

بررسی بالینی و سونوگرافیک آندومتریوز دیواره شکم و مطابقت با نتایج عمل جراحی

بهروز زندی^۱، دنیا فرخ^۲، نیلوفر زندی^۳

۱- دانشیار گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۲- دانشیار گروه رادیولوژی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

۳- پزشک عمومی

تاریخ دریافت: ۸۶/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش مقاله: ۸۷/۵/۲۹

خلاصه

مقدمه: آندومتریوز در جدار شکم یکی از عوارض سزارین است که با سونوگرافی قابل تشخیص است. هدف از این مطالعه بررسی یافته های بالینی و سونوگرافیک آندومتریوز در دیواره شکم و مقایسه یافته های فوق با نتایج عمل جراحی می باشد.

روش کار: در این مطالعه رتروسپکتیو تعداد ۱۹ بیمار که با علائم درد و لمس توده جدار شکم در مسیر اسکار عمل سزارین مراجعه نمودند مورد سونوگرافی دیواره شکم قرار گرفتند . در ۶ بیمار علاوه بر سونوگرافی معمولی سونوگرافی داپلر رنگی نیز به عمل آمد. یافته های سونوگرافی با یافته های حین عمل مقایسه گردیدند.

نتایج: در ۱۶ بیمار سابقه یک بارو در ۳ مورد سابقه دوبار سزارین وجود داشت. درد محل عمل جراحی از علائمی بود که در تمام بیماران وجود داشت که ۱۳ مورد به طور تقریباً دائم و ۶ مورد متناوب بود و در زمان عادت ماهیانه افزایش می یافت. ۱۵ بیمار یک توده قابل لمس در دیواره شکم داشتند. در سونوگرافی تمام بیماران یک توده مشاهده شد که در ۱۷ مورد توپر و هیپوآکو و در دو مورد سالیدوآیزواکو در مقایسه با با نسوج مجاور بودند. در ۶ مورد سونوگرافی داپلر نیز انجام شد، که در تمام موارد این توده ها دارای جریان خون شریانی وریدی با سرعت های متفاوت بودند. در ۳ مورد که سونوگرافی داپلر نزدیک به زمان عادت ماهیانه انجام شد تعداد عروق و سرعت جریان خون بالاتری وجود داشت. در این موارد، کانونهای حاوی مایع نیز در آن مشاهده شد. در ۱۵ بیمار که نتایج عمل جراحی در دسترس بود یافته های سونوگرافی با یافته های حین عمل مطابقت داشتند.

نتیجه گیری: آندومتریوز جدار شکم اغلب با توده قابل لمس و درد دائمی تظاهر می نماید. در سونوگرافی به صورت یک توده هیپوآکو حاوی عروق با طرح داپلر متغیر مشاهده می شود. (مجله زنان، مامائی و نازائی ایران، دوره یازدهم، شماره سوم، پاییز ۸۷: ۳۶-۳۱)

کلمات کلیدی: آندومتریوز، دیواره شکم، سزارین، توده بافت نرم

* نویسنده مسؤول: بهروز زندی

آدرس: مشهد، گروه رادیولوژی بیمارستان امام رضا (ع)، دانشگاه

ZandiB@mums.ac.ir

علوم پزشکی مشهد

تلفن: ۳۱-۸۵۴۳۰۳۱ (۵۱۱) ۹۸+

مقدمه

آندومتریوز عبارتست از وجود بافت فعال آندومتر خارج از فضای آندومتر رحم. شیوع آن در حدود ۱۵٪ زنان در سنین باروری می باشد (۱) و اغلب موارد در حفره لگن مشاهده می شود. آندومتریوز می تواند در سایر قسمتهای بدن علاوه بر حفره لگن از جمله دیواره شکم نیز مشاهده شود و معمولا در این موارد بدنبال اعمال جراحی که حفره آندومتر دستکاری شود مانند سزارین مشاهده می گردد (۱-۵).

در بعضی موارد تشخیص آندومتریوز دیواره شکم مشکل است و از نظر بالینی و رادیولوژیک ممکن است با سایر ضایعات جدار شکم مانند گرانولوم جسم خارجی، تومورهای اولیه یا ثانویه و فتق انسزیونال اشتباه شود (۲-۵).

در این مقاله نوع و فراوانی تظاهرات بالینی و

سونوگرافیک آندومتریوز دیواره شکم در ۱۹ بیمار را بررسی و یافته های فوق را با نتایج عمل جراحی مقایسه می شود.

روش کار

در یک مطالعه گذشته نگر در طی مدت ۷ سال تعداد ۱۹ بیمار با علائم درد جدار شکم و وجود توده نسج نرمی در مسیر اسکار جراحی شکم برای سونوگرافی مراجعه نمودند. کلیه بیماران زنان در سنین باروری ۴۷-۱۹ سال با میانگین سن ۲۹ سال بودند. در سابقه ۱۶ بیمار یک بار و در ۳ بیمار دوبار عمل سزارین وجود داشت.

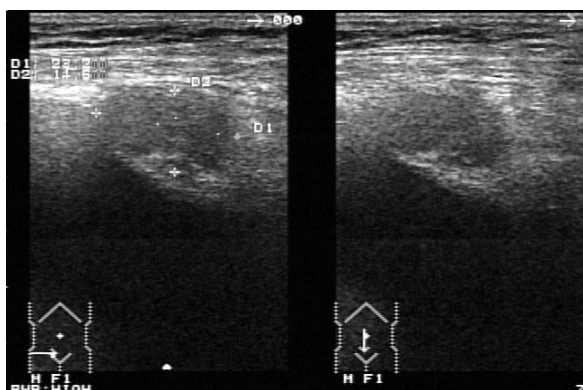
در ۱۵ بیمار یک توده بافت نرم با قوام نسبتا "بالا در قسمت عمقی زیر جلدی جدار شکم در مسیر اسکار جراحی قابل لمس بود ولی در ۴ مورد فقط حساسیت و تندرنس در لمس محل عمل بدون لمس توده وجود داشت. درد در محل توده فوق الذکر و یا مسیر خط سزارین از علائمی بود که در تمام بیماران وجود داشت. در ۱۳ مورد درد به طور دائم و در ۶ مورد درد در حوالی مدت عادت ماهانه وجود داشت.

زمان بروز علائم بالینی پس از سزارین بین ۱/۵ تا ۴ سال متفاوت بود (به طور متوسط ۲ سال و سه ماه). بیماران فوق با تشخیص های بالینی متفاوتی ارجاع شده بودند از جمله: فتق (۱ مورد)، آندومتریوز (۱۰ مورد)، آپاندیسیت (۱ مورد)، هماتوم جدار شکم (۲ مورد)، گرانولوم بافت نرم در اثر سوتور جراحی (نخ بخیه) (۴ مورد) و تومور بافت نرم (۱ مورد).

در تمام بیماران سونوگرافی معمولی با پروب خطی ۷/۵ مگاهرتز و پروب منحنی ۳/۵ مگاهرتز انجام شد. در ۶ مورد علاوه بر سونوگرافی معمولی سونوگرافی داپلر رنگی نیز انجام شد. در ۱۵ مورد که نتایج عمل جراحی در دسترس قرار داشت یافته های سونوگرافی با یافته های حین عمل مقایسه گردیدند.

نتایج

در سونوگرافی معمولی در تمام بیماران یک توده هیپواکو توپر به قطر ۱۳ تا ۴۷ میلیمتر (متوسط ۲۶ میلیمتر) مشاهده شد. در ۲ مورد کانون های ریز بدون اکو (سیستیک) به قطر ۳-۷ میلیمتر در داخل توده مشاهده شد. این یافته در مواردی دیده شد که سونوگرافی در حوالی عادت ماهیانه انجام شد (شکل ۱ و ۲).

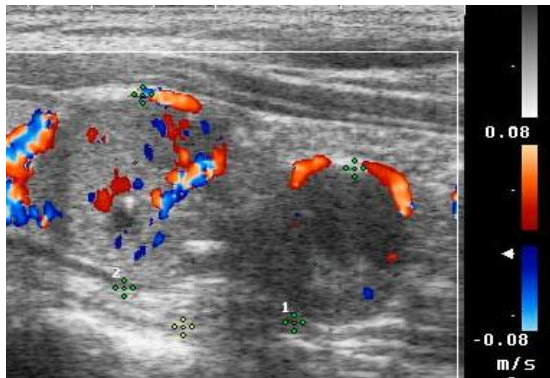


شکل ۱- سونوگرافی جدار شکم بر روی خط اسکار سزارین، یک توده هیپواکو توپر به ابعاد ۲۳×۱۴ میلیمتر در سطح خلفی قسمت تحتانی عضله رکتوس شکم در طرف راست را نشان می دهد.

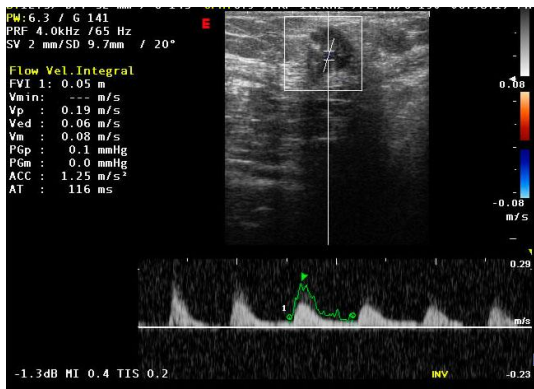
گروه دوم: تعدادا تا ۴ رگ قابل رویت و اندازه گیری سرعت سیستولیک بین ۲ تا ۴۰ سانتی متر در ثانیه (تعداد)

گروه سوم: تعداد عروق ۵ یا بیشتر و سرعت بالاتر از ۴۰ سانتی متر در ثانیه (تعداد ۳)

تمام بیماران که در نزدیک به زمان عادت ماهیانه سونوگرافی داپلر شدند جزء گروه سوم بودند که عملا افزایش فعالیت عروقی توده آندومتريوز را در این زمان نشان می داد (شکل ۴ و ۵).



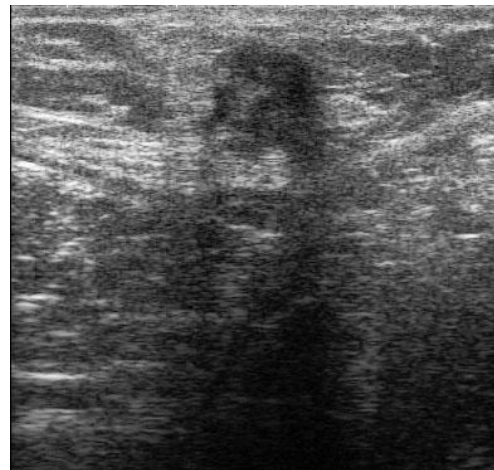
شکل ۴- سونوگرافی داپلر رنگی از جدار در طرف راست ناحیه سوپراپوبیک در مسیر اسکار عمل سزارین با پروب خطی ۷/۵ مگاهرتز دوتوده هیپو و ایزواکواوی عروق متعدد با جریان چون بالا را نشان می دهد. وجود رنگهای متعدد و روشن موید سرعت بالا و توربولانس جریان می باشد.



شکل ۵- سونوگرافی داپلر رنگی، با تهیه آنالیز اسپکترا جریان خون شریانی در داخل توده هیپوآکو توپر نسبتا کوچک و دارای تعداد عروق کم و با سرعت کم



شکل ۲- سونوگرافی که با پروب خطی از جدار شکم در ناحیه سوپرا پوبیک انجام شده یک توده هیپوآکو توپر را در داخل عضله رکتوس شکم نشان می دهد که باعث انقباض غلاف عضله شده است.



شکل ۳- سونوگرافی از جدار در طرف چپ ناحیه سوپراپوبیک در مسیر اسکار عمل سزارین با پروب خطی ۷/۵ مگاهرتز یک توده هیپوآکو توپر بقطرا میلیمترها در بافت چربی زیر جلدی با اثر فشاری بر لایه داخلی عضلانی زیرین نشان می دهد.

در سونوگرافی داپلر رنگی در ۱ مورد توده کاملا بدون عروق (آواسکولر) و در ۵ مورد توده دارای عروق (واسکولر) بود و برحسب سرعت جریان خون و تعداد عروق قابل رویت بیماران به سه دسته تقسیم شدند. گروه اول: سرعت سیستولیک کمتر از ۲۰ سانتی متر در ثانیه با تعداد یک یا دو رگ قابل رویت (تعداد ۱)

از نظر جایگزینی در ۴ مورد آندومتريوما محدود به بافت چربی زیر جلدی و ۹ مورد در غلاف عضله رکتوس و ۶ مورد در هر دو لایه نفوذ کرده بود. تمام توده ها هیپوآکو بودند ولی در ۱۴ مورد اکوهای غیر هوموژن داخلی به طور پراکنده مشاهده شد و در ۲ مورد نیز کانونهای بدون اکو (کیستیک) مشاهده شد. عمل جراحی در فاصله زمانی ۷ روز تا ۲ ماه از زمان سونوگرافی انجام شد. اندازه توده با آنچه در سونوگرافی اندازه گیری شده بود در ۱۶ مورد مشابه و در ۲ مورد کوچکتر و در ۱ مورد بزرگتر بود. در ۱۵ مورد نتایج عمل جراحی به طور کامل در دسترس بود که قابل مقایسه مستقیم با یافته های سونوگرافیک و موید آن بود. در سایر موارد نتایج به طور شفاهی دریافت و مورد استفاده قرار گرفتند.

بحث

آندومتريوز یک بیماری نسبتاً شایع در زنان باردار می باشد. دو فرضیه به عنوان علت ایجاد آندومتريوز مطرح شده است که نسبت به سایر فرضیات بیشتر مورد توجه قرار گرفته اند. یکی فرضیه جابجائی سلولهای آندومتريال به سایر نقاط بدن و فرضیه دیگر آنست که سلولهای مزانشیمال که دارای قدرت ذاتی تبدیل به کلیه بافت های بدن هستند تحت شرایط ویژه ای دچار متاپلازی شده و تبدیل به آندومتريوز می شود (۱-۴).

سلولهای فوق الذکر وقتی تحت تأثیر استروژن قرار گیرند بتدریج افزایش یافته تا اینکه حجم آن ها بقدری بزرگ می شود که می تواند علائم بالینی ایجاد نماید. شایع ترین محل آندومتريوز داخل لگن است ولی در هر جای بدن از جمله خارج از حفره لگن نیز تا کنون مشاهده و گزارش شده اند ولی آندومتريوز جدار شکم شایعترین محل نابجای آندومتريوز بعد از لگن می باشد (۷). در آندومتريوز دیواره شکم تقریباً همیشه عمل جراحی که همراه با باز شدن حفره آندومتر باشد دخیل است (۱-۶) گرچه یک مورد آندومتريوز بدون سابقه عمل جراحی نیز گزارش شده است (۷).

در مطالعه ما تمام بیماران سابقه عمل جراحی سزارین داشتند. به طور کلی میزان آندومتريوز ثانوی به سزارین در مطالعات مختلف با شیوع متفاوت ۰/۳٪ تا ۱٪ گزارش شده است (۸).

در این مطالعه با توجه به اینکه هدف بررسی تعیین میزان شیوع آندومتريوز جدار شکم در کل سزارین ها نبود (چرا که چنین کاری نیاز به یک بررسی چند مرکزی دارد). لذا میزان شیوع بررسی ما مشخص نشده است.

معمولاً بیماران مبتلا به آندومتريوز دیواره شکم با درد متناوب جدار شکم مراجعه می نمایند که در زمان عادت ماهیانه شدت می یابد (۹،۱۳). در مطالعه ما نیز تمام بیماران به علت درد ناحیه سوپراپوبیک و جدار شکم مراجعه نمودند که در ۶ بیمار نمای کلاسیک متناوب و در ۱۳ بیمار تقریباً دائم بود ولی در زمان عادت ماهیانه افزایش می یافت. در مطالعات دیگر نیز نمای بالینی درد متفاوت بوده و در بعضی موارد بصورت متناوب و در بعضی دیگر بصورت دائم اظهار شده است (۲،۵).

از علائم دیگری که در بیماران ما مشاهده شد لمس توده بافت نرم در مسیر خط سزارین در ۱۵ بیمار بود که در بررسی سونوگرافی در تمام بیماران یک توده توپر هیپوآکو را نشان داد. در بررسی سونوگرافی داپلر رنگی که در ۶ بیمار صورت گرفت توده فوق نمای عروقی با درجات متفاوت داشت. در سونوگرافی داپلر رنگی در ۱ مورد توده کاملاً بدون عروق و در ۵ مورد توده عروقی بود و برحسب میزان سرعت جریان خون و تعداد عروق قابل رویت تعداد ۱ مورد در گروه کم عروق، ۱ مورد در گروه با عروق متوسط و ۳ مورد در گروه پر عروق قرار گرفتند.

تمام بیماران که در نزدیک به زمان عادت ماهیانه سونوگرافی داپلر شدند جزء گروه سوم بودند که عملاً افزایش فعالیت عروقی توده آندومتريوز را در این زمان نشان می داد.

تغییرات کیستیک بندرت و با اندازه کوچک در ۲ مورد که سونوگرافی در زمان عادت ماهیانه انجام شد، دیده

که سابقه سزارین داشته و با درد و توده در مسیر اسکار سزارین مراجعه می‌نمایند پیشنهاد می‌شود. از نظر درمانی آندومتریوز جدار شکم به دو روش درمان می‌شود، یکی استفاده از داروها مثل پروژسترون و دیگری درمان جراحی می‌باشد. معمولاً پس از قطع درمان دارویی علائم مجدداً ظاهر می‌شود (۲). درمان انتخابی موثر برداشت کامل ضایعه بوسیله جراحی می‌باشد (۳-۱). در این مطالعه همه بیماران با جراحی درمان شدند.

نتیجه گیری

آندومتریوز جدار شکم یک بیماری با علائم درد در مسیر خط سزارین و با لمس توده همراه است. توده فوق در سونوگرافی بصورت هیپوآکو و عروقی با درجات متفاوت سرعت جریان خون و تعداد عروق قابل رویت در سونوگرافی داپلر است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از جناب آقای دکتر علوی و جناب آقای دکتر ثامنی اساتید محترم پاتولوژی که با لطف فراوان نتایج پاتولوژی نمونه های بیماران ما را در اختیار قرار دادند و جناب آقای دکتر احمدی متخصص محترم زنان که نتایج عمل جراحی را به طور شفاهی به ما اطلاع دادند کمال تشکر و قدردانی را ابراز می‌داریم.

شد ولی عمدتاً توده توپر و هیپوآکو با طرح اکوی نسبتاً هوموژن بود که این یافته برخلاف آندومتریوز های داخل لگنی است که تغییرات کیستیک و وجود مایع بخصوص در حوالی عادت ماهیانه خیلی بیشتر در آنها مشاهده می‌شود (۹-۱۲).

باید در نظر داشت که وجود یک توده هیپوآکو در سونوگرافی بافت های نرم تشخیص های افتراقی متعددی را مطرح می‌نماید که شامل توده های نئوپلازیک اولیه یا متاستاتیک مانند سارکوم ها، تومورهای دسموئید جداری، آبسه، و هماتوم می‌باشد (۹، ۱۰). در این موارد توپر بودن تومور و وجود واسکولاریتی های متفاوت تا حدودی در محدود کردن لیست تشخیص های افتراقی کمک می‌نماید و بخصوص وجود سابقه سزارین یکی از یافته های بسیار مفید بالینی است که در تشخیص دقیق تر کمک می‌نماید.

در مطالعه ما تمام بیماران تحت عمل جراحی قرار گرفتند ولی در سایر مطالعات قبل از عمل جراحی در بعضی موارد از بیوپسی سوزنی با راهنمایی سونوگرافی نیز استفاده شد و قبل از عمل جراحی تشخیص قطعی بالینی داده شده است (۶). در بعضی موارد نیز به علت وجود فیروز بیوپسی سوزنی پاسخ غیراختصاصی داشته است (۴)، که در این موارد تشخیص قطعی پس از عمل جراحی داده شده است.

با توجه به این مطالعه و سایر مطالعات انجام شده سونوگرافی به عنوان اولین اقدام تشخیصی در بیماران

منابع

1. Patterson GK, Winburn GB. Abdominal wall endometriomas: report of eight cases. Am Surg 1999 Jan;65(1):36-9
2. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenthan JH: Surgical scar endometrioma. Surg Gynecol Obstet 1993 Sep;177(3):243-6.
3. Seydel AS, Sichel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment Am J Surg 1996 Feb;171(2):239.
4. Dwivedi AJ, Agrawal SN, Silva YJ. Abdominal wall endometriomas. Dig Dis Sci 2002 Feb;47(2):456-61.
5. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas: Am J Surg 2003 Jun;185(6):596-8.
6. Simsi A, Thorner K, Waisman J, Gangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. Am Surg. 2001 Oct;67(10):984-6.

7. Ideyi SC, Schein M, Niazi M, Gerst PH, Spontaneous endometriosis of the abdominal wall. *Dig Surg* 2003; 20(3):246-8.
8. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ, Jordan C, Miles WF, Macintyre IM, et al. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10-year experience. *Br J Surg* 1995 Oct;82(10):1349-51.
9. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzatti TP Jr. Endometriosis: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2001 Jan; 21(1):193-216.
10. Wolf C, Obrist P, Ensinger C. Sonographic features of abdominal wall endometriosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1997 Sep;169(3):916-7.
11. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriosis near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J ultrasound Med* 2003 Oct;22(10):1041-7.
12. - Lahiri AK, Sharma K, Busiri N. Endometriosis of the uterine cesarean section scar: A case report. *Indian J Radiol Imaging* 2008;18:66-68.
13. Park SB, Kim JK, Cho KS. Sonography of endometriosis in infrequent sites. *J Clin Ultrasound.* 2008 Feb;36(2):91-7.
14. Teng CC, Yang HM, Chen KF, Yang CJ, Chen LS, Kuo CL. Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2008 Mar;47(1):42-8.