

## گزارش مواردی از اندومترومای اسکار جراحی در مرکز آموزشی - درمانی سینای تبریز

علیرضا بریند: گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

Email: alibarband@yahoo.com

سیمین تقوی: گروه جراحی زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران  
رامین آژوغ: گروه جراحی عمومی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۸/۱۲/۱۵، پذیرش: ۸۹/۷/۱۴

### چکیده

**زمینه و اهداف:** اندومترومای اسکار یافته نادری است که اغلب بدنبال جراحی سزارین و در مواردی بعد از هیستروکتومی و لاپاروسکوپی لگن ظاهر می‌شود و بیماران با تشخیص هرنی انسزیونال یا لیپوما معمولاً به جراحان ارجاع می‌شوند. این مطالعه در طی ۸ سال بر روی ۹ بیمار با تشخیص توده در اسکار جراحی با هدف ارزیابی روشهای تشخیصی و نحوه درمان انجام شده است.

**مواد و روش‌ها:** بطور گذشته نگر با بررسی گزارش‌های آسیب شناسی و تائید اندومترومای اسکار، از پرونده بیماران اطلاعاتی نظیر تظاهر بالینی، طول مدت علائم، فاصله ظهور علائم از عمل قبلی و بررسی‌های قبل از عمل و عمل جراحی بیماران جمع‌آوری شده است.

**یافته‌ها:** سن متوسط بیماران ۲۹/۷ سال بود. در اکثر بیماران علامت شایع توده دردناک در نزدیکی محل اسکار عمل سزارین یا لاپاراتومی برای حاملگی خارج رحمی بود. تنها در ۲ بیمار تشخیص صحیح قبل از عمل گذاشته شد. مدت علائم بین ۳ ماه تا ۳ سال متغیر بود. اولتراسونوگرافی و CT اسکن نقش جزئی در تشخیص نهائی داشت. تمامی بیماران تحت اکسیزیون توده با بافت اطراف قرار گرفتند. در پی‌گیری چهار ساله بیماران هیچگونه عود مجدد مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** اندومترومای اسکار یک واقعیت جراحی است که بصورت توده دردناک در محل اسکار سزارین یا لاپاراتومی برای هیستروکتومی یا حاملگی خارج از رحمی کشف می‌شود. هرچند بررسی‌های متعدد قبل از عمل را برای تشخیص پیشنهاد می‌کنند اما اکسیزیون جراحی توده نه فقط برای تشخیص بلکه در درمان آن موثر است.

**کلید واژه‌ها:** اندومترومای اسکار، برش سزارین، اندومترومای جدار شکم

### مقدمه

می‌گردد (۱). ظهور آندومتروما در نزدیکی و اطراف برش جراحی سزارین یا برش سایر اعمال جراحی که بروی رحم و ضمائم صورت می‌پذیرد تحت عنوان آندومترومای اسکار شناخته می‌شود.

آندومتریوز به بافت فعال آندومتر که در خارج از رحم قرار دارد اطلاق می‌شود. زمانی که آندومتریوز به صورت توده ای مشخص ظاهر می‌شود تحت عنوان آندومتروما تقسیم بندی

شود. میزان وقوع آن در بررسی مروری مقالات حدود ۰.۳٪ تا ۰.۴٪ درصد می باشد (۳ و ۲). بافت آندومتریومای اکتویی اغلب تحت تاثیر هورمونهای زنانه است و در نزدیک به زمان خونریزی ماهانه، حجم و اندازه آن افزایش یافته و اغلب دردناک می گردد. در این موارد تشخیص بالینی توده دردناک در مجاورت اسکار خط برش جراحی زیر شکم در تشخیص افتراقی از آبسه یا لیپوما یا هرنی انسیزیونال، تومور دسموئید، سارکوما یا متاستاز سرطانیها می باشد (۴). به همین منظور معمولاً آندومتریومای اسکار در تشخیص افتراقی از فتق انسیزیونال یا لیپوما به جراحان ارجاع می شود (۵). این بررسی که تجربه ۸ ساله بروی ۹ بیمار است تاکید بر نحوه تشخیص و درمان آندومتریومای اسکار دارد.

### مواد و روشها

این مطالعه بصورت مطالعه case-series می باشد و با بررسی پرونده بیمارانی که تشخیص نهایی آن آندومتریومای اسکار بوده است صورت گرفته است. مطالعه بر روی ۹ بیمار در طی مهر ۱۳۷۸ لغایت بهمن ۱۳۸۶ در مرکز آموزشی درمانی سینا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تبریز صورت گرفته است. کلیه بیمارانی که تشخیص نهایی آنها در آسیب شناسی آندومتریومای اسکار بوده است از نظر علائم بالینی نحوه تشخیص و فاصله زمانی تشخیص بعد از عمل قبلی و درمان مورد ارزیابی گذشته نگر قرار گرفتند.

### یافته

در مطالعه ما ۹ بیمار با توده دردناک شکمی قرار داشتند. متوسط سنی آنها ۲۹/۷ سال (محدوده سنی ۲۱-۳۹) بود که در ۹ بیمار توده شکمی دردناک علامت شایع بود. در ۵ بیمار درد بیماران بصورت دوره‌ای منطبق با سیکل ماهانه بود و در ۴ بیمار درد و شدت آن ارتباطی با خونریزی ماهانه نداشت. در تمام بیماران سابقه جراحی بروی رحم و ضمائم وجود داشت ۶ بیمار سابقه جراحی سزارین را داشتند که در ۵ مورد برش از نوع فونن اشتیل و در یک مورد برش خط وسط زیر ناف بود. در دو مورد لاپاراتومی برای حاملگی خارج رحمی و در یک مورد سابقه

هیستروسومی وجود داشت طول مدت علائم بیمار بین ۳ ماه تا ۳ سال متغیر بود.

متوسط زمانی بین اعمال جراحی و ظهور علائم حدود ۵/۲ سال (محدوده بین ۱۲-۲ سال) بود. متوسط اندازه توده ۳/۱ سانتی متر (محدوده ۵-۲ سانتی متر) بود. توده معمولاً در نزدیک و مجاور به خط برش جراحی قرار داشت. در دو مورد توده در مجاورت ناف بود.

تشخیص قبل از عمل در دو بیمار با درد دوره ای و توده در مجاورت خط برش جراحی آندومتریوما بود. در چهار مورد تشخیص اولیه هرنی انسیزیونال بود. و در سه مورد نیز در تشخیص اولیه توده نسج نرمی دیواره شکم مطرح بود (جدول شماره ۱).

در شش بیمار قبل از هر اقدام درمانی سونوگرافی انجام گرفته بود. در یک مورد تشخیص آندومتریوما گذاشته شد و در مورد دیگر نیز در CT اسکن دیواره شکم توده ای با حدود نامشخص گزارش گردید و تومور نسج نرمی مطرح شد. در هیچیک از موارد بیوپسی سوزنی قبل از عمل صورت نگرفت.

برای درمان در دو بیمار به مدت سه ماه دانازول تجویز شد که در کاهش درد و علائم موثر بود اما این روش نتوانست نسبت به از بین بردن توده موثر باشد و نهایتاً اقدام جراحی صورت پذیرفت. در یک مورد بیمار سابقه ۸ ماه درد دوره ای و احساس توده در کنار خط برش عمل سزارین را داشت و تشخیص اولیه آن توده در دیواره شکم مشکوک به سارکوما یا دیسموئید تومور بود. پس از بررسی اولیه با CT اسکن، در طی جراحی توده سفت به ابعاد ۴×۳×۳ چسبیده به فاسیا کشف شد. اکسیزیون کامل انجام گرفت و محل فاسیا با مش ترمیم شد. تشخیص نهایی آندومتریومای اسکار بود. (شکل شماره ۱ و ۲).

جراحی با برداشتن کامل توده و فاسیای درگیر صورت پذیرفت در ۳ بیمار به علت بزرگ بودن نقص فاسیا اقدام به مش گذاری شد. در پیگیری طی ۲ سال که از انجام اولین موارد جراحی برای اسکار آندومتریوما صورت پذیرفت هیچگونه عود مجدد مشاهده نشد.

جدول شماره یک : خلاصه بیماران با آندومتریومای اسکار

ردیف	سن (سال)	علائم	تشخیص قبل از عمل	مدت علائم	نوع جراحی قبلی
۱	۲۶	توده با درد دوره ای	توده	۶ ماه	CS*
۲	۳۳	توده با درد دوره ای	آندومتریوما	۳ سال	CS
۳	۲۸	توده در محل برش جراحی	کیست سباسه	۲ سال	لاپاراتومی برای حاملگی خارج رحمی
۴	۲۱	توده با رشد آهسته	هرنی انسیزیونال	۴ ماه	CS
۵	۳۹	توده با درد غیر دوره ای	هرنی انسیزیونال	۳ ماه	لاپاراتومی برای حاملگی خارج رحمی
۶	۳۲	توده با درد دوره ای	آندومتریوما	۲ سال	هیستروسومی
۷	۲۷	توده با درد غیر دوره ای	توده دیواره شکم	۵ ماه	CS
۸	۳۲	توده با درد غیر دوره ای	هرنی انسیزیونال	۸ ماه	CS
۹	۳۰	توده با درد دوره ای	هرنی انسیزیونال	۱۲ سال	CS

CS= cesarean section



شکل شماره ۱: CT اسکن بیماری با توده بزرگ مشکوک به اندومتریومای اسکار



شکل شماره ۲: اکسیژون جراحی توده با تشخیص نهایی اندومتریومای اسکار

## بحث

سلولهای بافت اندومتر از طریق عروق و متاستاز لنفاتیک به دیواره شکم می‌داندند (۱۲).

برای جلوگیری از بروز اندومتریومای اسکار بعد از جراحی سزارین، شستشو با فشار زخم با سالیین نرمال استفاده از سوزن و سوزنگیر مجزا برای ترمیم رحم و جدار شکم و عدم استفاده از کشیدن گاز بداخل رحم و استفاده از هورمون درمانی بعد از عمل در مواردی که آلودگی زیاد است توصیه شده است (۱۲).

اندومتریومای اسکار جراحی اکثراً بصورت توده‌ای دردناک در سیکل ماهانه در حین خونریزی ظاهر می‌کند. در یک بررسی که بصورت مرور مقالات انجام گرفت و مقالات ۵۰ سال گذشته بررسی شده است سن متوسط بیماران ۳۱ سال (بین ۱۶-۵۷) بود. میزان وقوع اندومتریومای جدار شکم و اسکار ۱ درصد بوده است که اکثراً در کشورهای غربی بدنبال سزارین اتفاق افتاده است (۱۳). اما در هندوستان به علت کثرت سقط و انجام هیستروتومی وقوع اندومتریومای اسکار اکثراً به علت این نوع

از آنجائی که اندومتریوز بافت اسکار جراحی همیشه مورد افتراق از هرنی انسیزیونال است، اغلب موارد بیماران به جراحان ارجاع می‌شوند. میزان وقوع هرنی انسیزیونال بعد از جراحی سزارین حدود ۳/۱ درصد است در حالیکه میزان وقوع اندومتریوما اسکار سزارین ۰/۳ درصد است (۷ و ۸).

اندومتریوز در بررسی‌های لاپاراسکوپیک در زنها در سنین باروری ۱۵ تا ۴۴ درصد گزارش شده است که شایعترین محل آن در لگن و تخمدانها و بن بست دگلاس و لیگمان پهن رحمی است. در موارد خارج رحمی شایعترین محل داخل شکمی آن در رکتوسیگموئید و بعد از آن ایلتوم و آپاندیس است (۹). میزان وقوع آن در اسکار جراحی برای سزارین حدود ۰/۳ تا ۰/۴ درصد است. در این سری بطور متوسط ۶ بیمار سابقه سزارین را در گذشته داشتند (۱۰ و ۱۱). اتیولوژی ایجاد اندومتریوز بافت اسکار جراحی را ناشی از کاشته شدن سلولهای بافت اندومتر در ناحیه جدار شکم در حین جراحی می‌دانند. برخی عامل آن را انتشار

گرفتند که تنها در یک مورد تشخیص اولیه اندومتریوما بود. یک بیمار نیز تحت CT اسکن دیواره شکم قرار گرفت. بعد از جراحی گزارش آسیب شناسی توده اندومتریومای اسکار بود. در هیچیک از بیماران، بررسی سوزنی انجام نگرفت. برداشتن وسیع توده با محدوده یک سانتی متر از آن بهترین روش جراحی است. در موارد توده های بزرگ می بایست دفکت دیواره با مش گذاری مورد ترمیم قرار گیرد. تمام بیماران ۶ ماه تا ۲ سال تحت پیگیری قرار گرفتند و در هیچ مورد عود مجدد مشاهده نشد.

### نتیجه گیری

اکثر بیماران با اندومتریومای دیواره شکم به جراحان ارجاع می شوند به همین علت می بایست جراحان اطلاع کافی از علائم و نحوه تشخیص آن داشته باشند. در خانم ها در سنین باروری توده دیواره شکم نزدیک به محل برش جراحی قبلی (بخصوص برش سزارین) می تواند اندومتریومای اسکار جراحی باشد. در این حالت درمان طبی چندان نتیجه بخش نیست. اقداماتی نظیر سونوگرافی و بیوپسی سوزنی چندان کمکی به تشخیص دقیق نمی کنند و بهترین اقدام برداشتن توده توسط جراحی است.

عمل جراحی گزارش شده است و انسیدانس آن ۴ تا ۶ درصد اعمال جراحی بوده است (۱۴). در این سری در ۲۰ درصد موارد اندومتریومای جدار شکم در ناف و کانال اینگوینال بوده است. اخیراً با افزایش انجام لاپاراسکوپی لگن برای نازایی و آندومتریوز وقوع اندومتریومای اسکار در مسیر پورتهای گزارش شده است (۱۵). در سری ما شایعترین علامت، توده دردناک بود. از ۹ بیمار ۴ بیمار توده با درد دوره ای و ۳ بیمار توده با درد غیر دوره ای داشتند در ۲ مورد نیز توده بدون درد در محل برش جراحی منجر به تشخیص گردید. رایج ترین راه بررسی توده استفاده از اولتراسونوگرافی است. تظاهر آن در سونوگرافی بصورت توده کیستیک و یا توده ای ناهمگن و یا توده ای توپر است (۱۶ و ۱۷). الگوی صوتی سونوگرافی ممکن است در ارتباط با سیکل خونریزی ماهانه باشد یا ارتباطی بین آن وجود نداشته باشد. بهر صورت یافته های سونوگرافی غیراختصاصی هستند (۱۱ و ۱۷). یافته های CT و MRI می تواند خونریزی داخل نسج را در توده دیواره شکم نشان دهد و اختصاصی تر از سونوگرافی است بیوپسی در موارد محدودی به تشخیص کمک می کند (۱۷ و ۱۸). هر چند انجام ندادن تست های تشخیصی ظاهراً تاثیری در نتیجه نهائی درمان ندارد. در مطالعه ما ۶ بیمار مورد سونوگرافی قرار

### References:

1. Koger KE, Shatney C, Hodge K. Surgical scar endometrioma. *Surg Gynecol Obstet* 1993; **117**(3): 243-246.
2. Chatterjee SK. Scar endometriosis: A clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; **117**(2): 81-84.
3. Blanco RG, Parithive IVS, Shah AK. Abdominal wall endometriomas. *Am J surg* 2003; **185**(4): 596-598.
4. Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996; **177**(3): 239-241.
5. Rao R, Devalia H, Zaidi A. Post caesarian incisional hernia or scar endometrium? *Surgeon* 2006; **4**: 55-56.
6. Yoram W, Haddad R, Werbin N. Endometriosis in abdominal scar: diagnostic pitfall. *Am J Surg* 1996; **6**: 1042-1044.
7. Adesunkanmi AR, Faleyimu B. Incidence and etiological factors of in Nigerian hospital. *J Obstet Gynecol* 2003; **23**: 258-260
8. Nirval R, Greaney GC. Incisional endometriosis diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000; **190**(4): 404-407.
9. Sataloff DM, Lavoogna K, McFarland MM. Extrapelvic endometriosis presenting as a hernia: clinical reports and review of literature. *Surgery* 1989; **105**: 109-1012.
10. Singh KK, Lessell M, Adam DJ. Presentation of endometriosis to General Surgeon: a 10 Year's experience. *Br J surg* 1995; **82**(1): 1349-1351.
11. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriosis: report of 8 cases. *Am Surg* 1999; **45**: 36-39.
12. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin obstet Gynecol* 1999; **42**: 285-566.
13. Horton JD, Dezee KJ, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: surgeon's perspective and review of 445 cases. *American J of Surgery* 2008; **196**(2): 207-212.
14. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva J. Abdominal wall endometriomas. *Dig Dis Sci* 2002; **47**(3): 456-461
15. Sirito R, Puppo A, Centurioni MG. Incisional hernia on the 5<sup>mm</sup> trocar port site and subsequent wall endometriosis on the same site: a case report. *Am J Obstet Gynecol* 2005; **193**(4): 878-880.
16. Wasfie T, Gome ZE, Seon S. Abdominal wall endometrium after cesarean section: a preventable complication. *Int surg* 2002; **87**: 175-177.
17. Amato M, levitt R. Abdominal wall endometrioma. CT findings. *J Comput assist tomogr* 1984; **8**: 1213-1214.
18. Gupta RK, Green C, Wood KP. Fine needle aspiration cytodiagnosis of endometriosis in abdominal scar after caesarean section. *Cytopathology* 2000; **11**(1): 67-68.