

GIMDOS APVALIOJO RAIŠČIO ENDOMETRIOZĖ. KLINIKINIS ATVEJIS

Henrieta Janušonytė

Vilniaus universiteto Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: kirkšninė endometriozė, gimdos apvalusis raištis, kirkšnies skausmas.

Santrauka

Endometriozė – tai liga, kuri apibūdinama kaip funkcinų endometrinių liaukų ir stromos egzistavimas už gimdos ribų. Šios patologijos paplitimas tarp vaisingo amžiaus moterų yra apie 10 - 20 proc., dažniausiai pasireiškiantis dubens organuose, ypač kiaušidėse ir dubens pilvaplėvėje. Iš visų endometriozės sergančių moterų tik apie 0,6 proc. pasireiškia ši patologija kirkšnies srityje, dar rečiau ji būna ant gimdos apvaliojo raiščio. Dėl tokio mažo paplitimo, kirkšnies endometriozė dažnai esti nepastebėta arba painiojama su kita patologija. Būdingiausi simptomai yra palpuojamas darinys kirkšnies srityje, skausmas jo vietoje, sustiprėjantis menstruacijų metu. Šiame darbe aprašomas šios retos endometriozės formos klinikinis atvejis ir pateikiama susijusios literatūros apžvalga, norint atkreipti dėmesį, jog atliekant diferencinę diagnostiką, esant dariniui kirkšnyje, reiktų nepamiršti ir kirkšninės endometriozės.

Pristatomas 31 metų moters, kuri skundėsi stipriu skausmu dešinės kirkšnies srityje, klinikinis atvejis. Skausmas sustiprėdavo menstruacijų metu. Moters teigimu, skausmas kirkšnyje truko apie 5 mėnesius. Pajutusi šį simptomą, pati atliko dešinės kirkšnies apčiuopą ir užčiuopė darinį. Iš pradžių skausmas buvo epizodinis, tačiau pastarąjį mėnesį tapo nuolatiniu. Prieš metus šalinta kiaušidės cista. Moteris negimdžiusi. Buvo atliktas ultragarsinis tyrimas. Gaktinės srities pilvo sienoje rastas 9x26x21 mm dydžio hipogeniškas, nehomogeniškas, vaskularizuotas darinys. Padaryta išvada, jog tai dešinės kirkšnies endometrioma. Atlikta endometriomos ekscizija ir biopsija. Nustatyta, jog endometrioma išplitusi ant gimdos apvaliojo raiščio. Histopatologinis tyrimas patvirtino endometriozės diagnozę.

Endometriozė dažnai painiojama su kitomis patologijomis, pavyzdžiui, kirkšnies išvarža, todėl neretai nediagnozuojama. Jeigu vaisingo amžiaus moteriai apčiuo-

piamas darinys kirkšnyje, net jeigu pacientė ir nejaučia tokių simptomų, kaip skausmas kirkšnies srityje, reikia atkreipti dėmesį, jog tai gali būti endometrioma ir atlikti reikiamus tyrimus. Tai gali būti ultragarsinis ar magnetinio rezonanso tyrimas, tačiau patvirtinimui būtinas histologinis ištyrimas. Gali būti skiriamas medikamentinis, konservatyvusis gydymas arba radikali operacija.

Įvadas

Endometriozė – tai liga, kuri apibūdinama kaip funkcinų endometrinių liaukų ir stromos egzistavimas už gimdos ribų. Jos atsiradimui turi reikšmės retrogradinės menstruacijos, kūno ertmės išklojančių ląstelių metaplazija, imuninės sistemos sutrikimai, genetiniai bei aplinkos ir gyvenimo būdo veiksniai [1-7]. Šios patologijos paplitimas tarp vaisingo amžiaus moterų yra apie 10 - 20 proc., dažniausiai pasireiškiantis dubens organuose, ypač kiaušidėse ir dubens pilvaplėvėje. Didžiausia tikimybė susirgti šia liga yra 30 - 40 metų moterims [8-10]. Endometriozė gali pasireikšti ir ne dubens organuose, pavyzdžiui, virškinamajame trakte, šlapimo takuose, krūtinės ląstoje, centrinėje nervų sistemoje, kauluose, chirurginių pjūvių vietose, ir labai retai – kirkšnies srityje [11]. Iš visų endometriozės sergančių moterų tik apie 0,3-0,6 proc. sergančiųjų ši patologija pasireiškia kirkšnies srityje, dar rečiau – ant gimdos apvaliojo raiščio [12,13]. Dėl tokio mažo paplitimo, kirkšnies endometriozė dažnai esti nepastebėta arba painiojama su kita patologija. Būdingiausi simptomai yra palpuojamas darinys kirkšnies srityje, skausmas jo vietoje, sustiprėjantis menstruacijų metu.

Tyrimo tikslas – pristatyti šios labai retos endometriozės formos klinikinį atvejį ir pateikti susijusios literatūros apžvalgą, norint atkreipti dėmesį, jog atliekant diferencinę diagnostiką, esant dariniui kirkšnyje, reiktų nepamiršti ir kirkšninės endometriozės.

Klinikinis atvejis

31 metų moteris skundėsi stipriu skausmu dešinės kirkšnies srityje. Skausmas sustiprėdavo menstruacijų metu. Moters teigimu, skausmas kirkšnyje truko apie 5 mėnesius.

Pajutusi šį simptomą, pati atliko dešinės kirkšnies apčiuopą ir užčiuopė darinį. Iš pradžių skausmas buvo epizodinis, tačiau paskutinį mėnesį tapo nuolatiniu. Tada kreipėsi į gydymo įstaigą.

Pasak moters, mėnesinės paprastai būdavo reguliarios, 28 dienų ciklas, trukdavo apie 5 - 7 dienas. Negimdžiusi, nėštumo nutraukimo ar savaiminio persileidimo nebuvo. Menopauzė neprasidėjusi. Prieš metus laporoskopiškai šalinta kiaušidės cista. Kitų operacijų nebuvo. Lėtinėmis ligomis nesirgusi. Teigė nesanti alergiška. Vartojo kontraceptines tabletes, kitų vaistų nevartojo.

Atlikta į gydymo įstaigą atvykusios pacientės apžiūra: ūgis - 171 cm, svoris - 58 kg, kūno sudėjimas normosteninis, odoje bėrimų nebuvo. Krūtyse sukietėjimų ar mazgų nerasta.

Širdies ir kraujagyslių sistema: širdies tonai ritmiški, ūžesių neišklausoma. Arterinis kraujospūdis atvykimo metu 125/70 mmHg. Širdies susitraukimų dažnis 74 kartai per minutę.

Kvėpavimo sistema: alsavimas vezikulinis, karkalų negirdėti. Virškinimo sistema: pilvas minkštas, neskausmingas. Kepenys neužčiuopiamos, neskausmingos. Tuštinimasis normalus.

Urogenitalinė sistema: inkstai neužčiuopiami, Džordano simptomas ir kairėje, ir dešinėje neigiamas. Šlapinimosi sutrikimų nėra. Kaulų, raumenų, sąnarių sistema be pakitimų.

Dėl skausmo dešinėje kirkšnies srityje pacientei paskirtas diagnostinis kirkšnių limfmazgių ultragarsinis tyrimas (dešinės galūnės). Tyrimo metu dešiniojoje kirkšnyje nustatyti keli nespecifiniai limfmazgiai iki 9 mm dydžio (1 pav.). Gaktinėje srityje pilvo sienoje rastas 9x26 x21 mm dydžio hipogeniškas, nehomogeniškas, vaskuliarizuotas darinys (galimas endometriozės židinis) (2 pav.). Išvada – dešiniojos kirkšnies endometrioma.

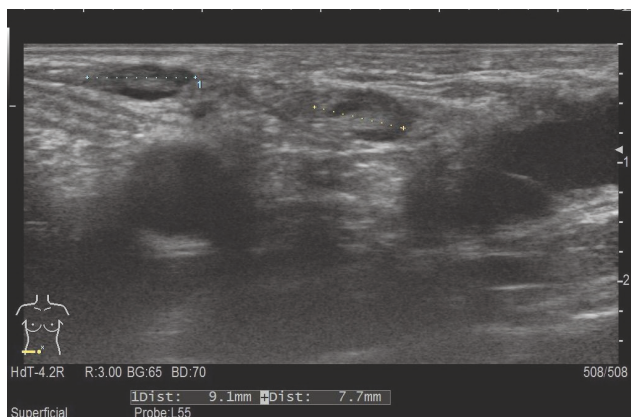
Atlikti bendrasis ir biocheminis kraujo tyrimai. Visi rodikliai buvo normos ribose, tik limfocitų (pagal ŠG normą)

santykis padidėjęs - 42,7 proc. (norma 20,0 - 40,0%). Nustatyta klinikinė diagnozė: kirkšnies endometrioma. Pacientė hospitalizuota planinei operacijai – kirkšnies endometriomos ekscizijai. 1 cm virš simfizės ir 4 cm į dešinę atliktas 3 cm odos pjūvis. Monopoliniu ir bipoliniu koagulatoriumi pasluoksniui išpreparuota apie 2-3 cm dydžio endometrioma dešiniojo kirkšnies kanalo išorinėse žiomenyse ant dešiniojo apvaliojo raiščio. Atlikta endometriomos ekscizija. Preparatas išsiųstas histopatologiniam tyrimui.

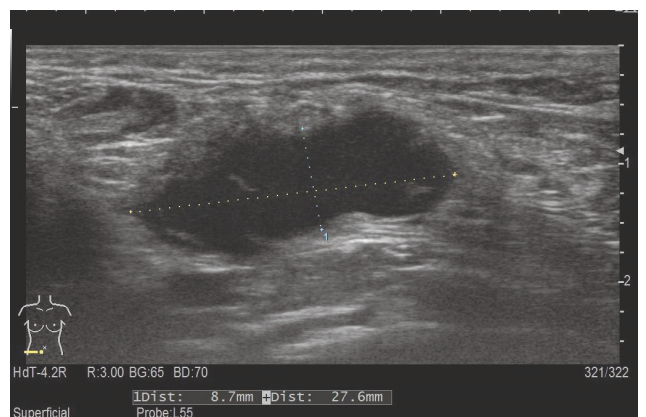
Po operacijos pacientė keletą dienų skundėsi nežymiu maudimu pjūvio vietoje. Išrašant būklė buvo patenkinama, nusiskundimų nebuvo. Skirtos rekomendacijos: 2 savaites riboti fizinį krūvį, vartoti nuskausminamuosius pagal poreikį, po savaitės kreiptis į šeimos gydytoją kontrolei. Vėliau buvo gautas histopatologinis atsakymas. Mikroskopinis aprašymas: fibrozinio riebalinio audinio fragmentai su negausiais šėivinių ląstelių stromos židiniiais ir vienasluoksniu kuboidiniu epiteliumi išklotomis liaukomis. Jungiamajame audinyje vietomis matyti siderofagai. Imunohistocheminio tyrimo aprašymas: šėivinių ląstelių stroma CD10 (+), liaukas išklaujantis epitelis ir stroma ER (+). Klinikinė diagnozė patvirtinta: kirkšnies endometrioma. Operacijos metu ir atlikus histopatologinį tyrimą buvo rasta, jog endometriozė yra ant gimdos apvaliojo raiščio.

Aptarimas

Moters amžius, nusiskundimai ir ligos anamnezė atitinka literatūros duomenis [8,9,11]. Kirkšninės endometriozės patogenezė yra panaši į dubens endometriozės patogenezę. I. Clausen ir K. Nielsen [14] pasiūlė kelias galimas kirkšninės endometriozės patogenezės teorijas. Pasak jų, būtent šie procesai yra svarbūs: endometro ląstelių implantacija kirkšnies srityje dėl retrogradinių menstruacijų; metastazės, plintančios limfagyslėmis arba venomis; Miulerinio latako embriono ląstelių įgimta hormonų aktyvacija; mezotelio



1 pav. Nespecifiniai limfmazgiai



2 pav. Endometriozės židinis

ląstelių metaplazija ir ekstencija iš dubens išilgai apvaliojo raiščio. Kirkšninė endometriozė daug dažniau pasireiškia dešinėje pusėje, negu kairėje, neretai siejama su kirkšnine išvarža, nes ir šios atveju kirkšnyje čiupiamas kietas darinys, jaučiamas skausmas, matomas tinimas. Kirkšninė išvarža dažnai pasireiškia dėl užpakalinės kirkšnies kanalo sienos silpnumo (dėl giliojo kirkšnies žiedo, pro kurį išlenda žarnos dalis). Endometriozės pasireiškimas abiejose pusėse labai retas [15,16]. Kodėl ši liga dažniau pasireiškia dešinėje pusėje – neaišku. Z. Sun ir kiti [17] pasiūlė dvi skirtingas teorijas: 1) riestinė gaubtinė žarna apsaugo kirkšnies kanalą; 2) endometriumo ląstelės dešinėje išsilaiko ilgesnį laiką dėl laikrodžio rodyklės kryptimi tekančio intraperitoninio skysčio.

Diagnozuoti endometriozę, ypač kirkšnyje, gana sunku, neretai ji būna besimptomė [18,19]. Pristatomu atveju pacientei pasireiškė dažnesnioji kirkšninės endometriozės forma dešinėje pusėje.

Diferencinė diagnostika yra labai svarbi, kuomet čiupinama kirkšninė masė. Jos priežastys gali būti įvairios: išvarža, limfadenopatija, neuroma, pūlinys, hematoma, limfoma, lipoma, sarkoma, poodinės cistos, vėžys. Kirkšninei endometriozei esant ant gimdos apvaliojo raiščio ypač didelė galimybė ją supainioti su kirkšnies išvarža [20,21]. Tokiu atveju naudinga atlikti šiuos tyrimus: kompiuterinę tomografiją, magnetinio rezonanso tyrimą, ultragarsinį tyrimą. Kompiuterinė tomografija kirkšninės endometriozės atveju nėra pats geriausias tyrimas, nes nėra specifinis, parodantis tą patį tankį, kaip ir raumens. Magnetinio rezonanso tyrimas šiuo atveju yra tikslesnis, negu kompiuterinė tomografija, daugiau padedantis diferencinei diagnostikai [22,23]. M. Gaeta ir kiti [24] aprašė du magnetinio rezonanso tyrimo modelius kirkšninei endometriozei. Pirmo tipo modelis susideda iš cistinių hiperintensivių pažeidimų abiejuose režimuose T1 ir T2. Antro tipo modelio pažeidimams būdingi kieti komponentai, kurie yra hiperintensiviai T1 režime ir (arba) hipointensiviai, arba silpni hiperintensiviai T2 režime.

Šiuolaikinis ultragarsinis tyrimas endometriozės diferencinei diagnostikai yra svarbus [25]. Ultragarsinio tyrimo radiniai yra kintantys. Dažnai aptinkami apvalūs cistiniai dariniai, reiškiantys intracistinį kraujavimą, susijusį su menstruacijomis, tačiau būta atvejų, kai aptinkami hipoechogeniški, nehomogeniški arba homogeniški, kieti arba ir kieti, ir cistiniai dariniai [26,27]. Aprašomuoju atveju pacientei aptiktas hipoechogeniškas, nehomogeniškas, vaskuliarizuotas kietas darinys.

Esant cistinių darinių, juos reikia diferencijuoti su kirkšnine išvarža, o kietus darinius su sarkoma, limfoma, hematoma, pūliniais. Vaizdo instrumentiniai metodai nėra specifiniai kirkšninei endometriozei, todėl šios diagnozės patvirtinimui reikėtų atsižvelgti į pacientės patiriamą skausmą,

ir ar paprastai menstruacijų metu jis būdingas [24,28]. Aprašomuoju atveju pacientė patyrė ypač stiprų skausmą, kuris nebuvo būdingas anksčiau menstruacijų metu. Kai kuriais atvejais diagnozės patvirtinimui ir piktybiškumo atmetimui gali būti naudingas priešoperacinės aspiracijos citologinis tyrimas [28,29].

Pacientėms, sergančioms kirkšnine endometriozė, praktiškai galėjo būti atliktos ginekologinės ar pilvo operacijos [21]. Jei pacientė nepatyrė jokių operacijų, kirkšninė endometriozė gali būti supainiota su kita patologija ir jai gydyti paskirtas bendrasis gydytojas chirurgas. Mūsų atveju pacientės ginekologinė anamnezė rodo prieš metus atliktą laparoskopinę operaciją – kiaušidės cistos šalinimą. Bet net jeigu jai ir nebūtų atlikta ši operacija, labai svarbu neatmesti kirkšninės endometriozės diagnozės.

Kirkšninės endometriozės gydymui dažniausiai skiriama edometriomos ekscizija [16,17]. Operuojamas kirkšninis kanalas, per kurį eina svarbios struktūros, tad svarbu nieko nepažeisti, nes gali pasireikšti komplikacijos: nervų užspaudimas, neuralgija, hematoma. Kirkšniniame kanale yra ileoingvinalinis ir genitofemoralinis nervai, apvalusis gimdos raištis. Ileoingvinalinis nervas išeina iš L1 segmento ir suteikia jutimus šiose srityse: priekinėje tarpvietėje, viršutinėje šlaunies dalyje, didžiosiose lytinėse lūpose, gaktoje. Genitofemoralinis nervas išeina iš L1 - L2 segmentų ir inervuoja lytines lūpas. Po operacijos galima skirti hormonų terapiją, norint išvengti endometriozės pasikartojimo [30]. Aprašytosios pacientės atveju buvo atlikta endometriomos ekscizija. Hormonų terapija neskirta. Net ir radikali operacija nėra garantija, kad endometriozė neatsinaujins [3,22].

Išvados

1. Endometriozė yra dažna moterų liga, tačiau kirkšninė endometriozė ant gimdos apvaliojo raiščio yra labai reta patologija, pasireiškianti mažiau nei 0,6 proc. vaisingo amžiaus moterų. Ji dažnai painiojama su kitomis patologijomis, pavyzdžiui, kirkšnies išvarža, todėl neretai nediagnozuojama.

2. Atvejais, kai vaisingo amžiaus moteriai apčiuopiamas darinys kirkšnyje, net jeigu pacientė ir nejaučia tokių simptomų, kaip skausmas kirkšnies srityje, reikia atkreipti dėmesį, jog tai gali būti endometrioma, ir atlikti reikiamus tyrimus. Tai gali būti ultragarsinis ar magnetinio rezonanso tyrimas, tačiau patvirtinimui būtinas histologinis ištyrimas. Gali būti skiriamas medikamentinis konservatyvusis gydymas arba radikali operacija.

Literatūra

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. Lancet 2004; 364:1789-1799.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17403-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17403-5)

2. Szylo K, Tchorzewski H, Banusik M. et al. The involvement of T lymphocytes in the pathogenesis of endometriotic tissues overgrowth in women with endometriosis. *Mediators of Inflammation* 2003;12:131-138.
<https://doi.org/10.1080/0962935031000134842>
3. Rolla E. Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. 2019.
<https://doi.org/10.12688/f1000research.14817.1>
4. Viganò P, Somigliana E, Vignali M. et al. Genetics of endometriosis: current status and prospects. *Frontiers in Biosciences* 2007; 12: 3247- 3255.
<https://doi.org/10.2741/2308>
5. Guo SW. Epigenetics of endometriosis. *Molecular human reproduction* 2009; 15: 587-607.
<https://doi.org/10.1093/molehr/gap064>
6. Sourial S, Tempest N, Hapangame DK. Theories on the pathogenesis of endometriosis. *International Journal of Reproductive Medicine* 2014.
<https://doi.org/10.1155/2014/179515>
7. Parazzini F, Chiaffarino F, Surace M. et al. Selected food intake and risk of endometriosis. *Human Reproduction* 2004; 19: 1755-9.
<https://doi.org/10.1093/humrep/deh395>
8. Mehedinti C, Plotogea MN, Ionescu S, et al. Endometriosis still a challenge. *Journal of Medicine and Life* 2014;15:349-357.
9. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E. et al. Nature reviews endocrinology 2014; 10:261-275.
<https://doi.org/10.1038/nrendo.2013.255>
10. Zondervan KT, Becker CM, Misser SA. Endometriosis. *New England Journal of Medicine* 2020; 382:1244-1256.
<https://doi.org/10.1056/NEJMra1810764>
11. Davis AC, Goldberg JM. Extrapelvic endometriosis. *Seminars in Reproductive Medicine* 2017; 35:98-101.
<https://doi.org/10.1055/s-0036-1597122>
12. Burney RO, Giudice LC. Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertility and Sterility* 2012;98:511-519.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.029>
13. Tran-Harding K, Nair RT, Dawkins A, et al. Endometriosis revisited: an imaging review of the usual and unusual manifestations with pathological correlation. *Clinical Imaging* 2018;52:163-171.
<https://doi.org/10.1016/j.clinimag.2018.07.017>
14. Clausen I, Nielsen KT. Endometriosis in the groin. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1987;25:469-471.
[https://doi.org/10.1016/0020-7292\(87\)90064-6](https://doi.org/10.1016/0020-7292(87)90064-6)
15. Lim MC, Choi JY, Lee DO. et al. Inguinal endometriosis connected to intraperitoneal round ligament: complete excision with extraperitoneal wide dissection. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008;51:1533-1538.
16. Fedele L, Bianchi S, Frontino G, et al. Radical excision of inguinal endometriosis. *Obstetrics and Gynecology* 2007;110:530-533.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000268803.84556.0b>
17. Sun ZJ, Zhu L, Lang JH. A rare extrapelvic endometriosis: inguinal endometriosis. *Journal of Reproductive Medicine* 2010;55:62-66.
18. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB. et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertility and Sterility* 2002;78:719.
[https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03331-9](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03331-9)
19. D'Hooghe TM, Mihalji AM, Simsa P, et al. Why we need a noninvasive diagnostic test for minimal to mild endometriosis with a high sensitivity. *Gynecologic and Obstetric Investigation* 2006; 62,136-138.
<https://doi.org/10.1159/000093120>
20. Mashfiqul MA, Tan YM, Chintana CW. Endometriosis of the inguinal canal mimicking a hernie. *Singapore Medical Journal* 2007;48:e157.
21. Wong WS, Lim CE, Luo X. Inguinal endometriosis: an uncommon differential diagnosis as on inguinal tumor. *ISRN Obstetrics and Gynecology* 2011.
<https://doi.org/10.5402/2011/272159>
22. Hiroaki N, Hiroaki T, Tetsuya K. et al. Clinical characteristics and surgical treatment for inguinal endometriosis in young women of reproductive age. *Digestive Surgery* 2019;36:166-172.
<https://doi.org/10.1159/000489827>
23. Chamie LP, Ribeiro D, Tiferes DA, et al. Atypical sites of deeply infiltrative endometriosis: clinical characteristics and imaging findings. *Radiographics* 2018;38:309-328.
<https://doi.org/10.1148/rg.2018170093>
24. Gaeta M, Minutoli F, Mileto A, et al. Nuck canal endometriosis: MR imaging findings and clinical features. *Abdominal Imaging* 2010;35:737-741.
<https://doi.org/10.1007/s00261-010-9607-7>
25. Bean E, Chagpar P, Thanasis N, et al. Intra- and interobserver reproducibility of pelvic ultrasound for the detection and measurement of endometriotic lesions. *Human Reproduction Open* 2020.
<https://doi.org/10.1093/hropen/hoaa001>
26. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms diagnosis and management of endometriosis. *Nature Reviews Endocrinology* 2019; 15:666-682.
<https://doi.org/10.1038/s41574-019-0245-z>
27. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and metaanalysis. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2018; 51:586-595.
<https://doi.org/10.1002/uog.18961>
28. Yang DM, Kim HC, Ryu JK, et al. Sonographic findings of inguinal endometriosis. *Journal of Ultrasound in Medicine* 2010;29:105-110.
<https://doi.org/10.7863/jum.2010.29.1.105>

29. Catalina-Fernández I, Lopez-Presa D, Saenz-Santamaria J. Fine needle aspiration cytology in cutaneous and subcutaneous endometriosis. *Acta Cytologica* 2007;51:380-384. <https://doi.org/10.1159/000325751>
30. Lee SE, Jo DH, Moon SH, et al. A case of inguinal endometriosis in the absence of previous gynecologic surgery. *Korean Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008;51:261-264.

ENDOMETRIOSIS OF THE UTERINE ROUND LIGAMENT. CASE REPORT

H. Janušonytė

Keywords: inguinal endometriosis, round ligament, inguinal pain.

Summary

Endometriosis is defined as the presence of functional endometrial glands and stroma outside the uterine cavity. It's prevalence in fertile women is 10 - 20%, most likely to occur in pelvis, especially in ovaries and pelvis peritoneum. From all the women with endometriosis only 0,6% have inguinal endometriosis, and even more unlikely it is to happen on the round ligament. Due to its rarity endometriosis is often misdiagnosed. Symptoms include: palpable mass in the inguinal area associated with pain that gets more intense during menstruation. Here is presented a rare inguinal endometriosis case on the round ligament and analysis of lite-

ature, in order to not reject inguinal endometriosis when making differential diagnosis.

31 year old woman was complaining of strong pain in the right inguinal area. The pain was getting stronger during menstruation. The pain had been lasting for 5 months. Patient felt a palpable mass in the inguinal area. The pain got chronic. A year ago she had an ovarian cyst removal. Patient never gave birth. Ultrasonoscopy results: 9x26x21 mm hypogenic, non-homogenic, vascularised mass on the right side. Inguinal endometriosis was suspected. Excision and biopsy of endometrioma was performed. It was found that it is extended on the round ligament. The results of histopathology revealed it was indeed inguinal endometriosis.

Endometriosis is often misdiagnosed with inguinal hernia. So if a woman of premenopausal age has a palpable inguinal mass, even if she is asymptomatic, inguinal endometriosis must be suspected and measurements must be taken. For diagnosis could be used ultrasonography for instance. As far as treatment is concerned, it could be pharmacological (mostly hormonal) or surgical (conservative or radical).

Correspondence to: j.henrieta@gmail.com

Gauta 2021-04-10