

như nhau, không có bệnh nhân nào biểu hiện triệu chứng quá trầm trọng và không cần can thiệp

Trong tất cả các bệnh nhân nghiên cứu, không có trường hợp nào bị ngộ độc thuốc tê hay chọc vào thần kinh, tụ máu nơi chọc.

Vậy phong bế thần kinh hiển trong ống cơ khớp phối hợp với tê thẩm giữa động mạch khoeo và bao khớp gối dưới hướng dẫn của siêu âm cho phẫu thuật nội soi khớp gối rất an toàn và đạt hiệu quả cao

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul JE, Arya A, Hurlburt L, et al.** Femoral Nerve Block Improves Analgesia Outcomes after Total Knee Arthroplasty: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Anesthesiology*. 2010;113(5):1144-1162.

2010;113(5):1144-1162.

Doi:10.1097/ALN.0b013e3181f4b18.

2. **Hishiyama S, Ishiyama T, Asano N, Kotoda M, Ikemoto K, Matsukawa T.** [Femoral Nerve Block for Total Knee Arthroplasty]. *Masui*. 2014;63(8):872-876.

3. **Armanious SH.** Adductor Canal Block versus Femoral Nerve Block in Unicompartmental Knee Arthroplasty: A Randomized, Double Blind, Prospective, Comparative Study. *Published Online* 2020:8.

4. **Nguyễn Vũ Hà Ngân.** Đánh Giá Hiệu Quả Giảm Đau Sau Phẫu Thuật Nội Soi Khớp Gối Của Phương Pháp Gây Tê Thần Kinh Đùi và Thần Kinh Hông to Dưới Hướng Dẫn Của Siêu Âm. 2017.

5. **Phương VH, Hoàng NV.** Ảnh Hưởng Trên Sức Mạnh Cơ Tứ Đầu Đùi Của Phương Pháp Giảm Đau Gây Tê Ống Cơ Khớp Liên Tục ở Bệnh Nhân Mổ Nội Soi Khớp Gối. *Published Online* 2020:8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ XÂM LẤN CƠ THẮT NGOÀI HẬU MÔN TRONG LẠC NỘI MẠC TỬ CUNG TẦNG SINH MÔN

Lê Thanh Dũng^{1,2}, Vũ Thị Hằng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện với mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn (LNMTCSM) và đánh giá mức độ xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn của CHT trong LNMTCSM. Nghiên cứu mô tả cắt ngang các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán LNMTCSM trước và sau phẫu thuật và chẩn đoán xác định trên mô bệnh học là LNMTCSM, được chụp CHT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 1/2019 đến 8/2022. Tổng số 26 BN, tuổi trung bình là 33,38 tuổi. Kích thước trung bình là 24,69 mm. Trên CHT: 90% tăng tín hiệu trên T1W, 73% tăng tín hiệu trên T2W, 100% tăng tín hiệu trên T1 xóa mỡ và T2 xóa mỡ, 96,2% tăng tín hiệu trên Diffusion, 92,8% có ngấm thuốc sau tiêm, 69,2% có tổn thương cơ thắt ngoài, 19,2% có kèm theo LNMTCSM trong tiểu khung. Độ nhạy của CHT trong chẩn đoán LNMTCSM là 88,5%. Chỉ số đồng thuận của CHT và phẫu thuật trong chẩn đoán LNMTCSM là 0,623 với $p = 0.001$. Vai trò của CHT trong việc đánh giá xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn có độ nhạy là 84,2%, độ đặc hiệu 71,4%. **Từ khóa:** Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn, cộng hưởng từ lạc nội mạc tử cung.

Danh mục từ viết tắt: CHT: Cộng hưởng từ; LNMTCSM: lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn; BN: Bệnh nhân; TSM: tầng sinh môn.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSTIC PERINEAL ENDOMETRIOSIS

The study aimed to describe clinical features, magnetic resonance imaging (MRI) of perineal endometriosis (PE) and evaluation of the invasion to the external anal sphincter of MRI in PE. We performed a cross-sectional descriptive study of PE patients who took 1.5T MRI at Viet Duc Friendship Hospital from 7/2019 to 7/2022. Total of 26 patients, the average age was 33.38. The mean size of the lesion was 24.69 mm. On MRI: 90% hyperintensity on T1W, 73% hyperintensity on T2W, 100% hyperintensity on T1fatsat and T2 fatsat, 96.2% hyperintensity on Diffusion, 92.8% with enhancement after injection, 69.2% with anal external sphincter involvement, 19.2% with concurrent pelvic endometriosis. The sensitivity of MRI in the diagnosis of PE is 88.5%. The consensus index of MRI and surgery in diagnosing PE is 0.623. MRI in the assessment of invasion of the external anal sphincter has a sensitivity of 84.2% and a specificity of 71.4%.

Keywords: perineal endometriosis, perineal endometriosis MRI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lạc nội mạc tử cung (LNMTCSM) là bệnh lý liên quan đến sự hiện diện của các tuyến nội mạc tử cung và mô đệm có chức năng ở bên ngoài buồng tử cung.¹ Lạc nội mạc tử cung tầng sinh môn là do tế bào nội mạc tử cung dừng lại tại vết rạch TSM khi đẻ, phát triển dần và to lên,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng

Email: drdung74@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

gây các triệu chứng đau theo chu kỳ kinh. Sự hiện diện này tạo nên tình trạng viêm mạn tính nên đôi khi nhầm với áp xe hậu môn hoặc rò hậu môn. Tổ chức nội mạc có thể xâm lấn cơ thắt hậu môn. Schickele và cộng sự lần đầu tiên báo cáo ca LNMTC TSM đầu tiên vào năm 1923.¹ Lứa tuổi thường gặp là 30-40 tuổi. Siêu âm là phương pháp không đặc hiệu chẩn đoán LNMTC TSM còn cắt lớp vi tính thì có độ phân giải không cao và nhiễu xạ nên ít được dùng để chẩn đoán LNMTC TSM. CHT là phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn và độ chính xác trong chẩn đoán mức độ xâm lấn vào cơ thắt ngoài hậu môn trong LNMTC TSM.² Trên thế giới và tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm và vai trò của CHT trong chẩn đoán mức độ xâm lấn vào cơ thắt ngoài hậu môn trong LNMTC TSM.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và vai trò đánh giá mức độ xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn của cộng hưởng từ trong lạc nội mạc tử cung tăng sinh môn" nhằm đánh giá hình ảnh, vai trò của CHT trong chẩn đoán và điều trị khối LNMTC TSM vì nó cho biết chi tiết mức độ liên quan với cơ thắt ngoài hậu môn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang bao gồm 26 BN được khẳng định chẩn đoán LNMTC ở TSM bằng kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật, có chụp CHT vùng tiểu khung trước phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 1/2019 đến 8/2022.

2. Kỹ thuật chụp phim CHT động sản chậu:

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân không cần nhịn ăn hay thực tháo, không cần sử dụng thuốc giảm nhu động ruột. 50 -100 ml gel siêu âm được bơm vào trực tràng qua ống sonde Foley, lưu sonde tại chỗ, giúp xác định trục của ống hậu môn dễ dàng hơn.

- Sử dụng cuộn thu tín hiệu bụng đặt ở vùng chậu với trung tâm ngay trên khớp mu.

-Các chuỗi xung thăm khám: sử dụng trường thăm khám (FOV) nhỏ 20-22cm, lấy từ đoạn cao của trực tràng đến hết tổ chức dưới da vùng môn, tăng sinh môn và lấy lên đến hết khoang trên cơ nâng hậu môn với chiều dày lát cắt 3mm. Tổng thời gian thăm khám khoảng 20 phút. Chuỗi xung T2W ba hướng: hướng ngang, đứng dọc, đứng ngang. Chuỗi xung T2 xóa mỡ theo hướng ngang. Chuỗi xung khuếch tán theo hướng ngang (b=800). Chuỗi xung T1W theo hướng ngang. Chuỗi xung T1 xóa mỡ trước và sau tiêm 01 đơn vị thuốc đối quang từ Gadolinium theo hướng ngang. Trong các trường

hợp không xác định được tổn thương có ngấm thuốc hay không dựa vào chuỗi xung sau tiêm đơn thuần thì chúng tôi làm kỹ thuật Subtraction để xác định chính xác xem tổn thương có ngấm thuốc hay không? Kỹ thuật này tiến hành bằng cách lấy xung T1 sau tiêm – T1 fatsat trước tiêm. Ở chuỗi xung này nếu ta thấy tổn thương có phần tăng tín hiệu, chứng tỏ tổn thương ngấm thuốc và ngược lại nếu tổn thương xóa tín hiệu hoàn toàn thì tổn thương không ngấm thuốc.

Các thông tin về người bệnh, lâm sàng, hình ảnh, và các thông số liên quan đến phẫu thuật được thu thập.

2.3. Xử lý số liệu. Tất cả các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, Hoa Kỳ). Các đặc điểm của bệnh nhân được biểu thị dưới dạng giá trị trung bình, trung vị [min – max] với biến liên tục, hoặc tỷ lệ phần trăm với biến định tính. Tính hệ số Kappa để so sánh mức độ đồng thuận của phẫu thuật và CHT trong chẩn đoán LNMTC TSM. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của chẩn đoán LNMTC và tổn thương cơ thắt trên CHT đối chiếu với kết quả phẫu thuật và mô bệnh học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự phê duyệt bởi Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Mọi thông tin, số liệu được ghi nhận trung thực, chính xác chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 26BN với tuổi trung bình $33,38 \pm 4,78$, (25-46 tuổi). Tất cả các bệnh nhân đều xuất hiện sau đẻ đường âm đạo với rạch đường sinh môn. Thời gian khởi phát triệu chứng sau đẻ là $35,18 \pm 20,48$ tháng (1 – 130 tháng). 23BN (88,5%) đau theo chu kỳ kinh kèm sờ thấy khối vùng TSM. 23 trường hợp thấy khối LNMTC TSM ở TSM bên phải. 19 BN (73,1%) không có điều trị LNMTC trước phẫu thuật, 7 BN còn lại (26,9%) được điều trị nội khoa nhưng không hiệu quả.

3.2. Đặc điểm hình ảnh của LNMTC TSM trên phim CHT. Kích thước khối LNMTC TSM trung bình là $24,69 \pm 9,42$ mm. Khối nhỏ nhất kích thước 10mm, khối lớn nhất 53mm. Trên chuỗi xung T1W: tăng tín hiệu (chiếm 90%), tăng tín hiệu không đồng nhất chiếm 75% (n=20). Trên chuỗi xung T2W: 73% tăng tín hiệu trên T2W. Trên chuỗi xung T1xóa mỡ: 100% tăng tín hiệu, trong đó tăng tín hiệu không

đồng nhất chiếm 73,1%. Trên chuỗi xung T2 xóa mỡ: 100% tăng tín hiệu, tăng tín hiệu không đồng nhất chiếm 80,8%. Trên chuỗi xung Diffusion: 96,2% tăng tín hiệu trên Diffusion. Trên chuỗi xung T1+ Gd và sau trừ tín hiệu thì tỷ lệ ngấm thuốc là 92,3%. Tổn thương cơ thắt: CHT đánh giá có 18/26 trường hợp (69,2%) khối ảnh hưởng đến cơ thắt ngoài, trong đó xâm lấn chiếm 42,3% còn thâm nhiễm bờ ngoài cơ thắt là 26,9%, không ảnh hưởng cơ thắt 30,8%. Tổn thương LNMTC phối hợp trong tiểu khung: có 5/26 trường hợp có phối hợp với LNMTC trong tiểu khung.

3.3. Vai trò của CHT trong chẩn đoán LNMTC TSM

- Độ nhạy của CHT trong chẩn đoán LNMTC TSM: trong 26 BN thì MRI đã chẩn đoán đúng được 23 BN như vậy độ nhạy của CHT trong chẩn đoán LNMTC TSM là 88,5%.

- Mức độ đồng thuận của CHT và phẫu thuật trong chẩn đoán LNMTC TSM:

Bảng 1. So sánh mức độ đồng thuận của CHT và phẫu thuật trong chẩn đoán LNMTC TSM

CHT \ PT	LNMTC	Không LNMTC	Tổng
LNMTC	22	1	23
Không LNMTC	1	2	3
Tổng	23	3	26

Từ bảng này chúng tôi tính được chỉ số Kappa. Kết quả chỉ số Kappa = 0,623. Như vậy CHT và phẫu thuật có sự đồng thuận tốt trong chẩn đoán LNMTC TSM với $p = 0,001$ – rất có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Giá trị của CHT trong đánh giá xâm lấn cơ thắt so với phẫu thuật

CHT \ PT	Tổn thương cơ thắt	Không tổn thương cơ thắt	Tổng
Tổn thương cơ thắt	16	2	18
Không tổn thương cơ thắt	3	5	8
Tổng	19	7	26

Từ bảng này chúng tôi tính được: độ nhạy là 84,2%, độ đặc hiệu 71,4%, độ chính xác là 80,8%, giá trị dự báo dương tính là 88,9% và giá trị dự báo âm tính là 62,5%.

IV. BÀN LUẬN

Do LNMTC xảy ra ở những đối tượng sau đẻ, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $33,38 \pm 4,78$. Kết quả này cũng tương tự với các kết quả của các nghiên

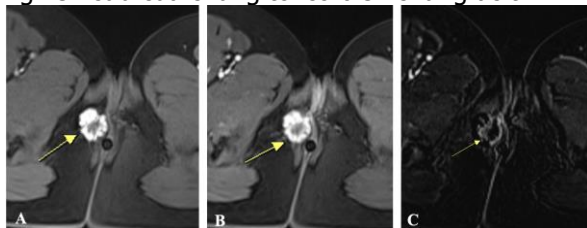
cứ của Zhu³, Chen.⁴ Thời gian có triệu chứng lâm sàng là thời gian từ khi có triệu chứng đến khi được phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi là $35,18 \pm 20,48$ (thấp nhất là 1 tháng, cao nhất là 130 tháng). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Li,⁵ trong 17 BN của tác giả thì thời gian có triệu chứng là 37,82 (thấp nhất là 3 tháng, cao nhất là 152 tháng). Trong 16 BN của tác giả Trần Thị Anh⁶ thì thời gian có triệu chứng là $31,8 \pm 42,7$ (thấp nhất là 4 tháng và cao nhất là 180 tháng).

Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy LNMTC xảy ra ở các BN có tiền sử đẻ hoặc phẫu thuật tăng sinh môn.³ Chen⁴ mô tả 1/13 BN xuất hiện LNMTC sau chấn thương TSM. Trong khi đó có tới 12/36 BN trong nghiên cứu của Zhu³ gặp ở các BN có rách TSM. Nominato⁷ có 72 BN LNMTC ở vết sẹo sau mổ, trong đó có 48/72 trường hợp LNMTC ở thành bụng và 22/72 trường hợp LNMTC ở TSM. Matalliotakis⁸ nghiên cứu 40 trường hợp LNMTC ở vết sẹo phẫu thuật sau mổ thì có 14/40 trường hợp LNMTC TSM và 26/40 trường hợp LNMTC ở vết mổ thành bụng. Như vậy, LNMTC ở vết sẹo TSM ít hơn so với LNMTC ở vết sẹo thành bụng.

Về lâm sàng, sờ thấy khối kèm đau theo chu kỳ kinh là các triệu chứng phổ biến nhất. Trong các kết quả nghiên cứu của Zhu³, Chen,⁴ Li⁵ thì 100% BN sờ thấy khối vùng TSM và đau theo chu kỳ kinh. Trong khi đó, nghiên cứu của Nominato⁷ thì chỉ có 79% BN sờ thấy khối vùng TSM và trong 14 BN của Matalliotakis⁸ thì có 92,8% BN sờ thấy khối và đau vùng TSM theo chu kỳ kinh. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Theo các tác giả, triệu chứng đau xảy ra thường do sự chế tiết của niêm mạc tử cung theo chu kỳ, kèm theo chèn ép hoặc thâm nhiễm vào các dây thần kinh và các cấu trúc vùng tiểu khung.

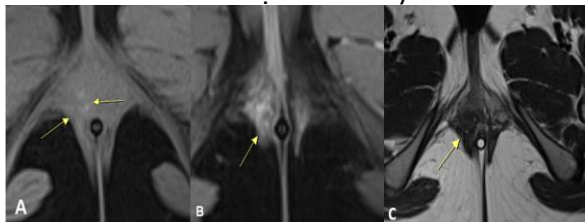
CHT là kỹ thuật tối ưu trong việc chẩn đoán xác định lạc nội mạc tử cung với độ phân giải và độ chính xác cao. Hình ảnh của CHT khối LNMTC thay đổi tùy theo tuổi của tổn thương và các thành phần bên trong khối tổn thương.¹ Các khối LNMTC hỗn hợp giữa máu và tuyến hay gặp nhất với biểu hiện chủ yếu là tăng tín hiệu không đều trên chuỗi xung T1W, T2W. Với các tổn thương ưu thế về mô tuyến, tín hiệu thường tăng trên T2W, đồng hoặc tăng trên T1W, phần tuyến có thể thấy ngấm thuốc không đều sau tiêm. Trong khi nếu thành phần ưu thế là mô xơ, khối thường bờ tua gai, tín hiệu thấp hay đồng tín hiệu trên cả T1W và T2W, ngấm thuốc đối quang tử sau tiêm. Nói chung, T1 xóa mỡ là chuỗi xung

quan trọng nhất để chẩn đoán lạc nội mạc tử cung vì giúp phát hiện thành phần máu trong tổn thương. Đặc biệt với những tổn thương nhỏ < 1cm.⁹ Kỹ thuật trừ tín hiệu (tín hiệu T1 sau tiêm – tín hiệu T1 xóa mỡ trước tiêm) là kỹ thuật được chúng tôi ưu tiên sử dụng nhằm đánh giá mức độ ngấm thuốc của tổn thương. Mặc dù phần lớn các tổn thương đều biểu hiện có ngấm thuốc sau tiêm, nhưng không có trường hợp nào trong nghiên cứu của chúng tôi có biến chứng ác tính.



Hình 1. Hình ảnh CHT ở BN có khối LNMTC ở tần sinh môn, thâm nhiễm vào cơ thắt ngoài hậu môn. T1 fatsat trước tiêm (A) cho thấy khối tăng tín hiệu mạnh (chứa sản phẩm thoái hoá của máu). Sau tiêm (B) khó đánh giá tính chất ngấm thuốc. Sử dụng trừ tín hiệu (C) cho thấy tổn thương có ngấm thuốc ở viền.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN không được chẩn đoán LNMTC trên CHT. Ở các trường hợp này, do tổn thương có vỏ dày và ngấm thuốc mạnh sau tiêm, thâm nhiễm cơ thắt nên đã nhầm với rò hậu môn chảy máu.



Hình 2: Ổ LNMTC vùng TSM xâm lấn vào cơ thắt ngoài hậu môn. (A) T1 fatsat trước tiêm. (B) T1 fatsat sau tiêm. (C) Chuỗi xung T2W.

Việc xác định có hay không tổn thương cơ thắt ngoài hậu môn do LNMTC TSM là cực kỳ quan trọng, giúp lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp. Kỹ thuật bơm gel vào trực tràng và lưu sonde trong ống hậu môn giúp cho việc xác định giải phẫu cơ thắt hậu môn dễ dàng hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 19/26 BN (73,1%) có tổn thương cơ thắt ngoài hậu môn. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với các nghiên cứu khác của Zhu³ (26/36 BN (72,2%)), và cao hơn kết quả của Chen⁴ là 48,4%, của Li⁵ là 35,3% và của Trần Thị Anh⁶ là 43,75% (bảng 4.3). Nếu khối xâm lấn nhiều vào cơ thắt sẽ được các phẫu thuật viên tạo hình lại cơ thắt

nhằm bảo tồn cơ thắt và chống tái phát. Khi tổn thương cơ thắt có nguy cơ mất tự chủ thì mới tạo hình cơ thắt và những trường hợp chỉ ảnh hưởng đến 1/3 dưới cơ thắt thì đôi khi cũng không cần tạo hình vì vậy trong có 19 trường hợp LNMTC TSM có tổn thương cơ thắt nhưng chỉ có 9 trường hợp được tạo hình.

Xâm lấn cơ thắt ngoài hậu môn khiến phẫu thuật khó khăn hơn, nguy cơ tái phát và biến chứng sau mổ tăng cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả ba trường hợp tái phát đều có tổn thương cơ thắt ngoài.

V. KẾT LUẬN

Lạc nội mạc tử cung TSM gặp ở phụ nữ sau đẻ đường âm đạo có rạch TSM. CHT là phương tiện chẩn đoán không xâm lấn có giá trị cao giúp xác định tổn thương và mức độ liên quan với cơ thắt hậu môn. T1W xóa mỡ là chuỗi xung có giá trị cao nhất trong chẩn đoán LNMTC tại TSM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kamble VR, Gawande MS.** Preoperative Magnetic Resonance evaluation of perineal endometriosis in episiotomy scar with anal sphincter involvement. *Panacea Journal of Medical Sciences*.:3.
- Coutinho A, Bittencourt LK, Pires CE, et al.** MR Imaging in Deep Pelvic Endometriosis: A Pictorial Essay. *RadioGraphics*. 2011;31(2):549-567. doi:10.1148/rg.312105144
- Zhu L, Lang J, Wang H, et al.** Presentation and management of perineal endometriosis. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;105(3):230-232. doi:10.1016/j.ijgo.2009.01.022
- Chen N, Zhu L, Lang J, et al.** The clinical features and management of perineal endometriosis with anal sphincter involvement: a clinical analysis of 31 cases. *Human Reproduction*. 2012;27(6):1624-1627. doi:10.1093/humrep/des067
- Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J.** Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;292(6):1295-1299. doi:10.1007/s00404-015-3756-4
- Anh TT.** Résultat du traitement chirurgical de l'endométriose périméale à l'hôpital Viet Duc. *Đại học Y Hà Nội*; 2021.
- Nominato NS, Prates LFVS, Luar I, Morais J, Maia L, Geber S.** Caesarean section greatly increases risk of scar endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2010;152(1):83-85. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.05.001
- Matalliotakis M, Matalliotaki C, Zervou MI, Krithinakis K, Goulielmos GN, Kalogiannidis I.** Abdominal and perineal scar endometriosis: Retrospective study on 40 cases. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020;252:225-227. doi:10.1016/j.ejogrb.2020.06.054.