

اندومتریوز جدار شکم : مرور مقالات و گزارش بیماران

نویسندگان:

*دکتر لعبت کرانپایه، استادیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمارستان سینا بخش جراحی عمومی

دکتر آذین صابری

متخصص جراحی عمومی، بیمارستان روئین تن آرشد

Abstract:

Endometriosis is ectopic endometrial tissue that is found in 8-15% of all menstruating women. Endometriosis of surgical scar and abdominal wall is rare and is found in 0.1% of women who have undergone cesarean section, 25% of these women have concomitant pelvic endometriosis. In this content we describe 10 cases of abdominal wall endometriosis. 7 cases of these patients had endometriosis of surgical scar and two cases have umbilical endometriosis and all of them appeared following C/S or other surgery of uterine. In one case endometrial tissue is found in inguinal hernial sac without any history of surgery.

Key words: abdominal wall endometriosis , surgical scar endometriosis, endometrioma.

*آدرس: تهران- دانشگاه علوم پزشکی تهران

زخمی شدن بصورت دوره ای ممکن است اتفاق بیفتد (۱۲). تشخیص افتراقیهای اندومتریوما شامل سارکوم، دسموئید تومور، متاستاز، ائسه، هماتوم، سوچور گرانولوم، هرنی، لیپوم و همانژیوم میباشد (۱۴ و ۱۳ و ۸). هدف از گزارش این موارد این است که در مواقعی که درد پای مزمن و ترشحات در محل زخم اعمال جراحی روی دستگاه تناسلی داخلی در زنان تا مدتها پس از عمل وجود دارد، بایستی جراح به فکر آندومتریوز جدار باشد و از این نظر بیمار را تحت بررسی قرار دهد.

گزارش بیماران:

ما در اینجا به معرفی ۱۰ مورد آندومتریوز جدار شکم می پردازیم که ۷ مورد از آنها آندومتریوز اسکار جراحی و دو مورد آندومتریوز ناف می باشد و اکثرا بدنبال سزارین و سایر جراحیها بر روی رحم ایجاد شده است و یک مورد نیز وجود آندومتریوز در ساک هرنی اینگوینال بدون هیچگونه سابقه جراحی می باشد. همه بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفتند و تشخیص قطعی با پاتولوژی انجام گرفت در هیچ یک از بیماران در پی گیری ۱-۳ ساله عود مشاهده نشد.

بحث:

۱۰ مورد گزارش شده آندومتریوز جدار شکم از سال ۷۸-۸۱ در سه بیمارستان سینا، ساسان و نجمیه و توسط یک جراح تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. همه بیماران بطور منظم تحت پی گیری قرار دارند.

دامنه سنی بیماران ما ۴۰-۲۸ سال میباشد که با گزارش سایر منابع که حداکثر شیوع سنی را در دهه چهارم زندگی گزارش کرده اند

منطبق میباشد (۲). از ۱۰ مورد بیمار ما، ۷ مورد آندومتریوز اسکار جراحی بوده اند که در یک مورد آندومتریوز بدنبال جراحی هیستروتومی جهت خارج کردن جنین مرده ۴ ماهه، یک مورد بدنبال بستن لوله های رحمی و ۵ مورد دیگر بدنبال سزارین ایجاد شده است. حد اقل مدت زمان ایجاد علایم بعد از جراحی ۵

آندومتریوز اولین بار بوسیله Rokitansky در سال ۱۸۶۰ بعنوان بافت آندومتر نابجا که به تحریک هورمونهای تخمدان پاسخ میدهد، معرفی شد (۱). آندومتریوز عمدتا درخانمهایی که در سنین باروری هستند، اتفاق می افتد و حد اکثر میزان وقوع آن در دهه چهارم زندگی است (۲). آندومتریوز در ۱۵-۸٪ خانمهایی که در سنین باروری هستند وجود دارد و به صورت یک یافته تصادفی در ۲۰-۱۵٪ لاپاراتومیهای که جهت جراحیهای ژنیکولوژی انجام میشود، دیده شده است (۳). شایعترین محل های آندومتریوز در لگن می باشند و به ترتیب شیوع شامل تخمدانها، بن بست دوگلاس، لیگمانهای رحمی، پریتوین لگنی و سپتوم رکتو واژینال می باشد (۴). آندومتریوز خارج لگنی واقعه نسبتا نادری است و در مکانهایی از قبیل پلور، ریه (۵)، طحال، اندامها، ناف، اسکار جراحی (۲)، مثانه (۶) و روده (۷) گزارش شده است.

آندومتریوز اسکار جراحی عمدتا بدنبال هیستروکتومی شکمی و سزارین دیده می شود (۸) ولی بعد از امنیوسنتز (۹) و حتی اپیزیوتومی (۱) نیز گزارش شده است. آندومتریوز نافی ممکن است به صورت *de novo* و یا بعد از بستن لوله ها به طریق لاپارا سکوپیک بوجود آید (۱۰). هنگامیکه آندومتریوز بصورت یک توده مشخص تظاهر می یابد، آندومتریوما نامیده می شود و شیوع آندومتریوما در اسکار جراحی بدنبال سزارین هیستروکتومی ۰/۰۳-۰/۰۷ (۸) و حتی تا ۵٪ (۱۱) نیز گزارش شده است. پاتوژنز آندومتریوما در اسکار جراحی، کاشته شدن ایاتروژنیک، بافت رحمی در جدار شکم در حین جراحیهای ژنیکولوژیک می باشد (۸). علایم ناشی از آن در طی ۲۰-۱ سال بعد از جراحی ممکن است تظاهر یابند (۴). شایعترین علامتی که آندومتریومای اسکار جراحی با آن تظاهر می یابد، توده بدون علامت و یا تورم دردناک در محل اسکار است که در ۹۴٪ موارد دیده می شود (۸). درد بیمار ممکن است دوره ادئی بوده و با عادت ماهیانه تظاهر یابد و یا شدیدتر شود. در آندومتریوماهای خیلی سطحی، خونریزی و یا

میوماتو گزارش شده بود و در یکی از بیماران توده های کیستیک multi septate در تخمدان دو طرف در سونوگرافی مشاهده شد، که گزارش پاتولوژی بیانگر کیستهای اندومترویوتیک تخمدانها بود. در مورد اندومتریوز داخل ساک هرنی، بیمار با تشخیص هرنی اینگوینال irreducible، تحت جراحی قرار گرفت که توده ای سیاه رنگ داخل ساک هرنی مشاهده شد که همراه ساک خارج شد و تشخیص اندومتریوز با بررسی اسیب شناسی نمونه صورت گرفت. در منابع مختلف نیز ذکر شده است که هیچ یافته رادیولوژیک پاتوگنومونیک برای این بیماری وجود ندارد، زیرا همچنانکه اندومتریوز نمای بافتی متغیری دارد، یافته های رادیولوژیک نیز با تغییرات سیکل ماهیانه تغییر می کند (۱۵). البته با اینکه یافته های رادیولوژیک اندومتریوز عمدتاً غیر اختصاصی هستند، اما چندین نمای رادیولوژیک وجود دارد که وقتی با سابقه بالینی بیمار هم خوانی داشته باشند، قویاً مطرح کننده این بیماری می باشند (۱۶). در بررسی سونوگرافیک این تومورها، بصورت یک توده با حدود مشخص، هایپواکو و solid می باشند (۱۶). بررسی با داپلر رنگی اغلب یک توده پر عروق را نشان میدهد که شریانها و وریدهای تغذیه کننده اطراف آن متسع میباشند (۱۶). یافته های CT scan بدون ماده حاجب، یک توده ایزودنس با بافت عضلانی جدار شکم میباشد. بعد از تجویز ماده حاجب وریدی، این تومورها بعلت پر عروق بودن واضحاً enhance می شوند (۱۵).

CT scan ممکن است برای بیوپسی سوزنی از ضایعه جدار شکم نیز مورد استفاده قرار گیرد

(۱۶). البته عده ای معتقدند که در برخورد با توده های جدار شکم اگر شک بالینی زیادی به اندومتریوما داریم بهتر است از انجام FNA یا بیوپسی از راه پوست اجتناب شود تا از کاشته شدن بیشتر بافت اندومتریال در مسیر بیوپسی جلوگیری کنیم (۸). MRI در کشف تومورهای بسیار کوچک از حساسیت بالایی برخوردار است و در افتراق اندومتریوما از بافتهای اطراف، دقت بسیار بالایی دارد (۱۷). بنابراین بخصوص در مواقعی که

ماه وحد اکثر ان ۶ سال بوده است. علایم در تمام بیماران بصورت درد در محل اسکار جراحی بوده که در نیمی از بیماران با سیکل ماهیانه بیمار مرتبط بوده است. وجود سفتی وتوده منتشر دردناک در تمام یا بخشی از محل اسکار جراحی، تنها یافته بالینی در همه این بیماران میباشد، که در سایر گزارشها نیز اینگونه بوده است (۸). دو مورد اندومتریوز ناف در بیماران ما وجود داشت که یکی با ترشحات خونی و دیگری به علت ترشح چرک و خون از ناف مراجعه کردند و در هر دو مورد یافته بالینی، وجود توده سیاه رنگ خونریزی دهنده در محل ناف بود. هر دو این بیماران فقط سابقه زایمان طبیعی داشتند و هیچگونه جراحی بر روی رحم و یا ضمایم آن در این دو بیمار انجام نگرفته بود. هر دو این بیماران بعلت احساس درد شکمی وقاعدگی نامنظم ولکه بینی و با تشخیص فایبروم رحمی تحت جراحی هیستریکتومی قرار گرفتند که در یکی از آنها وجود کیستهای اندو-متریوتیک ۲ طرفه تخمدان به اثبات رسید و همزمان اندومتریوز ناف نیز تحت جراحی قرار گرفت. یکی از بیماران به علت ترشح مجدد چرک و خون از ناف چند ماه بعد از جراحی اولیه، مجدداً با اکسزیون وسیعتر تحت جراحی قرار گرفت و اندومتریوز ناف بطور کامل برداشته شد.

یک مورد نیز با تشخیص هرنی اینگوینال تحت جراحی قرار گرفت که توده سیاه رنگ خونریزی دهنده داخل ساک هرنی دیده شد که همراه با ساک برداشته شد که گزارش آن نیز اندومتریوز بود. این بیمار نیز فقط سابقه زایمان طبیعی داشت و سابقه هیچگونه جراحی دیگری را می داد.

در تمام بیماران ما که با تشخیص اندومتریوز جدار شکم تحت جراحی قرار گرفتند، این تشخیص بصورت بالینی صورت گرفته بود. در یک مورد CT scan انجام شده بود که اندومتریوز همزمان لگنی نداشت و توده جداری نیز که لمس می شد در CT scan دیده نشد. در دو موردی که اندومتریوز ناف وجود داشت، بعلت اینکه بیماران همچنین از درد زیر دل و لکه بینی نیز شاکی بودند، سونوگرافی انجام شده بود که رحم بزرگ و

همه بیماران حاکی از وجود غدد و استرومائی اندومتريال و در دو مورد همراه با خونریزی بود. منابع دیگر نیز تایید تشخیص اندومتريوما را با بررسی نمونه های بافت شناسی از توده های خارج شده، ذکر می کنند که باید حداقل دو تا از سه تا یافته پاتوگنومونیک اندومتريوما را در بر داشته باشند، شامل: غدد شبه اندومتريال، استرومائی اندومتريال و یا پیگمانهای هموسیدرین(۸).

نتیجه گیری:

همه بیماران بعد از جراحی تحت پی گیری منظم قرار گرفتند که این پیگیری ابتدا با فواصل زمانی کمتر و سپس با فواصل حداکثر ۳ ماهه انجام گرفت و طول مدت پی گیری بیماران بین ۳-۱/۵ سال بوده است و پی گیری بیماران با پرسش در مورد بروز مجدد علائم بالینی و معاینه محل جراحی صورت گرفته است. به غیر از یک مورد عود اندومتريوز نافی چند ماه پس از جراحی اولیه که پس از جراحی مجدد، در پی گیریهای بعدی بهبودی کامل داشت، در هیچ یک از بیماران ما عود بیماری مشاهده نشد.

سونوگرافی بیانگر تهاجم شدید به ساختمانهای جدار شکم توسط تومورهای نسج نرم است کاربرد دارد(۱۸). درمان در تمام بیماران ما، درمان جراحی بصورت اکسزیون بافت اندومتريوز همراه با حاشیه ای از بافت سالم اطراف بود و در مواردی که بعلت وسعت درگیری مجبور به خارج کردن بخش وسیعی از فاشیای جدار شکم می شدیم، برای ترمیم نقص حاصله از مش استفاده کردیم. در سایر منابع نیز، از جراحی به عنوان درمان انتخابی یاد شده است، زیرا وقوع کار سینوم اندومتر در برخی موارد که اندومتريوما با جراحی خارج نشده است، گزارش شده است(۱۹). اما در مواردی که بیمار تمایل به جداحی و یا تحمل عمل جراحی را به هر دلیل ندارد میتوان از پروژسترون خوراکی و یا دانازول جهت کاهش اثرات هورمونهای داخلی روی پرولیفراسیون بافت اندومتريال استفاده کرد(۸و۸). همچنین در توده های بسیار بزرگ که شک تشخیصی زیادی به اندومتريوما داریم میتوان قبل از اقدام به خارج کردن تومور از دانازول و یا مهار کننده های ترشح GnRH برای کاهش اندازه توده استفاده کرد(۴). تشخیص قطعی همه بیماران با بررسی پاتولوژی نمونه های ارسالی صورت گرفت. که گزارش آسیب شناسی

اندومتریوز در واقع بافت نابجای اندومتر میباشد که در ۱۵-۸٪ خانمها در سنین باروری یافت می شود. اندومتریوز اسکار جراحی و جدار شکم یافته نادری است و در ۱٪ خانمهایی که سزارین شده اند دیده می شود و ۲۵٪ این خانمها همزمان اندومتریوز لگنی نیز دارند. در اینجا ما به بررسی ۱۰ مورد بیمار مبتلا به اندومتریوز جدار شکم می پردازیم که ۷ مورد از آنها اندومتریوز اسکار جراحی و دو مورد اندومتریوز ناف می باشد که همگی به دنبال سزارین و یا سایر جراحیها بر روی رحم ایجاد شده است یک مورد نیز وجود اندومتریوز در ساک هرنی اینگواینال بدون هیچگونه سابقه جراحی می باشد.

کلمات کلیدی: آندومتریوز جدار شکم، آندومتریوز زخم جراحی، آندومتريا

References:

1. Wittch AC. Endometriosis in an episiotomy scar: Review of the literature and report of a case. *J Am Osteopath Assoc* 1982;82:22-3.
2. Seydal AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;171(2):239
3. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. *Am Surg* 1999;65:36-9.
4. Wolf H, Haddad R, Werbin N. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996;62:1024-4.
5. Grandberg I, Willems JS. Endometriosis of the lung and pleura diagnosed by aspiration biopsy. *Acta Cytol* 1977;21:225-227.
6. Aldridge KW, Burns JR, Singh B. Vesical endometriosis: A review and two case reports. *J Urol* 1985;134:539.
7. Bromberg SH, Waisberg J, Franco MI. Surgical treatment for colorectal endometriosis. *Int Surg* 1999;84:234-8.
8. Rayatt S, Wilson G. Endometriosis of the abdominal wall following combined abdominoplasty and hysterectomy: case report and review of the literature. *Ann Plast Surg* 1999;42:110.
9. Hughes ML, Bartholomew D, Paluzzi M. Abdominal wall endometriosis after amniocentesis, A case report. *J Reprod Med* 1997;42:597-9.
10. Healy JT, Wilkinson NW, Sawyer M. Abdominal wall endometrioma in a laparoscopic trocar tract: a case report. *Am Surg* 1995;61:962-3.
11. Hesla JS, Rock JA. Endometriosis. In: *Te lindes operative gynecology*. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1997;585-624.
12. Koninckx PR, Donders G, Vandercruys H. Umbilical endometriosis. *J Am Assoc Gynecol* 2000;7:227-32.
13. Von Stemm AM, Meigel WN, Scheidel P. Umbilical endometriosis. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1999;12:30-2.
14. Hamid H, Sheikh. Extrapelvic endometriosis and overview and case histories. *Int J Fertil* 1998;73:12-17.

Archive of SID

15. Coley BD, Casola G. Incisional endometrioma involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissue: CT appearance. *AJR Am J Roentgenol* 1993;160:549-550.
16. Roberts JL, Madrazo BL. Ultrasound case of the day radiographics 1992;12:599-601.
17. Raymond J, Roberge, Walter J. Rectus abdominis endometrioma. *American Journal of Emergency Medicine* 1999;17:675-77.
18. Wolf GC, Kopecky KK. MR imaging of endometriosis arising in cesarean section scar. *J Comput Assost Tomog* 1989;12:150-152.
19. Madsen H, Hansen P, Ole PA. Endometroid carcinoma in a operation scar. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980;59:475-6.