

Bölüm 18

PELVİPERİTONEAL ENDOMETRİOZİSTE LAPAROSKOPİK TEDAVİ

Cemre ALAN¹

GİRİŞ

Endometriozis, kökeni ve patofizyolojisi tam olarak aydınlatılamamış bir hastalıktır. Endometriozis patofizyolojisini açıklamaya yönelik çeşitli teoriler öne sürülmüştür.

Menstrüel kanın Fallopiyan tüpleri yoluyla abdominal boşluğa geçmesi bunlardan biridir (1). Bir diğer teori, yenidoğan döneminde hormonal yoksunluğa bağlı olarak bazı kız bebeklerde retrograd menstrüasyon olması ve bunun sonucu oluşan implantların puberteye kadar kalması olarak tanımlanmıştır (2). Çöломik teoriye göre ise, embriyonik hücre göçü döneminde Mülleri-an kanallarından gelen bir kısım hücre ektopik yerlerde kalır ve pubertede östrojenler tarafından uyarılan bu hücreler endometriotik odakları oluşturmak üzere büyürler (3). Bir başka teoride endometriozis “ kalıtsal hormon bağımlı bir jinekolojik hastalık ” olarak tanımlanmış, endometriozis gelişme riskiyle ilişkili 5 gen lokusu olduğu ve bunların seks steroid yolaklarında görev aldığı bulunmuştur (4).

TANI

Endometriozis tanısı koyarken fizik muayene, hikaye, çeşitli serum belirteçleri ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Fizik muayenede pelvik bölgede hassasiyet, bimanuel muayenede pelvik ağrı - baskı hissi tespit edilebilir. Endometriozis hastaları dismenore, dispärenü, me-

nometroraji, dizüri ya da ağrılı defekasyon gibi semptomlarla başvurabilirler. Bazı durumlarda ise hastalık ağrı ya da menstrüel düzensizlik yapmaksızın infertilite / subfertiliteye yol açar, gebelik isteği olan kadınlarda bu nedenle hastaneye başvurdıklarında tespit edilebilir. Bir kısım hastada tamamen asemptomatik olup tesadüfen yapılan bir ultrasonografide tanı alabilir.

Endometriozis tanısında güvenilir bir serum belirteci henüz tanımlanamamıştır. Ca-125 düzeyi postoperatif dönemde düşüp hastalık nüksettiğinde yükselmesi nedeniyle hastalığın takibinde kullanılır. Ayrıca çeşitli gen lokusları çalışılmış ancak halen endometriozis için tanısal bir genetik biyomarker tanımlanamamıştır (5).

Endometriozis tanısında görüntüleme yöntemleri de kullanılır. Ultrason (USG) ucuz ve ulaşılabilir olması nedeniyle ilk başvuru olan görüntüleme yöntemidir. Ancak USG tek başına endometriozisi tuboovaryan abse, rüptüre ektopik gebelik, diğer over kist ve tümörlerinden ayırmakta yetersiz olabilir. Bu durumda tanı koyarken hikaye klinisyeni yönlendirmede yardımcı olur (6). Bazı yayınlarda, transvajinal ultrasonun (TVUSG) rektosigmoid yerleşimli endometriozise tanı koymada manyetik rezonans görüntülemeden (MRG) daha başarılı olduğu, ancak Douglas poşu, uterin, uterosakral ligament yerleşimli endometrioziste daha az güvenilir olduğu belirtilmiştir (7).

¹ Uzm. Dr., Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Jinekolojik Onkoloji Kliniği, drcemrealan@gmail.com

Literatürde DİE tedavisi sonrası gebelik sonuçlarıyla ilgili sınırlı bilgi mevcuttur. Bazı gözlemsel çalışmalar ileri endometriozisi olan kadınlarda DİE'nin cerrahi eksizyonunun gebelik oranlarını %45'e çıkarabileceğini öne sürmektedir. Cerrahi sonrası ovaryan hasar, antral folikül sayısında azalma, ovaryan yetmezlik gelişebilir. DİE'li infertil kadınlar için ASRM, ACOG, ESHRE ve FEBRASGO kılavuzları DİE'nin cerrahi rezeksiyonunun sonuçlarının tartışmalı olduğunu belirterek DİE'nin rutin cerrahi eksizyonunu önermemektedir. Şimdiye kadar YÜT öncesi lezyonların cerrahi çıkarılmasının gerekliliğiyle ilgili kılavuz bulunmamaktadır (23,24,26).

Barsakta yerleşimli DİE varlığında ağrı şiddeti, infertilite, intestinal lezyonların yerleşimi, sayısı, büyüklüğü ve lümeni çepeçevre sarması cerrahiye karar vermede etkilidir (34). İleal yerleşimli DİE varlığında akut obstrüksiyon riski yüksek olduğu için cerrahi eksizyon gereklidir (35). Apendiks etkilendiğinde karsinoid tümörü dışlamak için cerrahi her zaman endikedir. İleoçekal bölge ve apendikte yerleşimli lezyonlar nadirdir ve preoperatif görüntülemeye tespit edilemeyebilir. Bu nedenle cerrahi sırasında inspeksiyonda bu yapılar rutin olarak dikkatle incelenmelidir (23).

Cerrahi öncesi fizik muayene ve barsak temizliği yapılarak TVUSG ya da MRG ile görüntüleme yapılmalıdır. Rektosigmoid yerleşimli 3cm'den küçük lezyonlar traşlama ya da diskoid eksizyon gibi daha konservatif yöntemlerle tedavi edilebilir. İntestinal segmental rezeksiyon lezyonların 3cm'den büyük, multipl yerleşimli, %40'tan fazla lümeni çepeçevre saran yapıda, submukozadan daha derinde yerleşimli olması ya da barsak obstrüksiyon semptomları olması durumunda önerilmektedir (36).

Mesane yerleşimli DİE varlığında ciddi ağrı, medikal tedavi başarısızlığı, üreter obstrüksiyonu, hormon kullanımı için kontrendikasyon olması halinde cerrahi önerilir (37). Multidisipliner bir ekip varlığında cerrahi prosedür traşlamadan

parsiyel kistektomi ve üreteral reimplantasyonu olan veya olmayan mesane rekonstrüksiyonuna değişebilir (23).

Sonuç olarak, uluslararası kılavuzlarda preoperatif endometriozis değerlendirmesi, cerrahi endikasyon, tedavi yaklaşımlarıyla ilgili net bir uzlaşma bulunmamaktadır. Cerrahi tedaviye karar verirken hastanın yaşı, semptomları, fertilitate isteği olup olmadığı, geçirilmiş operasyonları, şikayetleri öncelikle değerlendirilmelidir. Preoperatif kapsamlı fizik muayene ve görüntüleme tetkikleri cerrah için yol gösterici olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Sampson JA: Peritoneal endometriosis due to the menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1927;14(4) :422-469. 10. 1016/S0002-9378(15) 30003-X
2. Brosens I, Benagiano G: Is neonatal uterine bleeding involved in the pathogenesis of endometriosis as a source of stem cells? *Fertil Steril*. 2013;100(3) :622-3. 10. 1016/j. fertnstert. 2013. 04. 046
3. Burney RO, Giudice LC: Pathogenesis and pathophysiology of endometriosis. *Fertil Steril*. 2012;98(3) :511-9. 10. 1016/j. fertnstert. 2012. 06. 029
4. Sapkota Y, Steinhorsdottir V, Morris AP, et al. : Meta-analysis identifies five novel loci associated with endometriosis highlighting key genes involved in hormone metabolism. *Nat Commun*. 2017;8:15539. 10. 1038/ncomms15539
5. Rolla E, Endometriosis: advances and controversies in classification, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *F1000Res*. 2019 Apr 23;8:F1000 Faculty Rev-529. doi: 10. 12688/f1000research. 14817. 1. eCollection 2019. PMID: 31069056
6. Walsh JW, Taylor KJ, Rosenfield AT: Gray scale ultrasonography in the diagnosis of endometriosis and adenomyosis. *AJR Am J Roentgenol*. 1979;132(1) :87-90. 10. 2214/ajr. 132. 1. 87
7. Rodriguez R, Lopez-Carrasco A, Antolin E, et al. : EP26. 02: Ultrasound accuracy of transvaginal ultrasound compared with magnetic resonance image in deep infiltrating endometriosis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2017;50(S1) :381 10. 1002/uog. 18745

8. Perandini A, Perandini S, Montemezzi S, et al. : Defining probabilities of bowel resection in deep endometriosis of the rectum: Prediction with pre-operative magnetic resonance imaging. *J Obstet Gynaecol Res.* 2018;44(2) :292-7. 10. 1111/jog.13523
9. <https://www.endometriozisdernegi.org/konu/dosyalar/files/bultenler/Eylul2018.pdf>
10. http://www.endometriose-sef.de/dateien/ENZIAN_2013_web.pdf
11. Keckstein J, Ulrich U, Possover M, et al. : ENZIAN-Klassifikation der tief infiltrierenden Endometriose. *Zentralbl Gynäkol.* 2003;125:291.
12. Tuttles F, Keckstein J, Ulrich U, et al. : ENZIAN-score, a classification of deep infiltrating endometriosis. *Zentralbl Gynäkol.* 2005;127(5) :275-281. 10. 1055/s-2005-836904
13. Adamson GD: Endometriosis classification: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2011;23(4) :213-20. 10. 1097/GCO.0b013e328348a3ba
14. Hobo R, Nakagawa K, Usui C, et al. : The Endometriosis Fertility Index Is Useful for Predicting the Ability to Conceive without Assisted Reproductive Technology Treatment after Laparoscopic Surgery, Regardless of Endometriosis. *Gynecol Obstet Invest.* 2018;83(5) :493-8. 10. 1159/000480454
15. Koninckx PR, Ussia A, Adamyan L, et al. : An endometriosis classification, designed to be validated. *Gynecol Surg.* 2011;8(1) :1-6. 10. 1007/s10397-010-0626-8
16. Vercellini P, Buggio L, Frattaruolo MP, et al. : Medical treatment of endometriosis-related pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018;51:68-91. 10. 1016/j.bpobgyn.2018.01.015
17. Fauconnier A, Chapron C. Endometriosis and pelvic pain: epidemiological evidence of the relationship and implications. *Hum Reprod Update* 2005;11:595-606
18. Nnoaham KE, Hummelshoj L, Webster P et al. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertil Steril.* 2011; 96 (e8) : 366-373
19. Sinaii N, Plumb K, Cotton L et al. Differences in characteristics among 1,000 women with endometriosis based on extent of disease. *Fertil Steril.* 2008; 89: 538-545
20. Johnson NP, Hummelshoj L. World Endometriosis Society Montpellier Consortium Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod.* 2013; 28: 1552-1568
21. Dunselman GA, Vermeulen N, Becker C et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod.* 2014; 29: 400-412
22. Kim SH, Chae HD, Kim CH et al. Update on the treatment of endometriosis. *Clin Exp Reprod Med.* 2013; 40: 55-59
23. Kho RM, Andres MP, Borrelli GM, Neto JS, Zanoluchi A, Abrão MS. Surgical treatment of different types of endometriosis: Comparison of major society guidelines and preferred clinical algorithms. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2018 Aug;51:102-110. doi:10. 1016/j.bpobgyn.2018.01.020. Epub 2018 Feb 16. PMID: 29545114 Review.
24. G. A. J. Dunselman, N. Vermeulen, C. Becker et al. ESHRE guideline: management of women with endometriosis *Human Reproduction*, Volume 29, Issue 3, March 2014, Pages 400-412, <https://doi.org/10.1093/humrep/det457>
25. Practice bulletin no. 114: management of endometriosis American College of Obstetricians and Gynecologists - *Obstet Gynecol*, 2010
26. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Endometriosis and infertility: a committee opinion, *Fertility and Sterility*, Volume 98, Issue 3, September 2012, Pages 591-598
27. Leyland N MD, Casper R MD, Philippe Laberge MD et al. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE Endometriosis: Diagnosis and Management, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Volume 32, Issue 7, Supplement 2, July 2010, Pages S1-S3
28. Goodman LR, Goldberg JM, Flyckt RL, Gupta M, Harwalker J, Falcone T. Share. Effect of surgery on ovarian reserve in women with endometriomas, endometriosis and controls. *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Nov;215(5) :589. e1-589. e6. doi: 10. 1016/j.ajog.2016.05.029. Epub 2016 May 27. PMID: 27242204
29. 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.
30. doi:10. 1002/14651858. CD004992. pub3. PMID: 18425908
31. Goncalves MO, Podgaec S, Dias JA Jr, Gonzalez M, Abrao MS. Transvaginal ultrasonography with bowel preparation is able to predict the number of lesions and rectosigmoid layers affected in cases

- of deep endometriosis, defining surgical strategy. *Hum Reprod.* 2010 Mar;25(3) :665-71. doi: 10.1093/humrep/dep433. Epub 2009 Dec 19.
32. PMID: 20023291
33. Remorgida V, Ferrero S, Fulcheri E, Ragni N, Martin DC. Bowel endometriosis: presentation, diagnosis, and treatment. *Obstet Gynecol Surv.* 2007 Jul;62(7) :461-70. doi: 10.1097/01.ogx.0000268688.55653.5c. PMID: 17572918 Review.
34. Ruffo G, Sartori A, Crippa S, Partelli S, Barugola G, Manzoni A, Steinasserer M, Minelli L, Falconi M. Laparoscopic rectal resection for severe endometriosis of the mid and low rectum: technique and operative results. *Surg Endosc.* 2012 Apr;26(4) :1035-40. doi: 10.1007/s00464-011-1991-8. Epub 2011 Oct 25. PMID: 22038165
35. de Paula Andres M, Borrelli GM, Kho RM, Abrão MS. The current management of deep endometriosis: a systematic review. *Minerva Ginecol.* 2017 Dec;69(6) :587-596. doi: 10.23736/S0026-4784.17.04082-5. Epub 2017 May 25. PMID: 28545293 Review.
36. Abrao MS, Gonçalves MO, Dias JA Jr, Podgaec S, Chamie LP, Blasbalg R. Comparison between clinical examination, transvaginal sonography and magnetic resonance imaging for the diagnosis of deep endometriosis. *Hum Reprod.* 2007 Dec;22(12) :3092-7. doi: 10.1093/humrep/dem187. Epub 2007 Oct 18. PMID: 17947378 Clinical Trial.
37. Chaâbouni S, Makni SK, Kallel RI, Gouiaa N, Bahri I, Mnif L, Affes N, Boudawara T. Unusual cause of intestinal obstruction: ileal endometriosis. *Pathologica.* 2009 Jun;101(3) :130-2. PMID: 19886549
38. Abrão MS, Podgaec S, Dias JA Jr, Averbach M, Silva LF, Marino de Carvalho F. Endometriosis lesions that compromise the rectum deeper than the inner muscularis layer have more than 40% of the circumference of the rectum affected by the disease. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008 May-Jun;15(3) :280-5. doi: 10.1016/j.jmig.2008.01.006. Epub 2008 Mar 20. PMID: 18439498
39. Leone Roberti Maggiore U, Ferrero S, Candiani M, Somigliana E, Viganò P, Vercellini P. Bladder Endometriosis: A Systematic Review of Pathogenesis, Diagnosis, Treatment, Impact on Fertility, and Risk of Malignant Transformation. *Eur Urol.* 2017 May;71(5) :790-807. doi: 10.1016/j.eururo.2016.12.015. Epub 2016 Dec 28. PMID: 28040358 Review.