

KARIN DUVARINDA ENDOMETRİOZİS EKSTERNA (VAK'A TAKDİMİ)

Dr. Ertuğrul ERTAŞ (x)
Dr. S. Selçuk ATAMANALP (xx)
Dr. K. Yalçın POLAT (xx)
Dr. Recep ÇETİN (xxx)

ÖZET :

Daha önce iki kere sezeryan ve bir kere de appendektomi ameliyatı geçirmiş 24 yaşında bir kadın hastanın karın duvarında, geçirilmiş ameliyat yerleri ile ilişkisiz olarak gelişen ve total eksizyonla tedavi edilen bir eksternal endometriozis vak'ası takdim edildi.

GİRİŞ :

Deri ve derialtı dokusu endometriozisi, eksternal endometriozis vak'aları içinde en kolay tesbit edilen, tedavisi kolay olan ve prognozu iyi olanıdır. Lezyon cerrahi insizyon olmaksızın spontan olarak ta ortaya çıkmakla birlikte çoğunlukla insizyon skatrislerinde görülmektedir(3).

Deri ve derialtı dokusu endometriozisi en sık perine ve vulvada epizyotomi sk trislerinde ortaya çıkmaktadır(1,2,9). Karın duvarındaki insizyon skatrislerinde ortaya çıkan endometriozisler ise tüm eksternal endometriozis vak'aları içinde % 1 oranında yer tutmaktadırlar (9).

Bu tür endometriozisler tipik olarak, menstruasyon esnasında lokal ağrı, hassasiyet ve renk değişikliği gösteren kitle ile kendilerini belli ederler. Lezyon yüzeyelse kanama ve ülserleşme bariz olurken, derindeki lezyonlarda renk değişikliği görülmez (2,9).

Deri ve derialtı dokusu endometriozislerinde en iyi tedavi lokal eksizyondur. Bu, hem diagnostik hem de küratiftir (2,4,7,9).

(x) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Yard. Doç.

(xx) Atatürk Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi A. Dalı Araş. Gör.

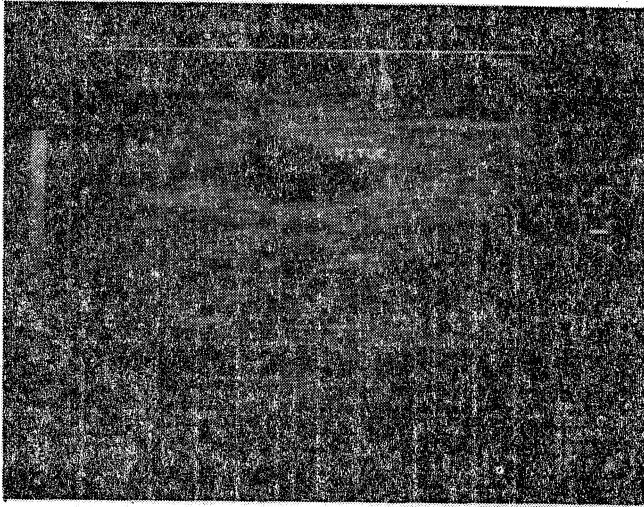
(xxx) S.S.K. Ankara Hast. 1. Genel Cerrahi Kliniği Ass.

Bu makalede daha önce iki kere sezeryan ve bir kere de appendektomi ameliyatı geçirmiş bir kadın hastada karın duvarında önceki insizyon yerleri ile ilişkisiz olarak gelişmiş olan ve total eksizyonla tedavi edilen bir eksternal endometriozis vak'ası takdim edildi.

VAK'A TAKDİMİ :

24 yaşında birkadın hasta, S.S.K. Ankara Hastanesi Genel Cerrahi Kliniğine göbeğinin sağ tarafındaki şişlik nedeniyle başvurdu. Evli ve 2 çocuk sahibi olan hastanın adetlerinin düzenli olduğu ; 7 ve 5 yıl önce iki kere sezeryan ve 2 yıl önce de appendektomi ameliyatı geçirdiği öğrenildi. Son ameliyatından kısa bir süre sonra göbeğinin sağ tarafında bir şişlik ortaya çıktığı, bu şişliğin adet dönemlerinde büyüdüğü, mor renk aldığı, ağrı yaptığı ve gittikçe büyüyerek bugüne kadar devam ettiği anlaşıldı.

Yapılan muayenede karında geçirilmiş ameliyatlara ait Pfannenstiel ve Mc. Burney insizyon skartrileri görüldü. Göbeğin sağ-alt kısmında, eski insizyon yerleri ile ilişkisiz 3x2 cm. ebatlarında, sert, ağrısız, hareketsiz bir kitle tesbit edildi. Ultrasonografik incelemede karın içi organlarda patoloji olmadığı, yüzeysel dokuların incelenmesinde sağ paraumbilikal bölgede derialtı tabakaları arasında 3x1,5 cm. ebatlarında semisolid kitle izlendiği bildirildi (Resim-1).



Resim-1

Hasta gerekli hazırlıktan sonra genel anestezi altında ameliyata alındı. Göbek altı sağ paramedian insizyonla çalışıldı. Subfasial bölgede, preperitoneal bölgeye yerleşmiş 3x3x2 cm. ebatlarında, kenarları düzensiz, sert bir kitle olduğu

görüldü. Kitlenin intraperitoneal bölge ile ilişkisi olmadığı anlaşıldı. Kitle, üzerindeki ve 1cm. çevresindeki fasiayla birlikte total olarak çıkarıldı. Dren konarak tabakalar kapatıldı.

Yapılan histopatolojik çalışmada kitlenin makroskopik olarak 3,5x2,5x2 cm. ebatlarında, kahverengi-gri renkli, elastik kıvamda, yer yer yağ dokusu içeren bir doku parçası olduğu, kesit yüzeyinin beyaz-kahverengi alanlar ihtiva ettiği bildirildi. Mikroskopik olarak bir kenarında çizgili kas dokusu, diğer alanlarda düz kas dokusu ile devam eden hiyalinize fibrolipomatöz dokuda, düz kas dokusu içinde odaklar halinde endometrium stromal ve glandüler yapılarını içeren endometriozis sahaları izlendiği ve karın ön duvarında endometriozis eksterna tanısı konduğu bildirildi.

Hasta ameliyat sonrası 6. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA :

Fonksiyonel ve morfolojik olarak endometrium dokusuna benzeyen ek-topik endometrium dokusunun uterus dışında, vücudun diğer yerlerinde bulunması olarak tanımlanan endometriozis eksterna uterus dışı genital organlara yerleşebildiği gibi ekstragenital organlara da yerleşebilir ve bu ikinci grubun, tüm eksternal endometriozis vak'alarının % 6'sını oluşturduğu bildirilmiştir (2,6,9).

Eksternal endometriozis en sık overlere yerleşmekle birlikte sıklık sırasına göre pelvis, uterus yüzeyi, tubalar, utero-sakral ligament, rekto-vajinal septum, serviks, appendiks ve kolon, ingüinal bölge, umblikum, ventral insizyon skatrisleri, omentum, Round ligamenti, ince barsaklar, lumbal insizyon skatrisleri, mesane, böbrekler, ureterler, toraks ve vücudun diğer kısımlarına da yerleşebilir (1,2,5,6,9).

Eksternal endometriozis, ilk tanımladığı 19. yüzyılın ikinci yarısından sonra gittikçe artan sayılarda rapor edilmeye başlanmıştır. Kliniğin daha iyi tanımlanması, jinekolojik patalojideki ilerlemeler ve laparaskopinin yaygın olarak kullanımı bu sayının artmasına neden olmakla birlikte, hastalık sıklığının da artmış olması muhtemeldir. Tüm eksternal endometriozis vak'aları, laparaskopi yapılan kadınlarda % 5-22 arasında bildirilmiştir. Bu oran histerektomi geçiren kadınlarda % 8, sezeryan geçirenlerde ise % 5 olarak bildirilmiştir(9).

Endometriozis eksterna, sadece dışı cinstе ve cinsi olgunluk çağında görülür, menapozdan sonra ise geriler. Dolayısıyla hastalık orta dekadlarda görülüp, 4. dekada en sık görülür (2,9).

Deri ve derialtı dokusu endometriozisi, endometrium vak'aları içinde en kolay tesbit edilebilen, tedavisi kolay olan ve prognozu iyi olanıdır (3). Lezyon deri

veya derialtı dokusunda cerrahi insizyon olmaksızın sapontan olarak ta ortaya çıkmakla birlikte çoğunlukla insizyon skatrislerinde görülmektedir. Steck ve ark. (8), 82 vak'adan 56'sında cerrahi insizyon skatrisi olduğunu, geri kalan vak'alarda ise lezyonun spontan olarak çıktığını bildirmişlerdir. Bizim vak'amız, her ne kadar ameliyat hikayesi ve insizyon skatrisleri varsa da, lezyonun bu insizyon skatrisleriyle ilişkisiz ve onlardan uzakta olması nedeniyle spontan olarak gelişmiş bir vak'a olarak kabul edilebilir.

Deri ve derialtı dokusunda eksternal endometrioizisin en sık görülmesine neden olan durumlar; hipogastrium, perine, vulva ve vajinadaki skatrisler olup sezeryan, histerektomi, tubal ligasyon ve rezeksiyonlar, uterus suspansiyon ameliyatları, dış gebelik müdahaleleri, Bartholin kist eksizyonu, epizyotomi, forseps ve küretaj en sık nedenlerdir (1,2,9). Ayrıca abdominal amniosentez ve hipertonic tuzlu su abortusları da nedendir (3). Williams (9), tüm eksternal endometrioizis vak'aları içinde ventral insizyon skatrislerinde ortaya çıkanların % 0,8; lumbal insizyon skatrislerindekilerin ise % 0,2 oranında yeraldığını belirtmiştir. Aynı yazar histerektomi geçirenlerde % 1, sezeryan ameliyatı geçirenlerde ise % 5 oranında insizyon yeri endometrioizisi geliştiğini ifade etmiştir.

Endometrioizisin oluşmasını açıklayan iki büyük teori vardır; transplantasyon ve metaplazi teorileri (2,3,5,9). Transplantasyon teorisi endometrium dokusunun uterusdan direk olarak hedef dokulara ulaşması ile açıklanır. Endometrial dokunun fallopus tüpleri yoluyla regurjitasyonu pelvisteki peritoneal endometrioizisi açıklar. Arteriel, venöz ve lenfatik kanallar yoluyla yayılım akciğer ve deri gibi uzak endometrioizisleri izah eder. Cerrahi insizyon skatrislerinde ortaya çıkan endometrioizisler ise mekanik transplantasyon ile izah edilir.

Metaplazi teorisi ise, endometrium dışı dokuların endometrial dokuya dönüşme potansiyelleri ile açıklanır.

Steck ve ark. (8), bu iki teoriyi birleştirerek ortak bir teori sundular. Bu teoriye göre endometrial hücreler herhangi bir yolla hedef dokuya ulaştıklarında kendilerine imitatif metaplaziyi uyarılar ve hücre sel çoğalmaya neden olurlar.

İnsizyon skatrislerinde ortaya çıkan endometrioizisleri mekanik transplantasyonla açıklamak mümkündür (2,5,6). Ancak tek nedenin bu olmadığı da iddia edilmektedir. İnsizyon yeri enfeksiyonunun endometrium dokusunun kabulünü kolaylaştırıcı etkisinin olduğu düşünülmektedir. Nitekim insizyon yeri endometrioizisi olan vak'aların hemen hepsinin yara iyileşmesinde gecikmeyle beraber olduğu bildirilmiştir (1,9).

İnsizyon yerlerinde ortaya çıkan endometrioizislerde, lezyonun ortaya çıkması ile ameliyat arasında geçen ortalama süre birkaç ay ile 1-2 yıl arasında değişmektedir. Ancak lezyon hemen ameliyat sonrasında çıkabileceği gibi bu süre 20 yıla kadar da uzayabilir(2).

İnsizyon yerleri ile ilişkisi olsun olmasın, deri ve derialtı dokusu endometriozisi yüzeye yakın yerleşebileceği gibi daha derine yağ, fascia ve kas dokusu içine de yerleşebilir(3,9). Lezyon yerinde menstruasyon esnasında lokal ağrı, hassasiyet ve renk değişikliği görülür. Lezyon yüzeyelse kanama ve ülserasyon barizdir, derinse renk değişimi görülmeyebilir (2,9). Bizim vak'amız da menstruasyonla ilişkili olarak bu tipik belirtileri göstermekteydi.

Eksternal endometriozislerde kesin tanı histopatolojik inceleme ile konur. Ektopik doku histolojik olarak endometrium dokusuna benzemekle birlikte hücreler proliferasyon kabiliyeti yönünden değişik derecelerde olabilir (2,9).

Ameliyat sonrası insizyon yerlerinde gelişen endometriozislerden korunmada özellikle risk taşıyan müdahaleler esnasında dikkatli irrigasyon yapılması ve insizyon dudaklarının korunması önem arzeder(9).

Deri ve derialtı dokusu endometriozisinde en iyi tedavi, lokal eksizyonla yapılır. Bu, hem diagnostik hem de küratiftir. Cerrahi tedaviden kaçınılması gereken durumlarda değişik hormon tedavileri, yalancı gebelik ve radyasyon tedavileri denenir (2,4,7,9). Bizim vak'amız da total eksizyonla tedavi edilmiştir.

Eksternal endometriozis odaklarında nadir de olsa malignite geliştiği bildirilmiştir. Bu, en sık rektovajinal septum endometriozislerinde olur. İnsizyon yeri endometriozislerinde ise malignite nadirdir(5).

Endometriozis eksternada nüks, genelde % 2-46 arasında bildirilmiştir. Bu oran cerrahi yolla tedavi edilenlerde % 27, konservatif yolla tedavi edilenlerde % 34 olarak bildirilmiştir(7). Ancak bu rakamlar tüm endometriozis eksterna vak'alarını içine almakta olup, total eksizyonun mümkün olduğu deri ve derialtı dokusu endometriozislerinde prognoz çok daha iyidir(3).

SUMMARY :

EMDOMETRIOSIS EXTERNA ON THE ABDOMINAL WALL (CASE REPORT)

An external endometriosis case was presented which has developed on the abdominal wall out of old incision scars and has been treated with total excision, in a 24 years old woman patient who had been operated for twice cesarean and once appendectomy.

KAYNAKLAR :

- 1- Beischer NO: Endometriosis of an episiotomy scar cured by pregnancy. Obstet Gynecol 28: 15-21, 1966.
- 2- Çanga Ş, Önder İ: Kadın Hastalıkları, 5. baskı, Ankara, Yargıçoğlu Matbaası 1979, s. 561-74.

- 3- Ferrari BT, Shollenbarger DR: Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. *JAMA* 238: 56-7, 1977.
- 4- Hammond MG, Hammond CB, Parker RT: Conservative treatment of endometriosis externa: The effects of methyltestosterone therapy. *Fertil Steril* 29: 651-4, 1978.
- 5- Madsen H, Hansen P, Anderson OP: Endometrioid carcinoma in an operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 59: 475-6, 1980.
- 6- Paull T, Tedeshi LG: Perineal endometriosis at the site of episiotomy scar. *Obstet Gynecol* 40: 28-34, 1972.
- 7- Schenken RS, Malinak LR: Reoperation after initial treatment of endometriosis with conservative surgery. *Am J Obstet Gynecol* 131: 416-21, 1978.
- 8- Steck WD, Helwig EB: Cutaneous endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 9: 373-83, 1966.
- 9- Williams TJ: External endometriosis In: Maltingly RF, Thompson JD ed. *Te Linde's Operative Gynecology*, Philadelphia, J.B. Lippincott Company 1985, p. 260-86.