

Bölüm 10

GASTROİNTESTİNAL ENDOMETRİOZİS

Esin KAPLAN¹³

Endometriozis, uterus boşluğu dışındaki endometrial mukozanın varlığı olarak tanımlanır. En yaygın kabul gören teori, endometriyal dokunun fallop tüpü yoluyla pelvis içine retrograd menstrüasyonudur(1). Üreme çağındaki kadınların yaklaşık % 10' unu etkiler. Asemptomatik kalabilmesine rağmen, tipik olarak dis-menore, dispareni ve subfertilite ile ilişkilidir (2-3). Endometriozis üreme çağındaki kadınlar arasında oldukça yaygın bir patoloji olmasına rağmen, gastrointestinal sistem tutulumu olguların sadece% 12-15'inde görülür (4). Gastrointestinal endometriozisin en sık görülen semptomu, adet döngüsünü izleyen kramp benzeri alt karın ağrısıdır. Diğer semptomlar kabızlık veya ishal, melena, rektal kanama, aşikar kitle, meteorizm ve abdominal distansiyondur (5). Bazı vakalarda, gastrointestinal endometriozis, ani başlangıçlı karın ağrısı ile ortaya çıkabilir, akut apandisit veya bağırsak obstrüksiyonu gibi diğer hastalıkları taklit edebilir. Endometriozis üç klinik formda ortaya çıkabilir: yüzeysel peritoneal implantlar, endometriotik over kistleri ve infiltrasyonlu endometriozistir (2, 6).

Endometriozis tanısı esasen hastalığın heterojen görünümü ve preoperatif testlerin yetersiz tanısal değeri nedeni ile cerrahidir (2, 7). Semptomların şiddeti ile endometriozis derecesi arasında zayıf bir korelasyon olmasına rağmen, infiltrasyon derinliği ile orantılıdır (8-9). Kolonun serosal tabakasında sınırlı yüzeysel endometriotik implantlar genellikle asemptomatiktir. Tersine, derin infiltrasyon lezyonları ciddi gastrointestinal semptomlara neden olabilir (10). Endometriozisten etkilenen bağırsak segmenti histolojik olarak dört aşamada sınıflandırılabilir: endometriotik doku sadece periton ve subserozal bağ dokusunu etkileyorsa; evre 0, endometriotik odaklar, subserozal yağ dokusunda veya nörovasküler dallara

¹³ Uzman Doktor, Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi Gastrointestinal Cerrahi Kliniği, esink84@gmail.com

Endometriozis tedavisinde kullanılan ilaçlar danazol, progestinler, oral kontraseptif hapları, gonadotropin salgılayan hormon (GnRH) agonistleri ve mifepriston-dur (RU-486). Her biri sınırlı bir temelde başarılı olmuştur (17-18). Her ne kadar semptomları hafifletmek amacıyla tıbbi tedavi önerilse de, ağrı semptomları tedavinin kesilmesiyle yeniden başladığından kesin olarak tedavi edici değildir (19). Ameliyat öncesi ve / veya hasta ameliyat için uygun değilse ilaç verilebilir (20).

Bağırsak obstrüksiyonu, kanama ve şiddetli ağrı semptomları varsa ve maligniteden şüpheleniliyorsa, cerrahi, intestinal endometriozis için tedavi seçeneğidir. Bağırsakda derin endometriozis lezyonlarının sayısı ve büyüklüğü, anal wergçe olan mesafe ve lenfatik yayılım, en iyi cerrahi yaklaşımı tanımlamak için çok önemli parametrelerdir (21). Etkilenen barsakların cerrahi rezeksiyonu, sadece tam obstrüksiyon, malignite ve tedavi edilemeyen ağrı durumunda gereklidir (22). Cerrahların çoğunun laparoskopi tercih etmesine rağmen, cerrahın deneyim ve becerileri başarısını etkilemektedir. Kolorektal endometriozisin laparoskopik tedavisinin, ileri evrelerde bile neredeyse tüm hastalarda uygulanabilir ve etkili olduğu kanıtlanmıştır (23-24). Her ne kadar total abdominal histerektomi ve bağırsak rezeksiyonu sırasındaki bilateral salpingo-oforektominin, sonuçları iyileştirdiğine dair raporlar olmasına rağmen, bu tedavi şekli tam olarak kabul görmemiştir (25). Bu prosedür sadece perimenopozal kadınlarda ve doğurganlık istemeyen kadınlarda düşünülmelidir (12). Sonuç olarak, intestinal endometriozisin tedavisi multidisipliner bir yaklaşım ve jinekologlar, genel cerrahlar ve gastroenterologlardan oluşan bir ekip tarafından izlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Giudice LC, Kao LC (2004) Endometriosis. *Lancet* 364:1789– 1799
2. Prystowsky J. B., Stryker S. J., Ujiki G. T., Potucha S. M. Gastro-intestinal endometriosis. *Arch Surg*, 1988, 123 : 855-8.
3. Olive D. L., Schwartz L. B. Endometriosis. *N Eng J Med*, 1993,328 : 1759-69.
4. Tong YL, Chen Y, Zhu SY (2013) Ileocecal endometriosis and a diagnosis dilemma: a case report and literature review. *World J Gastroenterol* 19:3707–3710
5. Torralba-Moron A, Urbanowicz M, Ibarrola-De Andres C, Lopez Alonso G, Colina-Ruizdelgado F, Guerra-Vales JM (2016) Acute small bowel obstruction and small bowel perforation as a clinical debut of intestinal endometriosis: a report of four cases and review of the literature. *Intern Med* 55:2595–2599
6. Chapron C., Dubuisson J. B. Laparoscopic treatment of deep endo-metriosis located on the uterosacral ligaments. *Hum Reprod*, 1996, 11 : 868-73.
7. Redwine D. B., Wright J. T. Laparoscopic treatment of complete obliteration of the cul-de-sac associated with endometriosis: long-term follow-up of en bloc resection. *Fertil Steril*, 2001, 76: 358-65.
8. Ripps B. A., Martin D. C. Correlation of focal tenderness with implant dimension and stage of endometriosis. *J Reprod Med*,1992, 37 : 620-4.

9. Koninckx P. R., 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 : 759-65.
10. Remorgida V., Ragni N., Ferrero S., Anserini P., Torelli P., Fulcheri E. How complete is full thickness disc resection of bowel endometriotic lesions? A prospective surgical and histological study. *Human Reproduction*. 2005;20(8):2317–2320. doi: 10.1093/humrep/dei047.
11. Remorgida V., Ragni N., Ferrero S., Anserini P., Torelli P., Fulcheri E. The involvement of the interstitial Cajal cells and the enteric nervous system in bowel endometriosis. *Human Reproduction*. 2005;20(1):264–271. doi: 10.1093/humrep/deh 568
12. Cameron I. C., Rogers S., Collins M. C., Reed M. W. R. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. *International Journal of Colorectal Disease*. 1995;10(2):83–86. doi: 10.1007/bf00341202.
13. Trippia C. H., Zomer M. T., Terazaki C. R. T., Martin R. L. S., Ribeiro R., Kondo W. Relevance of imaging examinations in the surgical planning of patients with bowel endometriosis. *Clinical Medicine Insights: Reproductive Health*. 2016;10:1–8. doi: 10.4137/CMRH.S29472.
14. Yoshida M., Watanabe Y., Horiuchi A., Yamamoto Y., Sugishita H., Kawachi K. Sigmoid colon endometriosis treated with laparoscopy-assisted sigmoidectomy: significance of preoperative diagnosis. *World Journal of Gastroenterology*. 2007;13(40):5400–5402. doi: 10.3748/wjg.v13.i40.5400.
15. Faccioli N., Manfredi R., Mainardi P., et al. Barium enema evaluation of colonic involvement in endometriosis. *American Journal of Roentgenology*. 2008;190(4):1050–1054. doi: 10.2214/AJR.07.3062.
16. Bozdech J. M. Endoscopic diagnosis of colonic endometriosis. *Gastrointestinal Endoscopy*. 1992;38(5):568–570.
17. Mahutte N. G., Arici A. Medical management of endometriosis-associated pain. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*. 2003;30(1):133–150. doi: 10.1016/s0889-8545(02)00057-8.
18. Seracchioli R., Mabrouk M., Frascà C., Manuzzi L., Savelli L., Venturoli S. Long-term oral contraceptive pills and postoperative pain management after laparoscopic excision of ovarian endometrioma: a randomized controlled trial. *Fertility and Sterility*. 2010;94(2):464–471. doi: 10.1016/j.fertnstert.2009.03.083.
19. Somigliana E., Busnelli A., Benglià L., et al. Postoperative hormonal therapy after surgical excision of deep endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2017;209:77–80. doi: 10.1016/j.ejogrb.2016.03.030.
20. Nezhat C., Falik R., McKinney S., King L. P. Pathophysiology and management of urinary tract endometriosis. *Nature Reviews Urology*. 2017;14(6):359–372. doi: 10.1038/nrurol.2017.58.
21. Abrão M. S., Petraglia F., Falcone T., Keckstein J., Osuga Y., Chapron C. Deep endometriosis infiltrating the recto-sigmoid: critical factors to consider before management. *Human Reproduction Update*. 2015;21(3):329–339. doi: 10.1093/humupd/dmv003
22. Cameron I. C., Rogers S., Collins M. C., Reed M. W. R. Intestinal endometriosis: presentation, investigation, and surgical management. *International Journal of Colorectal Disease*. 1995;10(2):83–86. doi: 10.1007/bf00341202.
23. Darai E., Thomassin I., Barranger E., et al. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2005;192(2):394–400. doi: 10.1016/j.ajog.2004.08.033.
24. Lattarulo S., Pezzolla A., Fabiano G., et al. Intestinal endometriosis: role of laparoscopy in diagnosis and treatment. *International Journal of Surgery*. 2009;94:310–314.
25. Urbach D. R., Reedijk M., Richard C. S., Lie K. I., Ross T. M. Bowel resection for intestinal endometriosis. *Diseases of the Colon & Rectum*. 1998;41(9):1158–1164.