

Abdominal Wall Endometriosis: Four Cases Presentation and Literature Review

Răzvan Socolov¹, Alexandru Carauleanu^{1*}, Tudor Buțureanu¹, Diana Popovici¹, Raluca Bălan², Catalina Ichim³ and Demetra Socolov¹

¹Department of Obstetrics and Gynecology, University of Medicine and Pharmacy "Gr.T. Popa" Iasi, Romania

²Elena Doamna University Hospital of Obstetrics Gynecology, Iasi, Romania

³Cuza Voda University Hospital of Obstetrics Gynecology, Iasi, Romania

Abstract

Abdominal wall endometriosis is a very rare site for extragenital endometriosis. We present 4 cases diagnosed and treated in two gynecological services of Iasi, Romania, and we review the literature data on this topic. The endometriotic implant in our cases occurred in the post-cesarean section scar, and was diagnosed after 1-4 years from the intervention. The main symptom was local pain (in 2 cases with a cyclical pattern). The initial diagnostic was endometriosis in 3 cases, and granuloma in one case. The ultrasound adequately described the situation and the consistency of the tumor in 2 cases. The treatment was surgical excision, and the post-operative evolution was favorable. In conclusion, although a rare disease, endometriosis is accessible for the diagnostic and treatment, being a pathology that both surgeons and gynecological should consider.

Keywords: Endometriosis; Extragenital endometriosis; Abdominal wall endometriosis

Introducere

Endometrioza de perete abdominal este o formă rară de endometrioză, estimată la 0,03-1,08% din cicatricile postcezariene [1]. și 0,5-1% din formele de endometrioză extragenitală [2-4]. Diagnosticul este dificil și trebuie diferențiat de alte patologii de perete abdominal : granulom de fir, lipom, abces, chist sau hernie, motiv pentru care majoritatea cazurilor se adresează inițial chirurgilor. Poate deveni clinic evidentă la un interval foarte variat, endometrioza parietală se diagnostichează la 3 luni - 10 ani după intervenție [5,6]. Prezentăm 4 cazuri de endometrioză parietală abdominală (EPA) diagnosticate și tratate în 2 servicii de specialitate din Iași.

Prezentarea cazurilor

- 1) Pacienta CF, în vârstă de 31 ani, internată la 12 luni post cezariană, pentru formațiune dureroasă, cu dureri ciclice, fenomene inflamatorii la nivelul cicatricii de cezariană Figura 1. Diagnosticul inițial a fost granulom de fir ; se practică excizia formațiunii iar rezultatul anatomopatologic evidențiază aspect de endometrioză : glande de aspect endometrial înconjurat de un endometru subțire (Figura 2).
- 2) Pacienta MA, de 34 ani, cu antecedente de endometrioză pelvină, se prezintă la 4 ani după cezariană, cu o formațiune tumorală dureroasă de 20 × 10 mm la nivelul cicatricii de cezariană. Se intervine chirurgical ; explorarea per operatorie evidențiază o tumoră parietală aderentă la toate straturile parietale (țesut celular subcutanat, aponevroză și mușchi, peritoneul parietal și cel pre vezical). Se practică excizia formațiunii. Examenul histopatologic evidențiază endometrioză parietală : celule și glande endometriale, înconjurat de fibroză (Figura 3).
- 3) Pacienta TPE, 29 ani, se prezintă la 2 ani după cezariană, pentru o formațiune tumorală dureroasă, de 2,5 cm de diametru, situată la nivelul cicatricei mediane subombilicale. Se practică excizia tumorii de 2,5 cm, iar rezultat anatomopatologic confirmă endometrioza parietală (Figura 4).
- 4) Pacienta TC, în vârstă de 36 ani, se prezintă la 22 luni postcezariană (a doua cezariană) pentru dureri intermitente la extremitatea stângă a cicatricei; examenul clinic evidențiază o formațiune

tumorală de 10 × 10 mm, mobilă pe planurile profunde. Explorarea ecografică Figura 5 confirmă prezența formațiunii, și subliniază aspectul său hipocogen relativ omogen. Se practică excizia chirurgicală iar examenul histopatologic confirmă endometrioza: glande endometriale înconjurat cu stroma endometrială și focare hemoragice (Figura 6).

Discuții

Endometrioza este o afecțiune care afectează 10-15% din femeile de vârstă reproductivă. În general, localizarea afecțiunii privește pelvisul, organele genitale și cele învecinate acestora. Există însă și forme cu localizare extrapelvină. Dintre acestea, un tip particular, cu diagnostic diferentiat dificil și care deseori este văzută de chirurgii generaliști este endometrioza parietală. Deși au fost descrise și cazuri cu alte localizări - pe cicatricea de epiziotomie sau pe porturi de laparoscopie -, cea mai frecventă formă este cea pe cicatricea post-cezariană.

Mecanismul formării și persistenței acestor focare endometrioizice nu este bine cunoscut, discutându-se de metaplasie, diseminare venoasă sau limfatică, sau contaminare mecanică în cursul laparotomiei [2]. Ca factori de risc asociați elementului obstetrical care ar explica apariția EPA ar fi: mica cezariană (<22 săptămâni), consumul de alcool, menstruații abundente [7]. Incidența depinde mai puțin de numărul de cezariene, sau de leziuni endometrioizice viscerale asociate (prezente în 25% din cazuri pe seria lui Leite) [7].

Ecker AM și colab [8] identifică unii factori de risc asociați endometriozei parietale: index de masă corporală superior a 25 kg/m² -

***Corresponding author:** Alexandru Carauleanu, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Medicine and Pharmacy, Gr.T. Popa, Str. Universității No 16700115, Iasi, Romania, Tel: +40 (0) 232 30 16 00; Fax: +40 (0) 232 21 18 20; E-mail: acarauleanu@yahoo.com

Received April 27, 2016; **Accepted** May 20, 2016; **Published** May 26, 2016

Citation: Socolov R, Carauleanu A, Buțureanu T, Popovici D, Bălan R, et al. Abdominal Wall Endometriosis: Four Cases Presentation and Literature Review. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2016; 12(3): 129-131 DOI:[10.7438/1584-9341-12-3-9](https://doi.org/10.7438/1584-9341-12-3-9) [Article in Romanian].

Copyright: © 2016 Socolov R, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.



Figura 1: Aspectul exterior al formațiunii tumorale situate la nivelul cicatricei postcezariană.

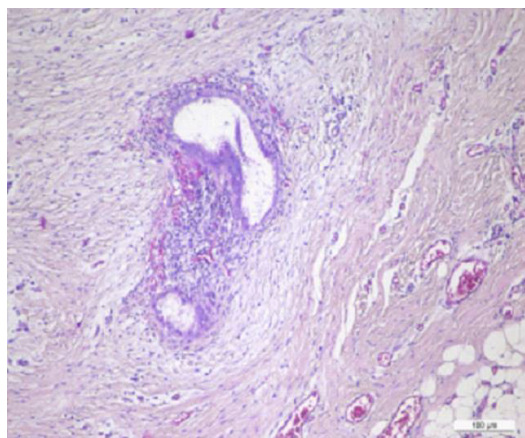


Figura 2 : Aspect de endometrioză: glande de aspect endometrial înconjurate de un endometru subțire (HE x 100).

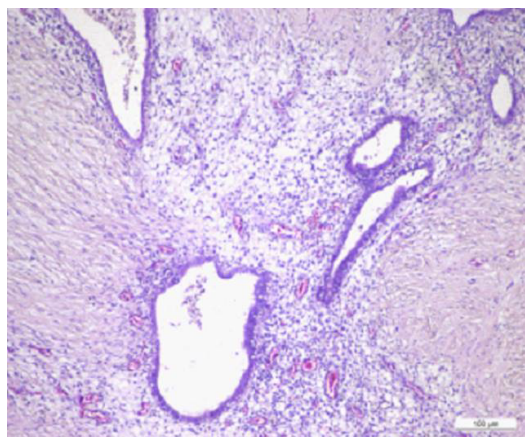


Figura 3 : Aspect de endometrioză parietală cu extensie la țesutul adipos (HE x 100).

70% dintre pacienți, rasa albă - 75%, multiparitatea - 87% și intervenția cezariană - 87%.

Simptomele devin manifeste la o perioadă variabilă, în medie de 5 ani [9], la cazurile noastre fiind 1-4 ani. Tabloul tipic cuprinde dureri ritmate de ciclu (66% din cele 33 pacienți din seria lui Gunes [9]) la cazurile noastre jumătate precizând acest aspect. Alte simptome includ: hemoragii disfuncționale, semne inflamatorii superficiale, alte localizări ale endometriozei. Clinic, se descrie formațiunea tumorală parietală abdominală, cu mobilitate variabilă și consistență semidură, dureroasă, cu fenomene inflamatorii asociate.

Diagnosticul paraclinic a fost pus la cazurile noastre prin ecografie (la 2 cazuri din 4). În literatură se mai citează ca metode complementare de explorare examenul RMN, elastografia [10] sau puncția aspirație cu ac fin [11].

Evoluția poate fi variată: formele limitate pot avea evoluții îndelungate, până când devin simptomatice. Francica [12] într-o serie de 30 cazuri, comparând caracteristicile EPA arată că pentru leziunile mai mari de 30 mm folosirea unor metode imagistice neconcludente poate duce la întârzierea diagnosticului cu evoluție spre fistulizare.

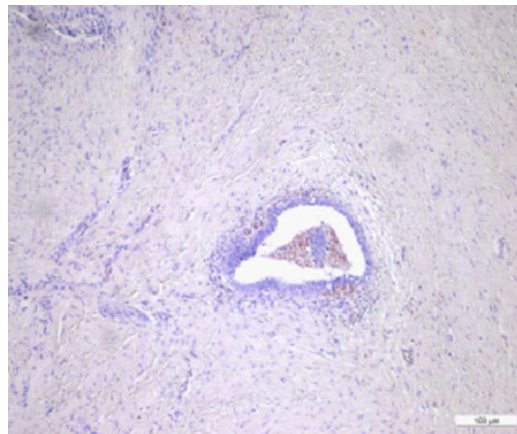


Figura 4 : Aspect de endometrioză parietală cu un număr redus de celule endometriale (HE x 100).

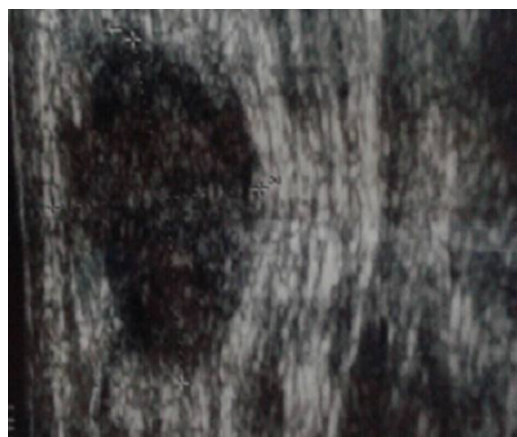


Figura 5: Aspect ecografic al EPA.

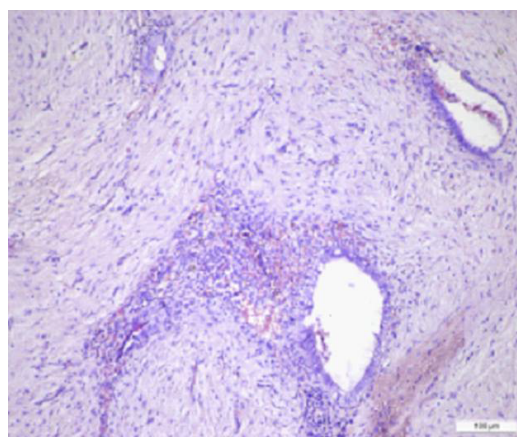


Figura 6: Aspect anatopatologic de EPA: glande endometriale asociate unor focare hemoragice.

În ceea ce privește complicațiile posibile, sunt citate în literatură : extensia subaponevrotică, la peritoneu și alte viscere, transformare malignă [13,14].

Tratamentul este chirurgical și se recomandă excizia chirurgicală completă ; refacerea peretelui abdominal poate necesita folosirea unui material protetic.

Alte metode citate de unii autori sunt:

- scleroterapie cu injecție de etanol sub control ecografic, Bozkurt și colab [15].
- crioablație percutană a leziunilor, Cornelis și colab [16].
- tratament hormonal (analogi, danazol, progestative) pentru a facilita intervenția chirurgicală sau în recidive [17].

Referitor la profilaxia EPA, datele din literatură sugerează ca posibile măsuri de scădere a riscului de apariție a localizării parietale abdominale a endometriozei:

- închiderea peritoneului visceral și parietal la cezariană [18]
- nefolosirea materialului de sutură de la histerorafie la sutura peretelui abdominal [19]
- irigația abundentă cu soluție salină a planurilor peretelui abdominal înainte de închidere [20]

Concluzii

Diagnosticul de EPA trebuie luat în considerație pentru orice tumoră parietală dureroasă apărută la distanță de o cezariană. Rezecția chirurgicală este opțiunea terapeutică recomandată ; excizia trebuie realizată în țesut sănătos.

Prevenirea EPA include inspecția și curățarea plăgilor de histerotomie și de laparotomie

Conflict de interese

Autorii nu declară niciun conflict de interese.

Bibliografie

1. Cöl C, Yilmaz EE (2014) Cesarean scar endometrioma: Case series. *World J Clin Cases* 2: 133-136.
2. Chiang DT, Teh WT (2006) Cutaneous endometriosis--Surgical presentations of a gynaecological condition. *Aust Fam Physician* 35: 887-888.
3. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G (2006) Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil* 34: 8-13.
4. Chmaj-Wierzchowska K, Pieta B, Czerniak T, Opala T (2014) Endometriosis in a post-laparoscopic scar--case report and literature review. *Ginekolog Pol* 85: 386-389.
5. Goel P, Sood SS, Dalal A (2005) Cesarean scar endometriosis--report of two cases. *Indian J Med Sci* 59: 495-498
6. Neri I, Tabanelli M, Dika E, Valeria G, Patrizi A (2007) Diagnosis and treatment of post-Caesarean scar endometriosis. *Acta Derm Venerol* 87: 428-429.
7. De Oliveira MA, de Leon AC, Freire EC, de Oliveira HC (2007) Risk factors for abdominal scar endometriosis after obstetric hysterotomies: A case-control study. 86: 73-80.
8. Ecker AM, Donnellan NM, Shepherd JP, Lee TT (2014) Abdominal wall endometriosis: 12 years of experience at a large academic institution. *Am J Obstet Gynecol* 211: 363.
9. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A (2005) Incisional endometriosis after cesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. *J Obstet Gynaecol Res* 31: 471-475.
10. Xie M, Zhang X, Zhan J, Ren Y, Wang W (2013) Potential role of strain elastography for detection of the extent of large-scar endometriosis. *J Ultrasound Med* 32: 1635-1642.
11. Zhai J (2014) Spontaneous cutaneous endometriosis in the mons pubis region: a case report diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Diagn Cytopathol* 42: 615-618.
12. Francica G (2012) Reliable clinical and sonographic findings in the diagnosis of abdominal wall endometriosis near cesarean section scar. *World J Radiol* 4: 135-140.
13. Fabregas FF, Guimferrer MC, Casas FT, Caballero SB, Xaurado RF (2014) Malignant transformation of the abdominal wall endometriosis with lymph node metastasis. *Gynecol Oncol Report* 8: 10-13.
14. Rekhi B, Sugoor P, Patil A, Shylasree TS, Kerkar R, et al. (2013) Cytopathological features of scar endometriosis mimicking an adenocarcinoma: A diagnostic pitfall. *J Cytol* 30: 280-283.
15. Bozkurt M, Çil AS, Bozkurt DK (2014) Intramuscular abdominal wall endometriosis treated by ultrasound-guided ethanol injection. *Clin Med Res* 12: 160-165.
16. Cornelis F, Petitpierre F, Lasserre AS, Tricaud E, Dallaudière B, et al. (2014) Percutaneous cryoablation of symptomatic abdominal scar endometrioma: Initial reports. *Cardiovasc Intervent Radiol* 37: 1575-1579.
17. Victory R, Diamond MP, Johns DA (2007) Villar's nodule: a case report and systematic literature review of endometriosis externa of the umbilicus. *J Minim Invasive Gynecol* 14: 23-32.
18. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA (2007) Incisional endometriomas after Cesarean section: a case series. *J Reprod Med* 52: 630-634.
19. Esquivel-Estrada V, Briones-Garduño JC, Mondragón-Ballesteros R (2004) Endometriosis implant in cesarean section surgical scar. *Cirugía e Cirujanos* 72: 113-115.
20. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B (2002) Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 87: 175-177.