

Bölüm 12

ÜRİNER SİSTEM ENDOMETRİOZİSİ

Mutlu DEĞER¹⁵

Fesih OK¹⁶

Volkan İZOL¹⁷

GİRİŞ

Endometriozis, uterus dışındaki endometrial bezlerin ve stroma benzeri lezyonların varlığı olarak tanımlanır(1). Endometriozis üreme çağındaki tüm kadınların % 10-15'ini ve kronik pelvik ağrılı kadınların % 70'ini etkiler(2). Endometriozis geleneksel olarak üç ana başlıkta sınıflandırılır: ovaryan endometriozis, yüzeysel peritoneal endometriozis ve derin infiltratif endometriozis (DİE)(3). DİE en şiddetli tiptir ve üreme çağındaki kadınlar arasındaki prevalansı %1'dir. DİE stroma ve/veya endometriyal glandüler epitelin uterin kavite ve kaslarının dışında implante olarak retroperitoneal boşluğu veya pelvik organların duvarlarını en az 5 mm derinlikte penetre etmesi şeklinde tanımlanmaktadır(4). Bu lezyonlar sıklıkla Douglas poşu, uteroskaral ligaman, broad ligaman, ureterler ve mesanede görülür.

Üriner sistem endometriozisi (ÜSE) mesane ve/veya ureterleri nadir olarak da böbreği içerir(5). Son yıllarda ÜSE daha çok tanı almaya başlamıştır. ÜSE, endometriozisli tüm kadınların %0.3-12'sinde görülmektedir(6). DİE sıklıkla üriner semptom ve şikayetlere bağlı olarak teşhis edilmektedir. Bu bölümde ÜSE epidemiyolojisi, klinik bulguları, tanı ve tedavisi anlatıldı.

Epidemiyoloji

ÜSE, endometriozisli kadınların yaklaşık %1'inde bulunur, ancak prevalansı DİE'li hastalarda %19-53'e kadar yükselir. Mesane tutulumu en sık görülen ÜSE tipi olup vakaların %70-85'ini kapsarken ureter tutulumu %9-23 oranında görü-

¹⁵ Öğretim görevlisi Dr- Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Bölümü, drmutludeger@gmail.com

¹⁶ Uzman Dr Fesih OK - Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Bölümü, fesihok0121@gmail.com

¹⁷ Doçent Dr - Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Üroloji Bölümü, volkanizol@yahoo.com

yaparken double-J üreter kateteri kullanılması gereklidir. Yapılan bazı çalışmalar UNS'nin cerrahi tedaviyi tekrarlamaya gerek kalmadan uzun vadede iyi sonuçlar verdiğini göstermiştir(34).

Endoskopik Tedavi

Endoskopik lazer ablasyonu ile intrinsik üreter endometriozis tedavisinin başarılı olduğunu gösteren bazı çalışmalar mevcuttur fakat bu konu ile ilgili daha geniş serilere ihtiyaç vardır. Radikal olmayan tedavi yöntemlerinden sonra relaps oranı %30 dur(35). Terapötik başarıyı sağlamak ve komplikasyonları önlemek için uygun preoperatif sınıflandırma, cerrahi yayılımın belirlenmesi ve jinekolojik ve ürolojik laparoskopide deneyim gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet*. 2004; 364(9447):1789-99. [PubMed: 15541453]
2. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 1994; 2:43-47. [PubMed: 9050532]
3. Cordeiro Gonzalez P, Punal Pereira A, Blanco Gomez B, Lema Grille J. Bladder endometriosis: report of 7 new cases and review of the literature. *Arch Esp Urol*. 2014;67:646-9.
4. Olive DL, Pritts EA. Treatment of endometriosis. *N Engl J Med*. 2001;345:266- 75.
5. Comiter CV. Endometriosis of the urinary tract. *Urol Clin North Am*. 2002;29:625-35.
6. Collinet P, Marcelli F, Villers A, et al. Management of endometriosis of the urinary tract. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006;34:347-52.
7. Maeda T, Uchida Y, Nakajima F. Vesical endometriosis following the menopause. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2009;20:1515-7.
8. Chapron C, Chopin N, Borghese B, et al. Deeply infiltrating endometriosis: pathogenetic implications of the anatomical distribution. *Hum Reprod*. 2006;21:1839-45.
9. Donnez J, Van Langendonck A, CasanasRoux F, et al. Current thinking on the pathogenesis of endometriosis. *Gynecol Obstet Invest*. 2002;54 Suppl 1:52-8.
10. Somigliana E, Vercellini P, Gattei U, Chopin N, Chiodo I, Chapron C. Bladder endometriosis: getting closer and closer to the unifying metastatic hypothesis. *Fertil Steril*. 2007;87:1287-90.
11. Yohannes P. Ureteral endometriosis. *J Urol*. 2003;170:20-5.
12. Vercellini P, Busacca M, Aimi G, Bianchi S, Frontino G, Crosignani PG. Lateral distribution of recurrent ovarian endometriotic cysts. *Fertil Steril*. 2002;77:848-9.
13. Vercellini P, Frontino G, Pisacreta A, De Giorgi O, Cattaneo M, Crosignani PG. The pathogenesis of bladder detrusor endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;187:538-42.
14. Nezhat CH, Malik S, Osias J, Nezhat F, Nezhat C. Laparoscopic management of 15 patients with infiltrating endometriosis of the bladder and a case of primary intravesical endometrioid adenocarcinoma. *Fertil Steril*. 2002;78:872-5.
15. Villa G, Mabrouk M, Guerrini M, et al. Relationship between site and size of bladder endometriotic nodules and severity of dysuria. *J Minim Invasive Gynecol*. 2007;14:628-32.
16. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril*. 2002;78:719-26.
17. Westney OL, Amundsen CL, McGuire EJ. Bladder endometriosis: conservative management. *J Urol*. 2000;163:1814-7.

18. Genc M, Genc B, Karaarslan S, Solak A, Saracoglu M. Endometriosis localized to urinary bladder wall mimicking urinary bladder carcinoma. *Arch Ital Urol Androl.* 2014;86:233-4.
19. Balleyguier C, Chapron C, Dubuisson JB, et al. Comparison of magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in diagnosing bladder endometriosis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9:15-23.
20. Chamie LP, Blasbalg R, Pereira RM, Warmbrand G, Serafini PC. Findings of pelvic endometriosis at transvaginal US, MR imaging, and laparoscopy. *Radiographics.* 2011;31:E77-100.
21. Manganaro L, Fierro F, Tomei A, et al. Feasibility of 3.0T pelvic MR imaging in the evaluation of endometriosis. *Eur J Radiol.* 2012;81:1381-7.
22. Saba L, Sulcis R, Melis GB, et al. Endometriosis: the role of magnetic resonance imaging. *Acta Radiol.* 2015;56:355-67.
23. Bulun SE. Endometriosis. *N Engl J Med.* 2009;360:268-79.
24. Seracchioli R, Mabrouk M, Montanari G, Manuzzi L, Concetti S, Venturoli S: Conservative laparoscopic management of urinary tract endometriosis UTE. surgical outcome and long-term follow-up. *Fertil Steril.* 2010;94:856-61.
25. Takamura M, Koga K, Osuga Y, et al. Postoperative oral contraceptive use reduces the risk of ovarian endometrioma recurrence after laparoscopic excision. *Hum Reprod.* 2009;24:3042-8.
26. Karadag MA, Aydin T, Karadag OI, et al. Endometriosis presenting with right side hydronephrosis only: a case report. *J Med Case Rep.* 2014;8:420.
27. Seracchioli R, Raimondo D, Di Donato N, et al. Histological evaluation of ureteral involvement in women with deep infiltrating endometriosis: analysis of a large series. *Hum Reprod.* 2015;30:833-9.
28. Knabben L, Imboden S, Fellmann B, Nirgianakis K, Kuhn A, Mueller MD. Urinary tract endometriosis in patients with deep infiltrating endometriosis: prevalence, symptoms, management, and proposal for a new clinical classification. *Fertil Steril* 2015;103:147-52.
29. Seracchioli R, Mabrouk M, Manuzzi L, et al. Importance of retroperitoneal ureteric evaluation in cases of deep infiltrating endometriosis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:435-9.
30. Sillou S, Poiree S, Millischer AE, Chapron C, Helenon O. Urinary endometriosis: MR Imaging appearance with surgical and histological correlations. *Diagn Interv Imaging.* 2015;96:373-81.
31. Babu SM, Sandeep P, Pathade A, Nagaraj HK. Bleeding ureter: endometriosis masquerading as a ureteral malignancy - a case report. *J Clin Diagn Res.* 2014;8:ND10-11.
32. Castaneda CV, Shapiro EY, Ahn JJ, et al. Endoscopic management of intraluminal ureteral endometriosis. *Urology.* 2013;82:307- 12.
33. Mu D, Li X, Zhou G, Guo H. Diagnosis and treatment of ureteral endometriosis: study of 23 cases. *Urol J.* 2014;11:1806-12.
34. Schonman R, Dotan Z, Weintraub AY, et al. Long-term follow-up after ureteral reimplantation in patients with severe deep infiltrating endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2013;171:146-9.
35. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G, Bergamini V, Berlanda N, Carmignani L. Long-term follow-up after conservative surgery for bladder endometriosis. *Fertil Steril.* 2005;83:1729-33.