

BATIN ÖN DUVARI SKAR ENDOMETRİOZİSİ: OLGU SERİSİ VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİNİN İNCELENMESİ

Işık ÜSTÜNER¹, Evren ÜSTÜNER², Ebru Düşünceli ATMAN², Şenol ŞENTÜRK¹, Gülşah BALIK¹, Ülkü Mete URAL¹, Mehmet KAĞITÇI¹, E. Seda Güvendağ GÜVEN¹

¹ Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Rize

² Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Pelvik veya abdominal skar dokusuna endometriozis ekimi oldukça nadir gözlenen bir durumdur. En sık olarak sezaryen operasyonları sonrasında uterus endometrial kavitesi içindeki endometrial stem hücrelerinin dış dokulara ekilmesi sonucunda gelişmektedir. Hastalar genellikle asemptomatiktir ancak siklik ağrı veya ele gelen kitle şikayeti ile başvurabilirler. Skar hattı yakınında klasik yerleşim yeri, klinik hikaye ve görüntüleme bulguları ile birleştirildiğinde tanı koyulması olasıdır. Ultrasonografi ile incelemede lezyon genellikle solid, hafif hipoekoik vasıfta, kas ile izoekoik özelliktedir. Kanama veya sıvı varlığı lezyonu heterojenleştirebilmektedir. Bilgisayarlı tomografik incelemede lezyonda en belirgin özellik, yoğun kontrast tutulumu olmakta iken manyetik rezonans görüntüleme ise kan ürünlerine hassasiyet ön plana çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: anterior abdominal duvar, endometriozis, skar endometriozisi, tanısız görüntüleme

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2014; Cilt: 11, Sayı: 1, Sayfa: 71-7

ANTERIOR ABDOMINAL WALL SCAR ENDOMETRIOSIS: CASE SERIES AND REVIEW OF IMAGING MODALITIES

SUMMARY

Implantation of endometriosis to pelvic and abdominal scar tissue is a very rare occurrence. Most commonly observed after cesarean sections due to implantation of uterine endometrial stem cells to outside tissues. Patients are often asymptomatic but may present with cyclic pain and mass. Imaging diagnosis is possible when classical implantation site near the scar tissue, clinical history and imaging findings are combined. In ultrasound imaging the lesion is often solid, mildly hypoechoic and often isoechoic to surrounding muscle. Presence of bleeding and fluid may cause the lesion to appear more heterogeneous. On computed tomography imaging the most pronounced finding is avid contrast enhancement of the lesion whereas in magnetic resonance imaging sensitivity to blood products.

Key words: anterior abdominal wall, endometriosis, diagnostic imaging, scar endometriosis

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2014; Vol: 11, Issue: 1, Pages: 71-7

Yazışma adresi: Yard. Doç. Dr. Işık Üstüner, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 53020, Rize

Tel: (0532) 687 11 20

e-posta: kustuner@hotmail.com

Alındığı tarih: 07.06.2013, revizyon sonrası alınma: 22.08.2013, kabul tarihi: 25.08.2013, online yayın tarihi: 26.08.2013

GİRİŞ

Endometriozis endometrial bez yapıları ve stromasının normal uterus kavitesi dışında yerleşmesi olarak tanımlanır. Üreme dönemindeki kadınların yaklaşık % 7-10'unda görülen bir hastalıktır⁽¹⁾. Ektopik endometrial doku genellikle pelvis içinde yerleşirken, nadir olarak akciğer, üreter, beyin ve abdominal duvar gibi tüm vücut organlarında da görülebilir⁽¹⁾. Bu olguların yaklaşık % 7-8 kadarını abdominal duvar endometriozisi oluşturmaktadır⁽²⁾.

Ekstra pelvik endometriozis olgularının büyük çoğunluğa histerektomi ve sezaryen sonrası gelişen skar endometriozisi olarak raporlanmaktadır⁽³⁾. Skar endometriozis olgularının değişik yerleşimleri olabilir. Nadir gelişim yerleri sezaryen kesi hatları, laparoskopik trokar giriş düzeyleri, umblikal kesi hatları, epizyotomi kesiği, histerektomi sonrası vajen kubbesi, amniosentez girişim alanları ve Bartholin bezi eksizyon skarları olarak bildirilmiştir⁽⁴⁻¹⁰⁾. Kistik, mikst veya solid yapıda olan endometrial implant yapılan prosedür ile ilişkili skar dokusuna komşu; cilt, cilt altı doku, abdominal veya pelvik duvar kas yapısında yerleşebilir⁽¹⁰⁾.

Bu çalışmada, batın ön duvarı skar endometriozis olgularının demografik özellikleri, tanı ve tedavi şekilleri sunulmuş ve skar endometriozis tanısında kullanılan ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) görüntüleme yöntemleri, 7 olgu baz alınarak güncel literatür bilgileri ışığında incelenmiştir.

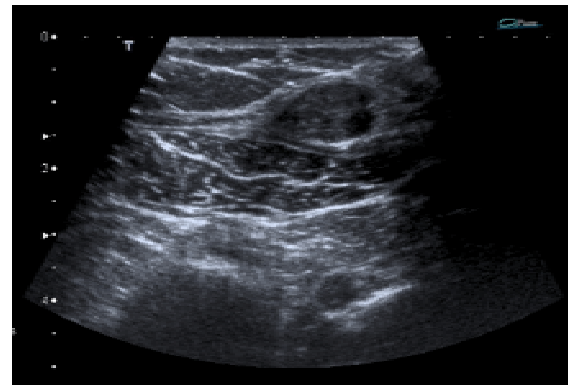
OLGU SERİSİ

Bu retrospektif çalışmada, 2009-2013 yılları arasında, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Jinekoloji Polikliniği'nde değerlendirilen ve radyoloji ile konsülte edilen, görüntüleme yöntemleri ile abdominal duvar endometriozisi düşünülen, ince iğne biyopsisi ve patolojik inceleme ile tanısı konulan 7 olgu sunulmuştur. Tüm olgular incelemeleri ve cerrahi işlemleri için bilgilendirilmiş onam formu imzalamıştır. Olguların sosyodemografik özellikleri, daha önce geçirdikleri operasyonlar, semptomlar ve süresi, tanı yöntemleri, tedavi, endometriozis lokalizasyonları ve çapları kaydedilmiştir.

Olgu 1: 30 yaşında G2P2, hasta sol pelvik ağrı ve pelvik ön duvarda solda, son 2 aydır fark ettiği, ele gelen kitle ile başvurdu. Ağrısı sıklık değildi. Olgunun 4 sene önce Pfannenstiel kesiği uygulanmış olan sezaryenle doğum hikayesi var idi. Ek bir şikayeti olmayan ve laboratuvar tetkikleri normal olan olguda pelvik muayene sırasında batın sol tarafında, orta hat umblikusun 2 cm sol lateralinde yaklaşık 2 cm boyutunda orta sertlikte, fikse olmayan bir kitle palpe edildi. Ultrasonografik (USG) incelemede, umblikus inferiorunda, orta hattın sol tarafında 22x14x53 mm ve 13x12x45 mm boyutlarında rektus kası içerisinde lobüle konturlu hipoeoik iki adet lezyon gözlemlendi. Ayrıca umblikus superioruna yakın 9x6 mm boyutunda cilt altında benzer bir lezyon izlendi. Ön tanıda endometriozis düşünüldü. İnce iğne biyopsisi tanıyı destekledi. Cerrahi eksizyon sonrası patolojik tanı endometriozis olarak rapor edildi.

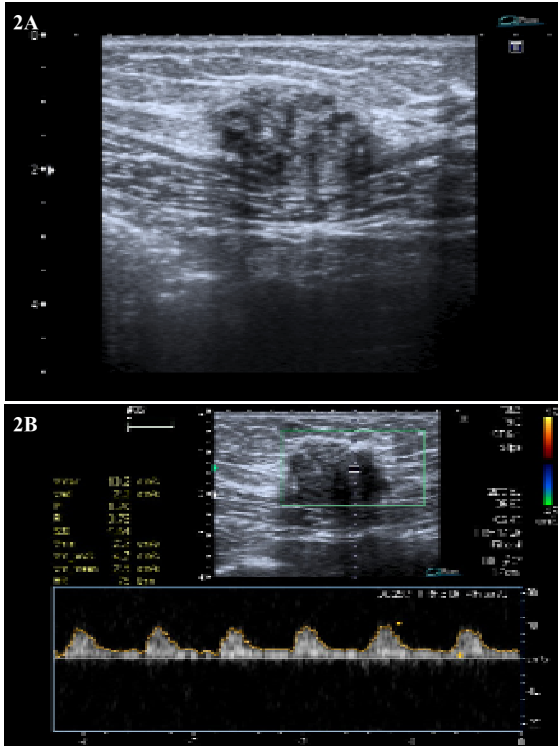
Olgu 2: 31 yaşında, G2P1, hasta pelvik ön duvarda solda, 2 hafta önce fark ettiği, ele gelen kitle nedeni ile başvurdu. Ağrı şikayeti olmayan ve laboratuvar bulguları normal sınırlarda olan olgunun fizik muayenesinde orta sertlikte ve fikse olmayan kitlenin 4 yıl önce gerçekleştirilmiş sezaryen operasyonuna ait Pfannenstiel kesiği skarı hattında yerleştiği gözlemlendi. Sütür granülomu veya skar endometriozis ön tanısı ile USG inceleme yapılan olguda, sol alt kadranda cilt altında sütür düzeyinde, rektus abdominus kası anteriorunda 15x10 mm hipoeoik solid oluşum izlendi. USG bulgularının da ön tanıyı desteklediği olguda tanı cerrahi eksizyon ile kesinleştirildi (Resim 1).

Resim 1: Olgu-2'ye ait USG incelemede sol rektus kası anteriorunda cilt altında yerleşmiş yaklaşık 1.5 cm boyutunda hipoeoik solid vassıfta düzgün sınırlı oval kitle lezyonu izlenmektedir.



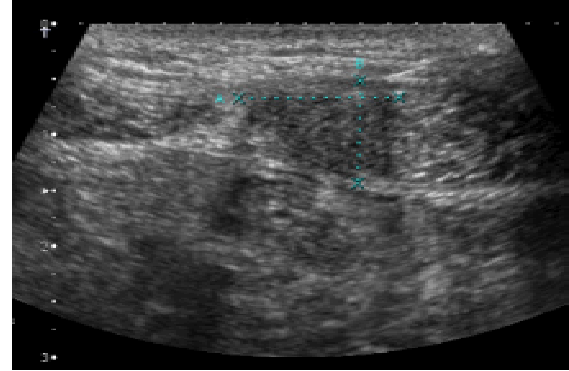
Olgu 3: 38 yaşında G3P2, hasta pelviste skar dokusu düzeyinde her iki tarafa kitle ve yaygın pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Ağrı sürekli ve künt vasıfta idi. Hasta ağrının menstrüel siklus ile ilişki göstermediğini belirtti. Yaklaşık 5 sene önce sezaryen öyküsü olan olguda fizik muayenede bilateral Pfannenstiel kesi skarı hattında yumuşak bir kitlesi palpe edildi. Bilateral ve sayıca çok olması nedeni ile ön tanıda öncelikle abse veya hematoma varlığı düşünüldü. USG incelemede sağda ve solda rektus kasında büyüğü sağda 26x16 mm boyutlarında heterojen görünümlü, RDUS ile kanlanan, kistik alanlar içeren lezyon izlendi (Resim 2A). Doppler incelemede kitlenin kanlandığı gözlemlendi (Resim 2B). Bu nedenle ayırıcı tanıda endometriozis yanı sıra dermoid veya fibroma gibi solid kitle lezyonları da düşünüldü. Aspirasyon biyopsisi sonrası tanı endometriozis olarak raporlandı ve kitleler eksize edildi.

Resim 2: Olgu-3'e ait USG incelemede (A) gri skalada sağ rektus kası anteriorunda posterior duvarı kası ilgilendiren anteriorunda cilt altına uzanan yaklaşık 26 mm boyutunda heterojen vasıfta, yer yer ekojen alanlar, yer yer milimetrik kistik alanlar içeren hipoekoik sınırları hafif düzensiz nodüler vasıfta kitle lezyonu izlendi. Aynı hastanın (B) renkli Doppler incelemede periferik ve santral vaskülarizasyon dikkati çekmiş olup, spektral analizde yüksek dirençli akım örnekleri gözlemlenmiştir.



Olgu 4: 35 yaşında G4P2, hasta yaklaşık 5 yıl önce geçirdiği sezaryen operasyonuna sekonder gelişmiş Pfannenstiel kesi skarı düzeyinde solda pelvik ağrı ve ele gelen kitle şikayeti ile başvurdu. Laboratuar ve diğer fizik muayene bulguları normaldi. İntraumbilikal sol orta hatta yakın, orta sertlikte kitle palpe edildi. Rektus kas kitlesi ön tanısı ile yapılan USG incelemede; sol rektus kasının medial kesiminde, kas içinde yerleşmiş, yaklaşık 1,5 x 1 cm boyutlarında hipoekoik, sınırları çevre dokudan sonografik olarak ayırt edilebilen ancak kasta kapsüler bir yapı ile net olarak ayrılmayan solid nodüler vasıfta oluşum izlendi (Resim 3). Sezaryen hikayesi olması nedeni ile endometriozis ayırıcı tanıda düşünülmeyle birlikte net sınırlar ve belirgin kitle etkisi olmaması nedeni ile fibroma, desmoid gibi rektus kas kitlelerinin varlığı öncelikle düşünüldü. Biyopsi ile endometriozis tanısı doğrulandı ve eksize edildi.

Resim 3: Olgu-4'e ait USG incelemede sol rektus kası içinde, kas ile izoekoik, sınırları kasta net olarak ayırt edilemeyen, nodüler etki veren hafif bir heterojenite oluşturan yaklaşık 2 cm çaplı endometriozis odağı izlenmiştir.

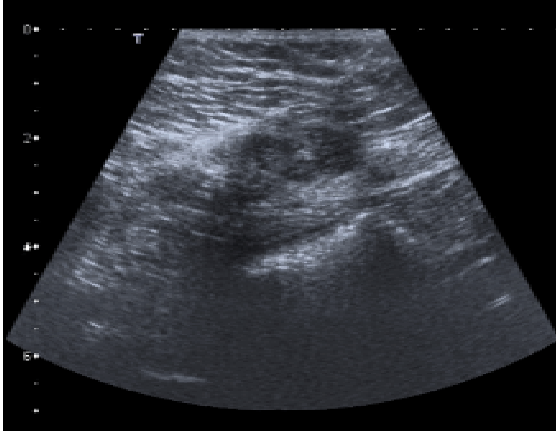


Olgu 5: 33 yaşında G2P1, hasta vaginal akıntı ve pelvik dolgunluk şikayeti ile kadın doğum kliniğine başvurdu. Pelvik ağrı, kitle veya siklik ağrı şikayeti olmayan olgunun fizik muayenesi ve laboratuar incelemede anormal bir bulgu saptanmadı. Yaklaşık 3 sene önce sezaryen operasyonu hikayesi olan olgunun, kesiye bağlı olası herninin dışlanması amacı ile abdominal yüzeye ve iç genital organlara yönelik transabdominal pelvik USG incelemede; sol pelvik düzeyde batın ön duvarında, rektus kası ile ilişkili, internal ekolar içeren hipoekoik, solid bir oluşum saptandı. RDUS incelemede kitlenin periferik kanlandığı dikkati çekti. Kitlenin öncelikle bir hematoma veya rektus kas kitlesini temsil ettiği düşünüldü. Kontrastlı BT görüntülerde aksiyel

kesitlerde, kitlede periferik opaklaşma ve minimal sıvı koleksiyonu varlığı gözlemlendi. Biyopsi sonrasında endometriozis tanısı koyularak lezyon eksize edildi.

Olgu 6: 34 yaşında G4P1, hasta pelvik ağrı ve kitle şikayeti ile başvurdu. Ağrı siklik vasıfta olup, menstrasyonun ilk iki gününde belirgin şiddetlenmekte idi. Olgunun 3 yıl önce geçirilmiş sezaryen operasyonuna ait Pfannenstiel kesi skarı mevcuttu. USG ve BT incelemede anterior pelvik duvarda daha önce cerrahi skar izlenen düzeyde yerleşmiş yumuşak doku nodülü ve çevre yağ dokularında kirlenme gözlemlendi (Resim 4). Lezyon BT incelemede kontrast tutmakta idi. Siklik ağrı olması ve sezaryen hikayesi yanı sıra radyolojik bulguların ışığında endometriozis tanısına öncelik verildi. Biyopsi sonrası tanı kesinleşti ve lezyon cerrahi olarak eksize edildi.

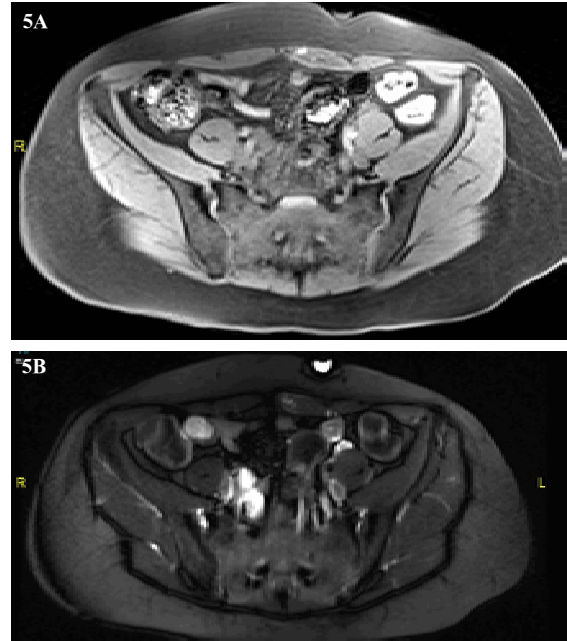
Resim 4: Olgu-6'ya ait USG incelemede sol rektus kası içindeki yaklaşık 2 cm çaplı solid vasıftaki hipoeoik endometriozis odağının rektus kası ile ara sınırları net seçilememektedir. Kasa infiltrasyonu andıran bu görünümün yanı sıra çevre yağ dokuda da ödem ve enflamasyonu düşündürülen artmış hiperekojen görünüm dikkati çekmektedir.



Olgu 7: 42 yaşında G2P2, hasta karın ön duvarı sol alt yarıda ele gelen kitle nedeni ile başvurdu. Ağrı veya siklik ağrı bulgusu yoktu. Yaklaşık 5 yıl önce sezaryen operasyonuna bağlı Pfannenstiel kesi skarı gözlenen olguda infraumblikal düzeyde solda palpe edilen kitle dışında anormal fizik muayene bulgusu veya laboratuvar bulgusu saptanmadı. USG incelemede sol rektus kası içinde umblikus inferior komşuluğunda, düzensiz kenarlı, power doppler ile kanlanması seçilen hipoeoik lezyon öncelikle endometriozis lehine yorumlandı. Kontrastsız pelvik MR incelemede umblikusun yaklaşık 4.5 cm kaudalinde, sol rektus

abdominis kası içinde mediale yakın, T1 ve T2 AG incelemede hiperintens sinyal özelliği gösteren 6 mm çapında lezyon izlendi. T1 ağırlıklı incelemede subakut kan ürünlerine bağlı hiperintens sinyal özelliğinin gözlenmesi üzerine subakut kanama gösteren endometriozis odağı olarak raporlandı (Resim 5A,B). Eksizyon ile tanı kesinleşti.

Resim 5A, B: Olgu-7'ye ait MRG incelemede, (A) T1 ağırlıklı, yağ baskılı aksiyel görüntülerde, rektus kası içinde yaklaşık 1 cm çapında, lezyon içindeki subakut kanama odağına bağlı olarak hiperintens sinyal özelliği gösteren nodüler lezyon izlenmektedir. (B) T2 ağırlıklı, aksiyel görüntülerde de aynı lezyonun hiperintens sinyal özelliğine sahip olduğu gözlenmektedir. Solda cilt üzerinde lezyonun işaretlenmesi amacı ile yerleştirilmiş olan marker dikkati çekmektedir.



Olguların yaş ortalaması 35 (30-42) yıldır. Bütün olgularda sezaryen öyküsü ve kesin Pfannenstiel olduğu saptanmıştır. Her iki tarafta da yerleşmiş olan bir olgu dışında tümü sol tarafta izlenmektedir. İlk operasyon ile tanı arasında geçen süre medyanı 4, 5 (3-5) yıldır. Olgularda en sık görülen şikayet pelvik kitle ve pelvik ağrıdır ancak ağrının siklik olma özelliği çoğu hasta tarafından rapor edilmemiştir. En sık kullanılan görüntüleme yöntemi USG (7 olguda) en az kullanılan görüntüleme yöntemi ise MRG (1 olguda) olmuştur. Olguların 4'ünde görüntüleme sonrasında endometriozis tanısı öncelikle öngörülmüştür. Olguların 5'inde sitopatolojik tanı ince iğne aspirasyon biyopsisi ile koyulmuş, iki tanesinde ise cerrahi eksizyon sonrasında tanı kesinleştirilmiştir.

TARTIŞMA

Ekstrapelvik endometriozis oldukça nadir görülen bir durumdur. Sıklıkla parietal veya skar, gastrointestinal, genitoüriner, plevrapulmoner şekillerde karşımıza çıkar. Karaciğer, diyafram, beyin, alt ekstremitte ve nazal kavite gibi yerleşimler olgu sunumları olarak bildirilmiştir^(3,11). Abdominal duvar skar endometriozis insidansı daha önce obstetrik ve jinekolojik operasyon geçiren olgularda, özellikle sezaryen ve histerotomi olgularında %0.03-1.08 arasında bildirilmiştir. Sezaryen sonrası gelişen skar endometriozis insidansı ise %0.03-0.45 arasında bildirilmiştir^(2, 11-13). Horton ve ark. 445 olgunun incelendiği bir çalışmada, olguların %57'sinde sezaryen sonrası, %20'sinde cerrahi skar olmadan, %11'inde histerektomi sonrası, %13'ünde ise diğer cerrahi işlemler sonrasında geliştiğini saptamışlardır⁽¹⁴⁾. Nominato ve ark. 72 olgunun incelendiği serilerinde özellikle sezaryenin skar endometriozis riskini diğer kesilere göre (Nispi risk: 3.3) çok daha fazla arttırdığını belirtmişlerdir⁽¹⁵⁾. Skar endometriozis reproduktif dönemde sıklıkla 20-40 yaş arası kadınlarda, sezaryen sonrası 2-5 yıl sonra görülmektedir^(11,14). Giderek artan sezaryen oranları göz önüne alındığında ekstrapelvik endometriozis insidansında artış beklenmektedir^(15,16). Skar endometriozis olgularının %14.3-%26'sında beraberinde pelvik endometriozis de mevcuttur ve preoperatif doğru tanı oranı yaklaşık %20-50'dir^(2,17). Bizim serimizde de olguların yaş ortalaması 35 (30-42) yıl ve sezaryen sonrası geçen süre medyanı 4,5 (3-5) yıl idi. Olguların yaklaşık yarısında literatür ile de uyumlu olarak preoperatif olarak doğru tanı tahmin edilmişti.

Skar endometriozis patogenezinde en sık öne sürülen teori, cerrahi işlem sırasında endometriyal kök dokunun kesi yerine yayılması ile oluşan direkt implantasyon teorisidir⁽¹⁸⁾. Cerrahi insizyon spontan eylem başlamadan önce yapılırsa endometriozis insidansının daha fazla arttığı belirtilmektedir⁽¹⁰⁾. Diğer bir teori ise, endometriyal hücrelerin direkt, lenfatik veya hematojen yolla yayılarak kesi yerine implante olması veya çöloomik metaplazi gelişmesidir^(2,18). Bu teori daha önce cerrahi geçirmeyen olguları ve uzak (karaciğer, nazal kemik, beyin) yayılımlarını açıklayıcıdır.

Skar endometriozisin semptomları; kitle, siklik tipte ağrı (menstruasyon ile ilişkili) ve daha önce

geçirilmiş cerrahi öyküsüdür^(11,12). Bazı olgular asemptomatik olabilir. Endometriozis implantları, ovaryan hormonal stimülasyona yanıt verebilirler. Çok yüzeysel olgularda ülser ve periyodik kanama görülebilir. Özellikle olgularımıza benzer şekilde yüzeysel olgularda kitle bulgusu daha sıklıkla görülmektedir. Sunduğumuz olguların yaklaşık yarısından fazlasında ele gelen kitle ve skar yerinde sertlik şikayetleri mevcuttu. Siklik ağrı ise olgularımızda en az görünen semptomdu. Horton ve ark. olgu serilerinde %96 oranında kitle, %87 oranında ağrı ve %57 oranında siklik ağrı saptanmıştır⁽¹⁴⁾. Bektaş ve ark. 40 olguluk serilerinde ise major semptom ağrı olup, bunların sadece %49'unda siklik ağrı saptanmıştır⁽²⁾. Alanbay ve ark. 12 olguluk serilerinde ise en sık görülen semptomlar siklik ağrı ve cerrahi skarda kitleler olarak belirtilmiştir⁽¹⁹⁾. Nadir de olsa uterustan kutanöz açılımlı bir fistül oluşma olasılığı da belirtilmektedir⁽¹⁰⁾.

Skar endometriozisin tanı ve yerleşiminin belirlenmesinde USG, BT ve MRG incelemeler kullanılmaktadır^(10,20). Radyolojik görünüm hastanın menstrüel döngüsü, sürecin kronikliği, implanttaki stromal ve glandüler elemanların sayısı, kanama ve inflamasyon miktarından etkilenmektedir^(2,10,13,20). Radyolojik inceleme sadece tanı için değil ayırıcı tanıda diğer lezyonların dışlanması açısından da önemlidir. USG hem biz de hem de literatürdeki tüm serilerde tanıda en sık kullanılan yöntemdir. Kitle tek veya çoğul, solid veya semisolid kistik yapıda olabilir⁽²¹⁾. Kanama odakları kistik alanlara veya pıhtılaşma sürecinde heterojen ekoya neden olur. Fibrotik bileşenler kalın ekojen bantlar, irregülerite, skar oluşumu, arka duvar gölgelenmesi ve spikülasyon şeklinde gözlenebilir. Süreç kronikleştikçe fibrotik ve kistik komponentin arttığı öngörülmektedir^(10,16,20,21).

Kas içi yerleştiklerinde kas ile izoekoik veya hafif hipoeoik bir yapı sergileyebilirler. (Resim 3). Çevrelerinde özellikle yağ dokuda hiperekojen olarak izlenen ödem ve enflamasyon halosu oluşturabilirler (Resim 4). Doppler ultrasonografide olgularımızda da olduğu üzere her zaman yoğun olmamakla birlikte periferik ve internal vaskülarizasyon gözlenmektedir (Resim 2B). Dilate bir besleyici vasküler pedikülleri olabilir⁽¹⁰⁾.

USG ile incelemede dikkat edilmesi gereken ayrı bir nokta, lezyonların cilde yakın yerleşimleri nedeni ile derin problemler kullanıldığında, yakın alana dikkat edilmez ise gözden kaçırılabilceği gerçeğidir⁽²¹⁾.

BT incelemede ise en belirgin bulgu yoğun ve hızlı kontrast tutulumu gösteren, bazen besleyici arteri de gözlenen yumuşak doku kitlesi ve eşlik eden skar dokusudur. Genellikle nodülerdir; ancak skar çevresinde kalınlaşma şeklinde kendini gösterebilir⁽¹⁰⁾.

MRG inceleme ise kan elemanlarına hassas olması nedeni ile diğer incelemelere göre endometriozis odakları için daha özgündür; ancak pahalı ve ulaşılması zor bir inceleme yöntemidir. Genellikle karın ön duvarına yerleştiklerinden anterior saturasyon bantlarının neden olduğu artefaktların lezyonu örtmemesine dikkat edilmelidir. Subakut kanama odakları T1 ve T2 ağırlıklı incelemelerde nodülün hiperintens görülmesine neden olurlar (Resim 5A,B). Fibrotik ve siderotik bileşenler yoğun ise kas ile T1 ve T2 sekanslarda izointens veya hipointens bir görünüm sergileyebilir. Kontrast tutulumu vardır⁽¹⁰⁾. BT ve MRG incelemeler genellikle tanıdan çok lezyonun yaygınlığı ve anatomik lokalizasyonlarının tam olarak belirlenmesi için kullanılmaktadır⁽²⁰⁾. Ayırıcı tanıda sütür-yabancı cisim granülomu, abse, herni, hematoma, lenfadenopati, lenfoma, nöroma, lipom, yumuşak doku sarkomu, desmoid tümörler, tümör metastazı akla gelebilir^(10,11,19). Tümör metastazlarına genellikle primer tümör kitlesi ve batin içi lenfadenopatiler eşlik etmektedir. Fasyal defekt ve barsak ansların varlığı herniyi, lezyonda hilus ve hiler kanlanma varlığı lenf nodlarını, lezyon içinde yabancı cisim sütür granülomunu ve lezyonun kistik yapıda olması ise abseyi düşündürür; ancak solid komponenti olan nodüler tümöral lezyonların radyolojik görünüşleri endometriozisten ayırt edilemeyebilir.

Skar endometriozis olgularında çok nadir olarak malign transformasyon (endometrioid adenokarsinom, clear cell karsinom, endometriyal stromal sarkom) bildirilmiştir⁽²²⁾. Ekstragonadal endometriozis olgularında endometrioid adenokarsinom gelişimi diğer tiplere göre daha siktir. Clear cell karsinom ise pelvik endometriozis zemininde daha çok gelişmektedir. Bu tip tümörler düşük agresif survileri iyi tümörlerdir, 5 yıllık sağ kalım oranları %80 olarak raporlanmıştır⁽²³⁾.

Tedavi cerrahi sınırlar temiz olacak şekilde geniş eksizyondur. Eğer myofasyal doku tutulumu varsa en blok rezeksiyon gerekir. Oluşabilecek fasyal defekt onarılmalıdır. Nüks % 4.3 olarak bildirilmiştir⁽¹¹⁾. Pelvik endometriozis olgularında eksizyon sonrası medikal tedavi eklenebilir. Ancak skar endometriozisde postoperatif hormonal tedaviye destekleyecek yeterli

bilgi yoktur ve abdominal ekilimlerin hormonal tedaviye yanıtının zayıf olduğu konusunda yayınlar vardır^(2,11,19). Rezeksiyon sonrasında %4.3-9 oranında rekürrens olasılığı bildirilmiştir^(2,24). Uterin cerrahisi sırasında uterus kavitesinin abdomen dışına alınarak çalışılması, uterus dikişlerinde kullanılan sütürlerin abdomen dikişlerinde kullanılmaması, cilt kesi yüzeylerinin abdominal içerik ile temasının engellenmesi önleyici tedbirler olarak önerilmektedir⁽²⁾.

Sonuç olarak skar endometriozisi genellikle sezaryen kesileri sonrasında gelişmekte, olgular genellikle kitle şikayeti ile başvurmaktadır. Menstruel çağıdaki kadınlarda rektus kas kitlelerinin en sık nedenlerinden biridir. USG inceleme en sık kullanılan görüntüleme yöntemi olup, MRG ise kan ürünlerini gösterdiğinden dolayı en özgül görüntüleme yöntemidir. Her ne kadar görüntüleme yöntemleri ile diğer kitlelerden ayırt etmek zor da olsa, klinik hikaye ve görüntüleme bulguları ve gerektiğinde biyopsi tanıda yol gösterici olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Cramer DW, Missmer SA. The epidemiology of endometriosis. *Ann N Y Acad Sci* 2002;955:11-22.
2. Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, Boran B, Huq GE. Abdominal wall endometrioma: a 10-year experience and brief review of the literature. *J Surg Res* 2010; 164(1):e77-81.
3. Wolf GC, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989;44(2):89-95.
4. Buda A, Ferrari L, Marra C, Passoni P, Perego P, Milani R. Vulvar endometriosis in surgical scar after excision of the Bartholin gland: report of a case. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277(3):255-6.
5. Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54(6):753-5.
6. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999;65(1):36-9.
7. Yackovich FH, Bender GN, Tsuchida AM. Case report: perianal episiotomy scar endometrioma imaged by CT and sector endoluminal ultrasound. *Clin Radiol* 1994;49(8):578-9.
8. Choudhary S, Fasih N, Papadatos D, Surabhi VR. Unusual imaging appearances of endometriosis. *AJR Am J Roentgenol* 2009;192(6):1632-44.
9. Barisic GI, Krivokapic ZV, Jovanovic DR. Perineal endometriosis

- in episiotomy scar with anal sphincter involvement: report of two cases and review of the literature. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2006;17(6):646-9.
10. Gidwaney R, Badler RL, Yam BL, Hines JJ, Alexeeva V, Donovan V, Katz DS. Endometriosis of abdominal and pelvic wall scars: multimodality imaging findings, pathologic correlation, and radiologic mimics. *Radiographics* 2012;32(7):2031-43.
 11. Soysal S. Ekstrapelvik endometriozis. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics* 2010;3:92-6.
 12. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003;185(6):596-8.
 13. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surgeon* 1996;62(12):1042-4.
 14. 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(2):207-12.
 15. Nominato NS, Prates LFVS, Lauer I, Morais J, Maia L, Geber S. Cesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;152(1):83-5.
 16. Picard A, Varlet MN, Guillibert F, Srour M, Clemenson A, Khaddage A et al. Three-dimensional sonographic diagnosis of abdominal wall endometriosis: a useful tool? *Fertil Steril* 2011;95(1):289e1-4.
 17. Aydın O. Scar endometriosis: a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392(1):105-9.
 18. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42(3):566-85.
 19. Alanbay İ, Çoksüer H, Ercan CM, Kardeşahin E, Keskin U, Güler AE. Batın ön duvarı skar endometriozisi: 12 olgu ve literatür incelemesi. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2012;22:125-30.
 20. Francica G. Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarian section scar. *World J Radiol* 2012;4(4):135-40.
 21. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006;186(3):616-20.
 22. Mert I, Semaan A, Kim S, Ali-Fehmi R, Morris RT. Clear cell carcinoma arising in the abdominal wall: two case reports and literature review. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207(2):e7-9.
 23. Yan Y, Li L, Guo J, Zheng Y, Liu Q. Malignant transformation of an endometriotic lesion derived from an abdominal wall scar. *Int J Gynaecol Obstet* 2011;115(2):202-3.
 24. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995;82(10):1349-51.