

Bölüm 43

REKÜRREN ENDOMETRİOZİS YÖNETİM

Yrd. Doç. Dr. Rengin KARATAYLI
Doç. Dr. Osman BALCI
Prof. Dr. Metin ÇAPAR

ÜNİTE 3

Rekürren endometriozis olgularının tecrübeli bir klinisyen tarafından yönetiminin kısa anlatımından ibaret bu bölüm başı sıkışığında her klinisyenin başvurabileceği özet bilgiler içermektedir.

Editorial

Tanım

Klinik olarak progresif seyir izleyen endometriozis, endometrial glanduler doku ve stromanın uterus dışında yerleşimi olarak tanımlanan; pelvik ağrı, infertilite ve dismenore ile bulgu veren bir hastalıktır. Üreme çağındaki kadınlarda yaklaşık %6 sıklıkta gözlenmektedir (1). Endometriozisin pelvik ağrılı hastalarda %5-20 ve infertil kadınlarda %20-40 oranında görüldüğü bilinmektedir (2).

Rekürrens tanımı, pelvik ağrı gibi subjektif yakınmalar ile veya sonografi gibi daha objektif enstrümanlarla klinik ve objektif olarak ortaya konan hallerde yapılabilir. Bu nedenle de, rekürrens oranları da rekürrens tanımının objektif veya subjektif olarak değerlendirilmesi sonucunda farklılık gösterebilmektedir. Dismenore veya pelvik ağrı gibi subjektif bulguların ışığında rekürrens hızları daha yüksek bildirilmiştir. Bu konu ile ilgili yapılan bir çalışmada, subjektif bulgular değerlendirildiğinde 3. ve 5. yıl rekürrens hızları sırasıyla %20.5 ve %43.5 olarak bildirilmiş, aynı çalışmada klinik rekürrens ise sırasıyla %9 ve %28 olarak bildirilmiştir (3). Endometriozise bağlı semptomlar klinik rekürrens öncesinde veya sonrasında gelişebilir.

Rekürren Endometriozis İçin Risk Faktörleri

Endometrioziste medikal, cerrahi veya kombine tedavi seçenekleri uygulanabilir. Bu tedavilerin gebelik ve rekürrens oranlarını hangi ölçüde artırdığını ya da azalttığını ve aynı zamanda yaşam kalitesini artırdığına yönelik birçok çalışma yapılmıştır. Her ne kadar, rekürrensler için risk faktörlerinin araştırıldığı çalışmalar bulunsa da bulgular net değildir. Rekürrens oranı hastalığın evresine, takip süresine, daha önce cerrahi tedavi yapıp yapılmamasına ve uygulanan cerrahi modaliteye göre değişmektedir.

Parazzini ve arkadaşları opere endometrizisli olgulardaki rekürrens oranlarını inceledikleri bir çalışmada 2. yılda evre III ve IV olgularda %14.4, evre I ve II'de %5.7 rekürrens görüldüğünü bildirmişlerdir. Yazarlar 20-30 yaş arasındaki kadınlarda nüks oranını %4.6, 30 yaş üzerindeki olgularda nüks oranını %13.1 daha yüksek olarak bildirmişlerdir. Postoperatif dönemde GnRH analogu alanlarda rekürrens daha az görülmekle birlikte istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilememiştir (4). Ghezzi ve arkadaşları endometriomanın lokalizasyonuna göre yaptıkları araştırmalarında rekürrens oranını sol overde %29.9, sağ overde ise %7.3 olarak bildirmişlerdir (5). Crosignani ve arkadaşları bir çalışmada laparotomi ve laparoskopi uygulanan olgular karşılaştırıldığında disparoni ve pelvik ağrı rekürrensi laparotomi grubunda daha az bulunmuştur (6). Alborzi ve arkadaşları endomet-

Kaynaklar

1. Houston DE, Noller KL, Melton LJ III, Selwyn BJ, Hardy RJ. Incidence of pelvic endometriosis in Rochester, Minnesota, 1970–1979. *Am J Epidemiol* 1987;125:959–69.
2. Davies L, Gangar KF, Drummond M, Saunders D, Beard RW. The economic burden of intractable gynecological pain. *J Obstet Gynecol* 1992;12 (Suppl 2): s54–6.
3. Vignali M, Bianchi S, Candiani M, Spadaccini G, Oggioni G, Busacca M. Surgical treatment of deep endometriosis and risk of recurrence. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:508–13.
4. Parazzini F, Bertulesi C, Pasini A, Rosati M et al. Determinants of short term recurrence rate of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;121: 216–9.
5. Ghezzi F, Beretta P, Franchi M, Parissis M, Bolis P. Recurrence of endometriosis and anatomical location of the primary lesion. *Fertil Steril* 2001;75:136–40.
6. Crosignani PG, Vercellini P, Biffignandi F, Costantini W, Cortesi I, Imperato E. Laparoscopy versus laparotomy in conservative surgical treatment for severe endometriosis. *Fertil Steril* 1996;66:706–11.
7. Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad ME, Dehbashi S, Zolghadri J, Alborzi S. A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. *Fertil Steril* 2004;82:1633–7.
8. Saleh A, Tulandi T. Reoperation after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas by excision and by fenestration. *Fertil Steril* 1999;72:322–4.
9. Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, Busacca M, Zupi E, Bolis P. Randomized clinical trial of two laparoscopic treatments of endometriomas: cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril* 1998;70:1176–80.
10. L.H.J.Li, L.J.H. Lang, L.J.H. Leng. Predictors of the recurrence of endometriosis after conservative surgery. IX World Congress on Endometriosis 2005. 14–17 September 2005. versus ablative surgery for ovarian endometriomata. 2008; 16(2): CD004992
11. Guo SW, Olive DL. Two unsuccessful clinical trials on endometriosis and a few lessons learned. *Gynecol Obstet Invest* 2007;64:24–35.
12. Stratton P, Sinaii N, Segars J, Koziol D, Wesley R, Zimmer C, Winkel C, Nieman LK. Return of chronic pelvic pain from endometriosis after raloxifene treatment: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2008;111:88–96.
13. Garry R. The effectiveness of laparoscopic excision of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004;16:299–303.
14. Guo SW. Recurrence of endometriosis and its control. *Hum Reprod Update* 2009;15:441–61.
15. Vercellini P, Somigliana E, Daguati R, Vigano P, Meroni F, Crosignani PG. Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:504. e1–5.
16. Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C, et al. Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. *Fertil Steril* 2010;94:464–71.
17. Kikuchi I, Takeuchi H, Kitade M, Shimanuki H, Kumakiri J, Kinoshita K. Recurrence rate of endometriomas following a laparoscopic cystectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:1120–4.
18. Busacca M, Chiaffarino F, Candiani M, et al. Determinants of long-term clinically detected recurrence rates of deep, ovarian, and pelvic endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:426–32.
19. Liu X, Yuan L, Shen F, Zhu Z, Jiang H, Guo SW. Patterns of and risk factors for recurrence in women with ovarian endometriomas. *Obstet Gynecol* 2007;109:1411–20.
20. 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;12:486–93
21. Cheong Y, Tay P, Luk F, Gan HC, Li TC, Cooke I. Laparoscopic surgery for endometriosis: how often do we need to re-operate? *J Obstet Gynaecol* 2008;28:82–5.
22. 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;193:1908–14.
23. Somigliana E, Vercellini P, Vigano P, Ragni G, Crosignani PG. Should endometriomas be treated before IVF-ICSI cycles? *Hum Reprod Update* 2006;12: 57–64.
24. Exacoustos C, Zupi E, Amadio A, Amoroso C, Szaboles B, Romanini ME, Arduini D. Recurrence of endometriomas after laparoscopic removal: sonographic and clinical follow-up and indication for second surgery. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:281–8.

25. Wright JA, Sharpe-Timms KL. Gonadotropin-releasing hormone agonist therapy reduces postoperative adhesion formation and reformation after adhesiolysis in rat models for adhesion formation and endometriosis. *Fertil Steril* 1995;63:1094–1100.
26. Vercellini P, Crosignani PG, Fadini R, Radici E, Belloni C, Sismondi P. A gonadotrophin-releasing hormone agonist compared with expectant management after conservative surgery for symptomatic endometriosis. *Br J Obstet Gynaecol* 1999;106:672–7.
27. Muzii L, Marana R, Caruana P, Catalano GF, Margutti F, Panici PB. Postoperative administration of monophasic combined oral contraceptives after laparoscopic treatment of ovarian endometriomas: a prospective, randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:588–92.