Cukurova Medical Journal
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DERGİSİ

Cukurova Med J 2016;41(1):164-166
DOI: 10.17826/cutf.159042

OLGU SUNUMU/CASE REPORT

Epizyotomi skar endometriozu

Endometriosis in an episiotomy scar

Mine İslimye Taşkın[1], Emine Öztürk[1], Ertan Adalı[1], Engin Uzgören[2]

[1]Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Balıkesir,Turkey
[2]Uzgören Patoloji Laboratuvarı, Balıkesir,Turkey

Cukurova Medical Journal 2016;41(1):164-166.

Abstract

Endometriosis that is defined as the presence of functional endometrial tissue outside the uterine cavity is seen 5-10% of reproductive age women. Endometriosis can be seen any other site of the body; but the most frequently affected areas are ovaries, pelvic peritoneum, uterosacral ligament and Douglas pouche. Several teories exist for the development of endometriosis including retrograde menstruation, venous or lymphatic metastasis and immun dysfunction. Endometriosis of the perineum and vulva are extremely rare with the most common sites being episiotomy scars. Scar endometriosis is likely to be caused by mechanical transplantation of endometrium from the uterine cavity into the wound at the time of the surgery. The primary treatment for scar endometriosis is total surgical excision of the lesion. It is important not to leave residual tissue during surgery to prevent the recurrence. Here we present a patient who had her vaginal delivery 5 years ago, have a complaint of painful vulvar lump at the right mediolateral episiotomy scar since 1 year during her every menstruation period and whose final diagnosis was endometriosis after surgical removal and histopathologic examination. Althought vulvar endometrosis is rare, it should be considered in the patients who had a vaginal delivery and complaining painful vulvar lump with swelling in her mestrual cycle.

Key words: Endometriosis; episiotomy; scar; local excision

Öz

Endometrial bez ve stroma yapısının uterin kavite dışında başka bir yerde bulunması şeklinde tanımlanan endometriozis, doğurganlık yaşındaki kadınların %5-10'unda görülmektedir. Endometriozis vücudun hemen her yerinde bulunabilmekle birlikte en sık pelvik peritonda, overlerde, uterin ligamentlerde ve douglasta yerleşim gösterir. Bu hastalığın gelişiminde yer alan teoriler; endometrial hücre gruplarının retrograd yayılımı, hematojen ve lenfatik yayılım ile immün sistem disfonksiyonudur. Perine ve vulvayı tutan endometriozis oldukça nadir görülür ve genellikle epizyotomi skarında ortaya çıkar. Skar dokusunda endometriozisin iatrojenik yani cerrahi sırasında insizyon skarı içine mekanik transplantasyon sonucu meydana geldiği düşünülmektedir. Skar zemininde gelişen endometriozis olgularında en uygun tedavi seçeneği cerrahi ekzisyondur. Cerrahide dikkat edilmesi gereken rekürrensi önlemek için geride endometriotik odak bırakmamaktır. Bu yazıda, beş yıl önce vajinal doğum yapan, son bir yıldır mediolateral epizyotomi hattında adet dönemlerinde tekrarlayan ağrı ve şişlik şikayeti olan, cerrahi ekzisyon sonrası patolojik inceleme ile endometriozis tanısının doğruladığımız olguyu sunduk. Vulvar endometriozis nadir görülse de vajinal doğum yapmış, vulvada özellikle menstrüasyon dönemlerinde ağrılı olan ve boyutu artan vulvar kitle ile başvuran hastalarda akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Endometriozis, epizyotomi, skar, lokal eksizyon

GİRİŞ

Endometriozis yaygın, benign, östrojen bağımlı, kronik bir hastalık olup üreme çağındaki kadınların 5-10%'unu etkiler. Endometrioz gelişiminde sorumlu olduğu düşünülen teoriler; endometrial hücre gruplarının retrograd yayılımı, hematojen ve lenfatik yayılım ile immün sistem disfonksiyonudur. Endometrium bez ve stroma yapısının kavite dışında olması ile karakterizedir ve overler, sakrouterin

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Mine İslimye Taşkın, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Balıkesir,Turkey E-mail: minetaskin1302@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 18.07.2015 Kabul tarihi/Accepted: 02.09.2015

ligament, pelvik periton, Douglas peritonu en sık tutulum bölgeleridir. Gastrointestinal sistem, rektovajinal septum, vajina, serviks, round ligament, sezeryan veya jinekolojik operasyonlar sonrası görülen abdominal skar dokuları diğer tutulum bölgeleridir. Daha nadiren akciğerler, üriner sistem, santral sinir sistemi, deri gibi extrapelvik organları da tutabilir[1,2].

Perine ve vulvada endometriozis de literatürde tanımlanmıştır. Epizyotomi skarında görülen perineal endometriozis, nadir görülen bir extrapelvik endometrioz lokalizasyonudur, literatürde olgu sunumları ve küçük vaka serileri şeklinde yer almaktadır. Etyolojisinde endometrial dokunun epizyotomi hattına transplantasyonu sorumlu gibi gözükmektedir[3]. Bu olgu sunumunda epizyolu vajinal doğum sonrası gelişen ve primer eksizyon ile tedavi edilen epizyotomi skar endometriozu olan hasta sunulmuştur.

OLGU

Otuz yaşında kadın hasta (gravida 1, para 1) hastanemiz jinekoloji polikliniğine vulvada ağrılı kitle nedeniyle başvurdu. Hastanın öyküsünden 5 yıl önce vajinal doğum yaptığını; son 1 yıldır sağ mediolateral epiztomi hattında ağrılı, adet dönemlerinde boyutu artan şişlik şikayeti olduğu öğrenildi. Kitlenin boyutunun 1 yıldır tedrici olarak arttığı; ağrının siklik ve progresif olduğu belirlendi. Yapılan jinekolojik muayenesinde sağ mediolateral epizyotomi hattında ağrılı, 4x3 cm boyutlarında subkutan kitle palpe edildi.

Hastanın transvajinal ultrasonografisinde pelvik endometriozu düşündüren bir bulgusu yoktu ve serum CA 125 seviyesi normaldi. Bimanuel pelvik muayenede, uterus hareketleri serbestti ve douglasta nodülarite izlenmedi. Rektovajinal muayenede, rektovajinal septumda nodülarite saptanmadı. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde de endometrioz öyküsü yoktu. Hastanın vulvar kitlesine genel anestezi altında geniş lokal eksizyon yapıldı. Eksizyon sırasında kitlenin içerisinden çukulata mayii boşaldı. Patolojik incelemede tübüler yapıda endometrium bezleri ve stroma adacıkları ile bunları çevreleyen fibroelastik doku ile karakterize endometriotik odaklar tespit edildi. Bez yapıları içerisinde hemoraji izlendi (Resim 1). Postoperatif üçüncü ayda hastanın semptomsuz olduğu ve nüksün olmadığı görüldü.



Resim 1. Tübüler yapıda endometrial bezler ve stroma adacıkları, HE, 12X10

TARTIŞMA

Endometriozis, uterine endometrial dokunun uterin kavite dışında bir yere ektopik implantasyonudur. Perineal endometriozis nadir görülür ve genellikle scar dokusunda rapor edilmiştir. Etyopatojenezinde akla en uygun gelen teori epizyotomi sırasında endometrial hücrelerin iatrojenik olarak insizyon hattına ekilmesidir. Viabl endometrial hücreler epizyotomi bölgesine tutunur ve iyileşme sürecinde hücre çoğalması şeklinde devam eder. Ancak bu teori bizim vakamızda da olduğu gibi doğumdan yıllar sonra meydana gelen endometrial odakları açıklamada yetersiz kalmaktadır. Bu da akla endometrioz gelişimindeki lenfovasküler yayılım, müllerian hücre metaplazisi, genetik, immünolojik faktörler gibi diğer nedenleri getirmektedir. Bizim olgumuzda olduğu gibi doğumdan 5 yıl, 14 yıl önce tanı koyulan vakalar bulunmaktadır 4. Vajinal doğum öyküsü, vulvar cerrahi, travma öyküsü olmayan ve spontan olarak meydana gelen vulvar endometriozis ise lenfovasküler yayılım teorisi ile açıklanmaktadır.

Skar endometriozisinin tedavisi cerrahi tedaviyi kapsar. Optimal tedavi şekli etkilenmiş tüm dokuyu geniş cerrahi eksizyon ile çıkarmaktır. Rekürrens cerrahi tedavi sonrası nadirdir ve genellikle ilk 1 yıl içinde yeterli eksizyon yapılamaması nedeniyle meydana gelir[5]. Medikal tedavi rekürrens olan

lezyonlarda tercih nedeni olabilir. Ayrıca anal sfinkter tutulumu olan büyük lezyonlarda preoperatif kitle boyutunu küçültmek için hormonal tedavi yarar sağlayabilir; bu tedavi aynı zamanda postoperatif rekürrens oranını da azaltacaktır[3]. Bu olguda epizyo hattına lokalize olan endometrioz odağı geniş lokal eksizyon ile tedavi edilmiştir.

Perineal endometriozisli hastalar genellikle epizyotomi skar hattı boyunca görülen hassas, koyu kırmızı, kahverengi veya mavi-siyah, kistik veya solid nodül ile prezente olurlar[1,4]. Mensler sırasında lezyonda büyüme, kızarıklık olması, hassasiyetin ve ağrının artması tanıda çok önemli ipuçlarıdır. Endometriozisin kesin tanısı histopatoloji ile koyulur ve mikroskopik olarak endometriozis, kolumnar epitelle döşeli tübüler bez yapıları ve bunların arasında sellüler fibröz stroma ile tanınır. Bizim olgumuzda da olduğu gibi hemoraji önemli tanısal özelliklerden biridir. Erken tanı ve tedavi hastanın semptomlarının ortadan kalkması ve lezyonun progresif doğası gereği meydana gelebilecek anal sfinkter tutulumunu da önleyecektir. Anal sfinkter tutulumunun olması bazı problemleri beraberinde getirir. Anal sfinkter lezyonlarının inkomplet çıkarılması erken rekürrense neden olur. Anal sfinkter tutulumunun preoperatif dönemde belirlenmesi, cerrahın hastaya geniş eksizyon gerekirse sfinkteroplasti gerekebileceğini açıklaması açısından da önemlidir[3,6].

Sonuç olarak; burada epizyotomi skarında gelişen bir ekstrapelvik endometrioz olgusu sunulmuştur. Vulvada menstrüasyon döneminde boyutu ve semptomları artan her kitle aksi ispat edilmedikçe endometriozis olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. J Obstet Gynaecol Res. 2013;39:1095-7.
2. Odobasic A, Pasic A, Iljazovic-Latifagic E, Arnautalic L, Odobasic A, Idrizovic E et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. Tech Coloproctol. 2010;14:25-7.
3. Zhu L, Lang J, Wang H, Liu Z, Sun D, Leng J et al. Presentation and management of perineal endometriosis. Int J Gynaecol Obstet. 2009;105:230-2.
4. Isbister WH. Endometriosis in an episiotomy scar preceding pelvic endometriosis. ANZ J Surg. 2002;72:314-5.
5. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures.J Obstet Gynaecol Res. 2005;31:471-5.
6. Chen N, Zhu L, Lang J, Liu Z, Sun D, Leng J et al. The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. Hum Reprod. 2012;27:1624-7.