بررسی ۶ ساله فراوانی اندومتریوز جدار شکم در بیماران مبتلا به اندومتریوز با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی بستری در بیمارستان‌های رسول اکرم، شریعتی، و آتیه شهر تهران

دکتر مریم کدیور: دانشیار و متخصص پاتولوژی، دپارتمان پاتولوژی، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. dmkadivar@gmail.com
* **دکتر عاطفه وفا:** پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، (*مولف مسئول). vafa.atefeh@yahoo.com
آتنا فرحزادی: دانشجوی پزشکی، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. athenafarahzadi@yahoo.com
سپیده خانی: دانشجوی پزشکی، بیمارستان رسول اکرم، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. kh_spd@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۰/۸/۱۵ تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۳

چکیده

زمینه و هدف: اندومتریوز یک بیماری خوش‌خیم سیستم ژنیتال زنان است که اغلب در سنین باروری دیده می‌شود و به صورت وجود بافتی شبیه بافت اندومتر شامل غدد و بافت محافظ(Stroma) بیرون از حفره رحم تعریف می‌گردد. اندومتریوز به دو شکل لگنی و خارج لگنی یافت می‌شود. شایع‌ترین شکل خارج لگنی آن اندومتریوز جلدی می‌باشد که می‌تواند به صورت خود به خودی یا ثانویه به اعمال جراحی شکمی و لگنی در محل اسکار رخ دهد. اندومتریوز جدار شکم شایع‌ترین نوع اندومتریوز جلدی است که تشخیص آن نیز دشوار می‌باشد. هدف از این مطالعه، بررسی فراوانی موارد اندومتریوز جدار شکم در میان مبتلایان به اندومتریوز است.

روش کار: در پژوهش مقطعی گذشته نگر حاضر، ۳۲۳ بیمار مبتلا به اندومتریوز با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی که طی سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در بیمارستان‌های رسول اکرم ، شریعتی و آتیه بستری بودند، به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. برخی فاکتورها از جمله سن بیماران، سابقه جراحی شکم و لگن، سابقه عمل سزارین و تعداد آن، تعداد زایمان‌های بیمار، محل اندومتریوز و تظاهرات بالینی آن با استفاده از اطلاعات ثبت شده در پرونده پزشکی بیماران مورد مطالعه قرار گرفتند. در انتها تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد.

یافته‌ها: فراوانی اندومتریوز خارج لگنی ۴۸ مورد (۱۴/۸ درصد) محاسبه شد (۴۰ مورد اندومتریوز جدار شکم؛ ۵ مورد اندومتریوز سرویکس؛ ۱ مورد اندومتریوز واژن و ۲ مورد اندومتریوز پرینه) . اندومتریوز جدار شکم در ۱۲/۳ درصد از موارد اندومتریوز مشاهده شد, به این صورت که فراوانی اندومتریوز در محل اسکار سزارین ۳۸ مورد (۱۱/۷ درصد) و در محل ناف ۲ مورد (۰/۶ درصد) بود . سابقه انجام سزارین در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم بیشتر از سایر بیماران مبتلا به اندومتریوز بود (۱۰۰ درصد در مقابل ۲۴/۶ درصد) (p=۰/۰۰۰۱). میانگین تعداد زایمان‌ها و نیز میانگین تعداد سزارین در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم، به طور معناداری بیشتر از سایر بیماران بود (به ترتیب p=۰/۰۰۲ و p=۰/۰۰۰۱). نازایی در بیماران مبتلا به اندومتریوز سایر محل‌ها به طور معناداری بیشتر از بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم بود (p=۰/۰۱). هم چنین علامت غالب در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم ، درد و تورم ناحیه‌ای (Localized) جدار شکم در محل اسکار جراحی با تشدید درد هنگام قاعدگی بود.

نتیجه گیری: اندومتریوز جدار شکم به دو شکل اندومتریوز در محل اسکار جراحی و اندومتریوز نافی دیده می‌شود. شیوع اندومتریوز جدار شکم در میان سایر محل‌های اندومتریوز، ۱۲/۳ درصد بوده و تمامی این بیماران، سابقه انجام سزارین داشته‌اند. میانگین سنین شایع ۳۴ سالگی می‌باشد و توجه به میزان شیوع، علایم غالب، سنین شایع، و سابقه سزارین در بیماران، در تسهیل تشخیص این بیماری کمک کننده خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: اندومتریوز جدار شکم، اندومتریوز در محل اسکار جراحی، سزارین.

مقدمه

اندومتریوز به صورت رشد بافت اندومتر خارج از حفره رحمی که می‌تواند به تحریکات هورمونی تخمدان پاسخ دهد، تعریف می‌شود (۱). این بافت ممکن است در لگن یا خارج از لگن وجود داشته باشد. این بیماری به طور شایع در لگن در محل‌هایی از جمله تخمدان‌ها، کلدوساک(Culdesac) خلفی، لیگامان رحمی، پریتوین (Peritoneum) لگنی، و سپتوم رکتوواژینال مشاهده شده و در ۸ تا ۱۵٪ زنان در سنین باروری یافت می‌شود (۲). اندومتریوز خارج لگنی هنگامی تعریف می‌شود که ضایعات اندومتریوتیک جای دیگری در بدن مثل سرویکس(Cervix)، وولوا (Vulva)، واژن(Vagina)، روده، سیستم ادراری، جدار شکم، قفسه صدری، ریه و سیستم اعصاب مرکزی یافت شود (۳).

اندومتریوز ندرتاً ممکن است جلد یا زیر جلد را

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

درگیر کند. اندومتریوز جلدی که شایع ترین محل بروز آن جدار شکم است، معمولاً به شکل ثانویه و به دنبال اقدامات جراحی انجام شده بر روی جدار شکم و لگن، در محل اسکار جراحی رخ می دهد، اما می‌تواند به شکل نادر به صورت خود به خودی، در غیاب عمل جراحی قبلی ظاهر شود. این موارد بیشتر بر روی اسکار فیزیولوژیک در محل ناف ظاهر می‌شوند (۴و۵).

گزارشاتی در منابع علمی دال بر وجود اندومتریوز روی اسکار جراحی بعد از لاپاراتومی، لاپاراسکوپی و اقدامات تشخیصی مامایی مثل آمنیوسنتز وجود دارد (۶). علاوه بر این در اعمال جراحی عمومی مثل آپاندکتومی، تصحیح هرنی اینگوییینال و نافی نیز مشاهده گردیده است (۷و۸). هر چند بیشتر موارد گزارش شده بعد از اعمال جراحی مامایی به خصوص سزارین بوده است (۹و۱۰). اعتقاد بر این است که این وضعیت با کاشت ایاتروژنیک (Iatrogenic) اندومتر در دیواره شکم ایجاد می شود. تظاهر اندومتریوز در محل اسکار جراحی به صورت یک توده زیر جلدی قابل لمس در محل اسکار جراحی با درد و تورم در زمان قاعدگی است که گاهی اوقات تغییر اندازه می دهد و معمولاً با درد دوره ای یا پایدار همراه است (۱۱).

تشخیص درست اندومتریوز جدار شکم اهمیت دارد زیرا در بیش از ۵۰ درصد موارد درگیری هم زمان لگن نیز وجود دارد که می تواند منجر به نازایی ثانویه و کاشته شدن مجدد بافت اندومتریال در محل‌های خارج لگنی گردد (۱۲). علاوه بر این ضایعات پتانسیل بدخیم شدن دارند (۱۳). هر چند این تغییرات نادرند ولی باید در ضایعاتی که به سرعت رشد می کنند و نیز ضایعات عود کننده مد نظر قرار گیرند.

تعیین بروز اندومتریوز در محل اسکار جراحی دشوار است، اما در یک دوره میانگین ۵ ساله بین انجام جراحی و شروع علایم، در حدود ۰/۰۳ تا ۰/۱۵ ٪ تخمین زده شده است (۱۴). به دلیل بروز و شیوع پایین اندومتریوز جدار شکم که غالبا به دو شکل اندومتریوز در محل اسکار جراحی و اندومتریوز نافی شناخته می‌شود، مطالعات اپیدمیولوژیک در این زمینه محدود هستند و اکثراً گزارش موردهایی از این بیماری در دسترس است. با توجه به نامشخص بودن شیوع اندومتریوز جدار شکم در میان بیماران مبتلا به اندومتریوز، مطالعه حاضر را ترتیب دادیم تا فراوانی اندومتریوز جدار شکم در میان انواع اندومتریوز را تعیین کرده و برخی عوامل خطر مرتبط با آن را بررسی کنیم.

روش کار

مطالعه حاضر، به صورت مقطعی گذشته نگر می باشد که بر روی ۳۲۳ بیمار مبتلا به اندومتریوز مراجعه کننده به بیمارستان‌های رسول اکرم، شریعتی و آتیه در سال های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ که تشخیص آن ها توسط علایم بالینی و یافته های هیستوپاتولوژیک به اثبات رسیده بود، انجام شد. روش نمونه گیری سرشماری بوده و پرونده تمامی بیماران از بایگانی بیمارستان های فوق انتخاب و مطالعه شد و اطلاعات مربوط به بیماران جمع‌آوری گردید. متغیر های مورد بررسی عبارت بودند از: سن بیماران، سابقه جراحی شکم و لگن، سابقه عمل سزارین و تعداد آن، تعداد زایمان های بیمار، محل اندومتریوز و تظاهرات بالینی اندومتریوز. داده ها در چک لیست های تهیه شده ثبت شد و مورد تحلیل قرار گرفت.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۸ انجام شد. از شاخص‌های مرکزی از جمله میانگین و شاخص های پراکندگی از جمله انحراف معیار و هم چنین درصد فراوانی برای توصیف اطلاعات استفاده شد. آزمون های آماری student T-test و هم چنین Chi-2 با سطح معناداری ۰/۰۵ جهت تحلیل آماری مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

تعداد ۳۲۳ بیمار مبتلا به اندومتریوز با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی این بیماران ۳۴/۹۸ ±۹/۰ سال (در محدوده ۱۷ تا ۶۲ سال) محاسبه شد. ۷۱ مورد (۲۱/۸ درصد) از موارد اندومتریوز حین عمل هیسترکتومی ترانس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱. ارتباط عوامل مختلف با اندومتریوز جدار شکم

شماره	فاکتور	بیماران اندومتریوز جدار شکم	بیماران اندومتریوز سایر محل‌ها	p-value
۱	میانگین سنی	۳۴/۹۲ ± ۷/۲	۳۴/۹۹ ± ۹/۳	۰/۰۱
۲	میانگین تعداد زایمان	۱/۸۱ ± ۰/۸	۱/۰۱ ± ۱/۴	۰/۰۰۲
۳	سابقه انجام سزارین	٪ ۱۰۰	٪ ۴۰/۸	۰/۰۰۰۱
۴	میانگین تعداد سزارین	۱/۵۴ ± ۰/۶	۰/۳۴ ± ۰/۶	۰/۰۰۰۱
۵	سابقه عمل جراحی شکمی و لگنی	٪ ۱۰۰	٪ ۵۲/۰۶	۰/۰۰۰۱
۶	سابقه نازایی	٪ ۰	٪ ۱۴/۷	۰/۰۱

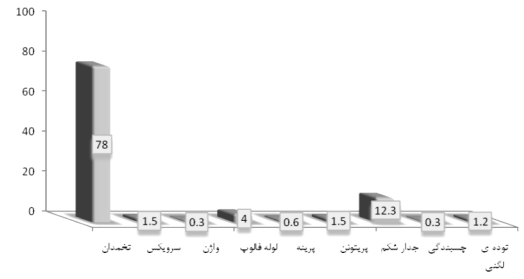
ابدومینال (۵۵ مورد اندومتریوز تخمدان با یا بدون درگیری لوله های فالوپ، ۱۱ مورد لوله های فالوپ به تنهایی، ۴ مورد سرویکس، ۱ مورد در محل اسکار سزارین) و ۱۵ مورد (۴/۶ درصد) حین سزارین (۷ مورد در محل اسکار سزارین، ۶ مورد تخمدان، ۱ مورد توده لگنی، ۱ مورد درگیری پریتوین به تنهایی) تشخیص داده شده اند. علت انجام اعمال جراحی فوق بر روی این گروه از بیماران شک به اندومتریوز نبوده است.

فراوانی اندومتریوز خارج لگنی ۴۸ مورد (۱۴/۸ درصد) محاسبه شد (۴۰ مورد اندومتریوز جدار شکم؛ ۵ مورد اندومتریوز سرویکس؛ ۱ مورد اندومتریوز واژن و ۲ مورد اندومتریوز پرینه). اندومتریوز جدار شکم در ۱۲/۳ درصد از موارد مشاهده شد، به این صورت که فراوانی اندومتریوز در محل اسکار سزارین ۳۸ مورد (۱۱/۷ درصد) و در محل ناف ۲ مورد (۰/۶ درصد) بود. فراوانی سایر محل های اندومتریوز در بیماران به شرح زیر بود: ۲۵۲ مورد (۷۸ درصد) در تخمدان (۲۲۴ مورد درگیری تخمدان به تنهایی، ۲۱ مورد به همراه درگیری لوله فالوپ، ۴ مورد به همراه درگیری آپاندیس، ۲ مورد همراه با درگیری رکتوم، ۱ مورد به همراه توده داخل ساک فتق)؛ ۱۳ مورد (۴ درصد) در محل لوله های فالوپ به تنهایی؛ ۵ مورد (۱/۵ درصد) سرویکس؛ ۵ مورد (۱/۵ درصد) پریتوئن به تنهایی؛ ۱ مورد (۰/۳ درصد) واژن؛ ۴ مورد (۱/۲ درصد) توده لگنی، و ۱ مورد تنها چسبندگی داخل شکمی (۰/۳) (نمودار ۱).

میانگین سنی بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم ۳۴/۹۲ ± ۷/۲ سال محاسبه شد. میانگین تعداد زایمان‌ها در بیماران مبتلا به این مشکل ۱/۸۱ ± ۰/۸ و در بیماران مبتلا به اندومتریوز در سایر محل ها ۱/۰۱ ± ۱/۴ بود. به این ترتیب تعداد زایمان‌ها در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم به طور معناداری بیشتر از سایر بیماران می باشد (p=۰/۰۰۲). سابقه انجام سزارین در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم بیشتر از سایر بیماران مشاهده شد. (۱۰۰ درصد در مقابل ۲۴/۶ درصد) (p=۰/۰۰۰۱). همچنین میانگین تعداد سزارین‌ها در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم به طور معناداری بیشتر از سایر بیماران بود (p=۰/۰۰۰۱). علاوه بر این سابقه عمل جراحی شکمی و لگنی در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم به طور معناداری بیشتر از سایر بیماران بود (۱۰۰ درصد در مقابل ۵۲/۰۶ درصد) (p=۰/۰۰۰۱) (جدول ۱).

در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم، میانگین فاصله زمانی بین عمل جراحی سزارین تا تشخیص اندومتریوز ۵/۲۳ ± ۳/۳ سال (در محدوده ۱ ماه تا ۱۳ سال) بود.

تمامی بیماران مبتلا به اندومتریوز نافی سابقه عمل جراحی سزارین داشتند. هم چنین تمامی بیماران مبتلا به اندومتریوز پرینه سابقه انجام اپیزیوتومی داشتند.



نمودار ۱. توزیع فراوانی انواع اندومتریوز در میان بیماران مبتلا به اندومتریوز با تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی بستری در بیمارستان‌های رسول اکرم، شریعتی، و آتیه طی سال‌های ۱۳۸۴-۱۳۸۹

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

نازایی در بیماران مبتلا به اندومتریوز سایر محل ها به طور معناداری بیشتر از بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم بود (p=۰/۰۱). همچنین علامت غالب در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم، درد و تورم ناحیه ای جدار شکم در محل اسکار جراحی با تشدید در هنگام قاعدگی بود. در حالی که سایر بیماران مبتلا به اندومتریوز، علایم مختلفی از جمله درد شکم و لگن، نازایی، دیسمنوره و نامنظمی قاعدگی داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

اندومتریوز بیش از ۳۰۰ سال قبل، به عنوان یک اختلال ژنیکولوژیک که توسط نواحی اندومتری فعال نا به جا در مجاری ژنیتال یا ساختارهای لگنی مجاور ایجاد می شود,شناخته شد (۱۵). شیوع اندومتریوز در تخمدان بیش از سایر محل‌ها می باشد. اندومتریوز خارج لگنی بسیار ناشایع تر از انواع لگنی آن است و در ارگان های مختلفی دیده می شود (۱۶). شیوع اندومتریوز خارج لگنی در محدوده ۹ تا ۱۵ درصد تخمین زده شده است و شایع‌ترین نوع آن اندومتریوز جدار شکم در محل اسکار سزارین می باشد (۱۷و۱۸). در مطالعه ما نیز نتایجی مشابه به دست آمده است. به این ترتیب که شایع‌ترین محل‌های اندومتریوز در بیماران مورد مطالعه، اندومتریوز لگنی و شایع ترین محل اندومتریوز لگنی تخمدان (۷۷/۸ درصد) بود. شیوع اندومتریوز خارج لگنی ۱۴/۸ درصد محاسبه شد. اندومتریوز جدار شکم، در ۱۲/۳ درصد از کل موارد اندومتریوز (۹۵ درصد در محل اسکار سزارین و ۵ درصد در محل ناف) مشاهده شد.

اندومتریوز در محل اسکار و اندومتریوز لگنی زنان جوان در سنین باروری خصوصا زنان چند زا در سنین بین ۲۵ تا ۳۵ سالگی را درگیر می کنند (۱۹). در مطالعه ای، میانگین سنی زنان مبتلا به اندومتریوز دیواره شکم ۳۲ سال بود (۲). در مطالعه ما نیز میانگین سنی بیماران مبتلا به اندومتریوز دیواره شکم ۳۴ سال بود که چنانچه مشاهده می شود، این نتیجه مشابه نتایج سایر مطالعات می‌باشد (۲و۱۹).

در کل، بارزترین تظاهرات بالینی اندومتریوز جدار شکم، وجود یک توده زیر جلدی دردناک در جدار شکم در محل اسکار به همراه درد دوره‌ای مرتبط با قاعدگی است (۲۰). وجود دوره‌ای بودن این علایم جز معیار های مهم کمک کننده در تشخیص است. در این تحقیق نیز، علامت غالب در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم، درد و تورم ناحیه ای جدار شکم در محل اسکار جراحی با تشدید در هنگام قاعدگی بود. هنگامی که این شکایت‌ها دوره ای نباشد، تشخیص بالینی مختل می شود. ماهیت غیر دوره ای درد در اندومتریوز جدار شکم در برخی مطالعات گزارش شده است اما عموماً به عنوان تظاهرات غیر معمول این بیماری در نظر گرفته می‌شود و بیان گر مواردی است که اغلب از نظر بالینی بدون تشخیص می‌مانند(۲۲،۲۱).

تصور می شود که اندومتریوز در نتیجه انتقال و کاشت سلول های اندومتری از لوله های رحمی به تخمدان ها، محل برش در حین جراحی، و سایر محل های حفره پریتونیال یا از طریق کانال های عروقی و لنفاتیک یا در نتیجه متاپالازی اوراکوس (Uracus Metaplasia) باقی مانده، ایجاد می‌شود (۲۳).

اندومتریوز در محل اسکار جراحی یک بیماری نادر در متون ژنیکولوژی است، و در زنانی دیده می‌شود که قبلاً تحت جراحی شکمی یا لگنی قرار گرفته اند (۲۴). میزان بروز این نوع اندومتریوز تنها ۰/۰۳ تا ۰/۱۵ درصد از کل موارد اندومتریوز تخمین زده شده است (۲۵). سزارین و هیسترکتومی شایع‌ترین جراحی‌های مرتبط با اندومتریوز در محل اسکار هستند. بنابراین شایع ترین محل اندومتریوز خارج لگنی اسکار این جراحی‌ها می‌باشد و بروز آن ۰/۰۷ تا ۰/۴۷ درصد است (۲۶). در پژوهش حاضر، سابقه عمل جراحی شکمی و لگنی در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم به طور معناداری بیشتر از سایر بیماران بود.

در تحقیقی گزارش شده است که افزایش جریان قاعدگی و مصرف الکل جز عوامل خطر برای اندومتریوز محسوب می شوند، در حالی که تعداد زایمان های بیشتر ,یک عامل محافظتی به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

شمار می آید (۲۷). اما در مطالعه ما میانگین تعداد زایمان‌ها در بیماران مبتلا به اندومتریوز جدار شکم بیشتر از سایر بیماران گزارش شد. به این ترتیب بر اساس نتایج مطالعه ما ممکن است تعداد زایمان‌های بیشتر همراه با سزارین در موارد اندومتریوز جدار شکم، عامل محافظتی به شمار نیاید، اما در اندومتریوز در سایر محل ها ممکن است این امر صادق باشد.

کمتر از ۳۰ درصد موارد اندومتریوز جلدی در غیاب عمل جراحی قبلی پدید می آید (۵,۳). محل های شایع این موارد به ترتیب شیوع ناف، و بعد از آن ناحیه اینگوییینال و جدار شکم می باشد و به عنوان اندومتریوز اولیه یا خود به خودی شناخته می شود (۲۸). اندومتریوز نافی اغلب موارد به صورت خود به خودی رخ می دهد. با این حال موارد محدودی از اندومتریوز نافی بعد از اعمال جراحی لاپاراسکوپی و سزارین نیز گزارش شده است (۲۹و۳۰). اتیولوژی اندومتریوز نافی به صورت دقیق مشخص نیست و تئوری‌های ضد و نقیضی در مورد آن مطرح می‌باشد (۳۰). در مطالعه ما ۲ مورد از موارد اندومتریوز جدار شکم در محل ناف وجود داشت و در هر ۲ مورد سابقه انجام سزارین مثبت بود. به این ترتیب این موضوع می تواند از تئوری کاشت بافت اندومتریال در محل ناف به دنبال اعمال جراحی شکمی و لگنی حمایت کند. البته با توجه به تعداد اندک موارد اندومتروز نافی مورد بررسی در این مطالعه، نیاز به مطالعات بیشتر در این زمینه می‌باشد.

اندومتریوز جدار شکم یکی از انواع نادر اندومتریوز است که در این مطالعه ۱۲/۳ درصد از کل موارد اندومتریوز را در بر گرفت. میانگین سنین شایع ۳۴ سالگی بوده و درد و تورم ناحیه ایجدار شکم در محل اسکار جراحی با تشدید در هنگام قاعدگی از جمله مهم‌ترین علایم تشخیصی اندومتریوز جدار شکم به شمار می رود. با توجه به پتانسیل بدخیم شدن این ضایعات و همراهی اندومتریوز جدار شکم با اندومتریوز لگنی که می تواند منجر به نازایی ثانویه و کاشته شدن مجدد بافت اندومتریال در محل های خارج لگنی گردد، تشخیص و درمان سریع تر اندومتریوز جدار شکم اهمیت دارد. توجه به میزان شیوع، علایم غالب، سنین شایع، و سابقه سزارین در بیماران در جلوگیری از تشخیص نادرست اندومتریوز جدار شکم توسط جراح با سایر ضایعات بافت نرم کمک کننده خواهد بود.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه خانم عاطفه وفا در مقطع دکترای حرفه ای به راهنمایی خانم دکترمریم کدیور در سال ۱۳۹۰ و کد ۱۵۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است.

منابع

1. Williams HE, Barsky S, Storino W. Umbilical endometrioma Arch. Dermatol 1976;112:1435.
2. Bektaş H, Bilsel Y, Sari YS, Ersöz F, Koç O, Deniz M, et al. Abdominal wall endometrioma; a 10-year experience and brief review of the literature. J Surg Res 2010;164(1):e77-81.
3. Markham SM, Carpenter SE, Rock JA. Extrapelvic endometriosis.Obstet Gynecol Clin North Am 1989;16:193-219.
4. Agarwal A, Fong YF. Cutaneous endometriosis. Singapore Med J .2008;49(9):704-9.
5. Fernández-Aceñero MJ, Córdova S. Cutaneous endometriosis: review of 15 cases diagnosed at a single institution. Arch Gynecol Obstet 2010 Apr 27.
6. Kaunitz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. Obstet Gynecol. 1979;54(6):753-5.
7. Ducarme G, Uzan M, Poncelet C. Endometriosis mimicking hernia recurrence. Hernia. 2007;11(2):175-7.
8. Delicata RJ, Clark GW, Roy MK, Shaw RW, Carey PD. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 year experience. Br J Surg. 1996; 83(5):711.
9. Nominato NS, Prates LFVS, Lauar I, Morais J, Maia L, Geber S. Endometriose de cicatriz cirúrgica: estudo retrospective de 72 casos [Scar endometriosis: a retrospective study of 72 patients]. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(8):423-7.
10. Meirelles M, Losano R, Viana AT. Endometrioma de cicatriz: estudo de 14 casos [Scar endometriosis: study of 14 cases]. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2005; 50(3):92-6.
11. Nara S, Murakami M, Oki K, Kaseki H, Matsushima T, Hyakusoku H. Preoperative administration of Planovar® in two cases of abdominal wall endometriosis after cesarean

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

section. J Nihon Med Sch 2010;77(5):260-4.
12. Rakesh Rai. Umbilical Endometriosis. JCDR 2008:2(6)1203-1206.
13. Farquhar C. Endometriosis: A clinical review. BMJ. 2007; 334:249-53.
14. Gourgiotis S, Veloudis G, Pallas N, Lagos P, Salemis NS, Villias C. Abdominal wall endometriosis: report of two cases. Rom J Morphol Embryol 2008; 49(4):553-5.
15. Paşalega M, Mirea C, Vîlcea ID, Vasile I, Pleşea IE, Calotă F, et al. Parietal abdominal endometriosis following Cesarean section. Rom J Morphol Embryol 2011; 52(1 Suppl):503-8.
16. Accetta I, Accetta P, Accetta AF, Maia FJ, Oliveira AP. Abdominal wall endometrioma. Rev Col Bras Cir 2011 Feb;38(1):41-4.
17. Bergqvist A. Different types of extragenital endometriosis: A review. Gynecol Endocrinol 1993;7:207.
18. Douglas C, Rotimi O. Extragenital endometriosis-a clinicopathological review of a Glasgow hospital experience with case illustrations. J Obstet Gynecol 2004; 24:804.
19. Horton JD, Dezee KJ, Ahnfeldt EP, Wagner M. Abdominal wall endometriosis: A surgeon's perspective and review of 445 cases. Am J Surg 2008;196:207.
20. Woodward PJ, Sohaey R, Mezzetti TP. Endometriosis: Radiologic-pathologic correlation. Radiographics. 2001;21:193.
21. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, McClenathan JH. Surgical scar endometrioma. Surg Gynecol Obstet 1993;177:243.
22. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. Am J Surg. 2003;185:596.
23. Gunes M, Kayikcioglu F, Ozturkoglu E, Haberal A. Incisional endometriosis after caesarean section, episiotomy and other gynecologic procedures. J Obstet Gynaecol Res. 2005, 13(5):471–475.
24. Khoo JJ. Scar endometriosis presenting as an acute abdomen: A case report. Aust NZ Obstet Gynaecol. 2003;43:164-5.
25. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriosis near cesarean delivery scars. J Ultrasound Med. 2003:22:1041-7.
26. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after cesarean section: Report of fifteen cases. Gynecol Obstet Fertil. 2006;34:8.
27. Oliveira MAP, Leon ACP, Freire EC, de Oliveira HC. Risk factors for abdominal scar endometriosis after obstetric hysterotomies: A case-control study. Acta Obst Gyn Scan 2007;86:73.
28. Steck MWD, Helwig EB. Cutaneous endometriosis. Clin Obstet Gynecol. 1966;9(2):373-83.
29. Philippe R. Koninckx. Umbilical endometriosis after unprotected removal of uterine pieces through the umbilicus. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2000 May:7(2):227–232.
30. Picucci L, Alibrandi M, Persico Stella L, Crescenzi A. A case of umbilical endometriosis following cesarean section. Minerva Ginecol. 1995 Apr;47(4):165-70.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]

Original Article

6 years evaluation of prevalence of abdominal wall endometriosis in patients with definite histopathological diagnosis of endometriosis admitted in Rasool-Akram, Shariati and Atieh Hospitals in Tehran

Maryam Kadivar, MD. Associate professor and pathologist, Pathology department, Rasool Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. dmkadivar@gmail.com
***Atefeh Vafa, MD.** General Practitioner, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (*Corresponding author) vafa.atefeh@yahoo.com
Atena Farahzadi, Medical student, Rasool Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. athenafarahzadi@yahoo.com
Sepideh Khani, Medical student, Rasool Akram Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. kh_spd@yahoo.com

Abstract

Background: Endometriosis is a benign disease of female genital system, which often occurs in the reproductive age and it is defined by the presence of tissue resembling endometrial glands and stroma outside the uterine cavity. Endometriosis is found in two types of pelvic and extrapelvic. The most common type of extrapelvic endometriosis is cutaneous endometriosis which can occur either spontaneously or secondary to abdomino-pelvic surgeries. Abdominal wall endometriosis is the most common type of cutaneous endometriosis that its diagnosis is difficult. The purpose of this study is to determine the prevalence of abdominal wall endometriosis in patients with endometriosis.

Methods: In this retrospective cross-sectional study, 323 patients with endometriosis and definite histopathological diagnosis who admitted in Rasool-Akram, Shariati and Atieh Hospitals during 1384 to 1389, were enrolled. The sampling method was census and the study variables included patient age, history of pelvic or abdominal surgery, history of cesarean section and the delivery frequency of patients, location of endometriosis and its clinical presentation. Information was gathered from medical records of patients. Finally, data analysis was performed using SPSS software.

Results: The prevalence of Extra Pelvic endometriosis was calculated 14.8% (48 cases that 40 cases were abdominal wall endometriosis, 5 cases cervical endometriosis, vaginal endometriosis in 1 case and 2 cases of perineal endometriosis). The prevalence of abdominal wall endometriosis was 12.3 percent of all cases of endometriosis in which cesarean scar endometriosis and umbilical endometriosis were found in 38 cases (11.7 %) and 2 cases (0.6%) respectively. History of previous cesarean section in patients with abdominal wall endometriosis was significantly more than patients with other types of endometriosis (100% vs. 24.6%) (p=0.0001). Average number of delivery and cesarean section in patients with abdominal wall endometriosis were significantly higher than other patients (p= 0.002 and p= 0.0001 respectively). Infertility in patients with endometriosis in other places was significantly higher than patients with abdominal wall endometriosis (p= 0.01). The predominant symptom in patients with abdominal wall endometriosis was, localized pain and swelling in abdominal wall at the surgical scar that become worse during menstruation.

Conclusion: abdominal wall endometriosis is seen in two forms of surgical scar and umbilical endometriosis. The prevalence of abdominal wall endometriosis among all types of endometriosis was 12.3% and all the cases of abdominal wall endometriosis have the positive history of cesarean section. The mean age of these patients was 34 years, and attention to this prevalence, predominant symptoms, prevalent age, and history of cesarean section in patients, will help and facilitate the diagnosis.

Keywords: Abdominal wall endometriosis, Surgical scar endometriosis, Cesarean-section.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-19]