

KADIN SAĞLIĞI · TIP PROFESYONELLERİ İÇİN

Endometriozis: Tanı ve Tedavi

Kadın Sağlığında Güvenilir Adres

SoftCare Clinic

softcareclinic.com · +90 212 241 30 10

Sadece bilgilendirme amaçlıdır

Tanım

- Endometrial stroma ve bezlerin, uterin kavite dışındaki ektopik varlığı olarak tanımlanır.
- En sık implantasyon yerleri pelvik organlar ve peritondur.

Etyoloji

- Endometriozis östrojen bağımlı bir hastalıktır.
- Histogenezi açıklamak için üç teori ortaya konmuştur: endometrial dokunun ektopik transplantasyonu, çölemik metaplazi ve indüksiyon teorisi.

Transplantasyon Teorisi

Menstrüasyon sırasında transtübal regürjitasyon sonucu endometrial hücrelerin ekilmesi veya implantasyonu ile endometriozis olduğu düşüncesine dayanır.

- Transtübal regürjitasyon, hastalığı olmayan kadınlara göre endometriozisli kadınlarda daha sık izlenir.
- Menstrüasyon sırasında kadınların %60-80'inde peritoneal sıvıda endometrial hücreler tespit edilmiştir.
- Menstrüel kanın uterustan akımının obstrüksiyonu sonucu retrograd menstrüasyon ve endometriozis sıklığında artış olur.
- Daha sık ve uzun süreli menstrüasyon gören kadınlarda retrograd menstrüasyon artacağı için endometriozis sıklığında da artış olur.
- Transplantasyon teorisi pelvik endometriozisi açıklamada yeterlidir; ekstrapelvik endometriozis konusunda ise zayıf kalır (ekstrapelvik endometriozis %1-2 oranında görülür). Endometrial hücrelerin vasküler ya da lenfatik yayılımı veya cerrahi sırasında iyatrojenik olarak ekilmesiyle oluştuğuna inanılır.

Çölemik Metaplazi Teorisi

Çölemik epitelin endometrial dokuya transformasyonu ile endometriozis orijini açıklanmaya çalışılmıştır. Klinik ve deneysel verilerle desteklenmemiş bir teoridir.

İndüksiyon Teorisi

Henüz belirlenememiş bir endojen kimyasal faktörün, diferansiye olmamış peritoneal hücreleri endometrial dokuya farklılaşmaları yönünde indükleyebileceğini öngörür.

Genetik ve İnflamasyon

- Birinci derece akrabalar endometriozisle etkilenmişse, risk 7 kat fazladır.
- İkiz kardeşte endometriozis varsa, %50-70 oranında diğer kardeşte de endometriozis tespit edilir.
- Belirgin bir Mendelyan kalıtım paterni belirlenmediğinden, multifaktöriyel kalıtımın etkili olduğu kabul edilmiştir.
- Birçok kanıt, endometriozisli hastalarda subklinik bir peritoneal enflamasyon olduğunu göstermektedir: artmış peritoneal sıvı volümü, artmış aktif makrofaj sayısı, artmış enflamatuvar sitokinler, büyüme faktörleri ve anjiyogenez uyarıcı faktörler.

Prevalans

- Daha çok reproduktif dönem hastalığıdır.
- Pelvik ağrısı ve infertilitesi olan kadınlarda yüksek endometriozis oranları (%90'lara varan) bildirilmiştir.
- Tubal ligasyon için opere edilen, fertilitesi kanıtlanmış asemptomatik hastalarda %3-43 oranında rapor edilmiştir.

Tanı

- Subfertilitesi, dismenoresi, dispareunisi veya kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda endometriozisten şüphelenilmelidir.
- Erişkin bir kadında yıllar sonra dismenore başlamışsa endometriozis düşünülmelidir.
- Ağrı, menstrüel kanamadan önce başlar ve menstrüel periyod boyunca devam eder. Yayılımı değişkendir ama çoğunlukla bilateralidir.
- Ağrı şiddeti ile endometriozis derecesi arasında korelasyon yoktur.

Orta ve ağır derecede endometriozis, overleri içine almış ve tuba-ovaryan motiliteyi bloke edecek şekilde gelişmişse subfertilite ile bağlantılıdır. Ancak birçok mekanizma ortaya korsa da, minimal endometriozis ile subfertilite arasındaki ilişki tartışmalıdır.

Endometriozisin; anovülasyon, anormal foliküler gelişim, preovulatuvar azalmış estradiol seviyeleri, bozulmuş LH profili, premenstrüel spotting, galaktore ve hiperprolaktinemi ile beraberliği değişik çalışmalarda ortaya konulmuştur.

Ekstrapelvik endometriozis sıklıkla asemptomatik olmakla birlikte, pelvis dışında siklik paternde ağrı ve diğer semptomların görülmesi ve palpabl kitle ile kendini gösterebilir. Kolon ve rektum, ekstrapelvik endometriozisin en sık tutulum yeridir; karın ağrısı, siklik kanama, distansiyon, kabızlık ve obstrüksiyona yol açabilir.

Üreteral tutulum halinde siklik ağrı, hematüri, dizüri olur. Pulmoner endometriozis, pnömotoraks, hemotoraks ve mens sırasında hemoptizi ile kendini gösterebilir.

Klinik muayenede endometriozisli hastalarda herhangi bir anormallik saptanmayabilir; ya da uterusakral ligamanlarda ve Douglas boşluğunda nodülarite, serviksin veya korpusun lateralizasyonu ve fikse olması, adneksiyal kitle tespit edilebilir.

Görüntüleme Yöntemleri

- HSG'de dolma defekti (hipertrofik ve polipoid endometrium) görüldüğünde endometriozisle yüksek oranda korelasyon gösterilmiştir (pozitif prediktif değeri %84, negatif prediktif değeri %75).
- USG, adneksiyal kitle ayırımında ve rektovajinal endometriozis tanısında oldukça faydalıdır (sensitivite %97, spesifite %96).
- CT ve MRI yöntemlerinin USG'ye üstünlüğü tartışmalıdır, ayrıca bu yöntemler oldukça pahalıdır.

Laboratuvar Bulguları

- Orta ve şiddetli endometrioziste CA125 seviyesinin arttığı bilinmektedir. Ancak CA125 seviyesi birçok fizyolojik ve patolojik jinekolojik olayda arttığı için, endometriozis tanısında güvenilirliği sınırlıdır.
- Öykü, muayene ve semptomatoloji ile birleştirildiğinde tanısal değeri artar.

- Seri CA125 ölçümleri, tedavi sonrası endometriozis rekürrensini takip etmek amacıyla kullanılabilir.

Laparoskopi

- Laparoskopide peritonun serozal yüzeyinde karakteristik “barut yanığı” görüntüsü saptanabilir. Bunlar siyah, koyu kahverengi veya mavimsi nodüller ya da değişen derecelerde fibrozis ile çevrili, eski hemoraji içeren küçük kistlerdir.
- Bazen endometriozis; kırmızı implantlar, seröz veya berrak veziküller, beyaz-sarı renkli plaklar ya da sadece adezyonlar şeklinde kendini gösterebilir.
- Kalın cidarlı, visköz, koyu kahverengi sıvı içeren endometriotik over kistleri görülebilir.

Histolojik Konfirmasyon

Endometrioziste kesin tanı, laparoskopi sırasında alınan doku biyopsilerinde endometrial bez ve stromanın histolojik olarak gösterilmesiyle konulur. Yapılan bir çalışmada, laparoskopi ile endometriozis tanısı konulan hastaların ancak yarısında histolojik olarak bu tanı desteklenmiştir.

Tedavi

Tanı konulduktan sonra hemen tedaviye başlanmalıdır; çünkü endometriozis dinamik bir hastalıktır ve hastaların %30-60'ında progresyon görülür. Tedavi, radikal cerrahi dışında geçici rahatlama sağlar; amaç ağrı ve subfertiliteyi ortadan kaldırmaktır.

Medikal Tedavi

Endometriozis östrojen bağımlı bir hastalık olduğu için, östrojen sentezini süprese eden veya östrojen etkisini antagonize eden ilaçlar tedavide kullanılabilir. Böylece ektopik endometrial dokular atrofiye olur, siklik kanama ve ağrı geriler.

Oral Kontraseptifler

- 30-35 mikrogram etinil östradiol içeren herhangi bir düşük doz kombine oral kontraseptif hapın devamlı kullanımı (6-12 ay), endometriozis tedavisinde etkili olabilir. Oluşan psödogebelik durumu, endometrial implantların desidualizasyonuna ve atrofisine neden olur.
- Dismenore ve pelvik ağrı hastaların %65-90'ında ortadan kalkar. Tedavi sonrası %50 oranında gebelik görülebilir.
- Tedavi sonrası ilk yıl rekürrens oranı %20 civarındadır.
- Maliyeti düşüktür, uzun dönem yararları dikkat çeker; bu nedenle kısa süreli endometriozis tedavisinde tercih edilebilir. Siklik OKS kullanımının endometriozis progresyonunu veya rekürrensini önlemedeki etkinliği gösterilmemiştir.

Progestinler

- Antiendometriyotik etkileri sayesinde desidualizasyon ve atrofiye neden olurlar; endometriozis tedavisinde ilk seçeneklerdir.
- MPA 30 mg/gün oral veya 150 mg/3 ay İM tedavisi, ağrının giderilmesi ve semptomların gerilemesinde etkilidir.
- Megestrol asetat, dihidrogesteron, linestrenol kullanılan diğer ajanlardır.

- Levonorgestrel içeren RİA kullanımı ile pelvik hastalık ve semptomatolojide anlamlı düzelme görülmüştür.
- Yan etkileri arasında bulantı, kilo alma, sıvı retansiyonu ve kırılma kanamaları sayılabilir; hastaların %1'inde depresyon görülür.
- Progesteron antagonistleri (mifepriston, onapriston) de endometriozis tedavisinde etkilidir; ancak rutin kullanıma girebilmeleri için yeni klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Danazol

Yüksek androjen ve düşük östrojen içeren bir hormonal ortam yaratır. İmmünolojik parametrelerde değişiklik yaratır (serum C3'te azalma, C4'te artma, otoantikör ve CA125 düzeyinde azalma, hücrel sitotoksitede azalma, IL-1 ve TNF salınımında azalma). Bu etkileri sayesinde endometrial implantlarda atrofi ve semptomlarda düzelme oluşur.

- Genelde 400 mg/gün olarak başlanır; amenore başlayınca ve ağrı kayboluncaya kadar doz artırılır (800 mg/gün maksimum doz).
- Yan etkileri arasında kilo alma, sıvı retansiyonu, akne, hirsutizm, sıcak basması, atrofik vajinit, azalmış libido, seste kalınlaşma, kolesterol ve LDL'de artış, HDL'de azalma sayılabilir.
- Danazol; gebelikte, karaciğer hastalığında, konjestif kalp yetmezliğinde ve renal hastalığı olanlarda kontrendikedir.

Gonadotropin Releasing Hormon (GnRH) Agonistleri

- GnRH gibi pitüiter reseptörlere bağlanır ve LH-FSH sentezini stimüle ederler. Uzun etkili oldukları için zamanla GnRH etkisinde down regülasyona neden olurlar.
- Leuprolid (3,75 mg/ay İM), goserelin (3,6 mg/ay SC), nafarelin (200 mikrogram/gün intranazal) örnek ajanlardır.
- En iyi etki 20–40 pg/ml östradiol dozunda görülmektedir.
- Tipik olarak hipoöstrojenizmin yarattığı yan etkiler görülür; ancak en önemli yan etkisi, 6 ayı geçen tedavi sürelerinde ortaya çıkan osteoporozdur.

Medikal tedavide kullanılan ajanların ağrı kontrolündeki etkinlikleri benzerdir; tedavi 3–6 ay sürdürülmelidir. Medikal tedavi sonrası ilk 1 yıl içinde hastalık rekürrensi %20 civarındadır ve bu oran yıllar geçtikçe artar. Endometriozisin medikal tedavisi sırasında gebelik ya imkânsızdır ya da kontrendikedir.

Cerrahi Tedavi

Cerrahi tedavinin amacı; en az invaziv ve en düşük maliyetli yöntemle, görülebilen tüm endometriyotik lezyonları ve adezyonları eksize/koagüle etmek ve normal anatomiye yeniden sağlamaktır. Ciddi hastalık dışında tercih edilecek yaklaşım laparoskopi olmalıdır. Peritoneal endometriyotik odaklar makasla eksize edilebilir ya da değişik yöntemlerle koterize edilebilir (CO2 lazer, argon lazer, bipolar koagülasyon).

Ovaryan endometriomaların tedavisinde kistektomi ilk seçenek olmalıdır. Kistektomi ile fenestrasyon+koterizasyonun karşılaştırıldığı çalışmalarda, gebelik oranlarının benzer olduğu; kistektomi grubunda reoperasyon oranının daha düşük, ağrıda azalma ve rekürrenste düşüş olduğu belirlenmiştir.

Preoperatif medikal tedavi ile ciddi hastalığın kontrol altına alınması ve sonrasında cerrahi uygulanması, hâlâ tartışma yaratan ve yararı kesin olarak ortaya konmamış bir

uygulamadır. Ciddi hastalıkta preoperatif dönemde USG, IVP, kontrastlı kolon grafisi çekilmeli; olası bir komplikasyona hazırlık amacıyla bağırsak temizliği yapılmalıdır.

Ooforektomi ve histerektomi; ciddi hastalığı bulunan, fertilitisini tamamlamış hastalarda kullanılabilecek radikal bir yöntemdir. Bilateral ooforektomi sonrası hormon replasman tedavisi (HRT) endikedir; rezidüel endometriyotik dokuların yeniden büyüme riski ihmal edilebilir düzeydedir, yine de bu riski düşürmek için HRT 3 ay sonra başlanır. Karşılanmamış östrojen tedavisi alan hastalarda, muhtemelen geride kalan endometriyotik dokulardan kaynaklandığı düşünülen adenokarsinom vakaları bildirilmiştir.

Yapılan cerrahi prosedürün, hafiften ciddiye kadar bütün hastalık evrelerinde ağrı tedavisinde etkili olduğu görülmüştür. Cerrahi tedaviye hormonal tedavi eklenmesi ağrı kontrolündeki etkinliği artırmıştır ve cerrahi sonrasında 6-12 ay kullanılabilir.

Bu doküman yalnızca bilgilendirme ve eğitim amaçlıdır; tıbbi teşhis, tedavi ya da profesyonel danışmanlık yerine geçmez. Sağlık sorunlarınız için mutlaka bir hekime başvurun.