

گزارش یک مورد آندومتريوز اسکار سزارين

دکتر فرناز اهدائي وند^۱

چکیده

بیماری آندومتريوز یکی از بیماریهای زنان بوده و شیوع آن در زنان سنين باروری بين ۱۰-۳ درصد می باشد. آندومتريوز اسکار سزارين یک یافته ناشایع بوده و مواردی از آن در مقالات جراحی و زنان گزارش شده است. شیوع آندومتريوز اسکار سزارين كاملاً مشخص نیست ولی بين ۰/۱۵-۰/۰۳ درصد و در بعضی مطالعات تا ۱٪ گزارش شده است. این بیماری اغلب قبل از عمل جراحی تشخیص داده نمی شود (۸۰٪) و معمولاً بیماران با تشخیص کلوئید، هماتوم، گرانولوم بخیه، فتق انسزیونال یا بدخیمی تحت عمل جراحی قرار می گیرند. شایعترین علامت این بیماری دردهای متناوب و دوره ای محل عمل بوده که بطور متوسط بين ۱ تا ۷ سال بعد از عمل جراحی ظاهر می گردد. تشخیص قطعی این بیماری توسط بررسی آسیب شناسی میسر می باشد. در این مقاله، موردی از آندومتريوز اسکار سزارين معرفی می شود که با علایم دردهای دوره ای و نسبتاً شدید در اسکار محل سزارين از ۸ سال قبل مراجعه نموده و سالها بدون تشخیص تحت درمان با داروهای ضد التهابی قرار گرفته است و نهایتاً با تشخیص توده زیر جلدی و احتمال گرانولوم بخیه تحت جراحی قرار گرفته که در پاتولوژی آندومتريوزيس گزارش شده است. درمان انتخابی آندومتريوز اسکار سزارين، جراحی بوده و آگاهی و حضور ذهن در مورد این عارضه غیرشایع، احتمال تشخیص قبل از عمل آنرا افزایش می دهد.

واژه های کلیدی: آندومتريوز، اسکار سزارين، کلوئید

مقدمه

وجود بافت آندومتر خارج از حفره رحم از اوایل سال ۱۹۰۰ میلادی شناخته شده است که به این بافت اکتوپیک آندومتريوزيس اطلاق می گردد [۱]. شیوع آن در سنين باروری در گزارشات متعدد، متفاوت بوده و بين ۱۰-۳ درصد می باشد [۲]. آندومتريوز معمولاً محدود به لگن، تخمدانها، بن بست دوگلاس و پريتوان می باشد ولی محلهاي ناشایع و خارج لگنی آندومتريوز مثل ولو، واژن، اپیزیوتومی، اسکار جراحی، پلور و ریه

نیز گزارش شده است [۳]. عوامل مختلفی مثل ژنتیک، وضعیت هورمونی، مصرف سیگار در پاتوفیزیولوژی آندومتريوز دخالت دارند [۴]. وجود آندومتريوز در محل اسکار سزارين از سال ۱۹۵۶ میلادی شناخته شده است و اولین مورد آن در سال ۱۹۷۵ در منابع جراحی گزارش گردیده است و تا سال ۲۰۰۰ میلادی ۳۲ مورد آندومتريوز اسکار سزارين در مقالات جراحی گزارش شده و در بیشتر گزارشات

تشخیص قبل از عمل داده نشده است و اغلب بیماران با علل پاتولوژیکی همانند فتق انسزیونال، گرانولوم بخیه، آبسه و یا لیپوم تحت عمل جراحی قرار گرفته اند [۱]. موردی که گزارش می گردد یکی از موارد نادر آندومتريوز در اسکار محل سزارین می باشد.

شرح حال بیمار

بیمار خانم ۳۰ ساله G_2P_2 اهل و ساکن یکی از روستاهای اطراف شهر اردبیل می باشد که حاملگی اول را بصورت واژینال زایمان نموده و حاملگی دوم وی ۹ سال قبل بصورت سزارین با برش طولی زیر ناف ختم شده است. بیمار از حدود یکسال بعد از سزارین دچار درد تیر کشنده نسبتا شدید ناحیه عمل شده که بصورت متناوب شدت و ضعف پیدا می کرده است. بتدریج شدت درد بیشتر شده و بیمار از ۳-۴ سال قبل جهت درمان مراجعات مکرر به پزشکان متعدد داشته و تحت درمان با داروهای ضد درد و ضد التهابی قرار گرفته است. در معاینه بیمار در زیر اسکار سزارین قبلی که بصورت طولی زیر ناف بوده توده ای کوچک و حساس با حدود نامشخص قابل لمس بود و بیمار هیچگونه علائم سیستمیک همراه نداشت. بیمار با احتمال گرانولوم بخیه کاندید عمل جراحی شد. در حین عمل در ناحیه زیر جلد و روی فاشیا توده ای به ابعاد $2 \times 3 \times 5$ سانتی متر با قوام سفت و ندولر دارای نقاط بنفش قهوه ای رنگ وجود داشت که پس از جدا نمودن از بافت اطراف بطور کامل برداشته شد و جواب پاتولوژی آن آندومتريوزیس گزارش شد.

بحث

وجود آندومتريوز تقریبا در هر ارگانی از بدن شناخته شده است. امکان حضور آندومتريوز در هر نوع برشی که امکان تماس با بافت آندومتر را داشته باشد مثل اپیزیوتومی، هیستریکتومی، حاملگی نابجا،

لاپاروسکوپی، بستن لوله ها و سزارین تایید شده است. آندومتريوز اسکار شکمی ناشی از سزارین یک پدیده نادر می باشد. مشخص نمودن شیوع واقعی آن مشکل بوده و بین $0.3-15\%$ درصد گزارش شده است [۱]. در مطالعه ای در دانشکده پزشکی لوئیزیانای آمریکا شیوع آندومتريوز اسکار سزارین بیش از 1% [۵] و در مطالعه ای دیگر در فلسطین اشغالی شیوع آندومتريوز اسکار سزارین 1% گزارش شده است [۶].

تئوریهای متعددی در مورد هیستوژنزیس آندومتريوز مطرح شده که مهمترین آنها تئوری انتقال، متاپلازی سلومیک و انتشار خونی یا لنفاتیک سلولهای آندومتر می باشد [۳]. در آندومتريوز خارج لگنی مثل پوست و ریه که ارتباطی با جراحی رحم ندارند بنظر می رسد که انتشار خونی یا لنفاتیک بافت آندومتر در پاتوژنز آن نقش داشته باشد، ولی در آندومتريوز اسکار جراحی تلقیح مستقیم بافت آندومتر در بافت زیر جلدی یا فاسیا نقش اصلی را در پاتوژنز بیماری دارد. این تئوری بصورت تجربی با تزریق ترشحات طبیعی قاعدگی در دیواره شکم و در نهایت ایجاد آندومتريوز زیرجلدی تایید شده است [۱].

مورد گزارش شده از موارد نادر تظاهرات بیماری آندومتريوز بوده و از نظر سن و علائم بالینی همانند مواردی است که در مقاله منتشر شده در مجله کالج آمریکایی جراحان در سال ۲۰۰۰ گزارش شده است و همانند دیگر موارد گزارش شده آندومتريوز اسکار جراحی قبل از عمل تشخیص داده نشده و بعد از جراحی و بررسی آسیب شناسی تشخیص داده شده است. شروع علائم در مورد گزارش شده یکسال بعد از سزارین بوده که در مطالعات دیگر بین ۱ تا ۷ سال متفاوت بوده است [۱]. تشخیص قبل از عمل بیماران با آندومتريوز اسکار سزارین مشکل بوده و اکثر بیماران با تشخیص هرنی انسزیونال، گرانولوم بخیه، نئوپلاسم،

منابع

- 1- Raminder N, Gregory CG. Incisional Endometriosis: An Underappreciated Diagnosis in General Surgery. JACS. 2000 Apr; 190 (4): 404- 7.
 - 2- Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic endocrinology and Infertility 6th ed. Philadelphia: Lippincott williams and wilkins; 1999: 1058-60.
 - 3- Mark D, Robert L. Endometriosis In: Schreffer S, Greenwood G. Kistners Gynecology and Women' s Health 7 th ed. Missouri Mosby; 1999: 492-7.
 - 4- Endometriosis Overview, Women's surgery Group Located at: [http://WWW. Women's surgery group. Com/conditions/Endometriosis/Overview, Asp](http://WWW.Women's surgery group. Com/conditions/Endometriosis/Overview, Asp).
 - 5- Wolf GC, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. Obstet Gynecol Surv. 1989 Feb; 44(2): 89-95.
 - 6- Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. Am Surg. 1996 Dec; 62(12): 1042-4.
 - 7- Tanos V, Anteby SO. Cesarean scar endometriosis. Int J Gynaecol Obstet. 1994 Nov; 47(2): 163-6.
 - 8- Seydel AS, Sickel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. Am J Surg. 1996 Feb; 171(2): 239.
- تومور یا کیست سباسه تحت عمل جراحی قرار می گیرند و در یک مطالعه فقط ۲۰٪ بیماران قبل از عمل تشخیص داده شده بودند [۱]. شروع دیررس علایم بعد از جراحی (متوسط ۴/۵ سال) شایعترین علت اشتباه در تشخیص می باشد [۷]. توجه و آگاهی به شروع دیررس علایم بعد از عمل و دوره ای بودن درد بیماران می تواند به تشخیص کمک نماید. انجام سونوگرافی و CT اسکن جهت رد هرنی انسزیونال کمک کننده بوده ولی افتراق از هماتوم، کیست سباسه یا نئوپلاسم زیر جلدی را امکان پذیر نمی نماید [۱]. برای درمان این بیماری دو روش جراحی و طبی بکار رفته است. درمان طبی شامل استفاده از دانازول و یا گونادوتروپین می باشد. درمان طبی در آندومتريوز اسکار سزارین علایم را بطور موقت تسکین می بخشد ولی ضایعه را بطور کامل از بین نمی برد و بعد از قطع دارو عود علایم دیده می شود و بدلیل عود و عوارض جانبی دارو مقبولیت درمان طبی کم است [۱]. روش جراحی، روش انتخابی درمان بوده که شامل برداشتن کامل ضایعه می باشد [۵]. بنابراین اساس درمان شامل تشخیص دقیق و برداشت کامل ضایعه بطریق جراحی جهت جلوگیری از عود می باشد [۸] و آگاهی و حضور ذهن در مورد این عارضه ناشایع احتمال تشخیص آنرا افزایش خواهد داد.