



TJOD Bülten

NİSAN 2024



www.tjod.org





Sevgili Meslektaşlarım,

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği'mizin, Nisan 2024 bülteninde tekrar sizlerle birlikte olmaktan dolayı oldukça heyecanlı ve mutluyum. Bir diğer heyecanım da, bu sene 15-19 Mayıs 2024 tarihleri arasında Kıbrıs'ta 21.ni düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremizin son hazırlıklarını tamamlamak üzereyiz ve sizlerle bu muhteşem bilimsel platformda buluşacağımız zamanı iple çekmekteyim. Bahar aylarının ülkemizin tümünde yaşandığı bu günlerde tüm meslektaşlarımıza kolaylıklar diliyorum.

Bu bültenimizde, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Prof. Dr. Burak Karadağ Hocamız'la söyleşi yaparak hem hocamızı ve bölümünü daha yakından tanıdık, hem de Hoca'mızın genç meslektaşlarımıza medikal ve paramedikal önerilerini öğrenme fırsatımız oldu. Bunun yanı sıra, yine, Prof. Dr. Burak Karadağ Hocamız tarafından hazırlanan "Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı" ile ilgili son derece bilgilendirici ve detaylı derlemeye bültenimizde yer verdik. Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı'ndan, Prof.Dr.Elif Ağaayak tarafından hazırlanan "Endometriozis Cerrahisi" isimli derlemeyi de heyecanla okuyacağınızı düşünmekteyim. Bültenimizin bu sayısında, genç bir uzman gözünden köşesinde, Memorial Diyarbakır Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nden Op. Dr. Gamze Akin Evsen tarafından kaleme alınan ve kovid salgınına da içeren tecrübelerini bizlerle paylaştığı yazısını özellikle genç meslektaşlarımızın ilgiyle okuyacaklarını düşünüyorum. Meslek Duayenlerimizden tavsiyeler kısmımızda da, çok kıymetli meslektaşım Prof.Dr.Fatih Durmuşoğlu Hoca'mız tarafından hazırlanmış köşe yazısını da ilgiyle okuyacağınızı düşünmekteyim.

Gücümüzü siz değerli meslektaşlarımızdan almaktayız ve hep birlikte daha ilerilere taşımaya hazırız. Bu süreçte tüm meslektaşlarımıza çalışmalarında kolaylıklar diliyorum. Sonraki sayılarda görüşmek dileğiyle...

Prof. Dr. M. Bülent TIRAŞ

TJOD Yönetim Kurulu Başkanı



Değerli Meslektaşlarım,

Bültenimizin Nisan sayısı ile yine karşınızdayız. Bu sayımızda Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine misafir olduk, Prof. Dr. Burak Karadağ Hocamızla röportaj yaparak hem hocamızı hem kliniği tanıdık. “Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı” ile “Endometriozis Cerrahisi” isimli iki güzel derlemeyi beğenilerinize sunuyoruz.

Genç uzman köşesinde, Memorial Diyarbakır Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nden Op. Dr. Gamze Akın Evsen, Meslek Duayenlerimizden tavsiyeler köşesinde Prof.Dr.Fatih Durmuşoğlu Hoca’mız tarafından hazırlanmış köşe yazısını keyifle okuyacağınızı düşünüyorum.

Baharla beraber kongre zamanımızda yaklaştı.15-19 Mayıs 2024 tarihleri arasında Kıbrıs’ta 21’incisini düzenleyeceğimiz Ulusal Kongremize hepinizi bekliyoruz. Yeni sayımızda görüşmek üzere sağlıklılıkla kalın.

Prof. Dr. Muhammet Erdal Sak

TJOD Bülten Editörü

TJOD Yönetim Kurulu Üyesi



BAŞKAN

PROF. DR.
M. BÜLENT TIRAŞ



2. BAŞKAN

PROF. DR.
İSMAIL METE İTİL



SAYMAN

PROF. DR.
GAZİ YILDIRIM



GENEL SEKRETER

OP. DR.
VOLKAN KURTARAN



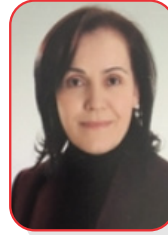
OP. DR.
SAMET BAYRAK



PROF. DR.
POLAT DURSUN



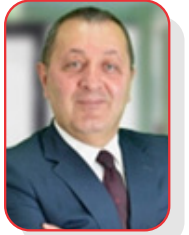
PROF. DR.
S. CANSUN DEMİR



PROF. DR.
MELİKE DOĞANAY



PROF. DR.
TALİP GÜL



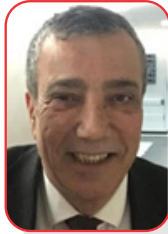
PROF. DR.
ATEŞ KARATEKE



PROF. DR.
ALİ KOLUSARI



PROF. DR.
M. ERDAL SAK



OP. DR.
M. SELÇUK SÖYLEMEZ



PROF. DR.
FATİH ŞENDAÇ



PROF. DR.
ERCAN YILMAZ

BU SAYIDA

1. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Prof. Dr. Burak Karadağ hocamızla söyleşi
2. Derleme, Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı, Prof. Dr. Burak Karadağ
3. Derleme, Endometriozis Cerrahisi, Prof. Dr. Elif Ağaçayak
4. Genç Bir Uzman Gözünden, Op. Dr. Gamze Akın Evsen
5. Meslek Duayenlerimizden tavsiyeler, Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu

**EDİTÖR**

PROF. DR. **MUHAMMET ERDAL SAK**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM A.D., ŞANLIURFA

**EDİTÖR YARDIMCISI**

PROF. DR. **AHMET YİĞİT ÇAKIROĞLU**

ACIBADEM SAĞLIK GRUBU,
İSTANBUL

**EDİTÖR YARDIMCISI**

PROF. DR. **ERCAN YILMAZ**

İNÖNÜ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., MALATYA

**EDİTÖR YARDIMCISI**

PROF. DR. **ELİF AĞAÇAYAK**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

**EDİTÖR YARDIMCISI**

DOÇ. DR. **TALİP KARAÇOR**

ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ADIYAMAN

**EDİTÖR YARDIMCISI**

DOÇ. DR. **MERT ULAŞ BARUT**

HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., ŞANLIURFA

**EDİTÖR YARDIMCISI**

DOÇ. DR. **NURULLAH PEKER**

DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ, KADIN HASTALIKLARI VE
DOĞUM A.D., DİYARBAKIR

Bu ayki bültenimizde misafir eğitim kliniğimiz, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği oldu. Klinik Şefi Prof. Dr. Burak Karadağ hocamızla söyleşi yaptık.



1) Hocam sizi tanıyabilir miyiz?

Merhaba ben Prof. Dr. Burak Karadağ, 1981 yılında Malatya'da doğdum. İlk ve orta eğitimimi Malatya'da bitirdikten sonra lise eğitimimi Antalya'da tamamladım. 1999 yılında Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesine başladım ve 2005 yılında mezun oldum. Tıpta Uzmanlık Sınavı ile 2006 yılında Ankara Etlik Doğumevi'ne yerleştim. 2011 yılında uzmanlık eğitimimi tamamlayıp mecburi hizmetimi Tokat Erbaa Devlet Hastanesinde yaptım. 2013 yılında Baş-asistanlık sınavı ile Ankara Eğitim Araştırma Hastanesine atandım. 2017 yılında Doçent, 2023 yılında profesör ünvanı aldım ve 2015 yılından beri Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde görev yapmaktayım. Kliniğimizde Eğitim sorumlusu ve Tüp Bebek Ünitesi direktörü olarak çalışmaktayım. Evliyim, 2 çocuk babasıyım bir oğlum ve bir kızım var, 2012 yılından beri TJOD üyesiyim ve yaklaşık 4 yıldır TJOD Antalya ikinci başkanı olarak görev yapmaktayım.

2. Bir kadın doğum uzmanı, bir cerrah, bir idareci olarak sorumluluklarınızı yerine getirirken zamanınızı nasıl kullanıyorsunuz, nasıl yetişıyorsunuz? Genç meslektaşlarımıza medikal ve paramedikal önerileriniz neler olur?

Öncelikle mesleğimi severek yaptığım için sorumluluklarımı iş olarak görmüyorum. Haliyle keyif alarak yaptığım için zamanımı verimli de kullanmış oluyorum. Tabi ki bunu yönetmek çok zor çünkü asistan eğitiminde asistanların bireysel gelişimlerini takip etmenin yanı sıra, vakaları hem eğitim hem hasta bazında değerlendirmek ile birlikte akademik toplantılar ve dernek için gerekli zamanı ayırmak ve bunları eşzamanlı iletirken aileme ve özellikle de çocuklarıma ilgi göstermek, gelişimlerini heyecanla takip etmek ve kendime zaman ayırmak özveri ve planlanama gerektiriyor. Eşim Dr. Ceyda Karadağ'da jinekoloji onkoloji cerrahisi uzmanı olduğu için yaşadığımız zorlukların benzerliğinden dolayı birbirimize destek oluyoruz bu da beni zamanlama ve planlama açısından oldukça şanslı konuma getiriyor. Genç meslektaşlarımız için ise hekimliğin temel noktaları atlamamalarını öneririm çünkü çoğu zaman detaylara takılırken gerçeği unutuyoruz. Gözlem araştırma ve öğrenme isteklerinden asla vazgeçmemeliler. Teknolojinin bilgiye erişim açısından yarattığı her fırsatı değerlendirmeliler. Ancak başarılı bir iş hayatı için öncelikle sosyal ve mutlu bir hayatımızın olması gerektiğini unutmamalılar. Tabi ki mesleğimiz zor, yoğun çalışma şartları, nöbetler, fiziksel ve psikolojik yorgunluğun bizi tüketmemesi için arkadaşlarımız ailemiz ve iş dışındaki hobilerimize vakit ayırmamız çok önemli. Yaşamayı da unutmasınlar.

3. Bölümünüzle ilgili bilgi verebilir misiniz?

Eski adı Antalya devlet hastanesi olan hastanemiz 2009 yılından beri Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak faaliyet göstermektedir. Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği 25 Mart 2017 tarihinden beri ek hizmet binasında faaliyet göstermektedir. Kliniğimizde 42 Asistan Doktor, 12 Uzman Doktor, 2 Başasistan, 3 Doçent ve 1 Profesör çalışmaktadır. Kadın Hastalıkları ve Doğum anabilim

dalına bağlı Perinatoloji ve Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi yandalları da bulunmaktadır. Jinekolojik Onkoloji cerrahisi ve Perinatoloji kliniğini aynı zamanda eğitim kliniği olarak çalışmakta olup yan dal asistan eğitimi vermektedirler.

Haftanın 5 günü ameliyathane salonlarımızda jinekolojik cerrahi, onkolojik cerrahi, laparoskopik ameliyatlar, ürojinekolojik ameliyatlar yapılmakta; poliklinik hizmetleri verilmektedir. Aynı zamanda doğumhane içerisinde 2 adet ameliyat salonuyla acil ve elektif sezaryenlerimizi yapabilmekteyiz. Haftanın 7 gün 24 saati hizmet veren Kadın Hastalıkları ve Doğum acil servisimiz bulunmaktadır. Perinatoloji, Jinekoloji, jinekoloji-onkoloji ve doğum kliniği olmak üzere 4 servisimiz bulunmaktadır. Aynı zamanda yaklaşık 2 yıldır aktif olarak çalışan tüp bebek merkezimizle hizmet vermekteyiz.

Anabilim dalında her hafta belirlenen eğitim programı kapsamında Salı günleri online, Cuma günleri ise teorik eğitimler yapılmaktadır. Yapılan program çerçevesinde seminerler, vaka takdimleri, makale sunumu, aylık morbidite/mortalite ve istatistik toplantıları ve teorik asistan dersleri şeklinde sürdürülmektedir

4. Mesleğimizin geleceği ile ilgili düşünceleriniz ve beklentileriniz nelerdir?

Mesleğimiz zaten doğası gereği zor ve fedakarlık isteyen kutsal bir meslek. Hekimlik tek başına böyleyken, mesleği icra ederken olmaması gereken ya da işimizi kolaylaştırmasını beklerken aksine zorlaştıran durumlarla günümüz şartlarında çok sık karşılaşırız. Özlük hakları, malpraktis davaları, artan iş yükü, azalan ya da hasta sayısına oranla artamayan hekim sayısı, hekimlerimizin daha iyi şartlar altında çalışmak için alternatiflere yönelmeleri gibi durumlar söz konusu. Ancak umutluyuz. Eğer bu problemleri bir nebze olsun çözüp şartları iyileştirebilirsek hızla ilerleyen teknolojik ve bilimsel gelişmelerin ışığında dünyada ve ülkemizde hekimliğin geleceğinin parlak olduğuna inanıyorum. Olumsuz durumlar bizleri olumsuzluğa sürüklememeli.



Endometriozis: Klinik Özellikler, Değerlendirme ve Tanı

Prof. Dr. Burak Karadağ
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

**GİRİŞ**

Endometriozis, uterus boşluğu dışında oluşan endometriyal bezler ve stroma olarak tanımlanır. Lezyonlar tipik olarak pelviste bulunur, ancak barsak, diyafram ve plevral boşluk dahil olmak üzere birden fazla bölgede ortaya çıkabilir. Endometriozis yaygın ve kötü huylu olmayan bir süreç olsa da, ektopik endometriyal doku ve bunun sonucunda ortaya çıkan enflamasyon dismenore, disparoni, kronik ağrı ve infertiliteye neden olabilir.

Semptomlar minimalden ciddi derecede kadar değişebilir. Endometriozis, kadınları menarş öncesi, üreme ve menopoz sonrası hormonal dönemlerinde etkileyen östrojene bağımlı, benign, enflamatuvar bir hastalıktır.

Bu başlık altında endometriozisin klinik görünümü ve tanısı gözden geçirilecektir.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Endometriozisli kadınlar klasik olarak üreme çağında pelvik ağrı (dismenore ve disparoni dahil), infertilite veya ovaryen kitle gibi semptomlarla başvururlar [1-3].

Yaş dağılımı - Endometriozisin en yüksek prevalansı 25 ila 35 yaş arasındaki kişilerde görülür [4,5]. Hastalık zaman zaman menarş öncesi kızlarda [6] ve menopoz sonrası kadınlarda da bildirilmiştir [7].

Mevcut semptomlar

Yaygın belirtiler - Endometriozisin yaygın belirtileri arasında kronik karın/pelvik ağrı ve/veya basınç, şiddetli dismenore, disparoni, ağır menstrual kanama ve infertilite yer alır [2,8,9]. Pelvik ağrı tipik olarak kroniktir ve zonklayıcı, keskin ve/veya yanma şeklinde tarif edilir [10]. Semptomlar tek başına veya kombinasyon halinde ortaya çıkabilir; semptom sayısının artması endometriozis olasılığının artmasıyla ilişkilendirilmiştir [8,11].

Ek endometriozis semptomları arasında bağırsak ve mesane disfonksiyonu (örn. ağrı, urgency, sıklık), anormal uterin kanama, bel ağrısı ve kronik yorgunluk yer alır [2,3,12,13].

Semptomlar- Endometriozisli 600'den fazla kadının referans kadınlarla karşılaştırıldığı bir kohort çalışmada, endometriozisli kadınların etkilenmemiş kadınlara kıyasla beş ila yedi semptom bildirme olasılığı daha yüksekti (yüzde 20'ye karşı yüzde 2) [11]. Endometriozis ile ilişkili yedi visseral semptom arasında menstrüasyonla ilişkisi olmayan karın ağrısı, idrar yaparken ağrı, dışkılama sırasında ağrı, kabızlık veya ishal, düzensiz kanama, bulantı veya kusma ve yorgun hissetme yer almaktadır. Semptom sayısının artması endometriozis olasılığının artmasıyla ilişkilendirilse de, semptom kümeleri endometriozis tanısını kesin olarak koyamaz [13].

Asemptomatik bireyler - Endometriozisli bireyler asemptomatik olabilir [14]. Bu tür bireylere genellikle başka bir endikasyon için yapılan ameliyat sırasında tanı konur.

Endometriozis tipinin belirleyicisi olarak semptomlar - Endometriozis tipi, ortaya çıkan ana semptomlar tarafından öngörülebilir. Örneğin:

Disparoni - Disparoni peritoneal veya derin endometriozis lezyonlarının varlığını düşündürülebilir.

Proksimal (derin) disparoni - Uterosakral ve kardinal ligamentler, Douglas boşluğu, posterior vajinal forniks ve anterior rektal duvarda derin infiltrasyon gösteren endometriozis lezyonları oluşabilir ve derin disparoniye katkıda bulunabilir [15].

Distal (yüzeysel) disparoni - Distal (yani introital veya yüzeysel) disparoni serviks [16,17], hymen [18], perine [19] ve epizyotomi skarları [20-22] lezyonlarından kaynaklanabilir.

İdrar sıklığı, urgency ve/veya ağrılı miksiyon - Mesane endometriozisi tipik olarak sıklık, urgency ve miksiyonda ağrı gibi nonspesifik üriner semptomlarla kendini gösterir [23]. Semptomlar adet ile daha da kötüleşebilir. Üreteral endometriozis asemptomatik olabilir veya kolik yan ağrısı veya gross hematüri ile ilişkili olabilir.

İshal, kabızlık ve/veya abdominal kramp - Bağırsak endometriozisi olan kadınlar ishal, kabızlık, diskinezi ve bağırsak krampları ile başvurabilir [24,25]. Posterior cul-de- sac ve rektovajinal septumda derin infiltrasyon gösteren endometriozis implantları olan hastalar tipik olarak disparoni ve ağrılı defekasyon ile başvururlar [26,27]. Rektal kanama görülebilir ancak nadirdir.

Karın duvarı ağrısı - Karın duvarında endometriozis olan hastalar tipik olarak ağrılı karın duvarı kitlesi ile başvurur; ağrı adet dönemlerinde sıklık veya sürekli olabilir [28]. Kanama da meydana gelebilir. Sıklık kanama vulvar endometriozis ile de bildirilmiştir [29].

Göğüs ağrısı, hemoptizi ve/veya pnömotoraks - Torasik endometriozisi olan bireyler göğüs ağrısı, pnömotoraks veya hemotoraks, hemoptizi veya skapular veya servikal (boyun) ağrı ile başvurabilir [30,31]. Semptomlar genellikle katamenialdir.

Doğal öykü - Endometriozisten etkilenen peritoneal alanların sayısı ergenlik döneminden 20'li yaşların başına kadar artıyor gibi görünmektedir [32]. Bununla birlikte, tüm hastalık ilerlemez. Endometriozisin ilerlemesine, gerilemesine veya stabil kalmasına neden olan faktörler henüz bilinmemektedir. Tanısal laparoskopinin endometriozisi doğrulamasından 6 ila 12 ay sonra ikinci bakış laparoskopisinin yapıldığı çalışmalarda, tedavi edilmeyen kadınların yüzde 29 ila 45'inde hastalık ilerlemiş, yüzde 22 ila 29'unda gerilemiş ve yüzde 33 ila 42'sinde stabil kalmıştır [33-35].

Rektovajinal hastalığı olan 88 asemptomatik kadını bir ila dokuz yıl boyunca takip eden prospektif bir çalışmada, kadınların yüzde 10'undan daha azında semptom gelişimi veya lezyon boyutunda artış olarak tanımlanan hastalık ilerlemesi görülmüştür [36].

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

DEĞERLENDİRME

Fizik muayene - Endometriozisli kişilerde fizik muayene bulguları değişkendir ve implantların yeri ve boyutuna bağlıdır [37].

Endometriozisi düşündürülen bulgular vajinal muayenede fokal hassasiyet, posterior fornikte nodüller, adneksiyal kitleler ve serviks veya uterusun hareket kısıtlılığı veya lateral yerleşimini içerir[1]. Nadiren, serviks veya vajinal mukozada bir endometriozis lezyonu görülebilir. Fizik muayene bulguları yardımcı olmakla birlikte, muayene normal de olabilir; bulgu eksikliği hastalığı dışlamaz. Pelvik muayeneye yaklaşım ayrıca ayrıntılı olarak incelenmiştir.

Laboratuvar - Endometriozis için patognomonik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Hastalığın noninvaziv tanısı için birkaç idrar, serum, endometriyal biyobelirteç çalışılmış olsa da, serum kanser antijeni (CA) 125 ve interlökin 6 (IL-6) dahil olmak üzere hiçbir klinik olarak yararlı değildir [13,38-41].

CA 125 konsantrasyonu endometriozisli bireylerde yükselebilir (35 ünite/mL'den fazla) [42,43]. Bununla birlikte, endometriozis açısından değerlendirilen veya tedavi edilen bireylerde serum CA 125 konsantrasyonları rutin olarak istenmez çünkü başta over karsinomu olmak üzere diğer hastalıklar da serum CA 125 konsantrasyonunu yükseltir.

Görüntüleme - Görüntüleme histolojik tanının yerini almasa da, tipik görüntüleme bulguları tanı olasılığını yüksek tutar [44-49]. Ek olarak, görüntüleme bulguları aşağıdakileri yönlendirmeye yardımcı olabilir.

Modaliteler - Transvajinal ultrasonografi, endometriozis şüphesi olan bireyleri değerlendirmek için yaygın olarak kullanılır. Uygun veya mevcut değilse, transabdominal veya transperineal ultrasonografi veya manyetik rezonans görüntüleme (MRI) yardımcı olabilir. Transvajinal ultrason, özellikle rektovajinal endometriozis için duyarlılık ve özgüllük benzer olmasına rağmen, MRI'ye kıyasla daha kolay ulaşılabilir ve daha düşük maliyetli olduğu için genellikle tercih edilir [50]. Bununla birlikte, ultrasonun duyarlılığı ve özgüllüğü kısmen sonografi uzmanına bağlıdır.

Bulgular

Pelvik endometriozis - Pelvik endometriozisi düşündürülen görüntüleme bulguları arasında over kistleri (endometriomalar), rektovajinal septum nodülleri ve mesane nodülleri yer alır. Rektum veya rektovajinal septumun derin infiltrasyon gösteren endometriozis lezyonlarının saptanması için transvajinal sonografi tercih edilir [50,51]. Endometriomalar genellikle sonografide kolayca sınıflandırılabilir ancak MRI ile de görüntülenebilir [52-54].

Abdominal duvar endometriozisi ultrasonda hipoekoik, vasküler ve/veya solid bir kitle (kistik değişiklikler de olabilir) olarak görülür [55]. Sınırlar düzensizdir ve komşu dokulara yayılmış gibi görünebilir [56].

Torasik endometriozis - Hem bilgisayarlı tomografi hem de MRI torasik endometriozisi tanımlayabilirken [30,57]. MRI vakaların yüzde 95 kadarında torasik endometriozisi doğru bir şekilde tanıyacaktır [30,58-60]. Adetler sırasında yapılan MRI, diyafragmatik implantları saptamada daha hassastır [57].

TANI

Yaklaşım - Endometriozisin cerrahi tanısı, özellikle

endometriozis tedavisinde agonistlerin yerini hızla alan gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri veya antagonistleri gibi önemli olumsuz yan etkileri olan tedavilere başlamadan önce altın standart olmuştur. Bununla birlikte, semptomlara, fizik muayeneye ve görüntülemeye dayalı olası klinik tanı, özellikle hormonal kontraseptifler veya progestinler gibi düşük riskli ve düşük maliyetli müdahalelere başlamak için tercih edilmiştir, çünkü klinik tanı daha az invazivdir, daha düşük risklidir ve tedaviye geç başlanma riskini azaltır [61]. Ağrının azalması ve doğurganlığın iyileşmesi gibi hasta açısından önemli son noktaları kullanarak iki tanı yaklaşımını doğrudan karşılaştıran çalışmalar eksiktir [13]. Bu nedenle, klinisyenler ve hastalar her bir tanı seçeneğinin potansiyel risklerini, faydalarını, maliyetlerini ve kullanılabilirliğini tartışmalıdır. Yaklaşım hasta tercihlerine göre belirlenir.

Yukarıdaki tartışmadan ve hasta tercihlerinin dikkate alınmasından sonra, aşağıdaki genel yaklaşımı benimsiyoruz:

Klinik tanı - Endometriomasi olmayan; hafif ila orta şiddette semptomları olan; nonsteroid antienflamatuvar ilaçlar, asetaminofen/parasetamol ve hormonal kontrasepsiyon (östrojen-progestin kontraseptifler ve progestinler) dahil olmak üzere düşük riskli ilaçların denemesini isteyen ve ameliyattan kaçınmayı tercih eden bireyler için klinik tanıyı tercih ediyoruz. Semptomları veya tercihleri değişen bireyler herhangi bir zamanda cerrahi tanı ile devam edebilirler. Bununla birlikte, ampirik tedaviye yanıtın varlığı veya yokluğu, tanının kesin olarak doğrulanması veya dışlanması olarak yorumlanamaz [62].

Cerrahi tanı - Şiddetli semptomları olan, yukarıdaki düşük riskli tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve hastalığın kesin olarak doğrulanmasına önem veren kişiler için doku biyopsisi ile cerrahi tanıyı tercih ediyoruz. Cerrahinin bir avantajı, endometriozisin tanı ile aynı zamanda tedavi edilebilmesidir. Klinik tanı - Semptomlar, belirtiler ve görüntüleme bulgularının kombinasyonu, endometriozisin olası, cerrahi olmayan tanısını koymak için kullanılabilir [13,63,64]. Bu yaklaşım, endometriozisli bireylerin muayenesi, sonografisi ve sistoskopisi konusunda önemli becerilere sahip klinisyenler gerektirir.

Kriterler - Cerrahi olmayan bir tanının kriterleri şunları içerir [65]:

-Endometriomanın ultrasonografik bulgusu

-Posterior vajinal forniksin görsel muayenesi ve rektovajinal lezyonların biyopsisi

-Görünür detrusor lezyonlarının sistoskopik değerlendirmesi ve biyopsisi

-Görüntüleme ile doğrulanmış rektovajinal endometriozis fizik muayene bulguları

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

Tedaviye yanıt kesin tanıyı göstermez - Klinik bir tanı, düşük riskli ve kolay tolere edilebilen bir tedaviye başlamak için yeterli olabilir (örneğin, gebe kalmaya çalışmayan pelvik ağrısı veya dismenoresi olan bireyler için östrojen-progestin kontraseptifleri). Bununla birlikte, ampirik tedaviye yanıtın varlığı veya yokluğu, tanının kesin olarak doğrulanması veya dışlanması olarak yorumlanamaz [62].

MikroRNA'nın potansiyel rolü - MikroRNA (miRNA) analizi, endometriozis için noninvaziv bir tanı testi olarak umut vaat etmektedir. İlk bir çalışmada test duyarlılığı ve özgüllüğü > yüzde 95 olarak bildirilmiş olsa da, bu bulgunun ek çalışmalarda tekrarlanması gerekmektedir [66]. MikroRNA testleri ticari olarak mevcut değildir.

Kesin cerrahi tanı - Genellikle laparoskopik olarak gerçekleştirilen cerrahi, hem kesin tanıya hem de tedaviye olanak sağlar.

Endikasyonlar, zamanlama ve teknik

Endikasyonlar - Cerrahi tanı için tipik endikasyonlar şunlardır:

-Şiddetli ağrı veya işlevi kısıtlayan diğer semptomların değerlendirilmesi

-Tıbbi tedaviye yanıt vermeyen inatçı pelvik ağrı

-Semptomatik over kistleri, rektovajinal nodüller veya mesane lezyonları gibi anatomik anormalliklerin tedavisi. Cerrahi eksplorasyon zamanlaması - Endometriozis lezyonlarının (endometriomalar hariç) hormonal tedaviye yanıt olarak gerileyebileceği göz önüne alındığında, klinik olarak endometriozis tanısı konmuş hastalarda hastalığın eksik tanı riskini en aza indirmek için ilk hormon tedavisi sırasında tipik olarak laparoskopi yapılmaz [67].

Doku biyopsisine karşı görüntüleme - Endometriozis kesin olarak ameliyat sırasında (tipik olarak laparoskopi) biyopsi alınan bir lezyonun histolojik değerlendirmesi ile teşhis edilir[68,69]. Biyopsi olmadan endometriozisin görsel olarak doğrulanması bazıları tarafından tanınal olarak kabul edilse de, tek başına görsel doğrulama sınırlı bir değere sahiptir çünkü doğruluk endometriozisin evresi ve yeri ile cerrahin uzmanlığından etkilenir [13,70-72].

Lezyonların görsel görünümü - Ameliyat sırasında implantların kaba görünümü ve boyutu oldukça değişkendir [73]. Laparoskopi sırasında, peritoneal endometriozis alanları beyazımsı opasifikasyonlar, sarı-kahverengi renk değişiklikleri, kırmızımsı veya kırmızımsı mavi düzensiz şekilli adalar olarak görünür. Bazı mavi-kahverengi lezyonların görünümü "barut yaniği" olarak tanımlanmıştır. Peritoneal yüzey skarlaşmış olabilir (Allen-Masters sendromu) veya nodüllere veya kistlere yol açabilir. Nadiren, endometriozis polipoid bir kitle olarak ortaya çıkar ve bu da malign tümör görünümünü taklit edebilir. Yoğun fibröz yapışıklıklar ciddi hastalığa işaret eder.

Biyopsinin doğruluğu - Laparoskopik tanının doğruluğu lezyonun yeri ve türüne, operatörün deneyimine ve hastalığın boyutuna bağlıdır [74,75]. Pelvik ağrı ve/veya infertilite nedeniyle laparoskopi ve biyopsi yapılan 976 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, laparoskopik bulguların endometriozis tanısında tek başına histolojiye kıyasla duyarlılığı %98, özgüllüğü %79, pozitif prediktif değeri %72 ve negatif prediktif değeri %98 olarak bulunmuştur [76].

Lezyon var ancak histoloji negatif - Laparoskopide klasik endometriozis lezyonları olan ancak negatif histolojisi olan bireyler endometriozis için tedavi edilir çünkü negatif biyopsiler yetersiz örneklemekten kaynaklanabilir ve hastalığı kesin olarak dışlamaz [13].

Görsel ve histolojik hastalık yokluğu - Görsel veya histolojik hastalık göstermeyen laparoskopi endometriozisi dışlamak için oldukça güvenilirdir [71], ancak normal görünen peritonda gizli mikroskobik submezotelyal implantlar bulunabilir. Bu implantların semptomlara neden olup olmadığı bilinmemektedir. Görünür bir lezyon yokken de endometriozis mevcut olabilir [77,78], ancak laparoskopi sırasında rastgele biyopsi yapmak standart bir uygulama değildir.

Hastalığın cerrahi evrelemesi - Cerrahi evreleme tanınal laparoskopi sırasında yapılır. Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (ASRM) skorum sistemi ve başka evreleme sistemleri de mevcuttur [68,79-81]. Endometriozis Fertilite İndeksi, ameliyat sonrası infertilite tedavisine rehberlik etmede yararlıdır [82].

Aşamalar - ASRM puanlama sisteminin bileşenleri şunları içerir [68]:

Evre I - Minimal hastalık, izole implantlar ve yoğun yapışıklıkların olmaması ile karakterizedir.

Evre II - Hafif endometriozis, periton ve overlere dağılmış, toplamı 5 cm'den az olan yüzeysel implantlardan oluşur. Yoğun yapışıklıklar mevcut değildir.

Evre III - Orta derecede hastalıda hem yüzeysel hem de derin invaziv birden fazla implant görülür. Peritubal ve periovaryan yapışıklıklar belirgin olabilir.

Evre IV - Şiddetli hastalık, büyük over endometriomaları da dahil olmak üzere çok sayıda yüzeysel ve derin implantlarla karakterizedir. Filmsi ve yoğun yapışıklıklar genellikle mevcuttur.

Klinik çıkarımlar - Sınıflandırma sisteminin faydası, operatif bulguların raporlanması için standart bir yaklaşım sağlamasıdır. Endometriozisin evresi, ağrı semptomlarının ortaya çıkması veya şiddeti ile korelasyon göstermez [15,37,83]. Bununla birlikte, çalışmalar endometriozisin ileri evreleri ile doğurganlık tedavileri için prognoz arasında ters bir ilişki olduğunu bildirmiştir [84,85].

Cerrahi tanının gecikme nedenleri - Endometriozis semptomlarının belirsiz olması, semptomların birden fazla jinekolojik ve gastrointestinal süreçle örtüşmesi ve cerrahi tanının risk içermesi nedeniyle endometriozisin kesin tanısı genellikle gecikmektedir. Çalışmalar, endometriozisli kadınlarda ortalama 7 ila 12 yıllık bir tanı gecikmesi olduğunu bildirmiştir [86- 90].

AYIRICI TANI

Endometriozis semptomlarının çoğu, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet sistemi ve nörolojik durumlar da dahil olmak üzere kadınlarda kronik pelvik ağrının diğer kaynakları ile örtüşmektedir.

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

ÖZET VE ÖNERİLER

Klinik özellikler - Endometriozisli bireyler klasik olarak üreme çağıında pelvik ağrı (dismenore ve dispareni dahil), infertilite veya over kitlesi gibi semptomlarla başvururlar. Daha az görülen semptomlar arasında bağırsak ve mesane disfonksiyonu (örn. diskezi ve dizüri), anormal uterin kanama, bel ağrısı veya kronik yorgunluk yer alır. Endometriozisin en yüksek prevalansı 25 ila 35 yaş arasındaki kişilerde görülmekle birlikte, premenarşal ve postmenopozal bireylerde de ortaya çıkabilir.

Endometriozis şüphesi olan bireylerin değerlendirilmesi Fizik muayene - Endometriozisli kişilerde fizik muayene bulguları değişkendir ve implantların yeri ve boyutuna bağlıdır. Düşündürücü bulgular arasında posterior vajinal forniks hassasiyeti; palpe edilebilen hassas nodüller; serviksın lateral yer değiştirmesi; serviks, adneks veya uterusun fiksasyonu ve/veya hassas adneksal kitle yer alır.

Laboratuvar bulguları - Endometriozis için patognomonik bir laboratuvar bulgusu yoktur. Serum kanser antijeni (CA) 125 düzeyleri endometriozisin primer tanısında yararlı değildir, çünkü birçok başka durum bu düzeyi yükseltebilir.

Görüntüleme bulguları - Endometriozisi düşündüren görüntüleme bulguları arasında over endometriomalar, rektovajinal septumun derin nodülleri (derin infiltrate endometriozis) ve mesane detrusor lezyonları bulunur.

Tanı - Kesin tanı için doku biyopsisinin histolojik olarak doğrulanması gerekirken (tipik olarak laparoskopi), klinik tanı tercih edilmeye başlanmıştır. Hasta açısından önemli son noktaları değerlendiren karşılaştırmalı çalışmalar yetersiz olduğundan, yaklaşım seçimi bilgilendirilmiş danışmanlık sonrası hasta tercihlerine bağlıdır.

Klinik tanı - Olası klinik tanı semptomları, bulgulara ve görüntüleme bulgularına dayanır. Bu yaklaşım, endometriozisli bireylerin muayenesi, sonografisi ve sistoskopisi konusunda önemli becerilere sahip klinisyenler gerektirir.

Kesin cerrahi tanı - Endometriozis, tipik olarak laparoskopi olmak üzere cerrahi sırasında biyopsi alınan lezyonların histolojik değerlendirilmesiyle kesin olarak teşhis edilir. Ameliyat sırasında endometriozis, revize edilmiş Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (ASRM) skora göre sınıflandırılır.

Ayırıcı tanı - Kadınlarda kronik pelvik ağrının ayırıcı tanısı genişler ve endometriozise ek olarak gastrointestinal, üriner, kas-iskelet sistemi ve nörolojik durumları da içerir.

REFERANSLAR

1. Hickey M, Ballard K, Farquhar C. Endometriosis. BMJ 2014; 348:g1752.
2. Sinaii N, Plumb K, Cotton L, et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. Fertil Steril 2008; 89:538.
3. Vercellini P, Viganò P, Somigliana E, Fedele L. Endometriosis: pathogenesis and treatment. Nat Rev Endocrinol 2014; 10:261.
4. Viganò P, Parazzini F, Somigliana E, Vercellini P. Endometriosis: epidemiology and aetiological factors. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004; 18:177.
5. Missmer SA, Hankinson SE, Spiegelman D, et al. Incidence of laparoscopically confirmed endometriosis by demographic, anthropometric, and lifestyle factors. Am J

Epidemiol 2004; 160:784.

6. Laufer MR. Premenarcheal endometriosis without an associated obstructive anomaly: Presentation, diagnosis, and treatment. Fertil Steril 2000; 74:S15.

7. Nezhat F, Datta MS, Hanson V, et al. The relationship of endometriosis and ovarian malignancy: a review. Fertil Steril 2008; 90:1559.

8. Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, Wright JT. Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study--Part 1. BJOG 2008; 115:1382.

9. Gete DG, Doust J, Mortlock S, et al. Associations between endometriosis and common symptoms: Findings from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. Am J Obstet Gynecol 2023.

10. Brawn J, Morotti M, Zondervan KT, et al. Central changes associated with chronic pelvic pain and endometriosis. Hum Reprod Update 2014; 20:737.

11. Hansen KE, Kesmodel US, Balducci EB, et al. Visceral syndrome in endometriosis patients. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2014; 179:198.

12. Engemise S, Gordon C, Konje JC. Endometriosis. BMJ 2010; 340:c2168.

13. ESHRE Guideline: Endometriosis. European Society of Human Reproduction and Embryology. 2022. Available at: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline> (Accessed on April 07, 2022).

14. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. Obstet Gynecol 2010; 116:223.

15. Vercellini P, Fedele L, Aimi G, et al. Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. Hum Reprod 2007; 22:266.

16. Wang S, Li XC, Lang JH. Cervical endometriosis: clinical character and management experience in a 27-year span. Am J Obstet Gynecol 2011; 205:452.e1.

17. Szyfelbein WM, Baker PM, Bell DA. Superficial endometriosis of the cervix: A source of abnormal glandular cells on cervicovaginal smears. Diagn Cytopathol 2004; 30:88.

18. Canlorbe G, Laas E, Cortez A, Daraï E. Spontaneous hymeneal endometriosis: a rare cause of dyspareunia. BMJ Case Rep 2014; 2014.

19. Nasu K, Okamoto M, Nishida M, Narahara H. Endometriosis of the perineum. J Obstet Gynaecol Res 2013; 39:1095.

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

20. Mihmanli V, Özkan T, Genc S, et al. Endometriosis of episiotomy scar: a case report. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2015; 42:543.
21. Li J, Shi Y, Zhou C, Lin J. Diagnosis and treatment of perineal endometriosis: review of 17 cases. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 292:1295.
22. Jain D. Perineal scar endometriosis: a comparison of two cases. *BMJ Case Rep* 2013; 2013.
23. Berlanda N, Vercellini P, Carmignani L, et al. Ureteral and vesical endometriosis. Two different clinical entities sharing the same pathogenesis. *Obstet Gynecol Surv* 2009; 64:830.
24. Ballard K, Lane H, Hudelist G, et al. Can specific pain symptoms help in the diagnosis of endometriosis? A cohort study of women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 2010; 94:20.
25. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, et al. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002; 78:719.
26. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, et al. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999; 6:429.
27. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, et al. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55:759.
28. 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.
29. Sharp C, Kulkarni M, Rosamilia A, Tsaltas J. Vulval Endometriosis Following Vaginal Hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27:1453.
30. Rousset P, Gregory J, Rousset-Jablonski C, et al. MR diagnosis of diaphragmatic endometriosis. *Eur Radiol* 2016; 26:3968.
31. Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. Clinical features of thoracic endometriosis: A single center analysis. *Obstet Gynecol Sci* 2015; 58:223.
32. Redwine DB. Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil Steril* 1987; 48:1062.
33. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994; 62:696.
34. Abbott J, Hawe J, Hunter D, et al. Laparoscopic excision of endometriosis: a randomized, placebo-controlled trial. *Fertil Steril* 2004; 82:878.
35. Sutton CJ, Pooley AS, Ewen SP, Haines P. Follow-up report on a randomized controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal to moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68:1070.
36. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, et al. Is rectovaginal endometriosis a progressive disease? *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191:1539.
37. Vercellini P, Trespidi L, De Giorgi O, et al. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1996; 65:299.
38. Liu E, Nisenblat V, Farquhar C, et al. Urinary biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD012019.
39. Gupta D, Hull ML, Fraser I, et al. Endometrial biomarkers for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4:CD012165.
40. Nisenblat V, Prentice L, Bossuyt PM, et al. Combination of the non-invasive tests for the diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 7:CD012281.
41. Young SL. Nonsurgical approaches to the diagnosis and evaluation of endometriosis. *Fertil Steril* 2024; 121:140.
42. Cheng YM, Wang ST, Chou CY. Serum CA-125 in preoperative patients at high risk for endometriosis. *Obstet Gynecol* 2002; 99:375.
43. Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril* 1998; 70:1101.
44. Moore J, Copley S, Morris J, et al. A systematic review of the accuracy of ultrasound in the diagnosis of endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002; 20:630.
45. Savelli L, Manuzzi L, Pollastri P, et al. Diagnostic accuracy and potential limitations of transvaginal sonography for bladder endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34:595.
46. Exacoustos C, Malzoni M, Di Giovanni A, et al. Ultrasound mapping system for the surgical management of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2014; 102:143.
47. Hudelist G, English J, Thomas AE, et al. Diagnostic accuracy of transvaginal ultrasound for non-invasive diagnosis of bowel endometriosis: systematic review and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011; 37:257.
48. Zhang X, He T, Shen W. Comparison of physical examination, ultrasound techniques and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep infiltrating endometriosis: A systematic review and meta-analysis of diagnostic accuracy studies. *Exp Ther Med* 2020; 20:3208.
49. Nisenblat V, Bossuyt PM, Farquhar C, et al. Imaging modalities for the non-invasive diagnosis of endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 2:CD009591.

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

50. Pereira AMG, Brizon VSC, Carvas Junior N, et al. Can Enhanced Techniques Improve the Diagnostic Accuracy of Transvaginal Sonography and Magnetic Resonance Imaging for Rectosigmoid Endometriosis? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2020; 42:488.
51. Bazot M, Malzy P, Cortez A, et al. Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30:994.
52. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol* 2017; 27:2765.
53. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and metaanalysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51:586.
54. Glanc P, Benacerraf B, Bourne T, et al. First International Consensus Report on Adnexal Masses: Management Recommendations. *J Ultrasound Med* 2017; 36:849.
55. 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; 186:616.
56. Francica G, Giardiello C, Angelone G, et al. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1041.
57. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, et al. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol* 2014; 69:323.
58. Di Paola V, Manfredi R, Castelli F, et al. Detection and localization of deep endometriosis by means of MRI and correlation with the ENZIAN score. *Eur J Radiol* 2015; 84:568.
59. Medeiros LR, Rosa MI, Silva BR, et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 291:611.
60. Reid S, Condous G. Update on the ultrasound diagnosis of deep pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 209:50.
61. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220:354.e1.
62. Ling FW. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. *Pelvic Pain Study Group. Obstet Gynecol* 1999; 93:51.
63. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, et al. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 76:929.
64. Barcellos MB, Lasmar B, Lasmar R. Agreement between the preoperative findings and the operative diagnosis in patients with deep endometriosis. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 293:845.
65. Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril* 2016; 105:734.
66. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *J Clin Med* 2022; 11.
67. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29:400.
68. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67:817.
69. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD011031.
70. Stegmann BJ, Sinaii N, Liu S, et al. Using location, color, size, and depth to characterize and identify endometriosis lesions in a cohort of 133 women. *Fertil Steril* 2008; 89:1632.
71. Wykes CB, Clark TJ, Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG* 2004; 111:1204.
72. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20:783.
73. Clement PB. The pathology of endometriosis: a survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. *Adv Anat Pathol* 2007; 14:241.
74. Martin DC, Ahmic R, El-Zeky FA, et al. Increased histologic confirmation of endometriosis. *J Gynecologic Surg* 1990; 6:275.
75. Pardanani S, Barbieri RL. The gold standard for the surgical diagnosis of endometriosis: Visual findings or biopsy results? *J Gynecological Techniques* 1998; 4:121.
76. Almeida Filho DP, Oliveira LJ, Amaral VF. Accuracy of laparoscopy for assessing patients with endometriosis. *Sao Paulo Med J* 2008; 126:305.

Endometriozis: Klinik özellikler, değerlendirme ve tanı

50. Pereira AMG, Brizon VSC, Carvas Junior N, et al. Can Enhanced Techniques Improve the Diagnostic Accuracy of Transvaginal Sonography and Magnetic Resonance Imaging for Rectosigmoid Endometriosis? A Systematic Review and Meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2020; 42:488.
51. Bazot M, Malzy P, Cortez A, et al. Accuracy of transvaginal sonography and rectal endoscopic sonography in the diagnosis of deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007; 30:994.
52. Bazot M, Bharwani N, Huchon C, et al. European society of urogenital radiology (ESUR) guidelines: MR imaging of pelvic endometriosis. *Eur Radiol* 2017; 27:2765.
53. Guerriero S, Saba L, Pascual MA, et al. Transvaginal ultrasound vs magnetic resonance imaging for diagnosing deep infiltrating endometriosis: systematic review and metaanalysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2018; 51:586.
54. Glanc P, Benacerraf B, Bourne T, et al. First International Consensus Report on Adnexal Masses: Management Recommendations. *J Ultrasound Med* 2017; 36:849.
55. 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; 186:616.
56. Francica G, Giardiello C, Angelone G, et al. Abdominal wall endometriomas near cesarean delivery scars: sonographic and color doppler findings in a series of 12 patients. *J Ultrasound Med* 2003; 22:1041.
57. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, et al. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol* 2014; 69:323.
58. Di Paola V, Manfredi R, Castelli F, et al. Detection and localization of deep endometriosis by means of MRI and correlation with the ENZIAN score. *Eur J Radiol* 2015; 84:568.
59. Medeiros LR, Rosa MI, Silva BR, et al. Accuracy of magnetic resonance in deeply infiltrating endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2015; 291:611.
60. Reid S, Condous G. Update on the ultrasound diagnosis of deep pelvic endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2017; 209:50.
61. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol* 2019; 220:354.e1.
62. Ling FW. Randomized controlled trial of depot leuprolide in patients with chronic pelvic pain and clinically suspected endometriosis. *Pelvic Pain Study Group. Obstet Gynecol* 1999; 93:51.
63. Eskenazi B, Warner M, Bonsignore L, et al. Validation study of nonsurgical diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril* 2001; 76:929.
64. Barcellos MB, Lasmar B, Lasmar R. Agreement between the preoperative findings and the operative diagnosis in patients with deep endometriosis. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 293:845.
65. Vercellini P, Bracco B, Mosconi P, et al. Norethindrone acetate or dienogest for the treatment of symptomatic endometriosis: a before and after study. *Fertil Steril* 2016; 105:734.
66. Bendifallah S, Suisse S, Puchar A, et al. Salivary MicroRNA Signature for Diagnosis of Endometriosis. *J Clin Med* 2022; 11.
67. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29:400.
68. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67:817.
69. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD011031.
70. Stegmann BJ, Sinaii N, Liu S, et al. Using location, color, size, and depth to characterize and identify endometriosis lesions in a cohort of 133 women. *Fertil Steril* 2008; 89:1632.
71. Wykes CB, Clark TJ, Khan KS. Accuracy of laparoscopy in the diagnosis of endometriosis: a systematic quantitative review. *BJOG* 2004; 111:1204.
72. Fernando S, Soh PQ, Cooper M, et al. Reliability of visual diagnosis of endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2013; 20:783.
73. Clement PB. The pathology of endometriosis: a survey of the many faces of a common disease emphasizing diagnostic pitfalls and unusual and newly appreciated aspects. *Adv Anat Pathol* 2007; 14:241.
74. Martin DC, Ahmic R, El-Zeky FA, et al. Increased histologic confirmation of endometriosis. *J Gynecologic Surg* 1990; 6:275.
75. Pardanani S, Barbieri RL. The gold standard for the surgical diagnosis of endometriosis: Visual findings or biopsy results? *J Gynecological Techniques* 1998; 4:121.
76. Almeida Filho DP, Oliveira LJ, Amaral VF. Accuracy of laparoscopy for assessing patients with endometriosis. *Sao Paulo Med J* 2008; 126:305.

Endometriozis Cerrahisi

Prof. Dr. Elif Ağaçayak
Dicle Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve
Doğum Ana Bilim Dalı



Amerikan Üreme Tıbbi Derneği, "endometriozisin, tıbbi tedavisinin kullanımını en üst düzeye çıkarmak ve tekrarlanan cerrahi prosedürlerden kaçınmak amacıyla yaşam boyu bir yönetim planı gerektiren kronik bir hastalık olarak görülmesi gerektiğini" belirtmektedir [1]. Bu nedenle tedavi kararları bireyselleştirilir ve klinik görünüm (örneğin ağrı, infertilite, kitle), semptom şiddeti, hastalığın yaygınlığı ve yeri, gebelik isteği, hastanın yaşı, ilaç yan etkileri, cerrahi komplikasyon oranları ve maliyet dikkate alınır. Endometriozise bağlı pelvik ağrıya yönelik tedaviler arasında analjezikler, hormonal tedaviler ve cerrahi müdahale yer alır ve sıklıkla kombine bir yaklaşım kullanılır. Herhangi bir tedaviden önce tüm kadınların ayrıntılı bir öyküsü ve muayenesi yapılmalı ve pelvik ağrının diğer nedenleri dışlanmalıdır. Cerrahi müdahale histolojik tanıyı sağlar, malignite ile ilgili özelliklere sahip pelvik kist veya kitlelerin değerlendirilmesine olanak tanır ve endometriotik implantları yok ederek ağrıyı azaltır [1,2].

Aşağıdaki durumlarda hastalarımızda ameliyatı düşünüyoruz:

- Tıbbi tedaviye rağmen geçmeyen ağrı
- Tıbbi tedavinin kontrendikasyonları veya reddedilmesi
- Endometriozisin patolojik tanısına duyulan ihtiyaç
- Adneksiyal kitlede malignitenin dışlanması
- Bağırsak veya idrar yolu tıkanıklığı

Her ne kadar hastalığın yaygınlığı, semptomların şiddetiyle zayıf bir korelasyona sahip olsa da, yaygın hastalığı olan kadınlarda, daha az yaygın hastalığı olan kadınlara kıyasla cerrahi tedaviyle ağrının azalması daha iyi olabilir [3-5]. 63 kadınla yapılan bir çalışmada, evre II veya III hastalığı olan kadınlarda, evre I hastalığa kıyasla ameliyattan altı ay sonra daha fazla semptomatik iyileşme rapor edilmiştir (%75'e karşı %46) [6,7].

Cerrahinin dezavantajları arasında standart cerrahi risklere ek olarak; özellikle bağırsak ve mesanede yaralanma riski, over rezervinin olası azalması (örneğin over kisti eksizyonundan sonra) ve yapışıklık oluşumu yer alır.

Aşağıdaki durumlarda ameliyattan kaçınılır:

- Pelvik ağrısı tam olarak değerlendirilemeyen kadınlar
- Tekrarlanan ameliyatlardan sonra inatçı pelvik ağrısı olan kadınlar
- Malignite şüphesi olmadığı sürece menopoza yaklaşan kadınlar

Endometriozis semptomları genellikle menopoza birlikte düzelir. Menopoza yaklaşan kadınlar, ameliyattan kaçınmak için optimal olmayan şekilde kontrol edilen semptomları tolere etmeyi tercih edebilirler. Ortalama menopoz yaşına yaklaşan (51 yaş) veya menopoza geçiş semptomları olan bir kadında cerrahi için menopoz beklenebilir. Bu kadınlarda ameliyata devam edilip edilmeyeceği, kadının kendi yaşam kalitesine ilişkin değerlendirmesine bağlıdır.

CERRAHİ PLANLAMA

Ameliyat öncesi planlama, hastanın istenen cerrahi sonucunun değerlendirilmesini ve planlanan ameliyatın kapsamı ve yaklaşımı konusunda hastaya danışmanlık yapılmasını içerir.

Konservatif ve definitif cerrahi: Konservatif cerrahi, uterusu ve mümkün olduğu kadar fazla over dokusunu korumak amacıyla endometriotik lezyonların eksizyonunu veya ablasyonunu içerir [1]. Konservatif cerrahi, endometriozisin cerrahi tedavisini planlayan çoğu kadın için ilk seçenektir çünkü fertilitayı ve hormon üretimini korur, kesin cerrahiye göre daha az invaziv ve morbididir ve kısa vadeli etkinliği belgelenmiştir. Genel olarak ablasyon yerine eksizyon tercih edilir [2].

Endometriozis için laparoskopik cerrahi üzerine 2014 yılında yapılan sistematik bir inceleme ve 10 çalışmanın meta-analizi, konservatif laparoskopik cerrahinin genel ağrıyı azalttığını (%73'e karşı %21) ve canlı doğum veya devam eden gebelik oranlarını (%30'a karşı %18) diagnostik laparoskopiyeye kıyasla arttırdığını bildirdi. Laparoskopik eksizyonda ağrının azalması, laparoskopik ablasyon ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzer ancak veriler sınırlıdır. Endometriozis veya kronik pelvik ağrı nedeniyle ameliyat olan 154 hasta üzerinde yapılan bir anket çalışması, %90'ının eksizyonel cerrahiye seçmenin doğru karar olduğunu ve %87'sinde cerrahi seçeneğin doğru bir karar olduğunu bildirmiştir [9].

Konservatif cerrahinin dezavantajı, özellikle genç bireylerde tekrarlayan semptomların oranının kesin cerrahiye (ooforektomi veya ooforektomisz histerektomi) kıyasla daha yüksek olmasıdır [10]. Konservatif cerrahide yeniden operasyon oranı zamanla artarken, definitif cerrahide nispeten stabil kalmaktadır [10-12].

Endometriozis ile ilişkili semptomlar için laparoskopik rezeksiyon veya histerektomi uygulanan 240 kadınla yapılan retrospektif bir kohort çalışmasında, yedi yıllık takip süresi boyunca, rezeksiyon yapılanlarda tekrar cerrahinin daha yaygın olduğu görülmüştür (sırasıyla %58'e karşı %19) [10]. Her iki cerrahi grupta da overler korunmuştur. Bu çalışma aynı zamanda yaşa bağlı ters bir nüks oranı da bildirdi. Genç kadınlarda yapılan ameliyatlardan zaman içinde daha yüksek bir nüks olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (yedi yıllık nüks riski 19 ila 29 yaşları arasındaki bireylerde %72, 30 ila 39 yaşları arasındakiler için %56 ve 40 yaş ve üzeri kişiler için %24). Reoperasyon oranı %8 ile en düşük histerektomi ve bilateral ooforektomi yapılan kadınlardan oluşan alt grupta görüldü.

Başlangıçta laparoskopik rezeksiyon veya histerektomi yapılan 50.000'den fazla hasta üzerinde yapılan daha geniş bir retrospektif çalışmada, sekiz yıllık takipte yeniden operasyon oranları sırasıyla % 35 ve %5 idi [13,14]. Ortalama 10 yıllık takip süresine sahip 80.000'den fazla kadın üzerinde yapılan popülasyona dayalı bir kohort çalışması, histerektomi geçiren endometriozis hastalarının az bir kısmının tekrar ameliyata ihtiyaç duyduğunu, ancak minör cerrahi geçiren hastaların dörtte birinde ve majör konservatif cerrahi geçiren hastaların beşte birinde ilave cerrahiye ihtiyaç duyulduğunu gösterdi. [14].

Kesin cerrahi (Definitif cerrahi), ooferektomili veya ooferektomisiz histerektomiye içerir. Endometriozise bağlı hayat kalitesini bozucu semptomları olan, fertilitasını tamamlamış ve diğer tedavi seçenekleri başarısız olan kadınlara definitif cerrahi önerilmektedir [1]. Definitif cerrahinin ana dezavantajları cerrahi riskler, fertilitate kaybı ve cerrahi menopoz semptomlarıdır.

Histerektomi – Histerektomiye, kalıcı rahatsız edici endometriozis semptomları olan, gelecekte çocuk sahibi olmayı planlamayan ve hem tıbbi tedavi hem de en az bir konservatif tedavi prosedürü başarısız olan kadınlara yapıyoruz. Histerektomi için ek endikasyonları olan (örn. semptomatik myom veya prolapsus) kadınlar için de kesin cerrahi mantıklıdır. Histerektomi tek başına endometriozisin ağrı semptomları için etkili bir tedavi yöntemidir; bir çalışmada reoperasyon oranı % 19 iken konservatif cerrahi uygulanan kadınlarda bu oran % 58'dir (Tablo 1) [10]. Bu çalışmada, histerektomi sırasında overlerin korunmasıyla görünür tüm endometriozis odakları ablasyona uğradı veya eksize edildi. Ayrıca, supraservikal histerektomi [2] değil, total histerektomiye öneriyoruz.

Tablo 1: Endometrioziste Konservatif ve Definitif Cerrahinin Reoperasyon Oranlarının Karşılaştırılması (10)

Conservative versus definitive surgery for endometriosis

Surgery	n	Rate of reoperation (%)	
		Two years	Seven years
Laparoscopy, both ovaries preserved	96	21	59
Hysterectomy, both ovaries preserved	28	8	22
Hysterectomy, one ovary removed	19	0	24
Hysterectomy, both ovaries removed	50	4	8

Data from: Shakiba K, Bena JF, McGill KM, et al. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. *Obstet Gynecol* 2008; 111:1285.

UpToDate®

Histerektominin avantajı, yukarıda tartışıldığı gibi konservatif cerrahiye karşılaştırıldığında endometriozis ile ilişkili semptomlar için uzun süreli reoperasyon oranının daha düşük olmasıdır.

Histerektominin dezavantajları arasında fertilitate kaybı, cerrahi komplikasyon oranlarının yüksek olması, vücut imajının olumsuz etkilenmesi ve over fonksiyonlarının erken kaybı sayılabilir. Genel olarak histerektomi, laparoskopik cerrahiye kıyasla daha yüksek cerrahi komplikasyon oranlarıyla ilişkilidir. 37.000'den fazla histerektomiye kapsayan bir prospektif çalışmada, bu grupta % 3,5'lik bir genel komplikasyon oranı bildirmiştir aynı zamanda 1894 laparoskopik prosedürden oluşan retrospektif bir seride % 0,2'lik laparoskopik komplikasyon oranı bildirilmiştir [15,16]. Ayrıca histerektomi geçiren bazı kadınlar fertilitate kaybından dolayı pişmanlık duymaktadırlar [18]. Örnek olarak, çeşitli endikasyonlar nedeniyle histerektomi geçiren 45 yaş altı 311 kadın üzerinde yapılan bir araştırma, cerrahi memnuniyet oranının % 90'dan fazla olmasına rağmen %43'e varan oranda fertilitate kaybından pişmanlık duyduğunu bildirmiştir [19].

Bilateral salpingo-ooferektomi yapılmayan histerektomi ile konservatif cerrahinin kadınlarda hormonal fonksiyonun korunması açısından karşılaştırılmasında eşdeğer olmadığını görüyoruz. Overlerin korunarak histerektomi yapılan kadınların, uterusu korunan kadınlara göre bir ile dört yıl daha erken menopoza girme olasılığı yüksektir [20-26]. Ağrı kontrolü ve overlerin hormonal fonksiyonunun korunmasını isteyen kadınlara tek başına histerektomi (yani iki taraflı salpingo-ooferektomi olmadan) yapılabilir.

Ooferektominin rolü – Ooferektomiden yararlanan kadınlar arasında yaygın adneks hastalığı bulunanlar ve yeniden ameliyat risklerinin erken menopoz risklerinden daha ağır olduğu kişiler yer alır. Ooferektomi muhtemelen kesin ameliyatın etkinliğini artırır ancak aynı zamanda yaşam kalitesi sorunları ve erken menopozun potansiyel olumsuz sağlık etkilerini de beraberinde getirir. Ooferektomi için yaşa dayalı bir sınır belirleyen hiçbir veri yoktur. Uygulamamızda, definitif cerrahi geçiren tüm kadınlara ooferektominin riskleri ve yararları konusunda tavsiyelerde bulunuyoruz ve yaygın over hastalığı olmadığı sürece 50 yaş altı kadınlarda ooferektomiye önermiyoruz.

Overlerin alınmasının mantığı endometriozisin östrojene bağımlı bir hastalık olmasıdır. Her iki overin alınması menopoz sonrası bir durum yaratır ve teorik olarak endometriozisin neden olduğu pelvik ağrıyı azaltır. Bu kadınlara, bilateral ooferektominin cerrahi menopoza neden olacağı ve vazomotor semptomların endometriozisin ağrı semptomları gibi sıkıntılı bir durum yaratabileceği hasta ile tartışılmalıdır.

Ağrının tedavisi için overlerin çıkarılması, endometriozis ile ilişkili semptomları azaltmada overlerin korunmasından daha etkili gibi görünmektedir [10,28], ancak bu bulgu evrensel olarak bildirilmemiştir[20]. Çelişkili sonuçların bir nedeni, reoperasyon oranının zamanla değişmesi ve daha uzun takip süresinde daha fazla reoperasyonun meydana gelmesidir. Yukarıda tartışılan retrospektif kohort çalışmasında, overlerin korunmasıyla birlikte laparoskopik cerrahi uygulanan kadınlarda reoperasyon oranları % 58, overlerin korunmasıyla histerektomi yapılan kadınlarda % 19 ve histerektomi ve bilateral salpingo-ooferektomi yapılan kadınlarda % 8 idi (Tablo 1) [10]. Histerektomi geçirip reoperasyona alınan kadınlar için tekrarlanan ameliyatlara, overlerin ve over kalıntılarının çıkarılmasını ve endometriotik lezyonların eksizyonu/ablasyonunu içeriyordu.

Bilateral ooferektominin dezavantajları arasında erken menopoza, menopoza semptomları ve uzun vadeli zararlı sağlık etkileri potansiyeli yer alır. 44 yaş ve altındaki kadınlarda menopoza olarak tanımlanan erken menopoza, genel mortalite, kardiyovasküler hastalık, nörolojik hastalık, osteoporoz ve psikiyatrik hastalık riskini artırır [29-33]. Bu etkilerin hormon tedavisiyle iyileştirilip iyileştirilmediği belirsizdir.

Histerektomi olmadan tek başına ooferektomi ile tedavi iyi araştırılmamıştır ve yaygın bir uygulama değildir [10]. Ooferektomi hem hormonal hem de üreme fonksiyonunun kaybıyla sonuçlandığından, hasta kendi dondurulmuş oositlerini, embriyolarını veya donör oositlerini kullanmak gibi bir yardımcı üreme teknolojisi prosedürüyle gebe kalmayı istemediği sürece uterusu korumanın çok az avantajı vardır. Histerektominin endometriozise bağlı ağrı nedeniyle yapıldığında gelecekteki pelvik organ prolapsusu riskini etkileyip etkilemediği net değildir.

Ooferektomi geçirmiş kadınlarda bile, tekrarlayan pelvik ağrıya katkıda bulunan over dokusu tutulmuş olabilir. Zamanla çok sayıda konservatif prosedür uygulandığında, over dokusunun bir kısmı retroperitonda loküle hale geldiğinden ve bulunup çıkarılması zor olduğundan, iki taraflı salpingo-ooferektomi başarılı bir şekilde gerçekleştirmek zor olabilir.

Laparoskopiye karşı laparotomi – Laparoskopik cerrahi genellikle laparotomiye tercih edilir çünkü daha iyi cerrahi görüntüleme, daha az ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi, daha hızlı iyileşme ve daha iyi kozmetik sonuç ile ilişkilidir [2,34,35]. Hastalığın ciddiyetine bakılmaksızın endometriozis tedavisine yönelik prosedürlerin büyük çoğunluğunda laparoskopi yapılır. Histerektomi için cerrahi yaklaşımın seçimi, diğer jinekolojik endikasyonlarda kullanılan aynı faktörlere dayanılarak yapılır.

Robot yardımlı laparoskopi konvansiyonel laparoskopiye karşılaştıran çok merkezli bir çalışmada (73 hasta), iki grup arasında benzer ameliyat süreleri, perioperatif komplikasyonlar ve yaşam kalitesi rapor edildi [36]. Biraz daha eski çalışmalar, robotik cerrahinin genellikle daha uzun sürdüğünü bildirmiştir; bu durum farklı grupları, daha büyük çalışma örneklemelerini veya teknolojiye olan aşinalığın azalmasını yansıtabilir [37,38]. Karmaşık anatomik bölgelerde lezyonları olan hastalarda (örn. retroservikal lezyonlar), robot yardımlı yaklaşımın geleneksel laparoskopiye karşılaştırıldığında gelişmiş alet artikülasyonu sağlayabileceği varsayılmaktadır, ancak hiçbir veri mevcut değildir. Uterin arterler, üreter, mesane ve bağırsak gibi yapıların yakınında bulunan yaygın adezyonlar veya invaziv endometriozis ile uğraşırken laparotomi gerekli olabilir.

AMELİYAT ÖNCESİ DEĞERLENDİRME

Ameliyat öncesi değerlendirme, jinekolojik cerrahi için rutin ameliyat öncesi değerlendirmeye ek olarak hastanın semptomlarıyla ilgili çalışmaları (örneğin, pelvik ağrı için pelvik ultrason) içerir.

Derin infiltratif endometriozis (DİE) veya ekstrapelvik hastalığı düşündüren preoperatif bulgular cerrahi planlamaya yardımcı olabilir. DİE, 5 mm veya daha fazla derinliğe nüfuz eden lezyonları ifade eder. Bu lezyonlar sıklıkla multifokaldır ve uterosakral ligamanlar, retroservikal boşluk, bağırsak, üreter ve/veya mesaneyi tutabilir [39]. Rektosigmoid kolonu infiltre eden bir nodül, pelvik ultrasonda "geyik boynuzu işareti" olarak görünebilir [40]. Tam rezeksiyon, genellikle multidisipliner bir cerrahi ekibi (genel cerrah, ürolog) içeren uygun cerrahi uzmanlık gerektirir.

Semptomlara (örn. dizüri, diskezi, hematokezya) ve/veya fizik muayeneye (örn. yoğun nodüllerle birlikte uterosakral bağ hassasiyeti, hareketsiz uterus) dayanarak DİE'den şüpheleniliyorsa, ameliyat öncesi değerlendirme spesifik semptomu hedef alan testleri içerir. Örnekler arasında değerlendirme için sistoskopi veya idrar semptomları veya hematokezyanın değerlendirilmesi için kolonoskopi yer alır. Yaygın pelvik adezyonların görüntüleme ile teşhis edilmesi zordur, ancak görüntüleme sırasındaki "kayma işareti" derin endometriozis ve/veya adezyon hastalığını değerlendirmek için kullanılabilir [41,42]. Ek olarak, manyetik rezonans görüntüleme veya transvajinal sonografi, pelvik çıkmaz bölgenin oblitere olduğunu gösterebilir[43]. Gastrointestinal ve idrar yollarının ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Benzer şekilde, eğer ekstrapelvik hastalıktan şüpheleniliyorsa (örneğin göbek, kasık, diyafragma lezyonları), uygun preoperatif değerlendirme yapılmalıdır.

AMELİYAT ÖNCESİ HAZIRLIK

Bilgilendirilmiş onam ve ameliyat öncesi danışmanlık Ameliyat öncesi bilgilendirilmiş onam görüşmesi, planlanan prosedürün riskleri ve faydalarının, alternatif tedavi seçeneklerinin riskleri ve faydalarıyla karşılaştırılmasını içerir. Hastalara, kısa vadede yüksek başarı oranı olduğu, ancak özellikle konservatif cerrahi geçiren kadınlarda semptomların tekrarlama riskinin zamanla arttığı bildirilmektedir [10]. Gebe kalmayı düşünmeyen hastalarda postoperatif hormonal tedavinin uzun süreli (altı aydan fazla) kullanımını tartışıyoruz. Endometriozis ile ilişkili dismenorenin ikincil olarak önlenmesini sağlar ancak adet dışı ağrı veya dispareniyi net bir şekilde önlemez [2,44].

Ameliyat öncesi tıbbi baskılayıcı tedavi –Bildirilen görüş beyanlarına benzer şekilde, cerrahi sonuçların iyileşmesi için ameliyat öncesi tıbbi baskılama yapılmamasını öneriyoruz [1,2,45]. Preoperatif hormonal müdahalenin implantları çıkarmak için gereken cerrahi diseksiyonun boyutunu azalttığına, ağrının giderilmesi süresini uzattığına, gelecekteki gebelik oranlarını artırdığına veya nüfus oranlarını azalttığına dair hiçbir kanıt yoktur [44].

Tromboprolaksi – Mekanik veya farmakolojik tromboprolaksi kullanımı prosedüre ve hasta risk faktörlerine bağlıdır.

Antibiyotik profilaksisi – Operatif laparoskopi tipik olarak temiz bir prosedürdür ve vajinal veya bağırsak cerrahisi muhtemel olmadığı sürece antibiyotik profilaksisi genellikle endike değildir [46].

Bağırsak hazırlığı – Uygulamamızda, bağırsaklarda adezyon şüphesi varsa artan bağırsak yaralanması riski nedeniyle profilaktik antibiyotik veriyoruz [46]. Enfeksiyon riskini, oral antibiyotiklerin veya mekanik bağırsak hazırlığının parenteral antibiyotiklerin sağladığından daha fazla azalttığına dair hiçbir kanıt yoktur [47].

CERRAHİ İŞLEMLER

Cerrahi tedavi, hem endometriyal lezyonların yerinin ve yaygınlığının teşhis edilmesini hem de lezyonların destrüktif tedaviyle tedavi edilmesini içerir.

Ekplorasyon ve tanı – İlk adım, pelvisin ve karın bölgesinin ekplorasyonu, endometriotik lezyonların tanımlanması ve lezyon konumlarının ve özelliklerinin belirlenmesidir (örn. yüzeysel veya derin). Lezyonların konumu ve özelliklerinin anlaşılması hastalığın yok edilmesi açısından kritik olduğundan, sonraki prosedürlerin başlangıcında da araştırma yapılması gereklidir. Mümkün olduğunda laparoskopi tercih edilen cerrahi yaklaşımdır. Tüm lezyonlar tanımlandıktan sonra hastalık sınıflandırması ve tedavi için cerrahi planlama başlayabilir.

Endometriozisin cerrahi değerlendirmesi sırasında aşağıdaki yaklaşımı kullanıyoruz:

-Endometriotik lezyonlar açısından pelvisi iyice inceleyin. Reprodüktif organları ve ligamentleri (uterosakral ve round ligamentler), periton yüzeyleri (ön ve arka pelvik cul-de-sac, pelvik yan duvarlar) ve sigmoid kolon lezyonlar açısından değerlendirilir.

-Posterior cul-de-sac lezyonlarının yerini ayırt etmek için laparoskop aracılığıyla posterior cul-de-sac'ı gözlemlerken bimanuel pelvik muayene yapılır.

-Endometriozisli kadınların %2 ile %4'ünde apendiks endometriozisi olabildiği için apendiksde değerlendirmek gerekir [48].

-Hastanın geçmişine göre etkilenebilecek tüm ekstrapelvik bölgeleri değerlendiririz. Örnek olarak hastada idrar yolu tutulumu belirtileri varsa üreterlerin incelenmesi için retroperiton disseke edilir. Benzer şekilde üst batin ağrısı veya endometriozis ile ilişkili gibi görünen gastrointestinal semptomları olan bir hastada tüm bağırsak ve/veya diyafram incelenir.

-Peritonu boyamak ve lezyonların belirlenmesine yardımcı olmak için bir boya kullanırız [49-52]. Otofloresansın [49] ve lezyonların hematomporfirin türevleriyle ışığa duyarlı hale getirilmesinin [50] ince lezyonların tespitini iyileştirdiği de rapor edilmiştir. Dokuz çalışmanın sistematik bir incelemesinde, 5-aminolevulinik asit kaynaklı floresans, otofloresans ve dar bant görüntülemenin tümü, geleneksel beyaz ışık laparoskopisine kıyasla peritoneal endometriozis için daha yüksek tespit oranlarına sahiptir [53,54]. Bu teknolojilerin kullanılmasıyla artan zaman ve masrafın hastaların ağrı semptomlarını iyileştirip iyileştirmeyeceği bilinmiyor. Uygulamamızda metilen mavisini steril salinle 1:200 oranında sulandırarak kullanıyoruz. Bunu laparoskopik aspirasyon iğnesiyle enjekte ediyoruz. Fazla boya durulanır ve pelvis herhangi bir mavi boya açısından incelenir. Boyanın alınması laparoskopik ışıkla görülemeyen ince endometriozis implantlarının tespit edilmesine yardımcı olur.

-Derin infiltrasyonlu endometriozisi aramalıyız. Peritoneal mobilitenin değerlendirilmesi derin lezyonları yüzeysel olanlardan ayırmaya yardımcı olabilir. Derin lezyonlar, alttaki yapılara tutturulduğu için peritonun kaymasını önleyecektir. Endometriotik implantların birçok görünümü olabilir.

Cerrahi ekplorasyon aynı zamanda endosalpingiosis, mezotelyal hiperplazi, hemosiderin birikimi, hemanjiyomlar, inflamatuvar değişiklikler, splenoz ve yağ bazlı radyografik boyalara karşı reaksiyonları içeren endometriozis ile karıştırılabilecek lezyonların tanımlanmasını da içerir [55]. Dalak implantları endometriozise benzer anatomik dağılım ve görüntüleme özelliklerine sahiptir ancak dalak implantları genellikle asemptomatiktir [56-58]. Şüpheli lezyonların biyopsisi ile splenozis dışlanır.

İdeal olarak, diğer doktorlarla iletişimi kolaylaştırmak ve hastaların hastalıklarını ve sonuçlarını anlamalarına yardımcı olmak için laparoskopik bulguların fotoğrafı çekilmeli veya videoya kaydedilmelidir. Görsel bir kayda, hastalığın kapsamı ve şiddetinin iletilmesini, hastalığın evresinin tek başına yazılı olarak tanımlanmasından daha iyi şekilde iyileştirdiğini bulduk. Bununla birlikte, görüntüler yeterli değildir ve tıbbi kayıtlarda tüm lezyonların ve adezyonların tipinin, yerinin ve boyutunun belgelenmesi önemlidir [59].

Hastalığın yaygınlığının sınıflandırılması: Cerrahi inceleme sırasında elde edilen bilgiler daha sonra hastalığın ciddiyetini sınıflandırmak için kullanılır. En az 22 endometriozis sınıflandırma sistemi vardır [60,61]; bunlardan yalnızca Endometriozis Fertility İndeksi (EFI) hasta sonuçlarıyla korelasyona sahiptir.

-EFI, fertilitenin yeniden sağlanmasında ameliyatın ne kadar başarılı olabileceği konusunda hastalara danışmanlık yapılmalıdır. Örnek olarak, düşük EFI skoruna sahip hastalar sıklıkla doğrudan IVF'ye geçerken, yüksek skora sahip olanlar altı ila dokuz ay boyunca IVF olmadan gebelik deneyebilirler [62].

Amerikan Üreme Tıbbi Derneği'nin revize edilmiş endometriozis sınıflandırmasını hesaplama tablosu (Tablo 2).

Tablo 2: ASRM'nin endometriozis sınıflandırmasını hesaplama tablosu

Table for calculating American Society for Reproductive Medicine revised classification of endometriosis

Patient's name _____ Date _____

Stage I (minimal) _____ 1 to 5 Laparoscopy _____

Stage II (mild) _____ 6 to 15 Laparotomy _____

Stage III (moderate) _____ 16 to 40 Photography _____

Stage IV (severe) _____ >40 Recommended treatment _____

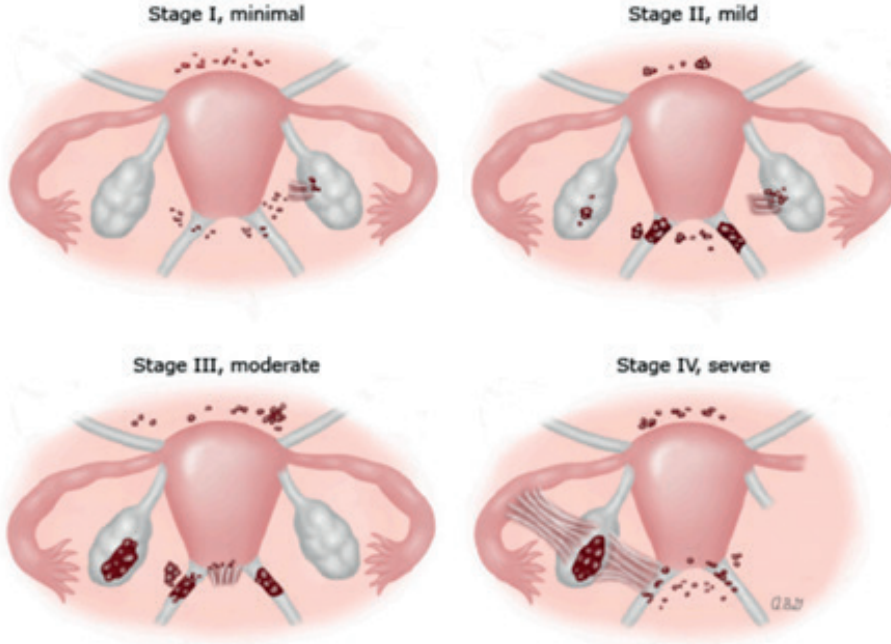
Total _____ Prognosis _____

Endometriosis	<1 cm	1 to 3 cm	>3 cm
Peritoneum			
Superficial	1	2	4
Deep	2	4	6
Ovary			
R superficial	1	2	4
Deep	4	16	20
L superficial	1	2	4
Deep	4	16	20
Posterior cul-de-sac obliteration	Partial		Complete
	4		40
Adhesions	<1/3 enclosure	1/3 to 2/3 enclosure	>2/3 enclosure
Ovary			
R filmy	1	2	4
Dense	4	8	16
L filmy	1	2	4
Dense	4	8	16
Tube			
R filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16
L filmy	1	2	4
Dense	4*	8*	16

* If the fimbriated end of the fallopian tube is completely enclosed, change the point assignment to 16. Denote appearance of superficial implant types as red ([R], red-pink, flamelike, vesicular blots, clear vesicles), white ([W], opacifications, peritoneal defects, yellow-brown), or black ([B], black, hemosiderin deposits, blue). Denote percent of total described as R__ percent, W__ percent, and B__ percent. Total should equal 100 percent.

Endometriozisin revize edilmiş sınıflandırmasında hastalığın anatomik dağılımına örnekler (Şekil 1)

Examples of the anatomic distribution of disease in the revised classification of endometriosis



Şekil 1: ASRM'nin Revize edilmiş klasifikasyon sisteminde anatomik dağılım

-Revize edilmiş Amerikan Üreme Tıbbı Derneği sınıflandırma sistemi, hastalığın hem derecesini hem de ciddiyetini açıklamaktadır (Tablo 2 ve Şekil 1) [63]. Her ne kadar sınıflandırma sistemi gebelik sonucu veya ağrı ile zayıf bir korelasyona sahip olsa da [64] ancak cerrahi reexplorasyon sırasında yararlı olabilir.

Uygulamamızda, ilk ve sonraki ameliyatlar arasındaki hastalığın ciddiyetini karşılaştırmak ve ameliyat prosedürünün tekrarlanması durumunda ileriye planlamak için klinik skoru kaydediyoruz. Örnek olarak, daha önce yaygın adeziv hastalık fark edilmişse, gelecekteki cerrahi planlama intraoperatif konsültasyon için bir genel cerrahın hazır bulundurulmasını içerecektir.

Ablasyona karşı eksizyon – Cerrahi tedavi endometriotik lezyonların yok edilmesini içerir. Tedavide kullanılan yöntemler şunlardır:

-Ablasyon – Lazer vaporizasyon, elektrocerrahi fulgurasyon veya ultrasonik kesme ve pıhtılaşma yoluyla lezyonların ortadan kaldırılması

-Eksizyon – Tipik olarak laparoskopik makasla lezyonların çıkarılması

Bir yıl sonraki ağrı sonuçlarında yüzeysel lezyonların ablasyonu ile laparoskopik eksizyonu ve laparoskopik eksizyonu karşılaştıran üç çalışmanın (n = 225 kadın) 2021 yılındaki sistematik incelemesi, dismenore (ortalama fark -0,03, %95 GA -1,27 ila 1,22), diskezi (ortalama fark 0,46, %95 GA, -1,09 ila 2,02) ve disparonide (ortalama fark 0,10, %95 GA -2,36 ila 2,56) anlamlı bir fark olmadığını bildirdi [65]. Bununla birlikte, bu çalışmanın limitasyonu, ablasyonun derin olanlarla karşılaştırıldığında esas olarak yüzeysel lezyonlar için yapılmasıdır. Yöntemin seçimi cerrahın deneyimine ve tercihine bağlı olmakla birlikte, ablatif tekniklerin yeterince nüfuz edememesi veya üreter gibi altta yatan yapılara zarar vermesi nedeniyle derin lezyonlarda eksizyon önerilmektedir [2]. Ablatif bir teknoloji seçerken cerrah, kullanılan alete ve enerjiye bağlı olarak değişen doku hasarının derinliğini, genişliğini ve yayılmasını karşılaştırır.

Uygulamamızda, endometriozisin histolojik olarak doğrulanması için doku elde etmek amacıyla en az bir lezyonu ve tipik olarak tüm lezyonları eksize ederiz. Lezyonun altındaki anatomiye ve fibrozun retraksiyona neden olduğunu, bunun da lezyonun yakındaki yapılarla (örn. üreter, kan damarları) ilişkisini bozabileceğini anlamak önemlidir. Kesi normal peritonda yüzeysel olarak yapılır ve daha sonra lezyon çevredeki yapılardan diseke edilerek çıkarılır. Hastalığın derin bir bileşeni yoksa hidrodiseksiyon bu ayırmaya yardımcı olabilir. Normal görünen peritonda lezyondan 27 mm'ye kadar görülemeyen hastalık rapor edildiğinden geniş eksizyon faydalıdır [66].

Nodülarite derecesini ve penetrasyon derinliğini belirlemek için lezyonu laparoskopik bir tutucuyla palpe ediyoruz. Cerrahi tedaviye devam etme kararı verilirse, hayati yapılara (örneğin üreterler, kan damarları) yakın lezyonlarda ablasyon yerine eksizyonu tercih ediyoruz çünkü ablatif enerjinin difüzyonu bu dokulara da zarar verebilir. Yakındaki yapıların delinmesini önlemek için eksizyon çok dikkatli yapılmalıdır. Hayati yapılara komşu lezyonlar her zaman güvenli bir şekilde cerrahi olarak tedavi edilemez ve bunun yerine postoperatif medikal tedavi uygulanır.

Endometriozisin radikal rezeksiyonu, ameliyat sırasında görünen tüm implantların çıkarılması anlamına gelir. Radikal rezeksiyon uygulanan 100'e yakın endometriozisli kadın üzerinde yapılan bir anket çalışmasında, kadınlar ağrı skorlarında anlamlı azalmalar, cinsel ilişkide kesinti sıklığı, partnere karşı suçluluk duygusu, cinsel ilişki öncesi/sırasında ağrıdan korkma gibi belirtiler bildirmişlerdir. Ameliyattan ortalama 10 ay sonrasına kadar da ilişki yük olarak gelmektedir [67].

Adezyolizis - Endometriozisli kadınlarda sıklıkla intraperitoneal adezyon hastalığı gelişir. Adezyonlar kadınların % 70'ine varan oranda rapor edilmiştir (önceden ameliyat olan ve olmayan) [68]. Kırmızı lezyonlar siyah, beyaz ve şeffaf lezyonlara göre daha fazla adezyonla ilişkilidir [69]. Adezyonlar sıklıkla postoperatif iyileşmenin bir parçası olarak yeniden oluştuğundan ve ağrıyı veya infertiliteyi şiddetlendirecek şekilde yeniden oluşabileceğinden, adezyonların cerrahi rezeksiyonu ağrıyı azaltmada her zaman etkili değildir. Uygulamamızda adezyolizi seçici olarak gerçekleştirmekteyiz. Fertiliteyi tehlikeye atabilecek veya hastanın ağrısının olduğu yere karşılık gelen tüm yapışıklıkları rezeke ediyoruz. Kapsamlı adezyolizisin, altta yatan kritik yapıların (örn. kan damarları, sinirler veya üreterler) yaralanma riskiyle birlikte tutarlı bir fayda sağlamaması nedeniyle yersiz olduğuna inanıyoruz.

Bazı kadınlarda pelvik organların hareketliliğini ve görseelliğini sınırlayan geniş pelvik adezyonlar gelişir. Bu bulgu her zaman ameliyattan önce tahmin edilemeyebilir ve hastalığın yeterli düzeyde ablasyon veya eksizyon kabiliyetini sınırlayabilir; daha kapsamlı bir ameliyat gerekebilir. Daha önce bunun için kullanılan terim "frozen pelvis" idi. Mevcut uygulamada bu, derin infiltran endometriozis (DİE) olarak tanımlanmaktadır. Ameliyatın amacı normal anatomiye yeniden oluşturmaktır. Postoperatif dönemde baskılayıcı tedavinin uzun süre uygulanması nüksetmeyi önlemeye yardımcı olur.

Sinir transeksiyonu prosedürleri: Sinir transeksiyonu, ameliyat sırasında endometriozise bağlı ağrıyı tedavi etmek için kullanılmıştır, ancak sinir koruyucu cerrahi lehine genellikle kaçınılmaktadır[2]. Sinir transeksiyonunun etkinliği ve güvenliği ile ilgili endişeler olduğundan, sinir koruyucu cerrahi bakım standardı haline gelmiştir [70-73]. Birçok randomize çalışma, endometriozisin cerrahi tedavisi sırasında uterosakral sinir ablasyonunun fayda sağlamadığını göstermiştir [74,75].

Presakral nörektomi orta hat ağrısına fayda sağlayabilir ancak kabızlık ve idrar fonksiyon bozukluğu gibi potansiyel yan etkileri vardır ve bu nedenle yalnızca seçilmiş vakalarda düşünülür [2,71,72].

Histerektomi - Endometriozis için salpingo-ooforektomi veya salpingo-ooforektomisz histerektomi herhangi bir cerrahi yaklaşımla (laparotomi, vajinal, laparoskopi, robot yardımlı) yapılabilir. Kesin cerrahi uygulandığında, peritoneal lezyonların eksizyonu veya ablasyonu ve adezyolizis de tipik olarak gerçekleştirilir. Endometriozis, herhangi bir yolla histerektomiyi zorlaştırabilecek geniş pelvik yapışıklıklara neden olabilir.

-Endometriozis ve histerektomi sonrası komplikasyon riski - İyi huylu hastalık için total laparoskopik histerektomi sonrası postoperatif komplikasyon risklerini değerlendiren retrospektif, kontrolsüz bir çalışmada, diğer cerrahi endikasyonlarla karşılaştırıldığında majör postoperatif komplikasyon görülme sıklığının üç kat daha fazla olduğu endometriozis vakalarında rapor edilmiştir (olasılık oranı [OR] 3.51, %95 GA, 1,54-8,30) [76].

-Gelecekte ameliyat ihtiyacı - Overlerin korunmasıyla histerektomiyi seçen hastaların, bilateral ooforektomi ile histerektomi geçiren hastalarla karşılaştırıldığında, endometriozis için tekrar ameliyat olma risklerinin düşük ihtimalle artmış olduğu görülmektedir [10,77].

SONUÇLAR

Cerrahi komplikasyonlar: Endometriozisin laparoskopik tedavisinin komplikasyonları genellikle diğer laparoskopik prosedürlerle aynıdır. Yaklaşık 30.000 jinekolojik laparoskopiyi içeren bir çalışmada, 1894 majör endometriozis ile ilişkili ameliyatın 3'ünde (%0,1) ve derin endometriozis tedavisine yönelik 84 prosedürün 3'ünde (%3,6) komplikasyon rapor edilmiştir [18]. En ciddi komplikasyonlar, eksizyon veya ablasyon sırasında komşu yapılarda (örneğin sinirler, kan damarları, üreterler) cerrahi yara alanmalar, yara enfeksiyonu ve adezyon oluşumudur.

Ağrının azalması: Çoğu hasta ameliyattan sonra ilk ağrı rahatlamasını sağlar. 2014 yılındaki sistematik bir inceleme ve randomize çalışmaların meta-analizinde, operatif laparoskopi uygulanan hastaların, yalnızca tanısız laparoskopi uygulanan kontrollere göre 12 ayda ağrılarında iyileşme bildirime olasılıkları üç kat daha fazlaydı (% 73'e karşı % 21) [78].

-Ağrının geri gelmesi ve reoperasyon - Tekrarlayan ağrı ve tekrar ameliyat riskleri, yapılan ameliyatın türüne (lokal eksizyona karşı histerektomi, over koruyuculu veya koruyucusuz) ve mevcut ameliyattan itibaren geçen süreye göre değişir. Bilateral ooferektomi ile histerektomi yapılan hastalarda reoperasyon oranları en düşüktür.

- Konservatif cerrahi sonrası nüks - 1967 ve 1982 yılları arasında açık konservatif cerrahi geçiren 423 endometriozis hastası üzerinde yapılan bir çalışmada, 62'sine (% 15) sekiz yıllık takip süresi boyunca reoperasyon uygulandı [79]. Tekrarlanan cerrahi sırasında teşhis edilen kümülatif endometriozis nüks oranları % 0,9 (asıl cerrahiden sonraki ilk yıl), % 13,5 (cerrahiden sonraki üçüncü yıl) ve % 40,3 (cerrahiden sonraki beşinci yıl) idi.

- Lokal eksizyonun histerektomiye etkisi - Kronik pelvik ağrısı ve histolojik olarak doğrulanmış endometriozis olan 420 hasta üzerinde yapılan farklı bir retrospektif çalışmada, yedi yıllık takipte pelvik ağrı nedeniyle reoperasyon geçirmemiş olanların yüzdesi, bilateral ooferektomili histerektomi yapılanlarda en yüksekti. (% 91,7), bunu over koruyucu olarak histerektomi yapılanlar (% 77,0) ve ardından over koruyucu olarak lokal eksizyon yapılan hastalar (% 44,6) takip etmektedir [10]. Cerrahiden iki yıl sonra, daha önce lokal eksizyon yapılan hastaların % 20'sinde tekrar ameliyat yapılmışken, histerektomi yapılan (bilateral ooferektomi olsun veya olmasın) hastalarda % 4'tü.

- Bilateral ooferektomi ile histerektominin etkisi - Ooferektomi ile histerektomi en düşük hastalık nüksü ve tekrar ameliyat oranı ile ilişkili olsa da [10], bu yaklaşım çocuk doğurma dönemini tamamlamamış hastalar için uygun olmayabilir. Endometriozis için histerektomi yapılan 4400'den fazla hastayı kapsayan retrospektif bir incelemede, ooferektomiyi de içeren yeniden operasyon, tek başına histerektomi yapılan hastaların %13'ünde yapılırken, ilk histerektomi ile birlikte bilateral salpingo-ooferektomi yapılan hastaların % 5'inde gerçekleştirildi [77].

Risk faktörleri

- Cerrahi faktörler - Kalıcı veya tekrarlayan ağrıyla ilişkili cerrahi faktörler arasında; endometriozisin tam olmayan eksizyonu, over kisti drenajı (kist eksizyonu ile karşılaştırıldığında) ve overlerin korunması yer alır [77,80].

- İlişkili faktörler - Altta yatan merkezi sinir sistemi duyarlılığının etkilerini inceleyen bir çalışmada, cerrahi olarak tedavi edilen endometriozisli 444 hasta, ameliyattan sonraki 18 ay boyunca takip edildi. Ameliyat sonrası takipte yaşam kalitesinin azalmasıyla ilişkili faktörler arasında preoperatif abdominal duvar ağrısı, pelvik taban miyaljisi ve daha kötü Hasta Sağlık Anketi 9 depresyon skorları yer alıyordu [81].

- İleri hastalığın etkisi - İlerlemiş hastalığın ameliyat sırasında tamamen eksize edilme olasılığı daha düşüktür ve bu nedenle tekrarlayan semptomlarla ilişkili olma olasılığı daha yüksektir. Örnek olarak, çok merkezli prospektif bir kohort çalışmasında, evre III ila IV hastalığı olan kadınların iki yılda evre I ila II hastalığı olan kadınlara göre daha yüksek nüks oranı vardı (sırasıyla %14'e karşı %6) [3].

- Yaklaşan menopoza etkisi - Endometriozise bağlı ağrı semptomları genellikle menopoza birlikte düzeldiğinden, kadının ameliyat sırasındaki yaşı cerrahi etkinlik sonuçlarını etkiler. Menopoza kadar geçen sürenin daha uzun olması, semptomların tekrar ortaya çıkması için daha fazla zaman sağlar. Ayrıca menopoza yaklaşan kadınlar menopoza beklerken semptomları tolere etmeye daha istekli olabilirler. Laparoskopik rezeksiyon ve histerektominin yeniden ameliyat oranları üzerindeki etkisini karşılaştıran retrospektif bir çalışmada, laparoskopi grubundaki reoperasyon oranları hastaların yaşı arttıkça azaldı (19 ila 29 yaş arası kadınlar için risk oranı 1,0, 30-39 yaş arasındaki kadınlar için risk oranı 0,39, 40 yaş ve üzeri kadınlar için risk oranı 0,15) [10]. İlginç bir şekilde, bilateral salpingo-ooferektomi ile birlikte veya tek başına histerektomi yapılan kadınlarda artan yaş, yeniden ameliyat oranını etkilemedi. Bu bulgu, yaştan bağımsız olarak histerektomi sonrası semptomlarda gerçek bir azalmayı yansıtabilir veya bu kadınlar için cerrahi seçeneklerin sınırlı olduğunu yansıtabilir.

AMELİYAT SONRASI BAKIM

Ameliyat sonrası tıbbi tedavi

– Amerikan Üreme Tıbbi Derneği ve Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği'nin, endometriozis nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen çoğu kadın için postoperatif tıbbi baskılayıcı tedaviyi tavsiye eden görüş beyanları mevcuttur [1,2]. En az 6 ila 24 ay süreyle tanımlanan uzun süreli tıbbi baskılama, dismenore nüksetmesini azaltabilir ve böylece birden fazla ameliyat ihtiyacını ortadan kaldıracaktır [2,82]. Yukarıda tartışıldığı gibi konservatif cerrahi tedavi genellikle tüm hastalıkları ortadan kaldırmaz veya ömür boyu ağrının giderilmesini sağlamaz. Reoperasyon oranları zamanla artar [10-12]. Ancak çoklu cerrahi prosedürler, cerrahinin doğası gereği riskler taşıması, pelvik ağrıya neden olabilecek adezyon oluşumunu artırabilmesi ve over rezervini azaltabilmesi nedeniyle tercih edilmemektedir (1).

Postoperatif baskılayıcı tedavinin etkinliğine ilişkin en iyi kanıt, iki sistematik incelemeden elde edilmiştir: cerrahiye takiben semptomatik endometriozis için levonorgestrel salgılayan intrauterin cihaz (LNG RİA) [4] ve konservatif endometriozis cerrahisi sonrası anatomik nüks veya semptom nüksetmesini önlemek için postoperatif oral kontraseptif hapların kullanımı önerilebilir [5]. Ek olarak, bir araştırmada gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) analogu nafarelinin postoperatif kullanımının plaseboya kıyasla endometriozis ile ilişkili semptomların geri dönüşünü önemli ölçüde geciktirdiği rapor edilmiştir [83]. Endometriozis cerrahisi ile ameliyat öncesi ve sonrası tıbbi tedavinin 2004 yılındaki sistematik incelemesi ve meta-analizi, ameliyat sonrası tıbbi tedavinin faydasına dair hiçbir kanıt göstermese de, meta-analizin çoklu ilaç rejimleri (GnRH analogu, danazol, oral kontraseptif hapları ve progestin) dahil olmak üzere birçok limitasyonu vardı. Bunlar takip süresindeki farklılıklar, hastalığın tekrarlamasına kadar geçen süreye ilişkin veri eksikliği, klinik olarak önemsiz noktaların kullanılması (hastanın ağrı skorlarıyla karşılaştırıldığında anatomik hastalık skorları), küçük örneklem büyüklüğü ve bias idi [44]. Bu limitasyonlara rağmen baskılayıcı tedavinin nispeten düşük riskleri nedeniyle, uzman dernekler daha iyi veriler elde edilene kadar postoperatif baskılayıcı tedavinin kullanılmasını savunmaktadır [1,2].

Ameliyat sonrası tıbbi tedavi seçenekleri, ilk tıbbi tedaviyle aynıdır. Tipik olarak birinci basamak tedaviler, östrojen-progestin kontraseptifleri veya tek başına oral progestinlerdir [84], bunların her ikisi de iyi tolere edilir, düşük risklidir ve uygun maliyetlidir. Diğer bir seçenek ise LNG'li RİA'dır [4]. Bu seçenekler etkili değilse, hastalar diğer hormonal ajanlarla (örn. GnRH agonistleri) tedavi edilebilir, ancak bunlar daha fazla olumsuz etkiyle ilişkilidir. GnRH agonistinin postoperatif daha uzun süreli (altı ay) kullanımı, endometriozisin tekrarlama riskini azaltmada üç aylık tedaviden daha etkili gibi görünmektedir [82]. Dirençli ağrısı olan veya yetersiz yanıtı olan kadınlar için aromataz inhibitörleriyle tedavi başka bir seçenektir [85].

Menopoz semptomları için hormon tedavisi: Bilateral ooferektomiye takiben, sıcak basması, gece terlemesi ve uyku bozukluğu gibi cerrahi menopoza bağlı semptomları tedavi etmek için hormonal tedavi gerekli olabilir. Bu kadınlarda hormon tedavisinden kaçınılması gerektiğine dair güçlü bir kanıt yoktur. Cerrahi sonrası menopoz için hormon tedavisi kullanan endometriozisli kadınlarda ağrı ve hastalık nüksü üzerine 2009 yılında yapılan sistematik bir inceleme ve meta-analizde, hormon tedavisinin ağrı veya hastalık nüksetmesinde istatistiksel bir artışla ilişkili olmadığı tesbit edilmiştir ancak hasta sayısının az olması çalışmanın limitasyonudur [6]. Rezidüel endometriozis lezyonlarında malign dönüşümü önlemek için progestin eklenmesini destekleyen sonuca dayalı kanıt yoktur [45]. Hormon tedavisinin göreceli riskleri ve faydaları endometriotik implantların boyutuna bağlı olabilir. Bir çalışmada, cerrahi rezeksiyon sırasında peritoneal hastalığı >3 cm olan kadınlarda, hastalığı 3 cm'den az olan kadınlara (sırasıyla % 9'a karşı % 1) kıyasla östrojen tedavisi ile tedavi edildiğinde semptomların tekrarlama riski daha yüksekti [7]. Bununla birlikte, orta veya şiddetli semptomları olan veya 45 yaşın altındaki önemli rezidüel endometriozisli kadınlar için hormon tedavisinin faydası, risklerden daha ağır basabilir [86]. Vazomotor semptomlara yönelik hormon tedavisine ameliyattan hemen sonra başlanabilir [87].

-Histerektomi geçirmiş kadınlar sadece östrojen tedavisi ile tedavi edilebilir; progesteron eklemenin hiçbir avantajı yoktur [45]. Rahatsız edici menopoz semptomları olan ve histerektomi geçirmemiş kadınlar, düşük doz östrojenle (günde 0,625 mg konjuge östrojenine eşdeğer) kombine hormon tedavisini kullanabilirler; endometriyal koruma için bir progestin kullanılabilir, ancak progestine atfedilen meme kanseri riski, progestin kullanımının eksikliğinden kaynaklanan endometrial kanser riskinden daha fazla olabilir [88]. Progestin kullanılıyorsa, meme kanseri riskinin daha düşük olması nedeniyle mikronize progesteronu tercih ediyoruz [89].

ÖZEL KONULAR

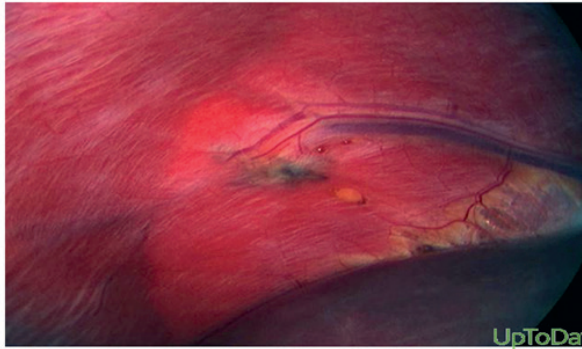
Ameliyatın tekrarlanması: Endometriozisin konservatif cerrahi tedavisinden sonra pelvik ağrı semptomları sıklıkla tekrarlar. Cerrahi tedavi sonrasında tekrarlayan pelvik ağrı şikayeti ile başvuran hasta, en olası nedenin endometriozis olduğundan emin olmak için değerlendirilmektedir. Hasta tıbbi tedavi almıyorsa tıbbi tedaviye başlanır ve başka yöntemler de eklenebilir. Hormonal tedavinin ciddi olumsuz etkileri olan veya hormonal tedaviye rağmen ağrının kötüleştiği kadınlar için cerrahi tek seçenek olabilir.

Tekrarlanan konservatif cerrahilerin etkinliğine ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Semptomların tekrarlama oranının, ilk konservatif cerrahi sonrası semptomların tekrarlama oranına benzer olduğu rapor edilmiştir (semptomların tekrarlama oranı %20 ila %40) [90]. Tekrar konservatif cerrahiye ilişkin kararlar kişiye özel olmalıdır; belirlenmiş bir maksimum prosedür sayısı yoktur. Uygulamamızda bu kararı hastanın tercihin ve aşağıdaki faktörlere dayanarak veriyoruz: (1) önceki ameliyata yanıt (yani semptomların düzelleme derecesi, semptomların tekrar ortaya çıkışına kadar geçen süre); (2) tıbbi tedaviyi tolere edebilme yeteneği; ve (3) hastanın yaşı.

Ekstrapelvik bölgeler

-Diyafram – Diyaframda lezyonlar genellikle çok sayıda ve yüzeyseldir, ancak bazıları diyafragma kasının daha derinlerine nüfuz eder (Resim 1). Cerrah, bu lezyonların diyaframın arka kısmında bulunabileceğini ve laparoskopi sırasında karaciğer tarafından gizlenebileceğini bilmelidir. Hastayı ters Trendelenburg pozisyonuna yerleştirmek, karaciğerin diyaframdan uzaklaştığını görselleştirmeye olanak tanır. Bilateral diyafragma lezyonları nadirdir. Semptomlar genellikle adet döneminde görülen sağ omuz ağrısı, yatar pozisyonda kötüleşen rahatsızlık ve nefes alırken ağrıyı içerir. Derin lezyonlar tam kat diyafragma rezeksiyonu gerektirir [91]. Menstruasyon sırasında yapılan MRG diyafragma implantlarının saptanmasında daha duyarlıdır [92].

Endometriotic lesion of the diaphragm



Resim 1: Diyafragma kasında derin infiltratif endometriozis

-Umbilikus – Umbilikal endometriozis tüm ekstrapelvik hastalıkların % 0,5 ila 1'ini oluşturur [93]. Bu lezyonlar genellikle göbek trokarının kullanıldığı laparoskopik cerrahiye sekonder olarak ortaya çıkar. Göbeğin alt kısmında döngüsel ağrı ve kanama şeklinde ortaya çıkarlar. Bu lezyonlar nadiren periton boyunca uzanır. Göbek lezyonlarının değerlendirilmesi ultrason, ince iğne biyopsisi veya manyetik rezonans görüntülemeyi içerir. Cerrahi eksizyon tercih edilen tedavi yöntemidir.

-Batin duvarı –Batin duvarı endometriozisi veya cerrahi bölge lezyonu (genellikle sezaryen skarlarında bulunur) sıklıkla adet sırasında ağrıyla ilişkili karın duvarı kitlesi olarak ortaya çıkar. Endometriyal doku peritona yüzeyseldir ve cerrahi tedavi, net sınırları doğrulamak için ameliyat sırasında dondurulmuş kesitle geniş lokal eksizyon gerektirir. Cerrahi eksizyon hastaların % 95'inden fazlasında ağrıyı iyileştirir [94].

-İnguinal Kanal–İnguinal kanal endometriotik lezyonlar genellikle kasıktaki bir şişlik olarak ortaya çıkar ve adet sırasında ağrıya neden olabilir ve hatta adet sırasında boyutları dalgalanabilir. Sağ kasık % 90 oranında etkilenir ve yerleşim yeri tipik olarak sağlam bir peritonla kaplı yuvarlak ligamanın kasık kısmına yakındır [95]. Manyetik rezonans görüntüleme veya ultrason tanıya yardımcı olabilir. Geniş lokal eksizyon ve eş zamanlı laparoskopi tercih edilen tedavi yöntemidir; İnguinal kanal lezyonu olan kadınların % 91'inde aynı zamanda karın içi hastalık da vardır [96].

-Hastalık tarafından çevrelenmiş büyük damarlar veya sinirler – Birinci basamak tedavi hormonal ilaç tedavisidir.

-İdrar yolu

-Gastrointestinal sistem

-Akciğer

ÖZET VE ÖNERİLER

-Cerrahi endikasyonlar – Endometriozisin cerrahi tedavisine yönelik endikasyonlar arasında tıbbi tedavinin başarısızlığı, reddedilmesi veya kontrendikasyonları yer alır; endometriozisin histolojik olarak doğrulanması; endometrioma görünümündeki adneksiyal kitlede malignite şüphesi; veya idrar veya bağırsak yollarının tıkanması cerrahi tedavi endikasyonlarındandır.

Pelvik ağrısı tam olarak değerlendirilemeyen, tekrarlanan ameliyatlardan sonrasında pelvik ağrısı devam eden ve menopoza yaklaşan kadınlarda ameliyattan kaçınılır.

-Konservatif ve definitif (kesin) cerrahi – Endometriozisin cerrahi tedavisi konservatif (örn. laparoskopik eksizyon ve/veya ablasyon) veya kesin prosedür (iki taraflı salpingo-ooforektomi ile birlikte veya tek başına histerektomi) olabilir. Konservatif cerrahi çoğu hasta için birinci basamak cerrahi seçenektir çünkü doğurganlığı ve hormon üretimini korur, kesin cerrahiye göre daha az invaziv ve morbidir ve kısa vadeli etkinliği belgelenmiştir. Konservatif cerrahi uygulandığında çoğu durumda lezyonların ablasyon yerine eksizyonunu öneriyoruz.

- Definitif cerrahi – Definitif cerrahi, ooforektomili veya ooforektomisiz histerektomiyi içerir. Definitif cerrahinin ana dezavantajları cerrahi riskler, doğurganlık kaybı ve cerrahi menoz semptomlarıdır.
- Histerektomi endikasyonları – Konservatif cerrahi yerine histerektomiye yalnızca kalıcı rahatsız edici endometriozis semptomları olan, gelecekte çocuk sahibi olmayı planlamayan ve hem tıbbi tedavi hem de en az bir konservatif cerrahi başarısız olan veya histerektomi için ek endikasyonları olan kadınlara uygulanır.
- Bilateral ooforektominin rolü – Endometriozis tedavisi için histerektomi yapılan kadınlara, sadece erken menoz risklerinden kaçınmaktan ziyade reoperasyon riskini azaltmaya değer verenler için bilateral salpingo-ooforektomi öneriyoruz (Grade 2C). Genel olarak, kadın menopoza yaklaştıkça ooforektomi tercihi daha olasıdır. Ooforektomi, overlerini kapsayan yaygın hastalığı olan kadınlar için de mantıklıdır. Bilateral ooforektomiye takiben, sıcak basması, gece terlemesi ve uyku bozukluğu gibi cerrahi menopoza bağlı semptomların tedavisinde hormonal tedavi kullanılabilir. Ameliyattan hemen sonra başlanabilir.
- Tanı ve tedavi için laparoskopi – Laparoskopi, özellikle ilk prosedür, hem teşhis hem de tedavi amacıyla hizmet eder. İlk adım pelvis ve karın bölgesinin araştırılmasıdır. Laparoskopide lezyonların görsel olarak incelenmesiyle endometriozis tanısı tatmin edici kabul edilir, ancak yalnızca biyopsi alınan veya eksize edilen lezyonların histolojisi kesin bir tanı sağlayabilir.
- Endometriozis implantlarını hedefleyin – Prosedürün amacı tüm endometriozis implantlarını yok etmek veya çıkarmaktır. Yüzeysel hastalıkta tek başına hiçbir yöntem (ablasyon veya eksizyon) üstün değildir. Ancak derin endometriozis için eksizyon tavsiye edilir.
- Endometriozis ile ilişkili ağrının hafifletilmesi – Laparoskopik ablasyon veya endometriozis eksizyonu uygulanan hastaların yaklaşık %75'inde ağrının giderilmesi sağlanır. Ancak 10 yıllık takipte nüks riskinin % 40'a kadar çıktığı ve hastaların yaklaşık % 20'sinin iki yıl içinde ek ameliyat geçireceği tahmin ediliyor.
- Postoperatif tıbbi baskılayıcı tedavi – Endometriozis nedeniyle cerrahi olarak tedavi edilen kadınlar için, hiçbir tedavi uygulanmaması yerine postoperatif tıbbi baskılayıcı tedaviyi öneriyoruz (Grade 1A).
- Tekrarlanan konservatif cerrahiye ilişkin hususlar– Tekrarlanan konservatif ameliyatların etkinliğine ilişkin sınırlı veri bulunmaktadır. Karar vermede yer alan faktörler arasında (1) önceki ameliyata yanıt (yani semptomların düzelme derecesi, semptomların tekrar ortaya çıkışına kadar geçen süre), (2) tıbbi tedaviyi tolere etme yeteneği ve (3) hastanın yaşı yer alır.

Referanslar

1. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion. Fertil Steril 2014; 101:927.
2. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open 2022; 2022:hoac009.
3. Parazzini F, Bertulesi C, Pasini A, et al. Determinants of short term recurrence rate of endometriosis. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005; 121:216.
4. Abou-Setta AM, Al-Inany HG, Farquhar CM. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD005072.
5. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, et al. Post-operative use of oral contraceptive pills for prevention of anatomical relapse or symptom-recurrence after conservative surgery for endometriosis. Hum Reprod 2009; 24:2729.
6. Al Kadri H, Hassan S, Al-Fozan HM, Hajeer A. Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. Cochrane Database Syst Rev 2009; :CD005997.
7. Matorras R, Elorriaga MA, Pijoan JI, et al. Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without total hysterectomy) who received hormone replacement therapy. Fertil Steril 2002; 77:303.
8. Bafort C, Beebejaun Y, Tomassetti C, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2020; 10:CD011031.
9. Misal M, Girardo M, Wasson MN. Surgical Decision Regret in Women Pursuing Surgery for Endometriosis or Chronic Pelvic Pain. J Minim Invasive Gynecol 2021; 28:1343.
10. Shakiba K, Bena JF, McGill KM, et al. Surgical treatment of endometriosis: a 7-year follow-up on the requirement for further surgery. Obstet Gynecol 2008; 111:1285.
11. Vercellini P, Crosignani PG, Abbiati A, et al. The effect of surgery for symptomatic endometriosis: the other side of the story. Hum Reprod Update 2009; 15:177.
12. Weir E, Mustard C, Cohen M, Kung R. Endometriosis: what is the risk of hospital admission, readmission, and major surgical intervention? J Minim Invasive Gynecol 2005; 12:486.
13. Roman H, Chanavaz-Lacheray I, Henne-tier C, et al. Long-term risk of repeated surgeries in women managed for endometriosis: a 1,092 patient-series. Fertil Steril 2023; 120:870.
14. Soliman AM, Du EX, Yang H, et al. Retreatment Rates Among Endometriosis Patients Undergoing Hysterectomy or Laparoscopy. J Womens Health (Larchmt) 2017.
15. Bougie O, McClintock C, Pudwell J, et al. Long-term follow-up of endometriosis surgery in Ontario: a population-based cohort study. Am J Obstet Gynecol 2021; 225:270.e1.

16. Maresh MJ, Metcalfe MA, McPherson K, et al. The VALUE national hysterectomy study: description of the patients and their surgery. *BJOG* 2002; 109:302.
17. Spilsbury K, Hammond I, Bulsara M, Semmens JB. Morbidity outcomes of 78,577 hysterectomies for benign reasons over 23 years. *BJOG* 2008; 115:1473.
18. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, et al. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Hum Reprod* 1998; 13:867.
19. MacDonald SR, Klock SC, Milad MP. Long-term outcome of nonconservative surgery (hysterectomy) for endometriosis-associated pain in women <30 years old. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180:1360.
20. Farquhar CM, Harvey SA, Yu Y, et al. A prospective study of 3 years of outcomes after hysterectomy with and without oophorectomy. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194:711.
21. Farquhar CM, Sadler L, Harvey SA, Stewart AW. The association of hysterectomy and menopause: a prospective cohort study. *BJOG* 2005; 112:956.
22. Moorman PG, Myers ER, Schildkraut JM, et al. Effect of hysterectomy with ovarian preservation on ovarian function. *Obstet Gynecol* 2011; 118:1271.
23. Halmesmaki K, Hurskainen R, Tiitinen A, et al. A randomized controlled trial of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of menorrhagia-effect on FSH levels and menopausal symptoms. *Hum Reprod* 2004; 19:378.
24. Kaiser R, Kusche M, Würz H. Hormone levels in women after hysterectomy. *Arch Gynecol Obstet* 1989; 244:169.
25. Oldenhave A, Jaszmann LJ, Everaerd WT, Haspels AA. Hysterectomized women with ovarian conservation report more severe climacteric complaints than do normal climacteric women of similar age. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168:765.
26. Siddle N, Sarrel P, Whitehead M. The effect of hysterectomy on the age at ovarian failure: identification of a subgroup of women with premature loss of ovarian function and literature review. *Fertil Steril* 1987; 47:94.
27. Riedel HH, Lehmann-Willenbrock E, Semm K. Ovarian failure phenomena after hysterectomy. *J Reprod Med* 1986; 31:597.
28. Namnoum AB, Hickman TN, Goodman SB, et al. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertil Steril* 1995; 64:898.
29. Parker WH, Broder MS, Chang E, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study. *Obstet Gynecol* 2009; 113:1027.
30. Jacoby VL, Grady D, Wactawski-Wende J, et al. Oophorectomy vs ovarian conservation with hysterectomy: cardiovascular disease, hip fracture, and cancer in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med* 2011; 171:760.
31. Løkkegaard E, Jovanovic Z, Heitmann BL, et al. The association between early menopause and risk of ischaemic heart disease: influence of Hormone Therapy. *Maturitas* 2006; 53:226.
32. Rivera CM, Grossardt BR, Rhodes DJ, et al. Increased cardiovascular mortality after early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2009; 16:15.
33. Shuster LT, Rhodes DJ, Gostout BS, et al. Premature menopause or early menopause: long-term health consequences. *Maturitas* 2010; 65:161.
34. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, et al. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Hum Reprod* 2002; 17:1334.
35. Crosignani PG, Vercellini P, Biffignandi F, et al. Laparoscopy versus laparotomy in conservative surgical treatment for severe endometriosis. *Fertil Steril* 1996; 66:706.
36. Soto E, Luu TH, Liu X, et al. Laparoscopy vs. Robotic Surgery for Endometriosis (LAROSE): a multicenter, randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2017; 107:996.
37. Nezhat CR, Stevens A, Balassiano E, Soliemannjad R. Robotic-assisted laparoscopy vs conventional laparoscopy for the treatment of advanced stage endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol* 2015; 22:40.
38. Collinet P, Leguevaque P, Neme RM, et al. Robot-assisted laparoscopy for deep infiltrating endometriosis: international multicentric retrospective study. *Surg Endosc* 2014; 28:2474.
39. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update* 2011; 17:311.
40. Della Zazzera V, Benning H, Lortie K, Singh SS. Moose Antler Sign, a Sign of Deep Endometriosis Infiltrating Bowel. *J Minim Invasive Gynecol* 2016.
41. Young SW, Dahiya N, Yi J, et al. Impact of Uterine Sliding Sign in Routine United States Ultrasound Practice. *J Ultrasound Med* 2021; 40:1091.
42. Piessens S, Edwards A. Sonographic Evaluation for Endometriosis in Routine Pelvic Ultrasound. *J Minim Invasive Gynecol* 2020; 27:265.
43. Guerriero S, Condous G, van den Bosch T, et al. Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 48:318.
44. Yap C, Furness S, Farquhar C. Pre and post operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD003678.
45. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010; 116:223.
46. ACOG Practice Bulletin No. 195: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol* 2018; 131:e172. Reaffirmed 2022.
47. Güenaga KF, Matos D, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD001544.
48. Gustofson RL, Kim N, Liu S, Stratton P. Endometriosis and the appendix: a case series and comprehensive review of the literature. *Fertil Steril* 2006; 86:298.

49. Buchweitz O, Staebler A, Tio J, Kiesel L. Detection of peritoneal endometriotic lesions by autofluorescence laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195:949.
50. Yang JZ, Van Dijk-Smith JP, Van Vugt DA, et al. Fluorescence and photosensitization of experimental endometriosis in the rat after systemic 5-aminolevulinic acid administration: a potential new approach to the diagnosis and treatment of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:154.
51. Rauh-Hain JA, Laufer MR. Increased diagnostic accuracy of laparoscopy in endometriosis using indigo carmine: a new technique. *Fertil Steril* 2011; 95:1113.
52. Lessey BA, Higdon HL 3rd, Miller SE, Price TA. Intraoperative detection of subtle endometriosis: a novel paradigm for detection and treatment of pelvic pain associated with the loss of peritoneal integrity. *J Vis Exp* 2012.
53. Vlek SL, Lier MC, Ankersmit M, et al. Laparoscopic Imaging Techniques in Endometriosis Therapy: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol* 2016; 23:886.
54. Ma T, Chowdary P, Eskander A, et al. Can Narrowband Imaging Improve the Laparoscopic Identification of Superficial Endometriosis? A Prospective Cohort Trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2019; 26:427.
55. Winkel CA. Evaluation and management of women with endometriosis. *Obstet Gynecol* 2003; 102:397.
56. Watson WJ, Sundwall DA, Benson WL. Splenosis mimicking endometriosis. *Obstet Gynecol* 1982; 59:51S.
57. Stovall TG, Ling FW. Splenosis: report of a case and review of the literature. *Obstet Gynecol Surv* 1988; 43:69.
58. Fremont RD, Rice TW. Splenosis: a review. *South Med J* 2007; 100:589.
59. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014; 29:400.
60. International Working Group of AAGL, ESGE, ESHRE and WES, Tomassetti C, Johnson NP, et al. An international terminology for endometriosis, 2021. *Hum Reprod Open* 2021; 2021:hoab029.
61. Vermeulen N, Abrao MS, Einarsson JI, et al. Endometriosis Classification, Staging and Reporting Systems: A Review on the Road to a Universally Accepted Endometriosis Classification. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28:1822.
62. Vesali S, Razavi M, Rezaeinejad M, et al. Endometriosis fertility index for predicting non-assisted reproductive technology pregnancy after endometriosis surgery: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2020; 127:800.
63. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67:817.
64. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis. *Obstet Gynecol* 2010; 116:223.
65. Burks C, Lee M, DeSarno M, et al. Excision versus Ablation for Management of Minimal to Mild Endometriosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol* 2021; 28:587.
66. Demco L. Mapping the source and character of pain due to endometriosis by patient-assisted laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998; 5:241.
67. Fritzer N, Tammaa A, Haas D, et al. When sex is not on fire: a prospective multicentre study evaluating the short-term effects of radical resection of endometriosis on quality of sex life and dyspareunia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 197:36.
68. Parker JD, Sinaii N, Segars JH, et al. Adhesion formation after laparoscopic excision of endometriosis and lysis of adhesions. *Fertil Steril* 2005; 84:1457.
69. diZerega GS, Coad J, Donnez J. Clinical evaluation of endometriosis and differential response to surgical therapy with and without application of Oxiplex/AP* adhesion barrier gel. *Fertil Steril* 2007; 87:485.
70. Johnson NP, Hummelshoj L, World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013; 28:1552.
71. Zullo F, Palomba S, Zupi E, et al. Effectiveness of presacral neurectomy in women with severe dysmenorrhea caused by endometriosis who were treated with laparoscopic conservative surgery: a 1-year prospective randomized double-blind controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:5.
72. Zullo F, Palomba S, Zupi E, et al. Long-term effectiveness of presacral neurectomy for the treatment of severe dysmenorrhea due to endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11:23.
73. Johnson NP, Farquhar CM, Crossley S, et al. A double-blind randomised controlled trial of laparoscopic uterine nerve ablation for women with chronic pelvic pain. *BJOG* 2004; 111:950.
74. Daniels J, Gray R, Hills RK, et al. Laparoscopic uterosacral nerve ablation for alleviating chronic pelvic pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 302:955.
75. Proctor ML, Latthe PM, Farquhar CM, et al. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; :CD001896.
76. Casarin J, Cromi A, Bogani G, et al. Surgical morbidity of total laparoscopic hysterectomy for benign disease: Predictors of major postoperative complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 263:210.
77. Long AJ, Kaur P, Lukey A, et al. Reoperation and pain-related outcomes after hysterectomy for endometriosis by oophorectomy status. *Am J Obstet Gynecol* 2023; 228:57.e1.
78. Duffy JM, Arambage K, Correa FJ, et al. Laparoscopic surgery for endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; :CD011031.
79. Wheeler JM, Malinak LR. Recurrent endometriosis: incidence, management, and prognosis. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146:247.
80. Rizk B, Fischer AS, Lotfy HA, et al. Recurrence of endometriosis after hysterectomy. *Facts Views Vis Obgyn* 2014; 6:219.

81. Tucker DR, Noga HL, Lee C, et al. Pelvic pain comorbidities associated with quality of life after endometriosis surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2023; 229:147.e1.
82. Zheng Q, Mao H, Xu Y, et al. Can postoperative GnRH agonist treatment prevent endometriosis recurrence? A meta-analysis. *Arch Gynecol Obstet* 2016; 294:201.
83. Hornstein MD, Hemmings R, Yuzpe AA, Heinrichs WL. Use of nafarelin versus placebo after reductive laparoscopic surgery for endometriosis. *Fertil Steril* 1997; 68:860.
84. Kaser DJ, Missmer SA, Berry KF, Laufer MR. Use of norethindrone acetate alone for postoperative suppression of endometriosis symptoms. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2012; 25:105.
85. ACOG Committee Opinion No. 738: Aromatase Inhibitors in Gynecologic Practice. *Obstet Gynecol* 2018; 131:1.
86. Rozenberg S, Antoine C, Vandromme J, Fastrez M. Should we abstain from treating women with endometriosis using menopausal hormone therapy, for fear of an increased ovarian cancer risk? *Climacteric* 2015; 18:448.
87. Hickman TN, Namnoum AB, Hinton EL, et al. Timing of estrogen replacement therapy following hysterectomy with oophorectomy for endometriosis. *Obstet Gynecol* 1998; 91:673.
88. Beral V, Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362:419.
89. Campagnoli C, Ambroggio S, Lotano MR, Peris C. Progestogen use in women approaching the menopause and breast cancer risk. *Maturitas* 2009; 62:338.
90. Vercellini P, Barbara G, Abbiati A, et al. Repetitive surgery for recurrent symptomatic endometriosis: what to do? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009; 146:15.
91. Redwine DB. Diaphragmatic endometriosis: diagnosis, surgical management, and long-term results of treatment. *Fertil Steril* 2002; 77:288.
92. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, et al. Thoracic endometriosis syndrome: CT and MRI features. *Clin Radiol* 2014; 69:323.
93. Kodandapani S, Pai MV, Mathew M. Umbilical laparoscopic scar endometriosis. *J Hum Reprod Sci* 2011; 4:150.
94. 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.
95. Clausen I, Nielsen KT. Endometriosis in the groin. *Int J Gynaecol Obstet* 1987; 25:469.
96. Candiani GB, Vercellini P, Fedele L, et al. Inguinal endometriosis: pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1991; 78:191.

Op. Dr. Gamze Akın Evsen**Memorial Diyarbakır Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum**

Değerli hocalarım ve meslektaşlarım, öncelikle genç bir uzman olarak periferde çalışma deneyimlerimi ve yaşadıklarımı paylaşmaktan büyük mutluluk ve heyecan duyduğumu belirtmek isterim. 2014 yılında Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olarak TUS ta herkesin "bu puanla kadın doğum mu yazacaksın?" diye beni vazgeçirmeye çalıştığı, "yazacaksan en azından en yüksek puanlı illeri yaz " diyerek kafamı karıştırmalarına rağmen gönülünden geçeni tek tercih olarak yazdım. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalında asistanlık sürecime başladım. Tıp fakültesi 4. Sınıftan itibaren kurduğum hayalim de gerçekleşmiş oldu. Zorlu asistanlık süreci gerçekten zorladı ama mesleğimi, hastalarımı, bebeklerimi hep çok sevdim hala da çok severek yapıyorum işimi. Asistanlık sürecim bittiğinde taşıdığım bir can vardı ve artık hem yenidoğanını hem de uzmanlığını kollarına almış 2 çocuklu bir anneydim. İkisine de sahip çıkmalıydım hakkıyla büyütmeliydim. Zor muydu ? hayatımın en zor aşamasıydı. 14 günlük anne iken evim ve eşimin görev yeri merkezde olmasına rağmen Diyarbakır'ın Ergani ilçesine atandım. Bebeğim 6 aylık olunca da görevime başladım. Yaklaşık 130 bin nüfusu olan ilçe, Diyarbakır ve Elazığ'ın pek çok ilçe ve köyüne hizmet veren nisbeten imkanları iyi hemen hemen her branşın olduğu aktif ameliyathane ve doğumhanesi olan bir hastaneye sahip. Gittiğimde orada görev yapan hekimin son günleriydi ve yaklaşık 4-5 ay tek hekim sonrasında 2 hekim arkadaşım ile toplam 2 yıl görev yaptım. İlk dönemler süt iznim olmasına rağmen günde 60-70 hasta, tam güne geçtikten sonra ise 80-90 civarı hasta bakıyordum. Poliklinik hizmetleri dışında jinekolojik müdahale ve ameliyatlar, sezeryanlar öğle arama eşlik eden aktivitelerim olmuştu . Böyle büyük bir nüfusa böyle bir hastanede yetebilmek gerçekten çok zordu. İlk dönemler adeta sudan çıkmış balığa döndüm ancak toparlanmam uzun sürmedi. Üniversitede alıştığım sistemi hemen mevcut şartlara adapte ettim. Öncelikle ne yaptığımı bilmek benim için her zaman önemli olduğundan hocalarımdan da öyle gördüğümünden herşeyi olabildiğince kaydetmeye çalıştım. Epikriz şablonları, gebe takip formları, hastalığa göre genel tedavi şablonları ve genel orderları elektronik ortamda tasarlayıp zamandan kazanmaya çalıştım. İmkani merkeze gitmeye müsait olmayan hastaları idare edebilme çabası, vicdani rahatsızlığı daha çok çalışmaya teşvik etti beni. Normal doğum oranı yüksek bir hastane olması başta beni çok tedirgin etmişti ancak doğumhane ekibinin tecrübe ve yaklaşımını görüp hizmet içi eğitim ile standartlar oturtuktan sonra en rahat ettiğim bölüm olmuştu. Genç bir uzman olarak tecrübeli ebelerimizden çok deneyim elde ettim. Mecburi hizmetimin en büyük sıkıntısı pandemi dönemine denk gelmesi oldu. Merkeze sevkleri azaltıp pek çok jinekolojik vakayı almaya başlamıştım ki hepimizin hayatını tamamen değiştiren kovid salgınının başlaması ile ameliyathanemiz elektif vakalara kapandı. Mesleki gelişim açısından üzücü bir durum olsada acil operasyonlar ve gebeler ile çalışmaya

devam ettim. Özellikle pandemi döneminde mümkün olduğunca az sevk ile hastaları kendi sınırlarımızda tutmaya çalıştık. Böyle yoğun bir ortamda hasta sayısı, yapılan işlem sayısı arttıkça tabiki komplikasyonlar da görülmeye başlanıyor. İlk komplikasyonlar her zaman can sıkıcıdır ancak aynı bölgede ihtisas yapmanın rahatlığını iliklerime kadar hissediyordum. Yaşadığım her sıkıntıda uzmanlık eğitimi aldığım kliniğimin hocalarından gerek fikir gerekse ileri merkeze sevk konusunda hep destek gördüm. Yine aynı klinikten mezun olan 2 uzman arkadaşım ile çalışmam gerçekten en büyük şansımı. Mesleğimiz zor, yorucu ve karmaşık. Sıkıntılı vakalarda destek gerektiren durumlarda yanınızda size yardımcı olabilecek bir meslektaşınızın olması çok kıymetli. Tek çalıştığım dönemlerde ilk uzmanlık aylarımda eksikliğini pek çok kez hissetmiştim.

Her ne kadar zor da olsa yoğun da olsa hedeflerime henüz tamamen ulaşamamış olsam da mecburi hizmet benim için bir yazının giriş paragrafı, bir filmin ilk 15 dakikası...Yaptığımız meslek her gün yeni şeyler öğretecek, yeni sıkıntılar oluşturacak ve sosyal yaşantılar anı mesleki sıkıntılar deneyim olarak aktarılacak. Deneyimlerimiz ve anılarımız bizi her geçen gün daha güvenle adım atan, sıkıntılarla rahatlıkla başa çıkan hekimlere dönüştürüp, kendimize rol model gördüğümüz meslek büyüklerimizin yoluna iletecek.

Saygılarımla...

Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu



Bir ağabeyden meslektaşlarına mektup.

Sevgili meslektaşlarım, sizlerle şimdiye kadar hep bilimsel konuları tartışmak üzere bir araya geldik!

Prof. Dr. Erdal Sak hoca bana söyleşi tadında ve anı içerikli bir yazı teklif edince ne kadar zor olduğunu anladım. Bu seviyede bir topluluğa yazı yazmak hiç kolay değilmiş.

"Bu camianın bir yarısı ağabey diğer yarısı hocam derken, az sayıda Fatih diye hitap edenler kaldı" sözcüğü bana cesaret verdi.

Bu mesleğin uzun bir eğitim sürecine ihtiyaç göstermesi usta çıkar ilişkisinin önemli olduğunu göstermektedir. Nacizane görüşüm, tıp diploması ve hatta uzmanlık yeni alınmış bir şoför ehliyetine benzemektedir. Bu belgeler bize hastaya zarar vermeden tecrübe kazanmamıza ve ustalaşmamıza olanak sağlamaktadır. Daha sonrası ustalarımızın yanında geçirdiğimiz sürenin kalitesi ve uzunluğu ile perçinleşmektedir.

Özellikle cerrahi branşlarda, nerede uzmanlık aldığın, kiminle çalıştığın, çoğu kez mezun olduğun tıp fakültelerinin önüne geçmektedir. Günümüzde muazzam fırsatlar var! İnternet ortamında bir çok ustanın tecrübelerini izlemek ve tartışmak mümkün oluyor. Yıllanmış hala ayakta duran hoca ve ağabeylerden yoğun bir şekilde istifade ediniz.

Ben hala bir kongrede veya kahve molasında sohbet ederken, yıllarca atladığım ve cevabını bulamadığım soruların açıklamasına kavuştum. Hatta bu sohbetler sonucu yazdığım bir derleme veya başladığım çalışma olmuştur. Bilgi ve tecrübe coşkun bir dere gibi internet dünyasında önümüzden akıp gidiyor.

Ülkemizde son yıllarda çok sayıda ve kaliteli toplantılar yapılıyor. Maalesef standart olmayan tıp ve uzmanlık eğitimin oluşturduğu eksikleri tamamlamak için bu toplantılar çok önemli. Bu toplantıların kayda alınması ve internet ortamında hekimlere ulaştırılması zorunlu olmalıdır. Hatta internet ortamında bu toplantı ve kongrelerin yapılması, dağıtılması eşsiz bir hizmet olacaktır. Tıp alanında ulaştığımız kalite ve seviyenin bütün meslektaşlarımıza ulaşması elzemdir.

Bunların yanında yoğun vaka ve tecrübe yükü olan merkezlerin rotasyon hizmeti sunarak diğer merkezlerde çalışan meslektaşlarımızın güncellemesine katkı sağlaması çok önemlidir.

Bu konuda dernekler ve eğitim veren kuruluşlar el ele vererek uygulama alanları oluşturmak suretiyle görevi üstlenmelidir.

Sevgi ve Saygılarımla...

Prof. Dr. A. Fatih Durmuşoğlu



21. ULUSAL JİNEKOLOJİ VE OBSTETRİK KONGRESİ

15-19
MAYIS
2024

Limak Cyprus
Deluxe Hotel
Kıbrıs

www.tjodkongre.org

TJOD 2024