

Rektus Abdominis Kasında Endometriyoma: Olgu Sunumu

Aytül Çorbacioğlu¹, İbrahim Halil Erdoğan²

¹Besni Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adıyaman

²Adıyaman Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Patoloji Kliniği, Adıyaman

ÖZET

Rektus abdominis kasında endometriyoma: Olgu sunumu

Rektus abdominis kası, endometriyozisin çok nadir görüldüğü yerlerden biridir. Bu çalışmada rektus abdominis kası içerisine lokalize olmuş bir endometriyoma olgusunu sunmayı amaçladık. Otuz üç yaşında, altı yıl önce sezaryen ameliyatı geçirmiş olan hasta sağda insizyon hattının süperiorunda 4 cm büyüklüğünde ağrılı kitle ile başvurdu. Ultrasonografi ile rektus abdominis kası içinde olduğu saptanan kitle total olarak eksize edildi. Kitle intraabdominal organlarla ve ciltaltı dokusuyla ilişkili değildi. Patolojik inceleme sonucunda endometriyozis olduğu saptandı. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda, batın ön duvarındaki kitlelerin ayırıcı tanısında özellikle geçirilmiş cerrahi bir girişim varsa ve menstrüel siklus ile değişkenlik gösteriyorsa endometriyoma düşünülmelidir.

Anahtar kelimeler: Endometriyozis, rektus abdominis

ABSTRACT

Endometrioma in rectus abdominis muscle: case report

Rectus abdominis muscle is one of the rare localizations of endometriosis. In this report, our aim was to present a case in which endometrioma was localized in rectus abdominis muscle. A 33-year old patient who underwent cesarean section six years before, complained of a painful mass measuring 4 cm localized at superior of the right side of incision scar. The mass which was found to be inside of the rectus abdominis muscle was excised totally. There was no relationship between the mass and intra-abdominal viscera and subcutaneous tissue. The result of pathologic examination was endometriosis. Endometrioma should be considered at differential diagnosis of abdominal wall mass in women during reproductive age especially if there is a past history of surgical intervention and shows variations according to menstrual cycle.

Key words: Endometriosis, rectus abdominis

Bakırköy Tıp Dergisi 2012;8:82-84

GİRİŞ

Endometriyozis endometriyal stroma ve glandlerin uterus kavitesi dışına yerleşmesi olarak tanımlanır. Reprodüktif çağıdaki kadınlarda görülme sıklığı ortalama %7'dir (1). Endometriyozisin en sık görüldüğü yerler sırasıyla overler, anterior ve posterior cul-de-sac, posterior ligamentum latum, ligamentum uterosakral, uterus, tuba uterina, sigmoid kolon ve ligamentum rotundumdur. Vagina, serviks, rektovaginal septum, çekum, ileum, inguinal kanal, abdominal ve perineal skarlar, ureter,

mesane ve umbilikus daha az sıklıkla görüldüğü yerlerdir. Ayrıca meme, pankreas, karaciğer, safra kesesi, böbrek, uretra, ekstremiteler, vertebra, kemik, periferik sinirler, akciğer, diafram, ve santral sinir sisteminde de görüldüğü bildirilmiştir (2).

Batın ön duvarı, endometriyozisin çok nadir görüldüğü yerlerden birisidir. Bunların büyük çoğunluğu abdominal cerrahi özellikle de jinekolojik ameliyatlardan sonrasında cilt ve ciltaltı skar dokusunda gelişir (3). Endometriyoma, rektus abdominis kasında çok seyrek olarak görülür. Literatürde yayımlanmış olan olguların büyük çoğunluğunda, endometriyomanın laparotomi sonrasında geliştiği görülmektedir (4,5,6). Bununla birlikte cerrahi girişim olmadan ortaya çıkan endometriyoma olguları da bildirilmiştir (7).

Bu yayında rektus abdominis kasında yerleşmiş bir endometriyoma olgusunun bulgu ve tedavisini literatür eşliğinde tartışmayı amaçladık.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Aytül Çorbacioğlu
Besni Devlet Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Adıyaman
Telefon / Phone: +90-542-311-9240

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

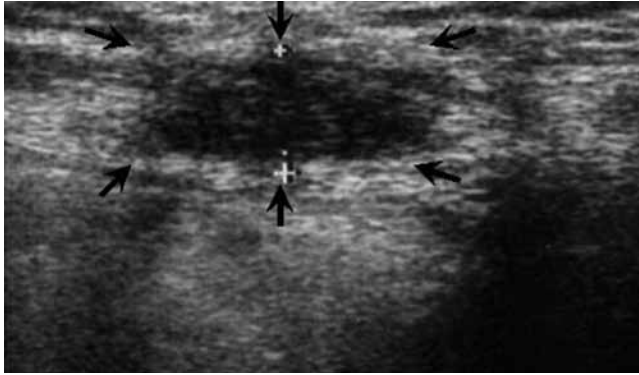
Geliş tarihi / Date of receipt: 31 Ağustos 2010 / August 31, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 17 Ağustos 2010 / August 17, 2010

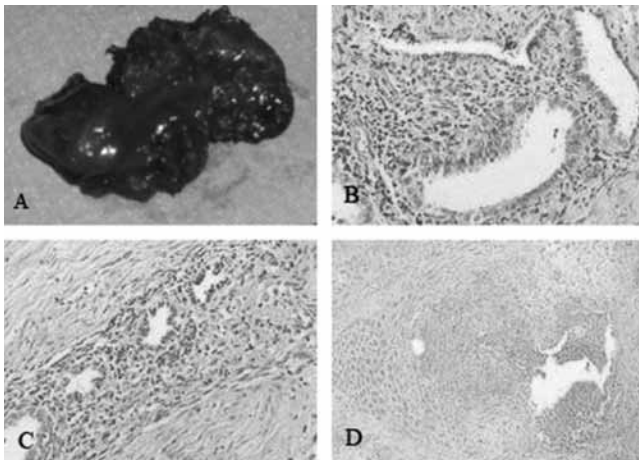
OLGU SUNUMU

33 yaşında G5P3A2C0 olan hasta, altı yıl önce geçirmiş olduğu sezaryen operasyonundan sonra batin ön duvarının sağ yarımında ortaya çıkan ağrılı kitle nedeniyle kliniğimize başvurdu. Kitlenin menstruasyon dönemlerinde büyüdüğü ve ağrının şiddetlendiği hasta tarafından bildirildi.

Fizik muayenede cilt altında Pfannenstiel insizyon hattının superiorunda, orta hattan 1-2 cm kadar sağda 4 cm büyüklüğünde sert, fikse ve ağrılı bir kitle palpe edildi. Deride renk değişikliği yoktu. Hastanın jinekolojik muayenesinde patoloji saptanmadı. Yapılan ultrasonografide sağ rektus abdominis kası içinde 1x4 cm büyüklüğünde hipoeoik lezyon saptandı (Şekil 1). Tanı koymak amacıyla eksizyonel biyopsi planlandı.



Şekil 1: Transvers ultrasonografik görüntüde sağ rektus abdominis kası içinde düzensiz sınırlı çevre kas dokusuna oranla hipoeoik lezyon.



Şekil 2: A, Endometriyomanın makroskobik görünümü. B-C, Endometriyal stroma ve glandlerden oluşan endometriyozis odağı (Hemotoksilen eozin X 40) D, Endometriyal stroma ve glandlerin etrafında çizgili kas dokusu izlenmektedir (Hemotoksilen eozin X 40)

Genel anestezi altında yapılan ameliyatta sağ rektus abdominis kasının içinde 3x4 cm büyüklüğünde sert ve düzensiz sınırlı bir kitle saptandı. Kitle intraabdominal organlarla ve ciltaltı dokusuyla ilişkili değildi ve total olarak eksize edildi. Hasta postoperatif birinci günde taburcu edildi. Bir ay sonra yapılan kontrolde hastanın şikayetlerinin kaybolduğu saptandı.

Materyalin patolojik incelemesi sonucu, rektus abdominis kasında endometriyozis olarak saptandı (Şekil 2).

TARTIŞMA

Batin ön duvarı yerleşimli endometriyozisin etyolojisinde iki temel teori öne sürülmektedir (8). Bunlardan ilki cerrahi girişim sonucunda endometriyal dokunun iyatrojenik implantasyonudur. Yara yerine ekilmiş olan endometriyal doku uterus içindeki endometriyum gibi hormonal uyarıya cevap verir. Endometriyal hücreler proliferer olur ve çevre dokununun metaplazisiyle beraber endometriyoma meydana gelir. Bu teori daha çok skar dokusunun üzerinde veya yakınında görülen endometriyomaların oluşumunu açıklar. Cerrahi işlem olmaksızın spontan gelişen veya skar dokusuna uzak olan endometriyomalarda, vasküler yayılım teorisi ön plana çıkmaktadır. Bu teoriye göre endometriyal hücreler kan damarları ve lenfatiklerle ekstragenital bölgelere taşınarak endometriyotik odaklar meydana getirirler.

Batin ön duvarında görülen endometriyoma olgularının birçoğunda kitle, rektus kasıyla birlikte fasya, subkutan doku gibi diğer batin katlarını da içine alır (9). Bizim olgumuzda endometriyoma, çok daha nadir görüldüğü şekilde sadece rektus abdominis kasına gömülü olarak yerleşmişti. Endometriyoma ayırıcı tanıda apse, lipom, hematom, sebace kist, sütür granülomu, inguinal herni, insizyonel herni, desmoid tümör, sarkom, lenfoma ve primer veya metastatik kanserle karışabilir (8).

Rektus abdominis kası yerleşimli endometriyozis, hem asemptomatik hem de çok ağrılı ve hassas bir kitle halinde görülebilir. Ektopik endometriyum siklik hormonal değişikliklere cevap verir ve etrafındaki stromanın içine kanayarak basınç ve ağrıya yol açar. Tekrarlayan kanama epizodları sonucunda fibrozis ve skar dokusu meydana gelir (8). Bizim olgumuzda da görüldüğü gibi menstruasyon ile ağrı ve kitlenin büyüklüğünde artış gözlenebilir. Tüm olgularda semptomların siklik karakterde olması beklense de batin ön duvarı olgularında sadece %25 oranında bildirilmiştir (10).

Görüntüleme yöntemleri tanı koydurucu olmamakla birlikte yardımcı metod olarak kullanılabilir. Bulgular menstrüel siklus fazına, stromal ve glanduler elemanların oranına, kanama miktarına ve çevredeki inflamatuvar ve fibrotik yanıtın derecesine göre değişkenlik gösterir (11). Ovaryan endometriyomalar ultrasonografide %95 oranında homojen hipoeoik lezyonlar olarak görülürken, batın ön duvarındaki endometriyozis nonspesifiktir ve hipoeoik, kistik, kompleks kistik ve solid kitle olarak görülebilir. Endometriyal implanta karşı gelişen inflamatuvar reaksiyon kitlenin etrafında hiperekoik bir sınır oluşturabilir (12). Lezyonların vasküler doğası sayesinde IV kontrast tutulumu görülebilir. Manyetik rezonans görüntüleme endometriyomalarda olan yeni kanama (T1 ve T2 sekanslarda yüksek sinyal intensitesi), ve daha önceki kanamalara bağlı hemosiderin (T1 ve T2 sekanslarında düşük sinyal intensitesi) saptanabilir (11).

Kesin tanı koymak için patolojik inceleme şarttır.

İnce iğne aspirasyon biyopsisi ile operasyon öncesinde tanı koymak mümkündür (13). Buna alternatif olarak bizim olgumuzda olduğu gibi eksizyonel biyopsi de yapılabilir.

Batın ön duvarı yerleşimli endometriyozisin esas tedavisi cerrahidir. Nüksü önlemek amacıyla cerrahi sınır negatif olacak şekilde geniş eksizyon yapılmalı, gerekirse fasya ve cilt dokusu da çıkarılmalıdır (8). Literatürde cerrahi skar endometriyozisinden gelişmiş "clear cell carcinoma" olgusu yayınlanmıştır (14). Cerrahi işlemlerde batın ön duvarında endometriyal doku implantasyonunu önlemek için batın katlarının kapatılmadan önce serum fizyolojik ile yıkanması önerilmektedir (15).

Sonuç olarak endometriyozis reproduktif çağıdaki kadınlarda batın ön duvarındaki kitlelerin ayırıcı tanısında yer almaktadır. Menstruasyonla semptomların değişkenlik göstermesi ve geçirilmiş laparotomi varlığı tanıyı desteklemektedir.

KAYNAKLAR

1. D'Hooghe TM, Hill III JA. Endometriosis. In: Berek JS (Ed). Berek&Novak's Gynecology. 14th ed. Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 2007; p. 1137-1184.
2. Gabriel A, Shores JT, Poblete M, Victorio A, Gupta S. Abdominal wall endometrioma. Ann Plast Surg 2007; 58: 691-693.
3. Koger K, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. Surg Gynecol Obstetr 1993; 177: 243-246.
4. Dirican A, Ünal B, Özgör D, et al. Endometriosis in rectus abdominis muscle: a case report. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008; 15: 55-57.
5. Coeman V, Scirot R, Breuseghem V. Case report. Rectus abdominis endometriosis: a report of two cases. Br J Radiol 2005; 78: 68-71.
6. Roberge RJ, Kantor WJ, Scorza L. Rectus abdominis endometrioma. Am J Emerg Med 1999; 17: 675-677.
7. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH. Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. Dig Surg 2003; 20: 246-248.
8. Çelik M, Bülbüloğlu E, Büyükebeş MA, Çetinkaya A. Abdominal wall endometriosis: localizing in rectus abdominis sheath. Turk J Med Sci 2004; 34: 341-343.
9. Khaleghian R. Abdominal wall endometriosis: Sonographic diagnosis. Australas Radiol 1995; 39: 166-167.
10. Huff TN, Geiger XJ, Duffy GP, O'Connor MI. Case report: Endometrioma of the abdominal wall. Clin Orthop Relat Res 2007; 463: 221-224.
11. Coley BD, Casola G. Incisional endometrioma involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissues: CT appearance. AJR Am J Roentgenol 1993; 160: 549-550.
12. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP Jr. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2001; 21: 193-216.
13. Gupta RK. Fine-needle aspiration cytodiagnosis of endometriosis in cesarean section scar and rectus sheath mass lesions- a study of seven cases. Diagn Cytopathol 2008; 36: 224-226.
14. Hitti IF, Glasberg SS, Lubicz S. Clear cell carcinoma arising in extraovarian endometriosis: report of three cases and review of the literature. Gynecol Oncol 1990; 39: 314-320.
15. Kocakusak A, Arpinar E, Arkan S, Demirbag N, Tarlaci A, Kabaca C. Abdominal wall endometriosis: a diagnostic dilemma for surgeons. Med Princ Pract 2005; 14: 434-437.