

Case Report

รายงานผู้ป่วย

# ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง : รายงานผู้ป่วย และทบทวนวรรณกรรม

ประวิทย์ อินทรสุขุม

กลุ่มงานสูตินรีเวชกรรม โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา

**บทคัดย่อ**

ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญเติบโตที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องพบได้น้อย ผู้รายงานได้  
รายงานผู้ป่วย 3 ราย อายุอยู่ระหว่าง 29-38 ปี มาด้วยอาการปวดบริเวณมดลูกแผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้า  
ท้อง เป็นรอบๆตรงกับรอบประจำเดือน เริ่มมีอาการตั้งแต่หลังผ่าตัด 1.5 - 8 ปี ขนาดก้อน 2-3 เซนติเมตร  
ทุกคนรักษาด้วยการผ่าตัด ยังไม่พบมีการกลับเป็นซ้ำ ผู้รายงานได้ทบทวนรายงานที่เกี่ยวกับภาวะเยื่อบุโพรง  
มดลูกเจริญเติบโตที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องด้วย

**คำสำคัญ:**

การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง, แผลเป็น, ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญผิดปกติ

**Endometriosis** หมายถึง ภาวะที่มีเนื้อเยื่อ  
คล้ายเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญเติบโตอยู่ที่ตำแหน่งต่าง ๆ  
นอกโพรงมดลูก โดยส่วนใหญ่มักพบอยู่ในอุ้งเชิงกราน  
เช่น รังไข่ uterine ligament (round, broad, utero-  
sacral), rectovaginal septum, ท่อนำไข่ และมดลูก  
ส่วนที่อยู่นอกอุ้งเชิงกรานก็พบได้ เช่น ลำไส้ใหญ่  
ลำไส้เล็ก ช่องคลอด ปากช่องคลอด ฝีเย็บจากการคลอด  
ท่อน้ำนม กระเพาะปัสสาวะ แขน ขา เยื่อหุ้มปอด ปอด  
บริเวณรอบสะดือ และบริเวณแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง  
เป็นต้น<sup>(1)</sup> ภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดทาง

หน้าท้อง พบไม่บ่อย อุบัติการณ์เกิดประมาณร้อยละ 0.03-  
1.7<sup>(2-4)</sup> การรายงานผู้ป่วยครั้งนี้เป็นการรายงานภาวะ  
เยื่อบุโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง  
ในผู้ป่วย 3 ราย และหายด้วยการผ่าตัด

## รายงานผู้ป่วย

### ผู้ป่วยรายที่ 1

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 36 ปี G1P1 ได้รับการ  
ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง เมื่ออายุครรภ์ 40 สัปดาห์  
เนื่องจากภาวะผิดปกติส่วนระหว่างทารกและอุ้งเชิง

กรานเมื่ออายุได้ 24 ปี หลังผ่าตัดได้ 8 ปี ผู้ป่วยคลำคล้ายมีก้อนเล็ก ๆ ที่มุมแผลผ่าตัดทั้งสองข้าง รู้สึกมีอาการปวดบริเวณมุมแผล 2 ข้าง และปวดท้องน้อยเป็นระยะ ๆ ตรงกับรอบประจำเดือน ผู้ป่วยได้กินยาเพื่อบรรเทาอาการเองแต่ไม่หาย จึงได้มาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยก้อนที่หน้าท้อง พบคล้ยแพทย์ตรวจพบก้อนด้านขวาขนาด  $3 \times 2$  ซม. และด้านซ้ายขนาด  $3 \times 3$  ซม. จึงได้ผ่าตัดก้อนด้านซ้ายออก ส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลพยาธิวิทยาเป็น endometriosis

คล้ยแพทย์ได้ส่งปรึกษาสูตินารีแพทย์ ตรวจพบก้อนข้างขวามีขนาด  $3 \times 2$  ซม. ผิวหนังมีสีน้ำตาลคล้ำ ได้ตรวจภายในพบมดลูกโตขนาดอายุครรภ์ 8 สัปดาห์ ส่งตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่อุ้งเชิงกราน (ultrasound pelvis) พบมดลูกโต วินิจฉัยว่าเป็น adenomyosis. ได้ผ่าตัดก้อนที่หน้าท้อง พบว่าก้อนขนาด  $3 \times 2$  ซม. ไม่ติด rectus sheath การผ่าตัดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้ส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลพยาธิวิทยา เป็น endometriosis

หลังผ่าตัดได้นัดฉีดยา DMPA ผู้ป่วยมาตามนัด ยังไม่พบมีอาการกลับเป็นซ้ำ

### ผู้ป่วยรายที่ 2

ผู้ป่วยหญิงอายุ 29 ปี G2P1A1 ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเมื่ออายุครรภ์ 39 สัปดาห์ เนื่องจากภาวะผิวดัดส่วนระหว่างทารกและอุ้งเชิงกรานเมื่ออายุ 26 ปี โดยแผลผ่าตัดเป็นแผลตรง ผู้ป่วยได้ให้ประวัติว่าปวดท้องน้อยเรื้อรังเป็นๆ หายๆ มา 2 ปี โดยเฉพาะช่วงมีประจำเดือน และ 1 ปี คลำพบก้อนขนาดเล็ก ที่มุมแผลผ่าตัดด้านล่าง และมีอาการปวดเป็นระยะตรงกับช่วงมีประจำเดือนด้วย ผู้ป่วยคิดว่า เป็นปมไหมผ่าตัด จึงมาพบแพทย์ ตรวจพบก้อนที่มุมแผลผ่าตัดด้านล่างสีน้ำตาลคล้ำขนาด  $2 \times 1$  ซม. กดเจ็บเล็กน้อย ตรวจภายในพบมดลูกปกติ ตรึงแน่นเล็กน้อย ส่งตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่อุ้งเชิงกราน (ultrasound pelvis) พบ Cyst  $2.2 \times 3.4$  ซม. ที่ culdesac

วินิจฉัยเป็น endometriotic cyst แพทย์ได้ผ่าตัดก้อนที่ท้องพบว่าก้อนขนาด  $2 \times 1$  ซม. ไม่ติด rectus sheath การผ่าตัดปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลพยาธิวิทยาเป็น endometriosis

หลังผ่าตัดได้นัดฉีดยา DMPA ผู้ป่วยมาตามนัด ยังไม่พบมีอาการกลับเป็นซ้ำ

### ผู้ป่วยรายที่ 3

ผู้ป่วยหญิงไทยอายุ 38 ปี G1P1 ได้รับการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องเมื่ออายุครรภ์ 38 สัปดาห์ เนื่องจากรกเกาะต่ำ เมื่ออายุ 34 ปี โดยแผลผ่าตัดเป็นแผลแนวขวาง หลังผ่าตัด 6 เดือน ผู้ป่วยมีอาการเจ็บแผลผ่าตัด แต่ยังคงคลำไม่พบก้อน 1 ปีถัดมา รู้สึกมีอาการปวดบริเวณมุมแผลข้างซ้าย และปวดท้องน้อยเป็นระยะ ๆ ตรงกับรอบประจำเดือน แล้วคลำพบก้อนที่มุมแผลด้านซ้าย คิดว่าเป็นปมไหมผ่าตัด ได้กินยาแก้ปวดบรรเทาอาการแต่ไม่หาย จึงมาพบแพทย์ ตรวจพบก้อนที่มุมแผลผ่าตัดด้านซ้ายขนาด  $2 \times 2$  ซม. สีน้ำตาลคล้ำ ตรวจภายในมดลูกปกติ ตรึงแน่นเล็กน้อย คลำพบก้อนที่ปีกมดลูกข้างขวา ขนาดไม่ชัดเจน ส่งตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงที่อุ้งเชิงกราน พบ Rt adnexal cyst  $3.7 \times 2.3$  ซม. และ cyst  $2.6 \times 2.8$  ซม. ที่ culdesac วินิจฉัยเป็น endometriotic cyst : แพทย์ได้ผ่าตัดก้อนที่ท้อง พบก้อนขนาด  $2 \times 2$  ซม. ติดกับ rectus sheath การผ่าตัดปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน ส่งชิ้นเนื้อตรวจ ผลพยาธิวิทยาเป็น endometriosis

หลังผ่าตัดผู้ป่วย ฉีดยา DMPA ผู้ป่วยมาตามนัด ยังไม่พบมีอาการกลับเป็นซ้ำ

### วิจารณ์

Endometriosis เป็นภาวะที่พบบ่อยทางนรีเวช ส่วนใหญ่มักพบในอุ้งเชิงกราน<sup>(1)</sup> ส่วนในแผลผ่าตัดก็พบได้<sup>(2,4,5)</sup> โดยเฉพาะแผลผ่าตัดในอุ้งเชิงกราน เช่น Cesarean section, tuba ligation, hysterectomy, salpingectomy และ hysterotomy เป็นต้น<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ยังพบในตำแหน่งเข็มที่ใช้เจาะน้ำคร่ำ หรือฉีดน้ำเกลือ

ความเข้มข้นสูงเข้าไปในโพรงมดลูกด้วย<sup>(6,7)</sup> ส่วนอุบัติการของเยื่อบุมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง พบได้ประมาณร้อยละ 0.03-1.7 ในหลาย ๆ รายงาน<sup>(2-4,8)</sup> ส่วนในรายงานนี้ พบภาวะเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องทั้ง 3 ราย

### พยาธิกำเนิด (Pathogenesis)

พยาธิกำเนิด ในการเกิดเยื่อบุมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องนี้ อาจต้องใช้หลายทฤษฎีมาประกอบกัน แต่ที่เป็นไปได้มากที่สุดน่าจะเป็น transport and direct implant theory ซึ่งเป็นการฝังตัวของเยื่อบุมดลูกที่กระจายออกไปจากการผ่าตัด<sup>(2,3,5,9-11)</sup> ทฤษฎีอื่น ๆ ก็อาจเป็นจาก primitive pleuropotential mesenchymal cells เปลี่ยนแปลง (metaplasia) เป็นเยื่อบุโพรงมดลูก<sup>(9,10)</sup> หรือเยื่อบุมดลูกผ่านท่อน้ำเหลืองและกระแสเลือดแล้วมาเจริญเติบโต<sup>(11)</sup>

การเกิดเยื่อบุโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัด จะเกิดจากการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องได้มากกว่าการตัดมดลูก<sup>(3,5,8)</sup> แต่เกิดยากกว่าการทำ hysterotomy เนื่องจากเยื่อบุมดลูกเมื่อครบกำหนดจะฝังตัวยากกว่า และแผลผ่าตัด hysterotomy มักจะลงแผลตรง (classical incision) ซึ่งง่ายต่อการฝังตัว<sup>(2,5)</sup> มีบางรายงานกล่าวว่า การผ่าตัดโดยที่ยังไม่เจ็บครรภ์ จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดได้ ซึ่งเข้าใจว่าเป็นจากระบบ immune tolerance ของร่างกายซึ่งคงต้องศึกษาต่อไป<sup>(12)</sup> ส่วนแผลผ่าตัดมักพบแผลขวาง (pfannenstiel incision) มากกว่าแผลตรง (vertical midline incision) และมักพบบริเวณขอบแผลมากกว่า Teng CC et al.<sup>(13)</sup> ให้เหตุผลว่าส่วนใหญ่แพทย์ผู้ผ่าตัดมักอยู่ด้านขวาของผู้ป่วย แผลมุมขวามีโอกาสทำความสะอาดได้น้อยกว่า ทำให้เยื่อบุมดลูกบริเวณนั้นถูกชะล้างออกไม่หมด ผู้รายงานขอให้ความคิดเห็นเพิ่มเติมว่า อาจเป็นไปได้ที่มุมแผลเป็นบริเวณที่ผูกปมไหม เยื่อบุมดลูกจึงอาจฝังตัวได้ดีกว่าตำแหน่งอื่น ผู้ป่วย 3 คน ที่รายงานพบแผลขวาง 2 ราย แผลตรง 1 ราย และพบที่มุมแผลทั้งหมด

### ลักษณะทางคลินิก

การวินิจฉัยเยื่อบุมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดหน้าท้องอาศัยประวัติการตรวจร่างกาย และผลทางพยาธิวิทยา<sup>(2,3,5)</sup> จากรายงานต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้าย ๆ กัน จากประวัติและการตรวจร่างกาย จึงมีผู้ตั้ง clinical diagnostic triad ดังนี้คือ<sup>(13-15)</sup>

1. มีอาการปวดเป็นช่วง ๆ สัมพันธ์กับประจำเดือน (cyclic pain)
2. ประวัติผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง
3. มีก้อนที่แผลผ่าตัด

อย่างไรก็ตามมีบางรายงานบอกว่า อาการปวด cyclic pain อาจจะไม่เสมอไปทุกราย<sup>(13)</sup> และถ้าผู้ป่วยมี pelvic endometriosis ร่วมด้วยอาจมีอาการ dysmenorrhea, dyspareunia หรือ infertility ร่วมด้วยได้<sup>(1,5)</sup> แต่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการก็อาจพบ pelvic endometriosis ร่วมด้วยร้อยละ 22-24<sup>(4,5)</sup> ผู้ป่วยที่รายงาน 2 รายพบ pelvic endometriosis 1 รายพบเป็น adenomyosis และมีอาการ dysmenorrhea

### การสืบค้น

การใช้เครื่องมือในการช่วยวินิจฉัย เช่น CA-125<sup>(16)</sup> คลื่นเสียงความถี่สูง CT scan, MRI และ Fine needle aspirate biopsy ซึ่งเป็นการช่วยวินิจฉัยก่อนผ่าตัด<sup>(1,7,18,19)</sup> แต่การวินิจฉัยที่ดีที่สุดคือการได้ผลทางพยาธิวิทยา<sup>(2,5,9,10,17,18)</sup>

### การวินิจฉัยแยกโรค

จากอาการ อาการแสดง และการตรวจร่างกาย อาจต้องแยกจากโรคที่อาจมีลักษณะคล้ายกัน เช่น incisional hernia, suture granuloma, dermoid tumor, sarcoma, lymphoma, hematoma, abscess, sebaceous cyst และ neuroma เป็นต้น<sup>(2,3,5,20)</sup>

### การรักษา

การรักษาที่ดีที่สุดคือการผ่าตัด<sup>(2-5,8,13,14,16,29,30-37)</sup> ซึ่ง

ข้อดีของการผ่าตัดคือป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และได้ชิ้นเนื้อตรวจเพื่อแยกโรคมะเร็งได้ การผ่าตัดคือการทำ wide excision อย่างน้อย 1 เซนติเมตรจากขอบ และถ้ามี fascia defect ก็ควรพิจารณาทำ patch grafting ด้วย<sup>(13,15)</sup> ส่วนในการให้ยารักษาได้แก่กลุ่ม NSAIDS, ยาคุมกำเนิดทั้งชนิดรับประทานและฉีด, Danazol และ Gn-RH agonist ยากลุ่มนี้ร้อยละ 80-85 พบว่าผู้ป่วยอาการดีขึ้นแต่ไม่หายขาด<sup>(2,4,21)</sup> การรักษาร่วมกันระหว่างการผ่าตัดและให้ยาหลังผ่าตัด เช่น Danazol, Gn-RH agonist ก็แนะนำ<sup>(22)</sup>

### การกลับเป็นซ้ำและการเปลี่ยนแปลงเป็นเนื้อร้าย

มีรายงานการกลับเป็นซ้ำได้<sup>(23)</sup> และมีรายงานการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็ง เช่น clear cell carcinoma, endometrioid carcinoma, carcinosarcoma และ adenosarcoma<sup>(24-27)</sup>

### การป้องกัน

เนื่องจากอุบัติการณ์การผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องจะนิยมทำมากขึ้น ทำให้โอกาสเกิดเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดมากขึ้น<sup>(13)</sup> และจากพยาธิกำเนิดที่ได้กล่าวไว้แล้วว่าเกิดจากการฝังตัวของเยื่อบุโพรงมดลูกหรือ decidua ที่กระจายออกไประหว่างการผ่าตัด ดังนั้น

ควรมีหลักการป้องกันดังนี้

1. ผ่าตัดด้วยความระมัดระวัง ป้องกันไม่ให้เยื่อบุโพรงมดลูก หรือ decidua ไหลไปตำแหน่งแผลผ่าตัด<sup>(2-5)</sup>
2. ควรยกมดลูกขึ้นมาไว้ข้างนอกช่องท้องก่อนลงมีด<sup>(2-5)</sup>
3. ไม่ควรล้างภายในโพรงมดลูก และการทำความสะอาดภายในโพรงมดลูกด้วย sponge ควรหลีกเลี่ยง แต่ถ้าจะทำความสะอาดก็ต้องรีบทิ้ง sponge ทันทีหลังทำ<sup>(2,5)</sup>
4. เข็มและไหมที่ใช้เย็บมดลูก ไม่ควรนำมาเย็บปิดหน้าท้อง<sup>(3-5)</sup>
5. แผลที่ผนังหน้าท้องควรล้างด้วยน้ำเกลือให้สะอาดก่อนเย็บปิด<sup>(2,28)</sup>
6. การผ่าตัดเมื่อยังไม่เจ็บครรภ์ จะเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดมากกว่าเจ็บครรภ์<sup>(12)</sup>
7. ควรเย็บปิด parietal และ visceral peritoneum ขณะเย็บปิดหน้าท้อง<sup>(29)</sup>

### การทบทวนวรรณกรรม

จากการค้นคว้าทางวารสาร เกี่ยวกับเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง ตั้งแต่ปี 2000 เป็นต้นมา ดังตารางที่ 2 ค้นพบได้ 13 รายงาน จำนวนผู้ป่วย

ตารางที่ 1 สรุปภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง ในรายงานผู้ป่วย 3 ราย

ผู้ป่วย	อายุ	ช่วงเวลาเริ่มมีอาการหลังผ่าตัด	อาการ	ขนาด (cm)	การรักษา	การกลับเป็นซ้ำ	โรคที่เกี่ยวข้อง
รายที่ 1	36	8 ปี	ก่อนกดเจ็บ cyclic pain	3 × 3, 3 × 2	ผ่าตัด, DMPA	-	Adenomyosis*
รายที่ 2	29	2 ปี	ก่อนกดเจ็บ cyclic pain	2 × 1	ผ่าตัด, DMPA	-	Endometriosis* at pelvic organ
รายที่ 3	38	1 ปี 6 เดือน	ก่อนกดเจ็บ cyclic pain	2 × 2	ผ่าตัด, DMPA	-	Endometriosis* at pelvic organ

\*วินิจฉัยจากอัลตราซาวนด์ เนื่องจากโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรายังไม่มี lapaloscope

ตารางที่ 2 สรุปภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัด คลอดบุตรทางหน้าท้อง ในทบทวนวรรณกรรม

เอกสาร อ้างอิง	ปี	จำนวน	อายุ	อาการ			ขนาด (CM)	รักษา	การกลับเป็นซ้ำ และโรคที่เกี่ยวข้อง
				เริ่มมีอาการ หลังผ่าตัด (ปี)	Cyclic pain	Non- cyclicpain			
13	2008	22	22-43	1/2 - 4 1/2	20	2	2-7	surgery	-
30	2008	1	27	-	1	-	2	surgery	-
14	2007	1	40	1	1	-	4.5x4	surgery	-
29	2007	37	-	1/2-9	-	-	1-12	hormonal/surgery	-
31	2006	1	29	2	1	-	2x1.5	surgery+post- operative danazol	-
16	2006	1	37	3	-	-	-	surgery	-
32	2006	15	mean 32	11/12 -5	10	5	-	-	pelvic endometriosis 4
33	2004	1	44	6	1	-	-	-	uterocutaneous fistula
18	2003	12	22-42	2-12	6	6	0.7-5	surgery	no recurrence
34	2003	14	-	mean 2	5	9	-	surgery	-
35	2003	12	mean 29.4	mean 1.9	5	7	mean 4	surgery	no recurrence
36	2002	6	20-34	1/2 -7	-	6	-	surgery	-
37	2002	1	35	3.75	1	-	1x1	surgery	-
รายงานครั้งนี้		3	29-38	1 1/2 - 8	3	-	2-3	surgery	-
รวม		127	20-44	1/2 - 12	55	35	0.7-4.5	surgery 111	-

ทั้งหมด 127 ราย พบช่วงอายุอยู่ระหว่าง 20-44 ปี ระยะ  
เวลาเริ่มมีอาการหลังการผ่าตัด พบตั้งแต่ 6 เดือน ถึง  
12 ปี ส่วนอาการพบได้ทั้งมีอาการปวดเป็นระยะตรง  
กับรอบประจำเดือน กับไม่ตรงรอบประจำเดือน แต่พบ  
ตรงกับรอบประจำเดือนมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 61 ขนาด  
ของก้อนพบทั้งขนาดเล็กและใหญ่ การรักษามีทั้งให้ยา  
ก่อน และหลังผ่าตัด แต่การผ่าตัดเป็นการรักษาได้ผลที่สุด  
มี 1 รายงานพบมี pelvic endometriosis ร่วมด้วย  
โดยพบ 4 ราย จากผู้ป่วยทั้งหมด 15 ราย คิดเป็น  
ร้อยละ 26.6 และพบ 1 รายงานมี uterocutaneous  
fistula ด้วย ไม่พบมีการกลับเป็นซ้ำ

### สรุป

ภาวะเยื่อโพรงมดลูกเจริญที่แผลผ่าตัดหน้าท้อง

แนวโน้มอาจพบมากขึ้น ดังนั้นการป้องกันควรให้ความ  
สำคัญให้มาก และการผ่าตัดก็ถือเป็นการรักษาที่ดีที่สุด

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้รายงานขอขอบคุณ ผู้ป่วยทั้ง 3 ท่าน ที่เป็นแหล่ง  
ให้ความรู้ในการเผยแพร่วิทยาทานทางการแพทย์ต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. Hesla JS, Rock JA. Endometriosis. In: Rock JA, Thompson JD, editors. TeLine's operative gynecology. 8th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997:585-624.
2. Wolf GC, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. Obstet Gynecol Surv 1989; 44:89-95.
3. Koger KE, Shatney CH, Hodge K, Mc Clenathan JH. Surgical scar endometrioma. Surg Gynecol Obstet 1993; 177:243-6.

4. Chatterjee SK. Scarendometriosis: a clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980; 56:81-4.
5. Liang CC, Liou B, Tsai CC, Chen TC, Soong YK. Scar endometriosis. *Int Surg* 1998; 83:69-71.
6. Kaunitz A, Di Sant Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979; 54:753-5.
7. Ferrari BT, Shollenbarger DR. Abdominal wall endometriosis following hypertonic saline abortion. *J Am Med Assoc* 1977; 238:56-7.
8. Singh KK, Lessells AM, Adam DJ. Presentation of endometriosis to general surgeons: a 10 - year experience. *Br J Surg* 1995; 82:1349-51.
9. Coley BD, Casola G. Incisional endometrioma involving the rectus abdominis muscle and subcutaneous tissues: CT appearance. *Am J Roentgenol* 1993; 160:549-50.
10. Brenner C, Wohlgemuth S. Scar endometriosis. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170:538-40.
11. Witz CA. Current concepts in the pathogenesis of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42:566-85.
12. Wicherek L, Klimek M, Skret -Magierlo J, Cekierdowski A, Banas T, Popiela TJ, et al. The obstetrical history in patients with Pfannenstiel scar endometriomas-an analysis of 81 patients. *Gynecol Obstet Invest* 2007; 63:107-13.
13. 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; 47:42-8
14. Stefanovic D, Kerkez M, Djordjevic Z, Knezevic S, Markovic Lj, Knezevic Dj, et al. Abdominal wall endometriosis: an overlooked but possibly preventable complication. *Acta Chir Jugosl* 2007; 54:79-81.
15. Esquivel-Estrada V, Briones-Garduno JC, Mondragon-Ballesteros R. Endometriosis implant in cesarean section surgical scar. *Cir Cir* 2004; 72:113-5.
16. Luisi S, Gabbanini M, Sollazzi S, Calonaci F, Razzi S, Petraglia F. Surgical scar endometriosis after cesarean section: a case report. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22:284-5.
17. Hensen JH, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JB. Abdominal wall endometriosis: clinical presentation and imaging features with emphasis on sonography. *AJR Am J Roentgenol* 2006; 187: W127-8.
18. Francica G, Giardiello C, Angelone G, Cristiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1041-7.
19. Simsir A, Thorner K, Waisman J, Cangiarella J. Endometriosis in abdominal scars: a report of three cases diagnosed by fine-needle aspiration biopsy. *Am Surg* 2001; 67:984-6.
20. Velez SE, Piccinnis DJ, Caminos S, Spitale LS, Ferrari JC. Abdominal wall endometriosis: case report. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* 2004; 61:44-7.
21. Prentice A. Endometriosis. *BMJ* 2001; 323:93-5.
22. Wang PH, Juang CM, Chao HT, Yu KJ, Yuan CC, Ng Ht. Woud endometriosis: risk factor evaluation and treatment. *J Chin Med Assoc* 2003; 66:113-9.
23. Dellon AL, Grodin J, Ketcham AS, Chretien PB. Recurrent abdominal scar endometriosis in a patient with a fibrous mandibular neoplasm. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120:849-50.
24. Alberto VO, Lynch M, Labbei FN, Jeffers M. Primary abdominal wall clear cell carcinoma arising in a caesarean section scar endometriosis. *Ir J Med Sci* 2006; 175:69-71.
25. Sergent F, Baron M, Le Cornec JB, Scotte M, Mace P, Marpeau L. Malignant transformation of abdominal wall endometriosis: a new case report. *Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006; 35:186-90.
26. Leng J, Lang J, Guo L, Li H, Liu Z. Carcinosarcoma arising from atypical endometriosis in a cesarean section scar. *Int J Gynecol Cancer* 2006; 16:432-5.
27. Olejek A, Bichalski W, Rembielak-Stawecka B, Ziolkowski A. Adenocarcinoma arising from endometriosis in scar from a cesarean section treated with the use of plastic mesh. *Ginekol-Pol* 2004; 75:797-801.
28. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section: a preventable complication. *Int Surg* 2002; 87:175-7.
29. Minaglia S, Mishell DR Jr, Ballard CA. Incisional endometriomas after cesarean section : a case series. *J Reprod Med* 2007; 52:630-4
30. Gajjar KB, Mahendru AA, Khaled MA. Cesarean scar endometriosis presenting as an acute abdomen :a case report and review of literature. *Arch Gynecol Obstet* 2008; 277:167-9.
31. Ding DC, Hsu S. Scar endometriosis at the site of cesarean section. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2006; 45:247-9.
32. Picod G, Boulanger L, Bounoua F, Leduc F, Duval G. Abdominal wall endometriosis after caesarean section: report of fifteen cases. *Gynecol Obstet Fertil* 2006; 34:8-13.
33. Dragoumis K, Mikos T, Zafarakas M, Assimakopoulos ES, Tamatopoulos P, Bontis J. Endometriotic uterocutaneous fistula after cesarean section: a case report. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 57:90-2.

34. Khammash MR, Omari AK, Gasaimh GR, Bani-Hani KE. Abdominal wall endometriosis: an overlooked diagnosis. *Saudi Med J* 2003; 24:523-5.
35. Blanco RG, Parithivel VS, Shah AK, Gumbs MA, Schein M, Gerst PH. Abdominal wall endometriomas. *Am J Surg* 2003; 185:596-8.
36. Wasfie T, Gomez E, Seon S, Zado B. Abdominal wall endometrioma after cesarean section : a preventable complication. *Int Surg* 2002; 87:175-7.
37. Phupong V, Triratanachat S. Cesarean section scar endometriosis : a case report and review of the literature. *J Med Assoc Thai* 2002; 85:733-8.

**Abstract    Cesarean Section Scar Endometriosis : Case Report and Literature Review**

**Pravit Intarasukum**

Department of Obstetrics and Gynaecology Unit, Chachoengsao Hospital, Chachoengsao  
*Journal of Health Science* 2008; 17:SIII880-6.

Cesarean section scar endometriosis is a rare event. A case report on of three patients, aged 29-38 years, seen at Chachoengsao general hospital. Each of whom had presented with a painful mass at the previous cesarean section sites. The pain was cyclical and strongest just prior to menstruation. The duration of their symptoms ranged from 1.5 to 8 years and their scars ranged from 2 to 3cm. All patients underwent surgical exploration and excision of the mass which was revealed by histology to be endometrioma. The post operative course were uneventfull and no recurrence were found. The literature regarding cesarean endometriosis was reviewed.

**Key words:** cesarean section, scar, endometriosis, surgery