



## BÖLÜM 15

# ENDOMETRİOZİSTE CERRAHİ TEDAVİ PRENSİPLERİ

Karolin OHANOĞLU<sup>1</sup>

### 1. GİRİŞ

Endometriozis, endometriyal bezlerin ve stromanın uterus dışında bulunduğu kronik jinekolojik bir durumdur. Bu implantlar ağırlıklı olarak pelviste bulunur ancak vücudun herhangi bir yerinde de bulunabilir. Bu ektopik endometrium dokuları skarlaşmaya, kısırlığa ve ağrıya neden olabilir. Kapsamlı araştırmalara rağmen, endometriozis ve ilgili semptomların optimal yönetimi kesinlik kazanmamıştır. Endometriozis ile ilişkili pelvik ağrı için öncelikli tedaviler analjezik ilaçlar, hormonal supresyon tedavileri ve cerrahi müdahaleyi içerir. Klinikte sıklıkla tüm bu tedaviler içeren kombine bir yaklaşım kullanılır. Endometriozis tedavisinde, cerrahi primer müdahale olmamakla beraber bazı endikasyonlarda ve seçilmiş hastalarda öncelikli olarak uygulanabilir. Endometriozis hastalarında medikal ve cerrahi müdahaleler kişiye özel olup, bu seçimler hastanın yaşına, fertilité istemine, semptomların şiddetine, hastalığın yaygınlığına ve yerine, geçirilmiş batın cerrahi varlığına göre kişiselleştirilmelidir.

### 2. CERRAHİ ÖNCESİ PLANLAMALAR

#### 2.1. Bilgilendirilmiş Onam ve Preoperatif Danışmanlık

Cerrahi öncesinde bilgilendirilmiş onam, alternatif tedavi seçeneklerinin riskleri/ yararları ile karşılaştırıldığında planlanan prosedürün risk/ yararlarının gözden geçirilmesini ve hastanın olası tüm sonuçlar hakkında bilgilendirilmesini içerir. Hastalara olası komplikasyonların yanı sıra kısa vadede yüksek bir başarı oranı olduğu, ancak özellikle konservatif cerrahi geçiren kadınlarda semptomların tekrarlama riskinin zamanla arttığı mutlaka söylenmelidir.

Preoperatif değerlendirme, jinekolojik cerrahi için rutin preoperatif değerlendirmeye ek olarak hastanın semptomlarıyla ilgili çalışmaları (örneğin, görüntüleme pelvik ultrason, pelvik MR gibi) içerir. Tüm cerrahi prosedürlerde olduğu gibi endometriozis cerrahisinde ve endometriomalara müdahalede de cerrahi uygulanacak hasta seçimi, bu hastanın preoperatif değerlendirilmesi ve vakaya multidisipliner yaklaşım çok önemlidir. Endometriomalı hastalarda;

<sup>1</sup> Op. Dr., Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü karolinohanoglu@gmail.com

### 3.2.3. Sinir transeksiyonu prosedürleri

Sinir transeksiyonu, cerrahi sırasında endometriozis ile ilişkili ağrıyı tedavi etmek için kullanılmıştır, ancak genellikle sinir koruyucu cerrahi uygulanır. <sup>4</sup> Sinir transeksiyonunun etkinliği ve güvenliği ile ilgili endişeler olduğu için, sinir koruyucu cerrahi standart bakım haline gelmiştir. <sup>19</sup> Presakral nörektomi orta hat ağrısının kontrolünde fayda sağlayabilir ancak kabızlık ve üriner disfonksiyon gibi potansiyel yan etkilere sahiptir ve bu nedenle sadece seçilmiş vakalarda düşünülür. <sup>20</sup>

### 3.2.4. Histerektomi

Endometriozis için salpingo-ooferektomili veya salpingo-ooferektomisiz histerektomi yapılan herhangi bir cerrahi yaklaşım (laparotomi, vajinal, laparoskopi, robot yardımcı) kullanılarak yapılabilir. Kesin cerrahi yapıldığında, peritoneal lezyonların eksizyonu veya ablasyonu ve adezyolizis de tipik olarak yapılır. Endometriozis, herhangi bir yolla histerektomiye zorlaştırabilen geniş pelvik adezyonlara neden olabilir.

## SONUÇ

Konservatif cerrahi, uterusu ve mümkün olduğunca fazla over dokusunu korumak amacıyla endometriotik lezyonların eksizyonunu veya ablasyonunu tanımlamaktadır. <sup>10</sup> Fertilitiyi ve ovaryan hormon üretimini koruduğu, radikal cerrahiden daha az invaziv, daha az morbidite riski taşıdığı ve kısa vadeli bakıldığında etkin olduğu için endometriozis cerrahi tedavisini planlayan çoğu kadın için konservatif cerrahi ilk seçenektir. Konservatif tedavilerde genelde eksizyon ablasyona tercih edilir.<sup>4</sup> Büyük olasılıkla endometriozis nedeniyle hayat kalitesini etkileyen ciddi semptomları olan, çocuk doğurmayı tamamlamış ve diğer tedavi seçenekleri başarısız olan kadınlara kesin cerrahi önerilmektedir.<sup>10</sup> Histerektominin en temel faydası yukarıda tartışıldığı gibi, konservatif cerrahi ile karşılaştırıldığında endometriozis ilişkili semptomların nüksünü en aza indirgemesidir.

## KAYNAKLAR

1. Meuleman C, Tomassetti C, D'Hoore A, et al. Surgical treatment of deeply infiltrating endometriosis with colorectal involvement. *Hum Reprod Update*. 2011;17(3). doi:10.1093/humupd/dmq057
2. Furness S, Yap C, Farquhar C, Cheong YC. Pre and post-operative medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004. doi:10.1002/14651858.cd003678.pub2
3. ACOG Practice Bulletin No. 195 Summary: Prevention of Infection After Gynecologic Procedures. *Obstet Gynecol*. 2018;131(6). doi:10.1097/AOG.0000000000002672
4. Kennedy S, Bergqvist A, Chapron C, et al. ESHRE guideline for the diagnosis and treatment of endometriosis. *Hum Reprod*. 2005;20(10). doi:10.1093/humrep/dei135
5. Practice bulletin no. 114: Management of endometriosis. *Obstet Gynecol*. 2010;116(1). doi:10.1097/AOG.0b013e3181e8b073
6. Dunselman GAJ, Vermeulen N, Becker C, et al. ESHRE guideline: Management of women with endometriosis. *Hum Reprod*. 2014;29(3). doi:10.1093/humrep/det457
7. Marana R, Caruana P, Muzii L, Catalano GF, Mancuso S. Operative laparoscopy for ovarian cysts: Excision vs. aspiration. *J Reprod Med Obstet Gynecol*. 1996;41(6).
8. Hart RJ, Hickey M, Maouris P, Buckett W. Excisional surgery versus ablative surgery for ovarian endometriomata. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2). doi:10.1002/14651858.CD004992.pub3
9. Georgievska J, Sapunov S, Cekovska S, Vasilevska K. Effect of two laparoscopic techniques for treatment of ovarian endometrioma on ovarian reserve. *Med Arch (Sarajevo, Bosnia Herzegovina)*. 2015;69(2). doi:10.5455/medarh.2015.69.88-90
10. Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: A committee opinion. *Fertil Steril*. 2014;101(4). doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.012
11. Levy Barbara S BRL. No Title. In: *Endometriosis: Management of Ovarian Endometriomas*. ; 2023. [https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-management-of-ovarian-endometriomas?source=history\\_widget](https://www.uptodate.com/contents/endometriosis-management-of-ovarian-endometriomas?source=history_widget).
12. Maul L V., Morrision JE, Schollmeyer T, Alkatout I, Mettler L. Surgical therapy of ovarian endometrioma: Recurrence and pregnancy rates. *J Soc Laparoendosc Surg*. 2014;18(3). doi:10.4293/JLS.2014.00223
13. Guzel AI, Topcu HO, Ekilinc S, et al. Recurrence factors in women underwent laparoscopic surgery for endometrioma. *Minerva Chir*. 2014;69(5).
14. Parazzini F, Bertulesi C, Pasini A, et al. Determinants of short term recurrence rate of endometriosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(2). doi:10.1016/j.ejogrb.2004.11.033
15. Al Kadri H, Hassan S, Al-Fozan HM, Hajeer A. Hormone therapy for endometriosis and surgical me-

- nopause. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1). doi:10.1002/14651858.CD005997.pub2
16. Burks C, Lee M, DeSarno M, Findley J, Flyckt R. Excision versus Ablation for Management of Minimal to Mild Endometriosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol.* 2021;28(3). doi:10.1016/j.jmig.2020.11.028
  17. Demco L. Mapping the source and character of pain due to endometriosis by patient-assisted laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1998;5(3). doi:10.1016/S1074-3804(98)80026-1
  18. Parker JD, Sinaii N, Segars JH, Godoy H, Winkel C, Stratton P. Adhesion formation after laparoscopic excision of endometriosis and lysis of adhesions. *Fertil Steril.* 2005;84(5). doi:10.1016/j.fertnstert.2005.04.057
  19. Johnson NP, Hummelshoj L. Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013;28(6). doi:10.1093/humrep/det050
  20. Zullo F, Palomba S, Zupi E, et al. Effectiveness of presacral neurectomy in women with severe dysmenorrhea caused by endometriosis who were treated with laparoscopic conservative surgery: A 1-year prospective randomized double-blind controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;189(1). doi:10.1067/mob.2003.358