

# Umbilikal endometriose og tumorer i umbilicus

Jacob Juell<sup>1</sup>, Sine Holst-Albrechtsen<sup>2</sup> & Daiva Erantaite<sup>3</sup>

## KASUISTIK

- 1) Plastikkirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
- 2) Plastik- og Brystkirurgisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- 3) Patologisk Institut, Aalborg Universitetshospital

Ugeskr Læger  
2017;179:V04170306

Endometriose er karakteriseret ved tilstedeværelsen af ekstrauterint endometrievæv. Ætiologien er ukendt, men teoretisk kan umbilikal endometriose skyldes embryonale remnanter, migration af endometrie celler til umbilicus via abdominalkaviteten og hæmatogen eller lymfogen spredning. Blandt kvinder i den fertile alder er incidensen af endometriose 6-10%, mens op mod 50%, som lider af infertilitet, har endometriose. Umbilikal endometriose (også kendt som *Villars nodulus*) blev beskrevet første gang i 1886. Det er en sjælden tilstand, og den skønnes at udgøre 0,5-1% af alle tilfælde af ekstragenital endometriose [1, 2]. I klinisk praksis er umbilikale tumorer en diagnostisk udfordring, da multiple diagnoser må overvejes.

## SYGHEHISTORIE

En 33-årig kvinde blev henvist til en plastikkirurgisk afdeling pga. et langsomtvoksende element i umbilicus gennem 12 måneder. Ved en objektiv undersøgelse målte elementet 10 mm og prominerede diskret (**Figur 1**). Anamnestisk beskrev patienten intermitterende blødning fra tumoren angiveligt pga. friktion fra tøj, men hun havde ikke bemærket synkronicitet mellem menstruation og blødningen. Symptomerne var intermitterende underlivssmerter, metroragi, dyspareuni og dysmenoré. Hun havde aldrig haft umbilikale piercinger eller været opereret i abdomen. Omkring tre år forud for kontakten var hun på grund af graviditetsønske ophørt med prævention. Sammen med sin partner havde hun siden forgæves forsøgt at opnå graviditet.

Hun havde tidligere været gravid i 2004 og 2010. Begge gange var graviditeten blevet afbrudt af provokeret abort. Hun var ikke i fast medicinsk behandling og havde ikke tidligere været det. På grund af lokaliseringen og for at udelukke malignitet blev der taget en stansebiopsi fra elementet, som efter histologisk undersøgelse viste sig at være endometriose (**Figur 1**). Efterfølgende blev hun henvist til en gynækologisk afdeling.

## DISKUSSION

Patienten i sygehistorien havde et lettere atypisk forløb af umbilikal endometriose. Således var der ingen observeret karakteristisk menstruationssynkron blødning eller tidligere operationer, mens intermitterende underlivssmerter, infertilitet, dyspareuni og metroragi kunne have henledt tanker på endometriose.

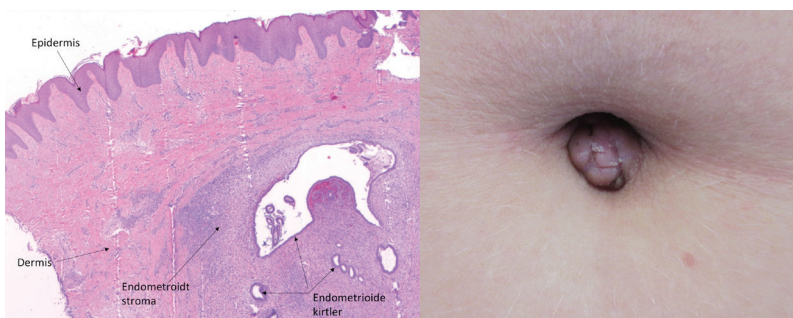
Kardinalsymptomerne for endometriose er cykliske smerter og blødning. Tilstanden kan være lokaliseret overalt i kroppen, og fraset milten er lokalisation alle andre steder beskrevet i litteraturen. De hyppigste manifestationer for ekstragenital endometriose findes gastrointestinalt, især i colon, peritoneum og rectum, i nyre- og urinveje, ofte uretere og urinblæren, samt i thorax, hvor pulmonal endometriose kan medføre pneumothorax og hæmothorax og føre til cyklisk hæmoptyse. Kutan endometriose ses typisk på abdomen i relation til kirurgiske ar [3].

I klinisk praksis må talrige differentialdiagnoser overvejes. Malignitet bør i første omgang udelukkes, herunder planocellulært og nodulært basocellulært karcinom, men også metastase fra f.eks. malignt melanom eller iatrogen spredning efter især laparoskopisk kirurgi. Differentialdiagnostiske overvejelser af benign karakter er keratoakantom, epidermoid cyste, hæmangioma, umbilikalt hernie, urachuscyter, dermatofibrom eller papillom. Endvidere skal man have mistanke om keloid, hvis der tidligere har været foretaget et kirurgisk indgreb [4]. Ved en grundig anamnese vil man ofte kunne udelukke de fleste differentialdiagnoser. I anamnesen er især smertekvalitet, udbredelse, debut og varighed samt symptomer vigtige. Til trods for dette er MR- og ultralydskanninger samt biopsi oftest nødvendige i supplement til anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse.

Hvis der er tale om symptomatisk solitær endometriose i umbilicus, kan kirurgisk intervention i form af

## FIGUR 1

- A. Snit fra hud med endometrievæv i dermis (hematoxylineosinfarvning, forstørrelse 50 ×).
- B. Tumor i navlen makroskopisk.



eksempelvis excision med efterfølgende rekonstruktion af umbilicus overvejes. Medicinsk behandling af umbilikal endometriose vil i de fleste tilfælde bestå af hormonterapi med orale kontrceptiva, medroxyprogesteronacetat, levonorgestrel og *gonadotropin-releasing hormone*-analoger. Ved graviditetsønske er hormonterapi mindre hensigtsmæssig [5]. Billeddiagnostiske modaliteter (primært MR- og ultralydskanning) og endoskopi kan benyttes for at opspore eventuel synkron endometriose, som er lokaliseret andre steder.

Patienterne bør henvises til gynækologisk vurdering især ved konkomitante symptomer som dysmenoré. Hos patienten i sygehistorien fandtes der yderligere grunde til henvisning qua infertilitet og dyspareuni.

Umbilikal endometriose er en sjælden sygdom. I klinisk praksis findes der mange differentialdiagnoser, som må overvejes. Behandling bør foregå i gynækologisk regi, men typen af behandling afhænger af symptomer, udbredelse og fertilitetsønske.

## SUMMARY

Jacob Juel, Sine Holst-Albrechtsen & Daiva Erantaite:

Umbilical endometriosis and tumours in umbilicus

Ugeskr Læger 2017;179:V04170306

Umbilical endometriosis is rare, representing only 0.5-1% of all cases of extragenital endometriosis. In infertile women, endometriosis may be as prevalent as 50%. Numerous differential diagnoses are present, hence the clinical diagnosis of umbilical tumours is intricate. In a 33-year-old woman, an umbilical tumour presented 12 months prior to referral. On referral, no cyclic bleeding was noticed, although intermittent bleeding and soreness of the element were present. Dysmenorrhoea, dyspareunia, intermittent pelvic pain, and three years of infertility were noted. A biopsy showed endometriosis.

**KORRESPONDANCE:** *Jacob Juel*. E-mail: jacob.juel@rn.dk

**ANTAGET:** 27. juni 2017

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 9. oktober 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Giudice LC. Clinical practice. Endometriosis. *N Engl J Med* 2010;362:2389-98.
2. Fancellu A, Pinna A, Manca A et al. Primary umbilical endometriosis. *Int J Surg Case Rep* 2013;4:1145-8.
3. Taniguchi F, Hirakawa E, Azuma Y et al. Primary umbilical endometriosis: unusual and rare clinical presentation. *Case Rep Obstet Gynecol* 2016;2016:9302376.
4. Vijayabhaskar R, Sadasivam OL, Kirushnakumar KS. Papilloma of the umbilicus. *Indian J Surg* 2014;76:329-30.
5. Farquhar C. Endometriosis. *BMJ* 2007;334:249-53.