



ENDOMETRİYOZİS
BÜLTEN
TEMMUZ 2022 /
SAYI XXII

SEÇİLMİŞ MAKALELER

Endometriosis ve İstmosel:
Yaygın mı, Nadir mi?

Endometriosis ateroskleroz
ilişkisi

Endometriosis yönetiminde
robotik cerrahi

Özel
Röportaj



David Redwine

www.endometriosisderneği.org

Önsöz

Merhaba,

22. sayımız ile yeniden sizlerle birlikteyiz.

Her üç ayda bir yayınlanan bültenimizin yeni sayısında endometriozis ve adenomyozis ile ilgili güncel gelişmeler ve demek etkinliklerimiz ile ilgili detayları bulabilirsiniz.

Bu sayımızda endometriozis ve inferÖlite ilişkisini, farklı ırkların endometriozis görülmesi üzerine etkisini, endometriozis ve istmosel birlikteliğini, endometriozis hastalarında kalp hastalıkları riskini, endometrioziste roboÖk cerrahinin yerini ve nadir bir form olan inguinal endometriozis ile ilgili özetleri bulabileceksiniz.

Mayıs ayında editörlüğünü kurucu başkanımız **Prof Dr Engin Oral**'ın yaptığı 19 ülkeden 87 yazarın bilimsel katkısı ile oluşturulan "**Endometriosis and Adenomyosis-Global Perspectives Across the Lifespan**" kitabı Springer yayını evinden çıkmıştır. Yoğun emekler verilerek hazırlanan bu kitabın oluşturulmasında ülkemizden demek başkanımız **Prof Dr Taner Usta, Dr Fitnat Selçüki ve Dr Ezgi Dancı** da bilimsel katkı sağlamıştır.

15 Mayıs tarihinde TJOD İstanbul Şubesi tarafından düzenlenen "**Endometrioziste 2022 yılında neredeyiz**" toplantısı **Prof Dr Engin Oral** ve demek yönetim kurulu üyemiz **Doç Dr Hale Göksever Çelik** tarafından düzenlenmiş ve toplantıda demek başkanımız **Prof Dr Taner Usta** "**Endometriozis ve ağrıda cerrahi tedavi**" ile ilgili bir sunum gerçekleştirmiştir.

28 Mayıs Dünya Adet Hijyeni Gününde derneğimizin Hayat Kimya ve Bayer firmaları ile birlikte hayata geçirdiği

Türkiye çapındaki adet hijyeni ve bilinirlik düzeyi ile ilgili projenin ilk sonuçları basın ile paylaşmıştır. Bu alanda ilk olma özelliği taşıyan bu toplu taramasının detaylı sonuçları ilerleyen günlerde paylaşılacaktır.

27-28 Mayıs tarihlerinde, **Prof. Dr. Engin Oral, Prof. Dr. Taner Usta** ve **Prof Dr Ertan Sarıdoğan** başkanlığındaki

"**Uluslararası Endoschool İstanbul**" un bu yıl 3. üçüncü başkanı ile gerçekleştirilmiştir. Yurt içi ve yurt dışından endometriozis alanında uzmanların bilimsel katkıları ile gerçekleştirilen bu toplantıda teorik eğitim yanı sıra ulusal Endokademi toplantılarımızın 14. üçüncü 12 Haziran'da Adana'da gerçekleştirilmiştir. **Prof Dr Turan ÇeÖn** ve **Doç. Dr. Cihan Kaya** başkanlığında gerçekleştirilen toplantı endometrioma genelinde endometriozisin tanısı, medikal ve cerrahi tedavisi, inferÖlite ve pelvik ağrı ile olan ilişkisini kapsayan birbirinden değerli hocaların bilimsel katkıları ile düzenlenmiştir. Adana ve çevre illerden endometriozis ile ilgilenen birçok hekimin katıldığı ve yararlandığı başkanlı bir toplantı gerçekleştirilmiştir.

Fransa'nın Bordeaux şehrinde gerçekleştirilen **Avrupa Endometriozis Ligi (EEL)** kongresinde ülkemizden **Prof. Dr Engin Oral** "**Endometriozisi olan her hastadan AMH istenmeli midir?**" konusunda güncel gelişmeleri aktarmıştır.

Derneğimiz genç grup üyesi **Dr Elif Göknur Topçu** genç hekimlerin uluslararası endometriozis çalışma gruplarında görev alabilecekleri faaliyetler hakkında bir sunum gerçekleştirmiştir.

Bu dönemde Avrupa Endometriozis Derneği'nin düzenlediği webinar serisi 10 Mayıs'ta **ChrisÖan Becker**'in sunumu ile devam etmiştir.

Bu ayki sayımızın EndoUzman röportaj konğu Amerika'dan **Dr David Redwine** olmuştur. Kendisi ile gerçekleştirilen bu değerli röportajı derneğimiz genç grubundan **Dr Nilüfer Cimsit** gerçekleştirmiştir.

Bir sonraki sayımızda endometriozis ve adenomyozis dünyasından güzel gelişmeler ile tekrar birlikte olmayı temenni ediyoruz.

Saygılarımızla,
Prof. Dr. Taner Usta
Endometriozis & Adenomyozis Derneği Başkanı

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu 2022

Endometriozis ve Adenomyozis Derneği Kurulu Başkanı

Prof. Dr. Engin ORAL

2019-2022 Endometriozis ve Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu



(Başkan)

**Prof. Dr. Taner
Usta**



(Başkan Yardımcısı)

**Prof. Dr. Ümit
Inceboz**



(Genel Sekreter)

Prof. Dr. Ahmet Kale



(Sekreter)

**Op. Dr. Pınar Yalçın
Bahat**



(Genel Başkan ve Yönetim Kurulu Üyesi)

Prof. Dr. Engin Oral



(Yönetim Kurulu Üyesi)

**Doç. Dr. Hale
Göksever Çelik**



(Yönetim Kurulu Üyesi)

Doç. Dr. Cihan Kaya

Endometriozis e-Bülten, Endometriozis&Adenomyozis Derneği tarafından hazırlanmaktadır. Bülten'de yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa drchankaya@gmail.com adresinden bize ulaşılabılırsiniz.

DERNEK ADRESİMİZ

Osmanağa Mah. Osmancık Sok. Betül Han No:9/4 Kadıköy/İstanbul

info@endometriozisderneği.org

İÇİNDEKİLER

A- SEÇİLMİŞ MAKALELER

1. Endometriozis ve İstmosel: Yaygın mı, Nadir mi? - Endometriosis and Isthmocele: Common or Rare?

Gulz M., Imboden S, Nirgianakis K et al. J. Clin. Med. 2022, 11, 1158

2. Fare modelinde endometriozis ateroskleroz ilişkisi - Endometriosis promotes atherosclerosis in a murine model

Mamillapalli R, Toffoloni N, Habata S, et al. Am J Obstet Gynecol. 2022

3. Endometrioziste ırk/etnisitenin etkisi - Revisiting the impact of race/ethnicity in endometriosis.

Bougle O, Nwosu I, Warshafsky C. Reprod FerØl. 2022;3(2):R34-R41.

4. İnerØlite Çalışması: Endometriozis Tanısı - InferØlity workup: idenØfying endometriosis

Pirtea P, Vulliamoz N, de Ziegler D, et al. FerØ Steril. 2022; 11;S0015-0282(22)00205-9.

5. İnguinal Endometriozis: Sistematik Derleme - Inguinal endometriosis: A systematic review

Dalkalitsis A, Salta S, Tsakiridis I, et al. Taiwan J Obstet Gynecol 61 (2022) 24e33.

6. Endometriozis yÖneØminde roboØk cerrahinin gÖncel yeri - The current role of roboØk surgery in endometriosis management

Andres MP, Souza C, Villacusa M et al. Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 17:1, 63-73.

İÇİNDEKİLER

- B- DERNEĞİMİZDEN HABERLER**
- C- ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER**
- D- ENDO UZMAN RÖPORTAJI**
- E- SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS
MAKALELERİ**
- F- SOSYAL MEDYA**

EDİTÖR

Doç. Dr. Cihan Kaya

HAZIRLAMA KURULU

Uzm. Dr. Eda Üreyen Özdemir

Uzm. Dr. Işıl Ayhan

Uzm. Dr. Ezgi Darıcı

Uzm. Dr. Karolin Ohanoğlu

Uzm. Dr. Ayşegül Bestel

Uzm. Dr. Nilüfer Akgün

Uzm. Dr. Faah Aktoz

Uzm. Dr. Aliye Erdoğan

Dr. Nilüfer Cimsit Kemahlı

A SEÇİLMİŞ MAKALELER

1 Endometriozis ve İstmosele: Yaygın mı, Nadir mi?

Gultz M., Imboden S, Nirgianakis K et al. J. Clin. Med. 2022, 11, 1158



Doçent Uzman Dr. Ayşegül Beşat

Giriş

"Uterus skar defekti", "poche" veya "niche" olarak da adlandırılan istmosele, sezaryen doğumun yaygın kalitesini ciddi şekilde etkileyebilecek uzun vadeli yaygın bir sonucudur. Daha yüksek sezaryen oranları (dünya çapında en sık yapılan ameliyatlardan biri) ve daha iyi ultrason beşisi, daha sık istmosele teşhisine yol açmıştır. İstmosele prevalansı %24 ile %88 arasında değişmektedir.

İstmosele gelişiminde tekrarlayan sezaryen ve çeşitli preoperatif, intraoperatif ve binyeysel faktörler rol oynar. Diğer bir potansiyel risk faktörü endometriozistir. Bu çalışma, iki soruyu araştırarak istmosele ve endometriozis arasındaki ilişkiyi ipk tutmaktadır: (a) hem ekstrasuterin endometriozis hem de uterus skar endometriozisi olan endometriozisin istmosele hastalarda sık görülen bir bulgu olup olmadığı (b) her iki endometriozis tipinin korele olup olmadığı.

Materyal ve Metod

Bu retrospektif çalışmada, Bern Üniversite Hastanesi'nin SEF (Stiftung Endometriose forschung) sertifikalı endometriozis merkezinde Nisan 2004 ile Mart 2020 tarihleri arasında tedavi edilen semptomatik istmosele hastaların verileri araştırıldı. Toplam 111 hasta tespit edildi. Bu hastalardan 83'üne laparoskopik istmosele rezeksiyonu uygulandı. Mesanenin serviks ve uterusun diseksiyonundan sonra, istmosele histeroskopik transillüminasyon ile belirlenmiştir. Defekt elektrocerrahi hook kullanılarak eksize edilmiştir. Daha sonra tek diğüm sütürler ile tek kat tekniği uygulanarak histerotomi kapanması yapıldı.

Takip

Hastanemizde tüm hastaların preoperatif transvajinal ultrasonografisi yapılmıştır. Daha sonra operasyondan üç ay sonra takip yapılmıştır. Ameliyat sonrası hastalarda gebelik elde edene kadar en az üç ay beklemeleri önerilmiştir.

Sonuçlar

Önceden endometriozisi olan yedi hasta (%8) istmosele düzeltilmesinden önce endometriozis ameliyatı geçirmiştir. 10 hastaya (%12) kist, infertilite, dış gebelik veya geçmişte ağır nedemyle laparoskopi yapıldı. Baş hastalık (%6) tekrarlayan istmosele vardı. Önceli istmosele düzeltilmeleri laparoskopik, histeroskopi veya laparotomi ile yapıldı. Ameliyata işaret eden en yaygın semptom sekonder infertilite idi. Toplamda 35 hasta en az iki semptom gösterdi: anormal uterus kanama ve sekonder infertilite (n = 22; % 27), anormal uterus kanama ve dismenore (n = 10; % 12) ve dismenore ve sekonder infertilite (n = 9; % 11).



Cerrahi Özetler

62 hastada (%75) histerotomi ve periton kapatma, 20 hastada (%24) tek başına histerotomi kapatma uygulandı. İki vakada minor komplikasyonlar meydana geldi: bir vakada küçük bir mesane lezyonu ve diğerinde uterusun kazara delinmesi görüldü.

Sonuçlar

83 hastanın 22'sinde (%26,5) endometriozis saptandı; Bu hastaların 3'ünde sadece uterus skar endometriozisi, 13'ünde sadece ekstrasuterin endometriozis ve 6'sında her iki tip endometriozis vardı. Tüm lezyonlar histolojik olarak doğrulandı. Bu nedenle, çalışma örneğindeki toplam endometriozis prevalansı %26,5'tir. Ekstrasuterin endometriozisi hastaların 12'sinde sadece peritoneal endometriozis (%63), 2'sinde over endometriozisi (%10,5) ve 3'ünde sadece derin infiltran endometriozis (%16) vardı. İki hastada ay zamanlı over ve derin infiltran endometriozis (%10,5) vardı.

Ameliyattan sonra 54 kadın gebe kalmaya çıktı: 38 kadın (%70,3) başarıyla gebelik elde ederken, 15 kadın (%29,6) gebe kalamadı. 10 hastada iki veya daha fazla kez gebelik meydana geldi. 55 gebelikten 33'ünde (%60) canlı doğum kaydedildi. Diğer 22 gebelik, 5 ektopik gebelik (%22,7), 9 geç gebelik kaybı (%16,4) ve 1 abort (%4,5) ile sonuçlandı.

İstmosele preoperatif infertilitesi olan (n=39, %47,2) hastaların 20'si postoperatif (%51) gebe kaldı. Gebelikler 15 canlı doğum (%75), 2 geç gebelik kaybı (%10), 2 dış gebelik (%10) ve 1 abort (%5) ile sonuçlandı.

Gebelik sırasında 7 kadın (tüm gebelerin %18,4'ü) skar komplikasyonları yaşadı: 3 uterus skar rüptürü vakası, 3 skar gebelik (tüm gebeliklerin %5,5'i) ve 1 plasenta previa görüldü.

Genel popülasyondaki uterus skar gebelik oranı ile karşılaştırıldığında, çalışmada yüz kat daha yüksek bir oran görülmektedir (%5,5'e karşı %0,05).

Bu çalışmaya dahil edilen hastalarda, ameliyattan sonra kanama bozuklukları önemli ölçüde düzeldi (McNemar testi, $p < 0.001$). Ameliyat sonrası 29 hastada (%64.4) anormal uterin kanama kayboldu. Uterus dışı endometriozis hastalarında anormal uterin kanama da azaldı. Ekstrauterin endometriozisi ve ekstrauterin olmayan endometriozisi hastalar arasında postoperatif kanama bozuklukları açısından fark bulunamadı. Sütür teteliği postoperatif kanama bozuklukları üzerinde anlamlı bir etki göstermedi (χ^2 , $p = 0.172$).

Hastalar istemsel oranından sonra dismenoreni önemli ölçüde azaldığını bildirdi (McNemar testi, $p = 0.03$). Ekstrauterin endometriozisi kadınlarda dismenore düzeyi, ancak fark anlamlı değildi.

Tartışma

Çalışmanın birinci amaç ile ilgili olarak, endometriozisin, her dört kadında bir saptandığı gibi, çalışma popülasyonu arasında yaygın olduğu bulundu. Endometriozisin toplam prevalansı %26.5'tir.

Bu çalışmada endometriozis olan ve olmayan kohortta preoperatif infertilite açısından farklılık yoktu. Ameliyat öncesi %58 olan infertilite oranı endometriozisi hastalarda %33'e, ameliyat sonrası

endometriozisi olmayan hastalarda ise %39'a düştü. Ameliyat nedeniyle genel gebelik oranı önemli ölçüde iyileşirken, doğurganlığın iyileşmesinin endometriozisi hastalarda istemsel oranının mı yoksa endometriozisin çıkarılmasına mı bağlı olduğu belirsizdir.

Endometriozisi hastalarda cerrahi sonrası infertilite oranı bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde %26 idi.

Çalışmada vakaların %11'inde uterin skar endometriozisi (jatrojenik adenomyoz olarak da adlandırılır) tespit etti. Ekstrauterin endometriozis ile uterus skar endometriozisi arasında bir korelasyon gözlemlendi.

Sonuçlar, istemsel ve endometriozisin birlikte görülmesini vurgulamaktadır; bunun tesadüf olup olmadığı belli değil. Ancak bu sonuçlar bu konunun farklılığına yol açmaktadır. Çalışma, endometriozisi kadınlarda istemsel gebirme olasılığının daha yüksek olup olmadığına cevap veremez.

Bununla birlikte, cerrahi seçimi devam eden tartışmalara konu olmaktadır. Vitale ve ark. fertilité isteği olmadan anormal uterin kanama ve en az 2.5 mm residual miyometrial kalınlık durumlarında histeroskopik yaklaşımları önermektedir.

2 Fare modelinde endometriozis ateroskleroz ilişkisi

Mamillapalli R, Toffoloni N, Habata S, et al. Am J Obstet Gynecol. 2022

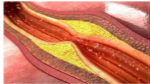


Özetleyen: Dr. Nilüfer Akgin

Giriş

Endometriozis uzun zamandır jinekolojik bir hastalık olarak kabul edilmemektedir. Bununla birlikte, son zamanlarda kardiyovasküler hastalıklar da dahil olmak üzere diğer sistemik hastalıklarla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. Endometriozis lokalize bir sendrom olarak ortaya çıkmasına rağmen, inflamasyon sürecinin sistemik olduğu kanıtlanmıştır. C-reaktif protein (CRP) inflamatuvar sitokinler (IL-1, IL-6), Tümör Nekroz Faktörü alfa (TNF- α) ve Vasküler Endotelial Büyüme Faktörünün (VEGF) endometriozisi kadınlarda hem serumunda hem de periton sıvısında artışı saptanmıştır. Endometriozisi kadınlarda tipik olarak zayıf ve kardiyovasküler hastalık için biraz risk faktörlerinden yoksundur. Kardiyovasküler hastalık ile epidemiyolojik ilişkinin doğrudan endometriozis ile mi yoksa oofektomiden veya tıbbi tedavileye bağlı gelişen östrojen üretimi kaybı dahil olmak üzere diğer ortak nedenlerden mi geliştiği bilinmemektedir.

Endometriozisi hastalarda damar endotelial duvarında, inflamasyon belirteçlerinde artma, yüksek oksidatif stres ve lipid profiline sahip olma aterosklerotik progresyon üzerine katkıda bulunabilecek mekanizmalardır. Endometriozis ve kardiyovasküler hastalık arasındaki bir bağlantının belirlenmesi, önceden tanımlanmamış bir risk altındaki geniş popülasyonu tanımlayabilir ve tedavi edilebilir. Bu çalışma, bir fare endometriozis modelinde endometriozisin kardiyovasküler hastalığı oluşturmadaki etkisini belirlemeyi amaçlamıştır.



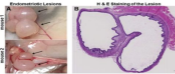
Materyal Method

Aterosklerozu incelemek için kullanılan standart fare modeli olan apolipoprotein E-null farelerde endometriozis indüklendi. Çalışmaya 18 adet apolipoprotein E-null fare alındı. Kontrol grubu olarak aynı türden fareler kullanıldı (n=18) ve bu farelere endometriozis indüklemeyen cerrahi uygulandı. Endometriozis lezyonların oluşumu 25 haftalık indüksiyondan sonra doğrulandı. Aterosklerotik lezyonlar, hematoksen ve ezcin boyaması ile incelendi, aort kökü luminal alanı ve duvar kalınlığı ölçüldü. Tüm aorta lipid birikintilerini veya plak oluşumunu ölçmek için Oil Red O boyaması yapıldı. Ayrıca, lipidlerin ve inflamatuvar ilişkili sitokinlerin seviyelerini belirlemek için fare serumunda biyokimyasal testler yapıldı.

Bulgular

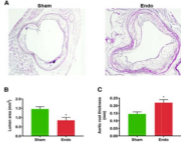
Endometriozisli apolipoprotein E-null farelerinde, endometriozisli farelerin aortlarında Oil Red D boyası kullanan kontrollere göre daha şiddetli plak gelişimini belirledi (sırasıyla %7.9 ve %3.1; $P<0.004$). Hematoksilin ve Eozin boyama ile yapılan histoloji çalışmaları, endometriozisli farelerde aort kökü duvarında kalınlaşma [0.85 mm^2 'ye karşı 3.46 mm^2 ; $P<0.03$] ve lümen alanında azalma (0.22 mm^2 'ye karşı 0.15 mm^2 ; $P<0.04$) olduğunu ortaya çıkardı.

Endometriozisli farelerde inflamasyonla ilişkili sitokinler ve anjiyogenik faktör seviyeleri (IL-1 alfa, IL-6, ve IFN-gama, VEGF) önemli ölçüde artmasına rağmen, lipid profili biyokimyasal analizi herhangi bir değişiklik göstermedi ($P>0.05$).

Figür 1: Endometrik Lezyon Oluşumu

A: Farelerden elde edilen endometrik lezyonların gross morfolojisi.

B: Endometriozis ile uyumlu glandüler ve stromal dokuları gösteren H&E ile boyanmış lezyon görünümü (H&E) (hematoksilin ve eozin)

Figür 2: Aortada Plak Oluşumu

A: Kontrol grubu ve Endometriozisli Farelerde H&E ile boyanmış aort kökü görünümü (n=18).

B: H&E ölçülen ortalama lümen alanı grafiği Endometriozisli farelerde lümen alanında önemli bir azalma bulunmaktadır.

C: Ölçülen aort kökünün ortalama duvar kalınlığı (Endometriozisli farelerde duvar kalınlığı önemli ölçüde artmıştır). *İğareti, endometriozisli grup arasında $P<0.05$ 'i gösterir.

Sonuç

Bu çalışma bir fare modeli kullanarak endometriozis hastalarının arteriyel plak oluşumunun arttığını göstermiştir. Endometriozis lipid profilini etkilemedi ama aterosklerozu artırdığı bilinen inflamasyonla ilişkili sitokinlerin üretimini artırdı (IL-1 alfa, IL-6, IFN-gama ve VEGF). Endometriozis hastalarının erken teşhis ve tedavi kardiyovasküler hastalık riskini azaltmak için önemlidir. Gelecekte inflamatuvar sitokinleri hedefleyen tedaviler endometriozisli hastalarda uzun vadeli kardiyovasküler hastalık riskini azaltmaya yardımcı olabilir.

3 Endometrioziste ırk/etnisitenin etkisi

Bougje O, Nwosu I, Warshafsky C. *Reprod Fertil.* 2022;3[2]:R34-R41.



Yazarlar: Dr. Işıl Ayhan

Giriş

ABD'de sosyoekonomik statüsü yüksek kadınlarda doğum hızının düşmesiyle ilgili toplumsal kaygı olduğu zamanlarda, John A. Sampson endometriozisli kadınlardaki infertilitenin sebeplerini araştırmaktaydı. Dr J Meigs ise endometriozisli kontraseptif kullanımı ve geç çocuk sahibi olmayla ilişkili olduğu teorilerini ortaya attı. Bu teori, beyaz hastalarda endometriozis daha yaygın olduğunu gösteren araştırmaların da desteğiyle onlarca yıl destek gördü. Geçen yıllar ve artan çalışmaları rağmen, endometriozis epidemiyolojisinde beyaz olmayan ırkta endometriozis az görüldüğünü kabul eden ırk/etnisiteyle ilgili güçlü bir devam etmektedir.



Öncelikle, literatürdeki çalışmalar çoğunlukla metodolojik kalite olarak zayıf ve ciddi olarak seçim biası riski altındadır. Ayrıca çoğu çalışma prevalansa odaklanmıştır ancak bu sırada öncelikli semptom, diagnostik geçişler ve tedavi yanıtında erkeğin önemli gibi faktörler göz ardı edilmiştir. Son olarak endometriozisin primer semptomları olan pelvik ağrı, beyaz olmayan hastalarda bu tanının klinik olarak akla getirilmesini sınırlayabilir. Tarihsel olarak, tip eğitiminde sıyahi hastalarla ilgili önyargılar süregelmiştir. Bu nedenle sağlık hizmeti sağlayıcılara beyaz olmayan hastaların ağrı eğiliminin yüksek olduğunu düşünerek baskı davranabilir. Benzer şekilde prevalans çalışmalarına beyaz olmayan hastaların semptomları için tıbbi yardım araması ihtimalinin daha düşük olmasından da etkilenebilir.

Williams Gynecology, Speroff's Clinical Gynecologic Endocrinology gibi temel jinekoloji textbooklarında sıyahi hastalarda endometriozisin az görüldüğü bilgisi halen mevcuttur ve textbooklar tıbbi eğitimin temelini oluşturduğu için bu konuda güncellenmeleri önemlidir.

İrke ve etnisitenin araştırma üzerindeki etkisini anlamak için terminolojiyi netleştirmek kritiktir. İrke genellikle kırsal orijine dayanır ve tarihsel olarak genetik varyasyon coğrafi çizilme paternlerine bağlıdır. Etnisite daha kapsamlı bir tanımdır, coğrafyası içerir ancak din, kültür ve dil de içlidir.

Tıpta ırk/etnisitenin kullanımıyla ilgili tartışmalar sürmektedir. İrke genetik değişikliklerle ilgili güvenilir bir faktör olmasa da, farklı ırklardan insanlar arasında farklı olduğu kabul edilmelidir ve bu farklılıklar klinik olarak anlamlı olabilir. Günün sonunda karar verirken ırke genetik analize değinmek en iyi kararla doğru sonuçları verecektir ancak araştırmalar halinde bu teknoloji her yerde erişilebilir değildir.

Özetle, bu derleminin yazarları ırk/etnisitenin endometriozis epidemiyolojisi çalışmalarında tarihsel olarak göçü bir bias olduğunu belirtmişlerdir. Güncel kanıtlar, sıyahi ve Hispanik kadınlarda endometriozisin daha az görüldüğünü gösterse de, bu kanıtların arındırılması ciddi şekilde metodolojik sorunları olduğu alda tutulmalıdır. Şu öncelikli konularda ilerlemeyi önerirler:

1. Endometriozis ilişkili semptomlarla başvuran herkeste, kanıtların sunduğu prevalans düşülmeksizin ırktan bağımsız olarak sağlık hizmeti sağlayıcılara endometriozisi akla getirmelidir.
2. Tıbbi eğitim materyallerindeki ırksal biası üstünden gelmek adına dernekler, organizasyonlar endometriozis ile ilgili güncel rehberleri düzenlemelidir.
3. Endometriozis gelişimi için predispozitif risk faktörlerine yönelik ileri araştırmalar, erken saptama ve uygun tedavi için desteklenmelidir.

4 Infertilite Çalışması: Endometriozis Tanısı

Pirtea P., Vulliamoz N., de Ziegler D., et al. Fertil Steril. 2022; 11;S0015-0282(22)00205-9.



Özetleyen Dr. Ayşegül Mut

Giriş

Endometriozis on yıl öncesine kadar klasik olarak tanısal laparoskopi sırasında teşhis ediliyordu. Modern görüntüleme teknikleri (USG ve MRG) sistematik bir yaklaşımla kullanıldığında endometriozis teşhisi için güvenilir bir seçenek sunmuştur.

Tanısal Laparoskopinin Kademeli Düşüşü

Tanısal laparoskopinin apamalı olarak bırakılmasını, endometriozis cerrahisinin (endometriyomalar dahil) yardımcı üreme teknikleri (YÜT) sonuçlarını iyileştirmeye dair kanıtların artması takip eder. Yeni ufuklar açan bir makale pelvik endometriozis cerrahisinin, ameliyattan sonraki 18 ay içinde doğul olarak gebe kalmaya yaklaşıp %50 artırdığını bildirmişti ancak endometriozis ilişkili infertilite cerrahisini düşünmeden önce, normal sperm ve patent tüpler ile doğul gebeliğin mümkün olduğunu ve gebe kalmaya çıkmak için 12-18 ay ayrılabilecek zaman ve over rezervinin mevcut olduğunu doğrulamak gerekir. Haritalama tekniğini kullanan MRG, endometriozis ve adenomyozisin kesin olarak karakterize edilmesini ve teşhis edilmesini sağlar. Son zamanlarda, bağırsak hazırlığı ile birlikte transvajinal ultrasonun, yüzeyel endometriozis dışında tanısal laparoskopiyeye eşdeğer olduğu sonucuna varıldı. Yüzeysel endometriozis, genellikle de görüntüleme yöntemlerinden kaçınılmazdır.

Gelecekte, mikroRNA paneli gibi invaziv olmayan yöntemler, endometriozisten etkilenen kadınlara ayırt etmeyi sağlayabilir. Bu konudaki belirteçler halen çalışmaya devam etmektedir.



Endometrioziste Oosit Kalitesi

Klasik görüş, endometriozisin oosit kalitesini ve dolayısıyla YÜT sonucunu düşürmesinden sorumlu olduğu yönündedir. Şimdiki endometriozis gonadotropine cevabı etkilendiğine dair farklı düşünceler hakimdir. Bu etki gerek implantasyonu oranlarını etkilemese de nihai kümülatif gebelik oranını düşürebilir. Artık oosit ile pelvik boşluğun toksik ortamı arındırması temazu azaltarak değişmiş kalitede oositler sağlandığına dair kanıtlar bulunmaktadır.

Bir tarafta, in vivo ovulasyon ve bu nedenle pelvik boşluğun toksik özelliklerine maruz kalan oositlerin kalitesi düşürken, diğer tarafta YÜT ile elde edilen oositler iyileşmiş olarak normaldir. Bu ilişki, endometriozisli kadınlarda karşılaşılan doğul gebe kalmaya şansının azalmasını açıklarken, son YÜT çalışmaları implantasyonu ve canlı doğum oranlarının çoğunlukla normal olduğunu göstermiştir.

Endometrioziste Endometrial Reseptivite

Endometriozisin embriyo implantasyonunda endometrial reseptiviteyi etkilediğine inanılmaktadır. Endometrial stromal hücrelerde normal endometriuma göre östrojen reseptör-b seviyeleri 142 kat daha yüksek ve reseptör-a seviyeleri dokuz kat daha düşüktür. Bu da endometrioziste değişikliklerin belirtisi olan karakteristik progesteron direncine neden olur. Hormon tedavisi ile baskılanmayan, endometriozisin ötopik endometrium üzerindeki etkilerini, özellikle sinir lifleri, inflamasyon belirteçleri, lokal östradiol (E2) üretimi ve progesteron direnci üzerindeki etkilerini tersine çevirdiği görülmektedir. E2 ve progesteron replasmanı ile öploid blastokist transferi ile endometriozis ve aynı yaşta kontrol kadınlarda benzer implantasyon oranlarına sahip olduğu bildirilmiştir.

İnfertilitede Endometriozis Çalışması

Yükün tarihli bir sistematik inceleme ve meta-analizi, USG ve MRG'nin derin infiltrate endometriozis teşhisi için eşdeğer olduğu sonucuna varmıştır. Endometriozis teşhisi konulursa, doğal gebelik kalma şansını artırmak için cerrahi ile YÜT arasında seçim yapılır. YÜT öncelikli yaklaşımlar günümüzde genellikle 30'lu yaşlardaki kadınlarda tercih edilmektedir. YÜT tercih edilirse -nedeni ne olursa olsun- ameliyat gereksizdir ve genel olarak YÜT öncesi ameliyat yok kuralı izlenerek doğrudan YÜT'e geçilir. YÜT tercih

edilirse, aşağıdaki önlemler önerilir. Ovarian hiperstimülasyon sendromu riskinden kaçınmak için antagonist stimülasyon protokollerinin özel kullanımı tavsiye edilir. Ovulasyonun GnRH-a ile tetiklenmesi de önerilir. GnRH-a'nın kullanılması, sadece over hiperstimülasyon sendromundan kaçınmak için değil, aynı zamanda kist oluşumu riskini de azaltır. Ertelememiş embriyo her durumda tercih edilir. Dondurmuş embriyo transferinden önce kullanılan hormon replasman tedavileri ile overin baskılanması, endometriozisin ötopik endometrium üzerindeki etkilerini bastırır. Bu görüş herkes tarafından onaylanmasa bile, taze transfer ile karşılaştırıldığında ertelenmiş embriyo transferi implantasyon oranlarını optimize eder.

Tartışma

Sonuç olarak, infertil kadınlarda değerlendirilmesi, özellikle rutin olarak uygulanan tanısal laparoskopinin terk edilmesiyle, son on yılda büyük ölçüde değişti. Günümüzde, 'önce-YÜT' yaklaşımı en sık 30'lu yaşlardaki kadınlarda tercih edilmektedir ve çok sayıda veri, endometriozis durumunda sonuçların değişmediğini göstermektedir. Kontrol edilemeyen pelvik ağrı ve/veya hidrosalpiks olmadıkça çoğu kişi yeni 'YÜT öncesi ameliyat yok' kuralına eşitlidir. Bununla birlikte, birkaç vakada- 20'li yaşlardaki kadınlar için- doğal gebelik zamanı (yaş ve over rezervi) olması koşullarında, cerrahi tercih edilebilir. Bu ikinci durumda sperm, tüpler ve ovulasyonun da normal olması gerekir.

5 Inguinal Endometriozis: Sistematik Derleme

Dalkalıtis A, Salta S, Tsakiridis I, et al. Taiwan J Obstet Gynecol 61 (2022) 24e33.



Özetleyen Dr. Karolin Önerici

Giriş

Inguinal endometriozis, ekstrapelvik endometriozisin nadir bir türüdür ve tipik olarak küçük boyutlu, hassas ve sabit bir inguinal bir kitle olarak karşımıza çıkar. Bazı olgularda umbilikal, labium majus ve pelvik endometriozis ya da ovarian endometrioma ile ilişkilidir. Ayrıca menstruasıyla ilişkili ağrı da görülebilir. Bu ağrı kalçaya yayılabilir ve sıklıkla alt batin hassasiyeti ile ilişkilidir. Diğer semptomlar arasında dismenore, alt karın ağrısı ve aralıklı vajinal lekelenme sayılabilir.

Eğlik eden derin endometriozis olgular, rekürens duruma ve semptomlar nedeni ile tanı sürecinde genel cerrahinin duruma dahil olması nedeni ile jinekolojiler için bir "kara-kutu" durumundadır. Açığına, tüm sonuçları etkin bir şekilde yönetebilen multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu nedenle, hastaların tüm spektrumunun bilmesi ekipleme arasındaki iletişimi kolaylaştırabilir. Bu nedenle, bu sistematik derlemenin amacı, semptomlar, cerrahi müdahaleler, patoloji raporları ve uzun süreli takip üzerinde durularak inguinal endometriozis ile ilgili mevcut tüm verileri analiz etmektir.

Materyal ve Metod

Bu inceleme, Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) rehberine göre gerçekleştirilmiş ve raporlanmıştır. Inguinal endometriozis vakalarını harici endometriozis vakalarını derlemeye dahil edilmemiştir. Her çalışma için dergi, çalışma türü, yayın tarihi, ülke, hastanın yaşı, gravidite,



infertilite yılı, önceki/birincil hastalık, önceki ameliyat ve önceki ameliyattan itibaren geçen süre, önceki tüp bebek (IVF) hakkında bilgi alındı. Cerrahi kayıtlara dayalı olarak, cerrahinin türü ve pelvik endometriozis tanısı, patoloji raporları, cerrahi sonrası tedavi ve nüfus sonuçları olarak kaydedildi.

Veriler ve Tartışma

Bu çalışma, inguinal endometriozisin teşhisi, tedavisi ve sonucu hakkında rapor veren tüm yayınları sistematik olarak gözden geçirmiştir. Bugüne kadar, bu nadir olguyu sayısal olarak analiz etmeye çalışan ilk çalışmadır. Tüm bireysel hasta verileri çözümlenmiş ve incelenmiştir. Ortalama tanı yaşı 36 olup, hastaların çoğu tek tarafı, çoğunlukla sağ tarafta inguinal kitle ile başlamış ve yaklaşıp varını (%54.1) sıklıkla kasık ağrısı bildirmiştir. Ultrason,

İnguinal lezyonunun aynı tanısında kullanılan birinci yöntemdi. Patoloji raporlarının çoğunluğu sağ ekstrapelvik round ligaman endometriozisi ve sağ Nuck kanalı hidrosel endometriozisi, ardından sağ herni kesesi endometriozisi ve sağ inguinal endometriozisi ile ilgiliydi. Bazı olgularda (%12.0) ik tanıdan 3 ay sonra veya 19 yıl sonra nüks bildirilmiştir. Sağ inguinal endometriozisin sol taraflı baskın olması ilginç bir bulgudur. Bir teori, çölemlik epitel metaplazisini öne sürer ve bir başka teori, endometriyal dokunun fallop tüpleri yoluyla retrograd menstrüasyonu olduğunu öne sürer. Round ligament endometriozisi inguinal halkadan, inguinal kanalı ilerleyebilir ve bu, endometrial implantların yüzeyel inguinal yumuşak dokulara ulaşması için anatomik bir yol olabilir. İnguinal kanaldaki kalan erken periton hücrelerinin kalıtım, endometrium hücreleriyle aynı embriyolojik kaynağa sahiptir. Bu nedenle hücreler metaplazi ile endometrial hücrelere neden olabilir. Sağ inguinal endometriozisin baskın olmasının bir başka anatomik nedeni, sol round ligaman sigmoid kolon tarafından korunulmesidir. Bu sistematiği derlemede endometriozis ile ilişkili bazı nadir kanser vakaları bildirilmiştir; 3 endometrial adenokarsinom, 4 tane clear cell adenokarsinom vakası tespit edilmiştir. Ekstraabdominal endometriozisten kaynaklanan malign transformasyon da oldukça nadir olabilir. Olguların nadir olması neden ile kesin bir tanı algoritmasının geliştirilmesi zordur. Tanı şüphesine yol açabilecek en belirgin semptom sağ veya sol inguinal kitlesinin sıklıkla ağrıya eşlik etmesidir. Ancak bu durum hastaların sadece yarısında bildirilmiştir. İnguinal endometriozisin sonografik görünümü de tipik değildir, ağrılı olarak solda, kistik olarak görülebilir. Birinci basamak tedavi olarak hastaların çoğunda cerrahi ekizyon uygulanmış olup, hormon tedavisi ve laparoskopik ekizyon da denemiştir. Geriye dönük bir vaka serisinde, baş hasta herhangi bir tedavi almamış, üzü bebe kalmaya galçırken ve ikisi analjezik

kullanmıştır. Bu vaka serisindeki başka bir hasta, birinci basamak tedavi olarak geleneksel Çin tıbbını denemiştir. Az sayıda hasta, daha önce cerrahi ekizyon geçirmiş hormonal tedavi ile ikinci bir tedavi aldı. Sekiz hastaya ikinci bir ekizyon uygulandı. 119 hasta en az bir kez ameliyat olurken, 45 hastanın ikinci bir ameliyat geçirdiği saptandı. Bazı olgularda ilk bayurundan 3 ay ile 19 yıl arasında değişen çeşitli noktalarda endometriozis nüksü ortaya çıkış kaydedilmiştir. Bu nedenle tüm endometriozis vakalarında olduğu gibi gözlem veya en azından farkındalık önerilmelidir.

Sonuç

Bu çalışmanın önemi, inguinal endometriozisin tüm klinik özelliklerinin, her vaka raporunda de vaka serisinde de hasta bacağına sızan frekans istatistikleri kullanılarak analiz edilmiş olmasıdır. Her hasta bireysel olarak değerlendirilmiş ve mevcut tüm veriler kaydedilmiş olup, belirli semptom kalıpları, kullanılan tanı araçları ve tedavi seçenekleri gibi önemli bilgiler ortaya çıkmıştır. Bu sistematiği derlemenin limitasyonu ise hasta sayısının nispeten az olması ve çalışma popülasyonunun heterojenitesinin azlığı idi. Ek olarak, birçok durumda eksik veriler mevcut olup bazı eski raporlar (1962'ye kadar) analize dahil edilmeden, uygulamalarda farklılıklar ortaya çıkmış olabilir. Son olarak, olumlu sonuçları olan vakalar daha fazla rapor edilmiş olabilir ve bu da yayında bias'a yol açabilmektedir. Sonuç olarak, inguinal endometriozis, çoğunlukla sağ taraf etkileyen ve sıklıkla sıklıkla ağrı ile ilişkili olan nadir bir durumdur. Cerrahi tedavi tercih edilen tedaviler, hormonal supresyon tedavi gibi diğer tedavi modaliteleri ise değerlendirilmeye devam etmektedir. Malign transformasyon ve nüks riski düşük olmasına rağmen uzun süreli farkındalık gerekmektedir.

6 Yüzyıllık Endometriozis Yönetiminde Robotik Cerrahinin Güncel Yeri

Andres MP, Souza C, Villacuscusa M et al. Expert Review of Endocrinology & Metabolism, 17:1, 63-73.



Özetleyen: Dr. Eda Üreyen

Giriş

Endometriozis tedavisinde ağrının giderilmesi, doğurganlığın iyileştirilmesi ve hastalığın ilerlemesinin veya tekrarin önlenmesi hedeflenmektedir. Cerrahi tedavide minimal invaziv cerrahi yaklaşımlar açık ameliyatlara kıyasla daha az ağrı, daha kısa hastanede kalış süresi, daha hızlı iyileşme ve daha iyi kozmetik sonuçlar ile ilişkili olduğu için tercih edilir. Konvansiyonel laparoskopik endometriozis cerrahisi için altın standart olmasına rağmen, ileri evrelerin cerrahi tedavisi çoğu zaman zorlayıcı olabilir. Minimal invaziv cerrahiler için geliştirilen robotik cerrahi, gelişmiş 3D görselleştirme ile kompleks endometriozis vakalarında hassas diseksiyon ve sülürasyona izin vererek avantaj sağlayabilir. Bu çalışma endometriozis için robotik cerrahi ile ilgili güncel çalışmaların gözden geçirmeyi ve endometriozis cerrahi tedavisindeki rolünü değerlendirmeyi amaçlamıştır.



2. Dizayn

2.1. Fizibilite

Herhangi yeni bir cerrahi yolun uygulanması, esas olarak güvenliği ve uygulanabilirliğine bağlıdır. Endometriozis tedavisi için, laparoskopik alın standarttır; bu nedenle roboEtk cerrahinin ortaya çıkışı, bu cerrahi teknikteki ilerlemeleri uygulamayı amaçlanmaktadır. Yapılan bir çalışmada DIE için roboEtk cerrahi uygulanan hastalarda ameliyat süresi ve ortalama hastanede kalış süresinde diğer çalışmalara kıyasla fark gözlenmedi ve bu bulgu laparoskopik gibi diğer cerrahi yolların gerekEtdiği "öğrenme eğrisi" etkisinin olmaması nedeniyle roboEtk cerrahinin uygulanabilirliğini vurguladı.

2.2. Avantajlar ve Limitasyonlar

RoboEtk cerrahi ile ilgili ortak bir endişe, endometriozis lezyonlarının tanımlanmasını bozabilecek dokusal geribildirim olmamasıdır. RoboEtk cerrahi ile dokusal geribildirim olduğu yöntemlerin karşılaştırıldığı bir çalışmada cerrahlı, roboEtk sistemleri kullanma konusunda deneyime sahip olsalar bile, dokusal geribildirimi tercih ettiler. Başka bir çalışmada, RoboEtk 3D, geleneksel 2D laparoskopya kıyasla daha fazla sayıda lezyonun gözlemlenmesi olarak tanımlanmasına sağladı. Farklı bir çalışmada, geleneksel beyaz ışıkla karşılaştırıldığında, ICC'nin roboEtk bir sistem kullanılarak daha fazla sayıda endometriozis lezyonunun görsel olarak tanımlanmasına izin verdiğini bildirdi.

2.3. RoboEtk Single Site (RSS) Cerrahisi

Geleneksel laparoskopiyi alternaEtk olarak geliştirilen singleport laparoskopik cerrahi, üstün kozmetik sonuçlara, daha düşük postoperaEtk ağrı seviyelerine ve daha yüksek hasta memnuniyetine sahipEtkir. Endometriozisli hastaların içerden retrospeEtk bir çalışmada single port laparoskopik cerrahi ile ameliyattan başlanma oranı %87,7, yaygın yapıEtklikler nedeniyle bir ek port gereksinimi %11 ve iki ek port gereksinimi %12 olarak saptandı. Bu sonuçlar RSS cerrahisinin endometriozis için alternaEtk bir tedavi olduğunu göstermektedir. Başka bir çalışmadaki bulgulara göre, BMI'si daha düşük ve endometriozis öyküsü olan daha genç hastaların konvansiyonel laparoskopik veya RSS'den fayda görebileceğini, daha yaşlı ve daha yüksek BMI'si olan veya fibroid uterusu olan hastaların multiport robot yardımlı yaklaşımdan fayda görebileceğini düşündürmektedir. Naturel orifis transluminal endoskopik cerrahi (NOTES), RSS kullanılarak karın boşluğuna erişmek için alternaEtk bir yöntemdir. Transvajinal yoi umbilikal port ile karşılaştırıldığında aynı dezavantaja sahiptir; bununla birlikte, daha az ağrı, daha az zamanda tamamen iyileşme ve daha iyi kozmetik sonuçlar

2.4. Ağrı ve Yaşam Kalitesi

RoboEtk cerrahi ile kronik pelvik ağrının tedavisi için yüzeyel endometriozisin cerrahi ektisyonu ve ablastasyonu karşılaştırılan bir çalışmada, ablastasyon grubunda, dispareni ve dismenorede azalma oldu. Ektisyon grubunda, dispareni de değişiklik olmadı. Her iki grupta da diskezi veya menstrüel olmayan ağrı için değişiklik olmadı. DIE için roboEtk cerrahi sonrası yaşam kalitesinin değerlendirildiği bir çalışmada inferEtkite hariç tüm EHP-30 parametrelerinin başlangıca kıyasla iyileşEtkti gözlemlendi.

Ayrıca SF-12 Ruh Sağlığı ve Fiziksel Sağlık Skorumun başlangıç ile karşılaştırıldığında önemli bir değişiklik olmadı. DIE roboEtk

cerrahisi sonrası yaşam kalitesinin geriyeye dönük olarak değerlendirildiği bir çalışmada 12 ayda, SF-36 alanlarında anlamlı iyileşme gözlemlendi.

2.5. Üriner Sistem Endometriozisi (UTE)

UTE, endometriozisli hastaların yaklaşık %0,3-12'sinde görülür. Mesane en sık yerleşim yeridir ve vakaların yaklaşık %80'inde tutulurken, üretral endometriozis vakaların %14'ünde mevcuttur. UTE'nin ebbi yöneEtkmi çoğunlukla hormonal tedavide dayanır. Ancak banyansızlık, ilerleme veya böbrek fonksiyonunu etkileme durumlarında cerrahi tedavi tekrar değerlendirilmelidir. Laparoskopik yol, düşük intra ve postoperaEtk komplikasyon riski ve tatmin edici uzun vadeli sonuçlar ile uygulanabilir ve güvenli bir prosedürdür. Yapılan bir çalışmada konvansiyonel laparoskopik veya roboEtk UTE ektisyonu ile tedavi edilen hastaların verileri retrospeEtk olarak değerlendirildi. Genel postoperaEtk komplikasyon oranı, laparoskopik yaklaşımla tedavi edilen hasta grubunda daha yüksekti. Medyan 31,3 ayık takipte %8,7 oranında laparoskopik ve roboEtk yaklaşımlar arasında fark olmaksızın UTE nüksü gözlemlendi. Başka bir retrospeEtk çalışmada mesane endometriozis tedavisinde konvansiyonel laparoskopik ve roboEtk cerrahi yapılan gruplar arasında ameliyat süresi, kan kaybı veya cerrahi komplikasyonlar açısından fark gözlemlenmedi.

2.6. Kolorektal Endometriozis

Derin infiltrate hastalığı olan kadınların %20'sinde interEtknal endometriozis bulunur ve bu hastaların %90'ında rektosigmoid tutulumu olur. Kolorektal endometriozis tedavisi için shaving (zırlama), diskoid rezeksiyon veya segmental baEtksak rezeksiyonu uygulanabilir. İki çalışmada kolorektal endometriozis için roboEtk cerrahi kullanımının uygulanabilir bir yaklaşım olduğunu gösterdi. Başka bir çalışmada rektosigmoid endometriozisli hastalarda roboEtk cerrahiEtk konvansiyonel laparoskopik ile karşılaştırıldı. Ameliyat süresi ve cerrahi komplikasyonlar açısından fark izlenmedi ve ameliyattan sonra ağrı ve baEtksak semptomlarının iyileşmesi ile ilgili sonuçlarda hiçbir fark yoktu. Yine kolorektal endometriozis için cerrahi tedavi uygulanan bir çalışmada roboEtk cerrahi uygulananlarla konvansiyonel laparoskopik yapılan bir grubun sonuçlarını karşılaştırdı, intra ve postoperaEtk komplikasyonlarda fark olmamasına rağmen, roboEtk grupta ameliyat süresi daha uzun saptandı. Bu durum cerrahları roboEtk cerrahide sınırlı deneyimi ile açıklanabilir.

2.7. Ovaryan Endometriozis ve InferEtkite

Endometrioma nedeniyle roboEtk sınırlı site cerrahi veya tek portla laparoskopik ile histektomi yapılan hastaların AMH seviyelerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada gruplar arasında ameliyat öncesi, ameliyat sonrası 3. ve 6. ay AMH seviyeleri veya oranı açısından fark izlenmedi.

3. Tartışma

Mevcut literatür, endometriozis için roboEtk cerrahinin, artan komplikasyon oranları veya perioperaEtk morbidite kanaz olmaksızın konvansiyonel laparoskopik ile benzer sonuçlara sahip olduğunu göstermektedir. RoboEtk cerrahinin 3 boyutlu görme, daha iyi cerrahi ergonomi, Etkerme filtrasyonu ve daha kısa öğrenme eğrisi gibi teknik avantajları, özellikle robotla ilgili maliyetlerin azalması ve dünya çapında hastanelerde kullanılabilirliğinin artmasıyla gelecekte ilerlemelere yol açabilir.

B DERNEĞİMİZDEN HABERLER YAPILAN AKTİVİTELER

Derneğimizin yeni webinar serisi Gerçek Olgularla Endo-Adeno Uzmanlar Tartışıyor'un ikincisi 5 Nisan tarihinde Prof. Dr. Yücel Karaman, Prof. Dr. Ümit Inceboz, Prof. Dr. Bülent Berker ve Doç. Dr. Yusuf Aytaç Tohma'nın katılımı ve Prof. Dr. Engin Oral'ın moderatörlüğünde gerçekleştirilmiştir.

GERÇEK OLGULARLA
ENDO&ADENO
UZMANLAR TARTIŞIYOR

13. yıl

5 NİSAN 2022
SALI 21:00 - 22:30

KAYIT OLMAK İÇİN
www.fisakademi.org

www.info@endometriozisderneği.org | OLGULAR: EndoGenç Grup / Uzm. Dr. Aysegül BESTEL

Endometriozis farkındalığını artırmak amacı ile derneğimiz tarafından gerçekleştirilen ENDOOKULDA projesi kapsamında 8 Nisan 2022 de Doç Dr Pınar Bahat ve Dr Hümeysra Özkaya tarafından Robert Koleji'nde öğrencilerle bir araya gelinerek Menstrüel hijyen ve endometriozis ile ilgili bi toplantı gerçekleştirilmiştir.

ENDOOKULDA
FARKINDAYIM

8 Nisan
2022

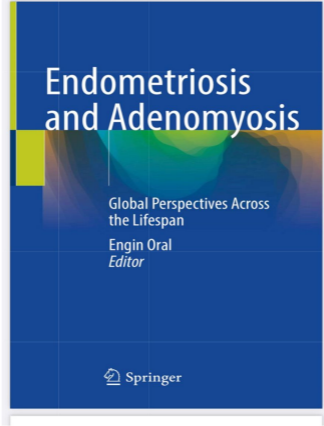
12:30

Robert Koleji
İstanbul

Prof. Dr. Pınar Bahat
Dr. Hümeysra Özkaya

Mayıs ayında editörlüğünü kurucu başkanımız **Prof Dr Engin Oral**'in yaptığı 19 ülkeden 87 yazarın bilimsel katkısı ile oluşturulan "Endometriosis and Adenomyosis-Global Perspectives Across the Lifespan" kitabı Springer yayın evinden çıkmıştır. Yoğun emekler verilerek hazırlanan bu kitabın oluşturulmasında ülkeden yazar dahil olmuş ve ülkemizden başkanımız **Prof Dr Taner Usta**, **Dr Fitnat Selçuki** ve **Dr Ezgi Dancı** bilimsel katkı sağlamıştır.

<https://link.springer.com/book/9783030972356>



Engin Oral
Editor

Endometriosis and Adenomyosis

Global Perspectives Across the Lifespan

 Springer

Contents

Part I Endometriosis: An Overview

1 A History of Endometriosis	3
Donatella Lippi, Marwan Habiba, and Giuseppe Benagiano	
2 Global Epidemiological Data on Endometriosis	15
Ingrid J. Rowlands, Gita D. Mishra, and Jason A. Abbott	
3 Pathogenesis of Endometriosis: Theories of the Cells of Origin and Methods of Dissemination	29
Dan C. Martin	
4 Pathogenesis of Endometriosis: Role of Platelets in Endometriosis	43
Sun-Wei Guo	
5 Pathogenesis of Endometriosis: Role of Macrophages in Endometriosis	57
Khaleq N. Khan	
6 Pathogenesis of Endometriosis: Genetics	75
Nilufer Rahmioglu and Krina T. Zondervan	
7 Pathogenesis of Endometriosis: Progesterone Resistance in Women with Endometriosis	85
Ludwig Kiesel, Marie Vogel, Quang Khai Le, and Sebastian Daniel Schäfer	
8 Classification and Clinical Staging of Endometriosis	93
Jörg Keckstein, Peter Oppelt, and Gernot Hudelist	
9 Endometriosis Diagnostic Modalities: The Sonographic Diagnosis of Deep Endometriosis	109
Stefano Guerriero, Eleonora Musa, Silvia Ajossa, Angela M. Pascual, Mariachiara Paglinca, Monica Pilloni, Manuela Neri, Luca Saba, and Luis Juan Alcazar	

xvi	Contents
10 The Evil Quadruplets: Painful Conditions Coexisting with Endometriosis	125
Michael Hibner	
Part II Endometriosis: Across the Lifespan	
11 In Utero and Early-Life	145
Marwan Habiba and Giuseppe Benagiano	
12 Endometriosis in Adolescence	155
Jessica Y. Shim and Marc R. Laufer	
13 Endometriosis in Reproductive Years: Fertility	179
Omar Shebl and Carla Tomasetti	
14 Endometriosis in Reproductive Years: ART and Endometriosis	187
Graciela Kohls and Juan Antonio Garcia-Velasco	
15 Endometriosis in Reproductive Years: The Origin of Pain in Endometriosis and Adenomyosis	199
Sylvia Mechsner	
16 Endometriosis in Reproductive Years: Surgical Management of Colorectal Endometriosis	207
Horace Roman, H. Amr Salem, Tudor Birsan, and Gernot Hudelist	
17 Endometriosis in Peri- and Postmenopausal Year	217
Elvira Bratila, Ergi Durici, and Engin Oral	
18 Pregnancy and Obstetric Outcomes in Endometriosis	229
Peter Oppelt and Stefan P. Renner	
Part III Endometriosis: Miscellaneous Clinical Presentations and Management	
19 Recurrent Endometriosis	235
Ertan Saralojan and Michael D. Mueller	
20 Extrapelvic Endometriosis	243
Atila Bokor and Nura Fitnat Topbas Selcuki	
21 Pelvic Nerve Endometriosis (Neuropelvelogy)	251
Taner Usta and Shaheen Khazali	
22 Fertility Preservation in Endometriosis	271
Henriette D'Allagnol, Ana Cobo, and Juan Antonio Garcia-Velasco	
23 Malignancy Risks Associated with Endometriosis: Epidemiology	285
Marina Kvaskoff and Stacey A. Missmer	
24 Malignancy Risks Associated with Endometriosis: Clinical Aspects	299
Rasmus Schmaedecker and Uwe Andreas Ulrich	

Contents	xvii
25 Psychological Considerations in Endometriosis	309
Valentina Lucia La Rosa, Elena Commodari, and Salvatore Giovanni Vitale	
26 Nutritional Interventions, Complementary and Alternative Medicine for Endometriosis	329
Maurizio Nicola D'Alterio, Stefano Angioni, Fabio Ghezzi, and Antonio Simone Laganà	
27 Prevention of Endometriosis: Is It Possible?	353
Sebastian Daniel Schäfer	
28 Cost Estimates Associated with Diagnosis and Treatment of Endometriosis	361
Briintha Sivajohan, Tirya Lin, and Mohamed A. Bedaiwy	
Part IV Adenomyosis	
29 What Is Adenomyosis?	399
Marwan Habiba and Giuseppe Benagiano	
30 A History of Adenomyosis	411
Giuseppe Benagiano, Donatella Lippi, and Marwan Habiba	
31 Insights on Adenomyosis Development	423
Silvia Vannuccini and Sara Clemenza	
32 Classification and Staging of Adenomyosis	441
George Pados and Angelos Daniilidis	
33 Noninvasive Diagnosis of Adenomyosis: Ultrasonography	451
Caterina Exacoustos	
34 Noninvasive Diagnosis of Adenomyosis: Magnetic Resonance Imaging (MRI)	471
Tina Tellum	
35 Adenomyosis in Adolescence	481
Harald Krentel and Maribel Acien	
36 Adenomyosis in Reproductive Years: Abnormal Uterine Bleeding and Pain	489
Yasushi Hirota and Yutaka Otsuga	
37 Adenomyosis in Reproductive Years: Fertility and ART in Adenomyosis	499
Jwal Banker, Manish Banker, and Juan Antonio Garcia-Velasco	
38 Pregnancy and Obstetric Outcomes in Adenomyosis	511
Michael D. Mueller, Konstantinos Nirgianakis, and U. Leone Roberti Maggiore	

xvii	Contents
39 Does Adenomyosis Increase Cancer Risk?	517
Harald Krentel and Ioannis Vlachodimitris	
Part V Clinical Pharmaceutical Features of Drugs Used in Endometriosis and Adenomyosis Treatment and Guidelines	
40 Hormonal Therapy in Endometriosis and Adenomyosis: Oral Contraceptives	525
Hiroaki Komatsu, Fuminori Taniguchi, and Tasuku Harada	
41 Hormonal Therapy in Endometriosis and Adenomyosis: Progestins .	531
Ezgi Darici and Engin Oral	
42 Hormonal Therapy in Endometriosis and Adenomyosis: Danazol, Aromatase Inhibitors	557
Simone Ferrero and Fabio Barra	
43 GnRH Agonists and Antagonists in Endometriosis and Adenomyosis Therapy	577
H. Paige Anglin, Warren G. Foster, and Sanjay K. Agarwal	
44 Recent Guidelines on Endometriosis and Adenomyosis	593
Ertan Saradođan and Nura Fitnat Topbas Selcuki	
Index	603

28 Mayıs Dünya Adet Hijyeni Günü'nde demeğimizın Hayat Kimya ve Bayer ile birlikte hayata geçirdiği Türkiye çapında Adet hijyeni ve bilinirlik düzeyi ile ilgili projenin ilk sonuçları basın ile paylaşılmıştır.

Dünya Adet Hijyeni Günü'nde Türkiye'nin Regl Farkındalık Araştırması Raporu yayınlandı

SAĞLIK SAKLIĞI



15 Mayıs tarihinde TJOD İstanbul Şubesi tarafından düzenlenen **Endometrioziste 2022 yılında neredeyiz** toplantısı **Prof Dr Engin Oral** ve dernek yönetim kurulu üyemiz **Doç Dr Hale Göksever Çelik** tarafından düzenlenmiş ve toplantıda dernek başkanımız **Prof Dr Taner Usta** Endometriozis ve ağrıda cerrahi tedavi ile ilgili bir sunum gerçekleştirmiştir.



15 Mayıs 2022, Pazar



09.00-14.30

Hilton İstanbul Maslak

ENDOMETRİOZİSTE 2022 YILINDA NEREDEYİZ ?

Toplantı Sorumlusu: *Engin Oral, Ayşe Seyhan, Hale Göksever Çelik*

09.00-09.50 Kahvaltı

09.50-10.00 TJOD İstanbul Derneği Başkan konuşması
Recep Has

10.00-11.40 **BİRİNCİ OTURUM**
Oturma Başkanları: *Altay Gezer, Özlem Dural*

10.00-10.20 Endometriozis ilişkili infertilite: Cerrahi tedavinin yeri
Yücel Karaman

10.20-10.40 Endometriozis ilişkili infertilite: Yardımcı üreme tekniklerinin yeri
Bülent Urman

10.40-11.00 Endometriozis ilişkili ağrı: Medikal tedavi
Engin Oral

11.00-11.20 Endometriozis ilişkili ağrı: Cerrahi tedavi
Taner Usta

11.20-11.40 Adenomyozis tanı ve/veya yönetimi
Süleyman Engin Akhan

11.40-12.10 Coffee Break

12.10-12.30 Apikal prolapsusta yeni bir yaklaşım: Self Retaining Support (SRS) implantasyonu
Fuat Demirci

ATAK
CERRAHI

12.30-14.30 **İKİNCİ OTURUM**

Panel (Olgular eşliğinde endometriozise yaklaşım tartışılacaktır)

Moderatör: *Engin Oral*

Panelistler: *Yücel Karaman, Bülent Urman, Süleyman Engin Akhan, Taner Usta, Ayşe Seyhan, Hale Göksever Çelik*

www.tjodistanbul.org

Daha önce alanında uzman birbirinden değerli uluslararası katılımcılarla birlikte gerçekleştirilen teorik ve Hands-On laparoskopi eğitimlerini içeren Endometriosis School İstanbul'un bu sene 27-28 Mayıs tarihlerinde, Prof. Dr. Engin Oral, Prof. Dr. Taner Usta ve Prof Dr Erhan Sardoğan başkanlığında başarı ile gerçekleştirilmiştir. Yurt içi ve yurt dışından endometriozis alanında uzmanların bilimsel katkıları ile gerçekleştirilen bu toplantıda teorik eğitimin yanı sıra ulusal ve uluslararası katılımcılara hayvan laboratuvarında uygulamalı laparoskopik cerrahi eğitimi de verilmiştir.

**3rd International
ENDOMETRIOSIS
SCHOOL İstanbul**

May 27-28, 2022
Medtronic Innovation Center
İstanbul - Turkey

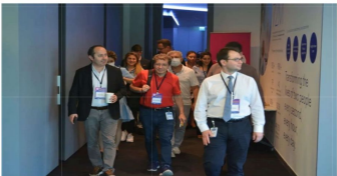
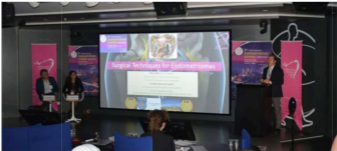
COURSE DIRECTORS
Taner USTA
Engin ORAL
Erhan SARDOGAN

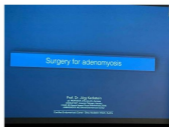
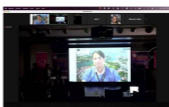
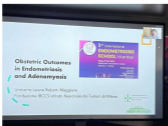
COURSE COORDINATORS
Feyza KEMAL
Ayşe ÖZGEN

www.endometriosischool.com
www.endometriosisistanbul.org

YouTube Instagram Facebook Twitter LinkedIn

QR Code





Endoakademi toplantılarımızın 14.üncüsü 12 Haziran'da Adana'da gerçekleştirilmiştir. Prof Dr Turan Çetin ve Doç. Dr. Cihan Kaya başkanlığında gerçekleştirilen toplantı endometrioma genelinde endometriozisin tanısı, medikal ve cerrahi tedavisi, infertilite ve pelvik ağrı ile olan ilişkisini kapsayan birbirinden değerli hocaların bilimsel katkıları ile gerçekleştirilmiştir. Adana ve çevre illerden endometriozis ile ilgilenen birçok hekimin katıldığı ve yararlandığı başarılı bir toplantı gerçekleşmiştir.





20 Haziran Pazar günü yönetim kurulu başkan yardımcımız **Prof Dr Ümit İnceboz** Afganistan'da bulunan kadın doğum hekimlerine **'Üreme çağı sonrasındaki kadınlarda endometriozis yönetimi'** konulu bir sunum gerçekleştirmiştir.



23 Haziran Perşembe günü **Prof Dr Engin Oral** 2.ci Doğu Afrika Endometriozis konferansında **'40'lı yaşlarda endometriozis yönetimi'** başlıklı konuşmayı yapmıştır.

**2ND EAST AFRICAN
ENDOMETRIOSIS CONFERENCE**

SAROVA PANAFRIC HOTEL, NAIROBI - KENYA

22ND - 24TH JUNE, 2022

UNIVERSITY OF NAIROBI

DAAD
Deutscher Akademischer Austauschdienst
German Academic Exchange Service

UNIVERSITY OF EASTERN AFRICA

25 Haziran tarihinde Afrika endometriozis farkındalık ve destek grubunca düzenlenen 'Endometriosis: An unrecognized burden in African women' başlıklı toplantıda dernek başkanımız Prof Dr Taner Usta Torasik endometriozis konusunda güncel bilgileri katılımcılara aktarmıştır.



The African Endometriosis Awareness & Support Group cordially invite you to this international conference on Endometriosis.

THEME:
ENDOMETRIOSIS: AN UNRECOGNIZED BURDEN IN AFRICAN WOMEN

SPEAKERS:

 Linda G. Griffith Keynote	 Dr John Dulemba Robotics in Endometriosis	 Dr Abayomi Ajayi HIFU in the Management of Adenomyosis	 Dr Francisco Carmona Fertility Preservation in Endometriosis
 Dr Robert Zurawin Adolescent Endometriosis	 Dr Keith Isaacson Differentiating between Endometriosis and Adenomyosis	 Dr Harald Krentel How to establish a robust African Endometriosis Awareness Initiative: Lessons from EEL	 Dr Taner Usta Thoracic Endometriosis

PANELLISTS:

Dr Dickson Francis - Ghana	Dr Femi Olorogun - South Africa	
Dr Busola Amu - Qatar	Dr Julien Bakenga - France	Dr Habib Sadauki - Nigeria

10CPD POINTS

25TH JUNE 2022 | **10:00 AM** For enquiries, contact +234 807 760 6677
Venue: Civic Centre, Ozumba Mbadiwe Road, Opposite 1004, Victoria Island, Lagos.

This event is a hybrid event. To participate online, registration is required - <http://bit.ly/3M2uGDH>

C ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

EEL WEBINAR Programı 2022

Avrupa Endometriosis Derneği (EEL) tarafından hazırlanan EEL Webinar programları 2022 yılında da devam etmiştir.

Mayıs ayında gerçekleştirilen EEL Webinarı 'The ESHRE Guideline-What's really new' başlığı ile Dr. Christian Becker tarafından gerçekleştirilmiştir.

EEL WEBINARS



Christian Becker, MD, PhD

THE ESHRE GUIDELINE - WHAT'S REALLY NEW?

Moderator: Attila Bokor, MD, PhD

DATE: 10 MAY 2022

TIME: 7.00 PM CET

live.euroendometriosis.com

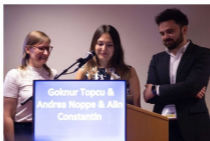
Avrupa Endometriosis Derneği (EEL) tarafından hazırlanan EEL Webinar programları 2022 yılında da devam edecektir.

Daha fazla bilgi için <https://www.endometriosis-league.eu/home> adresini ziyaret edebilir yada sosyal medya üzerinden European Endometriosis League veya Euro Endo League hesaplarını takip edebilirsiniz.

6. EEL Kongresi-Fransa

6. Avrupa Endometriozis Ligi (EEL) Kongresi 16-17 Haziran 2022 tarihinde Fransa'nın Bordo şehrinde yapılmıştır. Ülkemizden Prof. Dr Engin Oral Endometriozisi olan her hastadan AMH istenmeli midir? konusunda güncel gelişmeleri aktarmıştır. Derneğimiz genç grup üyesi Dr Elif Göknur Topçu genç hekimlerin endometriozis ile ilgili uluslararası çalışma gruplarında görev alabilecekleri faaliyetler hakkında bir sunum gerçekleştirmiştir.





D 'ENDO UZMAN' RÖPORTAJI



David Redwine
Röportaj: Dr. Nilüfer Cimşit

Endometriozis Adenomyozis Derneği: Dr. Redwine, uzun yıllardır endometriozis ile uğraşıyorsunuz, endometriozis

ile yolculuğunuz nasıl başladı bize açıklar mısınız?

David Redwine: İlk eşim endometriozis hastasıydı ve hastalara semptomlarına bakıldığında, bana öğretilenlerle ve literatürde okuduklarım ile kıyaslayabilmem mümkün değildi. O zamanlar, inferörite odaklı literatürde anlaşılan farklı bir hastalık varmış gibiydi. Kanımın çeşitli ağrıları vardı; ağırlı cinsel ilişki, oturup hiçbir şey yapmasa da pelvik ağrı, keskin bıçak saplar tarzda ağrılar vs. Doğum kontrol haplarına da iyi yanıt vermedi, danazole de iyi yanıt vermedi. O ana kadar okuduğum ilaca iyi tepki vermesi gerektiği kavramının gerçek hayağa işe yaramadığını anladım. O zamanlar özel pratiğime yeni başlıyordum. Ben eğitilmeyen laparoskopi yapıyor ve ameliyatta endometriozis odaklarını gördüler ve yakdılar.

Ama tüm bunlara rağmen gerçekten daha iyi değildi ve aslında ona endometriozis teşhisini kendim koymak zorunda kaldım. Houston'daki Amerikan feröite derneğinin eski başkanı tarafından muayene olmuştum ve teşhisi atılmıştı. Kendi muayeneye pratiğime başladığımda, pelvik ağrıya özel bir ilağım geliştirdim ve bu hastaları ameliyata aldığım oluyor. Ameliyatta pelviste küçük noktalar, o zamanlar sözde siyah barut ya da lezyonun, görmeyi bekliyordum. Ama farklı renklerde lezyonlar görüyordum: şeffaf, gri, beyaz, sarı. Hepsi farklı renklerdeydi ama siyah değildi. Kendi hastalarımda bazı şeyleri takip etmeye karar verdim. Endometriozis kökeniyle de ilgilendim. O zamanlar herkes Sampson teorisi hakkında konuşuyordu. Bu yüzden kendime düşündüm, iki ana hedefim vardı. Birincisi, endometriozisin kaç farklı şekilde görünebileceğini bulmaya çalışmaktı. Ameliyattan başında pelvisi deşerlendirdim. Gördüğüm hastaların çoğu beyaz veya berrak, çok kaba bir renk sınıflandırma şeması geliştirdim. İkinci odak noktam endometriozisin kökeniydi. Sampson teorisini doğrulamaya çalışıyordum. Bu teoriye göre her ay geri menstrüel akım oluyorsa, pelvisin tamamen dolması gerektiğini düşündüm. Basit bir anatomik pelvik haritalama sistemi yapar, böylece endometriozisin nerede olduğunu takip edebilirdim. Aynı zamanda anatomik temelli olan ENZIAN sınıflandırmasını bir nevi erken habercisiydi. Pelvik tutulumun ne olduğunu benim için sezgiseldi, bu yüzden bu hastaları takip ettim. Planım, neye benzediğini ve pelviste nerede olduğunu takip etmekti. Bir yandan kadın doğum uzmanı olarak genel çalışmalarına da devam ettim, bebek doğurttum, acil servise gittim, personel toplantılarına gittim ve daha fazla bebek doğurttum, endometriozis hastalarını ameliyat ettim. Bu sürece içerisinde bir süre sonra endometriozis gibi görünen yaklaşık 135 hastam oldu, bunların çoğunun neye benzediği ve pelviste nerede bulduklarına dair açıkladım da vardı. Kendi kendime 135 hastam oldukça iyi bir sayı olduğunu düşündüm, ancak sonunda 3000'den fazla hastayı

ameliyat ettim. Depoda ne olduğunu bilmiyordum ama kâlimenin tam anlamıyla el öpü bir hesap makinesi ve elektronik tablolarla münaka masasına oturdum. İlk eşim bir muhasebeciydi, bu yüzden işleri takip etmek için kullandığını manuel hesap tablolarını vardı. Bulduğum şey, siyah toz ya da lezyonun az miktarda olduğu ve yaşı hastalara daha yaygın olduğunu, oysa renksiz lezyonları yaşamam daha erken dönemlerinde, gençlerde ve farklı görünümlerde olabileceğini fark ettim. Bunu "endometriozisin görünümü ve zamanla değişimi" adı altında makale olarak yazdım. Bu önemliydi, çünkü endometriozis cerrahi tanısını genişletmişti. Çoğu hastada siyah barut ya da lezyonu olmadığını fark ettimde, endometriozisin ep yazılan taraftan on yıllardır gözden kaçtığını fark ettim. Anlayışımız derinden kusurluydu çünkü bu farkındalığım öncesinde, esas olarak yaşı hastalara daha yaygın olarak siyah barut ya da lezyonların dikkate alıyordu. Literatürde bakıldığında, sıklıkla siyah barut ya da lezyonun 30 ile 50 arasında hastalarda olduğunu gördüm. Yani bu durum aslında kendini gerçekleştiren bir kehanete dönüştü; daha yaşı hastalara bakarsanız, daha fazla siyah barut ya da lezyonların bulacaksınız ve bunun baskın olduğunu düşünebilirsiniz ancak gerçek böyle değil. Dolayısıyla endometriozisin renkli görünümündeki bu yaşa bağlı erim çok önemlidir. Pelvik haritalama çalışmasıyla ilgili ikinci odağım, yaşı hasta grubunun daha fazla pelvik endometriozis görünümlü olup olmadığını, çünkü Sampson teorisi doğru olsaydı, ileri yaşta hastaları agresif bir şekilde tedaviyecek ve daha çok lezyon görecektim. Bulduğum şey, daha büyük yaş gruplarının daha fazla hastalık olmadığını, aslında hastaların yüzde 90'ının bir azaldığı bile söylenebilirdi, ancak kesinlikle artmamaktaydı. Kendi kendime "Bu hastalıkla ilgili büyük sorunlarımız var" dedim. Eğer bir Sampson

teorisine inanırsanız, cerrahi sırasında lezyonun erken evrelerini atarsanız ve daha sonra bu kişiye tekrar ameliyat ederse daha öncesinde atıldığı ve olmadığını düşündüğünüz lezyonları yeni olarak algılayabilirsiniz ve menstrüel geri akıma bağlı geliştirdiğini ve Sampson teorisinin doğru

hatasına sahip olacaksınız. 15.000 küçük küçük bir kasabada yaşıyordum, hala bebek doğurtuyordum, ancak 70-80 yıldır meslektaşlarının kelimelerin tam anlamıyla gözetinden kaçın ve açıkça bir yanlış anlaşılma olan bu çok önemli bilgiye sahipim ve bunu tüm dünyaya söylemem gerekiyor. En yakın otroyolun 150 mil uzaktaki küçük bir kasabada yaşayan benü dünyaya nasıl söyleyebilirsiniz? Kişiyi yapım; olarak, gördüğüm herkesi endometriozis hakkında konuşmaya başladım, markeEki kasiyere, yanmda banka oturan insanlara... İkincisi, yayınlanması için çeşitli dergilerde makaleler gönderdim. FerBility Sterility'de ilk yayınlarımı yaptım. İşte böyle başladı. Kişisel İhtiyaçtan, kişisel meraktan, sonra bunu yayma arzusundan başladı. Aldığım ilk biyopsi endometriozis olarak geri gelir gelmez bilyordum, o noktada bugün burada seninle konuşuyor olacağımı biliyordum (çünkü o kadar önemli bir haberi ki beni akademik bir kariyere itecek), özellikle aramadığım ama beni içine çektiği için memnun olduğum bir kariyer. İçin içinçinçin, endometriozis görünüşi üzerine çalışmamı yaparken, endometriozisi doğrulamak için hastalığı çıkarmak zorunda kaldım. Hastalığı ortadan kaldırırsanız, ilk tedavi yöntemim laparotomik eksizyondur ve skikkla laparoskopiktan frozen biyopsi için bir örnek alıyor ve ardından laparotomiye geçerek pelvik haritalama yapıyordum. Zaman geçtikçe aldığım ilk laparoskopik biyopsiler daha da büyüdü. Bir süre sonra "Bunu sadece laparoskopik olarak yapabilirim" diye düşündüm. Şimdi çalgınca geliyor, ama kendimi endometriozisün laparoskopik eksizyonunu geliştirmeye adanmış. İyi bilgi, yeni ve etkili bir cerrahi teknikle silahlanmışım. Kariyerimin ilk zamanlarında bu süre zarfında beklenen hala doğurtuyordum, endometriozis hastalarını ameliyat ediyordum, ancak sadece 50-100 mil yarıçapındaki yerel hastalara bakıyordum. Bir iki yıl sonra, bir arkadaşımın arkadaşı, vadinin üzerinden dağların ötesinden hasta olarak bana başvurdu. Onu ameliyat ettim ve yine ruBün hayata devam et, bebek doğurtmak, acil servise gitim, komite toplantılarına katılmak gibi işlerim devam ediyordu. Sonra bir gün Portland'dan biri geldi, yine bir arkadaşımın arkadaşı. Onu da ameliyat ettim, sonra bebek doğurtmaya geri döndüm ve sonra da Kanada'dan biri geldi. Bunun olacağından zaten şüphelenmişim ve bu, internetin çok öncesiydi. Olanların, ameliyattan çok etkili olduğunu biliyordum, nedenler gizemli değildi ve bu ameliyatz yaparsanız, duyulmaması imkansızdır. Bu endometriozis ile yolumuzun nasıl başladığıma dair genel bir bakış. Kişisel bir görev olarak başladı ve daha sonra profesyonel hale geldi.

EAD: Endometriozis cerrahisinin öncülerindensiniz. Komplasyonlardan nasıl kaçınılacağına dair ipuçlarını ve püf noktalarını anlatır mısınız?

David Redwine: İlk vakaları yapığım o küçük hastaneye geldiğimde sahip olduğum tek laparoskopik ekipman, 3 mm kanallı ve onunla birlikte aşağı inen bir çÖ3 mm makası olan eski bir Wolf OperaÖng Laparoskop'tu. İK önce sadece makasla keskin eksizyon yapmaya başladım, ancak birkaç yıl sonra ameliyat süremi 2/3 oranında azalttım. Bu 3 mm'lik makas, 5 mm Endo Shear makaslardan daha küçük oldukları ve daha az elektrikli teması sahip olmasıyla tüm hikâyenin önemli bir parçası olmuştur. Daha az metale maruz kaldığından, yanlışlıkla elektrik hasarı oluşması da daha düşüktü. Komplasyonlardan azaltmanın yollarından birinin ne tür bir enstrüman kullandığınızı değerlendirilmek olduğunu düşünüyorum. Hassas küçük aletler, günün sonunda ince ve ÖÖÖ diseksiyona izin vermeyen ve daha fazla elektrocerrahi yaranmasına neden olan daha büyük aletlerden daha iyi görünüyordu. Bu, komplasyonların azaltılmasını büyük bir parçası olmuştur. Ekipmanınız, sınırlarınız ve gücünüzü her zaman bilin. Başka bir şey de her zaman cerrahiye salım dokudan başlayın. 3 mm makasla küçük adımlar atarak devam edebilirsiniz. Küçük adımlar atarak bir sonraki adımdan ne olduğunu görebilirsiniz. Bazen büyük makasla, farkına varmadan gitmek istediğinizden daha derine inebilirsiniz. Kullandığınız alet cerrahi komplasyonların büyük bir kısmını oluşturur ve tabii ki cerrahin tecrübe çok önemlidir. Küçük makas kullandım, küçük adımlar atım ve bu sayede lezyonları ortadan

EAD: İleride endometriozis uzmanı olmayı planlayan genç meslektaşlarınıza tavsiyeleriniz var mı?

David Redwine: En yakın zamanda endometriozis cerrahi uzmanı olsanız iyi olur çünkü muhtemelen 15-20 yıl içinde bir tür ağı veya bir tür immünoterapi olacak. Cerrahinin gelecekte yüksek ihtimalle yeri çok az olacak. Bu arada bu sihirli ilaçların da hormonal olmaması gerekiyor, çünkü hormonal tedavinin başarısız olduğu çok açık. Bu sihirli ilaçları beklerken, eksizyon hala devam etmekte ve şu an için en iyi güncel tedavi. Ameliyatsız ilgili bir şey hakkında tutkulu olmalısınız. Ya bir aile bireyinizin kişisel deneyiminden ya da endometriozis olan bir arkadaşınızdan bilgi almak istemeniz konusunda sizi iten bir tutkuya sahip olmalısınız ya da birçok insanda olduğu gibi, sadece iyi ve zor bir ameliyat yapma konusunda tutkulu olmalısınız. Diğer tüm ruBün ameliyattan düşündüğünüzde, büyük travma cerrahisi gibi ameliyatlardan bahsetmiyorum, endometriozis ameliyaten insan vücudunda yapılabilecek en zor ameliyat olduğu şüphesiz yok. Bu özellikle pek çok kişiye çekici geliyor. Küçük bir çocukken belki "Büyüyünce doktor olmak istiyordum, cerrah olmak istiyordum" diyordunuz. Endometriozis ameliyatz yaparsanız, ameliyathanedan çıkışınızda cerrah olduğunuzu bilirsiniz, sadece bir şeyler yapan biri değilsinizdir. Bir tutkunuz olmalı, dediğim gibi benimsi kişisel ve daha sonra profesyonel tutkunuzun birleşimi. Profesyonel tutkunuz, ameliyat yapmak ve makaleler yayınlamak. Cerrahi için tutkunuz varsa, o zaman kendinizi önemli uygulayacaksınız ve işlerin nasıl yürüyeceğini kendi elinizde anlayacaksınız. Birinin bir şey söylediğini göstermez veya bir dergide bir şey okumazsanız, bunun mutlaka kariyerinizi veya yapacağınız şey için geçerli olduğunu gösteremez. Kendi yolunuzu bulmalısınız ve bunu yaparken korkmamalısınız. Bu yolu bulduktan sonra tutkunuz ile bu yolu baskımlarsınız.

EAD: Dr. Redwine zaman ayırduğunuz ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

E SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS MAKALELERİ

1. Analysis of preoperative and postoperative quality of life, sexual function, and sleep in patients with endometriosis: a prospective cohort study.

Hallıoğlu BNA, Aktöz F, Kabaklı M, Kiran G, Özcan P. Arch Gynecol Obstet. 2022 Apr 22. doi: 10.1007/s00404-022-06562-9.

Purpose: Endometriosis affects the quality of life, sleep, and sexual life of patients due to pain. This study compared the scores of endometriosis patients in these three areas before and after surgery.

Methods: Patients between the ages of 18 and 60 with a prediagnosis of endometriosis were enrolled. Postoperative histopathological diagnosis of endometriosis was confirmed in all patients. This study included 56 patients who completed pre- and postoperative (three months) evaluation of quality scale questionnaires: a visual analog scale for pelvic pain, the Pittsburgh Sleep Quality Index, Morningness-Eveningness Questionnaire, Endometriosis Health Profile-30 Questionnaire, and Female Sexual Function Index were administered prior to and 3 months after each patient's surgery.

Results: Among the 56 female patients included in this study, statistically significant improvement was observed in pain scores, quality of life, sexual function, and sleep of all patients regardless of endometriosis stage.

Conclusion: Endometriosis is a disease that progresses, with increasing pain scores; it has negative effects on the quality of life, sexual function, and sleep of patients. Surgical or medical treatment can be performed considering the complaints and fertility status of the patients.

2. A prospective study examining the effect of dienogest treatment on endometrioma size and symptoms.

Kızılkaya Y, İbanoglu MC, Kiykoc Aİ, Önbas S, Engin-Ustun Y. Gynecol Endocrinol. 2022 May;38(5):403-406. doi: 10.1080/09513590.2022.2053956.

Objective: We aimed to determine the effect of dienogest on cyst volume, symptoms, and quality of life in patients with endometrioma.

Method: This prospective cohort study included 37 patients diagnosed with endometrioma and planned for medical treatment. Subjects were treated with a 3-month oral dose of dienogest 2 mg/day. Pre-treatment and post-treatment endometriosis measurements were assessed via 3D ultrasonography, pain symptoms via 100-mm visual analog scale (VAS), and quality of life via Short Form-36.

Results: The mean age of the patients was 36.0 ± 6.6 years. The mean endometrioma volume was significantly reduced by 31% after treatment (26.7 ± 19.7 mm³) compared to the pre-treatment volume (17.4 ± 11.2 mm³, p < .001). Post-treatment VAS scores of dysmenorrhea, dyspareunia, and chronic pelvic pain VAS values were significantly decreased by 35.5% (p < .001), 37.5% (p < .001), and 38.5% (p < .001), respectively. The mean physical function score and mental health score significantly increased by 15% (p = .009) and 28% (p < .001), respectively.

Conclusion: Our findings showed dienogest treatment at oral doses of 2 mg/day for 3 months significantly reducing the size of endometrioma, reducing pain level, and increasing quality of life in women with endometriosis.

3. Correlation between endometriomas volume and Raman spectra. A sampling to use Raman spectroscopy in the diagnosis of endometrioma.

diagnosizolendometrioma, Parlinska-Wojtan M, Depiuch J. Spectrochim Acta A Mol Biomol Spectrosc. 2022 Jun 5;274:121119. doi: 10.1016/j.saa.2022.121119.

The formation of the uterus lining, i.e. the endometrium, outside the uterus (ex. in the abdominal cavity, ovaries, or anywhere in the body) is called endometriosis. The presence of endometrial tissue present in the ovaries, thickens after menstruation, leading to menstrual-like bleeding and to the formation of chocolate cyst (endometrioma) because of the accumulation of old, brown blood in the ovary. It is still unknown, what triggers the development of endometrioma. However, it leads to excessive bleeding during menstrual periods or abnormal bleeding between periods and infertility. Endometriosis is often first diagnosed in those who seek medical assistance for infertility. Therefore, new markers of endometrioma as well as new methods of its diagnosis are sought. In this study we used Raman spectra of serum collected from 50 healthy women and 50 women suffering from endometriosis. The obtained Raman data were used in multivariate analysis to determine the Raman range, which can be used for endometrioma diagnosis. Partial Least Square (PLS), Principal Component Analysis (PCA) and Hierarchical Component Analysis (HCA) showed, that it is possible to distinguish between the serum collected from healthy and un-healthy women using the Raman range between 800 cm⁻¹ and 1800 cm⁻¹ and between 2956 cm⁻¹ and 2840 cm⁻¹, while the first range corresponds to the fingerprint region and the second one to lipids vibrations. Consequently, the Pearson correlation test showed a significant positive correlation between values of lipid intensity in Raman spectra and volume of endometriomas. Summarizing, Raman spectroscopy can be a helpful tool in endometrioma diagnosis and the lipid vibrations are candidates for being a spectroscopic marker of the disease being studied.

4. AnÖlipidemic ezeÖmibe induces regression of endometriÖc explants in a rat model of endometriosis with its anÖ-inflammatory and anÖ-angiogenic effects.

Tapdıgova R, Bayrak G, Yılmaz BC, Aytan H. Nauryn Schmiedebergs Arch Pharmacol. 2022 Jun;395(6):673-680. doi: 10.1007/s00210-022-02226-2.

To assess the potential therapeutic role of anÖlipidemic ezeÖmibe on endometriosis in an experimental rat model. A standard experimental endometriosis model was created with 18 Whistar-Albino rats, and aÖer 1 month, the sizes of the endometriÖc explants were measured. The rats were randomized as study and control groups. A total of 1 mg/kg/day ezeÖmibe and 1 ml/kg/day saline were administered orally to the study and control groups respectively for 28 days. At the end of 28 days, the explants were measured again, excised, and sent for histopathological assessment for expression of tumor necrosis factor-alpha (TNF- α) and vascular endothelial growth factor (VEGF) and number of mast cells. At the end of the study period, the size of the endometriÖc explants decreased significantly in the study group; but not in the control group (from 145.3 \pm 120.5 to 89.8 \pm 60.1 vs 174.72 \pm 88.3 to 87.65 \pm 27.1 cm³ respectively); however, the amount of post- and pretreatment differences in explant sizes was similar in the groups. The median TNF- α and VEGF levels were significantly lower in the ezeÖmibe group when compared to the control group [4 [3-4] vs 2 [1-3], p 0.025; 4 [3-4] vs 2 [2-3], p 0.002, respectively]. And numbers of mast cells in all uterine layers were also lower in the ezeÖmibe group. EzeÖmibe decreased the size of the endometriÖc explants with its anÖ-inflammatory and anÖ-angiogenic properties. This agent alone or with combination of other agents may have a potential role in the treatment of endometriosis.

5. The effects of adalimumab on the rat autotransplantation endometriosis model: A placebo-controlled randomized study.

Kaplan S, Kınıo P, Türk A. Adv Clin Exp Med. 2022 Apr;31(4):417-426. doi: 10.17219/acem/144369.

Background: Endometriosis is a chronic inflammatory pathology that can cause persistent pelvic pain and infertility by affecting women of reproductive age. It is defined as the placement of endometrial tissue outside the uterine cavity. Hormonal, genetic and immunological factors have an effect on the development of endometriÖc implants. Adalimumab is a monoclonal antibody specific for tumor necrosis factor alpha (TNF- α), used in the treatment of autoimmune diseases.

Objectives: To investigate the effectiveness of adalimumab on histopathological and biochemical values in rats with experimental endometriosis.

Material and methods: This study is a comparative, prospective, experimental rat study. Wistar albino female rats were divided into 4 groups. Group 1 was separated as the control group. EndometriÖc implants were simultaneously induced in group 2 and group 3. AÖer 4 weeks, developing endometriÖc foci were measured. Adalimumab (5 mg/kg) was simultaneously intraperitoneally (i.p.) administered to group 3 and group 4 for 4 weeks. At the end of the study, histopathological scoring and fibrin-1 scoring were performed. Total antioxidant status (TAS), total oxidant status (TOS) and malondialdehyde (MDA) values were measured. Findings in all groups were compared.

Results: When group 1 and group 2 were compared, the histopathological score, as well as MDA and TOS levels increased, while TAS levels decreased in group 2 ($p < 0.001$). AÖer adalimumab treatment, the average endometriÖc implant size in group 3 (0.32 \pm 0.02 mm) decreased compared to group 2 (0.77 \pm 0.04 mm) ($p = 0.032$). While fibrin-1 score increased in group 2 and group 3 compared to group 1, it decreased in group 3 compared to group 2 ($p < 0.001$). Histopathological score decreased, TAS levels increased and MDA levels decreased in group 3 compared to group 2 ($p < 0.001$).

Conclusions: Adalimumab may play a role in the regression of endometrial implants by showing antioxidant and anti-inflammatory effects on histopathological damage and fibrosis.

6. The rate of oocytes with granular cytoplasm is higher in women with endometrioma in ICSI cycles

Kaplan S, Kınıo P, Türk A. Adv Clin Exp Med. 2022 Apr;31(4):417-426. doi: 10.17219/acem/144369.

The purpose of this study was to investigate the impact of endometrioma on oocyte morphology and fertility outcome in intracytoplasmic sperm injection (ICSI) cycles. The study material was obtained from 114 ICSI cycles of infertile women aged between 20 and 38 years with ovarian endometriomas and unexplained infertility. In total, 644 mature oocytes were included in the analysis. The rates of specific oocyte morphological abnormalities were similar between the two groups however the central granulation rate was significantly higher in the group with endometrioma ($p < .05$). Fertilisation rate were not significantly different between the groups ($p \geq .05$) however the numbers of metaphase 2 (MII) oocytes and embryos were lower in the endometrioma group ($p \leq .05$). Endometrioma was associated with a higher rate of oocytes with granular cytoplasm, despite the fertilisation rate the numbers of the MII oocytes and embryo were affected.

IMPACT STATEMENT

What is already known on this subject? The association between endometrioma and infertility is a well-known condition, but the possible mechanisms of the effects of endometrioma on women's fertility is still debated and controversial. There is limited data on the effect of endometrioma on oocyte morphology. Low oocyte quality and lower fertilisation rates might be the main cause of adverse pregnancy outcomes during in vitro fertilisation/intracytoplasmic sperm injection cycles.

What do the results of this study add? Endometrioma was associated with a higher rate of oocytes with granular cytoplasm, and lower metaphase 2 oocytes and embryos.

What are the implications of these findings for clinical practice and/or further research? Future studies using further oocyte quality assessment methods and prospective observational studies including live-birth rate should be designed to better understand how endometrioma affects fertility outcomes.

Medtronic

**MORE ACCESS
AND CLARITY
FOR YOU.
MORE
COMFORT
FOR YOUR
PATIENTS.**



A complete portfolio
for your hysteroscopic
procedures



TruClear® Elite Hysteroscope Plus
(1.25 mm outer diameter)



TruClear® Elite Hysteroscope Mini
(0.8 mm outer diameter)



TruClear® SC Hysteroscope
(3.1 mm outer diameter)



TruClear®
Soft Tissue Shaver Mini



TruClear®
Soft Tissue Shaver Plus



TruClear®
Dense Tissue Shaver Mini



TruClear®
Dense Tissue Shaver Plus

The TruClear® system delivers:

- Gentle resection
- Advanced fluid management
- A choice of pathology-optimized tissue removal devices

Scan the QR code to learn
more about TruClear®.

©2022 Medtronic

F SOSYAL MEDYA

SOSYAL MEDYADA BİZİ TAKİP EDEBİLİRSİNİZ

f endometriozisturkiye

t endometriozistr

i endometriozis_tr

f groups/1356727754385803

y Endometriozis Derneği

in endometriosis

ENDOMETRİOZİS İLE İLGİLİ MAKALE ÖZETLERİ

Dernek sitemizde her ay Prof. Dr. Fatma Fenda 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 ilıkteki linkten de ulaşabilirsiniz. Makale Full text'leri Doç. Dr. Hale Göksever Çelik tarafından yüklenmektedir.

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



WEBSİTELERİMİZ

Endometriozis&Adenomyozis Derneği
Web Sitesi
(www.endometriozis.org)

The screenshot shows the website's navigation menu at the top: Ana Sayfa, Hakkımızda, Geliştirme Kitap, Adenomyozis, Endokrin, Haberler, Hakkımızda, and Yayımlar. Below the menu is a banner celebrating the 13th anniversary of the Endometriosis & Adenomyosis Society. The banner is divided into three columns: 'Sağlık Profesyonelleri için' (For Health Professionals), 'Hastalar için' (For Patients), and 'International'. Each column features a logo with a heart and a pulse line, and the text '13. yıl' (13th year). Below the columns is a paragraph in Turkish: '13. yıldönümünüzü kutluyoruz. Sağlık profesyonelleri için, hastalar için ve uluslararası toplum için. Sağlık profesyonelleri için, hastalar için ve uluslararası toplum için. Sağlık profesyonelleri için, hastalar için ve uluslararası toplum için.' At the bottom right of the banner, the word 'Doktora' is visible.