

Bölüm 33

ENDOMETRİOMA YÖNETİMİNDE CERRAHİ TEKNİK NE OLMALI

Doç. Dr. Mert GÖL

ÜNİTE 3

Endometriomalarda uygulanacak cerrahi tekniklerin seçimi hastanın gelecek fertilitesi ve menopozal durumunu belirleyeceği için çok önem arz etmektedir. Gereksiz bir cerrahi girişim ya da yanlış bir cerrahi teknik sonucunda tedaviden beklentilerimiz tamamen değişerek cerrahi öncesi hastanın mevcut koşullarını arar hale gelmememiz için, endike olgulara uygun ve over rezervine en az zarar verecek yöntemi seçmemiz gerekmektedir. **Editorial**

Giriş

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları olarak bizlerin jinekoloji klinik pratiğimizde ve ameliyathanelerimizde en sık karşılaştığımız problemlerden biri endometriozisdir. Özellikle premenopozal dönemde adneksial kitleleri olan hastaların bir çoğunda ovarian endometrioz (endometrioma) ile karşılaşmaktayız (1). Endometriozisin en tipik bulgularından biri olan endometriomanın kadının yaşam kalitesini azaltıcı ağrı etkisinin dışında, hepimizin bildiği üzere çocuk sahibi olmayı güçleştirici etkisinde bulunmaktadır. 1997 yılında endometriozis ile ilişkili durumlar 3 kategoride sınıflandırılmıştır (2). Peritoneal endometriozis, ovarian endometriozis ve rektovaginal endometriozis. Bilindiği üzere bu her bir farklı durumda değişik cerrahi ve medikal tedaviler söz konusudur.

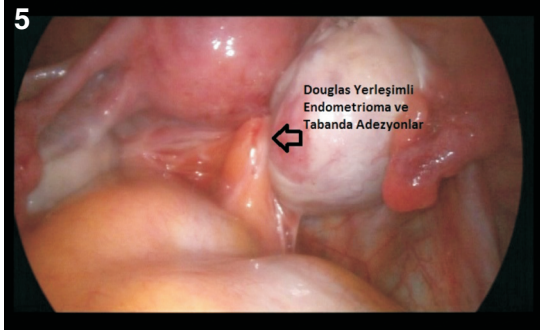
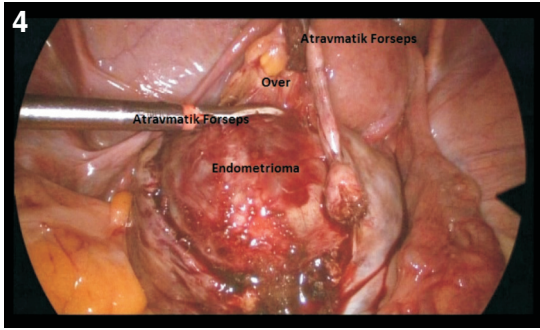
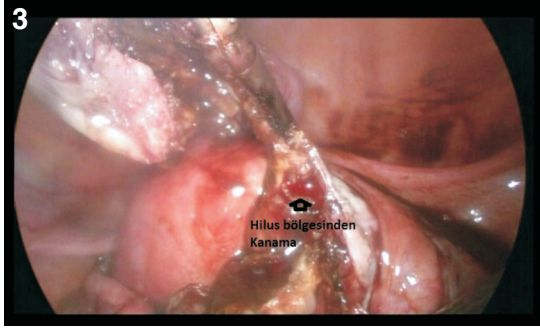
Endometriomaların şu andaki güncel tedavi yaklaşımı cerrahi tedavidir. Medikal tedavinin endometriomaların gelişimi üzerine ve fertilitate üzeri-

ne herhangi bir etkisinin olmadığını bilmekteyiz. Özellikle semptomları olan hastalarda bekleyici tedavinin uygulanması da mantıklı bir yaklaşım değildir. Donnez ve ark'ları (3) 1996 yılında GnRH agonisti tedavisi ile beraber laparoskopik tedavinin beraber uygulandığı kombine yaklaşımda endometriomalara olan hastalarda % 51 düzeyinde gebelik oranları elde etmişlerdir. Bu çalışmada gebeliklerin büyük çoğunluğu cerrahi tedaviden sonraki ilk 10 ayda gelişmiştir. Benzer şekilde bir çok çalışmada endometriomaların çıkarılması ile yaklaşık % 50 oranında gebelik oranları bildirilmiştir (4,5).

Bu bölümde sadece endometrioma cerrahisi ve sonuçları detaylı olarak incelenecektir. Tabiki endometrioma cerrahisinin sonuçları özellikle gebelik oranları ile ilişkilidir. Bu bölümde hangi hastalarda cerrahi tedavi uygulayalım, hangi hastaları direk IVF'e gönderelim şeklindeki tartışmalara girilmeyecektir. Diğer bir sonuçta cerrahinin rekürrens oranları ile olan ilişkisidir. Bu konuda kısmen bahsedilecektir. İnceleme Pubmed kullanarak endometrioma ve cerrahi teknik ile ilgili yayınların araştırılması şeklinde yapılmıştır.

Endometrioma ve Ovarian Rezerv

Endometriomanın gelişim hipotezlerinden en önemlisi adet döneminde aktif endometrial dokuların over yüzeyine yerleşip invaginasyonu sonucu geliştiği şeklindedir (6). Endometriozisi olan hastaların yaklaşık % 17 – 40'ında endometrioma



Kaynaklar

1. Haas D, Chvatal R, Reichert B, Renner S, Shebl O, Binder H, Wurm P, Oppelt P. Endometriosis: a premenopausal disease? Age pattern in 42,079 patients with endometriosis. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 May 5.
2. Hoeger KM, Guzik DS. Classification of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997 Jun;24(2):347-59
3. Donnez J, Nisolle M, Gillet N, Smets M, Bassil S, Casanas-Roux F. Large ovarian endometriomas. *Hum Reprod.* 1996 Mar;11(3):641-6
4. Sutton CJ, Ewen SP, Jacobs SA, Whitlaw NL. Laser laparoscopic surgery in the treatment of ovarian endometriomas. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1997 May;4(3):319-23.
5. Jones KD, Sutton CJ. Pregnancy rates following ablative laparoscopic surgery for endometriomas. *Hum Reprod.* 2002 Mar;17(3):782-5.
6. Nisolle M, Donnez J. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis, and adenomyotic nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril.* 1997 Oct;68(4):585-96
7. Jubanyik KJ, Comite F. Extrapelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1997 Jun;24(2):411-40
8. Kitajima M, Defrère S, Dolmans MM, Colette S, Squifflet J, Van Langendonck A, Donnez J. Endometriomas as a possible cause of reduced ovarian reserve in women with endometriosis. *Fertil Steril.* 2011 Sep;96(3):685-91.
9. Augoulea A, Alexandrou A, Creatsa M, Vrachnis N, Lambrinoudaki I. Pathogenesis of endometriosis: the role of genetics, inflammation and oxidative stress. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 Jul;286(1):99-103.
10. Prieto L, Quesada JF, Cambero O, Pacheco A, Pellicer A, Codoceo R, Garcia-Velasco JA. Analysis of follicular fluid and serum markers of oxidative stress in women with infertility related to endometriosis. *Fertil Steril.* 2012 Jul;98(1):126-30.
11. Coccia ME, Rizzello F, Mariani G, Bulletti C, Palagiano A, Scarselli G. Ovarian surgery for bilateral endometriomas influences age at menopause. *Hum Reprod.* 2011 Nov;26(11):3000-7.
12. Ragni G, Somigliana E, Benedetti F, Paffoni A, Vegetti W, Restelli L, Crosignani PG. Damage to ovarian reserve associated with laparoscopic excision of endometriomas: a quantitative rather than a qualitative injury. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Dec;193(6):1908-14.
13. Almog B, Shehata F, Sheizaf B, Tan SL, Tulandi T. Effects of ovarian endometrioma on the number of oocytes retrieved for in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 2011 Feb;95(2):525-7

14. Muzii L, Bianchi A, Bellati F, Cristi E, Pernice M, Zullo MA, Angioli R, Panici PB. Histologic analysis of endometriomas: what the surgeon needs to know. *Fertil Steril*. 2007 Feb;87(2):362-6.
15. Yu HT, Huang HY, Soong YK, Lee CL, Chao A, Wang CJ. Laparoscopic ovariectomy of endometriomas: surgeons' experience may affect ovarian reserve and live-born rate in infertile patients with in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2010 Oct;152(2):172-5.
16. Muzii L, Marana R, Angioli R, Bianchi A, Cucinella G, Vignali M, Benedetti Panici P, Busacca M. Histologic analysis of specimens from laparoscopic endometrioma excision performed by different surgeons: does the surgeon matter? *Fertil Steril*. 2011 May;95(6):2116-9.
17. Coric M, Barisic D, Pavicic D, Karadza M, Banovic M. Electrocoagulation versus suture after laparoscopic stripping of ovarian endometriomas assessed by antral follicle count: preliminary results of randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Feb;283(2):373-8.
18. Roman H, Tarta O, Pura I, Opris I, Bourdel N, Marpeau L, Sabourin JC. Direct proportional relationship between endometrioma size and ovarian parenchyma inadvertently removed during cystectomy, and its implication on the management of enlarged endometriomas. *Hum Reprod*. 2010 Jun;25(6):1428-32.
19. Muzii L, Bellati F, Bianchi A, Palaia I, Mancini N, Zullo MA, Angioli R, Panici PB. Laparoscopic stripping of endometriomas: a randomized trial on different surgical techniques. Part II: pathological results. *Hum Reprod*. 2005 Jul;20(7):1987-92.
20. Muzii L, Panici PB. Combined technique of excision and ablation for the surgical treatment of ovarian endometriomas: the way forward? *Reprod Biomed Online*. 2010 Feb;20(2):300-2.
21. Donnez J, Lousse JC, Jadoul P, Donnez O, Squifflet J. Laparoscopic management of endometriomas using a combined technique of excisional (cystectomy) and ablative surgery. *Fertil Steril*. 2010 Jun;94(1):28-32.
22. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Apr 16;(2):CD004992.
23. Roman H, Auber M, Mokdad C, Martin C, Diguët A, Marpeau L, Bourdel N. Ovarian endometrioma ablation using plasma energy versus cystectomy: a step toward better preservation of the ovarian parenchyma in women wishing to conceive. *Fertil Steril*. 2011 Dec;96(6):1396-400.