



ENDOMETRİOZİS &
ADENOMYOZİS
DERNEĞİ
2009

Endometriosis Bülten

Aralık 2017/Sayı-4



ENDOMETRİOZİS
ve ADENOMYOZİS DERNEĞİ
ENDOAKADEMİ TOPLANTILARI VI

ENDOMETRİOMA
YÖNETİMİ
2018

28 OCAK 2018 - Pazar, Gaziantep

TOPLANTI BAŞKANLARI: Prof. Dr. Turan Çetin, Doç. Dr. Barış Mülayim

ÖNSÖZ

MERHABA

2017 yılının dördüncü sayısında yeniden sizlerle birlikteyiz. Son 3 aylık süreçte birbirinden güzel gelişmeler yanında Dünya'da yaşanan politik olaylardan dolayı 2018'de Derneğimizin ev sahipliğinde Ülkemizde Antalya'da yapılacak olan **Avrupa Endometriozis Kongresi (4.European Endometriosis League Congress)** EEL Yönetim Kurulunun kararı ile Türkiye yerine Viyana/Avusturya'da yapılmasına karar verilmiştir. Diğer taraftan Derneğimiz yönetim kurulu üyesi Prof.Dr.Engin Oral hocamız 4.EEL'de Bilimsel Sekreteryası olarak görev yapacaktır. İlerleyen günlerde bu toplantı ile ilgili gelişmelerden meslektaşlarımızı bilgilendirmeye devam edeceğiz.

Endoakademi toplantıları kapsamında **28 Ocak 2018** tarihinde **Gaziantep**'te, bölgedeki hocalarımızın desteği ile "Endometrioma" üzerine bir günlük bir toplantı gerçekleştireceğiz. Çok detaylı olarak endometrioma ile ilgili tüm güncel bilgiyi paylaşacağız. Detaylarına bültenimizin içerisinde ve dernek sitemizden ulaşabilirsiniz.

Ekim ayı içerisinde 2 önemli etkinlikte yer alarak Endometriozis ve Pelvik Ağrı'nın kadın sağlığında ki önemini halkımıza duyurmaya çalıştık. Bunun için **8 Ekim'de Bursa** da düzenlenen **Eker I Run Koşusu**'na ve **9 Kasım'da İstanbul**'daki 39. Vodafone **İstanbul Maratonuna** derneğimiz gönüllü katılımcılarımız ve hocalarımızla birlikte yer aldık. Ayrıntılarına www.endometriozis.org hesabımızdan ulaşabilirsiniz.

Ayrıca derneğimizin halkımıza yönelik hazırladığı sitemiz www.endometriozis.org da geçtiğimiz aydan itibaren çikolata kisti başlığı altında hekim yazıları bölümümüz açılmış olup alanında uzman hekimlerce hastalarımızın ve yakınlarının merak ettikleri kafalara takılan sorulara ışık tutacak yazılar paylaşmaya başlanmıştır.

Daha güzel ve başarılı haberlerle Endometriozis Bültenin 2018 ilk sayısında buluşmak üzere.

Saygılarımızla,

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu 2017



Prof. Dr. Yücel Karaman (Başkan)



Prof. Dr. Engin Oral
(Başkan Yardımcısı)



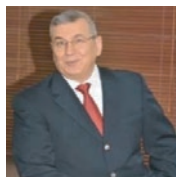
Doç. Dr. Taner Usta
(Genel Sekreter)



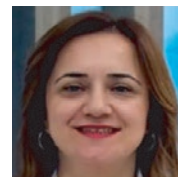
Prof. Dr. Ümit İnceboz
(Sayman)



Prof. Dr. Gürkan Uncu



Prof. Dr. Turan Çetin



Prof. Dr. Banu Kumbak Aygün

Endometriozis e-Bülten, Endometriozis&Adenomyozis Derneği tarafından hazırlanmaktadır. Bülten'de yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa drtanerusta@gmail.com ve dr_pinaryalcin@hotmail.com adresinden bize ulaşabilirsiniz.

İÇİNDEKİLER

A

SEÇİLMİŞ MAKALELER

1- **Adenomyozis Tanısında Ultrason Makaslama Dalga Elastografisinin Değeri.**

*Value of ultrasound shear wave elastography in the diagnosis of adenomyosis. Acar S, Millar E, Mitkova M, Mitkov V. **Ultrasound.** 2016 Nov;24(4):205-213. Epub*

2- **Derin İnfiltratif Barsak Endometriozisinde Cerrahi Fertilitiyi Arttırıyor Mu? Sistematik Derleme**

*Does surgery for deep infiltrating bowel endometriosis improve fertility?A systematic review.Iversen ML, Seyer-Hansen M, Forman A. **Acta Obstet Gynecol Scand.** 2017 Jun;96(6):688-693. doi: 10.1111*

3- **Endometrioma Cerrahisinin Fertiliteye Etkisi**

*Jayaprakasan K. , Becker C. Mittal M. The Effect of Surgery for Endometriomas on Fertility **RCOG Scientific Impact Paper** No. 55 2 of 10^a 2017 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*

4- **Pelvik Fizyoterapi Pelvik Bölge Manuelterapi**

<http://www.pelvicphysiotherapy.com/manual-therapy/>

5- **Preoperatif Anti Müllerian Hormon Seviyesi Şiddetli Endometriozis Nedeniyle Opere Edilen Kadınlarda Postoperatif Gebelik Oranını Etkiliyor mu?**

*Does preoperative antimüllerian hormone level influence postoperative pregnancy rate in women undergoing surgery for severe endometriosis? Stochino-Loi E, Darwish B, Mircea O, Touleimat S, Millochou JC, Abo C, Angioni S, Roman H. **Fertil Steril.** 2017 Mar;107(3):707-713.e3. doi: 10.1016*

6- **NICE Guideline Algoritma**

<http://www.nice.org.uk/guidance>

B

DERNEĞİMİZDEN HABERLER

C

Endometriozis Dünyasından Haberler

D

Sosyal Medya

Hazırlama Kurulu

Doç. Dr. Taner Usta

Uz. Dr. Pınar Yalçın Bahat

Yar. Doç. Dr. Ali Yavuzcan

Dr. Dilek Buldum

Dr. Salih Yılmaz

Dr. Işık Sözen

Dr. Ayşegül Mut

Dr. Göknur Topçu

A SEÇİLMİŞ MAKALELER

1- Adenomyozis Tanısında Ultrason Makaslama

Dalga Elastografisinin Değeri.

Value of ultrasound shear wave elastography in the diagnosis of adenomyosis. Acar S, Millar E, Mitkova M, Mitkov V. **Ultrasound**. 2016 Nov;24(4):205-213. Epub

Giriş

Adenomyozis, leiomyomlar ve inflamatuvar hastalıklarla birlikte kadın üst üreme sisteminin yaygın görülen hastalıklarından biridir. Farklı yazarlara göre adenomyozis prevalansı, muayene edilen popülasyona ve kullanılan tanı metoduna göre değişmekle birlikte %10-15 ile %60-70 arasında değişmektedir. Genel olarak İnfertilite yakınması olan kadınların %20 ila 48 inde genital endometriozis ve adenomyozis bulunmaktadır. Kronik pelvik ağrı sendromu olan kadınlarda adenomyozis prevalansı %70'tir. Adenomyozis'in endometrial adenokarsinoma malign transformasyonu da göz önüne alınarak, bu hastalığın malign potansiyelinin de farkında olunmalıdır. Anormal odağın palyatif olarak ortan kaldırılmasından sonra hastalığın tekrarlama oranı 30- 50% lere ulaşmaktadır bu sebeple adenomyozis tümör oluşumu ile kıyaslanabilir.

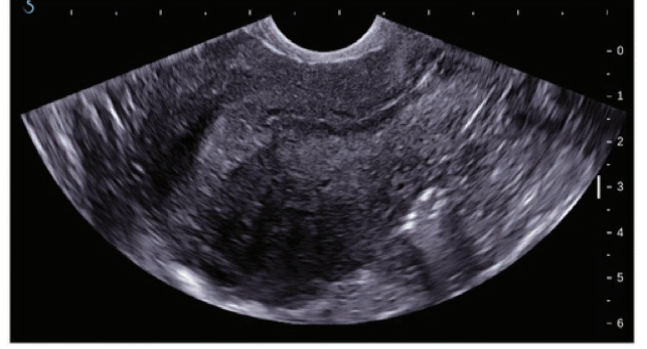
Adenomyozis sessiz ilerleyen infiltratif bir hastalık olabilir bu sebeple tanı koymak zorlayıcı olabilmektedir. İleri düzeydeki vakalar konservatif tedaviye dirençli olabilir ve aynı zamanda komşu organlarda tutulum gösterdiği için ameliyatı zorlaştırabilir. Bu sebeple hastalığın erken fark edilmesi klinik pratiği açısından önem taşımaktadır. Rahim genişlemesi, dismenore menoraji difonksiyonel uterus kanaması, pelvik ağrı gibi menstrual bozukluklar adenomyozisin tipik belirteçleri olarak göz önüne alınabilir. Ancak bu semptomlar vakaların 22- 65% inde histoloji ile buluşur.

Preoperatif tanı araçları kesin olmayan klinik tanılarda gereksiz histerektomileri önlemek ve cerrahi olmayan veya minimal cerrahi olan alternatifleri araştırmak için gereklidir. Görüntüleme bulguları, yapısal patolojik değişiklikler ve bu bulguların tanısal doğruluğu arasındaki ilişkiyi anlamak için ilgili tanısal araçların işleme konulması temeldir. Histeroskopi, ultrason ve manyetik rezonans adenomyozis tanısında kullanılan muayene sırasında klinikte en sık kullanılan metodlardır.

Çalışmalar ultrasonun adenomyozisin tanısında sağladığı tanısal kesinlik hakkında birbirleriyle çalışan sonuçlar raporlamaktadır. Kesinlik 38.4% ve 86.4% arasında değişmektedir. Son 56 yılda İngilizce dilindeki yayınları analize eden Levgur' a göre adenomyozisin tanısında ultrasonun sensitivitesi yüzde 50 ile 87 arasında değişmektedir. Dueholm' a göre transvajinal ultrasonun sensitivitesi yüzde 53 ve 89 arasında spesifitesi ise 50 ile 99 arasında değişmektedir B- mode görüntülerini her kullanıcının yorumlamasının subjektif doğası ultrasonun bir görüntülüne modu olarak sınırlaması olarak fark edilmiştir ve şüphesiz yukarıda bahsedilen kesinlik aralığının sebebi olarak tanımlanmıştır. Adenomyozisin transvajinal görüntüleme sırasında en sık gözlemlenen görüntü karakteristikleri heterojen ve hipokojenik iyi çevrelenmemiş

myometrium alanlarıdır. Bu alanlar değişen büyüklüklerde anekoik lakünler ve kistlerle birlikte görülebileceği gibi myometriumun ekojenitesi artmış olabilir. Ayrıca endometriumdun myometriuma doğru düz bir şekilde çıkan ışınal uzantılar ve psödo genişlemiş endometriyum ile birlikte belirsiz endometrial birleşke görülebilir. Günümüzde birçok yazar adenomyozis tanısında endo-myometrial bileşkenin manyetik rezonans ile değerlendirilmesinin yüksek kesinlik sağladığını rapor etmektedir. Maalesef bu yöntemin yüksek maliyeti metodun rutin muayenede kullanımını sınırlamaktadır. Manyetik rezonansın jinekolojik patolojilerin özellikle adenomyozisin tanılanmasında sağladığı önemli başarıya rağmen ultrason birincil invaziv olmayan tanı koyma metodu

olarak kalmaktadır. Ultrason tekniklerinde meydana gelen birçok yeni gelişme ultrason muayenesinden ek bilgilerin pratisyen tarafından çok az bir efor ile elde edilmesini sağlamıştır. Bunlardan en önemlileri kontrast ile zenginleştirilmiş ultrason ve ultrason elastografi olmuştur. Bu yöntemlerin B- mode, renkli ve spektral Doppler, 3D ve 4D görüntüleme ile kombine edilmesi multiparametrik ultrason yaratmaktadır. Ultrason elastografinin 2 ana formu klinik pratikte belirlenmiş hale gelmiştir. Bunlar strain elastografi ve shear wave elastografidir. Tüm güncel ticari elastografi sistemleri dokunun yer değişikliğini ölçmeye ihtiyaç duymaktadır. Farklı sistemler yer değişikliğini ölçmekte farklılaşmaktadır. Yer değişikliği direkt olarak ve yahut straine çevrilmiş



Şekil 1: Adenomyotik alanın ultrasonografik görünümü

olarak ölçülebilir veya shear dalgalarının varış zamanını ve hızını belirlemede kullanılabilirler. Shear dalga hızı Young' ın modulus değerine çevrilebilir veya ölçümler kPa biriminde verilebilir.

Shear Dalga elastografisi çeşitli horgan ve sistemlerin hastalığının tanısında gittikçe popülerliği artan bir teknik haline gelmektedir. Adenomyozis vakalarında myometrium yapısında meydana gelen karakteristik yapısal değişiklikler myometrial hipereminin eşlik ettiği hipertropik düz kas hücrelerinin oluşturduğu fasiküllerin arasında bulunan bağ dokusunun interfasyal kompartmanında yer alan adenomyozis odaklarının büyümesi lenfostaz perivasküler myometrial ödem myometrial perifokal hiperplazilerin adenomyozis odakları etrafında oluşturduğu leiomyomlar. Doku altyapısında meydana gelen bu değişiklikler ultrason elastografi tarafından saptanabilen myometriumun kalınlığını değiştirebilir

Materyal ve Metod

153 hasta muayene edildi. Hastaların tamamı DCDSG of S.T. Botkin City Clinical Hospital Moscow. Etik Kurul Onayı alındı ve çalışmaya başlanmadan önce yazılı onam hastalardan alındı. 153 hasta içinden 97 hastada adenomyozis şüphelenildi.(standard ultrason kriteri dahil edilerek) Ortalama yaş 48 97 hastanın 53 hasta salping ooforoktemi ile birlikte veya birlikte olmaksızın histerektomi operasyonu uygulandı. Histerektomi için ana endikasyonları için; uterin fibroidler veya adneksiyel patoloji ile birlikte adenomyozise bağlı demir eksikliği anemisi ile birlikte düzenli ve düzensiz patolojik menoraji görülmesi gerekiyordu. 97 hastanın 45 i sadece histeroskopi yapıldı. Histeroskopi için endikasyonlar menoraji ve şüpheli adenomyozise bağlı disfonksiyonel uterin kanaması endometrial patoloji submukozal leiomyoma ve infertilite sebebiyle araştırılması olarak belirlendi.

Adenomyozisin tanısında hipervaskularizasyonun çilek paterninin lokalize kistik lezyonların ve düzensiz endometrial tabaka ile endometrial defektlerin direkt olarak gözlemlenmesi sayesinde histeroskopi adenomyozisin tanısında kullanılan yöntemlerden biridir, adenomyozis tanısının doğrulanması operatif materyalin histoloji incelemesine tabi tutulmasıyla gerçekleşir. Adenomyozis ektopik endometrial bezlerin veya stromanın endometrial birleşkenin 2.5 mm ötesinde myometriumda mikroskopik varlığı olarak tanımlanır.

Salpingooforoktomi ile birlikte veyahut tek başına histerektomi operasyonu geçiren 53 hasta ana grubu oluşturdu. Bu grubun ortalama yaşı 47 idi. Operasyon materyalinin morfolojik incelemesi ile adenomyozis tanısı 39 hastada doğrulandı ve 14 hasta dışlandı.

56üreme çağında hasta kontrol grubunu oluşturdu. Kontrol grubuna dahil edilme kriterleri düzenli menstrüel döngü, sonografik olarak dikkat çekmeyen myometrium (diffüz ve fokal patolojik özellikleri enflamatuar hastalıklar) konservatif myomektomi veyahut sezeryan olmaması bir önceki doğum üzerinden 6 aydan fazla zaman geçmesi ve OCP kullanımı olmaması) Kontrol grubun ortalama yaşı 30 idi.

Tüm hastalar standart protokol gereği transabdominal ve transvajinal pelvik USG ile incelendi. Ana grupta bulunan hastalar menstrual döngünün ilk fazında veyahut menopoza girmiş hastalarda hastaneye yatırılma tarihinde laparotomi öncesinde ultrason ile incelendi. Çalışma hem curved array transvajinal prob hem de curved array transvajinal prob ile Aixplorer tarayıcı yardımı ile gerçekleştirildi. Transvajinal incelemelerde çalışmanın teknik sınırlamaları sebebiyle kaviter içi transduser 3cm derinlikte Shear Dalga Elastografisi kullanıldı. Tarama el veyahut transduserin kompresyonel hareketleri olmadan gerçekleştirildi. Servikse mümkün olduğunca az miktarda basınç uygulandı. Her görüntüleme düzleminde sabit bir görüntü elde etmek amacı ile prob yaklaşık olarak 3-5 saniye hareketsiz bir şekilde olarak tutuldu Kullanılan bu teknik literatürde daha önce yayınlanmış olan Mitkov çalışması ile uyum içerisindeydi.

Young' un modulus sertliği ölçmek için kullanılan modalitelerden biridir. Modulusun birimi, kPa sertliğin sertliğin değerlendirilmesinde kullanılır. Jinekolojik hastalar için 180 kPa olarak kullanılan Young' ın modulusunun ölçüğü ana grupta bulunan hastalar için 300kPa çıkarılmıştır. Young' ın modulusunun rakamsal değeri myometriumun sertliğinin maksimum olduğu alanlarda ölçüldü. Örnekleme alanları ana grupta bulunan hastalar için B- mode görüntülerine dayanılarak seçildi. Myometrium sertliğinin elastografi datasına göre ölçülen derecesi B- mode ile ölçülen myometrial heterojenitenin derecesi ile her zaman paralel olmadığı bu çalışmada bahsedilmeli. Her iki patolojinin birlikte var olduğu durumlarda araştırma alanları fibroidlere denk gelmeyecek şekilde seçildi. Renk penceresinin tamamen boyandığı durumlarda ölçümler alındı. İncelenen alanlardaki dokuların sertliği eş zamanlı moda renk haritası ile gösterildi. Daha sert dokular daha yüksek Young modulus aralığı ile karakterize edildi ve kırmızı yeşil ve sarı renkler ile haritalandı. Daha az sertlikteki dokular daha düşük Young modulus aralığı ile karakterize edildi ve mavi aralığındaki renklerle haritalandı. Doku sertliğinin değerlendirilmesi Q kutucuğuyla işaretlenmiş alanlarda gerçekleştirildi. Şekil ve Büyüklükçe Standard alanlar belirlendi.

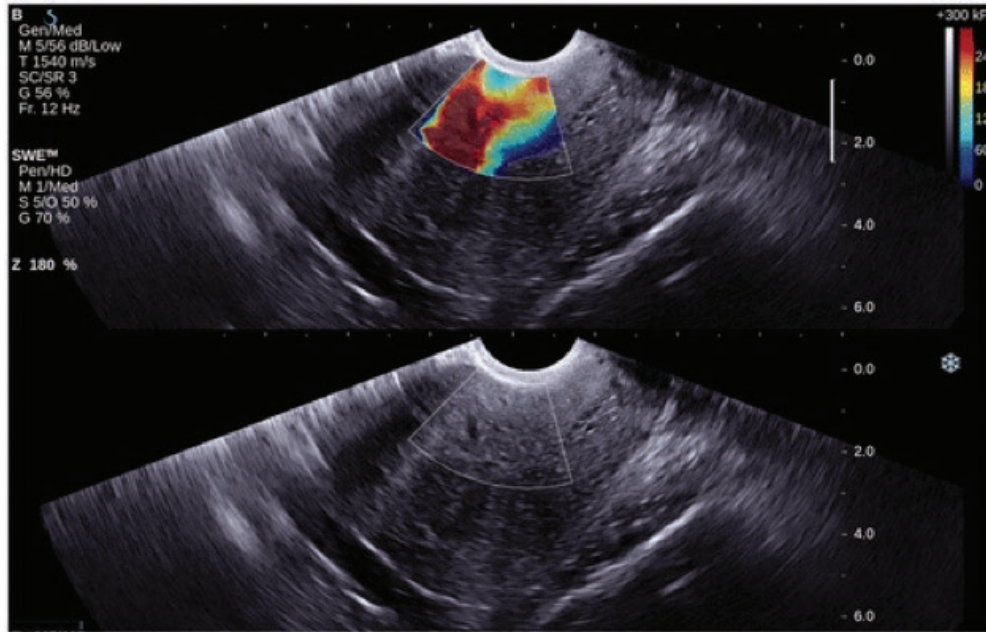
Belirlenen standart alanlarda Young modulusunun rakamsal değerleri average değer E mean minimum değeri E min maksimum değeri Emax standart deviasyon SD olarak belirlendi. Ölçümler bu standart alan için gerçekleştirildi ve daha sonra bu değerlerin ortalamaları hesaplandı.

İstatistik analizi MEdCalc Statistical Software ile gerçekleştirildi. Kuantatif veriler Median 5. Yüzde n95,yüzde minimum ve maksimum değerler olarak gösterildi. İki bağımsız grubu karşılaştırmak için Mann- Whitney testi kullanıldı ve Çoğul karşılaştırma için Friedman testi kullanıldı. Farklar istatistiksel anlamda önemli olarak bulundu. Shear Dalga Elastografisinin tanbısal değeri ROC curve analiz ile değerlendirildi. Yüzde 95 Güven Aralığı sensitivite spesifite pozitif tahmin değeri ve negatif tahmin değeri için sunuldu.

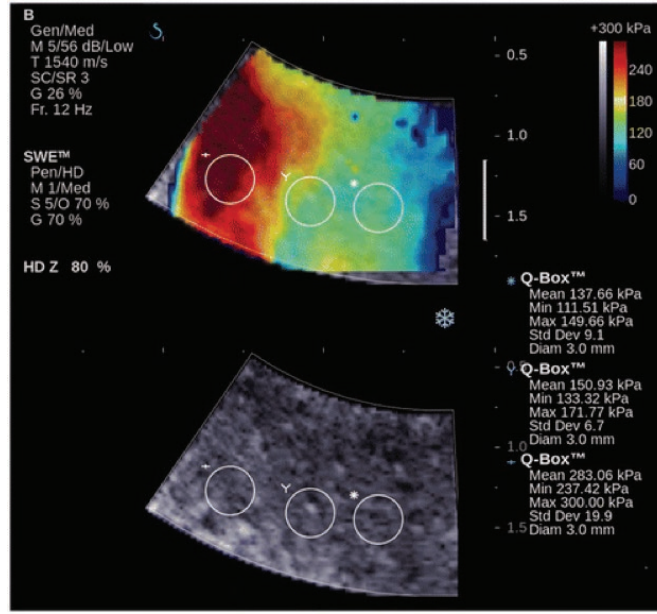
Sonuçlar

Shear Dalga Elastografi sonuçlarının retrospektif ve operasyon materyallerinin morfolojik incelemesinin sonuçları elde edildi. Adenomyozis Shear Dalga Elastografisi görüntülerinde (Renkli Pencere) kırmızı mavi ve yeşil ile karakterize edildi. Aynı zamanda tüm vakalarda belirgin olmayan uterus mavi renk ile haritalandı. Ancak renk aralığının tinti seçilmiş olan Young modulus seviyesine bağlı kaldı. Yukarıda bahsedildiği üzere belirlenen aralık değeri jinekolojik mod için 180kPa idi. Araştırma sırasında aralığın yükseltilmesi Young modulus değerlerini etkilemedi ancak incelenen alanların elastografide gözlenen renk tintini değiştirdi. A alt grubunda E mean karakteristikleri 15.3 ve 65.7 kPa B alt grubunda 10.6 ve 65.7, kontrol grubunda ise 17.0 ve 33.8 aralığındadır A alt grubunda Emax 20.4 ve 300.0 kPa B alt grubunda 13.9 ve 89.7 kPa kontrol grubunda ise 19.8 ve 44.9 kPa aralığındadır.

SD A alt grubunda 2.3 ve 43.5 B alt grubunda 1.3 ve 17.8 kPa kontrol grubunda ise 0.9 ve 9.1 kPa aralığındadır. B alt grubu ile kontrol grubu arasındaki farklılar SD hariç istatistiksel olarak önemli değilken A alt grup ve kontrol grup ve B alt grubu arasında Emean Emax ve SD açısından istatistiksel anlamda önemli farklılıklar elde edildi. ROC curve Young modulusu ve patolojik sonuçlar kullanılarak belirlendi. E mean cutoff değeri 34.6 kPa olarak belirlendi.



Şekil 2: Onaylanmış adenomyozisi olan bir hastada myometriyumun kayma dalga elastografisi (A alt grup). Alt sıradaki gri skala ultrasonu ve üst sıradaki üst üste kayma dalga elastografisi görüntüsü. Renkli bir pencerede heterojen boyama ve yüksek sertlik gösterilir (kesme dalgası elastografi görüntüleme).



Şekil 3 : Doğrulanmış adenomyozisi olan bir hastada myometriyumun kayma dalga elastografisi (A alt grup) (ZOOM). Alt sıradaki gri skala ultrasonu ve üst sıradaki üst üste kayma dalga elastografisi görüntüsü. Renkli pencere (kesme dalga elastografi görüntüleme) heterojen boyama ile karakterizedir. İlgili üç bölgenin (Q Kutusu) geniş bir Young modül sayısal değerleri tanımlanmıştır.

Tartışma

Ultrason Shear Dalga Elastografisinin adenomyozis tanısı için sensitivitesi ve spesifitesi 89.7% ve 92.9% olarak belirlendi. Shear Dalga Elastografi klişik olarak şüpheli vakalarda adenomyozis tanısı için kullanılabilir. Yeterince keskin birincil non invazif yöntemdir. normal myometriyumla karşılaştırıldığında adenomyozis için sağladığı geniş SD değer aralığı göz önünde bulundurulmalıdır. Adenomyozisle birlikte myometriyumun heterojen görünümü B mode görüntüleme deki subjektif değerlendirilmede görünür olduğu tartışılabilir. Ancak Shear Dalga Elastografisi ile istatistiksel olarak önemli ve aynı zamanda objektif bilgi sağlanması mümkün görünmektedir.

Bu çalışma Tessarolo nun yayınlamış olduğu non invazif elastografi metodun basitliği muayene süresinin önemli, bir biçimde uzamaması vurguları ile paralellik göstermektedir. Sadece Strain Elastografisini sunan çalışmalar olmakla birlikte maalesef teknik ve metodolojik farklılıklar sebebiyle sonuçlarımızı strain elastografi çalışmaları ile karşılaştıramayız. Stoelinga nın yapmış olduğu çalışmaya göre Strain elastografi fibroid ve adenomyozis in karakteristiklerini ayır edebilmektedir v3e elastografiye dayanan tanımlar manyetik rezonans görüntüleri ile mükemmel bir uyum içindedir. Frank çalışması maksimum strain oranı operatörün uterusuna fibroid veya adenomyozisin varlığını değerlendirmede ve her iki olgusunda fokal bulgularını birbirinden ayırmada yardımcı olur.

Ultrason Elastografisinin Klinik kullanımı hakkında EFSUMB Guideline ve Önerilerinin (uterine serviksın incelenmesi ve serviksın premature yumuşaması da dahil olmak üzere) yayınladığı ilk dönemden itibaren birçok çalışma sunuldu .Gelecek çalışmalar için mevcut kısıtlamalar ve uterusuna fibroidlerinin adenomyozisin serviksın ve plasentanin sertliğinin kantitatif değerlendirmesi Shear Dalga Elastografisinin Üreme sistemi hastalıklarının tanısında kullanılabilmesi için tartışılmalıdır.

Sonuç

Bu çalışma, shear dalga ultrasonografisi ile ilgili ilk çalışma olmasına rağmen sonuçlar umut vericidir. Adenomyozis'te normal myometriyum ile karşılaştırıldığında, myometrial kalınlıktaki belirgin farklılık sunulmuştur. Bu teknik ultrasonun adenomyozis tanısında kullanım sıklığını artırıp, histerektomi gibi invaziv tanılama işlemlerinin sıklığını azaltabilir. Ek olarak bu teknik muayene zamanını uzamamıştır. Fakat tekniğin üretici firma tarafından da belirtilen kısıtlayıcı yönü en fazla 3mm derinliğin ölçülebilmesidir. TVUS nin kontraendike olduğu kadınlar için bu teknik uygun değildir. Gelecekte bu konu ile ilgili daha fazla çalışma yapılması hastalar ve hekimler için faydalı olacaktır.

2- Derin İnfiltratif Barsak Endometriozisinde Cerrahi Fertilitiyi Arttırıyor Mu? Sistematik Derleme

Does surgery for deep infiltrating bowel endometriosis improve fertility? A systematic review. Iversen ML, Seyer-Hansen M, Forman A. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Jun;96(6):688-693. doi: 10.1111

Özet

Endometriozisli hastalarda azalmış fertilité ana sorunlardan birisidir. Barsak duvarını etkileyen derin infiltratif endometriozis (DIE) tedavisinde cerrahinin fertilitéye etkisi tartışmalıdır ve literatür bu konuda çok heterojendir. Bu derlemede DIE'de cerrahi tedavinin spontan gebelik oranlarına etkisini, invitro fertilizasyon (IVF) sonuçlarına etkisini ve böyle bir cerrahinin olası risklerini ele alındı.

Materyal ve yöntem

PubMed'de "Derin", "derin infiltratif", "barsak", "rektovajinal", "endometriozis", "infertilite", "fertilité" ve "IVF" terimlerini kullanarak literatür taraması yapıldı.

Sonuçlar

Herhangi bir randomize kontrollü çalışma bulunamadı. Diğer ilişkili yayınlar ise dört retrospektif ve üç prospektif gözlemsel çalışmadan oluşmaktadır. Ayrıca bir retrospektif çalışma barsak DIE cerrahisi olmuş ve olmamış hastalarda IVF tedavi sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Bütün çalışmalar cerrahi komplikasyonlar hakkında detaylı bilgi içermektedir. Dataların zayıflığı kesin sonuçları engellemektedir. Sonuçlara bakılacak olursa barsak DIE için cerrahi tedavinin spontan gebelik oranlarını arttırabileceğini göstermekle beraber IVF'teki olumlu sonuçlar göz ardı edilememektedir. Bu tür cerrahiler majör komplikasyon riski ile ilişkilidir.

Çıkarım

Yeterli data bulunmadığı için barsak DIE'de cerrahinin spontan gebelik oranları ve IVF tedavisi üzerine potansiyel etkisi net olarak bilinmemektedir. Olumlu sonuçların olduğu yadsınamaz ancak majör komplikasyon riski de dikkate alınmalıdır.

Anahtar mesaj

Barsak duvarını etkileyen derin infiltratif endometrioziste cerrahinin spontan gebelik oranlarına ve IVF tedavisine etkisi hakkındaki bilgi dağınık ve düşük kalitededir. Olumlu sonuçların olduğu yadsınamaz ancak majör komplikasyon riski de dikkate alınmalıdır.

Giriş

Endometriozis üreme çağındaki kadınların %10'nu etkilemektedir ve hastaların fertilité kliniklerindeki hastaların %25-40'ı bu hastalıktan şikayetçidir. Azalmış fekundisitenin etyolojisi endometriozisin peritoneal, ovaryen ve derin infiltratif olması gibi fenotiplerine bağlıdır. DIE endometriozisli hastaların %12'sinde görülen ileri bir formdur.

DIE'de intraabdominal adhezyonlara bağlı anatominin bozulması ile gamet transportu bozulmaktadır. Ancak hafif veya ılımlı endometriozis evrelerine sahip veya adhezyonu olmayan kadınlarda görülen azalmış fekundisite ve üreme sorunları ise ovulasyon, implantasyon ve düşük riskinin artması ile ilişkilidir.

In vitro fertilizasyon (IVF) tedavisi alan endometriozisli hastalar diğer hastalara oranla daha düşük fertilizasyon, implantasyon ve gebelik oranlarına sahiptir. Sonuçlar ileri evre hastalığa sahip kadınlarda daha da kötüleşmektedir. DIE kendi başına IVF-intrastoplazmik sperm enfeksiyonu (ICSI) sonuçlarını olumsuz etkileyebilmektedir.

Tedavi seçenekleri her biri kendi klinik etki ve kompliasyon risklerine sahip olarak medikal ve cerrahi yöntemleri içermektedir. Medikal tedaviler kontraseptif etkilerinden dolayı gebelik istemi olan hastalarda kullanılamaz. Fertilité istemi olan hastalarda ise IVF tedavisi öncesinde kullanılan gonadotropin hormon salınım agonistleri (GnRHa) dışında sadece cerrahi tedavi seçenekleri uygulanabilir.

Hafif veya ılımlı endometriozis evrelerine sahip infertilite hastaları düşük oranlı komplikasyon oranları ile cerrahiden faydalanabilir. İleri evre hastalıkta ise sonuçların kesin olmaması ve ciddi komplikasyon riskleri nedeniyle durum biraz daha kompliktir. Ancak yakın zamanda elde edilen bilgiler gebelik istemi olan DIE'li hastalarda cerrahinin faydalı olabileceğine işaret etmektedir.

Bu derlemenin amacı literatürdeki DIE cerrahisinin fertilitte ve gebelik oranlarına olan etkisini ortaya çıkarmaktır. Biz çalışmanın tasarımı, katılımcılar, müdahaleler, karşılaştırmalar ve sonuçlar için referanslarla aşağıdaki PICO diye isimlendirilen sorular üzerine odaklanılmıştır. (1) Barsak DIE’de cerrahi, spontan gebelik oranlarını arttırmalı mıdır? (2) DIE için cerrahi sonuçları iyileştirmek için IVF tedavisi öncesinde mi yapılmalıdır? Ayrıca bu tür bir cerrahide görülebilecek majör komplikasyon risklerini de bu yazıda tanımlanmıştır.

Materyal ve yöntem

2006 ile Aralık 2016 arasında fertilitte ve ileri endometriozis hakkında yayınlanan çalışmalar için PubMed’de elektronik veri tabanı araştırması yaptık. “Derin”, “derin infiltratif”, “barsak”, “rektovajinal”, “endometriozis”, “infertilite”, “fertilitte” ve “IVF” terimlerini kullanarak tarama yaptık.

Konu hakkında daha fazla araştırma için ilgili yayınların referans listesi de araştırıldı. Eğer aynı hasta popülasyonu üzerinde yıllara yayılarak yapılmış bir kaç çalışma varsa sadece son yayın derlememize dahil edilmiştir. Yalnızca barsak DIE nedeniyle opere olmuş hastalarda spontan gebelik oranları ve yardımcı üreme teknikleri teknolojisi bilgileri dahil edilmiştir. Olgu sunumlar dahil edilmemiştir. Sadece İngilizce yayınlar dahil edilmiştir. Dahil edilen çalışmalarda hastalar barsak DIE nedeniyle laparoskopik diskoid transmural eksizyon veya segmental rezeksiyon olmuş hastalardır.

Postoperatif fertilitte oranlarının yanında anastomoz kaçakları, stapler çizgileri, üreter lezyonları ve diğer majör komplikasyonlar da tanımlanmıştır. Evre 3 anastomoz kaçaklarının sayısı (relaparotomi gerektiren kaçak veya fistül) kayıt altına alınmıştır. Postoperatif spontan gebelik oranları ve toplam gebelik oranları not edilmiştir. Spontan gebelik oranları ve toplam gebelik oranları, IVF ile olsun veya olmasın, gebe kalmayı başarmış hastalarla gebe kalma arzusu olan hastaların oranları olarak tanımlanmıştır. IVF

tedavisi öncesi DIE cerrahisinin yapılması gerekliliğini cevaplamak için cerrahi komplikasyonlarla ilişkili gebelik oranlarına ait detaylı data özellikle araştırılmıştır.

Sonuçlar

Şekil 1 ‘de analize dahil edilmiş araştırmaların seçimi gösterilmiştir. 69 çalışma bulunmasına rağmen bizim titiz seçim kriterlerimiz nedeniyle derlememize sadece 9’u dahil edilmiştir. Bu yayınlar retrospektif gözlemsel çalışmalar, prospektif gözlemsel çalışmalar ve kontrollü çalışmalar olarak ayrılmıştır.

Laparoskopik barsak DIE cerrahisi ile cerrahi komplikasyonlar, spontan gebelik oranları ve toplam gebelik oranları hakkında tam dataya sahip dört retrospektif gözlemsel çalışma bulduk. Malzoni ve arkadaşları bütün hastalarda laparoskopik segmental kolorektal rezeksiyon uygularken, Kavalleris ve arkadaşları etkilenmiş barsak segmentini, cul de sac, rektovajinal septum ve vajen duvarını en blok çıkarmak için laparoskopik ve vajinal yaklaşımı birlikte uygulamıştır. Meuleman ve arkadaşları ile Jelenc ve arkadaşları hastalarda %89 ve %93 oranlarında laparoskopik segmental rezeksiyon, kalan vakalarda ise lokal diskoid eksizyon uygulamışlardır.

Spontan gebelik oranları cerrahi sonrası %21 ile 69% arasında değişmektedir, dört çalışmanın sonuçlarının ortalaması ise %49’dur. En yüksek spontan gebelik oranları ilk 9 aydan önce sağlanmıştır. Toplam gebelik oranları %48 ile %71 arasında değişmektedir. Dört çalışmada

toplam %4 Evre C kaçak ile toplamda %9 majör komplikasyon görüşmüştür. Üreter hasarları nadirdir.

Laparoskopik barsak DIE cerrahisi ve cerrahi komplikasyonlar, spontan gebelik oranları ve toplam gebelik oranları hakkında tam dataya sahip üç prospektif gözlemsel çalışma bulduk. Minelli ve arkadaşları and Daraï ve arkadaşları laparoskopik segmental rezeksiyon uygularken, Roman ve arkadaşları 20 hastada transanal stapler eksizyonu için yeni Rouen tekniği uygulamıştır. Kalan 30 hastada transanal sirküler stapler tekniği uygulanmıştır.

Üç çalışmanın sonucunda spontan gebelik oranları %21 ve total gebelik oranları %55 saptanmıştır. Evre C kaçak hastaların %5’inde, üretral hasarlar %1’den daha az oranda görülmüştür. Toplamda %13 majör komplikasyon görülmüştür. Roman ve arkadaşları özellikle 6 aya kadar mesane otokaterizasyon ihtiyacını %16 oranında mesane atonisi bildirmiştir. Elde edilen sonuçların %70’i Minelli çalışmasından elde edilmiştir ki bu çalışmada %8 kadar düşük oranlarda spontan gebelik oranı saptanırken Daraï ve arkadaşlarında bu oran %39, Roman ve arkadaşlarında ise %50 saptanmıştır.

Kontrollü çalışmalar

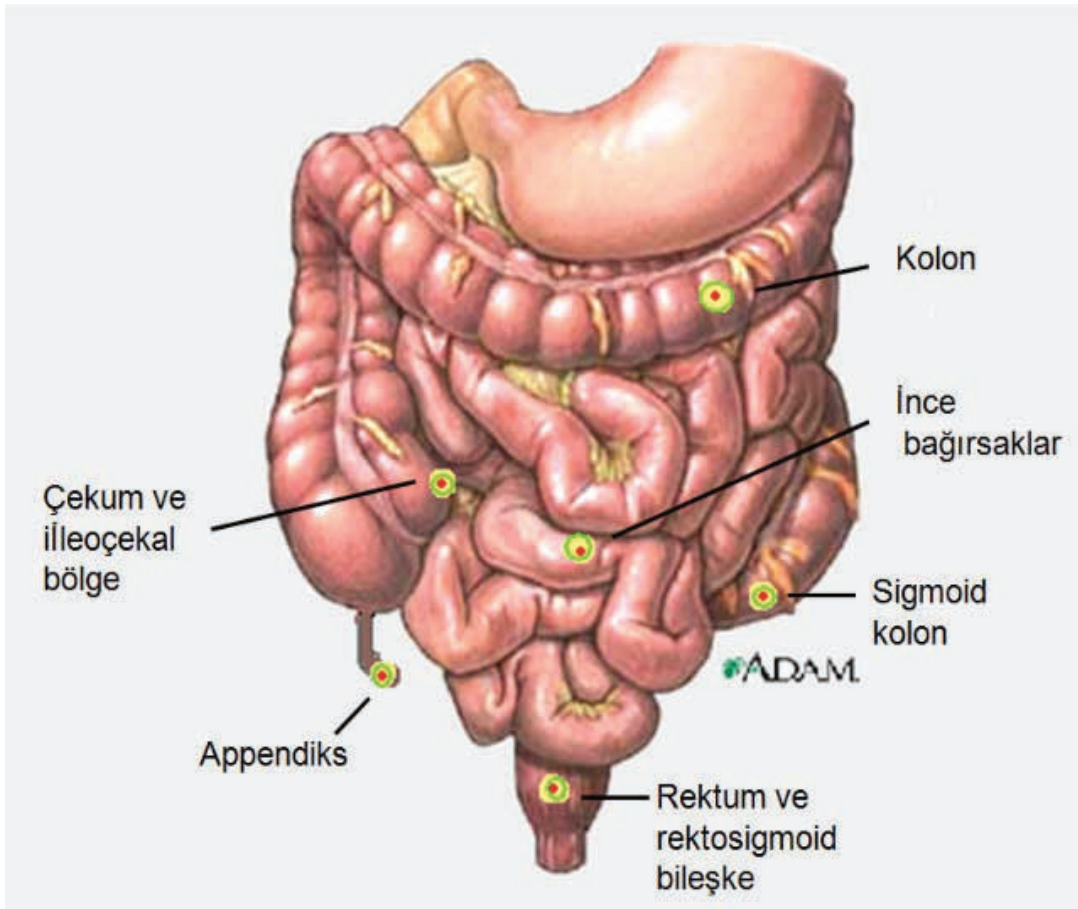
Randomize kontrollü bir çalışma bulunamamakla beraber spontan gebelik oranları üzerine DIE cerrahisinin etkisini anlayabilmek amacıyla kontrol gruplarına sahip çalışmalar da Bir retrospektif çalışma,

önce barsak DIE cerrahisi geçirmiş ve geçirmemiş hastalara arasında kontrollü IVF sonuçlarını bildirmiştir. Ayrıca bir prospektif çalışma lokal cerrahi sonrası (tıraşlama veya tam kalınlığın diskoid eksizyonu) gebelik oranları ile total gebelik oranlarını karşılaştırmıştır.

Stepniewska ve arkadaşları tedavi öncesi laparoskopi olmuş üç grup hastanın sonuçlarını karşılaştırmıştır: şiddetli ağrı nedeniyle kolokrektal rezeksiyon olan barsak DIE'li 60 kadın (grup A) ve barsak dışında endometriozis nedeniyle opere olan onamı eksik 40 hasta (grup B). Grup C ise DIE ve en az bir endometrioma dahil ancak barsak endometriozisi hariç Evre 3-4 endometriozisli 55 kadından oluşmaktadır.

Spontan gebelik oranları Grup C'de daha yüksek olmakla beraber barsak endometriozisi olan hastalarda cerrahi bu oranları arttırmıştır. IVF sonuçları da Grup A'da Grup B'ye oranla daha yüksek saptanmıştır. Grup A'da 2 vakada komplikasyon olarak Evre C kaçak (%3) ve toplam %8 oranında majör komplikasyon görüşmüştür. Mesane retansiyonu %25 oranında görülse de çoğunlukta zamanla iyileşmiştir.

Yakın zamanda yapılan iki merkezli bir çalışmada Ballester ve arkadaşları 60 hastada kolorektal DIE nedeniyle cerrahi olmuş hastada yardımcı üreme teknikleri sonuçlarını raporlamıştır. Toplamda 3 sıklusa kadar %78 oranında klinik gebelik oranları elde edilmiştir. Lokal eksizyon (tıraşlama veya tam kalınlığın diskoid eksizyonu) olmuş hastalar segmental rezeksiyon olan hastalara oranla daha yüksek spontan gebelik oranlarına sahiptir. Ancak segmental rezeksiyon olan hastaların çıkarılan daha büyük nodülleri olduğundan iki grup kıyaslanamaz.



Çıkarım

DİE'li hastaların barsak cerrahisi geçirmesinin en sık nedeni mevcut medikal tedavilere yanıtız şiddetli ağrıdır. Spontan gebelik oranlarının ve IVF tedavi sonuçlarının iyileşmesi ile olası yararlar ile ilişkili cerrahi riskler dikkate alınarak yeni, daha az zorlayıcı endikasyonlar oluşmuştur. Güçlü kanıtlar, tercihen randomize kontrollü çalışmalar gerekmektedir birlikte bir kaç istisna dışında bu alanda bilgiler retrospektif ve prospektif gözlemsel çalışmalara dayanmaktadır. Yine de bazı sonuçlar doğrulanmalıdır.

DİE nedenli bozulmuş anatomi dışında bu hastalar genç sağlıklı kadınların oluşturduğu rölatif homojen bir grubu temsil etmektedir. Barsak DİE'si için cerrahi riskler genel gözlemsel bilgilere ait olduğu için fertilitenin önemli olduğu özel durumlarda DİE için ek cerrahi gerekebilir.

DİE cerrahisine bağlı majör komplikasyonlar retrospektif çalışmalarda %9, prospektif çalışmalarda %13 saptanmıştır. Evre C kaçak en önemli sorunlardan biri olmakla beraber görülme oranı %5 olmuştur. Mesane atonisi riski de göz önünde bulundurulmalıdır. Ancak yakın zamandaki bilgiler ise bütün komplikasyonlara rağmen hastaların bir çoğunun iyi uzun zamanlı klinik sonuca ulaştığını bildirmiştir. Yine de spontan gebelik oranları ve toplam gebelik oranlarını arttırmak için uygulanan DİE cerrahisi refere edilen uzmanlaşmış merkezlerde dahil önemli majör komplikasyon riskleri ile ilişkilidir.

Şiddetli endometriozis düşük ve makul olmayan gebelik oranları ile ilgili olduğu için Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) kılavuzları durumun iyileştirilmesi için operatif laparoskopi değerlendirilmesini önermektedir. Mevcut derlemede bulunan gözlemsel araştırmaların çoğunluğu ameliyat sonrası spontan gebelik oranlarının %40 ile %60 arasında bildirmiştir. En yüksek oran geniş hacimli, tek cerrahlı bir merkezden düşük evre C kaçak ve majör komplikasyon oranları ile bildirilmiştir. Bu sonuçlar genel olarak uygulanabilirliği göstermese de DİE cerrahisinin uzmanlaşmış merkezlere sınırlanarak sonuçların izlenerek karar verme aşamasında uygun bilgi aktarılması sağlanabilir. Her şeye beraber bakıldığında, bilgi kalitesinin düşüklüğüne rağmen DİE cerrahisinin spontan gebelik oranlarını iyileştirdiği saptanmıştır. Bu hastalar için klinik kararlar verirken yerel IVF tedavi olasılıkları, başarı oranları ve devlet ödeneği seçenekleri ile bölgesel endometriozis merkezindeki olası cerrahi komplikasyon riskleri dahil durumun tümüne hakim olunmalıdır.

Randomize kontrollü çalışma eksikliğinde, en azından IVF-ICSI öncesi DİE barsak cerrahisinin etkilerini anlayabilmek için kontrol gruplarına sahip karşılaştırmalı çalışmalara ihtiyaç vardır. Buna benzer sadece bir çalışma mevcuttur. Sonuçlar IVF tedavisinde cerrahinin sonuçları iyileştireceğini gösterse de bu yaklaşımı oluşturmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Lokal eksizyon ile segmental rezeksiyonu karşılaştıran bilgiler IVF sonuçları arasında bir fark olmadığını gösterirken klinik olarak en iyi seçenek en uygun DİE eksizyonu ile en düşük komplikasyon oranları ortak sonucudur.

Mevcut bilgiler ışığında tekrarlayan IVF başarısızlığı ve eşlik eden ağrı mevcut ise bölgesel endometriozis merkezi ile işbirliği ve dikkatli bir klinik değerlendirme ile IVF öncesi cerrahi tedavi düşünülmelidir. Bu işlem sırasında büyük DİE nodülleri olan hastalarda ovaryen hiperstimülasyona sekonder gelişen barsak tıkanıklığı ile hastalığın ilerleme riski unutulmamalıdır.

Sonuç olarak barsak DİE'de cerrahinin spontan gebelik oranları ve yardımcı üreme tekniklerinin sonuçlarına olan etkisini gösteren bilgi kalitesi düşük olmakla beraber iki parametredeki olumlu etkileri yadsınamaz. Majör komplikasyon riski yüksek olan böyle bir cerrahi yandal merkezlerinde uygulanmalıdır. Eğer bu yaklaşım düşünülüyorsa hastaya detaylı bilgi verilmek zorundadır. Ancak gebelik isteği olan ve ağrı şikayeti olan hastalar ameliyat olmak gibi önemli bir kararı şansa bıraktıkları için bu alanda randomize kontrollü çalışma yapmak zor olacaktır. Gerçekçi bir alternatif ise hasta ve kontrol gruplarının eşleşmesine izin verecek detaylı datalar ile ortak kararlarla yapılacak prospektif çalışmalardır.

3- Endometrioma Cerrahisinin Fertiliteye Etkisi

Jayaprakasan K., Becker C. Mittal M.
The Effect of Surgery for Endometriomas on Fertility
RCOG Scientific Impact Paper No. 55 2 of 10^a 2017 Royal College of Obstetricians
and Gynaecologists

1. Arka plan

Endometriozis, endometriumun uterin kavite dışarısında bulunmasıyla oluşan inflamatuvar bir süreçtir. Kadınların %6-10'unda görülmektedir. Özellikle üreme çağıında olmak üzere infertilite gibi sorunları olan belirli hastalarda daha sık görülmektedir. Ovaryen endometriomalar, endometriozisli hastaların %17-44'ünde görülebilmekle beraber hastalığın ağır formu ile ilişkilidir. Hastalığın patogenezi anlamak güç olsa da endometriotik lezyonların retrograd menstrasyon ile oluştuğuna ve endometrial implantasyonlarda bir role sahip olabilecek immün disfonksiyon ile ilişkili olabileceğine inanılmaktadır. Endometrioma olarak bilinen endometriotik ovaryen kistlerin genellikle endometriotik hücrelerin/dokunun over serozasına invajinasyonu ile (örneğin ovulasyon sonrası ovaryen korteksin remodellenmesi sırasında) olduğu düşünülmektedir.

Endometrioma bulunması fertilitte tedavisi sırasında genellikle klinik bir ikilem yaratabilmektedir. Örneğin cerrahinin over rezervi üzerine etkileri ile kazanılabilecek yararlar arasında bir denge kurulmaya çalışılırken tedavinin cerrahi veya konservatif olması arasında bir kararsızlık oluşabilir. Mevcut kılavuzlar genellikle küçük ve/ya retrospektif çalışmalara dayanmaktadır. Mesela yardımcı üreme tekniklerine referans bazı çalışmalar 1980 ve 1990'larda yapılmıştır. O zamandan beri stimülasyon protokollerindeki ve mevcut ilaçlardaki iyileşmeyle, ayrıca intrastoplazmik sperm enjeksiyonu ve blastosit kültürü gibi laboratuvar tekniklerinin tanıtımı ile in vitro fertilizasyon (IVF) başarı oranları oldukça yükselmiştir. Bu Bilimsel Etki Malakesi'nde infertilite tedavisi kapsamında mevcut kanıtlara dayalı endometrioma tedavisi değerlendirilecektir.

2. Endometriomalar ve infertilite

Endometriozisli hastalarda özellikle hastalığın şiddetine bağlı olarak fekundite oranları azalabilmektedir (yenilenmiş Amerika Üreme Derneği [rASRM] sınıflaması). Ovaryen endometriomalar genellikle rASRM 'nin orta veya ileri evresi ile ilişkilidir. Kronik inflamasyon, tuba-peritoneal anatomik distorsiyon, oosit ve embriyo kalitesinde ödün vermeye neden olan azalmış endometrial reseptivite ve over rezervi gibi bir çok teori endometriozise bağlı infertiliteyi açıklamak için önerilmiş olsa da kesin mekanizma henüz bilinmemektedir.

RCOG Scientific Impact Paper No. 55 2 of 10^a 2017 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

3. Endometrioma ilişkili infertilite için potansiyel mekanizmalar

3.1 Kronik inflamasyon

Endometriozis hastalığı disregüle bir immün sistem ile ilişkilidir. Endometriozisli hastalardan alınan peritoneal sıvılarda yüksek oranda makrofaj, mast ve doğal öldürücü (natural killer) hücreler ve T hücreleri gibi immün sistem hücreleri ile artmış büyüme faktörü, kemokin ve sitokin düzeyleri bulunmaktadır. Güçlendirilmiş immün durum ise oosit kalitesini etkileyebilir ve over fonksiyonlarına zarar verebilir, bu da bozulmuş folikülogenez ve fertilizasyon ile sonuçlanır. Endometriomalar ve peritoneal hastalık genellikle birlikte görüldüğünden ve patolojik olarak ilişkili olabileceğinden ötürü endometriozisin hangi inflamatuvar klinik bulgularının fertilizasyonu etkilediğini saptamak oldukça güçtür.

3.2 Oosit ve embriyo kalitesi

Endometriomalar ve beraberinde görülen pelvik endometriozis, oosit ve embriyo kalitesini olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Endometriozisli hastalarda tubal hastalığı olanlara göre embriyo gelişimi daha yavaş olmakla beraber

11 orta-ileri evre hastalığa sahip hastaların endometriozisi olmayan kadınlardan aldıkları donör yumurtalarla sonuçlanan hamilelik oranları diğer yumurta alıcıları ile aynı orandadır. Değişmiş foliküler çevre artmış progesteron ve interlökin 6 düzeyleri ve azalmış vasküler endotelial büyüme faktörü ile kendini göstermektedir. Bu değişiklikler oosit içerisinde tahrife neden olarak hem oositlerin fertilizasyon kapasitesinin ve hem de embriyo kalitesinin azalarak implantasyon potansiyelinin düşmesine sebep olabilir.

3.3 Over rezervi

Ovaryan endometriomalar, özellikle bilateral ise over rezervini etkileyebilir ve yardımcı üreme teknikleri sırasında overlerin gonadotropinlere cevabını etkileyebilir. Histolojik olarak yapılan bir çalışmada etkilenen overlerdeki primodial folikül grubunda önemli ölçüde azalma bildirmişlerdir. Folikül sayısının azalmasının nedeni endometriozise bağlı inflamatuvar reaksiyona ve fibrozise neden olan dokudaki artmış oksidatif strese bağlı oluşan sekonder bir hasar olabilir. Demir gibi potansiyel toksik ajanlar endometriomada kist duvarından diffüze olabilir ve ovaryen korteksteki uzun süreli mekanik gerilim ile de over rezervine birlikte zarar verebilirler. Over rezervi üzerine en önemli etki ise özellikle birden fazla kere uygulanmış overyan cerrahidir. (Bölüm 4.1.2, 4.1.3 ve 4.1.4 inceleyiniz).

4. Yönetim seçenekleri

Tedavi seçenekleri ekspektan ve cerrahi yönetimi içerse de önerilen tedavi aşağıdaki bilgilere bağlı olmalıdır: hastanın belirtileri, yaş ve over rezervi gibi fertilitenin prognozunu etkileyen faktörler, geçirilmiş cerrahilerin özellikle belirtildiği detaylı tedavi geçmişi, kistin özelliği ve hastanın istekleri.

Henüz endometriomaların oluşum ve ilerleme aşamaları tam olarak anlaşılmadığı için asemptomatik olup tesadüfen saptanan hastalarda tedavi önerilmemektedir,

4.1 Spontan konsepsiyon

4.1.1 Spontan konsepsiyon amaçlı konservatif yaklaşım

Düzenli menstrüel siklusları olan ve malignite şüphesi olmayan tesadüfi saptanmış endometrioması olan genç kadınlar gebe kalmak istiyorsa fertilitate tedavisi öncesinde doğal yollardan gebe kalmaları için teşvik edilmelidir. Endometriomaların spontan konsepsiyon üzerindeki etkisine ait bilgilerimiz sınırlı olsa da prospektif gözlemsel bir çalışma 18 (n = 244) unilateral endometrioması olan (çapı 5.31.7 cm [mean SD]) hastaların 6 aylık takiplerinde %43 spontan gebelik oranı bildirmiştir. Aynı çalışma endometriomaların lateralitesine, sayısına, büyüklüğüne ve derin endometriozis bulunup bulunmasına bağlı olmaksızın etkilenmiş over ile sağlıklı over arasında benzer ovulasyon oranları (%49.7'ye %50.3) olduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar ise öncesinde yapılmış daha küçük bir çalışmanın (n = 70) etkilenmiş overdeki azalmış ovulasyon oranları sonucuyla ters düşmektedir (%31'e %69). Doğal veya doğal olmayan nedenlerle azalmış over rezervine sahip hastalarda konservatif tedaviye karşılık cerrahi veya fertilitate tedavi seçeneklerinin yararları arasında karar verilmelidir.

4.1.2 Spontan kontrasepsiyon amaçlı cerrahi yaklaşım

İnfertilite tedavisi alan hastalarda endometriomalara karşı cerrahi yaklaşım tartışmalı bir konudur. Cerrahi tedavi ile pelvik anatomisinin düzeltilmesiyle spontan gebelik oranları artsa da, fertilizasyonu ve implantasyonu etkileyen inflamasyonu ve biomoleküler değişiklikleri düzeltemediği için cerrahinin overin kendisi üzerine olumlu bir etkisi olup olmadığı henüz net değildir.. Ayrıca over rezervini azalttığı bildirilmiş olması ve düşük de olsa ooferektomi riski eklenmesi nedeniyle cerrahi tedavinin güvenliği açısından endişeler mevcuttur. Sonuç olarak endometriomanın oosit sayısına ve kalitesine olan etkisi üzerine endişeler ortaya çıkmıştır. Bu çelişkiler nedeniyle tedaviye hasta bazlı ve hastanın ağrısı, kistin boyutları, olası

malignite potansiyeli gibi klinik faktörlere bağlı karar verilmelidir. Cerrahinin over rezervine olan etkisini en az seviyeye indirmek ve gelecekteki fertilité yönetimlerini bir bütün olarak değerlendirebilmek için, kararın ve cerrahi tedavinin endometriozis ile fertilité üzerine uzmanlaşmış bir jinekolog tarafından yapılması gerekmektedir. Over endometriomalarının cerrahisinde özellikle kist 3cm veya üzerinde ise kistektomi tedavisinin uygulanması, drenaj ve koagülasyon tedavilerine göre rekürrens riskini azaltmakta ve postoperatif spontan gebelik oranını arttırmaktadır. Hart ve arkadaşları 23 subfertil hastada ekisional cerrahiye karşılık drenaj veya ablasyon tedavileri sonrası spontan gebelik oranlarını gösteren iki randomize kontrollü çalışmayı (RKT) özetlemiştirlerdir. (OR 5.24, 95% CI 1.92–14.27; n = 88; iki araştırma). Özellikle daha önce over cerrahisi geçirmiş hastalarda bu durum önemli ölçüde ovaryen foliküllerin azalmasına, yani over rezervinin azalmasına ve kendini anti mülleryan hormon (AMH) düzeyinin sürekli bir düşme ile göstermesine neden olabilir. Overyan endometriomaların tedavisinde drenaj ve CO lazer veya plazma enerjisi gibi minimal termal dağılımlı enerji yöntemleri ile ablasyonu araştıran gözlemsel kontrollü çalışmalardan tatmin edici fertilité sonuçları, azalmış ovaryen hasar ve azalmış rekürrens riski gibi olumlu veriler bildirmektedir. Kesin sonuç için randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç mevcuttur.

4.1.3 IVF sonuçları üzerine endometriomaların etkisi

IVF sırasında endometriomanın over cevabı üzerindeki etkisine ait kanıtlar belirsizdir. Kontrollü çalışmaların sistemli incelemeleri, endometriozisli hastalar ile sağlıklı kadınlar arasında ve unilateral endometrioması olan hastalarla kontralateral normal overlere sahip kadınlar arasında, over cevapları açısından bir fark olmadığını göstermiştir. Sistematik incelemede değerlendirilmiş çalışmalardaki hastaların bir çoğu küçük endometriomalara sahip olsa da, iki çalışma, boyutları özellikle 3cm veya daha üstünde olan endometriomaların over cevabı üzerindeki potansiyel olumsuz etkilerini araştırmıştır. Bir sistematik incelemede, stimülasyon için gereken toplam gonadotropin dozu karşılaştırılabilir olmakla beraber, endometriomalı hastalarda daha az oosit elde edilmesi (mean difference -0.23; 95% CI 0.37–0.1) ve daha yüksek iptal edilme oranı (OR 2.83; 95% CI 1.32 – 6.06) saptanması nedeniyle over cevabı daha düşük bulunmuştur. Ancak IVF tedavisi sonrası endometrioması olan hastalarla sağlıklı hastalar arasında canlı doğum (OR 0.98; 95% CI 0.71–1.36), gebelik (OR 1.17; 95% CI 0.87–1.58) ve düşük oranları (OR 1.7; 95% CI 0.86–3.35) benzer saptanmıştır. Endometrioma bulunmazken peritoneal endometriozisi olan hastalarla endometrioması olan hastalar karşılaştırıldığında da IVF sonuçları (canlı doğum, gebelik, düşük, siklus iptal oranları ve elde edilen oosit sayısı) benzer saptanmıştır. Bu çalışmalarda kanama, enfeksiyon veya ağrı gibi yan etkiler belirtilmemiştir. Endometriozisli hastalarda sağlıklı kadınlara oranla bazal folikül stimülasyon hormon düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (üç çalışma; n = 491), ancak iki grup arası antral folikül sayısı benzerdir (iki çalışma; n = 433). Belirsiz olan ise bir çok çalışma, özellikle büyük endometrioması olan hastalarda bütün olarak bakıldığında endometriomaya bağlı over rezervinin azaldığını belirtmektedir. Farklı olarak, endometriomaların ve endometriozisin, oosit kalitesi üzerine karşıt bir etkisi olduğunu Simon ve arkadaşları önermiştir.

Bilinen endometriozisi olmayan donörlerden gelen oositlerin implantasyon ve gebelik şanslarının endometriozisli hastalar ile sağlıklı kadınlarda benzer olduğunu bir oosit donasyon programından elde ettikleri verilerle bildirmişlerdir. Ancak oosit donörleri endometriozisli hastalar olduğunda implantasyon oranları düşük olması nedeniyle hastalığın oosit kalitesi üzerine olumsuz bir etkisi olduğu önerilmiştir. Avrupa Üreme ve Embriyoloji Derneği (ESHRE) tarafından hazırlanan endometriozis yönetimi kılavuzunda, yakın zamanda yapılan IVF sonuçlarını içeren İnsan Fertilizasyon ve Embriyoloji Otoritesi (Human Fertilisation and Embryology Authority- HFEA) ve Yardımcı Üreme Teknolojileri Birliği (Society for Assisted Repro ductive Technology- SART) verilerinin dahil olduğu geniş bir veri tabanından elde ettikleri incelemede bir fark bulunamadığı belirtilmiştir.

4.1.4 IVF öncesi cerrahi tedavi

Etkisine ve ihtiyacına dair tartışmalara rağmen endometriomalarda IVF öncesi cerrahi tedavi yüksek oranda uygulanmaktadır. Yapılan bir sistematik inceleme (beş kontrollü çalışma; n = 655) endometrioma için cerrahi tedavi almış ve almamış hastalarda yapılan IVF tedavilerinde benzer canlı doğum (OR 0.9; 95% CI 0.63–1.28), klinik gebelik (OR 0.97; 95% CI 0.78–1.2) ve düşük oranları (OR 1.32; 95% CI 0.66–2.65) saptamıştır. Elde edilen oosit sayıları ve iptal oranları karşılaştırılabilir olmakla beraber endometrioma cerrahisi geçirmiş hastaların daha düşük antral folikül sayısına sahip olduğu ve over stimülasyonu için daha yüksek gonadotropin dozuna ihtiyacı olduğu saptanmıştır. İlgili çekici olan ise unilateral endometrioma nedeniyle cerrahi geçirmiş hastaların, kontralateral overlerine göre cerrahi tedavi oldukları overlerinden daha az sayıda oosit elde edilmiştir (mean difference -2.59; 95% CI -4.13 to -1.05). Bu da, bir kaç başka çalışmada da belirtildiği gibi cerrahi müdahalelerin over rezervini azalttığını göstermektedir.

Endometrioma nedeniyle cerrahi geçirmiş hastaların benzer IVF sonuçlarına sahip olmasının nedeni, etkilenmiş overin sağlıklı olan over tarafından fizyolojik olarak kompanse edilme potansiyeli ile ovaryen stimülasyon için gereken daha yüksek folikül hormon dozlarının birleşimi olabilir.

İki küçük RCT'yi birleştiren bir Cochrane incelemesi cerrahi (kistektomi veya aspirasyon) ile ekspektan yaklaşımların benzer gebelik oranları olduğunu bildirmiştir. Endometrioma tedavisinde gebelik oranlarında kistektomi ile aspirasyon arasında bir fark saptanmazken, kistektomi sonrası kontrollü stimülasyonda daha düşük over cevabı ve daha az matür oosit elde edilmesi nedeniyle, kistektominin over rezervi üzerine olabilecek potansiyel zararları hakkında endişe oluşmuştur. Farklı olarak, üç kontrollü çalışmanın (RCT olmayan çalışma da dahil) metaanalizi endometrioma cerrahisi ile kistektomi olmuş hastalarla transvajinal aspirasyon uygulanmış hastaların over rezervleri ve IVF tedavisi sonrası gebelik oranlarının benzer olduğunu saptamıştır. Mevcut kanıtlara göre ESHRE Kılavuz grubu, 3cm üzerindeki endometriomalar için IVF tedavisi alacak hastalara tedavi öncesi kistektomi cerrahisinin uygulanması gebelik oranlarını arttırmadığını belirtmiştir. Yine de endometriozise bağlı ağrıyı azaltmak, oosit toplama prosedürlerinde ulaşılabilirliği arttırmak veya malignite şüphesini ortadan kaldırmak için yardımcı üreme teknikleri öncesi cerrahi tedavi düşünülebilir.

Endometrioma tedavisinde cerrahinin faydalarına dair yeterli kanıt bulunmaması, çeşitli sakınca ve risklere rağmen, IVF tedavisi olacak endometriomalı hastalarda konservatif tedavi yaklaşımı sorgulanmıştır. Endometriomanın varlığı teorik olarak kontrollü stimülasyonu ve oosit yeterliliğini etkileyebilir, ayrıca adhezyonların pelvik anatomi bozması nedeniyle komşu organlar yaralanması gibi oosit toplanması sırasında potansiyel risk ve teknik zorluklar yaratabilir, enfeksiyon ve abse formasyonuna, endometrioma içeriğiyle foliküler sıvının kontaminasyonuna, endometriomanın büyümesine veya patlamasına, gizlenmiş bir malignitenin atlanmasına ve gelecekte kanser oluşumuna neden olabilir.

Bilinen endometrioması olan IVF tedavisi alacak hastalarda konservatif tedavinin potansiyel risklerini değerlendiren bir sistematik inceleme, düşük ovaryen cevap ve düşük oosit yeterliliğine neden olacak yeterli bir kanıt olmadığını belirtmiştir. Ayrıca endometrioma için cerrahi tedavinin AMH değerlerinin azalması ve bunu takiben gonadotropin stimülasyon cevapları ile over rezervini azaltabileceği kanıtlanmıştır.

Kısıtlı verilere dayanarak, oosit toplanması sırasında teknik sorun yaşanması riski düşük olmakla beraber, endometrioma cerrahisinin adhezyonların tekrar oluşmasını engelleyeceğine veya efektif olarak oosit toplanmasını sağlayacağına dair bir veri bulunmamaktadır. Mevcut veriler pelvik endometriozis ve ovaryen endometriomaların klinik olarak IVF nedeniyle etkilenmeyeceğini göstermekle beraber endometrioma nedeni enfeksiyon riski (%0–1.9) ve foliküler sıvının kontaminasyon riski (%2.8–6.1) oldukça düşüktür, bu da IVF tedavisi öncesi cerrahinin gerekliliğini kanıtlayamamaktadır.

Endometrioma içerisinde gizlenmiş bir maligniteyi atlama riski oldukça düşüktür ve herhangi bir şüphe yaratacak radyolojik bir özellik mevcut değilse, cerrahi gerekli değildir. Nadir olsa da gelecekte over kanseri olma olasılığı oldukça önemli bir endişedir ve endometrioması olan hastalarda hayat boyu görülme riski %1'den %2'ye yükselmektedir. Ancak hali hazırda başka bir neden yoksa, IVF tedavisi bağlamında, cerrahi IVF tedavisi tamamlanana veya doğum sonrasına kadar bir kaç ay veya yıl ertelemek genellikle mantıklı bir tercih olacaktır.

ESHRE kılavuz grubu, hastanın cerrahi sonrasında olabilecek azalmış over fonksiyonları ve olası ooferektomi riski hakkında uygun bir şekilde bilgilendirilmesinin önemini belirtmiştir. Endometrioma cerrahisi kararı titiz bir şekilde verilmelidir. Hastanın yaşı, over rezerv durumu, hastalığın unilateral veya bilateral olması, kistlerin sayısı ve boyutları, belirtiler, şüpheli radyolojik bulguların olması veya olmaması, hastalığın over dışında da bulunması ve geçmiş over cerrahi öyküsü gibi yardımcı üreme tekniklerini etkileyebilecek prognostik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahinin over fonksiyonlarına zarar verebilmesi ve tedavinin başlanma zamanını erteleyebilmesi nedeniyle asemptomatik hastalar, ileri üreme yaşında olan hastalar, düşük over rezervi olan hastalar, bilateral endometrioması veya over cerrahi öyküsü bulunan hastalar direk IVF tedavisine ilerlemekten yararlanabilir. Eğer hastanın ciddi belirtileri varsa, iyi bir over rezervine sahipse, unilateral, büyük, şüpheli radyolojik veya klinik bulgulara sahip kistleri mevcutsa ilk tedavi seçeneği olarak cerrahi düşünülebilir. Endometriomalar over dışındaki barsak hastalığı veya derin infiltratif endometriozis gibi hastalıklarla ilişkili olabilir. Derin infiltratif endometrioziste eksizyonel cerrahi ile üreme oranlarının artmadığı görülmüştür. Endometriotik nodüllerin cerrahi eksizyonu semptomatik olarak yarar sağlasa da hastayı cerrahinin önemli risklerine maruz bırakmaktadır ve hastalar düzgün bir şekilde bu konuda bilgilendirilmelidir.

5.Kanaat

Direk tesadüfi bir birliktelik henüz tam olarak kurulamamış olsa da endometriomalar aylık azalmış fekdusite oranları ile ilişkilidir.

Tedaviye karar verilirken özellikle de ileri bir cerrahiye, tekrarlanan veya geniş ovaryen cerrahinin over rezervi üzerine zararlı bir etkisi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Cerrahinin teorik olarak yararı, yeterli bilimsel kanıtlarla desteklenmese de pelvik anatomisinin düzeltilmesi ve erişilebilirliği arttırmasıdır.

Geniş randomize kontrollü çalışmalardan mevcut modern tedavi modalitelerine dair sağlam kanıtlar gelene kadar endometriomanın en uygun tedavisine dair bir çok belirsizlik olmaya devam edecektir. Bu sırada ise yönetim kararları hastanın istekleri, yaşı, over rezervi ve eşlik eden belirtilerine göre hasta bazlı verilmelidir.

4- Pelvik Fizyoterapi

Kaynak: <http://www.pelvicphysiotherapy.com/manual-therapy/>

Pelvik Taban Manuel Terapi



Pelvik taban manuel terapi, yumuşak dokuların teşhis ve tedavisinde spesifik elle yapılan mobilize edici teknikleri kullanan bir klinik yaklaşımdır. Amacı şunlardır:

- Ağrıyı hafifletmek
- Hareket aralığını arttırmak
- Yumuşak doku inflamasyonunu azaltmak veya yok etmek
- Gevşemeyi sağlama
- Doku onarımını sağlama
- Doku esnekliğinin artırılması
- Dengenin geliştirilmesi
- Hareketleri rahatlatma
- Fonksiyonun geliştirilmesi

Pelvik taban negatif (ters) gerilime duyarlıdır ve bir çok sebepten dolayı belli şekillerde bulunmaktadır. Postür, kötü oturuş şekli, duruş şekilleri, strese bağlı duruş, doğum sırasındaki hasar, konstipasyon (kabızlık) veya herhangi bir bağırsak hastalığı hikayesi veya idrar yolu enfeksiyonu hikayesi. Yukarıda sayılan sebeplerin hiç biri bulunmayıp yalnızca genetik olarak gergin pelvik taban ile karşı karşıya olabiliriz. Tüm bunların hepsi pelvik tabanda gerilim oluşmasına neden olabilir.

Zaten gergin veya sıkı olan pelvik tabanı güçlendirmek ters etki yapabilir ve belirtileri rahatlatmak yerine arttırabilir ya da regüler (normal) pelvik taban egzersizlerinin işe yaramadığı anlamına gelebilir.

Pelvik taban manuel terapisi nasıl faydalı olur?

Pelvik taban manuel terapisi pelvik taban kaslarında ve fasyadaki istenmeyen gerilimi çözmeye çalışan internal ve eksternal yumuşak doku gevşeme teknikleri dizisidir. Pelvik tabanın hareket etmesine (mobilize olmasına) bağlı olarak aniden veya zaman içinde kaslarda hareket aralığının artması ile sonuçlanan rahatlama hissi olmalıdır. Bu aynı zamanda kaslarda ve pelvik organ pozisyonundaki zamanlamayı geliştirerek , kasların kasılabilirliği veya gevşeyebilirliğinde artış ile sonuçlanmalıdır.

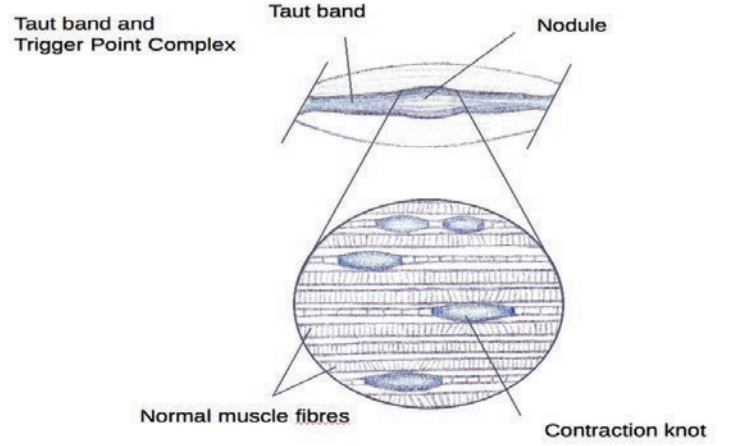
Pelvik taban manuel terapi stres inkontinans, pelvik organ prolapsusu, üriner urgency, urge inkontinans, bağırsak hastalıkları, kronik pelvik ağrı ve seksüel rahatsızlıklar için kullanılmaktadır. Mobilizasyon sırasında aynı bir kişinin boyun veya sırt hareketinde hissettiği ile aynı şekilde rahatsızlık hissi olabilir ancak tedavi sonrasında ağrı olmamalıdır.

Teknikler

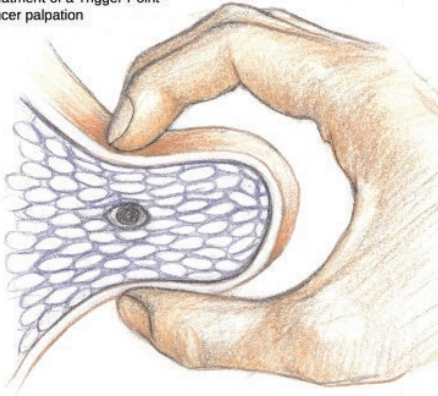
- Pelvik tabana myofasyal tetik noktası terapisi
- Pelvik tabana kuru iğneleme
- Pelvise, gövdeye ve abdomene myofasyal tetik noktası terapisi
- Pelvise, gövdeye ve abdomene kuru iğneleme
- Eksternal perineal doku, abdomen ve pelvise konnektif doku manipülasyonu

Tetik noktaları

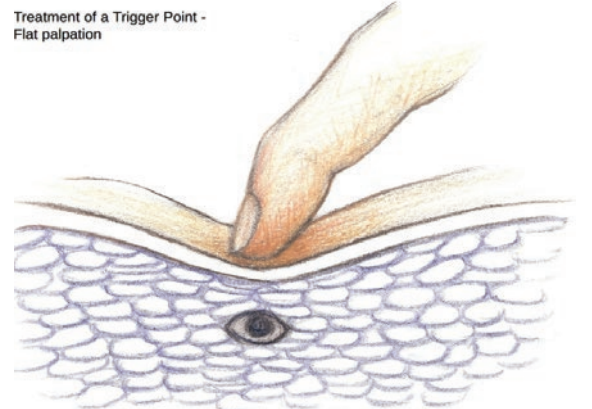
Pelvik taban için pelvik taban manuel terapi teknikleri kasın gergin olduğu yerde germe ve tetik nokta tedavisini içerir.



Treatment of a Trigger Point - Pincer palpation



Treatment of a Trigger Point - Flat palpation



- Muayene ile kısa veya gergin kas tanınır ve sonra kasın esas kısmı boyunca merkezi olarak veya genellikle daha rahatsız olan kemiğe yapışma yerinde gerilir.
- Tetik noktası pelvik tabanda veya kalçada veya rektumda veya herhangi bir noktada ağrı olmasına işaret eder. Birkaç saniye tutulduğunda ağrı hafifler ve terapist başka bir noktaya geçer.
- Pelvik tabanda aynı zamanda sinirler de vardır ve izledikleri seyir boyunca mobilize olabilirler.
- İnternal restriksiyona bağlı olarak genellikle pelvis ve abdomende eksternal gerilim vardır ve bu konnektif doku restriksiyonu olarak bilinir. Tanımlı alanlara eksternal olarak pelvik taban manuel terapinin uygulanmasıyla başarılı bir şekilde gevşeme sağlanabilir.

Pelvik taban manuel terapi hastanın gerilmeye tepki vermesine sebep olacak kadar ağırlı olmamalıdır. Manuel terapiden sonra pelvik taban kaslarında ağrı olmamalıdır. Manuel terapi seansını takiben pelvik tabanın kontraktilesinin değiştiği realtime ultrasonda gözlenebilir.

5-Preoperatif Anti Müllerian Hormon Seviyesi Şiddetli Endometriozis Nedeniyle Opere Edilen Kadınlarda Postoperatif Gebelik Oranını Etkiliyor mu?

Does preoperative antimüllerian hormone level influence postoperative pregnancy rate in women undergoing surgery for severe endometriosis? Stochino-Loi E, Darwish B, Mircea O, Touleimat S, Millochau JC, Abo C, Angioni S, Roman H. Fertil Steril. 2017 Mar;107(3):707-713.e3. doi: 10.1016

Giriş

Endometriozis ve infertilite arasındaki ilişki literatürde birçok kez çalışılmıştır. Bu ilişki ile ilgili mekanizmalar ve uygun infertilite yönetimi hala tartışmalıdır. İnfertilite, bozulmuş anatomiye bağlı oosit atılımı veya yakalanmasındaki problemler, inflamatuvar sitokinler, büyüme ve anjiojenik faktörler ve anormal gen ekspresyonu gibi farklı nedenlere bağlı olabilir. İleri evre endometriozisi olan kadınlarda azalmış ovaryan rezerv, düşük oosit ve embriyo kalitesi ve zayıf implantasyon görülmektedir. %30-50 oranında endometriozisli kadında çeşitli derecede infertilite problemlerine rastlanmaktadır. Spontan fertilitate oranı ileri evre endometriozisi olan kadınlarda %2-10 gibi düşüktür.

Endometriozis lezyonları overler, Douglas boşluğu, barsaklar, mesane ve üreterler gibi çeşitli organları içine alabilir. Gelecekte gebelik isteği olan genç hastalarda en iyi endometriozis tedavisini seçmek zor bir karardır. Çünkü bu tedavi yöntemi hem yüksek gebelik oranı sağlamalı ve pelvik şikayetleri azaltmalı hem de endometriozisin yayılmasına bağlı komplikasyonları önlemelidir. Öncelikli cerrahi yaklaşım ileri evre endometriozisli hastalarda spontan gebelik oranını arttırmaya odaklanmalı ve gebelik durumunda da oluşabilecek komplikasyonları azaltmalıdır. Hatta barsak infiltrasyonu olan derin endometriozisli kadınlarda, yapılan son çalışmalar postoperatif yardımcı üreme tekniği (YÜT) kullanımının fertilitateye önemli katkısı olduğunu göstermiştir. Buna rağmen günlük pratikte ileri evre endometriozis de cerrahi oluşabilecek komplikasyonlar veya ovaryan rezerv üzerine olan etkisi nedeniyle sıklıkla tercih edilmez.

Antimüllerian hormon (AMH), over rezervini gösteren güvenilir ve bağımsız bir belirteçdir. Oral kontraseptif ve GnRH agonisti kullanımının AMH'nın kan seviyesine minimal etkisi vardır. AMH overlerin granüloza hücrelerinde sentezlenir ve küçük antral foliküller tarafından eksprese edilir. Seviyesi pubertede yaklaşık 5-8 ng/mL'ye artar, daha sonra üreme çağı boyunca azalarak menopozda saptanamayacak seviyeye geriler. BU yüzden AMH değerli bir over rezervi göstergesi olarak kabul edilir. Literatürde yapılmış birçok çalışma ovaryan endometrioma cerrahisi öncesinde ve sonrasında AMH seviyesini ölçerek cerrahinin over rezervine olan etkisini araştırmıştır (16-18). Fakat hiçbir çalışma, ileri evre endometriozis cerrahisi geçiren kadınlarda preoperatif AMH seviyeleri ile postoperatif gebelik oranı arasındaki ilişkiyi değerlendirmemiştir.

Bu retrospektif çalışmanın amacı, düşük over rezervli kadınlarda şiddetli endometriozis cerrahisi ile iyi fertilitate sonuçları elde edilip edilemeyeceğini araştırmaktır. Bu amaçla evre 3 ve 4 endometriozis nedeniyle cerrahi yapılmış düşük ve normal over rezervi olan kadınların postoperatif gebelik oranlarını karşılaştırdık.

Metodlar

Bu çalışmaya, Rouen Üniversite Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Haziran 2010 ile Mayıs 2015 tarihleri arasında infertilite veya pelvik ağrıya neden olan evre 3 ve 4 endometriozis nedeniyle cerrahi yapılmış hastalar dahil edildi. Bu kadınlar derin infiltratif endometriozis veya 3 cm'den büyük ovaryan endometriomaya sahiptiler. Sadece yüzeysel endometrioma ve hidrosalpenksi olan kadınlar dahil edilmedi. Bütün hastaların cerrahi öncesinde gebelik isteği mevcuttu. Cerrahi öncesinde ve sonrasında AMH seviyeleri ölçüldü ve en az 12 ay hastalar takip edildi. Şiddetli endometriozisi olan kadınların over rezervini değerlendirmek ve gebelik başarısını öngörmek için preoperatif AMH ölçümü cerrahiden 1-12 hafta önce yapıldı. AMH testinin maliyeti ortalama 40 euro olduğundan ve Fransa sosyal sigorta kurumu tarafından bu maliyet karşılanmadığı için hastalar bu testi yaptırmama hakkına sahiptiler. Gebelik isteği olan kadınların rezervini değerlendirmek ve hangi konsepsiyon yönteminin seçileceğini kararlaştırmak için cerrahi sonrası AMH ölçümü medikal tedavi kesildikten 2 ay sonra yapıldı. AMH ile beraber FSH ve LH (siklusun 3. günü), E2 (siklusun 3. ve 12. günü), P (siklusun 23. günü), antral folikül sayımı, spermiyogram ve HSG testleri de yapıldı.

Hastalar prospektif olarak CIRENDO (the North-West Inter-Regional Female Cohort for Patients with Endometriosis)

veritabanına dahil edildi. Bu prospektif kohort G4 Grubu (Rouen, Lille, Amiens ve Caen Üniversite Hastaneleri, Fransa) tarafından finanse edildi ve çalışmanın yazarı H.R. tarafından koordine edildi. Bilgiler cerrahi, histolojik kayıtlardan ve cerrahiden önce yapılmış olan hasta anketlerinden elde edildi. Veri kayıtları, hastalar ile iletişim ve takipler bir klinik araştırma teknisyeni tarafından yapıldı. Postoperatif takipler önceden yapılmış anketlerden elde edilen verilere göre cerrahiden 1, 3 ve 5 yıl sonra tamamlandı. Prospektif veri kayıtları ve analizleri Fransız otoriteler komisyonu, Fransız veri koruma komisyonu ve sağlıkta bilgi teknolojileri danışman komitesi tarafından kabul edildi. Endometriomalar sadece plazma enerjisi kullanılarak eksize edildi. Barsak lezyonları shaving, discoid eksizyon veya segmental rezeksiyon ile tedavi edildi. Üriner sistem lezyonlarında ise mesane eksizyonu, JJ kateter gerektiren üreterolizis, üreteral rezeksiyon sonrası uç-uca anastomoz veya üreterosistostomi uygulandı. Bütün prosedürler baştan sona mpeg formatında kaydedildi.

Hastalar preoperatif AMH seviyesi ≥ 2 ng/mL olanlar Grup A, AMH seviyesi <2 ng/mL olanlar Grup B olmak üzere 2 gruba ayrıldı. Cerrahi sonrası ilk gebeliğe (doğum, düşük, ektopik gebelik veya 12 hafta üzerinde devam eden gebelik) kadar geçen süreyi kaydettik. Her gebelik için konsepsiyon türünü spontan veya YÜT diye belirttik.

İstatistiksel analiz Stata 11.0 programı (StataCorpLP) ile yapıldı. Univaryant analiz ile hasta karakteristikleri, klinik öykü, şikayetler, intraoperatif veriler ve her iki gruptaki kadınların postoperatif gebelik sonuçları kıyaslandı. Kalitatif değişkenleri kıyaslamak için Fischer exact test, devamlı değişkenleri kıyaslamak için ise Student t ve Mann-Whitney testi kullanıldı. Postoperatif zamana göre gebelik oluşmama olasılığını öngörmek için Kaplan-Meier eğrileri oluşturuldu ve Log-rank testi kullanılarak karşılaştırıldı. Çeşitli değişkenlere bağlı canlı doğum olasılığını gösteren bağımsız risk oranını hesaplamak için Cox modeli kullanıldı. $P<.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. AMH seviyesi <2 ng/mL olan kadınların düşük AMH (1-1,99 ng/mL) ve çok düşük AMH (<1 ng/mL) olarak iki gruba ayrılması sonrasında suplementar analiz yapıldı. Bu çalışma kurumsal inceleme kurulu tarafından kabul edildi.

Sonuçlar

CIRENDO veritabanı postoperatif gebelik isteği ve AFRs skoru >15 olarak tarandı ve 392 ardışık kadının verileri elde edildi. Kayıtlı verilerin ve ameliyat raporlarının detaylı incelenmesi sonucunda 184 kadın (%46,3) preoperatif veya postoperatif AMH seviyelerinin ölçülmemiş olması veya uygun olmaması nedeniyle, 13 kadın (%3,3) ise hidrosalpenks olması ve derin endometriozisin veya 3 cm'den büyük endometrioma olmaması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. Ek olarak, 20 kadının (%5) takipleri adres, telefon numarası veya mail adresi değişikliği nedeniyle yapılamadı.

Sonuçta 134 hasta (%74,5) A grubuna (normal AMH düzeyi) ve 46 hasta (%25,5) B grubuna (düşük AMH seviyesi) olmak üzere toplam 180 hasta kesin olarak çalışmaya dahil edildi (Suplemental Fig.1). Preoperatif AMH düzeyi A grubunda $4,3\pm 2,1$ ng/mL iken B grubunda $1\pm 0,5$ ng/mL'ydi ($p<.001$). Postoperatif AMH düzeyi ise A grubunda $3,4\pm 2,5$ ng/mL, B grubunda $1,2\pm 0,9$ ng/mL'ydi ($p=.001$).

Tablo 1 hasta karakteristiklerini, medikal geçmişi, obstetrik geçmişi, dismenore, disparoni ve sindirim sistemi şikayetleri gibi ağrı ile ilişkili semptomları göstermektedir. 180 kadından 99 tanesi (%74,4) A grubunda, 36 tanesi (%78,2) ise B grubunda olmak üzere toplam 135 kadın (%74,5) cerrahi öncesinde 1 yıldan fazla süre korunmamıştır ($p=.38$).

Tablo 2 operasyon süresi, operasyon şekli, revize edilmiş Amerikan Fertilité Derneği skoru, cerrahi prosedür ve fertilité sonuçları gibi intraoperatif bulguları göstermektedir. 145 hastada (%80,6) plazma enerjisi kullanılarak ovaryan endometrioma eksizyonu yapıldı. 134 hastada (%74,4) gebelik elde edildi ve bu hastaların 74 tanesinde (%55,2) spontan gebelik izlendi. A grubunda gebelik oranı %74,6 (100 hasta), B grubunda ise %73,9 (34 hasta, $p=.52$), A grubunda spontan gebelik oranı %54 (54 hasta) ve B grubunda spontan gebelik oranı %58,8 (20 hasta, $p=.17$) olarak izlendi. Bu değerler veritabanında kayıtlı olan ve AMH ölçümü olmadığı için çıkartılan 184 kadının gebelik oranı ile benzerdir (129 gebelik, %70,1, $p=.65$).

Normal ve düşük AMH düzeyi olan kadınların gebelik oranları sırasıyla %74,6 ve %73,9'dür ve aralarında %0,7 fark vardır (%95 confidence interval (CI), %14; %15,4). Doğum oranları normal AMH düzeyi olan kadınlarda %72, düşük AMH düzeyi olan kadınlarda %73,5'dir (%95 CI, %16; %13).

Gebelik olasılığının Kaplan-Meier eğrileri tüm takip süresi boyunca kapalıydı. Bu yüzden onların kıyaslanması istatistiksel olarak anlamlı düzeye erişmedi (Fig.1). Cerrahi sonrası 12,24 ve 36. aylardaki gebelik olasılığı A grubu için

sırasıyla %65 (%95 CI, %55-%75), %77 (%95 CI, %66-%88) ve %83 (%95 CI, %55-%75), B grubu için de sırasıyla %50 (%95 CI, %69-%34), %77 (%95 CI, %90-%61) ve %83 (%95 CI, %94-%68; p=.19).

Cox model kullanılan multivaryant analiz sonuçları Tablo 3'de görülmektedir. Preoperatif AMH seviyesinin canlı doğum olasılığı üzerine olan bağımsız etkisinin anne yaşı, geçirilmiş ovarian kistektomi, ovarian endometrioma ablasyonu, bilinen preoperatif infertilite öyküsü ve endometriozis nedeniyle geçirilmiş kolorektal cerrahi gibi çeşitli değişkenler ayarlandıktan sonra istatistiksel olarak anlamlı olmadığı gözlemlendi.

Supplemental Tablo 1 ve 2 normal, düşük ve çok düşük AMH seviyesi olan kadınların kıyaslanmasını göstermektedir. AMH seviyesi ile kadın yaşı veya geçirilmiş düşük öyküsü arasında belirgin bir ters ilişki var. Çok düşük AMH seviyesi olan hastalarda operasyon süresi ve geçici kolostomi açılma riski daha fazla olduğu gibi hastalıkta daha şiddetli olarak izlendi. Ek olarak, AMH seviyesi çok düşük olan kadınlarda daha fazla kolorektal rezeksiyon eğilimi vardı. Buna rağmen üç grup arasında gebelik oranları, 12. ve 24. ay gebelik olasılığı arasında istatistiksel olarak bir fark izlenmedi. Sırasıyla; %59,5 (%95 CI, %49,3-%70) ve %77,4 (%95 CI, %68-%85,4); %57,1 (%95 CI, %34-%83) ve %78,6 (%95 CI, %55,2-%94,8); %46,7 (%95 CI, %25,6-%73,7) ve %73,3 (%95 CI, %50,4-%91,7).

Tartışma

Bildiğimiz kadarıyla 3. ve 4. evre endometriozis için opere edilmiş hastaların ameliyat sonrası gebelik oranlarını ameliyat öncesi AMH oranları ile değerlendiren ilk çalışma budur. Çalışmamızın sonuçları spontan ve YÜT ile oluşan gebelikler göz önünde bulundurulduğunda; ameliyat öncesi AMH seviyesinin ameliyat sonrası gerçekleşen gebeliklerin olasılığını önemli oranda etkilemediğini gösterdi. Her ne kadar çalışmamız randomize çalışmalara özgü yüksek kanıt seviyesine ulaşamasa da çalışmamız gebelik isteği olan ve ameliyat öncesi AMH seviyesi normal alt sınır değerinin altında olan ileri derecede endometriozis hastalığına sahip semptomatik genç endometriozis hastalarında cerrahinin kullanımını desteklemektedir.

Çalışmamızın temel gücü çalışma için ileriye dönük veri toplanması ve kendini adanmış klinik araştırmacılarımızın dikkatli takip yürütmesine bağlı olarak takipsizliğe bağlı araştırmaya dâhil edilebilecek hasta kaybı sayısının çok düşük olmasıdır. Ayrıca operasyonların alanında uzmanlaşmış tek bir merkez tarafından fertilitiyi korumaya yönelik özel ilgi gösterilerek gerçekleştirilmiş olması özellikle cerrahi operasyonun etkisinin temellendirebilir ölçümünü sağlayarak çalışmamızı güçlendirmiştir. Çalışmamızın bir diğer gücü, hastalığın ileri derecedeki tiplerinde, özellikle kapsamlı cerrahinin hastanın fertilitesi üzerindeki olumsuz etkilerinden korkulması sebebiyle operasyonun ertelendiği hastaların dâhil edilmesinin sağladığı hastalık dereceleri üzerindeki bölünmemiş odaktan ileri gelmektedir.

Şüphesiz çalışmamızın birçok zayıflığı bulunmaktadır. Çalışmamızın geriye dönük tasarımı çalışmamızın kanıt seviyesini düşürmektedir. Ayrıca hem AMH testinin maliyeti hem de AMH testinin mantığının hastalar tarafından anlaşılabilmesi sebebiyle bazı hastalar AMH testini yaptırmaya yanaşmamıştır. Bu sebeple her hastanın ameliyat öncesi AMH değeri bilinmemektedir. Bu sebeple ileriye yönelik gebelik niyetine sahip olmayan hastalar bu testi maliyeti sebebiyle kabul etmemeye daha yatkındır. AMH değeri bilinmeyen hastaların dâhil edildiği farklı hasta grubunda ise AMH değerlerine bakılmış ancak sonuçlar kaybolmuş veyahut bu sonuçlar dosyalarına işlenmemiştir. Bazı kadınlarda ameliyat öncesi çok düşük veya düşük AMH seviyesi tespit edilmesi bu hastaların gebelik niyetlerini ve hastaların ameliyat sonrası tıbbi tedavi alma isteklerini sonlandırdı bu sebeple bu hastalar çalışmaya dâhil edilemedi. Ancak bu hastaların sayılarının çalışmamızın sonuçları üzerindeki etkilerinin oldukça az olduğu görüşündeyiz. Çalışmamızın bir diğer sınırlaması ise preoperatif düşük AMH seviyesine sahip hastaların sayılarının azlığı sebebiyle çalışmamızın geniş %95 güven aralığı ve düşük istatistiksel güce sahip olması dolayısıyla iki grup arasındaki farkı tespit etmedeki yetersizliğidir. Zarar oranının güven aralığının 95% olması, örneklem genişliğinin artmasının düşük AMH seviyesine sahip olan kadınlarda meydana gelen canlı doğum oranının, normal AMH seviyesine sahip olan kadınlarda meydana gelen canlı doğum oranının %60'a düşüreceğini ön görmektedir.

İstatistiksel analizimiz canlı doğum oranını Cox Modeli'nde zamana bağlı bir değişken olarak ele almıştır. Bu sebeple canlı doğumun meydana geldiği zamanda meydana gelen gecikmeler üstünde birçok değişkenin etkisi belirlenmiştir. Lojistik regresyon modeli ile karşılaştırıldığında Cox modeli istatistiksel açıdan daha keskin bir araçtır çünkü canlı doğum oranının olasılığının belirlenmesinde, canlı doğum yapmayan ancak takiplerine devam ederek izlemde kalan kadınları da yani sağ sansürlenmiş veriyi de dikkate almaktadır. AMH seviyelerinin, canlı doğum oranları üzerindeki etkisini her kategoriye özel tespit edebilmek için AMH seviyesini sürekli bir değişken olarak çalışmaya almak yerine 3 farklı kategori için; normal, düşük ve çok düşük AMH seviyesi olarak kategorik bir değişken olarak çalışmaya alınmıştır.

Birçok farklı çalışma AMH seviyesinin YÜT'deki gebelik oranlarını düşürdüğünü göstermiştir. Özellikle düşük AMH seviyesinin overlerin hiperstimulasyonuna zayıf yanıt vereceği ile ilişkilendirilmiş ve bu sebeple de YÜT sonrası düşük gebelik oranları düşük AMH seviyesine bağlanmıştır. Bu görüşün aksine, düşük AMH seviyesine sahip kadınların oldukça tatmin edici kendiliğinden gebelik oranlarına sahip olması, AMH seviyesi ve kendiliğinden gebelik oranı arasındaki varsayılan ilişkinin tartışmaya açık olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu sonuçlar, bizde düşük AMH seviyesine sahip olan kadınlarda kendiliğinden gebe kalma kapasitesinin yeniden kazandırılmasının, birincil YÜT'ne ilginç bir alternatif olacağı düşüncesini doğurmuştur.

Güncel klavuzlar, derin infiltratif endometriozise sahip infertil kadınlarda sadece YÜT sonuçlarını iyileştirmek adına hastanın ameliyat edilmesini önermemektedir. Ancak literatürdeki veriler, ameliyat sonrası infertil kadınlarda spontan gebe kalma oranını %25-35 oranında arttırabileceği, derin infiltratif endometriozis hasatlarının ameliyat edilmesinin spontan gebe kalımı arttırabileceğini düşündürmektedir. Düşük AMH seviyesine sahip kadınlarda spontan gebe kalma, IVF sırasında hiperstimulasyona verilen zayıf yanıtı telafi edebileceği için, bu hastalarda cerrahi yöntemin kullanılması kontraendike olarak algılanmamalıdır.

Bu alanda çalışan birçok kişinin tam tersi yönde sundukları görüşlerine rağmen gebelik istemi olan kadınların, özellikle hastaların fertilitelerini koruyacak şekilde gerçekleştirilen ameliyat yerine YÜT'ne yönlendirilmelerini ifade eden hiçbir klavuz veya kanıt bulunmamaktadır.

Ovarian endometrioma ameliyatlarının, over rezervlerinde potansiyel olarak olumsuz etki meydana getirebileceği gösterilmiştir. 2009 yılına gittiğimizde, bizim takımımız da ovarian kistektomi sonrasında gerçekleşen over doku kaybını raporlamıştır ve tamamen hastanın fertilitelerini korumak amacıyla, Plazma Enerjisi'nin kullanıldığı yeni bir ablatif tekniğe geçiş yapmıştır. Bu sebeple ovarian endometrioma hastalarının, ameliyat öncesi AMH seviyesine bağlı olmaksızın, cerrahi işlem sırasında over rezervinin zarar görebileceğinin bilincindeyiz. Plazma Enerji'nin kullanılmasına rağmen ablasyonu takiben geçici AMH düşüşü yaşanmaktadır, ancak birçok çalışmada gebelik oranları daha yüksek olarak bulunmakta ve gebeliklerin çoğu spontan oluşmaktadır. Bu gözlemler cerrahi işlemin çok düşük ve düşük AMH seviyesine sahip kadınlarda, normal AMH seviyesine sahip kadınlara göre ameliyat sonrası fertiliteleri olumsuz etkileyip etkilemeyeceğini belirlemeye çalıştığımız mevcut çalışmayı yapmamıza neden olmuştur. AMH seviyesinde ameliyat sonrası meydana gelen değişikliklere rağmen bizim serimizdeki gebelik oranı ameliyat öncesi AMH seviyesinden bağımsızdı ve tatmin ediciydi. Sadece infertil olduğu varsayılan kadınların %75'nin çalışmaya dahil edilmesi çalışmamızın ameliyat sonrası yüksek gebelik oranını açıklayıp açıklayamayacağını sorgulatabilir. Ancak her ne kadar çalışmamıza dâhil olan kadınların dörtte biri daha önce gebe kalmaya çalışmamış olsa da endometriozisin bu kadınların fertilitelerini olumsuz olarak etkilemesi olasıdır.

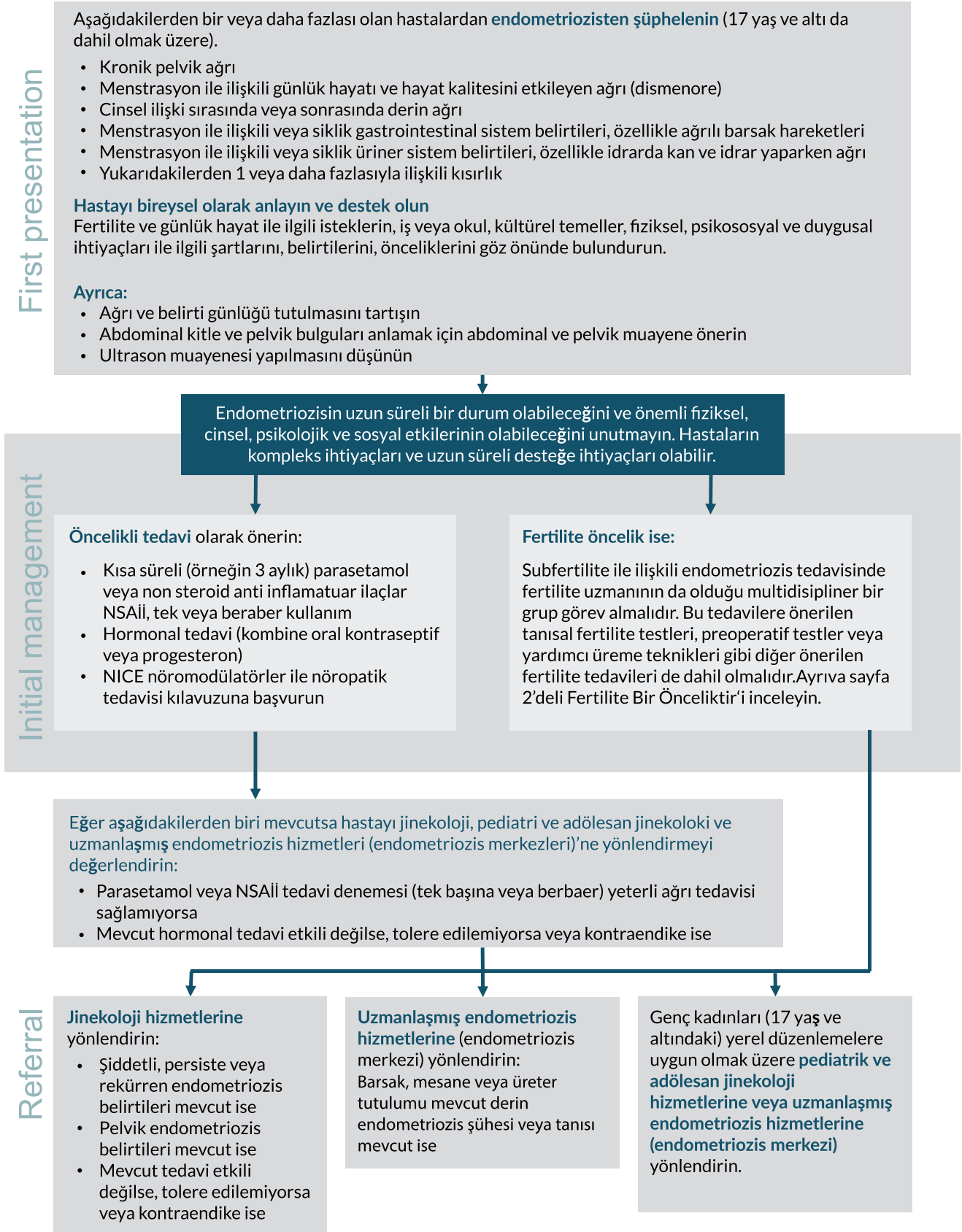
Ameliyat öncesi gebe kalmaya yönelik sınırlı çabalara rağmen derin endometriozis ve endometriozisin infertilite ile olan güçlü ilişkisi kadınların gebe kalma veya genel olarak gebelik ile ilişkili karar süreçlerini hızlandırmalarına sebep olabilir.

Elbette kendiliğinden gebe kalma olasılığı 3. ve 4. evre ve derin lokalizasyonlu endometriozise veya 3 cm'den daha büyük endometriomalara veyahut sindirim sistemi ve Douglas boşluğu endometriozis tutulumuna sahip olan kadınlarda, kendiliğinden gebe kalma olasılığının sırasıyla %70 ve %49 olarak görüldüğü rapor edilmiştir. İnfertilitesi olduğu varsayılmayan kadınlar arasında, bir seneden daha az bir süredir gebe kalmaya çalışan ancak deneyimledikleri ağrıya bağlı olarak kliniğimize yönlendirilen hastalar mevcut idi. Bu genç hastalar diğer kliniklere yönlendirildiğinde otomatik olarak birincil IVF planlamasına dahil ediliyor ve dolaylı bir biçimde infertil olarak kaydediliyorlardı. Bu sebeple infertil kadınlar cerrahi yöntemlerle yönetilen hasta serilerinde, birincil ART yönetimindeki hasta serilerine göre daha az temsil edilmektedirler.

Bizim sonuçlarımız, ameliyat öncesi AMH seviyesinin, ortalama 30 yaşındaki 3. ve 4. evre endometriozise sahip kadınlarda ameliyat sonrası gebelik oranı ile sıkı bir bağlantı içinde olmadığını gösterdi. Çalışmadaki her 4 kadından 3'ü ameliyat sonrası kendiliğinden veyahut YÜT ile gebe kaldığı için ileri derecede endometriozis sahibi düşük over rezervli genç kadınlarda cerrahi yönetimin iyi fertiliteleri sonuçları tarafından takip edildiği görülmüştür.

6-NICE Guideline Algorithm

www.nice.org.uk/guidance



Pelvik MR veya CA 125 değerini endometriozis tanısında kullanmayın.

Transvajinal ultrason yapılmasını değerlendirin:

- Pelvik ve/ya abdominal muayeneler normal olsa da şüphelenilen endometriozisi araştırmak
- Endometriomaları araştırmak
- Barsak, mesane veya üreter tutulumu olan derin endometriozisi araştırmak için

Transvajinal ultrason yapılmıyorsa pelvise **transabdominal ultrason yapılmasını değerlendirin.**

Abdominal ve/ya pelvik muayeneler, ultrason veya MR sonuçları normal olsa da endometriozis olasılığını ekarte etmeyin.

Eğer klinik olarak şüphe veya belirtiler devam ediyorsa ileti tetkik ve tanı amaçlı hastayı başka bir merkeze yönlendirin.

Ultrason normal olsa da **endometriozis** tanısı için **laparoskopi yapılmasını değerlendirin.**

Endometriozis şüpheli/ tanılı hastalarda **cerrahi yönetim seçeneklerini tartışın:**

- Laparoskopi nedir, ne içerir
- Laparoskopi ile cerrahi tedavi başarılabilir (hastanın onamı ile)
- Laparoskopi endometriozis belirtilerini nasıl etkileyebilir
- Laparoskopinin yararları ve riskleri nelerdir
- İleri cerrahi ihtiyacının bulunabilmesi (örneğin rekürren endometriozis veya komplikasyon varlığında)
- Barsak, mesane ve üreteri içeren derin endometrioziste planlanmış ileri bir cerrahi ihtiyacın olabilemesi

Tanısal laparoskopi sırasında endometriozis cerrahisinde laparoskopi eğitimi ve deneyimi olan bir cerrah tarafından pelvis sistematik olarak değerlendirilmelidir.

Eğer **tam ve sistematik bir laparoskopi** yapıldıysa ve sonucu normal geldiyse, hastaya endometriozis olmadığını açıklayın ve **alternatif tedavi seçenekleri sunun.**

Fertilite öncelik ise:

Barsak, mesane veya üreter tutulumu olmayan endometriozis hastalarına laparoskopik **eksizyon** veya **ablasyon ile birlikte adhezyolizis önerin,**

Endometriomasi olan hastaları **laparoskopik overyan kistektomi önerin**

Barsak, mesane veya üreter tutulumu olan derin endometriozisli hastalarda fertilite isteği mevcutsa **laparoskopik cerrahinin yararlarını ve risklerini tartışın.** Aşağıda sıralı maddeler tartışılabilir:

- Laparoskopik cerrahinin ilerde gebelik ihtimalini arttırması
- Over rezervi üzerine olabilecek etkiler (over rezerv ölçümü için NICE fertilite sorunları kılavuzuna bakınız)
- Komplikasyon ihtimaline karşı oluşabilecek fertilite sorunları
- Cerrahiye alternatif seçenekler
- Diğer fertilite ile ilgili etkenler

Gebe kalmaya çalışan endometriozisli hastalara hormonal tedavi **önermeyin.**

Poliklinik takibi önerilebilecek hastalar:

- Barsak, mesane veya üreter tutulumu olan derin endometriozisli hastalar
- 3cm.den büyük bir veya daha fazla endometriomasi olan hastalar

Fertilite öncelik değilse:

Tanısal laparoskopi sırasında aşağıdakilerden biri mevcutsa laparoskopik tedavi düşünülebilir:

- Barsak, mesane ve üreteri içermeyen peritoneal endometriozis
- Komplike olmamış overyan endometriomalar

Endometriomaların tedavisinde **ablasyon yerine eksizyon tedavisini düşünün**

Barsak, mesane ve üreteri içeren derin endometrioziste:

- Laparoskopik operasyon öncesi pelvik MR çekilmesi ve
- Cerrahi öncesi 3 ay gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri (GnRHa) düşünülebilir.

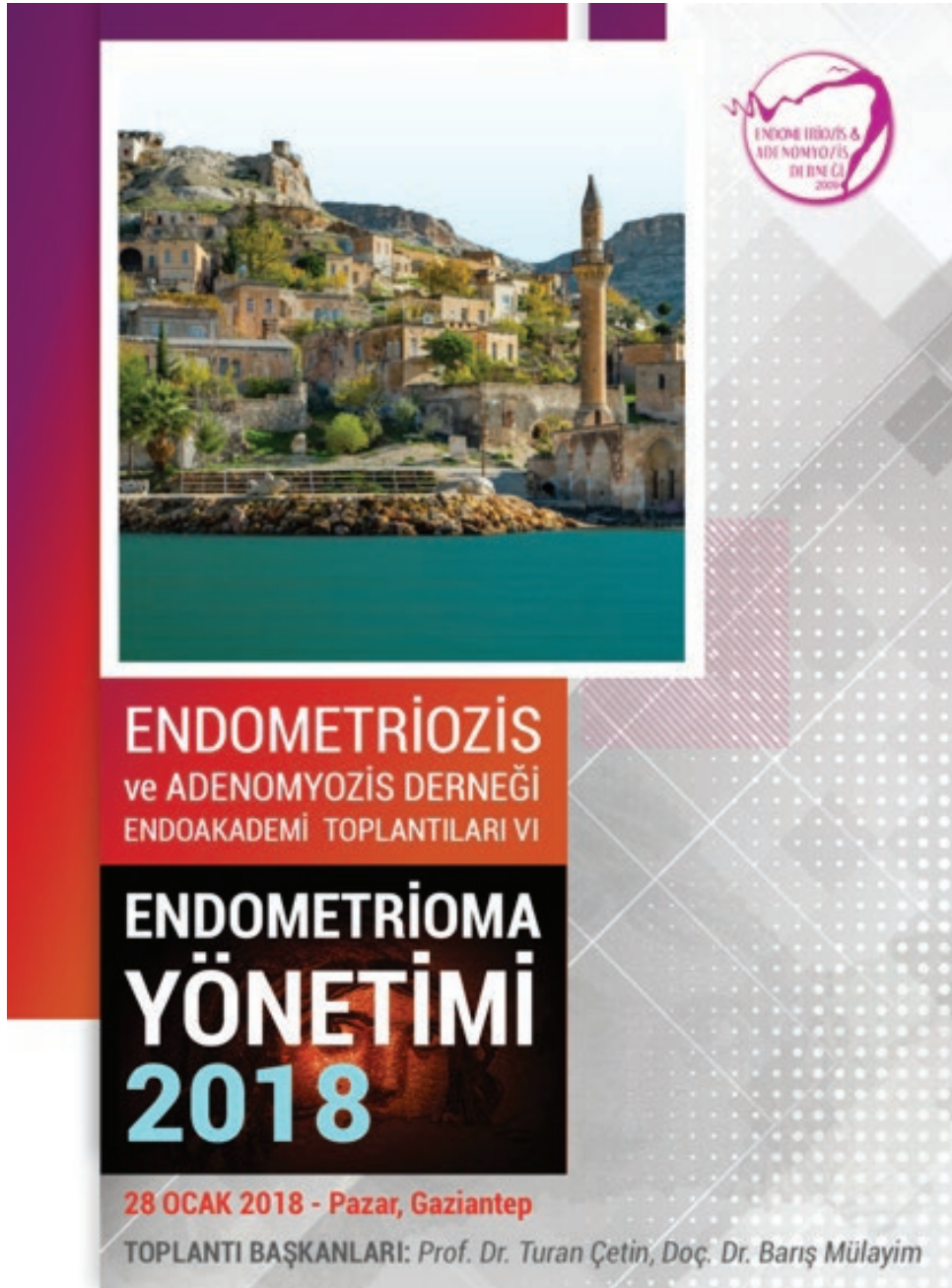
Eğer histerektomi endikasyonu varsa:

- Histerektomi sırasında görülebilen tüm endometriotik odaları eksize edin.
- Hastalarda histerektomi nedir, yararları ve riskleri nelerdir, ilişkili tedaviler ve olabilecek sonuçları tartışın.

B DERNEĞİMİZDEN HABERLER

YAPILACAK OLAN AKTİVİTELER

Endoakademi toplantıları kapsamında 28 Ocak 2018 tarihinde Gaziantep'te, bölgedeki hocalarımızın desteği ile "Endometrioma" üzerine bir günlük bir toplantı gerçekleştireceğiz. Çok detaylı olarak endometrioma ile ilgili tüm güncel bilgiyi paylaşacağız. Detaylarına dernek sitemizden de ulaşabilirsiniz. Bölge toplantılarımıza farklı illerde de devam edeceğiz.



ENDOMETRİOZİS
ve ADENOMYOZİS DERNEĞİ
ENDOAKADEMİ TOPLANTILARI VI

**ENDOMETRİOMA
YÖNETİMİ
2018**

28 OCAK 2018 - Pazar, Gaziantep

TOPLANTI BAŞKANLARI: Prof. Dr. Turan Çetin, Doç. Dr. Barış Mülayim

PROGRAM DETAYLARI

Bilimsel Program	
09:00 - 10:00	Kayıt
10:00 - 11:30	1. Oturum: ENDOMETRİOMA - GENEL Oturum Başkanları: <i>Özcan Balat, Ali İrfan Kutlar</i>
10:00 - 10:15	Endometrioma semptomatoloji <i>Koray Elter</i>
10:15 - 10:30	Endometriomayı opere etmek mi zararlı? Yoksa yerinde bırakmak mı daha zararlı? <i>Gürkan Uncu</i>
10:30 - 10:45	İnfertil endometriomalı kadında endometriomaya yaklaşım ne olmalı? <i>Hulusi Zeyneloğlu</i>
10:45 - 11:00	Endometrioma over kanseri ilişkisi: Korkmamıza gerek var mı? <i>Mete Gürol Uğur</i>
11:00 - 11:15	Endometrioma, derin infiltratif endometriozis ve adenomyozis birlikteliği <i>Ahmet Kale</i>
11:15 - 11:30	Tartışma
11:30 - 12:00	Kahve Arası 
12:00 - 13:30	2. Oturum: ENDOMETRİOMA - GÜNCEL TEDAVİ Oturum Başkanları: <i>Hakan Kıran, Yılmaz Atay</i>
12:00 - 12:15	Adölesanda endometriomaya yaklaşım <i>Barış Mülayim</i>
12:15 - 12:30	Nasıl daha iyi endometrioma cerrahisi yapabiliriz? <i>Taner Usta</i>
12:30 - 12:45	Endometriomanın medikal tedavisinde OK'mı? Progesteron mu? GnRH mı? <i>Engin Oral</i>
12:45 - 13:00	Zor olgularda endometriomanın cerrahi tedavisi nasıl yapılmalı? <i>Yücel Karaman</i>
13:00 - 13:15	Tekrarlayan endometriomada yönetim <i>M. Turan Çetin</i>
13:15 - 13:30	Tartışma
13:30 - 14:30	Öğle Yemeği 
14:30 - 14:40	Gebelikte anne ve bebek sağlığı <i>Nihan Çizmeci</i>
14:40 - 16:00	3. Oturum: ENDOMETRİOMA İNTERAKTİF VAKA TARTIŞMALARI Moderatör: <i>Engin Oral</i>
Panelistler:	<i>Yücel Karaman, Gürkan Uncu, M. Turan Çetin, Hulusi Zeyneloğlu, Koray Elter, Taner Usta, Ahmet Kale, Barış Mülayim, Mete Gürol Uğur</i>
15:50 - 16:00	Tartışma
16:00	Kapanış

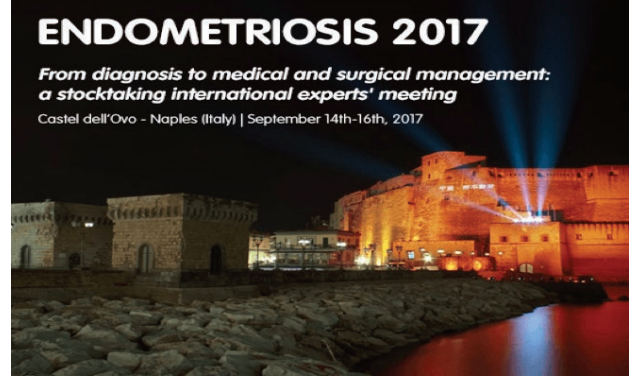


YAPILMIŞ OLAN AKTİVİTELER

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu Toplantısı (24 Eylül 2017)



24 Eylül 2017 tarihinde derneğimiz yönetim kurulu toplantısı yapılarak önümüzdeki süreçte yapılacak çalışmalar planlanmış ve gerekli görev dağılımları yapılmıştır.



Endometriosis 2017 From Diagnosis To Medical And Surgical Management:

A Stocktaking International Experts' Meeting, 14-16 Eylül 2017, İtalya

14-16 Eylül tarihleri arasında İtalya'nın Napoli şehrinde yapılan Endometriosis 2017 From Diagnosis To Medical And Surgical Management: A Stocktaking International Experts' Meeting toplantısına derneğimizi temsilen Prof. Dr. Engin Oral, Doc. Dr. Ercan Baştu ve Dr. Cihan Kaya katılmışlardır. Endometriozis ile ilgili çok önemli uluslararası duayenlerinden cerrahi yönetim ve tekniklerle ilgili meslektaşlarının deneyimlerinden faydalanmışlardır. Toplantı ile ilgili detaylara linkten ulaşabilirsiniz.
<http://www.endometriosis2017.com/index.php>





T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi'nin (ÇEKÜSH) Bilgilendirme Toplantısı

T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi'nin (ÇEKÜSH) 30 Kasım 2017 Perşembe günü 200 aile hekiminin katılımı ile düzenlediği hizmetiçi eğitimde Endometriozis ve Adenomyozis Derneği olarak "Endometriozis- Kronik Pelvik Ağrı- Dismenore" konulu bir konuşma yaptık. Konuşmayı Derneğimiz adına yönetim kurulu üyemiz Sayın Prof.Dr.Banu

Kumbak Aygün gerçekleştirdi. Dernek olarak şiddetli adet ağrısının normal kabul edilmemesi gerektiğini, altında endometriozis hastalığının olabileceğini vurguladık ve endometriozis hastalığının toplumda bilinirliğinin artırılması ile tanıda gecikmenin önüne geçilebileceğini belirttik. Aile hekimlerinden gelen sorular ile çok verimli bir toplantı oldu.

4.EKER I RUN KOŞUSU



Kumbak Aygün gerçekleştirdi. Dernek olarak şiddetli adet ağrısının normal kabul edilmemesi gerektiğini, altında endometriozis hastalığının olabileceğini vurguladık ve endometriozis hastalığının toplumda bilinirliğinin artırılması ile tanıda gecikmenin önüne geçilebileceğini belirttik. Aile hekimlerinden gelen sorular ile çok verimli bir toplantı oldu.



39. Vodafone İstanbul Maratonu

İstanbul Maratonunda Endometriozis Farkındalığı yaratmak için Koştuk! 39. Vodafone İstanbul Maratonunda Derneğimiz adına Dr. Fitnat Topbaş ve Dr. Gökür Topçu ve iki arkadaşları "Endometriozis Farkındalığı yaratmak için derneğimiz adına koştular.. Koşu esnasında pek çok yarışmacı ve halktan kişi tarafından yöneltilen sorular cevaplanırken endometriozis hakkında küçükte olsa bir farkındalık yarattık.



6. Asya Endometriosis ve Uluslararası Minimal İnvaziv Cerrahi Kongresi

İran'da 22-24 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılacak olan kongrede ülkemiz ve Derneğimizi Dr. Engin Oral ve Dr. Kutay Biberöglü ve temsil etti. Hocalarımız Kongrede birer konuşma yaptılar ve panel yönettiler.





ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

EFA Medical Conference 2017
"Breast, Ovary and Endometriosis"

October 28, 2017 - Lotte New York Palace Hotel

28 Ekim de New York ta Amerika Endometriozis Derneği tarafından (EFA) meme kanseri, over ve endometriozis ile ilgili bir konferans gerçekleştirilecektir. EFA'nın kurucusu Dr.Tamer Seçkin in düzenlediği toplantıda Dr.Serdar Bulun'da konuşması ile katkıda bulundu. Ayrıntılı bilgi için; <https://www.endofound.org/medicalconference>

REGISTER NOW

Research Alliance in honor of
BREAST CANCER AWARENESS MONTH

BREAST, OVARY
and
ENDOMETRIOSIS

Investigating the role of Sex Hormones
in the etiology and treatment.

Saturday
OCTOBER 28, 2017
8am - 5pm

New York, NY
LOTTE NY PALACE

Keynote Speaker
SERDAR BULUN, MD

Honorary Chair
HARRY REICH, MD
Scientific Chair
LISA HALVORSON, MD
Program Director
TAMER SECKIN, MD

4. EMEL Conference on Endometriosis and Uterin Disorders

İran'da 22-24 Kasım 2017 tarihleri arasında yapılacak olan kongrede ülkemiz ve Derneğimizi Dr. Engin Oral ve Dr. Kutay Biberoglu ve temsil etti .Hocalarımız Kongrede birer konuşma yaptılar ve panel yönettiler.

ECEL
Endometriosis Endometriosis League

EMAB
OBTGYN

4th EMEL Conference on
Endometriosis and Uterine Disorders

Deadline Date:
6th January, 2018

Review Date:
18th January, 2018


SUBMIT AN ABSTRACT →

Birleşik Arap Emirlikleri Endometriozis Derneği tarafından 22-23 Şubat 2018 tarihleri arasında Dubai' de yapılacak olan kongrenin ayrıntılarına aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.

<http://endometriosisuae.com/4thEMEL/#>

ENDODUBAI 2018

Yine Birleşik Arap Emirliklerinde Şubat Ayı başında Endometriosis ile ilgili yapılacak olan kongre ayrıntılarına linkten ulaşabilirsiniz.
<https://endo-dubai.ae>



SAVE THE DATE!
FEBRUARY 1-3, 2018

ENDO
DUBAI 2018

THIRD INTERNATIONAL EDITION
INNOVATION & BEST PRACTICES IN MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN GYNECOLOGY

**SHIFT YOUR SURGICAL AMBITION
TO SURGICAL ACTION**

Endo Dubai is quickly becoming a reference in minimally invasive gynecological surgery providing a forum of the highest standard for scientific, clinical and social exchange.
With a mix of expert panels, tutorials, hands-on sessions and opportunities for networking, Endo Dubai will

SEUD 2018

<http://seud.org>



4TH CONGRESS
OF THE SOCIETY OF ENDOMETRIOSIS
AND UTERINE DISORDERS

APRIL, 26-28
FLORENCE, ITALY

SEUD
CONGRESS
2018

ENDOMETRIOSIS: A POLYGENIC & MULTIFACTORIAL SYNDROME

D SOSYAL MEDYA



Endometriozis ile İlgili Makale Özetleri

Dernek sitemiz

endometriozisderneği.com'da her ay Prof.Dr.Fatma Ferda Verit hocamız tarafından endometriozis ile ilgili makaleler düzenli olarak taranıp özetlenmekte ve web sitemizde ana sayfada yer almaktadır. Endometriozis ile ilgili en güncel makalelere kolaylıkla ilişikteki linkten de ulaşabilirsiniz.

<http://www.endometriozisderneği.com/-makaleler-0>

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Sağlık Çalışanlarına Özel Web Sitesi

www.endometriozisderneği.com

Derneğimizin meslektaşlarımız için yaptığı faaliyetlerini, yurtiçi ve yurtdışı toplantıları ve her ay endometriozis ile ilgili makale özetlerini, 2014 yılında hazırlanan Endometriozis Tanı ve Tedavi Kılavuzunu, hatta birçok kitaba web sitemizden ulaşabileceğinizi biliyormuydunuz. Derneğimizin web sitesi sadece Türkçe değil, aynı zamanda İngilizce olarak hazırlandı. Dolayısıyla artık endometriozis dünyasına eskisine göre çok daha yakınız. İngilizce siteye şu adresten ulaşılabilir: <http://www.endometriozisderneği.com/en>



Endometriozis&Adenomyozis Derneği Hastalarımıza Yönelik Web Sitesi

www.endometriozis.org

Dernek olarak önemli önceliklerimizden biri endometriozis ile ilgili sadece Hekimlere değil hastalarımıza da ulaşmak için bir dizi aktivite gerçekleştirdik. Bunlardan biride endometriozis.org'u başlatmaktı. Burada hastalar için endometriozis ile ilgili güncel sağlık haberleri, bilgilendirme kitapçıkları ve basit testler, videolar bulunmaktadır. Site devamlı güncellenip yeni haberler yüklenmektedir. Endometriozis.org tamamen ücretsiz olup hastalarımızın doğru bilgiye ulaşması için oluşturulmuştur.

Bizi Sosyal medya'dan takip edebilirsiniz!



Endometriozis Türkiye Endometriosis



Endometriozis (çikolata kisti hastalığı)
Endometriosis



Endometriozis_tr



Endometriozis_tr