

# Sezaryen Skarında Endometriozis

## Endometriosis on The Cesarean Scar

Ahmet Göçmen<sup>1</sup>, Mustafa Gazi Uçar<sup>2</sup>, Fatih Şanlıkan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

<sup>2</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Konya

### Özet

Endometriozis fonksiyonel ve morfolojik olarak endometrial gland ve stromal yapısının uterus dışında bulunması halidir. Genellikle pelvisi, peritonu, overleri, cul de sac boşluğunu ve utero sakral ligamentleri tutar. Endometriozis patogeneğinde; retrograd menstruasyon, metaplazi, hematogen ve lenfatik yayılım, operasyon esnasında insizyon skarı içine mekanik transplantasyon gibi çeşitli teoriler öne sürülmüştür. Cilt altında kitle, şişlik, menstruasyonla beraber sıklıkla ağrı, hassasiyet gibi klinik bulgular verebilir. Tanıda manyetik rezonans, bilgisayarlı tomografi, ultrason ve ince iğne aspirasyonu biyopsisi kullanılabilir. Skar endometriozisinin cerrahi olarak tümüyle çıkarılması önerilen tedavi yöntemidir. Total eksizyon sonrası rekürrens oldukça nadirdir. Bu vakada 33 yaşında sezaryenden 3 yıl sonra pfannenstiel kesisinin sol dış tarafında sıklıkla ağrı ve şişlik yakınması başlayan bir hastada teşhis ve tedavi ettiğimiz skar endometriozisini sunmaktayız.

**Anahtar kelimeler:** Sezaryen, Skar endometriozis, Abdominal duvar

### Abstract

Endometriosis is a condition where the functional and morphological endometrial gland and stromal structure are found outside the uterus. It occurs most often in pelvis, peritoneum, ovaries, posterior cul-de-sac and uterosacral ligaments. Retrograd menstruation, metaplasia, lymphatic and hematogenous outspread, mechanical transplantations in inscisional scars during the operations and some else theories are introduced for pathogenesis. Subcutaneous mass, swelling, cyclic pains associated with menstruation, tenderness are likely clinical symptom and signs. Magnetic resonance imaging, computed tomography, ultrasound, fine needle aspiration biopsy are used in diagnosis. Total excision is the considered management of the scar endometriosis. Recurrens is rarely occurs after total excision. Here we present the case of 33 years old woman who had a cyclic painful mass on her pfannenstiel incision which is diagnosed and managed successfully.

**Key words:** Scar Endometriosis; Abdominal Wall

### GİRİŞ

Endometriozis doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olan klinik bir problemdir. Sıklıkla pelvik bölgede lokalizedir. Fakat endometriozisin görüldüğü yerler, özellikle ekstrasjenital yerleşimli olanlarda oldukça değişkendir. Kutanöz endometriozis en sık görülen ekstra pelvik endometriozis formudur (1). Sezaryen, histerektomi, myomektomi, doğum sonrası epizyotomi hattında, laparoskopisi sonrası trokar yerinde, özellikle uterus ve endometrium ile ilişkili pelvik jinekolojik ameliyatlardan sonra endometriozis saptanabileceği bilinmektedir (2-4). Bu durum özellikle mekanik transplantasyon teorisini destekler niteliktedir. Sezaryen skar dokusu ile ilişkili endometriozis yaygın olmayan bir klinik tablodur. İnsidansı %0.03-3,5 oranında bildirilmektedir (5). Bu çalışmada sezaryen skarı ile ilişkili endometriozis gelişen bir olguda tanı ve tedavi yöntemi değerlendirilmiştir.

### OLGU

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran 33 yaşındaki G2 P2 hasta, 4 aydır olan, karın alt kısmında ele gelen kitle ve ağrı şikâyeti ile başvurdu. 3 yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonu nedeni ile sezaryen ameliyatı geçiren, pelvik endometriozisi olmayan hastanın şikâyetlerinin özellikle adet dönemlerinde daha da belirginleştiği öğrenildi. Adet sonrası yakınmaları geçen hastanın fizik muayenesinde eski sezaryen skarının sol köşesinde cilt altında, sert, mobil, 2x3 cm boyutlarında kitle tesbit

edildi. Lezyonların üzerinde renk değişimi izlenmedi. Kitleye yönelik yapılan yüzeysel doku ultrasonografisinde cilt altı yağlı doku ile kas yapısı arasında 22x21x15 mm lik düzensiz lobule konturlu hipoeoik solid lezyon saptandı (Şekil 1). Manyetik rezonans görüntülemesinde ise cilt altında yaklaşık 1,5 cm derinliğinde, intra abdominal uzanım göstermeyen, tüm sekanslarda hipointens olarak izlenen nodüler fibroid dokunun rektus fasiası ile ilişkisi net değerlendirilemedi ve operasyona sekonder fibrosiz lehine yorumlandı (Şekil 2). Lezyon cerrahi olarak eski insizyon skarı üzerinden yapılan 5-6 cm.lik kesi ile total olarak çıkarıldı. Geniş eksizyon sonrası fasyada oluşan defekt primer onarıldı. Etraf sağlam doku ile beraber çıkarılan kitlenin makroskopik görünümü ve cerrahi alan Şekil 3 de görülmektedir. Patoloji sonucu endometriozis eksterna olarak gelen hastanın post operatif 1 yıllık takiplerinde ve adet dönemlerinde ağrı ya da başka bir şikâyet izlenmedi.

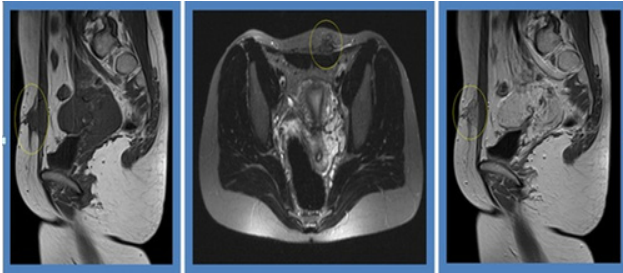
### TARTIŞMA

İnsizyonel endometriozis cerrahi skar hattında bulunan, nadir olarak izlenen bir patolojidir. Nadir görülen bir patoloji olması nedeniyle preoperatif doğru tanı konması bazen zor olabilmektedir. Genelde abdominal duvarda cilt altı adipoz dokuya yerleşir. Skar endometriozisinin uterin cerrahi sırasında insizyon bölgesine yerleşen endometrial kök hücrelerin diferansiasyonu sürecinde geliştiği düşünülmektedir. Endometrial hücrelerin hematogen ya da lenfatik yayılımı da olası diğer nedenlerdir. En yaygın semptom adet dönemleri

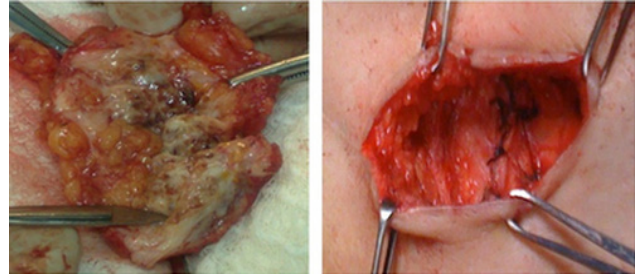


**Şekil 1.** Kitlenin ultrasonografi görüntüsü.

siklik ağrı, hassasiyet ve şişkinlikle beraber skar dokusu ile ilişkili ele gelen kitledir ancak bu belirtiler her zaman izlenmeyebilir. Karın duvarı endometriozisinin genellikle reproduktif çağıdaki kadınlarda izlenir, uterus cerrahisi özellikle sezaryen ameliyatları skar endometriozisi gelişimde önemli bir risk faktörüdür (6). 33 yaşındaki fertil çağıdaki hastamızda da benzer şekilde geçirilmiş sezaryen öyküsü vardır. Bu olguda sezaryenden 3 yıl sonra klinik semptomlar başlamış, siklik ağrı ve ele gelen kitle hastanın kliniğimize başvuru sebebi olmuştur. Cerrahi ile skar endometriozisinin klinik presentasyonu arasındaki süreç 45 günden-20 yıla kadar değişebilmektedir (6-7). Horton bu süreyi 445 karın duvarı endometriozisi olgusunun verilerini değerlendirdiği çalışmada ortalama 3,6 yıl olarak bulmuştur. Ek olarak Horton aynı seride en önemli semptomları ele gelen kitle (%96), ağrı (%87) ve siklik semptomlar (%57) olarak belirlemiştir (7). Görüntüleme yöntemleri nonspesiftir. Klinik olarak ön tanısını koyduğumuz bu olguda biz kitlenin intraabdominal organlarla ilişkisini belirlemek ve hastalığın yaygınlığını değerlendirmek için görüntüleme yöntemleri kullandık. Ek olarak operasyon planında ve ayrıca tanıda düşünülebilecek insizyonel herni, abse, tümör, koloid, hematoma granülom gibi patolojilerin dışlanmasında görüntüleme yöntemleri yardımcı olur. İnce iğne aspirasyon biyopsisi tanıda yardımcı



**Şekil 2.** Kitlenin manyetik rezonans görüntüsü.



**Şekil 3.** Kitlenin makroskopik görüntüsü ve cerrahi alan.

olabilecek bir diğer yöntemdir. Ayrıca tanıda insizyonel herni düşünülen olgularda önerilmez. Bununla beraber iğnenin izlediği yol boyunca endometriozis geliştiği bildirilmiştir (8). Mekanik transplantasyon ile endometriozis gelişimini en aza indirmek için uterin cerrahilerde işlemin sonlandırma aşamasına geçildiğinde kullanılan eldivenlerin, iğnelerin, sütür materyallerinin ve spançların değiştirilmesi, operasyon alanından uzaklaştırılması, yara yeri ile temasının en aza indirilmesi önerilmektedir. Sezaryen sonrası insizyon hattının kapatmadan önce yüksek akımlı salin solüsyonu ile temizlenmesinin fayda sağlayacağı düşünülmektedir (9). Cerrahi sırasında dikkatli olunmalı ve endometrial yayılıma imkân verilmemelidir. Subkutanöz endometriozisin medikal tedavisinde kombine oral kontraseptifler, progestinler, danazol ve GnRH agonistleri kullanılmıştır ancak medikal tedavilerde rekürrenslar sıklıkla (10). Androjenlerin yan etkileri nedeniyle hasta uyumu zayıftır. Cerrahi tedavide rekürrensları önlemek için etraf sağlam dokuyla birlikte kitlenin geniş lokal (1 cm lik geniş cerrahi sınır) çıkarılması gerekmektedir. Total olarak çıkarılmayan olgularda nadir de olsa rekürrenslar izlenebilir (11). Cerrahi sınırların temiz olduğunun frozen inceleme ile kesinleştirildikten sonra operasyona son verilmesi de önerilen bir diğer yöntemdir (12). Bu olguda da postoperatif bir yıllık takiplerinde rekürrens izlenmemiştir.

Sonuç olarak skar yeri endometriozisi nadir olarak izlenen bir patolojiler. Özellikle menstruasyonla ilişkili siklik ağrıları olan reproduktif çağıdaki olgularda skarla ilişkili kitlelerin değerlendirilmesinde ayrıca tanıda akıldan tutulması gereken bir hastalıktır. Görüntüleme yöntemleri nonspesifik olup operasyon planında ve diğer tanıların dışlanmasında yardımcı olabilir. Geniş lokal eksizyon kalıcı kür sağlayan en iyi tedavi seçeneği gibi görünmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Taff L, Jones S. Cesarean scar endometriosis. A report of two cases. J Reprod Med 2002; 47: 50-2.
2. Medeiros FC, Cavalcante DI, Medeiros MA, Eleutério J Jr. Fine-needle aspiration cytology of scar endometriosis: Study of seven cases and literature review. Diagn Cytopathol 2011; 39: 18-21.
3. Odobasic A, Pasic A, Iljazovic-Latifagic E. Perineal endometriosis a case report and review of the literature. Tech Coloproctol 2010; 14: 25-7.
4. Raza S, Maqsood R, Siddiqi HA. Abdominal wall endometriosis. J Coll Physicians Surg Pak 2010; 20: 60-1.
5. Leite GK, Carvalho LF, Korke H, Guazzelli TF, Kenj G, Viana Ade T. Scar endometrioma following obstetric surgical incisions: retrospective study on 33 cases and review of the literature, Sao Paulo Med J. 2009; 127: 270-7.
6. Nominato NS, Prates LF, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Cesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; 152: 83-5

7. 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.
8. Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA, Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54(6):753-5.
9. Wasfie T, Gomez E, Seon S. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 2002; 87: 175-7.
10. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *Am J Roentgenol* 2006; 186: 616-20.
11. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185: 596-8.
12. Zhu Z, Al-Beiti MA, Tang L, Liu X, Lu X. Clinical characteristic analysis of 32 patients with abdominal incision endometriosis. *J Obstet Gynaecol* 2008; 28: 742-5.