarında 4cm sert, fikse kitle saptandı. Yapılan ultrasonografide alt batın ön duvarda rektus kası önünde düzensiz konturlu, yaklaşık 2x2.5cm boyutlarında, kalsifikasyonlar bulunan hipoekoik, solid, malign görünümde lezyon izlendi (Resim 2). Operasyonda rektus ön kılıfına kadar uzanan 4cm çapında kitle rektus kılıfında 3cm çapında bir defekt oluşturacak şekilde eksize edildi. Defekt primer onarıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik incelenmesinde tamamen eksize edilmiş endometrioma (Resim 3) saptandı.



Resim 2. Ultrasonografi görüntüsünde alt batın ön duvarda rektus kası önünde düzensiz konturlu, kalsifikasyonlar bulunan, hipoekoik, solid malign görünümde lezyon.



Resim 3. Fibrokollajenize doku içerisinde endometriuma ait stroma, glandüler oluşumlar ve yer yer hemosiderin yüklü makrofajlar izlenmektedir (Hematoksilen-eozin, x100).

TARTIşMA

Karın duvarı endometriozisi ekstrapelvik endometriozisin en sık tipidir ve sıklıkla daha önce geçirilmiş cerrahiye ait skar dokusunda gelişir. Horton ve ark. yaptığı çalışmada 1951-2006 yılları arasında İngilizce literatürde yayınlanmış 445 karın duvarı endometriozisi olgusunun verilerini değerlendirmişlerdir. Karın duvarı endometriozisinin 20-40 yaş kadınlarda daha fazla görüldüğünü, genellikle sezaryenden 2-5 yıl sonrasında görüldüğünü saptamışlardır ⁴. Gaunt ve arkadaşlarının bildirdiği bir seride sezaryen operasyonundan 2 yıl veya daha uzun süre sonra olguların 0.2%'sinde insizyonel endometrioma geliştiği bildirilmiştir ⁶. İE abdominal fasya ve subkutanöz dokunun endometrial hücrelerle direkt inokülasyonu ile oluştuğu düşünülür. Bu oluşum mekanizması normal menstrüel siklus sırasında endometrial dokunun implantasyonu sonucu abdominal duvarda özellikle de göbek ve kasık bölgesinde subkutanöz endometriozis oluşumu ile doğrulanmaktadır ^{4,7}.

Endometriomalarda yerleşim yerlerine göre hastaların yarısı Kadın Hastalıkları ve Doğum

diğerleri de Genel cerrahi, Plastik Cerrahi ve Üroloji gibi değişik bölümlere müracaat etmektedir. Bizim olgularımızın birisi de önce Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine müracaat etmiş ve sonrasında genel cerrahiye gönderilmiştir.

İE tanısı koymak bazen zor olabilir. Görüntüleme yöntemlerinin yeri sınırlı olmakla beraber kitlenin yayılımı, büyüklüğü, çevre dokularla ilişkisi ve malign mi benign mi olduğu hakkında fikir vererek tanı ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilir. Kesin tanı ancak patolojik inceleme ile konabilir. Hastanın öyküsü ve fizik muayenesi önemli bilgi sağlar. Hastanın hikayesinde uterusu yönelik sezaryen gibi ameliyat öyküsü, kitlede menstrüel siklusla ilişkili ağrı olması tanıda önemli hatta patognomonik olarak kabul edilmektedir. Kitleye yönelik ince iğne aspirasyon biyopsisi öneren yayınlar olmakla beraber ayırıcı tanıda insizyonel herni düşünülürse bundan kaçınmak gerekir. Bizim olgularımızda 7 ve 8 yıl önce yapılan sezaryen öyküsü vardı. Olgularımızın birinde insizyonel skarının solunda diğerinde ise her iki tarafında ağırlı kitle palpe ediliyordu. Ayırıcı tanıda USG ve BT bulgularına göre komşu yağlı plana spiküler uzanım izlenmesi, komşu kas yapılar ile sınırları net seçilmemesi, düzensiz sınırlı olması nedeniyle İE yanında malign kitle, desmoid tümör, insizyonel herni düşünüldü. Ayırıcı tanıda insizyonel herni düşünüldüğü için ince iğne aspirasyon biyopsisi yapılmadı.

İE tedavisi cerrahi eksizyon veya hormonal supresyondur. Cerrahi eksizyon yapılırken sağlam dokudan 5 mm alacak şekilde ve geride endometrioma dokusu bırakmadan ve rüptüre etmeden çıkarılmalıdır⁸. Kitlenin çıkarılması esnasında karın duvarında oluşabilecek defekti onarmak için mesh veya doku grefti kullanmak gerekebilir⁹. Bizim olgularımızda ise geniş eksizyon sonrası oluşan fasya defekti primer olarak tamir edilmiştir. Medikal tedavide kullanılan progestinler semptomatik iyileşme sağlar. Medikal tedavide bir başka alternatif pseudomenapoz oluşturmaktır. Bunun için de en sık kullanılan ilaçlar gonadotropin releasing hormon agonistleridir (GnRHa). Bu ilaçların toksisitesi düşüktür ancak sıcak basması ve vaginal atrofi gibi hipoöstrojenik etkiler yapabilir. Hipoöstrojenizm kemik kaybı yapabileceğinden tedavinin altı ayı geçmemesi tavsiye edilmektedir. Geçmişte zayıf bir oral androjen olan danazol pseudomenapoz oluşturmak için kullanılmakta idi. Oluşan ovarian supresyon endometrial atrofi sağlar ve ektopik endometriumu regrese eder. Vazomotor semptomlar ve vaginal atrofının yanı sıra bu ilacın kilo alımı, kas krampları gibi yan etkileri mevcuttur ve androjen fazlalığına bağlı istenmeyen bazı semptomlara yol açabilir. Bu nedenle yerini GnRH-a ve progestinlere bırakmıştır. Tüm bu tedaviler semptomatik geçici bir iyileşme sağlar. İE'da kitlenin kaybolmasını sağlayamaz. Ancak lezyonun regrese olup cerrahiyle çıkartılmasını kolaylaştırmak ve hastanın operasyonu beklerken

oluşan semptomlarını gidermek için kullanılabilirler. Çoğu zaman yan etkilerinden dolayı hastalar tedaviyi devam ettiremezler¹⁰. Küratif tedavi cerrahidir. İnkomples eksizyon veya eksizyon esnasında ekime bağlı nüks olursa reeksizyon önerilmektedir. Bizim her iki hastamıza da geniş eksizyon uygulanmıştır.

Sonuç olarak İE jinekolojik patoloji olmasına rağmen yerleşim yeri, ayırıcı tanıdaki diğer patolojiler göz önüne alındığından Genel Cerrahi kliniklerinde tedavi olmaktadır. Buradaki dokudan malignite gelişebileceği için ve kesin tanı için eksize edilip patolojik inceleme yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Francia G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. J Ultrasound Med 2003; 22:1041-7.
2. Martin JD Jr, Hauck AE. Endometriosis in the male. Am Surg 1985;51:426-30.
3. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. Int J Gynecol Cancer 2006;16:432-5.
4. Horton JD, DeZee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: a surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg 2008;196:207-12.
5. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis-a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynaecol 2004;24:804-8.
6. Gaunt A, Heard G, McKain ES, Stephenson BM. Cesarean scar endometrioma. Lancet 2004;364:368.
7. Ridley JH, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. Am J Obstet Gynecol 1958;76:783-9.
8. Matthes G, Zabel DD, Nastala CL, Shestak KC. Endometrioma of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. Ann Plast Surg 1998;40:672-5.
9. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. Am Surg 1999;65:36-9.
10. Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Daly JM, Fisher JE, Galloway AC. Cerrahinin ilkeleri. Geçim İE, Çeviri editörü. 7. Baskı: Antip, Ankara, 2004:1865-6.

YAZIŞMA ADRESİ

Yrd.Doç.Dr. Orhan Veli ÖZKAN
Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp
Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, HATAY,
TÜRKİYE

Telefon : 326 2148661
E-Posta : veliorhan@hotmail.com

Geliş Tarihi : 26.05.2009
Kabul Tarihi : 23.07.2009