

Bölüm 29

ADOLESANLARDA ENDOMETRİOZİS

Emine Burcu ÇIĞŞAR KUZU³⁷

GİRİŞ

Endometriozis; endometrial bez ve stromal dokunun normal yeri olan endometrium dışında bulunduğu, pelvik ağrı ve infertiliteyle karakterize inflamatuvar bir hastalıktır [1]. Toplumda reproduktif yaştaki kadınların %4-10'unu, kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadınların ise yaklaşık %80'ini etkiler [2]. Adolesanlarda görülme sıklığıyla ilgili çok kesin veriler olmamakla beraber çeşitli çalışmalarda endometriozis ön tanısıyla laparaskopi yapılan hastalarda %19-73 arasında görüldüğü bildirilmiştir [3]. Çoğunlukla over, periton ve rektovaginal septumda rastlanan endometriozisin patogenezi halen net değildir. Retrograd menstrüasyona bağlı olarak peritoneal endometriozisin başlaması en çok kabul gören patogenezdır [4]. Erken menarş, aile hikayesi ve servikal agenezi, imperfore hymen gibi obstruktif tip Mülleryen anomaliler adolesan endometriozisi için bildirilen risk faktörleridir [5]. Son yıllarda ortaya atılan bir diğer hipotez ise neonatal kanamadır, retrograd menstrüasyon ile multipotent endometrial mezenkimal kök hücrelerin ve epitelial progenitör hücrelerin abdominal yüzeyde çeşitli odaklara implante olup pubertede menarş ile birlikte estrojen etkisiyle aktive olarak endometriozis patolojisine neden olduklarını ileri sürülmektedir [6].

Endometriozis daha çok erişkin hastalığı olarak bilinse de tanı alan hastalar geriye dönük sorgulandığında semptomların adolesan dönemden itibaren görüldüğü bildirilmektedir [4]. Adolesan dönemde endometriozis görülme sıklığının daha az olduğunun sanılması abdominal ultrasonografi ile pelvik dokuları net değerlendirilememesi ve gerekli görüldüğünde tanı için önerilen cerrahi bakımın çoğunlukla kabul edilmemesine bağlanabilir. Son yıllarda adolesan dönemde tanı

³⁷ Op. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Kliniği, ebcigsar@gmail.com

KAYNAKLAR

1. Johnson NP, Hummelshoj L, for The World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod* 2013;28:1552–1568.
2. Giudice LC, Kao LC. Endometriosis. *Lancet* 2004; 364:1789 – 1799.
3. Kontoravdis A, Hassan E, Hassiakos D, et al. Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1999; 26:76 – 77.
4. Saridoğan E Endometriozis in teenagers. *Womens Health (Lond)* 2015;11:705–709
5. Treloar SA, Bell TA, Nagle CM, et al. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202:534–6.
6. Brosens I, Gargett CE, Guo SW, et al. Origins and Progression of Adolescent Endometriosis. *Sci.* 2016 ;23:1282-8.
7. Steenberg CK, Tanbo TG, Qvigstad E. Endometriosis in adolescence: predictive markers and management. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:491–495.
8. Ballweg ML. Big picture of endometriosis helps provide guidance on approach to teens: comparative historical data show endo starting younger, is more severe. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2003;16: 21-26.
9. Dowlut-McElroy T, Strickland JL. Endometriosis in adolescents *Curr Opin Obstet Gynecol* 2017, 29:306 – 309
10. Audebert A, Lecoindre L, Afors K, et al. Adolescent endometriosis: report of a series of 55 cases with a focus on clinical presentation and long-term issues. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:834–40.
11. Selam B. Endometriyozisde güncel yaklaşım. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005; 47: 318-323.
12. Somigliana E, Vercellini P, Vigano P, et al. Non-invasive diagnosis of endometriosis: the goal or own goal? *Hum Reprod* 2010;25:1863–8.
13. Chapron C, Dumontier I, Dousset B, et al. Results and role of rectal endoscopic ultra- sonography for patients with deep pelvic endometriosis. *Hum Reprod* 1998; 13: 2266-2270.
14. Dunselman GA, Vermeulent N, Becker C et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod* 2014;29:400-12.
15. Brosens I, Gordts S, Benagiano G. Endometriosis in adolescents is a hidden, progressive and severe disease that deserves attention, not just compassion. *Hum Reprod* 2013;28:2026-31.
16. Redwine DB. Age-related evolution in color appearance of endometriosis. *Fertil Steril* 1987; 48:1062–3.
17. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997;67:817–21.
18. Audebert A, Lecoindre L, Afors K, et al. Adolescent endometriosis: report of a series of 55 cases with a focus on clinical presentation and long-term issues. *J Minim Invasive Gynecol* 2015;22:834–40.
19. Dovey S, Sanfilippo J. Endometriosis and the adolescent. *Clin Obstet Gynecol* 2010; 53:420 – 8.
20. Balasch J, Creus M, Fabregues F, et al. Visible and non-visible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain: a prospective study. *Hum Reprod* 1996;11:1163–5.
21. National Institute for Health and Clinical Excellence. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. London: RCOG Press; 2005.
22. Vercellini P, Cortesi I, Crosignani PG. Progestins for symptomatic endometriosis: a critical analysis of the evidence. *Fertil Steril* 1997; 68: 393-401.
23. Yeung, P Jr, Sinervo K, Winer W, et al. Complete laparoscopic excision of endometriosis in teenagers: is postoperative hormonal suppression necessary? *Fertil. Steril.* 2011;95: 1909–12.

24. Vercellini, P, Fedele, L, Arcaini, L, et al. Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. *J. Reprod. Med.* 1989;34:827–30.
25. Divasta AD, Laufer MR. The use of gonadotropin releasing hormone analogues in adolescent and young patients with endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013;25:287–92.
26. Greco CD. Management of adolescent chronic pelvic pain from endometriosis: a pain center perspective. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003;16:17–9.
27. Doyle JO, Missmer SA, Laufer MR. The effect of combined surgical-medical intervention on the progression of endometriosis in an adolescent and young adult population. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009; 22:257 – 63.
28. Laufer MR, Goitein L, Bush M, et al. Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 1997; 10: 199-202.
29. Divasta AD, Laufer MR, Gordon CM. Bone density in adolescents treated with a GnRH agonist and add-back therapy for endometriosis. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20: 293-7.