ENDOMETRİOZİSİN TANI VE TEDAVİSİNDE LAPAROSKOPİK CERRAHİ

Birol VURAL*, Sebiha ÖZKAN*, Ebru COŞKUN*, Gülseren YÜCESOY*, Eray ÇALIŞKAN*, İzzet YÜCESOY*

ÖZET:

AMAÇ: *Endometriozisin tanı ve tedavisinde bir üniversite kliniğinin laparoskopik (L/S) cerrahi deneyimlerini sunmak*

ÇALIŞMANIN YAPILDIĞI YER: *Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.*

MATERYAL VE METOD: *Ocak 1997-Ocak 2004 tarihleri arasında endometriozis öntanısı ile laparoskopik girişim uyguladığımız 54 olgu retrospektif olarak analiz edildi.*

SONUÇLAR: *Belirtilen zamanda laparoskopik cerrahi uygulanan toplam 496 olgunun 54'ü (%10.88) endometriozis nedeniyle girişim yapılan hastalardı. Olguların ortalama yaşı 31.5 (20-42) idi. Olgulardan 30'u (%55.5) primer infertilite, 5'i (%9.26) sekonder infertilite idi. Preoperatif jinekolojik ve ultrasonografik incelemeyle 42 olguda (%77.77) endometrioma saptandı, bu olguların 9'unda (%21.42) bilateral endometrioma vardı. On bir olguda (%20.37) diagnostik laparoskopi planlandı. On iki olguda (%22.22) L/S endometrioma ekstirpasyonu uygulandı. On dört olguda (%25.92) L/S endometrioma ekstirpasyonu, endometriotik implantların koterizasyonu ve adheziolizis, 9 hastada (%16.16) endometriotik implantların koterizasyonu, 8 olguda (%14.81) L/S endometrioma ekstirpasyonu, endometriotik implantların koterizasyonu, 3 olguda (%5.55) endometrioma ekstirpasyonu ve bilateral tubal ligasyon, 2 hastada (%3.70) adheziolizis ve endometriotik implantların koterizasyonu, 2 olguda ise myolizis ve endometriotik implantların koterizasyonu uygulandı. Endometriozis lezyonları, Amerikan Fertilite Derneği'nin sınıflamasına göre 8 olguda (%14.81) Evre I, 16 olguda (%29.62) Evre II, 25 olguda (%46.29) Evre III, diğer 5 hastada (%9.25) Evre IV olarak değerlendirildi.*

SONUÇ: *Endometriozisin patofizyolojisi, olguların klinik değerlendirilmesi ve yönetimine dair yanıtlanmamış pek çok soru ve belirsizliklerin varlığına karşın laparoskopi, tanı ve tedavide halen en etkin ve emniyetli alternatif yakla-*

LAPAROSCOPIC SURGERY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ENDOMETRIOSIS

SUMMARY:

OBJECTIVE: *To analyse the clinical experience of a university hospital in laparoscopic (L/S) surgery regarding the diagnosis and management of endometriosis*

SETTING: *Kocaeli University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology*

MATERIAL AND METHODS: *Fifty four patients of endometriosis treated with laparoscopic interventions between January 1997-January 2004 were analysed retrospectively.*

RESULTS: *Of 496 patients that had L/S surgery in this period, 54 cases (10.88%) were diagnosed and treated as endometriosis. The mean age of the patients was 31.5 (20-42). Thirty cases (55.5%) were complaining of primary infertility while secondary infertility was determined in 5 patients (9.26%). Preoperative gynecologic and ultrasonographic evaluation demonstrated ovarian endometriomas in 42 patients (77.77%) of which 9 cases (21.42%) had bilateral endometriomas. In 11 cases (20.37%) diagnostic L/S was planned. In 12 patients (22.22%) L/S endometrioma extirpation was performed. In 14 patients (25.92%) endometrioma extirpation, cauterization of endometriotic implants and adhesiolysis , in 9 patients (16.16%) cauterization of endometriotic implants, in 8 patients (14.81%) endometrioma extirpation and cauterization of endometriotic implants, in 3 patients (5.55%) endometrioma extirpation and bilateral tubal ligation, in 2 patients (3.70%) adhesiolysis and cauterization of endometriotic implants, in 2 cases myolysis and cauterization of endometriotic implants were performed. Endometriosis lesions were classified as Stage I in 8 cases (14.81%), Stage II in 16 patients (29.62%), Stage III in 25 cases (46.29%), Stage IV in the remaining 5 patients (9.25%) according to revised American Fertilty Society classification.*

CONCLUSION: *In spite of lacking complete understanding of the pathophysiology, evaluation and manage-*

* Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

şımdır. Jinekologların laparoskopik cerrahide klinik deneyimlerinin giderek artması da komplikasyonların önemli ölçüde azalmasını sağlayacaktır. (Türk Fertil. Der. 2005; 13:151-157).

Anahtar Kelimeler: *Laparoskopi, endometriozis*

ment of endometriosis, L/S still appears to be a safe and effective option in diagnosis and treatment. Complications will further be reduced with increasing clinical experience of gynecologic surgeons. (Turkish J. Fertil., 2005; 13:151-157).

Key Words: *Laparoscopy, endometriosis.*

GİRİŞ

Endometriozis, jinekoloji pratiğinde en sık karşılaşılan patolojilerden biri olup reproduktif çağdaki kadınların %1'inde, infertil olguların %15'inde, pelvik ağrı nedeni ile opere edilen olguların %20'sinde endometriozise rastlanır. Tüm jinekolojik operasyonların %25'inde endikasyon endometriozis olup myoma uteriden sonra 2. sırada yer alır (1,2). İlk defa 1860'da Von Rokitansky tarafından 'adenomyoma' olarak tanımlanan, endometriozis olarak ilk tanımı ise 1921'de Sampson tarafından yapılan hastalığın bilinmesinden bu yana yüz yılı aşkın süre geçmesine rağmen etiopatogenezi, doğal seyri, tedavisi hakkındaki tartışmalar devam etmektedir (3,4).

Dismenore, disparoni, kronik pelvik ağrı ve infertilite ile birlikte olan hastalık asemptomatik de seyredebilir. Tanıda pelvik muayene, serumda antiendometrial antikor varlığı, Ca12.5 düzeyleri, peritoneal sıvı sitolojisinin yanısıra USG, CT, MR gibi görüntüleme yöntemleri kullanılabilir (5-8). Ancak bu yöntemlerin sensitivitesi ve spesifitesi kısıtlıdır. Tanıda kesin yöntem, L/S veya laparotomi ile implant veya lezyonların direkt gözlenmesini takiben alınan biyopsilerle histopatolojik analizin sağlanmasıdır (5,9).

Medikal tedavilere alternatif uygulanan cerrahide amaç tüm endometriozis implantlarının destrüksiyonu, adhezyonların açılması ve normal anatominin sağlanması, rekürrensin önlenmesidir. Laparotomi ile karşılaştırıldığında L/S, bilinen avantajlarından dolayı cerrahi tedavide temel yöntemdir (10-13).

Laparoskopi ile endometriozis implantlarının koterizasyonu, endometrioma ekstirpasyonu, adheziolizis, ablasyon cerrahisi, uterosakral ligament rezeksiyonu, presakral nörektomi endometriozis olgularında kullanımı giderek yaygınlaşan, başarılı klinik sonuçlar veren komplikasyon oranları düşük cerrahi uygulamalar olarak gözlenmektedir (14-18).

Bu retrospektif çalışma ile, bir üniversite kliniğinde endometriozisin tanı ve tedavisinde uygulanan cerrahi girişimlere ait deneyimlerin sunulması amaçlandı. Endometriozis ön tanısı ile değerlendirilen olgulardaki cerrahi endikasyonları, uygulanan cerrahi girişimler, evreleme, komplikasyonlar ve klinik sonuçlar irdelendi.

MATERYAL VE METOD

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 1997 ve Ocak 2004 tarihleri arasında endometriozis nedeniyle tanısal ve operatif laparoskopi uygulanan 54 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Laparoskopik girişim endikasyonları, uygulanan laparoskopik girişimler, girişim sırasında meydana gelen komplikasyonlar irdelendi.

Ameliyathanede genel anestezi altında yapılan laparoskopide peritoneal yüzeyler, üreme organları, barsaklar ve apendiks endometriozis odakları ve adhezyonlar açısından sistematik bir şekilde incelendi, karaciğer ve safra kesesi anomaliler açısından gözlendi. Endometriotik lezyon olarak gözlenen kırmızı, siyah, beyaz, açık renkteki, barut yanığı görüntüsündeki tüm implantlar, endometriomalar, endometriotik adhezyonlar tanımlandı. Amerikan Fertilite Derneği'nin (AFS) revize edilmiş kriterlerine göre endometriozis evrelemesi yapıldı (19). Evrelemede cul-de-sac, uterus, kolon, pelvik yan duvarlar, mesane komşuluğu, overler, uterosakral ligamentler, ovarian fossalarda lokalize olan endometriotik lezyonlar derinlik, genişlik, aktifliğine göre değerlendirildi.

Tespit edilen tüm endometriotik implantların unipolar veya bipolar koter kullanılarak elektrokoterizasyonu tamamlandı. Yüzeyel lezyonlarda bipolar koter tercih edilirken derin lezyonlarda penetrasyon gücü daha yüksek olan unipolar koter kullanıldı. Barsakların yoğun biçimde komşu organlara yapıştığı alanlar

hariç tüm adhezyonlar yine unipolar veya bipolar koter yardımı ile açıldı. Omentum ve komşu organlar arasındaki yapışıklıklar açıldı. Hemostaz bipolar koterle sağlandı.

Küçük endometrioma (<3cm) varlığında makas, elektrokoter kullanılarak kist açılıp aspire edildi, cidar koterle tahrip edildi. Büyük endometrioma (>3cm) varlığında ise kistik yapının aspirasyonunu takiben unipolar makas, disektör, tutucu aletlerin yardımı ile kist cidarı traksiyon – antitraksiyon yöntemi kullanılarak künt ve keskin diseksiyonla sıyrıldı, kist yatağı bipolar koterle koterize edildi, kistin tam çıkarılamadığı olgularda kalan kısım koagule edildi. Overde kalan defektif alan açık bırakıldı. Endometriomaların sadece drene edilip bırakılması yüksek rekürrensle ilişkili olduğundan tercih ettiğimiz yöntem L/S ile total kist cidarının ekstirpasyonu idi.

Endometriozis kaynaklı pelvik ağrı nedeniyle LUNA (Laparoscopic uterine nerve ablation) yapılan olguda sakrouterin ligamentler serviksin arkasına yapıştıkları noktalardan kesildi. Bu amaçla unipolar koterizasyon, bipolar koterizasyon ve makas kullanıldı.

SONUÇLAR

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Ocak 1997 ve Ocak 2004 tarihleri arasında laparoskopik cerrahi uygulanan toplam 496 olgunun 54'ü (%10.88) endometriozis tanısı alan ve girişim yapılan hastalar idi. Olguların ortalama yaşı 31.5 olup 20 ile 42 arasında değişmekte idi. Olgulardan 30'u (%55.5) primer infertilite tanısı koyulmuş hastalar iken 5'i (%9.26) sekonder infertilite olguları idi. Preoperatif dönemde jinekolojik muayene ve ultrasonografik inceleme sonrasında 42 olguda (%77.77) endometrioma tespit edildi, bu olguların 9'u (%21.42) bilateral endometrioma saptanan hastalardı. Onbir olguda (%20.37) preoperatif değerlendirmeyi takiben diagnostik laparoskopi planlandı. Bir olgu ise kongenital uterin septumun da eşlik ettiği bir endometrioma hastası idi. On iki olguda (%22.22) cerrahi girişim olarak L/S endometrioma ekstirpasyonu uygulandı. On dört olguda (%25.92) L/S endometrioma ekstirpasyonu, endometriotik implantların koterizasyonu ve adheziolizis, 9 hastada (%16.16) endometriotik implantların koterizasyonu, 8 olguda (%14.81) L/S endometrioma ekstirpasyonu, endometriotik implantların koterizasyonu, 3 olguda (%5.55) endometrioma ekstirpasyonu ve bilateral tubal ligasyon, 2 hastada (%3.70) adheziolizis ve endometriotik implantların koterizasyonu, 2 olguda ise myolizis ve endometriotik implantların koterizasyonu uygulandı. Diğer 4 prosedür 1 olguda bilateral salpenjektomi, endometrioma ekstirpasyonu ve adheziolizis, 1 olguda uterin septum rezeksiyonunun eşlik ettiği endometrioma ekstirpasyonu ve adheziolizis, 1 olguda endometrioma ekstirpasyonuna eklenen myolizis, adheziolizis ve endometriotik implantların koterizasyonu, diğer 1 olguda da endometriotik implantların koterizasyonu ve L/S uterosakral sinir ablasyonu (Laparoscopic uterosacral nerve ablation, LUNA) olarak sıralandı (Tablo I). Endometriozis lezyonları, Amerikan Fertilite Derneği'nin revize edilmiş sınıflamasına (Revised AFS Classification) göre 8 olguda (%14.8) Evre I, 16 olguda (%29.62) Evre II, 25 olguda (%46.29) Evre III, di-

Tablo I- Endometriozis nedeniyle laparoskopik cerrahi uygulanan olgularda gerçekleştirilen işlemler gösterilmiştir.

Cerrahi girişim	Olgu sayısı (n, %)
L/S endometrioma ekstirpasyonu + endometriozis odaklarının koterizasyonu + adeziolizis	**14 (%25.92)**
L/S endometrioma ekstirpasyonu	**12 (%22.22)**
L/S endometriozis odaklarının koterizasyonu	**9 (%16.16)**
L/S endometrioma ekstirpasyonu + endometriozis odaklarının koterizasyonu	**8 (%14.81)**
L/S endometrioma ekstirpasyonu + bilateral tüp ligasyonu	**3 (%5.55)**
L/S adeziolizis + endometriozis odaklarının koterizasyonu	**2 (%3.70)**
L/S miyolizis + endometriozis odaklarının koterizasyonu	**2 (%3.70)**

ğer 5 hastada (% 9.25) Evre IV olarak sınıflandı. L/S cerrahi sırasında 6 olguda laparotomi gerektiren durum gelişti. İki olguda sırası ile 1. olguda salpenjektomiyi, 2. olguda endometrioma ekstirpasyonunu takip eden kontrol edilemeyen kanama laparotomi endikasyonu idi. Diğer 4 olguda ise laparotomiye geçilmesini gerektiren neden, eksplorasyon sırasında yeterli L/S cerrahi manipülasyona izin vermeyecek yoğunlukta olduğu gözlenen batın içi yapışıklıklar idi.

Endometriozis nedeniyle L/S cerrahi uygulanan olgularımızın 30'u (%55.5) primer, 5'i (%9.26) sekonder olmak üzere 35'i infertilite yakınması olan olgulardı. Bu olguların cerrahi sonrası 2 yıllık izlemi sonucunda primer infertilite olgularının 10'unda (%20.85), sekonder infertilite olgularının 3'ünde (%8.57) gebelik elde edildiği tespit edildi. Primer infertilite ve endometriozis nedeniyle cerrahi uygulanan ve gebelik elde edilen 10 hastanın 7'sinde Evre II, 2'sinde Evre I, 1'inde evre III endometriozis tespit edildiği gözlendi. Evre I olan 2 hastaya cerrahi sırasında endometriotik odakların koterizasyonu işlemi uygulandığı, hastalarda birinde cerrahiden 6 ay sonra klomifen sitratla ovulasyon indüksiyonu tedavisi ile, diğerinde 11 ay sonra gonadotropin indüksiyonu tedavisi ile gebelik elde edildiği tespit edildi. Evre II bulunan 7 hastaya ise endometrial odakların koterizasyonu ve endometrioma ekstirpasyonu uygulandığı, olgulardan 5'inde gonadotropin indüksiyonu, 2'sinde klomifen sitrat indüksiyonu ile gebelik elde edildiği gözlendi. Evre III endometriozis tanısı koyulan 1 hastada ise endometrial odakların koterizasyonu, adeziolizis ve endometrioma ekstirpasyonunu takiben 8 ay sonra in vitro fertilizasyonu uygulaması ile gebelik elde edildiği görüldü. Sekonder infertilite tanısı koyulan 5 hastanın 3'ünde gebelik elde edildi. Bu olguların 2'sine cerrahi sonrası Evre II endometriozis tanısı koyulmuş ve endometrial odakların koterizasyonu ve endometrioma ekstirpasyonu yapılmıştı. Olgulardan birinde spontan diğerinde gonadotropin indüksiyonu ile gebelik elde edildi. Diğer sekonder infertilite tanısı koyulan ve cerrahi sonrası gebelik elde edilen olgu ise bir Evre III endometriozis hastası idi ve L/S endometrioma ekstirpasyonu, koterizasyon ve adeziolizis işlemleri uygulanmıştı. Gebelik in vitro fertilizasyonla elde edildi.

Olguların preoperatif değerlendirilmeleri sırasında 54 hastanın 40'ında kronik pelvik ağrı (KPA) yakınmasının varlığı tespit edildi. Cerrahi sonrasında bu 40 hastanın 5'inin Evre IV, 25'inin Evre III, 10'unun ise Evre II endometriozis hastaları olduğu görüldü. Cerrahiden 1 yıl sonra KPA açısından değerlendirilen bu olguların 5'inin yakınmalarında değişiklik olmadığı, 14'ünde azalmakla birlikte KPA'nın devam ettiği, diğer 21 hastada ise yakınmalarının yok olduğu kaydedildi.

TARTIŞMA

Endometriozisin patofizyolojisinin, gerçek prevalansının ve predispozan faktörlerinin tam olarak ortaya koyulamaması hastalığın klinik yönetiminde ve optimum tedavi metodlarının seçilmesinde belirsizliklere yol açmaktadır. Toplumda yüksek prevalansının olması, pelvik ağrı, dismenore, disparoni gibi kadının günlük yaşamının kalitesini bozan sorunlar ve infertilite ile prezente olabilmesinden dolayı önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkabilmektedir. Ayrıca Jinekolojide en sık hospitalizasyon gerektiren patolojilerden biridir (1). Kronik pelvik ağrı çeken kadınların %80-90'ında farklı evrelerde endometriozis tespit edilmesi, endometriozisli kadınların %40-50 gibi önemli bir oranında subfertilite saptanması bu hastalığı daha da önemli kılmaktadır.

Retrograd menses, çölomik metaplazi, lenfojen veya hematojen yollarla yayılım ve genetik eğilim gibi bilinen etiyolojik faktörlerin yanı sıra patogenezde interlökin-6, haptoglobulin, makrofaj migrasyon önleyici faktör gibi sitokinlerin ve büyüme faktörlerinin düzeylerindeki değişikliklerin, aktive makrofajların sayısında artışın söz konusu olduğu proliferasyon ve invazyonda önemli bazı inflamatuar olaylar dizisinden bahsedilmektedir (20,21,22).

İmmunolojik ve endometrial faktörlerde değişme, kronik inflamatuar bir süreç varlığı, endometriotik lezyonlara sekonder yapışıklıkların pelvik anatomiyi bozması, dolayısı ile gamet salınımında bozulma, tüplerde distorsiyon, ovumun yakalanmasında yaşanan sorunlar endometriozisli hastalarda infertilite ile karşılaşmamıza yol açar. Bizim olgu serimizde de 54 hastanın 35'inde (%64), 30'unda primer, 5'inde sekonder olmak üzere infertilite söz konusu idi.

Hastaların pelvik ağrı, dismenore, disparoni, infertilite yakınmaları, pelvik muayenede hassasiyet, nodularite, pelvik organların hareketlerinde kısıtlılık, adneksiyel kitle varlığı, serumda CA12.5 düzeylerinde artış endometriozis lehine bulgular olsa da kesin tanıyı sağlamada sensitivite ve spesifiteleri sınırlıdır (23). USG, CT, MR gibi görüntüleme yöntemleri ise daha ziyade pelvik kitle varlığında tercih edilir (5). MR derin infiltrasyon gösteren cul de sac ve uterosakral ligament lokalizasyonlu lezyonların tanınmasında değerli olabilir, ancak rektal tutulumun saptanmasında duyarlı değildir (24). Laparoskopi endometriozis lezyonlarının tanısı ve tedavisinde altın standart yöntemdir. Özellikle ovulasyon indüksiyonu ile başarılı olunamayan açıklanamayan infertilite olgularında geciktirilmeden zamanında uygulanan L/S intrapelvik adhezyonların, diğer yöntemlerle henüz tespit edilememiş endometriotik lezyonların tanısını sağlar, gereksiz tedavi siklusları önlenmiş olur, eş zamanlı cerrahi de girişim sonrası gebelik oranlarını arttırabilir (25,26). Nitekim bizim olgularımızın da cerrahi sonrası 2 yıllık izlemi sonucunda primer infertilite olgularının 10'unda (%20.85), sekonder infertilite olgularının 3'ünde (%8.57) gebelik elde edildiği tespit edildi.

Endometrioziste cerrahi tedavi radikal veya konservatifdir. Radikal tedavi geleneksel TAH+BSO uygulaması olup bu hastalarda öncelikle tercih edilen yaklaşım L/S ile konservatif cerrahidir.

Endometrioziste cerrahi tedavi özellikle en kısa sürede konsepsiyon isteyen infertil olgularda endikedir. Endometriozisin ciddi biçimde pelvik anatomide distorsiyona yol açtığı olgularda cerrahi düzeltme fekondite oranlarına olumlu katkıda bulunur. Ciddi anatomik distorsiyon olmayan kadınlarda ise L/S cerrahinin fekonditeye etkileri ile ilgili tartışmalı sonuçlar bildirilmektedir. Marcoux'un minimal-hafif endometriozisli 341 olguyu içeren prospektif çalışmasında fekondite oranı hastalarda %4.7, kontrollerde %2.4 olarak tespit edilmiştir (27). Parazzini'nin 111 olguyu içeren çalışmasında ise fekondite oranları hasta grubuyla kontrol grubu arasında farklılık arzetmemiştir (28). Bizim çalışmamızda ise primer infertilite ve endometriozis nedeniyle cerrahi uyguladığımız ve gebelik elde edilen 10 hastanın 7'sinde Evre II, 2'sinde Evre I, 1'inde evre III endometriozis tespit edildiği gözlendi. Sekonder infertilite ve endometriozis öntanısı ile cerrahi uygulanan hastaların 3'ünde gebelik elde edildi. Bu olguların 2'sine cerrahi sonrası Evre II endometriozis tanısı koyulmuş ve endometrial odakların koterizasyonu ve endometrioma ekstirpasyonu yapılmıştı. Diğer sekonder infertilite tanısı koyulan ve cerrahi sonrası gebelik elde edilen olgu ise bir Evre III endometriozis hastası idi. Görüldüğü üzere bizim olgularımızda da gebeliğin laparoskopik cerrahi sonrası Evre II ve III endometriozis tanısı alan ve uygun cerrahi girişimlerin yapıldığı hastalarda yoğunlaşması literatürle uyumludur.

LUNA (laparoscopic uterosacral nerve ablation) uterosakral ligament içindeki efferent sinir liflerini destrükte ederek uterustan kaynaklanan ağrının azaltılmasına yönelik bir cerrahi girişimdir. Ancak primer dismenorede etkin olduğu gösterilmesine rağmen endometriozise bağlı sekonder dismenorede minimal etkin olduğu ortaya koyulmuştur (14,29). Presakral nörektomi ise uterustan gelen efferent sempatik sinir yollarının kesilmesi şeklindeki cerrahi girişim olup LUNA ile benzer klinik sonuçlar alınmıştır, ayrıca konstipasyon ve idrara sıkışma gibi yan etkileri gözlenmektedir. Pelvik ağrıyı gidermede bu yöntemlerin medikal tedavi yöntemleri ile karşılaştırıldığı prospektif kontrollü çalışmalar sınırlıdır ve bu girişimlerin rutin pratikte önerilmesi için daha fazla klinik deneyime ihtiyaç duyulmaktadır. Bizim çalışmada sadece bir olgu söz konusuydu ve klinik olarak 1 yıllık izlem sonrası hastanın yöntemden fayda gördüğü gözlendi. Ancak hasta sayısı son derece yetersiz olduğundan bu konuda kesin sonuçlara varabilmemiz için girişim sayımızın artması gereklidir.

Endometriomalar ise adneksiyal kitleler şeklinde prezente olurlar, ultrasonografik inceleme endometrioma lehine bulgular verebilmekle beraber maligniteyi ekarte edemez. Medikal tedavi genellikle kitleyi küçültmede başarısızdır, L/S cerrahi endometrioma olduğu düşünülen kitlelerde en uygun tedavi yaklaşımıdır (17,30). Farklı teknikler tanımlanmakla birlikte bunların birbirine üstünlüğü ile ilgili bilgi verebilecek çalışmalar sınırlıdır. Endometriotik lezyonların fertiliteye etkileri ile ilgili birbiriyle çelişen sonuçlar veren çalışmaların endometrioma ile ilişkili olanlarına bakacak olursak IVF programına alınan endometriomalı

kadınlarda elde edilen yumurta sayısında azalma olduğu, özellikle daha büyük kisti olan olgularda erken gebelik kayıplarının daha yüksek oranda olduğuna dair veriler bildirilmektedir (31,32). Küçük çaptaki endometriomalarda IVF sonuçlarının büyük ölçüde olumsuz etkilenmediği bildirilmektedir (33). Endometriozisin IVF sonuçlarına etkileri tartışmalı olmakla birlikte elimizdeki verilerin çoğu bu hastalığın IVF sonuçlarını minimal etkilediği yolundadır (1,31). Bizim olgularımıza bakacak olursak laparoskopik cerrahi sonrası gebelik elde edilen toplam 10 primer infertilite hastasının 8'inde, 3 sekonder infertilite hastasının hepsinde laparoskopik endometrioma ekstirpasyonu yapılmıştı.

L/S endometriozis cerrahisinin komplikasyonları mesane, barsak, üreter, major damar yaralanmaları, anestezi komplikasyonları, hemostaz sağlanmasında yaşanan sorunlar olarak sıralanır. Biz endometriozis nedeniyle laparoskopik cerrahi uyguladığımız 54 olguda majör komplikasyon yaşamadık. Ancak iki olguda kontrol edilemeyen kanama, dört olguda ise ileri derecede batın içi yapışıklıklardan dolayı laparotomiye geçme endikasyonu doğdu.

Sonuç olarak endometriozis olgularının değerlendirilmesinde ve yönetimi konusunda netliğe kavuşmamış pek çok nokta vardır. Anamnez, muayene, laboratuar yöntemleri ve görüntüleme sonrası elde edilen bulgular endometriozis öngörüsü için önemli olmakla birlikte L/S cerrahi tanı ve tedavide altın standarttır. Özellikle gebelik isteyen pelvik ağrı semptomları olan kadınlarda medikal tedavi konsepsiyonu geciktireceğinden cerrahi önceliklidir. Normal anatomik yapısı etkilenmemiş kadınlarda ise L/S cerrahinin fertiliteye katkısı tartışmalıdır. Üç santimin üzerindeki endometriomalarda maligniteyi ekarte etmek ve fertilite oranlarını olumlu etkilemek açısından cerrahi öncelik kazanır. Pelvik ağrı nedeniyle uygulanan LUNA ve presakral nörektomi gibi yöntemlerin endometriozise sekonder pelvik ağrıda başarısı tartışmalı olduğundan rutin pratikte önerilmesi için daha fazla deneyime ihtiyaç duyulmaktadır.

Pelvik ağrı kontrolünün, fertilite oranlarını arttırmanın ve hastalığın progresyonunun önlenmesinin öncelikli amaçlar olarak belirlendiği endometrioziste laparoskopi tanı ve tedavide etkin, emniyetli, komplikasyon oranı düşük temel cerrahi yaklaşım olarak dikkat çekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Winkel CA. Evaluation and management of women with endometriosis. Obstet Gynecol 2003; 102(2): 397-408.

2. Jacobson TZ, Barlow DH, Koninckx PR, Olive D, Farquhar C. Laparoscopic surgery for subfertility associated with endometriosis. Cochrane Database Syst Rev 2002; (4): CD001398.

3. Valle RF, Sciarra JJ. Endometriosis: treatment strategies. Ann N Y Acad Sci 2003; 997: 229-39.

4. Gordts S, Campo R, Brosens I, Puttemans P. Endometriosis: modern surgical management to improve fertility. Best Practical Res Clin Obstet Gynecol 2003; 17(2): 275-87.

5. Stratton P, Winkel C, Premkumar A, Chow C, Wilson J, Hearns-Stokes R et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, magnetic resonance imaging and histopathologic examination for the detection of endometriosis. Fertil Steril 2003; 79 (5): 1078-85.

6. Yoshida S, Harada T, Iwabe T, Terakawa N. Laparoscopic surgery for the management of ovarian endometrioma. Gynecol Obstet Invest 2002; 54(1): 24-27.

7. Blumenthal RD, Taylor A, Samoszuk M, Goldenberg DM. Unique molecular markers in human endometriosis: implications for diagnosis and therapy. Expert Rev Mol Med 2001; 20: 1-12.

8. Brosens I, Puttemans P, Campo R, Gordts S, Brosens J. Noninvasive methods of diagnosis of endometriosis. Curr Opin Obstet Gynecol 2003;15(6):519-522.

9. Metler R, Schollmeyer T, Lehman-Willenbrock E, Schuppler U, Schmutzler A, Shukla D et al. Accuracy of laparoscopic diagnosis of endometriosis. JSLS 2003; 7(1): 15-8.

10. Olive DL, Lindheim SR, Pritts EA. Endometriosis and infertility: what do we do for each stage? Curr Womens Health Rep 2003: 3(5): 389-94.

11. Milingos S, Protopapas A, Drakakis P, Liapi A, Loutradis D, Kallipolitis G et al. Laparoscopic management of patients with endometriosis and chronic pelvic pain. Ann N Y Acad Sci 2003; 997:269-73.

12. Check JH. The association of minimal and mild endometriosis without adhesions and infertility with therapeutic strategies. Clin Exp Obstet Gynecol 2003; 30(1): 35-39.

13. Sutton CJ, Jones KD. Laser laparoscopy for endometriosis and endometriotic cysts. Surg Endosc 2002; 16(11):1513-7.

14. Vercellini, Aimi G, Busacca M, Apolone G, Uglietti A, Crosignani PG. Laparoscopic uterosacral ligament resection for dysmenorrhea associated with endometriosis: results of a randomized, controlled trial. Fertil Steril 2003;80(2):310-9.

15. Jones KD, Sutton C. Patient satisfaction and changes in pain scores after ablative laparoscopic surgery for stage III-IV endometriosis and endometriotic cysts. Fertil Steril 2003;79: 1086-90.

16. Soysal ME, Soysal S, Gurses E, Ozer S. Laparoscopic presacral neurolysis for endometriosis related pelvic pain. Hum Reprod 2003; 18(3): 588-92.

17. Canis M, Mage G, Wattiez A, Pouly J, Bruhat MA. The ovarian endometrioma: why is it so poorly managed? Laparoscopic treatment of large ovarian endometrioma: why such a long learning curve? Hum Reprod 2003; 18(1):5-7.

18. Ford J, English J, Miles WA, Giannopolos T. Aim, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. BJOG 2004; 111(4):353-6.

19. The American Fertility Society . Revised American Fertility Society classification of endometriosis. Fertil Steril 1985;3: 351-2.

20. Piva M, Horowitz GM, Sharpe-Timms KL. Interleukin-6 differiatially stimulates haptoglobulin production by peritoneal and endmetriotic cells in vitro: A model for endometrial-peritoneal interaction in endometriosis. J Clin Endocrinol Metab 2001; 86: 2553-61.

21. Katz R, Metz CN, Akoum A. Macrophage migration inhibitory factor is markedly expressed in active and early stage endometriotic lesions. J Clin Endocrinol Metab 2002;87:833-9.

22. Leovic DI, Mueller MD, Taylor RN. Immunobiology of endometriosis. Fertil Steril 2001; 75: 1-10.

23. Mol BW, Maryam N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, Van de Veen F et al. The performance of CA125 measurement in the detection of endometriosis: A metaanalysis. Fertil Steril 1998;70: 1101-8.

24. Kinkel A, Chapron C, Balleyguier C, Fritel A, Dubuissen JB, Moreau JF. Magnetic resonance imaging characteristics of deep endometriosis. Hum Reprod 1999;14:1080-6.

25. Capelo FO, Kumar A, Steinkampf MP, Azziz R. Laparoscopic evaluation following failure to achieve pregnancy after ovulation induction with clomiphene citrate. Fertil Steril 2003; 80: 15-3.

26. Osuga Y, Koga K, Tsutsumi O, Yano T, Maruyama M, Kugu K et al. Role of laparoscopy in the treatment of endometriosis associated infertility. Gynecol Obstet Invest 2002;53: 33-9.

27. Marcoux S, Maheux R, Berube S, Canadian Collaborative Group of Endometriosis. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. N Engl J Med 1997; 337: 217-22.

28. Parazzini F. Ablation of lesions or no treatment in minimal-mild endometriosis in infertile women: A randomized trial. Gruppo Italiano per lo Studio dell'Endometriosi. Hum Reprod 1999; 14: 1332-4.

29. Proctor ML, Farquhar CM, Sinclair OJ, Johnson NP. Surgical interruption of pelvic nerve pathways for primary and secondary dysmenorrhoea (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software. CD001896.

30. Chapron C, Vercellini P, Barakat H, Vieira M, Dubuisson JB. Management of ovarian endometriomas. Hum Reprod Update 2000;8 (6):591-7.

31. Dorkas A, Olive DL. Endometriosis and assisted reproductive technologies. In: Schenken RS, ed. Clin Obstetrics and Gynecology. Hagerstown, Maryland: Lipincott, Williams and Wilkins,1999:687-98.

32. Yanushpolsky EH. Effects of endometriomas on oocyte quality, embryo quality, and pregnancy rates in in vitro fertilization cycles: A prospective, case-controlled study. J Assist Reprod Genet 1998;15:193-7.

33. Tinkanen H. In vitro fertilization in patients with ovarian endometriomas. Acta Obstet Gynecol Scand 2000;79:119-22.