

Endometriozis nedir?

Hasta Bilgilendirme Kitapçığı

Amerikan Üreme Tıbbı Derneği (**ASRM**) 2012 Kılavuzundan
Doç. Dr. Murat Api tarafından Türkçeye çevirilerek hazırlanmıştır.



İÇİNDEKİLER

ENDOMETRİOZİS NEDİR?	1
ENDOMETRİOZİSTE OLUŞABİLECEK ŞİKAYETLER	3
ENDOMETRİOZİS TANISI NASIL KONUR?	5
AĞRI TEDAVİSİ	7
İNFERTİLİTE (KISIRLIK) TEDAVİSİ	12
FERTİLİTE (DOĞURGANLIK) ARTTIRICI TEDAVİLER	14
SONUÇ	15

ENDOMETRİOZİS NEDİR?

Endometriozis üreme çağındaki kadınları etkileyen sık görülen bir durumdur. Rahimdeki endometrium (rahim içi duvarı) dokusunun pelvisteki (alt karındaki) organlarda yerleşmesi sonucu oluşur. Bu anormal yerleşimli doku, bazı kadınlarda hiçbir sağlık problemi oluşturmazken bazen ağrı ve kısırlığa sebep olabilir.

Endometriozisin neden geliştiği uzmanlarca henüz bilinmemektedir. Her adet döneminde, rahimden atılan kanın içindeki endometrial dokunun büyük miktarı dışarı atılırken, bir kısım doku tüpler aracılığıyla karın boşluğuna geçer. Belki de endometriozis gelişen kadınlarda bu dokunun pelvisten temizlenememesi söz konusudur.

Endometriozisin erken lezyonları (yama veya yara benzeri oluşumlar) barut veya sigara yanığı lekeleri görünümündedir. Bu lezyonlar beyaz, kahverengi, kırmızı, siyah veya mavi renkte olabilir. Endometriozisin ciddiyeti bu lezyonlara bakılarak tahmin edilemez. Bazı kadınlarda karın zarı ve pelvik organlarda yüzeysel lezyonlar varken, bazılarında karın zarına derinine doğru yayılım ve yumru gibi oluşumlar vardır. Endometriozis yumurtalık üzerinde yamalar şeklinde olabileceği gibi endometrioma (çikolata kisti) denilen içi erimiş çikolata renkli, koyu kıvamlı sıvı dolu kistler şeklinde de olabilir.

Bu kistler bezelye büyüklüğünde olabileceği gibi bir greyfurt büyüklüğünde de olabilir. Endometriozis çevre dokularda yapışıklıklar yapabilir. Bu yapışıklıklar alt karın organlarını birbirine bağlayabilir, onları çevreleyebilir veya bağırsaklara yaklaştırabilir. Ayrıca yumurtlama sırasında tüplerden yumurta atılmasını engelleyebilir. Endometriozis ayrıca bağırsak duvarında, doğum kanalı ve makat arasında da gelişebilir.

Üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'unda endometriozis vardır. Endometriozis olan bir çok kadının çok az şikayeti vardır hatta hiç yoktur. Şikayeti olan bazı kadınlar ise ciddi adet dönemi ağrısı, kronik alt karın ağrısı veya ağrılı ilişkiden yakınırırlar. Bazı kadınlarda ise kısırlık endometriozisin tek şikayet sebebi olabilir. Sıklıkla endometriozis tanısı tekrarlayan yumurtalık kisti veya başka bir sebeple alt karınla ilgili ameliyat yapıldığında konur. Endometriozis hastalığı, çocuğu olan kadınlarda olabileceği gibi genç kızlarda da olabilir. Bazı uzmanlar endometriozisin hiç gebeliği olmayan kadınlarda daha sık olduğunu düşünmektedir. Endometriozis kısır olan kadınların %24-50'sinde görülebileceği gibi kronik alt karın ağrısı olan kadınların %20'sinden fazlasında görülür.

Endometriozis dört evreye ayrılarak sınıflandırılır: *Evre 1:* minimal, *Evre 2:* hafif, *Evre 3:* orta, *Evre 4:* ağır. Bu sınıflama endometriozis lezyonlarının yeri, yayılımı, derinliği; yapışıklıkların varlığı ve ağırlığı; yumurtalıktaki çikolata kistlerin varlığı ve büyüklüğü değerlendirilerek yapılır. Birçok kadın minimal veya hafif endometriozise sahiptir ki, bu durum yüzeysel lezyonlar ve hafif yapışıklıklarla karakterizedir. Orta ve ağır endometriozis ise çikolata kistleri ve daha ciddi yapışıklıklarla karakterizedir. Endometriozisin evresi ile şikayetlerin ciddiyeti arasında doğrusal bir orantı olmamakla birlikte evre 4 endometriozis sıklıkla kısırlıkla beraberdir.

ENDOMETRİOZİSTE OLUŞABİLECEK ŞİKAYETLER

Adet dönemi ağrısı: Birçok kadın normal olarak kabul edilen hafif adet dönemi ağrısı çekerler. Bu kramp tarzı ağrılar daha ağır olursa dismenore (ağrılı adet) olarak adlandırılır ve endometriozis harici miyom veya adenomyozis gibi diğer hastalıkların da bir belirtisi olabilir. Bu ciddi ağrılar bulantı, kusma veya ishale sebep olabilirler. Birincil dismenore adet ilk yıllarında gelişip ilerleyen yaşla azalmakla birlikte ikincil dismenore ilerleyen yaşlarda daha sık görülür. Bu tip ağrılar endometriozisin bir işareti olabileceği gibi bazı endometriozisi olan kadınlarda bu tip krampların hiçbiri olmayabilir.

Ağrnlı ilifski: Endometriozis ilifski sırasında ve sonrasında ağrıyla sebep olabilir ki, bu disparoni olarak isimlendirilir. Bunun sebebi cinsel ilifskide penisin haznede derine ilerlemesiyle, haznenin tepesinde var olabilen lezyon veya hassas endometriozis yumrularının hareketiyle ağrı oluşması olabilir.

Kısırlık: Endometriozis ve kısırlık ilifkisini gösteren birçok kanıt vardır. Endometriozis kısır kadınlarda %50'ye varan bir oranla görülebilir. Tedavi edilmeyen hafif endometriozisli kısır hastaların aylık gebe kalabilme oranı %2-4.5 arasındayken, normal bir çiftte bu oran %15-20'dir. Endometriozis kısırlıkla güçlü bir biçimde ilifskilendirilse de endometriozisi olan tüm kadınlara kısır değildir.

Endometriozisin azalmış gebelik oranı ile ilifkisi tahmin edilmekle birlikte kanıtlanmış değildir. Minimal veya hafif endometriozisi olup yapışıklıkları olmayan hastalarda endometriozisin kısırlığı neden azalttığı bilinmiyor. Endometriozisin rahim çevresindeki çevreyi küçük ama önemli şekilde değiştirdiği tahmin ediliyor. İltihabi durumlar, değişmiş bağışıklık sistemi, hormonal değişiklikler, tüplerinin anormal işlevi veya azalmış döllenme ve yapışma varsayılan teorilerdir. Orta ve ağır endometriozisin gebeliği azaltma sebebini anlamak daha kolaydır. Çünkü var olan pelvik yapışıklıklar yumurtanın atılması, tüplerinden spermin geçişi ve tüplerde döllenmenin olmasına engel olabilirler.

ENDOMETRİOZİS TANISI NASIL KONUR?

Endometriozis tanısı sadece şikayetlerle konulmaz. Doktorunuz kısırlık problemlerinizi, ciddi adet ağrılarınızı, ağrılı cinsel ilişki veya kronik alt karın ağrınız varsa endometriozisten şüphelenebilir. Yine tekrarlayan yumurtalık kistiniz varsa doktorunuz endometriozisten şüphelenebilir. Endometriozis anne veya kız kardeş gibi yakın aile fertlerinde daha sık görülme eğilimindedir. Ama unutulmamalıdır ki, endometriozisi olan birçok kadının herhangi bir şikayeti yoktur.

Pelvik Muayene: Pelvik muayenede doktorunuzu endometriozis açısından şüphelendirecek bulgular olabilir. Hazne ve makat muayenesi sırasında hassas bir yumru doktorunuz tarafından hissedilebilir. Rahim ters pozisyonda olabilir. Yine tek bir veya her iki yumurtalık büyümüş ve sabitlenmiş hissedilebilir. Sıklıkla endometriozis lezyonları hazne veya rahim ağzında görünebilir. Her ne kadar doktorunuz anlattığınız şikayetleriniz ve pelvik muayeneyle endometriozisten şüphelense de endometriozisin kesin tanısı ameliyat ile konur.

Laparoskopi: Laparoskopi karına anahtar deliği gibi bir delik açılarak karın kesilmeden yapılan kapalı bir ameliyat şeklidir. Doktorun rahim yüzeyi, tüpler, yumurtalıklar ve diğer pelvik organları kamerayla görmesini sağlar. Laparoskopide endometriozisin genişliği değerlendirilir. Klinik evrelendirme yapılır. 1-15 puan minimal veya hafif endometriozisi tanımlarken, 16 ve üzeri puan orta ve ağır hastalığı anlatır. Bununla birlikte bu evreleme sistemi hastadaki kısırlık veya hissettiği ağrının şiddetiyle doğrusal bir orantı göstermez. Doktorunuz laparoskopi sırasında endometriozisi tedavi etmeye karar verebilir. Endometriozis lezyonları yakılabilir. Yine bu lezyonlar ve yumurtalık kistleri kesilip çıkarılabilir. Laparoskopi sırasında tüplerden geçiş olup olmadığı da değerlendirilebilir.

Tomografi ve EMAR da pelvis hakkında daha çok bilgi edinilmek istenildiğinde kullanılabilir.

AĞRI TEDAVİSİ

Hafif ağrısı olan hastalar hayat tarzı değişikliklerinden yarar görebilirken, bu ağrılar hiçbir tedavi gerektirmeyebilir. Ağrı hastanın günlük yaşam ve aktivitelerini engelleyecek boyuttaysa hormon tedavileri verilebilir ki, endometriozis tanısı alan hastaların %80'inden fazlasında bu tedaviler ağrı şikayetinde azalma yapar. Birçok ilaç kullanılmakla beraber hangisinin seçileceği yan etki ve maliyet değerlendirilerek seçilir. Yumurtalıklardaki büyük endometriomalarda hormonal tedavi yararlı değildir, bu lezyonlarda ameliyat gereklidir. Ayrıca ilaç tedavisinin başarısız olduğu veya ilaç kullanımının sakıncalı olduğu durumlarda da ameliyat tercih edilir.

Hayat tarzı değişiklikleri: Bazı kadınlar ağrılarının egzersiz ve gevşeme teknikleriyle azaldığını belirtmişlerdir. Doğal aktivitelerin endometriozisle ilişkili ağrıyı azalttığı yönünde kanıt olmamasıyla birlikte toplumda 'ağrı kesici' olarak bilinen ibuprofen ve naproksen gibi non-steroid anti-inflamatuar tedavilerin ağrıyı azalttığı bilinmektedir.

Hormonal ilaçlar: Doğum kontrol hapları sıklıkla adet ağrısı ve endometriozisle ilişkili alt karın ağrısını azaltırlar. Endometriozis semptomlarını tedavi ederken herhangi bir hâpın diğerine üstünlüğü saptanmamıştır.

Doğum kontrol hapları endometriozisi olan kadınlara genelde sürekli kullanım şekliyle verilir. Bu tedavinin yan etkileri vücutta ödem (sıvı tutulumu) ve düzensiz kanamalardır. Ciddi yan etkiler arasında inme, damar problemleri ve kalp rahatsızlıkları vardır.

Progestinler: Progestinler endometrium (rahim iç duvarı) üzerinde progesteron hormonu benzeri işlev gösteren sentetik hormon ilaçlarıdır. Endometriozisle ilişkili ağrıyı azaltmada birçok progestinin yararı gösterilmiştir. Sıklıkla görülen yan etkiler düzensiz kanama, kilo alımı, göğüste hassasiyet, baş ağrısı, mide bulantısı, depresyon gibi davranış değişiklikleridir. Hap, iğne ve hormonlu spiral formları vardır. İğne formu olan depo progestin tedavisi sonrası hasta aylarca adetten kesilir ve gebelik de engellenir.

Ayrıca 6 aydan uzun süreli kullanımda kemik yoğunluğunda ileri derecede kayıp yaptığından kemik erimesi için risk artışı söz konusudur. Hap formunda olan didrogesteron, noretisteron, gestrinon, dienogest gibi progestinler uzun süreli kullanımda da kemik erimesi yapmaz, ayrıca bu ilaçlar içinde piyasaya en son sürülen dienogest androjenik yan etkisi olmayan etkinliği kanıtlanmış, güvenilir bir ilaçtır.

Gonadotropin-serbestleştirici Hormon (GnRH) Analogları: Bu ilaçlar östrojen seviyelerini menopoz dönemindeki seviyelere düşürdüğünden hasta adet görmez. Ağrılı endometrioziste oldukça etkili ilaçlardır. Yan etkiler menopoz dönemi belirtileri kapsar: sıcak basması, haznede kuruluk, kemiklerden kalsiyum kaybı gibi. Bu ilaçlar sıklıkla 6 ay süresince verilir. Düşük doz doğum kontrol hapları bu ilaçlara ek olarak yan etkileri azaltmak amacıyla verilebilir. Kalsiyum desteği ve egzersiz ilacın yaptığı kemik erimesi için önerilebilir. Çoğu kemik erimesi geçicidir ve tedavi bitirildiğinde geri döner. Son zamanlarda GnRH agonistleri ve depo progestinlerle yapılan bir çalışmada gösterilmiş ki, her iki ilaç da endometriozisle ilişkili ağrıyı azaltmada aynı oranda etkindir. Bununla birlikte depo progestininin sıcak basması ve kemik erimesi gibi yan etkileri ise daha az yaptığı gösterilmiş.

Danazol: Erkek hormonu benzeri bir ilaç olan danazol endometriozisle ilişkili ağrıda oldukça etkilidir. Ses kalınlaşması ve kıllanma gibi geri döndürülemez yan etkilerinden dolayı günümüzde pek kullanılmamaktadır.

Ağrı için ameliyat tedavisi: Endometriozisin ameliyat ile tedavisi sıklıkla endometriozis tanısı konulduğunda yapılır. Hastanın doğurganlığı korunarak yapılan ameliyat ağrıyı azaltmadaki etkisi %60-80'dir.

Endometriozise bağlı ağrıya yönelik ameliyat sonrası ilaç tedavisi gerekebilir. Çünkü ameliyat sonrası 2 yıl içinde hastaların %40-80'inde ağrı şikayetleri geri döner. Beş ila on yıl içinde ise %50'den fazla hastanın şikayetlerinde tekrarlama görülür. Histerektomi (rahmin alınması) çocuk isteği olmayan hastalarda önerilebilir.

Gebelik: Gebeliğin endometriozis üzerine tedavi edici özelliği kanıtlanmamış olmasına rağmen genellikle hastalık gebelik döneminde geriler. Gebelik sonrası ise geri döner.

Endometriozis Tedavisinde Yeni İlaç Araştırmaları: Endometriozis için birçok yeni ilaç araştırılması yapılmaktadır. Antiöstrojenlerden mifepristone ve onapristonla ilgili olarak küçük serilerde başarılı sonuçlar gösterilmiştir. Yine selektif östrojen modülatörleri (SERMs) olarak bilinen ilaçlar antiöstrojenik etkileriyle endometriozis tedavisinde denenmektedir. Raloksifen bu ilaçlar içinde en fazla araştırılanıdır.

Yine aromataz inhibitörlerinden anastrozol ve letrozol için araştırmalar sürmektedir. Lökotrien antagonistleri de teorik olarak lökotrienlerin aktivitesinde değişiklik yaparak adet ağrısı tedavisinde denenmektedir. Hayvan deneylerinde kullanılan diğer ajanlarsa loxoribine, levamisole, interlökin-12 ve interferon-alfa-2b'dir.

İNFERTİLİTE (KISIRLIK) TEDAVİSİ

Minimal veya hafif endometriozisi olduğundan şüphelenilen hastalarda laparoskopinin doğurganlığı artırıcı tedavilerden önce yapıp yapılmayacağına karar verilmelidir. Bu kararda hastanın yaşı, kısırlık süresi ve alt karın ağrısı mutlaka değerlendirilmelidir.

İnfertilite için ameliyat tedavisi: Minimal veya hafif endometriozisli hastalarda laparoskopik tedavinin doğurganlık oranlarında küçük ama anlamlı değişikliğe yol açtığını biliyoruz. Günümüzdeki en büyük çalışmada, endometriozisi olup laparoskopik tedavi olmayan hastaların 8 ay içinde gebe kalma oranları %17 iken, tedavi olanlarda bu oran %29 olduğu bildirilmiştir. Laparoskopi tedavisinden sonra doğurganlığın artması için belli bir sürenin geçmesi gereklidir. Orta ve ağır endometriozisi olan hastalarda laparoskopi ve/veya laparotomi (açık ameliyat) başka kısırlık nedeni olmayan hastalarda gebelik oranlarını artırır.

İnfertilite için ilaç tedavisi: Endometriozisteki ağrıyı azaltmak için kullanılan ilaçların kısırlık tedavisinde yararı yoktur. Ayrıca ameliyat ve ilaç tedavinin bir arada kullanılmasının da kısırlık tedavisinde yararı gösterilmemiştir.

Beklentisel Tedavi: Gözlemsel tedavi genç yaşta olan hastalar için bir seçenek olabilir. Çünkü biliyoruz ki, minimal veya hafif endometriozisi olup laparoskopi sonrası ilk 8-9 ay sonra hastaların %40'ı gebe kalmıştır. 35 yaş önemli bir karar verme yaşıdır. Bu yaştan sonra doğurganlık potansiyelinin düştüğü biliniyor. Bu yüzden bu yaştan sonraki ciddi endometriozisli hastalarda bekle-gör tedavisi iyi bir seçenek değildir.

FERTİLİTE (DOĞURGANLIK) ARTTIRICI TEDAVİLER

Kontrollü Ovaryan Hiperstümülasyon (KOH) ve İntrauterin İnseminasyon (IUI): KOH, hormon ilaçları verilerek yumurta sayısının artırılması, IUI ise yumurtlama zamanı tespit edilerek spermin rahim içine verilmesidir. Birçok çalışmada göstermiş ki, minimal veya hafif endometriozisli olgularda KOH ve IUI doğurganlığı arttırmaktadır. Tedavisiz minimal veya hafif endometriozisli olgularda aylık doğurganlık oranları %2-4.5 iken, IUI ile %5, klomifen sitratla %4-7, klomifen+IUI ile %9-10 düzeyindedir.

Asiste Üreme Teknolojisi (ART): ART, toplumda aşılama ve tüp bebek olarak bilinen tedavileri kapsamaktadır. Endometriozisi olan hastalar diğer nedenlerle kısır olan hastalar gibi ART tedavilerinden yarar görürler. Bu tekniklerde hastanın yaşı başarı oranlarında çok etkilidir. Şöyle ki, 35 yaş altı tüp bebek başarı şansı %42 iken, bu oran 35-37 yaş arası %32, 38-40 yaş arası %22, 41-42 yaş arası %12'dir (2010 verileri). Orta ve ağır endometriozisli ve ameliyat tedavisinden yarar görmeyen hastalarda tüp bebek en etkili tedavidir.

SONUÇ

Endometriozis dünyada birçok kadını etkileyen kronik, (uzun süreli), benign (iyi huylu) östrojen bağımlı bir hastalıktır. Tedaviler sonrası bile şikayetlerin yıllar içerisinde tekrarlama özelliğinden dolayı hayat boyu takibi gereken bir sağlık sorunudur. Bu da hastalarda duygusal stres yaratabilmektedir. Dolayısıyla hastalar bu konuda güncel çalışmalarını takip eden uzman doktorlarca takip ve tedavi edilmelidirler.

Yayınlayan

cortex iletişim hizmetleri a.ş.
tanburi ali efendi sokağı no: 15 34337 etiler, istanbul
Tel: (0212) 707 58 00 • Faks: (0212) 324 55 56



Bu kılavuz Bayer'in sağladığı koşulsuz eğitim desteği ile basılmıştır.

L.TR.WH.09.2013.0235