



ENDOMETRİOZİS &
ADENOMYOZİS
DERNEĞİ
2009

Endometriosis Bülten

Nisan 2018 / Sayı V



MART ENDOMETRİOZİS FARKINDALIK AYIDIR.

Endometriosis (çikolatakisti) ile yaşamak...

Birlikte farkındalık yaratalım;

#endometriosisileyasamak #endomart
#endometriosis

etiketlerini kullanarak hikayenizi ve düşüncelerinizi paylaşabilir, üreme çağındaki her 10 kadının 1'nin yaşadığı bu hastalığa dikkat çekebilirsiniz.



www.endometriosis.org
facebook.com/endometriozisturkiye
instagram.com/endometriosis_tr
twitter.com/endometriosistr

1st Istanbul Chronic Pelvic Pain Symposium

April 20th - 21st, 2018
Acibodem Altunizade Hospital
Istanbul / Turkey



www.endometriosis-turkey.com

'What we know, What we don't know!'

Symposium Chairs: **Taner Usta, Gül Köknel Talu, Michael Hibner, Ahmet Kale**

Invited International Faculty



Michael
Hibner
USA



Horace
Roman
FR



Alysson
Zanatta
BR



Vito
Chiantera
IT



Paolo
Vercellini
IT



Gökhan
Kılıç
USA



LIVE Live
Surgery

Date : April 20th, 2018
Starts at : 12:10
Duration : 2 hours
Surgeon : Horace Roman
Case : Deep Endometriosis with Sacral Nerves Roots
Center : Rouen University Hospital, Rouen, France

Contact e-mails: rkinay@opteamist.com, tolgakaracan84@gmail.com

ÖNSÖZ

MERHABA

2018 yılında 5. sayımızla yeniden sizlerle birlikteyiz. Geçtiğimiz 3 aylık süreçte derneğimiz pek çok bilimsel programı gerçekleştirirken aynı zamanda yıl içinde yapılacak pek çok ulusal ve uluslararası kongre ve toplantıda görev alacaktır. Derneğimiz yönetim kurulu üyesi **Prof. Dr Engin Oral** düzenleyen iki dernek sekreterinden biri olarak **4. EEL** de görev yapacaktır.

Önümüzdeki günlerde yapacağımız bilimsel aktivitelerden kısaca bahsetmek isteriz. **20-21 Nisan 2018** tarihlerinde **İstanbul Acibadem Altunizade Hastanesi**'nde gerçekleştirilecek olan **1. Kronik Pelvik Ağrı Sempozyum**'unda Ulusal ve Uluslararası değerli birçok hocamız bizlerle birlikte olacaktır. Bu toplantımız sırasında Fransa'dan Sakral Sinir Endometriozis'i olan bir vaka'nın operasyonu canlı olarak toplantımızda izlenebilecek. Ayrıca Mültidisipliner vaka tartışmalarında yapacağımız toplantıya tüm meslektaşlarımızı bekliyoruz.

Cinsel Sağlık Enstitüsü (**CİSED**) tarafından 19-22 Nisan 2018 de Antalya'da gerçekleştirilecek 3. Cinsel Sağlık Kongresi'nde Derneğimiz adına Prof. Dr. Umit İnceboz "**Kronik Pelvik Ağrıda Endometriozis ve Diğer Organik Nedenler ve Tedavisi**" konulu bir konuşma yapılacak hem kadın doğum uzmanları hem de psikiyatrist meslektaşlarımızla farklı açılardan konular tartışılacaktır.

Endoakademi toplantıları kapsamında **28 Ocak 2018** tarihinde **Gaziantep**'te, bölgedeki hocalarımızın desteği ile "Endometrioma" üzerine bir günlük bir toplantı gerçekleştirdik. Eş zamanlı olarak toplantımız facebook'tan canlı olarak yayınlandı. Meslektaşlarımızdan büyük ilgi gören toplantının benzeri "**Endometrioma Yönetimi**" konusu ile **1 Nisan 2018** te **Kayseri**' de yapılacaktır. Detaylı olarak Endometrioma Yönetimi ile ilgili tüm güncel bilgiyi Kayseri'de tartışacağız. Detaylarına bültenimizin içerisinden ve dernek sitemizden (www.endometriozis.org) ulaşabilirsiniz.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi ev sahipliğinde 9-10 Mart 2018 tarihinde İstanbul'da düzenlenen **II. Pelvik Rehabilitasyon Kongresi**'nde Derneğimiz tarafından "**Pelvik Ağrı Kursu**" düzenlendi. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı meslektaşlarımızla algologlar, proktolog ve üroloji uzmanları ile birlikte gerçekleştirdiğimiz bu toplantı pelvik ağrı konusuna çok farklı açılardan ele alındığı kurs tüm meslektaşlarımızdan büyük ilgi gördü.

8-11 Mart 2018 tarihleri arasında Uludağ da gerçekleştirilen olan sempozyumda derneğimizde bir oturumu yönetmiştir. Derneğimiz'den hocalarımız ve çalışma gruplarımızdan genç hocalarımız "**Ağrı ve İnfertilite Yönetimi**" oturumunu gerçekleştirdik. Kongrenin en yüksek katılımının sağlandığı oturum olması bizi çok mutlu etmiştir.

Saygılarımızla,

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu 2017



İÇİNDEKİLER



SEÇİLMİŞ MAKALELER

1. Adenomyozisi olan Gebelerde Preterm Doğum Riski

The Risk of Preterm Births Among Pregnant Women With Adenomyosis. Shin YJ, Kwak DW, Chung JH, Kim MY, Lee SW2, Han YJ. *J Ultrasound Med.* 2018 Jan 24. doi: 10.1002/jum.14540

2. Kolorektal endometriozis için tıbbi tedavi mi cerrahi mi? Ortak karar verme yaklaşımının sonuçları.

Medical treatment or surgery for colorectal endometriosis? Results of a shared decision-making approach. Vercellini P1,2, Frattaruolo MP1,2, Rosati R3, Dridi D2, Roberto A4, Mosconi P4, De Giorgi O2, Cribiù FM5, Somigliana E1,2. *Hum Reprod.* 2018 Feb 1;33(2):202-211.

3. Siklik kanama nedeniyle oluşan fibrogenez: ektopik endometriyum doğası

JFibrogenesis resulting from cyclic bleeding: the Holy Grail of the natural history of ectopic endometrium
Sun-Wei Guo1,2,* *Humon reproduction pp* 1-4,2018

4. Adölesan endometriozis tanısı ve yönetiminde gelişmeler: Fikir önerileri

Progress in the diagnosis and management of adolescent endometriosis: an opinion. Benagiano G, Guo SW, Puttemans P, Gordts S3, Brosens I. *Reprod Biomed Online.* 2018 Jan;36(1):102-114.

5. Endometriozis Otobiyografisi: Dost mu düşman mı?

Autophagy in endometriosis: Friend or foe? Zhan L1, Li J, Wei B. *Biochem Biophys Res Commun.* 2018 Jan 1;495(1):60-63.

6. Endometriozis Nedenli Ağrının Tedavisinde Östrojen-Progestin Kombinasyonları Yetersiz Olduğunda Sadece Progestinlere Geçmek Yararlı Mıdır?

Is Shifting to a Progestin Worthwhile When Estrogen-Progestins Are Inefficacious for Endometriosis-Associated Pain? Vercellini P, Ottolini F, Frattaruolo MP, Buggio L, Roberto A, Somigliana E. *Reprod Sci.* 2018 Jan 1:1933719117749759.

7. İzole Ovaryen Endometrioma: Masal ve Gerçek Arasındaki İlişki?

The Isolated Ovarian Endometrioma: a History between Myth and Reality. Exacoustos C, Giovanna F, Pizzo A, Morosetti G, Lazzeri L, Centini G, Piccione E, Zupi E. *J Minim Invasive Gynecol.* 2018 Jan 15.

8. Disiplinler arası bir ortamda kronik pelvik ağrı: 1 Yıllık prospektif kohort

Chronic pelvic pain in an interdisciplinary setting: 1-year prospective cohort. Allaire C, Williams C, Bodmer-Roy S, Zhu S, Arion K, Ambacher K, Wu J, Yosef A, Wong F, Noga H, Britnell S, Yager H, Bedaiwy MA, Albert AY, Lisonkova S, Yong PJ. *Am J Obstet Gynecol.* 2018 Jan;218(1):114.e1-114.e12.

9. Laparoskopik ovaryen endometriyoma stripping sırasında bipolar elektrokoagülasyonun ovaryan rezerve olan etkisinin sistematik olarak gözden geçirilmesi ve meta-analizi.

Systematic review and meta-analysis of the effect of bipolar electrocoagulation during laparoscopic ovarian endometrioma tripping on ovarian reserve. Deckers P, Ribeiro SC, Simões RDS, Miyahara CBDF, Baracat EC. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018 Jan;140(1):11-17

10. Endometriozisin Cerrahi Tedavisi İçin Öneriler: Kısım 1 Ovaryen Endometrioma

Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1 : Ovarian Endometrioma Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Ertan Sarıdoğan, 1 Christian M. Becker,2 Anis Feki,3 Grigoris F. Grimbizis,4 Lone Hummelshoj,5 Joerg Keckstein,6 Michelle Nisolle,7 Vasilios Tanos,8 Uwe A. Ulrich,9 Nathalie Vermeulen,10 and Rudy Leon De Wilde11 *Gynecol Surg.* 2017; 14(1): 27.



ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER



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
Dr. Ezgi Darıcı

A SEÇİLMİŞ MAKALELER

1

The Risk of Preterm Births Among Pregnant Women With Adenomyosis. Shin YJ, Kwak DW, Chung JH, Kim MY, Lee SW2, Han YJ. J Ultrasound Med. 2018 Jan 24. doi: 10.1002/jum.14540

Amaç:

Adenomyozisin gebelik sonuçları üzerine etkisini inceleyen çok az çalışma vardır. Gebelik sırasında adenomyozis tanısı konan kadınlarda preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riskini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod:

Ocak 2010'dan Aralık 2011'e kadar adenomyozisi olan tekiz gebeleri ilk trimesterde belirlemek için bilgisayarlı ultrasonografi veri tabanı kullanıldı.

Sadece gebelik sonucu bilinen vakalar dahil edildi. Tıbbi kayıtları gözden geçirdik ve gebelik sonuçlarını adenomyozis varlığı ve konsepsiyon yöntemine (gebe kalma yöntemine) göre inceledik.

Bulgular:

11.173 tekiz gebeden 88'inde (% 0.8) adenomyozis saptandı ve 8316 gebe (72 sinde adenomyozis vardı) dahil edildi.

Adenomyozisi olan grup adenomyozisi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek oranda preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkililiydi. (sırasıyla %12.5 a karşı %4.1; $p < .001$; %13.9 a karşı %3.1; $p < .001$) Gebe kalma yöntemine göre bir alt grup analizinde, adenomyozis olmayan grupta preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı insidansında farklılık yoktu. Ancak, adenomyozisi olan grupta preterm



doğum ve düşük doğum ağırlığı riskleri, yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda doğal yollardan gebe kalan kadınlara göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, % 28.0'e karşı % 4.3; $p < .01$; % 28.0 e karşı % 6.4) ; $P < .05$).

Sonuçlar:

Erken gebelikte adenomyozisi düşündüren ultrasonografik bulgular, yardımcı üreme teknikleri yardımıyla gebe kalan kadınlarda artmış preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riskiyle ilişkililiydi ancak bu durum doğal yollardan gebe kalanlar için geçerli değildi.

Anahtar kelimeler:

adenomyozis; yardımcı üreme teknikleri; jinekoloji; düşük doğum ağırlığı; obstetri; prematür doğum; ultrasonografi

Adenomyozis, myometriumda ektopik endometrial bezlerin ve stromanın varlığı ile karakterize olan patolojik bir durumdur ve menometroraji, dismenore, dispareni ve subfertiliteye neden olabilir. Adenomyozis prevalansı kriterlere bağlı olarak % 5 ile % 70 aralığındadır. Adenomyozisin kesin tanısı histopatolojik bulgulara dayanmaktadır ve çoğunlukla doğum yapmış kadınların 40lı 50li yaşlarında teşhis edilir. Ancak asemptomatik adenomyozis, leiomyoma veya servikal intraepitelyal neoplazi gibi jinekolojik hastalığı olan kadınlarda tesadüfen teşhis edilebilir. Asemptomatik genç nullipar kadınlarda adenomyozis teşhisi koymak kolay değildir; ancak son zamanlarda gelişen görüntüleme teknikleri ve gebeliği erteleme eğilimi ile, yardımcı üreme teknikleri (YÜT) ile elde edilen gebelikler ve ileri yaş

gebelerde gebelik ile ilişkili adenomyozis sıklığı artmaktadır. Adenomyozisli gebelerde gebelik sonuçlarına ilişkin önceki çalışmalar azdır çünkü eskiden yalnızca adenomyozisin histolojik tanısı mümkündü. Son zamanlarda Salim ve ark., ultrasonografide adenomyozis tespit edilen ve ilk kez ivf yapılan infertil kadınlarda, morfolojik olarak normal uterusu olan kadınlara göre daha düşük klinik ve devam eden gebelik oranlarına sahip olduğunu bildirmiştir (% 22.2'ye karşı % 47.2 ve % 11.1'e karşı % 45.9, sırasıyla). Ancak, adenomyozis ile subfertilite arasındaki ilişki hala tartışmalıdır; bazı araştırmacılar adenomyozisin subfertil kadınlarda yaygın olmadığını inanmaktadır, bazıları ise adenomyozisin subfertilitede kritik bir rol oynadığını düşünmektedir.

Bugüne kadar, preterm doğumları da içeren gebelik sonuçlarına ilişkin adenomyozis ile ilgili yalnızca 2 vaka kontrol çalışması bulunmaktadır. Juang ve arkadaşları adenomyozisli gebelerde preterm doğum ve preterm prematür membran rüptürünün daha yaygın olarak görüldüğünü bildirmişlerdir. Yeni bir vaka kontrol çalışması adenomyozisli olgular ile normal uterusu olan olgular arasında gebelik sonuçlarını karşılaştırdı ve adenomyozisin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında artmış preterm doğum (%41.7 e karşı %12.5) ve prematür membran rüptürü insidansı (%19.4 e karşı %4.2) ve kötü gebelik sonuçları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaştı. Bununla birlikte, bu çalışmalar küçük popülasyonları içermekteydi ve Juang ve ark. sadece preterm doğum veya preterm prematür membran rüptürü olan popülasyonda adenomyozis insidansını değerlendirmiştir. Gebelik sonuçları hakkında çok az veri vardır çünkü adenomyozis vakalarının çoğu, 40 yaşın üstündeki kadınlarda histerektomi ile teşhis edilmektedir ve gebelikte asemptomatik adenomyozisi teşhis etmek

zordur. Bu çalışma, adenomyozisli gebelerde preterm doğum ve düşük doğum ağırlığının prevalansını değerlendirmeyi ve bu sonuçların konsepsiyon (gebe kalma) yöntemine göre farklı olup olmadığını araştırmayı amaçlamıştır.

Materyal ve metod

Ocak 2010'dan Aralık 2011'e kadar gebeliğin ilk trimesterinde USG ile adenomyozis tanısı alan tekiz gebe kadınların tıbbi kayıtlarını ve USG veri tabanını retrospektif olarak inceledik. Bunların arasından, yalnızca 20. gebelik haftasından sonra doğum yapan gebelik sonuçları bilinen vakalar çalışmaya dahil edildi. Adenomyozis tanısı, önceki çalışmalardan elde edilen aşağıdaki kriterlerin 2 veya daha fazlasının varlığına göre, erken gebelikteki US bulgularına dayanmaktadır: (1) fibroidlerin varlığından bağımsız olarak asimetric veya globüler uterus, (2) zayıfça belirli heterojen myometriyum, (3) bozulmuş ve heterojen myometrial eko dokusu, (4) düzensiz myometrial kistik lezyonlar, (5) hipoeoik lineer çizgiler ve (6) düzensiz endometrial-miyometrial birleşim. Tüm olgularda, adenomyozisin USG özellikleri olarak çalışmaya alınma kriterleri arasında, kriter 1'in varlığıyla birlikte, kriter 2 veya kriter 3'ün varlığı gösterildi. Toplanan çalışma popülasyonunun özellikleri, doğum sırasındaki anne yaşı, parite, düşük hikayesi, gebe kalma yöntemi ve doğum şeklidir. Transvajinal USG yi rutin olarak 7 ile 9 hafta arasında gebelik haftasını doğrulamak, çoğul gebelik varlığını tespit etmek, uterus ve adneksleri değerlendirmek için uyguluyoruz. Aynı zamanda adenomyozis varlığını belirliyoruz.

Hastalar, erken gebelik sırasında adenomyozisin USG bulgularının varlığına göre adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan olmak üzere gruplara ayrıldı ve adenomyozisli gebeliklerin sonuçları, adenomyozis tanısı olmayan kadınların sonuçları ile karşılaştırıldı. Gestasyonel yaş, son adet tarihine dayanmaktadır ve 7 ile 9. gestasyonel hafta arasında yapılan transvajinal USG ile konfirme edilmektedir. Tarihler arasındaki fark 5 günden fazla ise, USG verileri tarih belirlenmesinde kullanıldı. Yumurta toplama tarihi, eğer in vitro fertilizasyondan sonra embryo transferi ile gebe kaldıysa fetal gebeliğin 2 hafta 0 gün olarak zamanın belirlenmesi için kullanılmıştır. Bu çalışmada, kontrollü ovaryen stimülasyonu, intrauterin inseminasyon ve in vitro fertilizasyon-ovulasyon indükleyici bir ilaç ile embriyo transferi gibi çeşitli yöntemlerle gebe kalan kadınlar YÜT alt grubunu oluşturmaktadır ve kontrollü ovulasyon stimülasyonu olmaksızın koitus zamanlamasının kullanılmasını içeren spontan olarak gebe kalan kadınlar doğal alt grupta sınıflandırıldı.

Adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan gruplar arasındaki demografik veriler ve gebelik sonuçlarını inceledik. Bu çalışmanın gebelik sonuç değişkenleri (doğum sırasındaki gebelik haftası, preterm doğum, doğum ağırlığı, düşük doğum ağırlığı ve doğum şekli) alt gruplar arasında karşılaştırıldı. Preterm doğumlar 32 gestasyon haftasından önceki preterm doğumlar ile 37 gestasyon haftasından önceki konvansiyonel preterm doğumlar olarak tanımlanan 2 cutoff değerini kullanımıyla analiz edildi. Düşük doğum ağırlıkları da 2500 g dan az olan düşük doğum ağırlığı ve 1500 g dan az olan çok düşük doğum ağırlığı olarak tanımlanan 2 cutoff değerini kullanımıyla analiz edildiler. Çalışma popülasyonunun gebelik

sonuçları adenomyozis varlığına göre karşılaştırıldı. Sonrasında adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan gruplar doğal ve YÜT alt gruplarına ayrıldı ve sırasıyla gebelik sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular

Çalışma süresince toplamda 11,173 gebeye, ilk trimester USG muayenesi yapıldı. unlardan 88 kadına (% 0.8) gebeliğin erken döneminde transvajinal USG ile adenomyozis teşhisi kondu. Adenomyozisin transabdominal USG özelliklerine bir örnek Şekil 1'de gösterilmektedir. Gebelik kesesi ile birlikte zayıfça belirlenmiş heterojen bir myometrial lezyonu içeren globüler (küresel) ve asimetric büyümüş uterus görülür. On altı vakanın, 6 sı spontan abortus, 1 i intrauterin fetal ölüm ve 9 u takip kaybı nedeniyle incelemenden çıkarıldı.

Tablo 1, adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan grupların maternal demografik özelliklerini ve gebelik sonuçlarını karşılaştırmaktadır. Adenomyozisi olan grupta doğumdaki ortalama maternal yaş 34.1 ± 4.1 yıl ve kadınların % 65.3'ü nullipar idi; bu değerler adenomyozisi olmayan gruptakilerin değerlerinden daha yüksekti, ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Bununla birlikte, adenomyozisi olan grupta adenomyozisi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha fazla infertil hastanın olduğunu bulduk. Adenomyozisi olan grupta YÜT alt grubu daha genişti: % 34.7 (72 den 25 i) adenomyozisi olmayan grupta ise yalnızca % 2.3 idi. (8244'ün 187'si) (% P <.001). Adenomyozisi olan grupta doğumda ortalama gebelik haftası 38.2 ± 1.3 hafta idi ve bu, adenomyozisi olmayan gruba göre 1 hafta daha erken idi (P<.05). Yenidoğanların ortalama doğum ağırlığı adenomyozisi olan grupta adenomyozisi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür (P<.01). Bununla birlikte, doğum şekli her iki grupta da benzerdir.

Tablo 2'de adenomyozis varlığına göre preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riskleri gösterilmiştir. 37 ve 32 hafta öncesinde preterm doğum riski adenomyozisi olan grupta adenomyozisi olmayan gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti. (sırasıyla; OR, 3.36; % 95 güven aralıkları [CI], 1.66-6.82; P <.001; OR, 24.53; % 95 GA, 9.12- 66.02; P <.001). Düşük doğum ağırlıklı ve çok düşük doğum ağırlıklı doğum riski de adenomyozisi olan grupta anlamlı olarak daha yüksekti. (OR, 5.05; % 95 GA, 2.56-9.97; P <.001; OR, 15.54; % 95 GA, 4.56-52.97; P <.001)

Adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan gruptaki kadınların konsepsiyon (gebe kalma) yöntemine göre maternal özellikleri ve gebelik sonuçları **Tablo 3**'te gösterilmektedir. Adenomyozisi olan kadınlarda preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı sayısı YÜT alt grubunda doğal olarak gebe kalan alt gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla % 28.0'e karşı % 4.3; P <.01; % 28.0 e karşı % 6.4; P <.05). Bununla birlikte, adenomyozisi olmayan grupta, 37 gebelik haftasından önce preterm doğum ve 2500g'dan düşük doğum ağırlığı sayıları YÜT ve doğal olarak gebe kalan alt gruplar arasında anlamlı farklılık göstermedi (% 6.4'e karşı % 4; P>.05; % 4,8 e karşı % 3,1; P>.05). YÜT grubunda adenomyozisli 25 hastanın 7 (% 28.0) 'si ve adenomyozisi olmayan 187 hastanın 12 (% 6.4) 'si 37 haftadan önce doğum yaptı. (P=.003). Bununla birlikte, spontan gebe kalan grupta, adenomyozisli 47 kadının 2'si (% 4.2) ve adenomyozisi olmayan 8057 kadının 324'ü (% 4.0) 37 haftadan önce doğum yaptı. (P=.71). Benzer şekilde, YÜT grubunda düşük doğum ağırlığı, adenomyozisli kadınlarda adenomyozisi olmayan kadınlara göre daha yaygındır (25 in 7 sine [% 28.0] karşı 187den 9 u [%4.8]; P=.003). Bununla birlikte, spontan gebe kalan grupta adenomyozisli 47 hastanın 3'ü (% 6.4) ve adenomyozisi olmayan 8057 hastanın 246'sı (% 3.1) düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar doğurdu. (P=.175).

Adenomyozisi olan grupta konsepsiyon yöntemine göre preterm doğum ve düşük doğum ağırlığının odds oranları **Tablo 4**'te gösterilmektedir. 37 gebelik haftasından önce preterm doğum riski ve düşük doğum ağırlığı riski YÜT alt grubunda doğal olarak gebe kalan alt gruba göre anlamlı olarak daha yüksekti (sırasıyla, OR, 8.75;% 95 GA, 1.66- 46.19; P=.007; OR, 5.70;% 95 GA, 1.33-24.55; P=.027).

Tartışma

Bu çalışma adenomyozisi olan kadınlarda preterm doğum riskinin yaklaşık 3 kat arttığını ve 32 hafta öncesindeki preterm doğum riskinde 24 kattan fazla artış olduğunu saptadı. Azziz, 1986'da 2 adenomyozisli gebe vakası bildirmişti rapor etmiş ve 1980'li yıllarda gebelikte adenomyozis ile ilişkili sadece 29 komplikasyon raporu yayınlanmıştır. Bu bulgular önceki çalışmalarda gebelikte adenomyozis teşhisinin nadiren konulduğunu göstermektedir. O zamandan itibaren, gelişmiş görüntüleme teknikleri kullanılarak, 2 çalışmada adenomyozisli gebelerdeki komplikasyonlar araştırıldı. Çalışmamız adenomyozisi olan ve adenomyozisi olmayan gruplar arasında karşılaştırma yaparak preterm doğum oranını değerlendirdi.

Preterm doğum oranlarının analizini yaparken erken preterm doğumun (<32 gebelik haftası) ve konvansiyonel preterm doğumun (<37 gebelik haftası) ayrımının yapılabilmesi için 2 cutoff değeri kullandık, çünkü 32 haftadan önce doğan yenidoğanlarda daha fazla nörolojik sekel geliştiği düşünülmektedir. Bugüne kadar, adenomyozisli gebelik konusunda yalnızca birkaç çalışma bulunmaktadır. 40 lı ve 50 li yaşlardaki kadınlarda daha sık görülen adenomyozis, geç evlilik ve doğumdan dolayı ileri maternal yaşa ve aynı zamanda YÜT teki gelişmelere bağlı olarak gebelikte daha sık olarak tespit edilmektedir. Bununla birlikte, YÜT ile gebe kalan adenomyozisi olan bir gebede spontan olarak gebe kalan bir kadına göre daha fazla komplikasyon gelişmesi beklenir. Bu çalışmada, erken gebelikte adenomyozis tanısı alan kadınlarda infertilite hikayesinin olması daha muhtemeldir ve bu grubun% 34.7'si ART ile gebe kalmıştır. Adenomyozisi destekleyen USG bulgularının YÜT ile gebe kalan kadınlarda ancak spontan olarak gebe kalanlarda değil artmış preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riski ile ilişkili olduğunu bulduk.

Bu çalışmanın primer gücü, gebe kadınlardan oluşan büyük bir popülasyonda adenomyozisin USG bulgularına göre preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı oranlarının değerlendirilmesiydi. Sekonder gücü, konsepsiyon metoduna göre adenomyozis grubunun alt grup analizi idi.

Ancak, bu çalışmanın bir takım kısıtlılıkları vardı. İlk olarak, gebelikte adenomyozis tanısı uterusun genişlemiş olması ve tanı araçlarının kısıtlılıkları nedeniyle güçtür ve seçim yanlılığı olasılığı vardır. Önceki çoğu çalışmalar histerektomi yapılan kadınları içerdiğinden, gebelikte adenomyozis prevalansı etraflıca araştırılmamıştır.

Bu çalışmada, adenomyozis tanısı yalnızca USG aracılığıyla yapılmıştır.

İkinci olarak, reproduktif sonuçlar için karıştırıcı faktörler olan

endometriozis ve leiomyomalar gibi durumlar analiz edilmemiştir. Bu durumlar genellikle adenomyozis ile birlikte izlenmektedir ve histerektomi uygulanan kadınların piyeslerinde eşlik eden adenomyozis, endometriozisli hastaların% 6-22'sinde ve leiomyomalı hastaların% 35-55'inde bulunmuştur. Ancak myomların preterm doğum oranını etkilemediği bildirilmiştir. Buna ek olarak, gebelik geçici olarak endometriozis semptomlarını hafifletebildiğinden dolayı endometriozisi teşhis etmek oldukça güçtür ve gebelik durumunda endometriozis tanısı için tercih edilen yöntem olan diagnostik laparoskopi yapmak zordur.

Sonuç olarak, gebelikteki adenomyozis prevalansı% 0.8 dir; adenomyozisi olan gebelerin % 12.5'i 37 gebelik haftasından önce doğum yaptı; ve% 13,9'u 2500 g'dan daha az olan düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlar doğurdu. USG bulguları, erken gebelikte adenomyozisin ART ile gebe kalan kadınlarda artmış preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riski ile ilişkili olduğunu ancak bu durumun spontan olarak gebe kalan kadınlarda görülmediğini ileri sürdü. Bu sebeple, klinisyenler adenomyozisi olan gebelerde preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı riskinin farkında olmalı ve özellikle YÜT ile gebe kalan kadınlara titizlikle yaklaşmalıdır. Ancak, bu konuda daha fazla veri içeren ileri randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1 USG de adenomyozis varlığına göre demografik özellikler ve gebelik sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	Adenomyozisi olan (n=72)	Adenomyozisi olmayan (n=8244)	p
Maternal yaş, y	34.1±4.1	33.8±3.6	0.57
Nullipar, n(%)	47 (65.3)	5,050 (61.3)	0.54
Önceki düşük, n(%)	35 (48.6)	3,150 (38.2)	0.07
YÜT, n (%)	25 (34.7)	187 (2.3)	<0.001
Doğumda gebelik yaşı, hafta	38.2±1.3	39.3±1.4	0.013
Preterm doğum, n(%)	9 (12.5)	336 (4.1)	<0.001
Doğum ağırlığı, g	3108.6±531.0	3266.2±426.9	0.003
Düşük doğum ağırlığı, n (%)	10 (13.9)	255 (3.1)	<0.001
Sezaryen doğum, n(%)	28 (43.8)	2997 (36.4)	0.24

Tablo 2 USG de adenomyozis varlığına göre preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı insidansının karşılaştırılması

Değişken	Adenomyozis (N=72)	Adenomyozisi olmayan (N=8244)	OR	%95 GA	P
Preterm doğum, n(%)					
<32 h	5 (6.9)	25 (0.3)	24.53	9.12-66.02	<0.001
<37 h	9(12.5)	336(4.1)	3.36	1.66-6.82	<0.001
Düşük doğum ağırlığı, n(%)					
<1500 g	3 (4.2)	23 (0.3)	15.54	4.56-52.97	<0.001
<2500 g	10 (13.9)	255 (3.1)	5.05	2.56-9.97	<0.001

Tablo 3 Konsepsiyon yöntemine göre maternal özellikler ve gebelik sonuçlarının karşılaştırılması

Değişken	Adenomyozisi olan		p	Adenomyozisi olmayan		p
	Doğal (N=47)	YÜT (N=25)		Doğal (n=8057)	YÜT (n=187)	
Maternal yaş, y	33.4±4.1	35.5±3.8	0.039	33.7±3.6	35.5±3.3	<0.001
Nullipar, n(%)	28(59.6)	19(76.0)	0.20	4909(60.9)	141(75.4)	<0.001
Önceki düşük, n(%)	19(40.4)	16(64.0)	0.057	3076(38.2)	74(39.6)	0.69
Doğumda gebelik yaşı, hafta	38.9±2.1	36.8±4.6	0.040	39.2±1.3	39.0±4.6	0.05
Preterm doğum, n(%)	2 (4.3)	7(28.0)	0.007	324(4.0)	12(6.4)	0.10
Doğum ağırlığı, g	3192.6±476.7	2936.4±603.8	0.098	3267.5±422.9	3209.1±572.0	0.166
Düşük doğum ağırlığı, n (%)	3(6.4)	7(28.0)	0.027	246(3.1)	9(4.8)	0.193

Tablo 4 Adenomyozisi olan grupta konsepsiyon yöntemine göre preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı insidansının karşılaştırılması

Değişken	Doğal (N=47)	YÜT (N=25)	OR	%95 GA	P
Preterm doğum, n(%)					
<32 h	1(2.1)	4(16.0)	8.76	0.92-83.24	0.046
<37 h	2(4.3)	7(28.0)	8.75	1.66-46.19	0.007
Düşük doğum ağırlığı, n(%)					
<1500 g	0 (0)	3 (12.0)	u	u	u
<2500 g	3(6.4)	7 (28.0)	5.70	1.33-24.55	0.027

U: uygulanabilir değil

KOLOREKTAL ENDOMETRİOZİS İÇİN TIBBİ TEDAVİ Mİ CERRAHİ Mİ? ORTAK KARAR VERME YAKLAŞIMININ SONUÇLARI.

Medical treatment or surgery for colorectal endometriosis? Results of a shared decision-making approach Vercellini P1,2, Frattaruolo MP1,2, Rosati R3, Dridi D2, Roberto A4, Mosconi P4, De Giorgi O2, Criù FM5, Somigliana E1,2. Hum Reprod. 2018 Feb 1;33(2):202-211. doi: 10.1093/humrep/dex364.

ÇALIŞMA SORUSU:

Ortak bir karar alma (SDM) işleminden sonra medikal veya cerrahi tedaviyi seçen semptomatik kolorektal endometriozis'i olan kadınlarda hasta memnuniyetinin derecesi nedir?

ÖZET CEVAP:

Hem düşük doz oral kontraseptif (ocp) veya progesterin ile tıbbi tedaviyi seçen kadınlarda hem de bağırsak endometriozisi için cerrahi rezeksiyonu tercih edenler de tedavi ile memnuniyet derecesi yüksek oldu.

ZATEN BİLİLEN:

Hormonal tedaviler ve kolorektal endometriozis için cerrahi seçeneği, karşılaştırmalı olmayan çalışmalarda araştırılmıştır.

ÇALIŞMA TASARIMI, BOYUT, SÜRE:

Kolorektal endometriozis için ameliyat endikasyonu ile merkezimize başvuran 87 kadın üzerinde paralel kohort çalışması yapılmıştır. Kadınların tercih ettikleri tedaviyi seçmelerine izin veren standart bir SDM süreci benimsenmiştir. Medikal tedavi grubunda medyan takip 40 [18-60] ay ve cerrahi grubunda 45 [30-67] aydır.

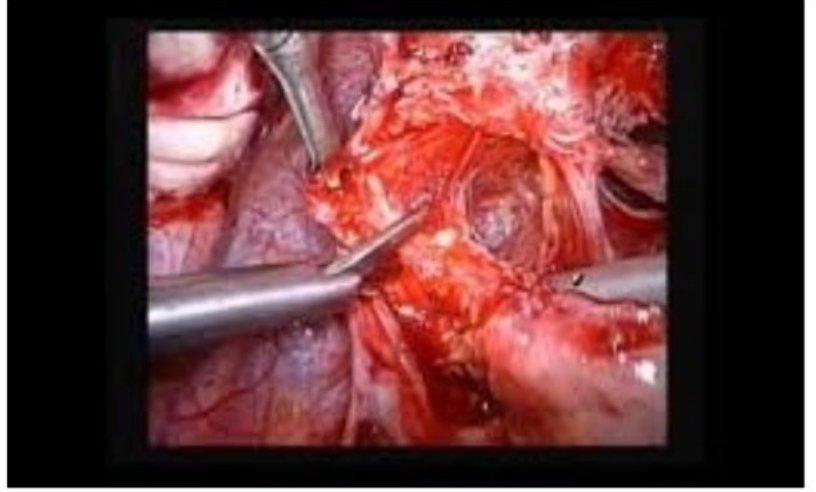
KATILIMCILAR/MATERYALLER, KURULUM, YÖNTEMLER:

Proksimal rektum, rektosigmoid bileşke ve sigmoid tutulumlu endometriozis olan hastalarda, şiddetli oklüsif belirtilere neden olmamaktadır. Toplam 50 hasta bir OCP (n = 12) veya Progesterin (n = 38) ile tedaviyi seçerken, 37 kadının önceki cerrahi endikasyonu doğruladı. Hasta memnuniyeti 5 Kategoriye göre derecelendirildi.

Bağırsak ve ağrı semptomları arasındaki varyasyonlar 1-10 arası numerik bir skalaya göre değerlendirildi. Her iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p < 0.05). Kabızlık kısa form-12 anket (SF-12) ile Knowles-Eccersley-Scott belirti anketi (KES) ile sağlık ile ilgili yaşam kalitesi ile değerlendirildi, psikolojik durum hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADS) ve cinsel fonksiyon da cinsel işlev bozukluğu ile psikolojik durum indeksi (FSFI) ile değerlendirildi.

ANA SONUÇLAR VE ŞANS ROLÜ:

İlaç etkisizliği (n = 3) veya intolerans (n = 3) nedeniyle medikal tedavi grubunda 6 kadın cerrahi istedi. Ameliyat grubunda yedi önemli komplikasyon görüldü (%19). 12 aylık takipte, medikal tedavi grubunda 39 (%78) kadın, ameliyat grubunda 28 (%76) (düzeltilmiş oran oranı (or), 1.37; %95 güven aralığı (cı), 0.45-4.15; amaç-tedavi analizi) ile karşılaştırıldığında, tedavilerinden memnundu. Son takip değerlendirmesinde karşılık gelen rakamlar, önceki grupta %72 ve son grupta %65 idi (düzeltilmiş veya, 1.74; 95% cı, 0.62-4.85). Ameliyat grubunda %61 ile kıyaslandığında, %60'lık memnuniyetsiz katılımcının toplam oranı %71 idi (p = 0.61); tehlike insidansı oranı %1.21 idi (%95 cı, 0.57-2.62). Bağırsak şikayetleri her iki tedavi ile de iyileştirildi. 12 aylık ishal, dismenore, adet görmeyen pelvik ağrı ve SF-12 fiziksel komponent skorlarında medikal tedavi lehine grup farklılıkları arasında anlamlı fark gözlenmiştir. Toplam HADS puanı her iki grupta da anlamlı olarak iyileşirken, toplam HADS skoru yalnızca medikal tedavi gören kadınlarda iyileşmiştir.



endometriozis olan hastalarda, şiddetli oklüsif belirtilere neden

ÇALIŞMAYI SINIRLAYAN NEDENLER:

Tedavi randomize olarak verilmediğinden, seçimlerde bias olasılığı yüksektir. Küçük örneklem boyutu nedeniyle tip II hata riski artmıştır.

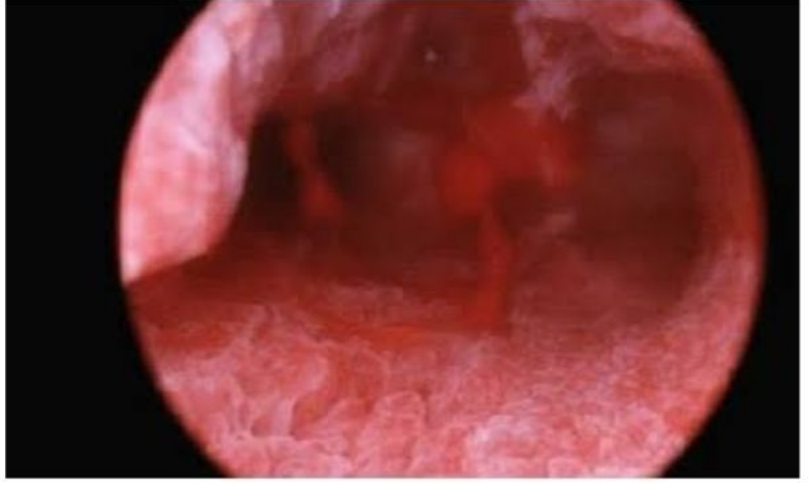
BULGULARIN DAHA GENİŞ ETKİLERİ:

Hali hazırda cerrahi endikasyonu verilmiş, non-klüsif kolorektal endometriozise sahip birçok hasta, yeterli bilgilendirilme ve SDM işlemi ile yetkilendirildikleri zaman, medical tedaviyi tercih etmektedir. Önerilen tedaviyi seçme olanağı, müdahalelerin potansiyel etkisini arttırabilir.

Yenilik kuraklığı

Geçtiğimiz 60 yılda görülen Pub-Med indeksli endometriozis yayınlarının sayısındaki önemli miktardaki artışa rağmen (Guo, 2014), yapılacak bir gerçeklik taraması durumun moral bozucu olduğunu göstermektedir. Yenilikte kuraklık dikkati çekmektedir. Henüz endometriozis tanısında klinik kullanımı doğrulanmış tek bir biyomarker (biyobelirteç) saptanmamıştır (Gupta et al., 2016; Nisenblat et al., 2016a, 2016b). Ayrıca belirtilerin şiddeti ile korelasyon gösteren ve/ya prognostik tahmin yürütmeye yardımcı ve yeterli bir evreleme sistemi de bulunmamaktadır. Yenilik kuraklığı en çok hormonal olmayan ilaçların araştırılması ve geliştirilmesinde dikkat çekmektedir (Vercellini et al., 2011).

Günümüzde endometriozis tedavisinde listenin başında gelen ilaç dienogesttir. Bu ilaç orjinal olarak Doğu Almanya'da Jenapharm tarafından 1979'da, endometriozisin moleküler biyolojisinde ve genomik ile proteomik ilerleyişler öncesi sentezlenmiştir. Dienogest, endometriozis ilişkili ağrıyı baskılamakta etkilidir ancak endometriotik nodüllerin hacmini küçültmez, sadece belirtileri azaltır (Leonardo-Pinto et al., 2017). Onay için yeni bir sınıf ilaç başvurusu yapılmış olsa da (gonadotropin-releasing hormone (GnRH) antagonistleri), yapısal olarak alışılmamış olmasına rağmen eylem mekanizması açısından bakıldığında bu ilaç da yaratıcı değildir. GnRH antagonistleri, agonistlere benzer olarak, hedef üzerinden hipotalamik-hipofiz-gonadal aksı düzenlemeyi amaçlamaktadır ve agonistlere benzer yan etkiler görülebilir. GnRH antagonistleri alevlenme (flare up) fenomeninin önüne geçebilir ancak geniş bireylerarası farklar nedeniyle östrojen üretimi üzerindeki kontrolü daha düşük olabilir. ClinicalTrials.gov 'da belirtildiğine göre dokuz ilaç firması GnRH



antagonistlerinin geliştirilmesinde farklı basamaklarda araştırmalar yürütmektedir. Bu da GnRH antagonistlerini reproduktör (üreme) tıpta en çok istenen ilaç haline getirmektedir. GnRH antagonistleri dışında ilaç firmalarının araştırma ve geliştirme yolları zor veya kapalı görünmektedir. Faz-I aşamasındaki bir kaç bileşiğin, endometriozisin doğasındaki fibroproliferasyonla savaşmak için uygunsuz olduğu görülmektedir. Hiç bir firma adenomyozis için ilaç araştırmasına ve geliştirmesine yatırım yapmamaktadır ve hormonal olmayan ilaçlar için yapılan tüm denemeler başarısızlıkla sonuçlanmıştır (Guo, 2014). Gelecek 5-8 yılda endometriozis veya adenomyozisli hastalar için bir ilaç devrimi olmayacağı görülmektedir. Bu, ciddi bir sorundur. Ne yanlış gitti? Böyle bir başarısızlıkla karşılaştıktan sonra yine de her şey iyiymiş gibi davranılabilir, işlere devam edilebilir, ilahi güçlerin yardımı ve mucizelerin gerçekleşmesi beklenebilir. Vicdanlı ve sorumluluk sahibi araştırmacılar kendinden şüphe edebilir, iç değerlendirmesi yapabilir ve mevcut yaklaşımları düşünüp taşınabilir. Gerçekçi olmak gerekirse, kafamızda yer etmiş ve hayal gücümüzü sınırlayan, çok bağlı olduğumuz temelleri sorgulamak atılabilecek ilk mantıklı adım olabilir.

Gelişmekte Olan Tanımlar

Aldatıcı olacak kadar basit ve açık bir şekilde endometriozis her zaman "endometrial bezlerin ve bağ dokusunun olması gerektiği yerin dışında bir yerde bulunması" olarak tanımlanmıştır (Beshay and Carr, 2012). Ancak bu basit tanım; hastalığın yeri, boyutu, rengi, invazyon derinliği, adhezyonların varlığı veya yokluğu, epitelyal/stromal hücre oranını ve hatta stromal endometriozis gibi bir fenomende iyi bir şekilde dökümant edilmiş bu

hücrelerin olup olmasını (örn.bez mevcudiyeti olmayan lezyonlar) (Clement, 2007; Mai et al., 1997) göstermemektedir. Bu varyasyonlara ek olarak hastaların belirti ve bulgularında çok büyük oranda farklılıklar görülebilmektedir. Yoğun fibrotik dokular genellikle lezyonlarda veya çevresinde görülmektedir (Bonte et al., 2002; Clement, 2007; Cornillie et al., 1990; Guo et al., 2015; Itoga et al., 2003; Khare et al., 1996; Matsuzaki et al., 1999; Nisolle and Donnez, 1997; Stovall et al., 1992) ve özellikle de derin endometrioziste görülmektedir (Bonte et al., 2002; Cornillie et al., 1990; Khare et al., 1996; Nisolle and Donnez, 1997). Fibrozis nedeniyle adhezyonlar oluşabilir, anatomi bozulabilir ve pelvik ağrı görülebilir (Nisolle and Donnez, 1997).

Bu nedenle Dr.Vigano'nun önderlik ettiği İtalyan bir takım, Human Reproduction dergisinde yayınladıkları bir yayında endometriozisin daha uygun ve modern bir şekilde yeniden tanımlanması hakkındaki fikirlerini belirtmişlerdir (Vigano et al., 2017). Vigano ve arkadaşları haklı olarak yeniden tanımlanmanın mevcut tedavi terapileri için yapılan araştırma çabalarına, endometriozis için uygun hayvan modelleri geliştirilmesine ve hasta bakımının iyileştirilmesine yönelik olması gerektiğini belirtmiştir (Vigano et al., 2017). Bu önerileri, özellikle de herkesin her konu hakkında bir fikir birliğine varmaya çalıştığı bu zamanda daha da değerlidir ve fikir birliğinden doğmayacak şekilde insanları düşünmeye, yenilikçiliğe ve esinlenmeye yönlendirmektedir. Hatta Vigano ve arkadaşları (2017) tarafından önerilen yeniden tanımlama "endometriozis; endometriyal bağ dokusu ve epitel bulunabilen fibrotik bir durumdur" şeklindedir ve kanıta dayalı daha da geliştirilebilir. Bildiğimiz üzere endometriotik odaklar veya ektopik endometriyum dokusu özünde genellikle siklik kanamaya bağlı (Brosens, 1997) tekrarlayan hasarlanma ve onarım olan yaralardır (ReTIAR) (Guo et al., 2015; Zhang et al., 2016a, 2016b).

Bu ReTIAR'a bağlı olarak endometriotik odaklar aktive plateletlerden veya diğer immün hücrelerden salgılanan transforming (değiştirici) büyüme faktörü (TGF)- β 1 veya duysal sinir liflerinden, epitelyan-mezenkimal transizyon (değişim) (EMT) ve fibroblasttan myofibroblastta transdiferansiye (FMT) olan hücrelerden salgılanan nöropeptidlerle stimüle olur ve sonuç olarak hücresele kontraktile, kollajen üretimi en son olarak da fibrozise neden olur (Yan et al., 2017; Zhang et al., 2016a, 2016b). Ek olarak plateletlere ve/ya immün hücrelere uzamış maruziyet, endometriotik odaklarda görülen düz hücre metaplazisi (SMM)'nden yüksek olasılıklı sorumlu olan endometriyotik stromal hücrelerde artmış α -düz kas aktin (α -SMA) ile diferansiye olmuş düz kas hücreleri markerları (işaretleyicilerine) (SMCs) salınımına neden olabilir (Itoga et al., 2003; Khare et al., 1996; Matsuzaki and Darcha, 2013; Mechsner et al., 2005). Hastalığın progresyonu sırasında endometriotik lezyonlar ayrıca epigenetik değişikliklere uğrarlar (Liu et al., 2017; Zhang, et al., 2017a) ve yıllar önce raporlanan epigenetik farklılıklarla sonuçlanırlar (Guo, 2009). Benzer bir durum, endometriotik lezyonlarla paylaşılan siklik kanama nedeniyle adenomyotik odaklarda da gerçekleşmektedir (Liu et al., 2016; Shen et al., 2016). Diğer bir deyişle, fibrojeniz ektopik endometriyum progresyonunun integral ve intrinsik bölümüdür.

Fibrozis sadece tetiklenmeyle gelişen sekonder bir durum değildir (Walton et al., 2017), ReTIAR'da engellenemez bir sonuçtur. Myofibroblastların kaynağı gibi bir çok konunun hala araştırılması gerekmektedir ve endometriotik odakların doğal kaynağına işaret eden bu durumlar için şuanda sadece odakların renklerine göre (Brosens, 1994; Harirchian et al., 2012; Nisolle et al., 1993; Redwine, 1987) ve invazyon derinliğine göre tahmin yürütülmektedir (Brosens, 1994). Gelişmelerin odağında endometriozis daha iyi olarak "siklik kanamaya maruz kalarak tekrarlayan hasarlanma ve iyileşme gösteren endometrial stroma ve epitelin ektopik yerleşimi ile başlayan, kademeli ve ilerleyici düz kas metaplazisi ve fibrojeniz ile sonuçlanan bir durumdur" olarak tanımlanabilir. Bu tanımın bir avantajı ise endometriozisin tüm çeşitlerini kapsamakta ve endometriotik lezyonların dinamik ve ilerleyici özelliklerini belirtmektedir. Daha önemli olarak endometriotik lezyonların özünü somutlaştırmaktadır.

Öneriler

Tartışmalı olarak, endometriotik lezyonların özünü bilmek endometriozisin patofizyolojisini aydınlatmak için bir anahtar rolü görebilir. ReTIAR nedeniyle oluşan lezyonel fibrojeniz ektopik endometriyumun doğasıdır. Ektopik endometriyumun doğasını anlamak endometriozis araştırmacılarını motive etmelidir. İlk olarak, paylaşılan siklik kanama nedeniyle adenomyotik ve endometriotik lezyonlar aynı çerçevede incelenebilir (Liu et al., 2016; Shen et al., 2016). Uzun zamandır iki durumun birliktelik gösterdiği bilinmektedir (Li et al., 2014; Leyendecker et al., 2015) ve iki durumun da eş kaynaklı olduğu düşünülmektedir (Leyendecker et al., 2002, 2009, 2015). İkinci olarak da endometriotik lezyonların nasıl gelişip ilerleyeceği hakkında geniş bir bakış açısı sağlamaktadır. Sık olarak büyük resmin nasıl olduğu düşünülmeden, filin neye benzediğini anlamaya çalışan kör adamlar gibi, endometriozisteki

moleküler sapmaları belirten çalışmalar ve çok kötü dizayn edilmiş araştırmalar ile karşılaştığımız için bu geniş bakış açısına sahip olmak oldukça önemlidir. Ek olarak bu geniş açısı bize tersi durumda güç olacak koşulları tahmin etmemizde yardımcı olabilir. Alakasız olduğu düşünülen bulguları bir araya getirmemizi ve endometriozis patofizyolojisini anlamamıza yardım edecek çerçeveler sağlayabilir.

Üçüncü olarak sürece dahil olan farklı dinamik özelliklere sahip hücre tipleri ile lezyonların hücresele kimliğinin değişmez olduğunu görmekteyiz. Mikroçevrelerindeki diğer hücrelerle ve medyatörlerle etkileşimden dolayı endometriotik hücrelerde yeni bir morfoloji, fonksiyon, fenotip ve kimlik edinebilirler ve lezyonel fibrojeniz geliştirebilirler. Lezyondaki hücre tipleri de zamanla değişiklik gösterebilir ve bu da literatürde birbiriyle çelişen raporların nedenini açıklayabilir çünkü gözlemler genellikle farklı hücre tiplerinden elde edilen mRNA ve proteinlere dayanmaktadır. Dördüncü olarak araştırmalarda önceliklere odaklanıldığında ve kaynaklar yeniden tahsis edildiğinde biz de lezyonel fibrojenizin gelişimine neden olan tüm şüpheli/suçlu nedenleri anlayabiliriz ve bu nedenleri hedef alan ilaçlar geliştirebilir. Geçmişte lezyonel fibrozisteki rolleri bilinmeden hormonal ve inflamatuvar yollar hakkında öldükçe önemli çalışmalar yapılmıştır. Fibrozis tedavisi oldukça güçtür (Wynn, 2007) ve özellikle derin endometrioziste farmakolojik ajanlara direncin nedeni de endometriotik dokulardaki fibrozis olabilir (Koninckx et al., 2012).

Fibrotik dokudaki kötü vaskülarizasyon ile steroid hormon reseptörlerinin eksikliği (Liu et al., 2017) muhtemel olarak geleneksel hormonal ilaçların başarısızlığının nedenidir. Sonuç olarak antifibrotik kapasitesi olmayan hiçbir bileşik başarılı olamaz. Altıncı olarak epitelyan-mezenkimal transizyon (değişim) (EMT), fibroblasttan myofibroblastta transdiferansiye (FMT), düz hücre metaplazisi (SMM) ve fibrojenizde dönüş noktalarındaki sağ duyulu marker (işaretleyici) seçimi sayesinde histoloji ile endometriozis evrelemesi babunlarda (Zhang et al., 2016a, 2016b) ve farelerde (Zhang, et al., 2017a, 2017b) başarılmıştır. Histolojiye dayalı iyi bir evreleme sistemi sadece prognoz için değil ayrıca kesinliğe giden yolda da kullanılabilir. Yedinci olarak elastografiye dikkat çekecek olursak, iyi bir görüntüleme tekniğiyle dokunun sertliği ölçülebilir ve fibrozis ile doku sertliği arasında bir bağlantı bulunabilir. Bu sayede özellikle adenomyozis (Liu et al., 2018) ve derin endometrioziste olmak üzere endometriozis ve adenomyozisteki tanısız görüntüleme beceremizi geliştirebiliriz. Ayrıca elastografik görüntüleme sonuçlarıyla lezyonel sertlik ile hormonal reseptör ekspresyon düzeyleri arasındaki korelasyon bulunması, derin endometriozis ve/ya adenomyoziste en iyi tedavi modalitesinin seçiminde yardımcı olabilir (Liu et al., 2018). Sekizinci olarak endometriozisin doğasına bakılınca neden bu kadar klinik araştırma yapıldığını anlayabiliyoruz. Çok fazla imkan ve zahmete rağmen, özellikle de hormonal olmayan ilaçlar için yapılan bu araştırmalar heyecan, süpriz ve hüznün geçitlerinden oluşmakta (Guo and Evers, 2013; Guo, 2014). Şaşırtıcı olarak bu araştırmalarda nelerin yanlış gittiği veya neden başarısızlık olduğuna dair açık bir tartışma yapılmamıştır. Bu yüzden yanlış izlenen yolların veya hataların ilerideki araştırmalarda tekrarlanması önlenememektedir.

Şuandaki endometriozis lezyonlarına dair bilgimizle, klinik araştırmalara neden olan ve genellikle ümit verici olan bir çok prelinik çalışmanın insan endometriozisini ve fibrozisini tam olarak yansıtamayan kemirgenleri ve insan olmayan primat modellerini kullandığını biliyoruz. İnsan koşullarına en yakın olan ve tek babun modeli kullanan araştırma ise doğru sonuçlara ulaşmıştır (Barrier et

al.,2004). Ancak bu araştırmadaki data yorumu hatalıydı: bir TNF nötralizan ajanı olan etanercept ile tedavi ile aktif lezyonlar etkili olarak azaltılmıştır ancak ileri lezyonlar üzerine etki etmemiştir. Benzer sonuçlar inflixmab araştırmasında da izlenmiş ve bırakılması ile sonuçlanmıştır (Koninckx et al., 2008). Son olarak ilerlemenin evresini bilmek, şuna kadar başarılı olamadığımız endometrioziste biyobelirteç (biyomarker) bulmamız için daha iyi çalışmaları tasarlamamızı sağlayacaktır (Nisenblat et al., 2016a, 2016b). Lezyonların gelişim evreleri hakkındaki bilgi hem sonuçlardaki sinyal gürültü oranını iyileştirecektir hem de erken evre endometriozisi için biyobelirteç (biyomarker) tanımlanmasına yardım edecektir.

Değişim zamanı

Dr Vigano ve arkadaşlarını zeki içgörülerini, doğru zamanda yaptıkları teklif ve değişiklik için ilk teklif verenler oldukları için övgüyü hak etmekte. Yenilik kuraklığında ve bozgunları takiben eski yolların yeni kapılar açmayacağını söylemek gerekmektedir.

Özellikle ektopik endometriyumun doğasını anlayan yeni bir tanım ile başlayarak hala işlerin düzelebileceğine dair umut vardır. Aynı şeyi tekrar ve tekrar yaparak farklı sonuçlar elde etmeyi beklemek deliliği nitelendirdiği için akıllı ve aklımız başımızda kalmak için bir antidota ihtiyaç duymaktayız.

4 ADÖLESAN ENDOMETRİOZİS TANISI VE YÖNETİMİNDE GELİŞMELER: FİKİR ÖNERİLERİ

Progress in the diagnosis and management of adolescent endometriosis: an opinion. Benagiano G, Guo SW, Puttemans P, Gordts S3, Brosens I. Reprod Biomed Online. 2018 Jan;36(1):102-114. doi: 10.1016/j.rbmo.2017.09.015.

Ortalama menarş veya erken adölesan zamanda başlayan erken başlangıçlı endometriozisin (EBE), yetişkin varyantından farklı bir orijine sahip olduğu ve neonatal uterin kanama (NUK) orjinli olduğuna dair kanıtlar artmaktadır. Bu da; toy endometrial progenitör hücrelerin pelvik kaviteye NUK ile yerleştiği ve telarş döneminde aktive oldukları anlamına gelmektedir. Kendine özgü patofizyolojisi, semptomatolojisi ve risk faktörleri olan mevcut durumun yönetiminde değerlendirmelerin tekrarlanması önem arz etmektedir.

Progresif (ilerleyici) olabilen bu hastalık ileri ki zamanlarda reproduktif (üreme) kapasitenin azalmasına neden olabilir. Bu varyant, genellikle ovaryan endometrioma varlığı ile karakterizedir.

Günümüzde genç hastalarda endometriozis tanısının

konulması genellikle bir kaç yıl gecikmektedir; eğer hızlı bir progresyon (ilerleme) görülürse, hastada ciddi bir semptom (belirti) gözlenmeden pelvik organlar önemli ölçüde etkilenebilir. Bu nedenlerden ötürü genellikle özgül olmayan belirtilere çok önem verilmelidir ve artmış riski gösterebilecek yeni, basit ve invaziv (girişimsel) olmayan markerların (işaret edicilerin) araştırılması gerekmektedir. Modern görüntüleme teknikleri, erken başlangıçlı endometriozis (EBE) taramasında oldukça faydalı olabilir.

Geleneksel laparoskopi ise görüntüleme tekniklerinin, hastalığın şiddetli olduğuna işaret ettiği vakalar ile sınırlanmalıdır ve minimal invaziv (girişimsel) yaklaşım sonrası rekürrensi (tekrarlamayı) engellemek için medikal tedavi basamakları izlenmelidir. Sonuç olarak, erken başlangıçlı endometriozis (EBE) erken tanı konulması gereken ve medikal tedavi de dahil olmak üzere basamak tedavisi ile yönetilmesi gereken bir durumdur.



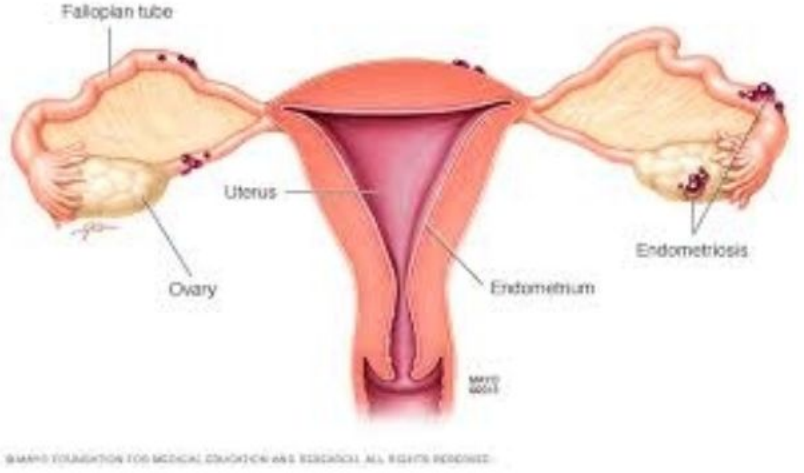
5 ENDOMETRİOZİS OTOBİYOGRAFİSİ: DOST MU DÜŞMAN MI ?

Autophagy in endometriosis: Friend or foe? Zhan L1, Li J, Wei B. Biochem Biophys Res Commun. 2018 Jan 1;495(1):60-63.

Endometriozis; kronik, östrojen bağımlı bir hastalıktır ve endometriyal bezlerin ve bağ dokusunun uterin kavite dışarısında derin ve rastgele implantasyonu ile karakterizedir. Reprodüktif (üreme) çağındaki kadınların %10'unu etkiler ve sağlık-bağımlı hayat kalitesinde bariz bir azalmaya neden olur. Malesef endometriozis etyolojisi için tutarlı bir teori bulunmamaktadır.

Ayrıca, erken dönemde endometriozis tanısı koymak oldukça güçtür ve tedavi yöntemleri ise kısıtlıdır. Önemli olarak, gelişmekte olan kanıtlar da endometriozis ile otofaji arasında yakın bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Ancak endometriozisteki otofajinin mekanizması henüz net olarak anlaşılmadığı için, otofajinin endometriozis için bir dost mu yoksa düşman mı olduğu bilinmemektedir.



Biz ise burada endometriozis ve otofaji arasındaki mevcut bilgilere entegre bir bakış sağlamaktayız. Ayrıca, endometrioziste otofajinin anormal bir düzeyde olmasına neden olabilecek durumları da tartışmaktayız.

6

Is Shifting to a Progestin Worthwhile When Estrogen-Progestins Are Inefficacious for Endometriosis-Associated Pain? Vercellini P, Ottolini F, Frattaruolo MP, Buggio L, Roberto A, Somigliana E. Reprod Sci. 2018 Jan 1:1933719117749759

Özet

Bu çalışmanın amacı; oral kontraseptiflerin hastaların ağrı şikayetinde yetersiz kalması üzerine tedavilerinin düşük doz oral kontraseptiften(OC) noretisteron asetat(NETA) değiştirilmesinin ardından fayda gören hasta oranını değerlendirmektir. Bu amaca yönelik olarak, endometriozis ve bir veya daha fazla orta veya şiddetli persistan ağrı nedeniyle oral kontraseptif kullanan 153 kadının dahil edildiği prospektif ve kendinden kontrollü bu çalışma tasarlandı. Başlangıçta ve oral kontraseptiften 2,5mg/d NETA'ya geçtikten sonraki 12 ay boyunca pelvik ağrı, 0'dan 10'a kadar olan sayısal derecelendirme ölçeği ve çok boyutlu kategorik derecelendirme ölçeği ile ölçüldü. Sağlık ilişkili yaşam kalitesi, psikolojik durum ve cinsel işlevler de geçerli ölçeklerle değerlendirildi.

Çalışmanın sonunda katılımcılar tedavi memnuniyetlerini çok memnun dan hiç memnun değil diye belirtilen 5 derece ölçeğine göre belirttiler. 28 kadın çalışmadan çıktı. Bu kadınların büyük çoğunluğu (n=15) tedavinin yan etkilerini tolere edemediği için ayrıldı. 12 aylık değerlendirmede, katılan kadınların %70'i NETA tedavisinden çok memnun ya da memnun olduklarını belirtti (tedaviye niyetlenme analizi). Sağlık ilişkili yaşam kalitesinde, psikolojik durumda ve cinsel işlevlerde istatistiksel olarak anlamlı gelişmeler izlendi. Protokol başına analizlerde, hastaların yaklaşık yarısında (58/125) suboptimal ilaç tolerabilitesi görüldü. Buna rağmen, şikayetler memnuniyetsizliğe, ilacı kesmeye ve cerrahi isteğine neden olmadı. Bu ümit verici sonuçlar, OC'ye cevap vermeyen semptomatik endometriozisli kadınların hastalığın yönetimindeki değişiklikler hakkında bilgilendirmek ve onlara yeni tedavi olarak önerilmek için kullanılabilir.



7 İZOLE OVARYEN ENDOMETRİOMA: MASAL VE GERÇEK ARASINDAKİ İLİŞKİ ?

The Isolated Ovarian Endometrioma: a History between Myth and Reality. Exacoustos C, Giovanna F, Pizzo A, Morosetti G, Lazzeri L, Centini G, Piccione E, Zupi E. J Minim Invasive Gynecol. 2018 Jan 15.

Özet

Çalışmanın Amacı:

Transvajinal ultrasonda (TVS) tespit edilen ovaryan endometriomalar ile adhezyonlar, derin infiltratif endometriozis ve adenomyozisi içeren diğer spesifik ekstra-ovaryan lezyonlar arasındaki ilişkiyi değerlendirmek.

Dizayn:

Retrospektif Gözlemsel Çalışma (Canadian Task Force Sınıflaması II-2).

Konum:

İki üniversite hastanesi

Hastalar:

Ağrı veya düzensiz menstrüasyon ile başvuran ve ultrasonda en az bir ovaryan endometrioma görülen 255 semptomatik kadın

Girişimler:

Hastalara medikal veya cerrahi tedavi öncesinde TVS uygulandı.

Ölçümler ve Esas Sonuçlar:

20 ile 40 yaşları arasında 255 kadına TVS uygulandı ve 20mm'den büyük en az bir endometrioma tespit edildi. Pelvik endometriozisi gösteren sonografik bulgular (adezyonlar, derin infiltratif endometriozis ve adenomyozis) kaydedildi ve bir alt grup hasta (n=50) TVS'den sonraki 3 ay içinde laparoskopik cerrahi geçirdi. Ortalama endometrioma çapı $40,0 \pm 18,1$ mm izlendi. 65 hastada (%25,5) bilateral endometrioma görüldü. Transvajinal ultrason, 55 hastada (%21,5) posterior rektal derin infiltratif endometriozisi ve 93 hastada (%36,4) en azından bir uterosakral ligamentin kalınlaştığını gösterdi. 186 hastada (%73) adezyon vardı ve 134 hastada (%53) TVS ile myometriyal adenomyozis gösterildi. 38 hastada (%15) sadece tek bir izole endometrioma görüldü ve TVS'da diğer pelvik endometriozis/adenomyozis bulguları izlenmedi.

Sonuç:

Ovaryan endometriolar pelvik endometriozisin işaretidir ve nadiren izole olarak görülürler. Özellikle, sol ovaryan endometriomalar, rektal derin infiltratif endometriozis ve sol uterosakral ligament tutulumu ile, bilateral endometriolar ise adezyonlar ve Douglas boşluğunun obliterasyonu ile ilişkili bulunmuştur. Endometrioma boyutu ile derin infiltratif endometriozis arasında ilişki bulunamamıştır. Klinik veya cerrahi olarak uygun yaklaşımı belirlemek için, ileride çocuk sahibi olmak isteyen hastalarda ovaryan endometrioma ve eşlik eden adezyonlar, endometriozis ve adenomyozis kritik öneme sahiptir.



GİRİŞ:

Kronik pelvik ağrı kadınların yaklaşık% 15'ini etkiler ve multipl komorbiditeleri içeren karmaşık etiyojisi nedeniyle jinekologlar için zorlayıcı bir problem oluşturur. Bu nedenle kronik pelvik ağrıda, bu multifaktöriyel komorbiditelerin tek bir entegre merkezde farklı yönetimlerle ele alındığı disiplinlerarası bir yaklaşım önerilmiştir. Kesitsel araştırmalar, bu eşlik eden hastalıklar ile kronik pelvik ağrı şiddeti arasındaki ilişkiye dair bazı bilgiler sağlayabilirken, ileriye dönük uzunlamasına kohortlar, kronik pelvik ağrı şiddetinde zamanla meydana gelen değişiklikler ve komorbiditeler arasındaki ilişkiyi tanımlayabilir.

AMAÇ:

Komorbiditelerin rolü ve başlangıçtaki ağrının kontrolü, demografik faktörler ve tedavinin etkilerine odaklanarak, disiplinler arası bir merkezdeki 1 yıllık prospektif kohort çalışmayla kronik pelvik ağrı şiddeti ile ilişkili eğilimleri ve faktörleri tanımlamaya çalıştık.

ÇALIŞMA TASARIMI:

Bu, pelvik ağrı ve endometriozis için, olası, minimal invaziv cerrahi, tıbbi tedavi, ağrı eğitimi, fizyoterapi ve psikolojik terapiler içeren disiplinler arası, üçüncü basamak bir referans merkezinde yapılan 1 yıllık prospektif kohort çalışmasıydı. Dışlama kriterleri arasında menopoz ya da yaş > 50 yıl yer alıyordu. Örneklem büyüklüğü 296 (1 yılda% 57 yanıt oranı; 296/525) idi. Primer sonuç, 11 numaralı sayısal değerlendirme skalasında (0-10) 1 yılda kronik pelvik ağrı şiddeti olup, ordinal regresyon ile sınıflandırılmıştır (hafif-hiç 0-3, orta 4-6, şiddetli 7-10). İkincil sonuçlar sağlıklı yaşam kalitesini ve sağlık hizmeti kullanımını içermektedir. Temel komorbiditeler endometriozis, irritabl barsak sendromu, ağrılı mesane sendromu, karın duvar ağrısı, pelvik taban miyaljisi ve depresyon, anksiyete ve katastrofikasyon için geçerliliği olan anketlerdir. 1 yıl içindeki primer sonuçla ilişkili başlangıçtaki komorbiditeleri tanımlamak için multivariyable ordinal regresyon kullanıldı.

BULGULAR:

Kronik pelvik ağrı şiddeti, başlangıç süresinden 1 yıla kadar ortalama 2 puan azaldı (6 / 10-4 / 10, P < .001). İşlevsel yaşam kalitesinde (Endometriozis Sağlık Profili-30'un ağrı ölçeğinde% 42-29, P < .001) iyileşme ve bireylerin doktor başvuru sayısında (% 73-36, P < .001) veya son 3 aylık acil başvurusu (% 24-11, P < .001) sayısında azalma vardı. Primer sonuç için çok değişkenli ordinal regresyonda, başlangıçtaki ağrı kontrolü, tedavi etkileri (cerrahi), yaş ve sevk durumu incelendiğinde, 1 yıllık kronik pelvik ağrı şiddeti, başlangıçta Ağrı Felaket Ölçeği (Pain Catastrophizing Scale) skorundaki daha yüksek bir skor ile bağımsız olarak ilişkiliydi (odds oranı, 1.10;% 95 güven aralığı, 1.00-1.21, P = .04) .

SONUÇ:

Disiplinlerarası bir ortamda 1 yıllık kohortta kronik pelvik ağrı şiddeti, yaşam kalitesi ve sağlık hizmeti kullanımındaki iyileşme gözlemlendi. Başlangıçtaki daha yüksek ağrı katastrofisi, 1 yıldaki kronik pelvik ağrı şiddeti ile ilişkiliydi. Araştırma çalışmalarında ve klinik uygulamada katlanarak büyüyen pelvik ağrı hastalarında katastrofik seviyeye (ruminasyon, büyütme, çaresizlik) dikkat edilmelidir.



9

LAPAROSKOPİK OVARYEN ENDOMETRİYOMA STRİPPİNG SIRASINDA BİPOLAR ELEKTROKOAGÜLASYONUN OVARYAN REZERVE OLAN ETKİSİNİN SİSTEMATİK OLARAK GÖZDEN GEÇİRİLMESİ VE META-ANALİZİ

Systematic review and meta-analysis of the effect of bipolar electrocoagulation during laparoscopic ovarian endometrioma stripping on ovarian reserve. Deckers P, Ribeiro SC, Simões RDS, Miyahara CBDF, Baracat EC. Int J Gynaecol Obstet. 2018 Jan;140(1):11-17.

ÖZET

GİRİŞ:

Laparoskopik stripping, ovaryen endometriyozis için altın standart tedavi yöntemidir. Hemostaz yönteminin seçimi, ovaryan rezervi etkileyebilir.

AMAÇ:

Bipolar elektrokoagülasyonun over rezervi üstüne termal olmayan hemostaz yöntemlerine kıyasla daha zararlı olup olmadığını belirlemek.

TARAMA STRATEJİSİ:

3 Nisan 2017 tarihine kadar İngilizce, İspanyolca, Portekizce, Fransızca ve İtalyanca olarak yayınlanan makaleleri veritabanlarında aramak için MeSH terimleri "endometrioma", "laparoskopi" ve "ovaryan rezerv" ile ilgili giriş terimleri kullanıldı.

SEÇME KRİTERLERİ:

Laparoskopik stripping uygulanan premenopozal kadınlarda bipolar hemostaz veya termal olmayan hemostaz yöntemleri ile post-operatif 3 aylık anti-Müllerian hormon (AMH) düzeyini karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalar seçildi.

VERİ TOPLAMA VE ANALİZ:

İki bağımsız yorumcu tarafından veriler çıkartılarak bir meta-analiz gerçekleştirilmiştir.

ANA SONUÇLAR:

Üç çalışma dahil etme kriterlerini karşılamıştır; Genel olarak, 105 hasta bipolar elektrokoagülasyon ile cerrahi geçirilmiş ve 105 hasta alternatif bir hemostaz yöntemi ile ameliyat edilmiştir. AMH düzeyi ameliyattan 3 ay sonra bipolar elektrokoagülasyon grubunda azalmıştır (ortalama fark -0.79 ng / mL, % 95 güven aralığı -1.19 ila -0.39).

SONUÇ:

Bipolar elektrokoagülasyon ovaryan rezervi olumsuz etkilemektedir ve özellikle reproduktif amaçları olan hastalar için kaçınılmalıdır.



10 ENDOMETRİOZİSİN CERRAHİ TEDAVİSİ İÇİN ÖNERİLER: KISIM 1 OVARYEN ENDOMETRİOMA

Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part 1 : Ovarian Endometrioma Working group of ESGE, ESHRE, and WES, Ertan Saridogan, 1 Christian M. Becker,2 Anis Feki,3 Grigoris F. Grimbizis,4 Lone Hummelshoj,5 Joerg Keckstein,6 Michelle Nisolle,7 Vasilios Tanos,8 Uwe A. Ulrich,9 Nathalie Vermeulen,10 and Rudy Leon De Wilde11 Gynecol Surg. 2017; 14(1): 27.

ÇALIŞMA SORUSU: Jinekolojik Endoskopi Avrupa Topluluğu (ESGE), Avrupa İnsan Üreme Ve Embriyoloji Topluluğu (ESHRE) ve Dünya Endometriozis Derneği (WES) tarafından ortaklaşa hazırlanan endometriozis cerrahi tedavisi ile ilgili bu belge ne sağlar?

KISA CEVAP: Bu belge, üreme çağındaki kadınlarda endometriomalar için farklı ameliyat yöntemlerinin teknik yönlerini içeren öneriler sunmaktadır.

BİLİNENLER: Endometriomalar (ovaryen endometriozis kistleri), ultrasonografi ile tanılarının nispeten kolaylığı ve doğruluğu nedeniyle yaygın olarak teşhis edilen bir endometriozis şeklidir. Görüntüleme sırasında ya da cerrahi sırasında tesadüfen bulunduğu, tedavi edilip edilmeyeceği ve nasıl tedavi edileceği konusunda sıklıkla klinik bir ikilem bulundurlar. Daha önce yayınlanmış kılavuzlar endometriozis yönetimi ile ilgili teknik ayrıntılar olmaksızın kanıta dayalı en iyi tavsiyeleri içeren öneriler sağlamıştır.

ÇALIŞMA TASARIM BOYUTU, SÜRESİ: ESGE, ESHRE ve WES'den oluşan bir çalışma grubu endometrioma cerrahisinin pratik yönleri üzerine öneriler yazmak için iş birliği yaptı.

KATILIMCILAR/MATERYAL, DÜZENLEME, METHOD: Bu belge endometrioma cerrahisi üzerine odaklanmıştır. Bu serideki diğer belgeler derin ve peritoneal endometriozis cerrahisinde önerilerde bulunacaktır.

ANA SONUÇLAR VE TESADÜFÜN ROLÜ: Bu belgede endometrioma cerrahisinde genel tavsiyeler ve lazerle veya plazma enerjisi ile yapılan ablasyonla, elektrokoagülasyonla ve bu tekniklerden oluşan bir kombinasyonla ve birlikte veya belli aralıklarla uygulanması ile yapılan kistektomi için spesifik öneriler sunulmaktadır.

DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN SINIRLAMALAR: Kanıtların sınırlı olmasından dolayı önerilerin çoğu klinik tecrübelerle dayanmaktadır.

BULGULARIN DAHA GENİŞ Bu tavsiyeler, endometriozisin yönetimi ile ilgili önceki kılavuzları tamamlayıcı niteliktedir.

ÇALIŞMA FONU/ İLGI ALANI REKABETİ: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

BUNUN HASTALAR İÇİN ÖNEMİ NEDİR?

Bu belge, endometriozis cerrahisinde farklı tarzları araştıran Avrupalı bir grup tarafından hazırlandı. Çalışma grubu, özellikle endometrioma adı verilen over kistin en iyi nasıl tedavi edildiğine odaklandı. İlaç tedavileri, endometriozisi tedavi etmek için kullanılabilir, ancak endometriomalar tespit edildiğinde ve tedaviye ihtiyaç duyulduğunda, sıklıkla ameliyat tercih edilir. Overlerde foliküllere zarar verebileceğinden ve de fertilitiyi azaltabileceğinden, ameliyatla ilgili riskler vardır. Çalışma grubu, ileride çocuk isteği olabilecek kadınlarda

reproduction Open, pp. 1-6, 2017
/heropen/hso116

roduction ESHRE PAGES

Recommendations for the Surgical Treatment of Endometriosis. Part I: Ovarian Endometrioma^{†‡¶}

Working group of ESGE, ESHRE and WES, Ertan Saridogan^{1,*}, Christian M. Becker², Anis Feki³, Grigoris F. Grimbizis⁴, Lone Hummelshoj⁵, Joerg Keckstein⁶, Michelle Nisolle⁷, Vasilios Tanos⁸, Uwe A. Ulrich⁹, Nathalie Vermeulen¹⁰, and Rudy Leon De Wilde¹¹

[†]Institute for Women's Health, University College Hospital, Reproductive Medicine Unit, Elizabeth Garrett Anderson Wing, London, UK. [‡]University of Oxford, Endometriosis Care Centre, Nuffield Department of Obstetrics and Gynaecology, John Radcliffe

kullanılan ana cerrahi tiplerini inceledi. Kistektomi denildiğinde keserek çıkarmayı, ablasyon denildiğinde kist cidarının lazer ışınları ile veya plazma enerjisi ile uzaklaştırılmasını ve elektrocerrahi denildiğinde elektrik akımının kullanıldığını kabul ettiler. Ayrıca farklı ameliyat şekillerini kombine etmenin etkinliğine baktılar.

Makale, olası riskleri göz önüne alarak farklı ameliyat tiplerinin nasıl gerçekleştirilmesi gerektiğini detaylı olarak tartışıyor ve en iyi sonuçları sağlamak için dikkatli planlamanın gerekli olduğunu vurguluyor.

Bu belge, endometriozisin farklı durumlarında farklı cerrahi yöntemlerin teknik yönlerine yönelik öneriler içeren ilk seridir ve endometrioması olan üreme çağındaki kadınlara odaklanacaktır. Endometriozisin diğer formlarına yönelik öneriler ayrı bölümlerde tartışılacaktır.

ÖNERİLER

Anatomik Hususlar

Endometriomalar genellikle aynı taraf pelvik duvarı, fallopian tüpü, arka yan uterus duvarı ve barsaklar gibi çevre yapılar ile sıkışık vaziyette yapışırlar.

Preoperatif planlamanın bir parçası olarak, hidroüreterler ve asemptomatik hidronefroz olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Üreter, iliak damarları çaprazlayarak pelvise girer ve sonra overlerin altında pelvik yan duvar peritonu içinde seyreder. Endometriotik kistleri olan overler, genellikle üreterin de hastalığa dahil olabileceği overyan boşluğa yapışır. Ara sıra bu seviyede üreter darlığı izlenir. Cerrahi sırasında bu durum hesaba katılmalıdır. Overin kanlanması iki kaynaktan olur: abdominal aortadan kaynaklanıp infundibulopelvik ligaman yoluyla lateralden ve overyan ligaman içinde overyan arter ve uterin arterin çıkan dalının asendan dalının anostomozu yoluyla. Mesoovariumun giriş yerinde hilumda, overin anterolateralinde daha geniş intraovaryan damar bulunur. Cerrahin bu bölge cerrahisinde

uyanık olması gerekir, bu bölgelerdeki endometrioma için kanamayı önleme becerisine sahip olmalıdır. Kanama kontrolü sırasında koterizasyon ve overyan kan kaynağının bozulmasına bağlı olarak sağlıklı over dokusu zarar görebilir.

Genel Öneriler

- Cerrahi öncesi hastalığın olası boyutu ve endometriomaların büyüklüğü, sayısı ve lokasyonu (unilateral veya bilateral) değerlendirilmelidir. Tıttiz preoperatif planlama prosedürün bir parçasıdır ve şunları içermelidir:
 - o Adneksiyal kitleleri ve endometriotik nodülleri kontrol etmek için bimanuel muayene
 - Belirlemek için ultrason (ve/veya MRI)
 - Sayı, büyüklük ve lokasyon (unilateral veya bilateral)
 - Endometriotik nodüllerin varlığı
 - Douglas obliterasyon derecesi
 - Hidronefroz varlığı
 - o Hidrosalpenks varlığı
 - o İleride fertilitte isteği olanlar için overyan rezerv testleri (antral folikül sayısı (AFS), anitümülleryan hormon seviyesi (AMH))
 - o Görüntüleme malignite şüphesi varsa maligniteyi ekarte etmek için serum tümör belirteçlerini değerlendirin. Beklenmedik malignite riski az olsa da dikkate alınması gerekebilir. Endometriozis varlığında bazı belirteçler yüksek olabileceğinden yüksekliklerin doğruluğu sınırlı olabilir. (Nisenblat ve ark., 2016).
 - o Ameliyat öncesi aydınlatılmış onam alınmalıdır. Hasta olabilecek tüm riskler hakkında, laparoskopik cerrahinin genel riskleri, over rezervinin azalabileceği ve overin kaybedilebileceği riski hakkında tam olarak bilgilendirilmelidir. Hala tartışmalı olmasına rağmen, özellikle bilateral endometriomada oositlerin preoperatif kriyoprezervasyon olasılığı hakkında bilgilendirilmelidir. (Somigliana et al., 2015).
 - o Eğer ameliyat güvenle yapıp tamamlanamayacaksa gerekli uzman ekibin olduğu bir merkeze yönlendirilmeli. (Johnson et al., 2013).
 - o Over dokusunu mümkün olduğunca travmatik olarak kullanın.
 - o Endometrioma cerrahisinde over rezervinin zarar görebileceğinin farkında olun. Rezerv zaten tehlikede olduğunda, fertilitte prezervasyonu düşünülmelidir.
 - o Post-operatif adezyon oluşumunun azaltılmasında faydalı olabileceğinden oksitlenmiş rejenere selüloz, politetrafloroetilen cerrahi membran ve hiyalüronik asit ürünleri gibi adezyon önleyici önlemler kullanılması düşünülmeli. (Dunselman et al., 2014; Ulrich et al., 2014). Over süspansiyonu, adezyon önleyici bir yöntem olabilir. (Hoo et al., 2014).

Laparoskopik Ameliyatın Başlangıç Aşamaları

- Pelvik organları, üst abdomeni ve appendiksi inceleyin.
- Klinik olarak asit, şüpheli peritoneal lezyonlar veya anormal görünümü olan kistlerin varlığında endometrioma olan overi

mobilize etmeden önce peritoneal yıkama ve biyopsi yapılmalı. Bununla birlikte varsayılan endometrioma için rutin peritoneal yıkama önerilmez.

- Cerrahi kolaylaştırabileceği için üç laparoskopik port kullanmayı düşünün.
- Endometriomalı overi genellikle yapışık olduğu pelvik yan duvardan adezyolizis ile ayırın. Bu çoğunlukla endometriomanın drenajı ile sonuçlanır. Bu aşamada over üretere yapışık olabileceği için üreteri vizualize etmek önemlidir. Yoğun yapışıklık varlığında cerrahiye üreterin adezyona yakın olan sağlıklı dokudan ayrılmasıyla başlayın. Pelvik yan duvardaki endometriotik dokuların da çıkarılması gerekecektir. (Bu konu, peritoneal endometriozis tedavisinde sonraki seride ele alınacaktır.)
- Kistin rüptüre olduğu yerden, kistin kavitesini ortaya çıkarmak için insizyonu genişletin. Over korteksinin, fonksiyonel over dokusunun ve hilumun zarar görmesini önlemek için çok sayıda insizyon ve aşırı insizyon açıklığı önlenmelidir. Mümkün olduğunca ilerideki tedavileri kolaylaştırmak için kistin iç yüzü dışarı çevrilebilir.
- Eğer over yapışık değilse, insizyon endometriomanın en ince yerinde olmalı veya yapışıklık mevcutsa ve net izlenemiyorsa insizyon antimezenterik sınırdan olmalıdır.
- Maligniteyi dışlamak için kist kavitesini irrigate edin ve inceleyin. Şüpheli alanlardan histolojik teyit için biyopsi yapılmalıdır.
- Eğer malignite şüphesi varsa, ileri tedaviler için lokal kılavuzlar kullanılmalıdır.
- Hemostaz kontrolü için irrigasyon ve aspirasyon yapılmalıdır ve kalan tüm kist sıvısı veya kan pıhtıları abdominopelvik boşluktan alınmalıdır.

Endometriomanın konservatif cerrahi tedavisinde aşağıdaki seçenekler mevcuttur:

- Kistektomi
- Lazer veya plazma enerjisi ile ablasyon
- Elektrokoagülasyon

Bu yöntemler, kombine teknik ve iki veya üç adımlı yaklaşım olarak aşağıda açıklanmaktadır.

Kistektomi

- Overin mobilizasyonu ve kist drenajından sonra, kist ve over dokusu ayrılma planını (klivaj) ortaya çıkarmak için insizyon yapın. Bu kist açıklığının kenarında veya kisti iki yarıya bölen merkezi bir kesi olabilir. Her iki yaklaşımla da insizyon, hilum/mezo-ovaryumdaki kan damarlarından uzak olmalıdır. Soğuk kesim kullanılması, ayrılma planının ayırt edilmesinde yardımcı olabilir.
- Kist duvarının diseksiyonu ve ayırt edilebilmesi için salin veya seyreltilmiş sentetik vazopresin çözeltisi (0.1-1 unit/ml) kist kapsülü altına enjekte edilebilir. Seyreltilmiş sentetik vazopresin enjeksiyonu kistin çıkartılması sırasında kanamayı azaltarak da avantaj sağlar. Sentetik vazopresin tüm ülkelerde mevcut değildir ve nadir de olsa bradikardi ve hipertansiyon gibi intraoperatif kardiyovasküler komplikasyonlara neden olabilir.
- Bazı vakalarda, overin insizyonundan sonra klivaj planı kolayca bulunamayabilir. Bu tür vakalarda, histolojik tanı için kist duvarından küçük bir parça aldıktan sonra overin hasar riskini azaltmak için ablasyon yöntemi kullanın.
- Bir kez klivaj planı ayırt edildikten sonra, kisti over parenkiminden disseke etmek için uygun aletler ile nazikçe

traksiyon ve karşı traksiyon uygulayın. Overe yüksek oranda yapışık olan bir kistin ayrılması için aşırı kuvvet kullanmaktan kaçının, çünkü bu muhtemelen over dokusunun yırtılmasına, aşırı kanamaya, daha fazla koagülasyon veya diatermi ihtiyacına ve böylece daha fazla normal over dokusu zararına sebep olur.

- Klivaj planının dikkatli ayırt edilmesi ve uygun bipolar koter kullanımı başarılı hemostazın, sağlıklı dokunun gereksiz hasarını önlemenin ve kör ve aşırı diatermiden kaçınmanın kilit noktasıdır.
- Kist kapsülünün tamamen çıkarılmasından sonra nihai hemostazı sağlayın. Bipolar koagülasyon, sutur veya intraoveryan hemostatik dolgu maddeleri bu amaçla kullanılabilir. Bu aşamada hilumda overyan ve infundibulopelvik ligamandan gelen kan kaynaklarının hasar görmesinden sakınmak önemlidir.
- Büyük boyutta endometriomaların çıkartılmasından sonra overi yeniden yapılandırmak ve hemostaz sağlamak için monofilament iplik ile sutur gerekebilir. Küçük endometriomalarda, overyan açıklık kendiliğinden oluştuğu için sıklıkla sutur gerekmez. Eğer sutur kullanılıyorsa, sutur adezyon oluşumuna meyil oluşturabileceğinden overin içine yerleştirilmelidir.
- Küçük kistler direk porttan bölünebilir ve çıkartılabilir. Büyük kist cidarları, örnek toplama torbası ile çıkarılabilir. Posterior kolpotomi çok nadir kullanılır.

Lazer Ablasyon

- Lazer ışını kullanarak kist duvarının tüm iç yüzeyini ablate edin. CO2 lazer için 30-55 W ve CO2 fiber (hayvan datalarına dayanarak) için 6-10 W ayarları genellikle kullanılır. Işını genişletmek için lazer ablasyon modunda olmalıdır. Lazer, alttaki sağlıklı dokuyu koruyarak ablate edebilecek bir tarzda uygulanmalıdır.
- Endometriyotik kist cidarını, hemosiderin pigment boyalı doku artık görülemeyene kadar buharlaştırmayı hedefleyin. (renk kırmızımsıdan sarı-beyaza değişene kadar)
- Endometriotik doku yalnızca yüzeysel olarak mevcut olduğundan, kist kapsülünün tüm derinliklerinde buharlaşma gerekmez.
- İyi görüntü sağlamak ve karbon artıklarını temizlemek için aralıklı irrigasyon kullanın.
- Kist açıklığının sınırının tamamen buharlaştığından emin olun.

Plazma Enerji Ablasyonu

- El parçasının ucundan ortalama 5 mm uzaklıkta, 10 ve 40 koagülasyon modunda plazma enerjisi kullanılarak kist cidarının tüm iç yüzeyini ablate edin. (Roman et al., 2011, 2013)
- Hemosiderin boyalı doku artık görülemeyene kadar endometriotik kist cidarını buharlaştırmayı hedefleyin. (renk kırmızımsıdan sarı-beyaza değişene kadar) Endometriotik doku yalnızca yüzeysel olarak mevcut olduğundan, kist kapsülünün tüm derinliklerinde buharlaşma gerekmez.
- Tüm alanların tedavisine dikkat edin ve invajinasyon alanının sınırlarını ablate edin.
- Kist eversiyonu mümkün olmadığında, kistin iç yüzeyine aşamalı olarak plazmayı kistin iç yüzeyine dik açıyla uygulayın.

Elektrokoagülasyon

Elektrocerrahi, endometriomanın tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Farklı teknik ve elektrotlara sahip koagülasyon modları, yumuşak (soft) koagülasyon, zorunlu (forced) koagülasyon veya püskürtme (spray) koagülasyonu ile yüksek frekans (high frequency-HF) akımının modülasyonunu da içeren farklı voltaj seviyelerine yol açar. Bu çeşitli uygulama modları, hedef doku üzerinde farklı etkiler yaratır ve farklı derecelerde doku hasarına neden olur.

- Bipolar forceps kullanarak kist cidarını sistematik olarak koagüle edin. Güç ayarları jeneratöre ve kullanılan forseps türüne bağlıdır, ancak sıklıkla 25-40 W ayarı kullanılır. Daha düşük bir güç ayarından başlamak ve elde edilen pıhtılaşma etkinliğine bağlı olarak ayarlamayı önerilir. Temel nokta overdeki doku hasarını en aza indirmek için çok kısa koagülasyon süreleri kullanmaktır, çünkü tahribatin derinliğine hakim olmak zor olabilir.
- Monopolar enerji, hilumda bulunan fibrotik endometriyotik dokunun bulunduğu seçilmiş bölgelerde kullanılabilir. Güç ayarı sıklıkla 15-20 W'lık olarak kullanılır.
- Doku hasarı lazer ve plazma enerji ablasyonuna göre daha derin olma eğilimi gösterir, bu nedenle over sıklıkla irrigasyon sıvısı ile soğutulmalıdır.

Kombine Teknik

Hem eksizyon hem de ablasyon tekniği kullanılarak kombine edilmiş teknikler, özellikle büyük endometriomalarda over hilumundan aşırı kanama ve over dokusunda kayıp / hasar oluşmasını önlemek için kullanılırlar.

- Kisti açın ve boşaltın, ardından yukarıda tarif edildiği gibi klivaj planını saptayın.
- Kistin %80-90'ını soyun ve yukarıda tarif edildiği gibi over hilumuna kadar kısmi bir kistektomi yapın. Daha sonra kalan endometriyotik dokuyu (%10-20) tedavi etmek için lazer, plazma enerjisi veya bipolar kullanılabilir.
- Suturasyon anatomiyi yeniden yapılandırmak için düşünülebilir.
- Kist kavitesini inceleyin ve biyopsi yapın.
- Bu ilk adımın ardından kistin stromal vaskülarizasyonunda atrofi ve azalma ile kist duvarının kalınlığı önemli derecede azalırken, GnRH agonist (GnRHa) tedavisini 3 ay boyunca uygulayın. (Donnez et al., 1996).
- Kistektomi, CO2 buharlaştırma, bipolar diatermi veya kist duvarının plazma ablasyonu şeklinde ikinci bir laparoskopi ile cerrahi tamamlayın.

Kadınlar iki invazif prosedürden geçmek zorunda olmasına rağmen, daha büyük endometriomaların yönetimini kolaylaştırması, rekürrens oranlarını azaltması ve over rezervindeki azalmayı sınırlayabilmesi potansiyel faydalarıdır.

Diğer Hususlar

Laparotomi, benign overyan endometriomalarda, kist çapı ve/veya ilişkili adezyonlara bakılmaksızın ender olarak endikedir. (Johnson et al., 2013). İşlem laparoskopi ile gerçekleştirilemeyecek kadar zorsa, endometriomanın drenajından sonra işlemi durdurmak, GnRHa'yı 3 ay süreyle vermek ve 3-6 ay sonra tekrar cerrahi uygulamak daha iyidir. Alternatif olarak, yeterli cerrahi uzmanlığı olan bir merkeze sevk edilebilir. (Johnson et al., 2013)

Özellikle tekrarlayan veya büyük tek taraflı endometriomaların bulunduğu veya potansiyel malignite şüphesi varlığında hasta ile dikkatli bir görüşme yapıldıktan sonra ooforektomi düşünülebilir. Yukarıda açıklandığı gibi, bilgilendirilmiş onamın her durumda elde edilmesi gerekir ve doğurganlık kaygılarının tartışılması gerekir.



YAPILACAK OLAN AKTİVİTELER

Sevgili Meslektaşlarımız,

Sizleri Endometriozis&Adenomyozis Derneği olarak **20-21 Nisan 2018** tarihlerinde **İstanbul**'da gerçekleştireceğimiz **1. İstanbul Kronik Pelvik Ağrı Sempozyumuna** davet etmek isteriz. Bu toplantıda Pelvik ağrının sadece endometriozis, IBS veya interstisyel sistit vs.den ibaret olmadığını altı özellikle çözümlenerek, şu ana kadar belki de ülkemizde hiç konuşulmamış bir çok konu ilk defa konuşulacak ve bu konuda çok deneyimli olan gerek ulusal ve gerekse uluslararası hocalarımız tarafından tartışılacaktır. Toplantımız sırasında gene ilk defa **Fransa'dan Canlı olarak Horace Roman Sakral Sinir Endometriozis'i vakasını** gerçekleştirecektir.

Sizlere kısaca toplantımıza katılacak yabancı konuşmacılarımız hakkında bilgi vermek isteriz;

Michael Hibner/Amerika: Amerikada ilk Kronik Pelvik Ağrı ile ilgili fellowship programını başlatmıştır. Transgluteal Pudental sinir release'i Avrupa'da öğrenip Amerika'da ilk defa gerçekleştiren hekim olmuştur. Ayrıca AAGL'de ilk KPA kurslarını gerçekleştirmiştir.

Horace Roman/Fransa: Fransa'da özellikle Derin İnfiltratif Endometriozis ile ilgili çalışıyor. Az bilinen pelvik sinir endometriozis'i ile ilgili önemli tecrübeye sahip. Toplantımızda'da hem video konferans ile sunum hem de Fransa'dan canlı yayınla bir sakral sinir endometriozis vakasını opere edecek.

Alysson Zanatta/Brezilya: Nöropelveoloji çalışma grubundandır. Marc Possover'den eğitim almış ve Pelvik sinirlerle ilgili yazıları bulunmaktadır. Brezilya'da Endometriozis Merkezinde çalışmaktadır.

Vito Chiantera/İtalya: Nöropelveoloji çalışma grubundandır. Marc Possover'den eğitim almıştır. Derin infiltratif endometriozis ve onkoloji alanında çalışmaktadır. Pelvik anatomi ve pelvik cerrahi ile ilgili çok önemli tecrübesi bulunmaktadır.

Gökhan Kılıç/Amerika: Nöropelveoloji çalışma grubundandır. Pelvik taban ve pelvik ağrıyla ilgilenmektedir. Robotik cerrahi ile ilgili çok bilinen uzmanlardan biridir.

Paolo Vercellini/İtalya: Hepimizin yazılarından çok iyi tanıdığı araştırmacılarından biridir. Çok ciddi sayıda endometriozis ile ilgili makaleyi literatüre kazandırmıştır. Video konferansla toplantımızda sunumunu gerçekleştirecektir.

Sadece 110 katılımcının kabul edilebileceği toplantımıza kaydınızı yaptırmak için acele etmenizi öneririz.

Endometriozis&Adenomyozis Derneği

Bilimsel Program için buraya tıklayınız

KAYIT BİLGİLERİ

Kayıt	Kayıt Ücreti
Katılımcı	150 TL

- ✓ Kayıt ücretlerine %18 KDV ilave edilecektir.
- ✓ 110 katılımcı kontenjanı vardır. Kayıtlar başvuru sırasına göre kabul edilecektir.
- ✓ Kayıtlar, tüm kayıt ücreti ödendiğinde onaylanır. Kaydınızın onaylanması için lütfen ödeme makbuzunuzu sempozyum sekreteryesine mail atınız.

KONAKLAMA BİLGİLERİ

Otel	Tek Kişilik Oda	Çift Kişilik Oda
Mercure Altunizade Hotel	300 TL	400 TL

- ✓ Konaklama ücretlerine %8 KDV ilave edilecektir.
- ✓ Fiyatlar 1 gecelik oda - kahvaltı konseptinde konaklama için geçerlidir.
- ✓ Konaklama rezervasyonu, bütün konaklama ücreti ödendiğinde onaylanır. Konaklama rezervasyonunun onaylanması için lütfen ödeme makbuzunuzu sempozyum sekreteryesine mail atınız.

İptal Koşulları

Tüm iadeler yazılı olarak Opteamist Turizm' e bildirildiği takdirde geçerli olacaktır.

Kayıt ve konaklama ücretleri;

- * **16 Şubat 2018** tarihine kadar bildirildiği takdirde %50 si iade edilecektir.
- * **16 Şubat 2018** tarihinden sonra bildirildiği takdirde iade yapılmayacaktır.

Tüm iadeler sempozyum bitiminden bir ay sonra gerçekleştirilecektir.

SEMPOZYUM HESAP BİLGİLERİ

Hesap Adı	: Optimist Turizm Org. Serv. San. ve Tic. Ltd. Şti.
Banka	: Türk Ekonomi Bankası
Şube	: Kızıtoprak Şubesi (Şube Kodu: 489)
TL IBAN No.	: TR03 0003 2000 0000 0017 7502 85

TRANSFER BİLGİLERİ

Havalimanı Transferi	Transfer Ücreti
Havalimanı - Acıbadem Altunizade Hastanesi (Tek Yön)	225 TL

- ✓ Yukarıda belirtilen fiyat Atatürk veya Sabiha aGökçen Havalimanı'ndan kişi başı tek yön toplu transfer fiyatıdır, %18 KDV ilave edilecektir. Özel transfer talepleri için Opteamist Turizm ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

İptal Koşulları

Tüm iadeler yazılı olarak Opteamist Turizm' e bildirildiği takdirde geçerli olacaktır.

Kayıt ve konaklama ücretleri;

- * **16 Şubat 2018** tarihine kadar bildirildiği takdirde %50 si iade edilecektir.
- * **16 Şubat 2018** tarihinden sonra bildirildiği takdirde iade yapılmayacaktır.

Tüm iadeler sempozyum bitiminden bir ay sonra gerçekleştirilecektir.

SEMPOZYUM HESAP BİLGİLERİ

Hesap Adı	: Optimist Turizm Org. Serv. San. ve Tic. Ltd. Şti.
Banka	: Türk Ekonomi Bankası
Şube	: Kızıtoprak Şubesi (Şube Kodu: 489)
TL IBAN No.	: TR03 0003 2000 0000 0017 7502 85







1st Istanbul Chronic Pelvic Pain Symposium
April 20th - 21st, 2018
Acibadem Altunizade Hospital
Istanbul / Turkey


www.endometriosis-turkey.com

'What we know, What we don't know!'

Symposium Chairs: Taner Usta, Gül Köknel Talu, Michael Hibner, Ahmet Kale

Invited International Faculty

 Michael Hibner USA	 Horace Roman FR	 Alysson Zanatta BR	 Vito Chiantera IT	 Paolo Vercellini IT	 Cökhan Kılıç USA
--	---	--	---	---	--

Supported by: 

LIVE Surgery
Date : April 20th, 2018
Starts at : 12:10
Duration : 2 hours
Surgeon : Horace Roman
Case : Deep Endometriosis with Sacral Nerves Roots
Center : Rouen University Hospital, Rouen, France

Contact e-mails: rkinay@opteamist.com, tolgakaracan84@gmail.com

Endometriozis ve Adenomyozis Derneği
Etyemez Tekke Sokak No: 45/38
Kocamustafapaşa Fatih / İstanbul - Türkiye
E-mail : info@endometriozisdernegi.org
tolgakaracan84@gmail.com

SEMPOZYUM SEKRETARYASI



Koşuyolu Mah. Mahmut Yesari Cad. No:64
34718 Kadıköy / İstanbul - Türkiye
Telefon : +90 (216) 414 11 11
Faks : +90 (216) 414 65 44
E-mail : rkinay@opteamist.com
Web : www.opteamist.com

1 NİSAN 2018 ENDOAKADEMİ TOPLANTILARI - KAYSERİ


Endoakademi toplantıları kapsamında **1 Nisan 2018** tarihinde **Kayseri**'de, bölgedeki hocalarımızın desteği ile "Endometrioma Yönetimi" üzerine bir günlük bir toplantı gerçekleştireceğiz. Daha detaylı olarak endometrioma yönetimi ile ilgili tüm güncel bilgileri paylaşacağız. Detaylarına dernek sitemizden de ulaşabilirsiniz. Bölge toplantılarımıza farklı illerde de devam edeceğiz.



ENDOMETRİOZİS ve ADENOMYOZİS DERNEĞİ Endoakademi Toplantıları VII "Endometrioma Yönetimi 2018"

01 Nisan 2018, Pazar
Radisson Blu Hotel, Kayseri



Bu toplantı  ITFİLAC'ın koşulsuz bilimsel desteği ile düzenlenmiştir.

Program

Moderatörler:

Prof. Dr. M. Turan Çetin, Doç. Dr. Barış Mülayim

09:00 – 9.30 Kayıt ve Açılış

9:30 – 11:30 1. OTURUM: ENDOMETRİOMA - GENEL

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. Engin Oral, Prof. Dr. Bülent Özçelik

9:30 - 9:50 Endometrioma Semptomatolojisi
Yrd. Doç. Dr. Semih Uludağ

9:50 - 10:10 İnfertil Kadında Endometrioma Opera Edilmeli mi? Edilmemeli mi?
Prof. Dr. Yılmaz Şahin

10:10 - 10:30 Endometrioma Over Kanseri İlişkisi: Korkmamıza Gerek var mı?
Prof. Dr. Fatma Ferda Verit

10:30 - 10:50 Endometrioma, Derin infiltratif Endometriozis (DIE) ve Adenomyozis Birlikteliği
Prof. Dr. Yücel Karaman

10:50 - 11:15 Tartışma

11:15 - 11:30 Kahve Arası

2. Oturum: ENDOMETRİOMA - GÜNCEL TEDAVİ

11:30 - 13:20

Oturum Başkanları:

Prof. Dr. Ercan Aygen , Doç. Dr. Barış Mülayim

11:30 - 11:50 Adölesanda Endometriomaya Yaklaşım

Prof. Dr. Ümit İnceboz

11:50 - 12:10 Endometriomanın Medikal Tedavisinde OK mi? Progesteron mu? GnRH mi?

Prof. Dr. Engin Oral

12:10 - 12:30 Zor Olgularda Nasıl Daha İyi Endometrioma Cerrahisi Yapabiliriz ?

Doç. Dr. Taner Usta

12:30 - 12:50 Tekrarlayan Endometriomada Yönetim

Prof. Dr. M. Turan Çetin

12:50 - 13:00 PKOS'ta İnsülin Direnci ve İnozitol'ün Tedavideki Yeri

Prof. Dr. Faruk Buyru

13:00 - 13:20 Tartışma

13:20 - 14:30 Öğle Yemeği

3. Oturum: ENDOMETRİOMA İNTERAKTİF VAKA TARTIŞMALARI

14:30 - 15:45 Moderatör:

Prof. Dr. Gürkan Uncu

Panelistler:

Prof. Dr. Yücel Karaman, Prof. Dr. M. Turan Çetin , Prof. Dr. Engin Oral,
Prof. Dr. Yılmaz Şahin, Doç. Dr. Taner Usta, Ydr. Doç. Dr. Semih Uludağ,
Prof. Dr. Ümit İnceboz, Prof. Dr. Fatma Ferda Verit

15:45 - 16:00 Kapanış

KATILIM ÜCRETSİZDİR.

Cinsel Sağlık Enstitüsü tarafından **19-22 Nisan 2018** de Antalya ' da gerçekleştirilecek olan kongrede Derneğimiz adına **Prof Dr Umit İnceboz** "**Kronik Pelvik Ağrıda, Endometriozis ve Diğer Organik Nedenler ve Tedavisi**" konulu bir konuşma yaparak bu konuda meslektaşlarımız ve psikiyatrist meslektaşlarımızı bilgilendirecektir.

Ayrıntılı bilgi için;

<http://cised.org.tr/kongre2018/tr/program>

3. ULUSAL CİNSEL SAĞLIK KONGRESİ

**"Kronik Pelvik Ağrıda
Endometriozis ve
Diğer Organik Nedenler
ve Tedavisi"**
Prof.Dr. Ümit İNCEBOZ

KONGRE DETAYLI BİLGİ İÇİN:



www.cised.org.tr
0 (312) 212 66 26
0 (555) 274 41 97

www.cised.org.tr/kongre2018

**Antalya - Club Hotel Sera
19-22 Nisan 2018**

Antalya,
Club Hotel Sera'da
4 Gün, 3 Gece
Herşey Dahil Konaklama
ve Bilimsel Bir Şölen...

Destekleyen Kurum ve Kuruluşlar



YAPILMIŞ OLAN AKTİVİTELER

28 OCAK 2018 ENDOAKADEMİ TOPLANTILARI - GAZİANTEP

Endoakademi toplantıları kapsamında **28 Ocak 2018** tarihinde **Gaziantep**'te, bölgedeki hocalarımızın desteği ile "Endometrioma Yönetimi" üzerine bir günlük bir toplantı gerçekleştirildi. Konu ile ilgili hekimlerimiz güncel bilgileri bölgedeki meslektaşları ile paylaştı. Tüm toplantı facebook hesabımız üzerinden canlı olarak yayınlandı. Detaylarına dernek sitemizden de ulaşabilirsiniz. Bölge toplantılarımıza farklı illerde de devam edeceğiz.



Bilimsel Program

09:00 - 10:00 Kayıt

10:00 - 11:30 **1. Oturum: ENDOMETRİOMA - GENEL**
Oturum Başkanları: **Özcan Balat, Ali İrfan Kutlar**10:00 - 10:15 Endometrioma semptomatoloji
Koray Elter10:15 - 10:30 Endometriomayı opere etmek mi zararlı? Yoksa yerinde bırakmak mı daha zararlı?
Gürkan Uncu10:30 - 10:45 Infertil endometriomalı kadında endometriomaya yaklaşım ne olmalı?
Hulusi Zeyneloğlu10:45 - 11:00 Endometrioma over kanseri ilişkisi: Korkmamıza gerek var mı?
Mete Gürol Uğur11:00 - 11:15 Endometrioma, derin infiltratif endometriozis ve adenomyozis birlikteliği
Ahmet Kale

11:15 - 11:30 Tartışma

11:30 - 12:00 Kahve Arası ☕

12:00 - 13:30 **2. Oturum: ENDOMETRİOMA - GÜNCEL TEDAVİ**
Oturum Başkanları: **Hakan Kıran, Yılmaz Atay**12:00 - 12:15 Adölesanda endometriomaya yaklaşım
Barış Mülayim12:15 - 12:30 Nasıl daha iyi endometrioma cerrahisi yapabiliriz?
Taner Usta12:30 - 12:45 Endometriomanın medikal tedavisinde OK'mı? Progesteron mu? GnRH mi?
Engin Oral12:45 - 13:00 Zor olgularda endometriomanın cerrahi tedavisi nasıl yapılmalı?
Yücel Karaman13:00 - 13:15 Tekrarlayan endometriomada yönetim
M. Turan Çetin

13:15 - 13:30 Tartışma

13:30 - 14:30 Öğle Yemeği 🍽️

14:30 - 14:40 Gebelikte anne ve bebek sağlığı
Nihan Çizmeci14:40 - 16:00 **3. Oturum: ENDOMETRİOMA İNTERAKTİF VAKA TARTIŞMALARI**
Moderatör: **Engin Oral**Panelistler: **Yücel Karaman, Gürkan Uncu, M. Turan Çetin, Hulusi Zeyneloğlu, Koray Elter, Taner Usta, Ahmet Kale, Barış Mülayim, Mete Gürol Uğur**

15:50 - 16:00 Tartışma

16:00 Kapanış

21-25 ŞUBAT 2018 MİNİMAL İNVAZİV JİNEKOLOJİK CERRAHİ KONGRESİ

21-25 Şubat 2018 tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilen Minimal İnvaziv Jinekolojik Cerrahi Kongresi'nde Derneğimizden hekimlerimiz endometriozis ve İnfertilite oturumunda görev aldılar ve yurtdışından değerli meslektaşları ile konuyu farklı yönleri ile tartıştılar.

10:30 - 12:00 Endometriozis ve İnfertilite Oturumu		
Oturum Başkanları: Ruşen Aytaç, Esra Bulgan Kılıçdağ		
10:30 - 10:45	Endometriozis ve infertilite; gizemini hala koruyan ilişki	<i>Cihat Ünlü</i>
10:45 - 11:00	Indications of surgery in infertile patients with endometriosis?	<i>Ludovico Muzii</i>
11:00 - 11:15	Endometrioma, endometrioma cerrahisi ve over rezervi - tehlikeli ilişki	<i>Gürkan Uncu</i>
11:15 - 11:30	İnfertil hastada derin infiltran endometriozis cerrahi olarak tedavi edilmeli mi?	<i>Yücel Karaman</i>
11:30 - 11:45	İnfertil hastalarda reküren endometriomaların optimal tedavisi, cerrahinin yeri var mı?	<i>Engin Oral</i>
11:45 - 12:00	Tartışma	
12:00-12:45 Yemek Arası		

9-10 Mart 2018 tarihlerinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi tarafından Fizik tedavi ve Rehabilitasyon Uzmanı hekimlerle ortak düzenlenen kongrede Derneğimiz "Pelvik Ağrı Kursu" Düzenledi ve hekimlerimiz farklı branşlardan hekimlerle bilgilerini paylaşmış olup Derneğimiz adına **Dr Taner Usta** ve **Dr Tolga Karacan** birer konuşma yapmıştır.

Ayrıntılı Bilgi için;

http://sbupelvikrehabilitasyonkongresi.org/bilimsel_program.php



15.10 - 17.10	KURS 3 (SALON 2) Pelvik Ağrı Kursu Kurs Moderatörleri: Ahmet KALE, Taner USTA
15.10 - 15.25	Pelvik Nöroanatomi / Ahmet KALE
15.25 - 15.40	KPA'ya Neden Olan Jinekolojik Durumlar / Barış MÜLAYİM
15.40 - 15.55	Pelvik Ağrının Tanısında Nörolojik Değerlendirme: Tanıda Yeni Nedir? / Müge KOÇAK
15.55 - 16.10	Pelvik Ağrıya Algolojik Yaklaşım / Gül KÖKNEL TALU
16.10 - 16.25	Pelvik Ağrıya Nöropelvelojik Yaklaşım / Taner USTA
16.25 - 16.40	Tartışma
16.40 - 17.10	İnteraktif Vaka Sunumları – Panel Moderatör: Taner USTA Tartışmacılar: Ahmet KALE, Gül KÖKNEL TALU, Barış MÜLAYİM, Müge KOÇAK

8-11 MART 2018 7. JİNEKOLOJİK ENDOSKOPI SEMPOZYUM VE ÇALIŞTAYI

8-11 Mart 2018 tarihleri arasında Uludağ da gerçekleştirilen olan sempozyumda derneğimizde bir oturumu yönetmiş ve Derneğimizden Hekimlerimiz Ağrı ve İnfertilite Yönetimini meslektaşlarımızla kongrenin en yüksek katılımının sağlandığı oturum olmuştur. Detaylı bilgiye <http://infertilitendoskopi.org/> adresinden ulaşabilirsiniz.



10:00 - 10:15	Kahve İkrarı
	Panel 1
	Ulusal Endometriozis ve Adenomyozis Derneği Oturumu
	Endometriozis - Ağrı / İnfertilite Yönetimi
	Oturum Başkanları: Engin Oral, Gürkan Uncu
	Endometriozis NICE kılavuzu ne diyor?
	Pınar Bahat
10:15 - 11:45	Pediyatrik Adolesan Endometriozisi
	Engin Oral
	Endometrioma Cerrahisinde tehlike var mı?
	Ercan Baştu
	Adenomyozis ve İnfertiliteyi Nasıl Yönetelim?
	Ümit Sungurtekin
	Derin Endometrioziste Medikal Tedavi
	Ahmet Kale

© ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

26-28 NİSAN 2018 SEUD 2018

Geçen yıl Singapur'da yapılan kongre bu yıl **26-28 Nisan** tarihleri arasında **Floransa**'da gerçekleştirilecektir.
<http://seud.org>



22-24 KASIM 2018 EEL 2018

22-24 Kasım 2018 tarihleri arasında **Viyana** da gerçekleştirilecek olan **Avrupa Endometriozis Kongresinde**, Derneğimiz 2. Başkanı **Dr Engin Oral** ,kongreyi düzenleyen iki dernek kongre sekreterinden biri olarak görev almaktadır.

Program ayrıntıları yakında ilan edilecektir.
Ayrıntılı bilgi için; <http://www.eec2018.com>

Join us on
Social Media!

#EEC2018

f EuroEndoLeague

t @EuroEndoLeague

ENDOMETRIOSIS UPSIDE DOWN

Come together to get the best vision against pain, bleeding and infertility



SAVE THE DATE!

4th European Congress on
ENDOMETRIOSIS

November 22 - 24, 2018 | Vienna, Austria

Endometriosis Upside Down



@EuroEndoLeague
#EEC2018

www.eec2018.com

YENİ WEBSİTELERİMİZ

Derneğimiz Web siteleri tamamen yenilenmiş olup, tüm sayfalarımıza www.endometriozis.org linkimizden ulaşabilirsiniz.

Endometriozis&Adenomyozis Derneği

Web Sitesi

(www.endometriozis.org)



Endometriozis ve Adenomyozis Derneği

Kocamustafapaşa cad. Etyemez Tekkesi sok. Merih İş Merkezi no:45 Kat:1 Daire:64 Fatih İstanbul

İdari ve Sosyal işler sorumlusu:Aylin İleri

Tel: (0532) 515 69 99

info@endometriozisderneği.org



ENDOMETRİOZİS İLE İLGİLİ MAKALE ÖZETLERİ

Dernek sitemizde 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. Makale Full text'leri **Prof. Dr. Banu Kumbak Aygün** tarafından yüklenmektedir.

<http://www.endometriozisderneği.org/kutuphane/makale-ozetleri>



D SOSYAL MEDYA

Bizi Sosyal medya'dan takip edebilirsiniz!

- | | | |
|----------------------|---|---|
| endometriozisturkiye |  | Endometriozis Türkiye Facebook sayfamızı ziyaret edebilirsiniz
https://www.facebook.com/endometriozisturkiye |
| @endomertiosistr |  | Twitter sayfamızı takip edebilirsiniz.
https://twitter.com/endomertiosistr |
| endometriozis_tr |  | Instagram sayfamızı takip edin.
https://www.instagram.com/endometriozis_tr |
| |  | Facebook grubumuza katılın
https://www.facebook.com/groups/1356727754385803 |