ABCResearch

Arch Basic Clin Res 2022; 4(3): 149-152 · DOI: 10.5152/ABCR.2020.0028

Case Report

Anterior Abdominal Wall Endometriosis: A Case Report and Review of the Literature

Batın Ön Duvar Endometriozis: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi

Ufuk Memiş

Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Erzincan, Türkiye

Cite this article as: Memiş U. Anterior abdominal wall endometriosis: A case report and review of the literature. *Arch Basic Clin Res* 2022;4(3):149-152.

ORCID IDs of the author: U.M. 0000-0003-3393-3301.

ABSTRACT

Endometriosis is defined as the appearance of functional uterine tissue that responds to hormonal stimuli in tissues other than the uterine cavity. Although the pathophysiology of endometriosis is not clearly understood, the spread of uterine tissue is explained by mechanisms such as celomic metaplasia, lymphatic-hematogenous spread, and iatrogenic implantation. Endometriosis is usually located in the pelvic cavity. Rarely, extrapelvic involvements such as the eyes, heart, adrenal glands, bone, and anterior abdominal wall are also present. The most common form of extrapelvic endometriosis is anterior abdominal wall involvement. The form at incision scar line is also called scar endometriosis because it is seen on the skin, subcutaneous tissue, and abdominal wall. In addition to the past surgical history of the majority of patients, there are masses that gradually grow at the level of the incision line. In some cases, palpable masses can cause pain synchronized with menstrual cycles. Patients present to the general surgery outpatient clinic with the complaint of abdominal pain since it can cause pain without a palpable mass. A pathological diagnosis is confirmed by the detection of hormone-active stromal structures in excision or biopsy material. Medical, surgical, or combined options are available in the treatment protocol. In this article, we aimed to present a case of scar endometriosis in a 30-year-old patient who presented to the general surgery outpatient clinic with a pain palpable mass in the incision line after the cesarean delivery.

Keywords: Endometriosis, abdominal wall, scar endometriosis, cesarean section, extrapelvic endometriosis

ÖZ

Endometriozis, hormonal uyarılara cevap veren fonksiyonel uterin dokunun uterin kavite dışındaki dokularda görülmesi olarak tanımlanmaktadır. Endometriozis patofizyolojisi net olarak açıklanamasa da çölomik metaplazi, lenfatik-hematojen yayılım ve iyatrojenik implantasyon gibi mekanizmalar uterin dokunun yayılması için suçlanan teoriler arasındadır. Endometriozis genellikle pelvik kavitede yerleşim gösterir. Daha nadir olarak göz, kalp, böbrek üstü bezleri, kemik ve batın ön duvarı gibi ekstrapelvik tutulumlar da mevcuttur. Ekstrapelvik endometriozisin en sık görülen formu batın ön duvar tutulumudur. İnsizyon skarı hattında; cilt, cilt altı ve batın duvarında görülmesi nedeniyle skar endometriozis olarak da isimlendirilmiştir. Hastaların çoğunda geçirilmiş cerrahi öyküsüne ek olarak insizyon hattı hizasında tedrici olarak büyüyen, bazı vakalarda palpabl, menstrüel siklusla senkronize ağrılı kitleler mevcuttur. Ele gelen kitle olmadan da ağrı yapabildiği için hastalar genel cerrahi polikliniklerine karın ağrısı şikâyeti ile başvurmaktadırlar. Patolojik tanı, eksizyon ya da biyopsi materyalinde hormon aktif stromal yapıların tespiti ile kesinleşir. Tedavi protokolünde medikal, cerrahi ya da kombine seçenekler mevcuttur. Bu yazıda 30 yaşında sezaryen doğum (C/S) sonrası insizyon hattında ağrı ve ele gelen kitle ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş olan hastadaki skar endometriozis olgusunun sunulması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Endometriozis, Batın Ön Duvarı, Skar endometriozis, Sezaryen, Ekstrapelvik endometriozis

Bu çalışma 7 haziran 2020'de Konya'da gerçekleştirilen Selçuk Zirvesi 2. Uluslararası Uygulamalı Bilimler Kongresinde sözel sunum olarak sunulmuştur. (Bildiri kitabı sayfa no :23-29)

Sorumlu Yazar/Corresponding author: Ufuk Memiş, **E-mail:** memisufuk@gmail.com

Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

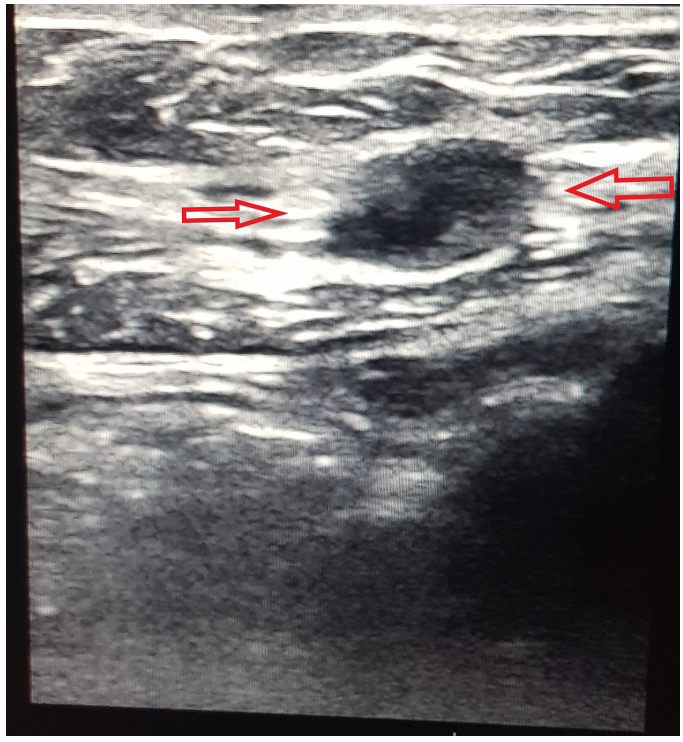
Geliş Tarihi/Received: June 30, 2022
Kabul Tarihi/Accepted: July 27, 2022

GİRİŞ

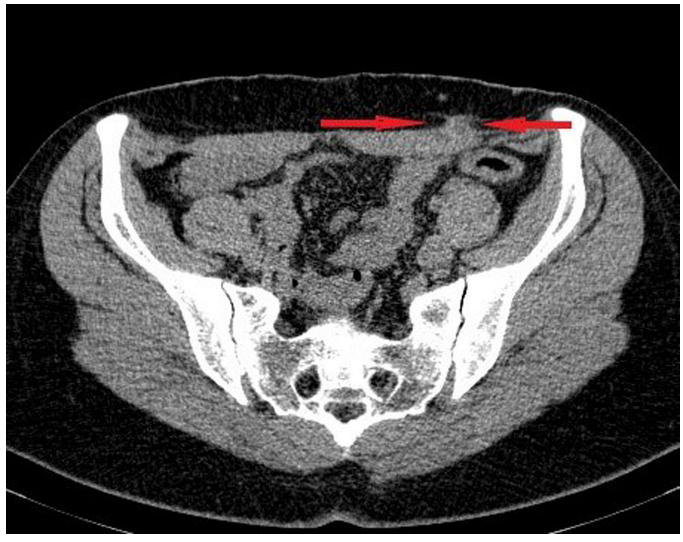
Endometriozis, hormonal uyarılara cevap veren fonksiyonel uterin dokunun uterin kavite dışındaki dokularda ektopik büyümesi olarak tanımlanmaktadır.[1] Reprodüktif çağdaki kadınların yaklaşık %5-%10'luk kısmında görülmektedir. Benign karakterli bir hastalık olup pelvik ağrı, infertilite, disparoni ve dismenoreyle kendini gösterebilir. Endometriozis patofizyolojisi net olarak anlaşılamamıştır. Çölomik metaplazi, lenfatik- hematojen yayılım ve iyatrojenik implantasyon gibi mekanizmalar yayılım açısından suçlanmaktadır. Endometriozis, yerleşim olarak pelvik ve ekstrapelvik olarak iki kısımda incelenir. Pelvik endometriozis en sık overlerde görülmekle birlikte posterior culde-sac, uterus ligamanları, pelvik periton ve rektovajinal septumda da görülebilir. Ekstrapelvik endometrizis en sık batın duvarında görülmekle birlikte kolon, safra kesesi, böbrek üstü bezleri, kemik, göz ve kalp gibi organlarda da görülebilir.[2] Batın duvarı endometriozis insizyon skarı hattında; cilt, cilt altı ve batın duvarında görülmesi nedeniyle skar endometriozis olarak da isimlendirilmiştir. Bu formda sıklıkla daha önce geçirilen pelvik cerrahi hikayesi mevcuttur. Bu özelliği endometriozisin iyatrojenik implantasyon mekanizması yolu ile yayıldığını desteklemektedir. Sezaryen insizyonu skar dokusunda endometriyozis oldukça nadir görülmekte ve insidansı %0,03-%1,7 olarak bildirilmektedir.[3] Hastaların çoğunda geçirilmiş cerrahi öyküsüne ek olarak insizyon hattı hizasında tedrici olarak büyüyen, bazı vakalarda palpabl, menstrüel siklusla senkronize ağrılı kitleler mevcuttur. Ele gelen kitle olmadan da ağrı yapabildiği için hastalar genel cerrahi polikliniklerine karın ağrısı şikayeti ile başvurmaktadırlar. Endometriozis; ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ya da manyetik rezonans gibi çeşitli görüntüleme yöntemleriyle tespit edilebilir. Bu lezyonlar solid, kistik ya da solid ve kistik miks yapıda görülebilmektedir. Bazı vakalarda tanıyı kesinleştirmek için laparaskopik inceleme de gerekebilir. Bu yazıda 30 yaşında sezaryen doğum sonrası insizyon hattında ağrı ve ele gelen kitle ile genel cerrahi polikliniğine başvurmuş olan hastadaki skar endometriozis olgusunun sunulması amaçlandı.

OLGU SUNUMU

30 yaşında gravida 3, parite 3, abortus 0 olan hasta sezaryen insizyon hattında ağrı ve ele gelen kitle ile genel cerrahi polikliniğimize başvurdu. Anamnezde iki kez sezaryen doğum yaptığı, bu doğumlarda yara yeri enfeksiyonu gibi bir komplikasyon yaşanmadığı öğrenildi. Ayrıca en son sezaryen doğumun üzerinden 5 yıl geçtiği, ağrıların ve ele gelen kitlenin son üç senedir ortaya çıktığı ile ağrıların menstrüel siklusla paralellik gösterdiği bilgisi edinildi. Batın muayenesinde sol alt kadranda C/S insizyon hattının lateralinde lokal hassasiyet gösteren yaklaşık 3 × 2 cm'lik fikse kitle mevcuttu. Diğer kadranlar doğaldı. Kadın doğum uzmanımızca yapılan değerlendirmede jinekolojik patoloji saptanmadı. Yapılan tam kan sayımı, biyokimya tetkikleri ve tam idrar tahlili normal aralıktaydı. Ultrasonografik görüntülemesinde sol alt kadranda batın ön duvarı ve cilt altı sınırında solid ve kistik komponentleri olan 30 × 23 mm çapında kitle tespit edildi (Resim 1).



Resim 1. Kitlenin ultrasonografik görünümü. Batın ön duvarı ve cilt altı sınırında solid ve kistik komponentleri olan 30 × 23 mm çapında kitle görülmektedir.



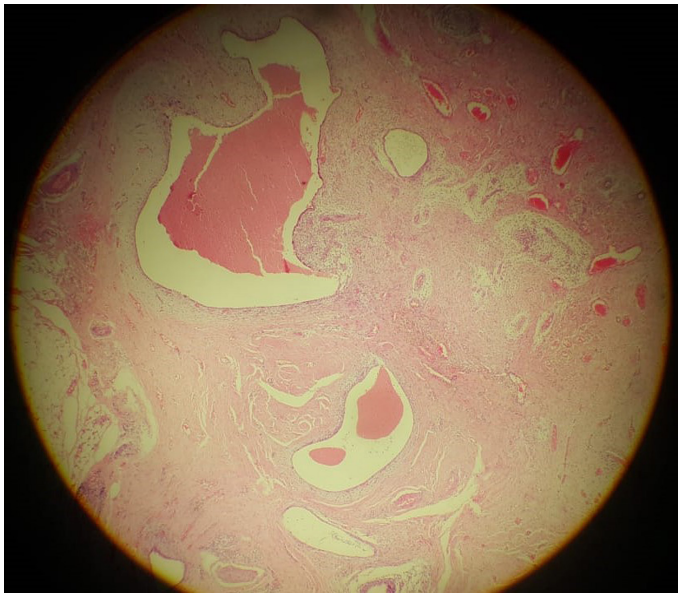
Resim 2. Batın duvarı ve kitlenin ilişkisini gösteren tomografi görüntüsü. Batın ön duvarı ve 3 × 2,5 cm kitle görülmektedir.



Resim 3. Eski insizyon ile kitlenin palpe edildiği alan ilişkisi. Pfannenstiel insizyonun köşesinde ele gelen kitlenin yeri işaretlenmiş halde görülmektedir.



Resim 4. Kitlenin makroskopik görüntüsü. Kitlenin yaklaşık 2,5 × 5 cm çapında düzgün ovoid yapıda olduğu görülmektedir.



Resim 5. Kitlenin mikroskopik incelemesi (H&E ×40). Endometrial bezler, endometrial stroma ve pigmentli makrofajların varlığı dikkat çekmektedir.

Batın tomografisinde sol alt kadranda batın ön duvarında 3 × 2,5 cm kitle haricinde patoloji saptanmadı (Resim 2). Hastaya ameliyat ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirilme yapıldıktan sonra onamı alındı. Operasyonda genel anestezi altında lezyonun palpe edildiği alanda (Resim 3) eski insizyon üzerinden yapılan insizyonla kitleye ulaşıldı. Bir miktar etraf doku ile birlikte eksize edildi (Resim 4). Oluşan fasya açıklığı primer tamir edildi. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Patolojik incelemede endometrial stromal doku izlenen materyal, endometriozis olarak rapor edildi (Resim 5). Takiplerinde komplikasyon ya da nüks gelişmedi.

TARTIŞMA

Endometriozis, hormonal aktif uterin dokunun uterus haricinde görülmesi olarak tanımlanmıştır. Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %5-%10'luk kısmını etkilemektedir. Pelvik ağrı, infertilite, disparoni ve dismenore ile kendini gösterebilse de jinekolojik nedenli laparatomilerde, vakaların yaklaşık %20'sine kadar ek olarak görülebildiğine dair vaka raporları mevcuttur.[4] Uterin dokunun yayılımı net olarak açıklanmamış olup çölomik metaplazi, lenfatik-hematojen yayılım ve iyatrojenik implantasyon gibi mekanizmalarla açıklanmaya çalışılmıştır.[5] Meyer'in 1903'te batın duvarında endometriozisi raporlamasından beri ekstrapelvik endometriozis bilinmektedir.[6] Pelvis harici endometriozis yerleşimleri daha nadir görülmektedir. Skar dokusunda endometriyozis sıklığı çeşitli yayınlarda %0,03 ile %0,08 arasında bildirilmektedir.[7] İnsizyon hattı endometriozis olgularının semptomatik hale gelmesi yaklaşık olarak operasyon sonrası 24-32 ay arasında görülmekle birlikte endometriozis ne kadar derin yerleşimli olursa semptomatik olması o kadar uzun zaman almaktadır.[8] Bu olguda semptomlar sezaryen doğumdan iki sene sonra ortaya çıkmıştır. Batın duvarı endometriozisleri yatay kesili hastalarda daha sık görülmektedir. İnsizyon hattının merkeze uzak olan kısımlarına yerleşme eğilimindedirler. 455 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada batın duvarı endometriozis vakalarının %57'sinin sezaryen doğum sonrası, %11'inin histerektomi sonrası olduğu bildirilmiştir. Sezaryen doğum sonrası görülen endometriozis vakalarında lezyonların %83'ü pfannenstiel insizyon hattının köşelerinde saptanmıştır.[9] Bu olguda da lezyon, insizyonun sol lateralinde saptanmıştır. Batın ön duvarı endometriozis vakalarının çoğunda hastalarda peritoneal endometriozis bulguları saptanmamaktadır.[10] Bu olguda da peritoneal bulgu yoktu. Peritoneal bulgu olmaması ve lezyonların insizyon hattının köşelerinde yerleşmeye meyilli olması gibi özellikler, batın duvarı endometriozis oluşumunda iyatrojenik ekilimin etkili olduğunu desteklemektedir. Bu nedenle operasyon esnasında yara yerlerinin bol serum fizyolojik ile yıkanması ve uterus ile batın kapamasında farklı iğneler kullanılması gibi önlemlerin

alınması önerilmektedir. Patolojik tanı için alınan lezyonda stromal yapılar gösterilmelidir. Traktus boyunca ekilim ihtimali olduğundan iğne biyopsisi tanı amaçlı rutin önerilmemektedir. Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ), oral kontraseptifler ve GnRH analogları ile hastaların yaklaşık %80 inde semptomatik iyileşme görülür. Ancak bu tedavilerin kesilmesi ile semptomların tekrarlaması sıkça görülmektedir.[11] Cerrahi tedaviler öncesinde medikal destek kullanılabilmektedir. Lezyonun total olarak bir miktar etraf doku ile çıkarılması ile nüks az izlenmektedir.[12]

Sonuç olarak; endometriozisin kesin tanısı histopatolojik olarak konulmakla birlikte tanı koymadaki en önemli basamak şüphelenmektir. Batın ön duvarında kitle nedeniyle başvuran kadın hastalarda jinekolojik öykü çok iyi sorgulanmalı ve endometriozis akla getirilmelidir. Sezaryen doğum ya da jinekolojik operasyon sonrasında siklik olarak artan ağrı ve giderek büyüyen kitle öyküsü olması tanı koymayı kolaylaştırır. Ayırıcı tanıda görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi ve kesitsel görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmalıdır. Endometriozis oluşumunu önlemek için jinekolojik ve obstetrik vakalarda cerrahi önerilere dikkatli bir şekilde uyulmalıdır. Nüks oluşumunu ortadan kaldırmak ve tam kür sağlamak için bir santimetre sağlam dokuyu içine alacak şekilde cerrahi eksizyon uygulanmalıdır. Hastalar postoperatif dönemde nüks açısından kontrole çağırılmalıdır.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastadan alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from patient who participated in this study.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Declaration of Interests: The author declare that they have no competing interest.

Funding: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Ramesh B, Chaithra TM, Gupta P, Prasanna G. Anterior abdominal wall scar endometriosis: an enigma. *J Obstet Gynaecol India*. 2016;66(Suppl 2):636-638. [CrossRef]
2. Scioscia M, Virgilio BA, Laganà AS, et al. Differential diagnosis of endometriosis by ultrasound: a rising challenge. *Diagnostics (Basel)*. 2020;10(10):848. [CrossRef]
3. Al-Shraim MM, Fikry A, Rahman GA, AlShumrani G. Asymptomatic incisional endometrioma presenting as abdominal wall mass: a case report. *Niger J Med*. 2012;21(1):108-110.
4. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT. Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol*. 2014;211(4):363.e1-363.e5. [CrossRef]
5. Ding Y, Zhu J. A retrospective review of abdominal wall endometriosis in Shanghai, China. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013;121(1):41-44. [CrossRef]
6. Machairiotis N, Stylianaki A, Dryllis G, et al. Extrapelvic endometriosis: a rare entity or an under diagnosed condition? *Diagn Pathol*. 2013;8:194. [CrossRef]
7. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, et al. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic MimicsRadioGraphics. *Radiographics*. 2012;32(7):2031-2043. [CrossRef]
8. Zhang P, Sun Y, Zhang C , et al. Cesarean scar endometriosis: presentation of 198 cases and literature review. *BMC Womens Health*. 2019;19(1):14. [CrossRef]
9. Song H, Lee S, Kim MJ, Shin JE, Lee DW, Lee HN, et al. Abdominal wall mass suspected of endometriosis: clinical and pathologic features. *Obstet Gynecol Sci*. 2020;63(3):357-362. [CrossRef]
10. Hoo WL, Stavroulis A, Pateman K, et al. Does ovarian suspension following laparoscopic surgery for endometriosis reduce postoperative adhesions? An RCT. *Hum Reprod*. 2014;29(4):670-676. [CrossRef]
11. Bozkurt M, Çil AS, Bozkurt DK. Intramuscular abdominal wall endometriosis treated by ultrasound-guided ethanol injection. *Clin Med Res*. 2014;12(3-4):160-165. [CrossRef]
12. Rindos NB, Mansuria S. Diagnosis and management of abdominal wall endometriosis: a systematic review and clinical recommendations. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(2):116-122. [CrossRef]