

A case of inguinal endometriosis developed after cesarean delivery

Sezaryen doğum sonrası oluşan inguinal endometriozis olgusu

Özgür Dandin¹, Yaşam Kemal Akpak², Taner Dandinoğlu³, Uygur Teomete⁴,
Anıl İçel Saygı², İlhami Gül²

¹Clinic of General Surgery, Bursa Military Hospital, Bursa, Turkey

²Clinic of Obstetrics and Gynecology, Ankara Position Military Hospital, Ankara, Turkey

³Clinic of Physical Therapy and Rehabilitation, Bursa Military Hospital, Bursa, Turkey

⁴Clinic of Radiology, Jackson Memorial Hospital, Miami University, Florida, USA

Abstract

Endometriosis is defined as the existence of endometrial tissue outside the uterus. It is commonly localized to the adjacent pelvic viscera and the peritoneum in women particularly during the reproductive term. It may also be present in the inguinal pouch or canal after gynecological operations and cesarean section. We report an unusual case of a 28-year-old woman who developed an inguinal endometriosis 5 years after a cesarean section. The purpose of this case report was to evaluate this rarely seen inguinal endometriosis and thus, make some contribution to the literature.

Keywords: Cesarean scar, surgical treatment, hernia, inguinal tumour, extrapelvic endometriosis

Öz

Endometriyozis, endometriyal dokunun uterus harici yerleşimi olarak tanımlanmaktadır. En sık pelvisteki komşu organlara ve peritona lokalize olmakta ve bilhassa reproduktif dönemdeki kadınlarda izlenmektedir. Jinekolojik operasyonlar veya sezaryen doğum sonrasında inguinal kese veya kanalda bulunabilir. Bu makalede 28 yaşındaki bayan hastanın, sezaryen doğumdan 5 yıl sonra gelişen ve nadir izlenen inguinal endometriozis olgusunu sunuyoruz. Bu olgu sunumunun amacı, nadir görülen inguinal endometriozis olgularının değerlendirilmesi ve bu sayede literatüre katkıda bulunmaktır.

Anahtar kelimeler: Sezaryen skarı, cerrahi tedavi, herni, inguinal tümör, pelvis dışı endometriozis

Giriş

Endometriozis fonksiyonel endometrial gland ve stromanın uterusun anatomik olarak dışında çeşitli yollarla yerleşmesiyle oluşan klinik bir tablodur (1). Etiyolojik faktörler net olmamakla beraber endometriozis, özellikle reproduktif çağıdaki kadınlarda sık izlenmek üzere, görülme oranı %8-%15'tir (2). En sık overlerde izlenmesine karşın rektovajinal septum, sakrouterin ligament, gastrointestinal sistemde, üriner sistemde ve pelvik periton üzerinde de izlenebilmektedir (3). Bu endometriozis formlarının her biri lokalizasyonuna göre semptom vermektedir. Inguinal kanalda endometriozis görülmesi nadirdir ve izlenenler ise nodüler tarzda yerleşim göstermektedir. Tanılar her zaman hisopatolojikle doğrulanıp netleştirilir. Bu yazıda inguinal kitle ön tanısıyla cerrahi eksizyon uygulanan ve hisopatolojik incelemede endometriozis saptanan olgunun ışığında inguinal endometriozis kliniğinin yönetiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu sunumu

28 yaşında kadın hasta, iki yıldır sağ inguinal bölgede şişlik hissetmesi nedeniyle genel cerrahi polikliniğine

başvurdu. Hastanın öyküsünden yaklaşık 5 sene önce sezaryen doğum yaptığı ve 2 yıldır bu şişliğe bağlı ağrı şikayetinin adet dönemlerinde artıp adet sonrası kaybolduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede sağ inguinal bölgede palpasyonla semifikse lobüle bir izlendi. Yapılan gri skala ultrasonografide 30 x 20 x 18 mm boyutlarında hipoekoik, solid, sınırları düzensiz olan ve doppler incelemede periferik vasküler akımı mevcut olan bir kitle imajı izlendi (Resim 1). Hastanın jinekolojik muayenesinde uterus ve overler doğal saptandı. Hastaya total cerrahi eksizyon yapıldı, sağlam cerrahi sınırla beraber çıkarılan kitlede herniyle ilgili kese izlenmedi (Resim 2,3). Takiben yapılan hisopatolojik incelemede desmoplastik hyalinize alanlar içinde hücreler görülmesiyle endometriozis ekterna tanısı konuldu (Resim 4). Malignite lehine bulguya rastlanmadı. Hasta postoperatif birinci gününde şifa ile taburcu edildi.

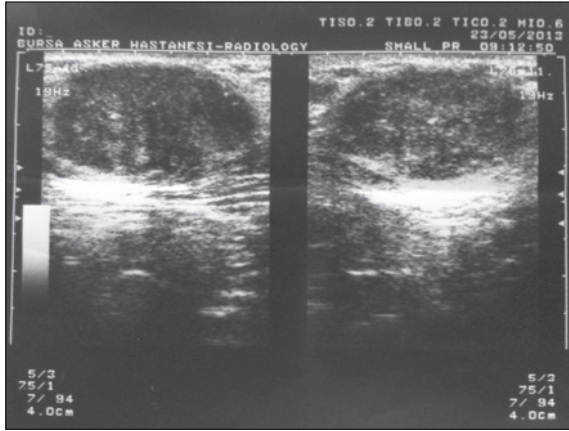
Tartışma

Endometriozis tüm kadınların yaklaşık %6-10'unu etkileyen, en çok pelvik ağrıyla izlenen, benign özellikte olan ve östrojen bağımlı jinekolojik bir hastalıktır. Inguinal endometriozis ise %0.3-%0.6 oranında izlenir (2,3). Nadir izlenmesinin yanında, hastaların genel cerrahi uzmanları tarafından değerlendirilmesi de litera-

Correspondence: Özgür Dandin, Clinic of General Surgery, Bursa Military Hospital, Bursa, Turkey
Tel: +90 533 3892044 dandinozgur@gmail.com

Received: 26.02.2015 **Accepted:** 22.05.2015
www.gaziantepmedicaljournal.com
DOI: 10.5578/GMJ.10818

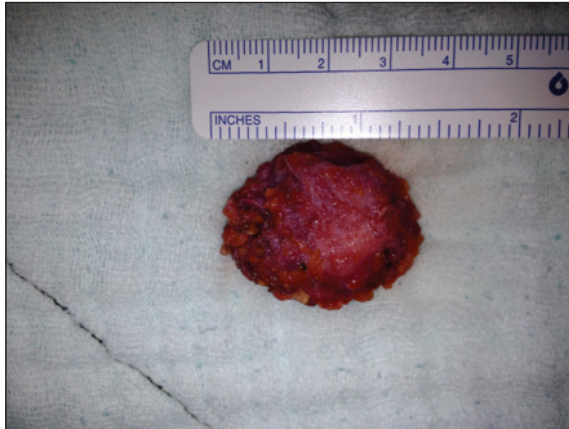




Resim 1. Gri skala ultrasonografide 30 x 20 x 18 mm boyutlarında hipoekoik, solid, sınırları düzensiz kitle görüntüsü.

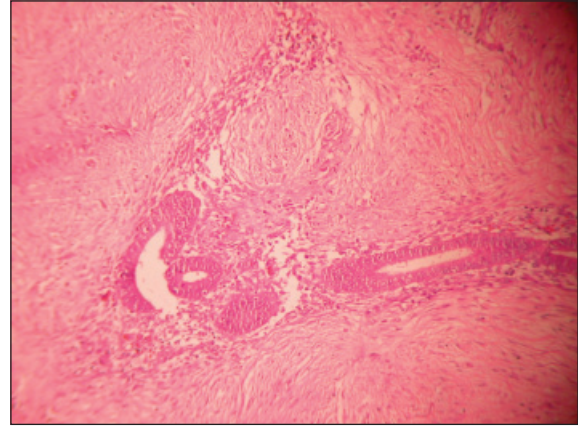


Resim 2. İnguinal alanda endometriozisle uyumlu solid kitle.



Resim 3. Dokudan ayrılmış inguinal endometriozis ile uyumlu kitle.

türdeki yüzdelerinin düşük olmasına sebep olmaktadır (4). Endometriozisin kliniğinde sık görülen bulgular olan progresif dismenore, menstrüel düzensizlikler, disparoni, infertilite ve pelvik ağrıların aksine inguinal endometriozislerde özellikle menstrüel dönemlerde ağrı ve şişlik şikayetleri izlenir. Bu şişliğin boyutları siklusla birlikte değişebilmektedir (5). Bizim olgumuz-



Resim 4. Desmoplastik hyalinize alanlar içinde proliferatif kolumnar epitelium ile döşeli glandlar ve bunları çevresinde endometrial stromal hücreler (HE X 10).

da da şişlik ve ağrı şikayetleri özellikle menstruasyon döneminde artmaktaymış. Altı olguluk bir seride yaş ortalaması 38 olarak izlenmiş olup, olguların 30-40 yaş arasında olduğu görülmüştür (6). Kitlelerin büyüklükleri ise genelde 1-6 cm arasında izlenmiştir (7). Bizim olgumuzda hastanın yaşı 28 olup kitle 2-3 cm ebatlarında idi.

Endometriozisin patofizyolojisi de, sınıflaması da yıllar içinde değişiklikler göstermiş ve tartışmalar içermektedir. Başlarda endometriozis interna ve eksterna olarak sınıflanırken son dönemlerde pelvik ve ekstra pelvik olarak sınıflandırılmaktadır. Patofizyolojisinde ise direkt implantasyon, çölemik metaplazi, vasküler veya lenfatik yayılımla beraber retrograd menstrüasyon suçlanmaktadır (8). Pelvis dışı endometriozislerin çoğunu oluşturan insizyon skarındaki endometriozis olgularında ameliyat sırasında endometrial hücrelerin iyatrojenik oto-transplantasyonu ile oluşması olası gözükmemektedir. Ancak inguinal endometriozisin pelvik endometriozisin round ligamentinden inguinal kanala hareket ederek oluştuğu düşünülmektedir (1,9).

İnguinal endometriozisler %90 oranında sağda izlenmektedirler. Nedeni hala tam kanıtlanmasada periton içi sıvıların saat yönünde sirküle olduğu ve sigmoid kolonun batının solunu doldurması teoriler içinde ön planda olanlardır (7,9,10). Pleural endometriozisi inceleyen bir çalışmada lezyonların sağda izlenme oranları %93 bulunmuştur (11). Bizim olgumuzda da kitle hastanın sağ inguinal kanalındaydı. İnguinal endometriozisler başlıca inguinal hernilerden olmak üzere, lenf nodları, abse, hematoma, sarkoma, lenfoma, nöroma, lipoma ve nuck kanalı kistleri gibi yer kaplayan lezyonlardan ayrılmalıdır (5,12).

Genellikle iyi sınırlı, solid, kistik veya hipoekoik görüntüsüyle inguinal endometriozisin tanısında ultra-

sonografi en çok kullanılan tanı yöntemi olsa da manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tüm görüntüleme yöntemlerinden daha spesifiktir (13). Ultrasonografide özellikle menstrüel dönemde inguinal hernilerle karışabilmektedir (4). Literatürde inguinal herniden ayırmak adına ince iğne aspirasyon biopsisi lehine yayınlar varsa da, tanısız değerinin düşük olması ve oto-transplantasyon riski sebebiyle karşı çıkan yayınlar çoğunluktadır (2,7,14). Bizim olgumuzda da ultrasonografide solid kitlenin içinde kistik bir görünüm mevcuttu. Hastanın öyküsü, muayenesi ve ultrason bulgularıyla ön tanımızı koyarak kesin tanı için eksizyonel biyopsi kararı alındı. İnguinal endometriozisin tedavisi ve kesin tanısı endometriozis odağının total cerrahi olarak çıkarılmasıyla gerçekleşmektedir. Anatomik olarak genitofemoral sinir, femoral ve inferior epigastirik damarlara yakın bir bölge olması nedeniyle cerrahide dikkat edilmelidir. Ayrıca endometriozis olgularının yaklaşık %1'inde malign transformasyon olması sebebiyle eksizyonel biopsi sonrası patolojik değerlendirmede çok önemlidir (2,15). Endometriozisin tedavisinde kullanılan danazol, gonadotropin serbestleştirici hormon (GnRH) analogları, oral kontraseptifler ve progestinler cerrahi sonrası nüks olması sebebiyle cerrahiye ek olarak düşünülmüştür, ancak nüksü engellediği halen tartışmalıdır (7). Bu sebeple olgumuzda cerrahiye ek medikal tedavi başlanmadı.

Sonuç olarak, inguinal bölgede kistik kitleyle gelen ve özellikle menstürasyon dönemiyle korele olarak ağrı şikayetleri artan hastalarda ayırıcı tanıda endometriozis mutlaka düşünülmelidir. Ultrasonografik değerlendirme ilk tanı aracı olarak düşünülmeli ancak malignite şüphesi varsa MRI kullanılmalıdır. Endometriozis yönünde şüphe oluştuğunda kitle cerrahi eksizyonla total olarak çıkarılmalı ve mutlaka patolojik tanı alınmalıdır.

Kaynaklar

1. Kapan M, Kapan S, Durgun AV, Goksoy E. Inguinal endometriosis. Arch Gynecol Obstet 2005;271(1):76-8.
2. Licheri S, Pisano G, Erdas E, Ledda S, Casu B, Cherchi MV, et al. Endometriosis of the round ligament: description of a clinical case and review of the literature. Hernia 2005;9(3):294-7.
3. Hagiwara Y, Hatori M, Moriya T, Terada Y, Yaegashi N, Ehara S, et al. Inguinal endometriosis attaching to the round ligament. Australas Radiol 2007;51(1):91-4.
4. Miranda L, Settembre A, Capasso P, Piccolboni D, De Rosa N, Corcione F. Inguinal endometriosis or irreducible hernia? A difficult preoperative diagnosis. Hernia 2001;5(1):47-9.
5. Kirkpatrick A, Reed CM, Bui-Mansfield LT, Russel MJ, Whitford W. Endometriosis of the canal of Nuck. AJR Am J Roentgenol 2006;186(1):56-7.
6. Apostolidis S, Michalopoulos A, Papavramidis TS, Papadopoulos VN, Paramythiotis D, Harlaftis N. Inguinal endometriosis: three cases and literature review. South Med J 2009;102(2):206-7.
7. Candiani GB, Vercellini P, Fedele L, Vendola N, Carinelli S, Scaglione V. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. Obstet Gynecol 1991;78(2):191-4.
8. Seli E, Berkkanoglu M, Arici A. Pathogenesis of endometriosis. Obstet Gynecol Clin North Am 2003;30(1):41-61.
9. Wong WS, Lim CE, Luo X. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as an inguinal tumour. ISRN Obstet Gynecol 2011;2011:272159.
10. Kiyak G, Ergul E, Sarikaya SM, Yazgan A. Endometriosis of the groin hernia sac: report of a case and review of the literature. Hernia 2010;14(2):215-7.
11. Foster DC, Stern JL, Buscema J, Rock JA, Woodruff JD. Pleural and parenchymal pulmonary endometriosis. Obstet Gynecol 1981;58(5):552-6.
12. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP Jr. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. Radiographics 2001;21(1):193-216.
13. Low RS, Jones AO, Houang M, Newland L, Morey AL, Chan-Ling T. Endometriosis of the inguinal region: magnetic resonance imaging (MRI) findings. Australas Radiol 2007;51 (Suppl):B272-5.
14. Pérez-Seoane C, Vargas J, de Agustín P. Endometriosis in an inguinal crural hernia. Diagnosis by fine needle aspiration biopsy. Acta Cytol 1991;35(3):350-2.
15. Raffaelli R, Piazzola E, Zanconato G, Fedel L. A rare case of extrauterine adenosarcoma arising in endometriosis of the rectovaginal septum. Fertil Steril 2004;81(4):1142-4.

How to cite:

Dandin Ö, Akpak YK, Dandinoğlu T, Teomete U, İçel Saygı A, Gül İ. A case of inguinal endometriosis developed after cesarean delivery. Gaziantep Med J 2015;21(4):268-270.