

ENDOMETRIOSİSİN TEŞHİS ve TEDAVİSİ

Erkin Kandemir*

Mülazım Yıldırım**

Orhan Gelişen***

Endometriosis teorikte geniş olarak bilindiği halde, nedense pratikte üzerinde fazla durulmamaktadır. Kliniklerde başka hastalıkların tetkiki esnasında teşhis edilmektedir. Polikliniklerde ise hemen hemen hiç üzerinde durulmadığı gibi, endometriosis araştırılması da akla gelmemektedir.

Bu nedenle endometriosis, bir bakıma «Adı var, kendi yok» şeklinde bir hastalık olarak ortaya çıkmaktadır. Oysa, vak'alar endometriosis yönünden iyi bir araştırmaya tabi tutulursa, insidansın literatürde bildirilenden de daha fazla olabileceği görülecektir.

Bu bakımdan endometriosisin teşhis ve tedavisini toplu olarak sunmayı uygun bulduk.

Tarif : Endometrium dokusunun uterustaki anatomik yerinden başka, vücudun diğer yerlerinde, adacıklar halinde bulunmasına endometriosis denir (2,9).

BOGAERT (1) endometriosisi; fonksiyonel veya fonksiyonel olmayan endometrial dokunun uterus içindeki anatomik sınırlar dışında mevcut olması diye tarif etmiştir. Bu doku glandsız stroma veya stromasız gland ihtiva ettiği zaman bir endometrium dokusu değildir. Glandsız, sadece stroma ihtiva ettiği zaman stromal myose veya stromal endometriosis ismini alır.

Endometrial doku, etyolojisi ne olursa olsun vücudun çeşitli bölgelerinde yerleşebilir. Literatürde bildirildiğine göre vakaların % 94 ü genital organlara, % 6 'ı ise ekstragenital organlarda yerleştiği saptanmıştır (2,9). A.Ü. Tıp Fakültesinde Kandemir ve Ilgaz'ın (7) yaptığı 29 senelik bir retrospektif araştırmada da aynı neticeler elde edilmiştir.

Endometriosisin yerleştiği yerler; uterus adalesi, tüpler, overler, rektoservikal bölge, serviks, vajen, vulva, mesane, rektum, sigma, appendiks, göbek, lenf ganglionları, akciğerler, operasyon nedbeleri v.s. olarak bilinmektedir.

Servikse yerleşen bir endometriosisin özellikle gebelikte klinik olarak, serviks Ca ya çok benzediği ve serviks Ca ile karışabileceği, ayırıcı tanının biyopsi ile mümkün olabileceği bildirilmiştir (10).

* A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü Başkanı

** A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü Uzman Asistanı

*** A. Ü. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kürsüsü Asistanı

Episiotomi yerinde endometriosis meydana geldiği ve literatürde 10 vakanın bulunduğu, bu sayının belkide daha fazla olabileceği bildirilmiştir (11).

Öteyandan literatürde parametriumlara infiltre olan 6 endometriosis vak'ası bildirilmiştir (4).

Endometriosis teşhisi :

a) Anamnez : Endometriosis teşhis etmek için işe iyi bir anamnezle başlanmalıdır. Öteyandan iyi bir anamnez almak için de iyi bir klinikçi olmanın gerektiği unutulmamalıdır.

Hastalar sıklıkla pelvik ağrılardan şikayet ederler. Pek çok pelvik ağrılarının nedeni, pelvik enfeksiyonlara bağlandığı için endometriosis gözden kaçmaktadır (3). Endometriosis'e bağlı pelvik ağrılar kolik tarzındadır ve enfeksiyon belirtileri ile beraber değildir.

Bu pelvik ağrılar, koitus esnasında artar. Bu yüzden hastalar da disparenu meydana gelir, dolayısıyla kişilerde ruhsal bozukluklar ortaya çıkabilir.

Öteyandan yine hastalar menstruasyon esnasında kolik tarzında ağrılardan bahsederler. Bu ağrılar adet'in ilk günü veya ikinci günü olabilir. Adetle ilgili, endometriosis'e bağlı kolik tarzında ağrılarının ilk adetten itibaren olabileceği önesürülmüşse de, endometriosis sonradan meydana geldiğinde, bu tip ağrılarda, endometriosis ile beraber ortaya çıkacaktır.

Ayrıca sikartris yerlerindeki endometriosis vakalarında olduğu gibi, endometriosis olan yerlere dokunulduğu zaman ağrı meydana gelir.

Endometriosis uterus adalesi içinde ise veya overlere yerleşerek, ovarial aktiviteyi bozduğu zaman menstrüel bozukluklar ortaya çıkacaktır.

Öteyandan yine endometriosisin yerleştiği yere göre infertilite veya sterilite meydana gelecektir. Hadise tüplerin veya overlerin fonksiyonel bozukluklarından ileri gelecektir. İnfertilite oranı tek başına % 15 iken, endometriosis olan vak'alarda %30-40'a çıktığı bildirilmiştir (8).

b) Muayene: Vaginal muayene de Douglas ve sakrouterinalar hassas ve ağrılı olduğu zaman endometriosis olabileceği düşünülmelidir. Bu hassasiyetin yanında fikse retroversiyon tesbit edilirse vakanın endometriosis yönünden araştırılması gerekmektedir. FUNCK-BRENTANO (4) ve arkadaşları, retroversiyon fikse durumunun, lig. sakrouterinalarda ve Douglasta endometriosis olabileceğine delalet ettiğini bildirmişlerdir.

Yine bir adneksial kitlenin tesbitinde, ilk akla gelmesi gereken maliyn hadiseler yanında, ovarial veya tubal endometriosis olabileceği düşünülmelidir. Vakada bir sterilite de mevcut ise, endometriosis yönünden araştırılmalıdır (8,12).

Endometriosis şüphe edilen vak'alarda vaginal tuşenin yanında rektal tuşe de yapılmalıdır. Özellikle sakrouterin ligamentlerde ve Douglasta endometriosis'ten şüphe edildiğinde rektal tuşenin mutlak yapılmasının gerektiği bildirilmiştir (4). Ö-

teyandan endometriosisin parametrial infiltrasyonunda da rektal tuşe ile teşhise daha iyi bir şekilde yaklaşılabılır.

c) HSG: GOLTİER (5) ve arkadaşları HSG'nin endometriosis teşhisinde faydalı bir test olabileceğini bildirmişlerdir.

d) Laparoskopi : Pelvik organlarda endometriosis olup olmadığını araştırmak için bugün laparoskopik tetkik rutin hale gelmiştir(3). Pelvik endometriosis vakaların tetkikinde önceleri Douglaskopik tetkik ileri sürülmüştür. Ancak Douglasta ve sakrouterin ligamentlerde endometriosis olduğunda meydana gelen yapışıklıklar ve anatomik değişiklikler nedeniyle istenilen sonuç alınmaz. Bu nedenle küldoskopik tetkik yerine laparoskopik tetkik tercih edilmekte ve kullanılmaktadır.

Endometriosis araştırılmasında laparoskopi ile lezyon direkt görülebileceği gibi, biyopsi alma olanağı da vardır.

e) Laparotomi :Başka nedenlerle laparotomi yapıldığında genital bölge endoriosis yönünden iyice gözden geçirilmeli ve şüpheli yerlerden biyopsi alınmalıdır.

f) Biopsi: Vulva, vajen, serviks gibi alanlarda şüpheli oluşumlardan biopsi yapılarak histopatolojik olarak endometriosis araştırılmalıdır. Operasyon nedbe yerlerinde endometriosisden şüphelenildiğinde, yapılacak biyopsi derin olmalıdır. Endometriosis sikatris alanlarında meydana geldiğinde sikatris dokusunun daha çok derin kısımlarında olabileceği bildirildiğinden, bu özelliğe dikkat edilmelidir (11). Ayrıca laparotomi yapıldığında, şüpheli yerden parça alınıp, endometriosis yönünden histopatolojik olarak araştırılmalıdır.

Endometriosisin tedavisi :

Endometriosisin tedavisi cerrahi veya hormonal olabilir. Bazan ikisi birlikte kullanılabilir. Hormonal tedavi tek başına uygulanabildiği gibi, cerrahi tedaviden önce, cerrahi tedaviden sonra veya cerrahi tedaviden hem önce hem de sonra kullanılabilir.

Hormonal tedavi ya ovulasyon supresyonu yapılarak veya yalancı gebelik meydana getirilerek yapılabilir.

HORMONAL TEDAVİ :

1) Ovulasyon supresyonu: Endometriosis gebelik esnasında ve doğumdan sonra gerilediği için, tedavi açısından uygun yöntemin gebelik olduğu ileri sürülmüştür. Ancak, endometriosis mevcut olan kişilerde gebelik şansının azaldığı, kişinin bekar olabileceği ve ailelerin gebelik arzu etmedikleri hallerde, bu yöntemi uygulamanın mümkün olamayacağı ortaya çıkar.

Gebelik esnasında endometriosisin gerilemesi muhtemelen adenohipofizer supresyon sonucu oluşan anovulasyon ve amenoreye bağlı olduğu bildirilmiştir.

Gebelik temin edilemediği ve arzu edilmediği durumlarda veya evli olmayanlarda dışardan verilecek hormonlarla anovulasyon veya amenore meydana getirmek olanağı vardır. Bu amaçla östrojenler, progesteron ve androjenler kullanılabilir.

a)Östrojenler: Östrojenin ovulasyona mani olucu etkisi tesbit edildikten sonra endometriosis tedavisinde östrojenlerin kullanılması düşünülmüştür. KISTNER(8), Haskins ve Wolf'ın ileri sürdüğü tedavi şemasını uygulayarak bir seri hastada östrojenler ile ovulasyon supresyonunu denemiştir. Hastalarda semptomatik iyileşme olduğu halde, tedaviyi takiben vajinal lezyonlardan alınan biyopsilerde endometriosisin kaybolduğu veya absorbe olduğunu gösterememiştir.

Bunun yanında aynı yazar ödem, mastodynia, bulantı ve ara kanamalar gibi yan tesirler nedeniyle birçok hastaya bu tedaviyi uygulamamıştır.

Bu nedenle nonsteroid östrojen olan chlorotrianisene, ovulasyon supresyonu için kullanılmıştır. Tedavi esnasında subjektif iyileşme görüldüğü halde sayısız hastada ara kanamalar meydana gelmiştir. Endometrium dokusunun histopatolojik incelenmesinde değişik derecelerde kistik ve adenomatöz hiperplazi ve beş hastada da displazik endometrium tesbit edilmiştir(8).

b)Progesteron + Östrojenler: Östrojenlerin tek başına kullanılmasında ortaya çıkan yan tesirler ve tam tedavi edilememe durumu karşısında, östrojenlerle birlikte progesteron verilmesine başlanılmıştır.

Östroprogestatif tedaviden sonra o kadar iyi neticeler alındığı ileri sürülmüştür ki, artık cerrahi tedavi alanının kaybolduğu kanısı yaygınlaşmıştır.

Bu uygulamada tedavi eden maddenin östrojen olduğu, progestatiflerin ise buna sinerjik etki ettiği, hiç bir spesifik tesiri olmadığı ileri sürülmektedir.

Uzun süre östroprogestatif tedavi uygulandığı zaman endometrium dokusu ve endometriosis alanlarında desidual reaksiyonlara benzer morfolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Desidual hücrelerin ise nekrose olup, likefaksiyon ve absorpsiyona uğradığı bildirilmiştir. Siklik olarak 6 ile 12 ay östroprogestatif tedavi uygulanarak ovulasyon supresyonu sağlanabilir. Bu süre endometriosis tedavisi için yeterli bir zamandır.

c)Androjenler: Androjenlerin iyileştirici etkisini, endometriosis alanlarına olan direk tesirine bağlamışlardır. Androjenlerin yüksek dozları ovulasyonu inhibe eder. Folliküler büyümenin involusyonuna ve supresyonuna sebep olur. Fakat ayda 300 mgr. geçen dozlar maskulizasyona sebep olmaktadır. Androjenlerin endometriosisle bağlı semptomların düzelmesindeki tesiri üzerinde şüphe yoktur. Endometriosis dokusu üzerinde, antiöstrojenik etkiyle, östrojenlerin etkisi ortadan kaldırılmaktadır. Ancak hassas kişilerde akne, boğuk ses, ödem, hirsutismus, klitoris büyümesi ve sıklıkla hepatosellüler sarılık görüldüğü bildirilmiştir(8).

Endometriosis tedavisinde androjenler kullanılmak istendiğinde günde 10 mg. methyltestosteron verilmesi tavsiye edilmiştir(8). Bu doz sonra 5 mgr.a indirilir. Tedaviye 6 ile 12 hafta devam edilir. Eğer etkili oluyorsa bir ile iki aydan sonra tedavi tekrarlanır. Bu tedavi günde 5 mgr. olmak üzere bir sene devam edebilir.

II. Yalancı gebelik : Endometriosis tedavisinde yalancı gebelik yüksek doz progesteronlar verilerek meydana getirilir. Ancak progesteronlar antiöstrojenik etki-

si nedeniyle ara kanamalara neden olabilirler. Bu nedenle belirli aralarla progesteronlarla beraber östrojenlerinde verilmesi gerekir.

Yalancı gebelik temini için iki ay müddetle her 15 günde bir olmak üzere 100 mgr. depoprovera verilmelidir. Sonra 4 ay süre ile ayda 200 mgr. depoprovera verilmelidir. Ve tedavi 6 ayda tamamlanmış olur. Progesteronun antiöstrojenik etkisine bağlı ara kanamalara mani olmak için de, her ayın 21.ci günü 0,02 mgr. et-hinyl östradiol verilmelidir.

CERRAHİ TEDAVİ

Endometriosis dokusu nerede olursa olsun, operasyon ile çıkartılabiliyorsa, çevreye zarar vermeden ekstirpe edilmesi cerrahi bir prensip olarak kabul edilmelidir.

Ovarial endometriosisin cerrahi tedavisi düşünülürken unutulmamalıdır ki, fonksiyonu devam eden over dokusu hastalığın aktivitesinin devamını sağlar. Dolayısıyla cerrahi tedavi düşünülürken, over fonksiyonlarının devamı veya aktivitenin sonlandırılması konusunda yerinde bir karar vermek gerekir.

Çok erken devrelerde veya semptomsuz lezyonlarda over aktivitesi devam etmelidir. Ancak overler endometriosis ile tamamen harap olmuş ise ovarial aktivite sonlandırılabilir (6:8). Bazen ovarial aktivitenin devamı konusunda kararsızlığa düşülebilir. Bu durumlarda karar ovarial aktivitenin lehine olmalıdır. Endometriosis'in maliyn olmaması, yavaş ilerlemesi menopozda gerilemesi ve hormonal tedavinin mümkün olması, cerrahın düşüncesini ovarial aktivitenin lehine etkilemelidir.

Uterus arka yüzü ve Douglas alanında geniş endometriosis odakları mevcut ise itina ile çevreye zarar vermeden temizlenmelidir. Bu alanda yapışıklık meydana gelmemesi için gerekli peritonizasyon yapılması lazımdır. Ayrıca yeniden yapışıklıklar meydana gelmemesi için uterusun da suspansiyonu yapılmalıdır.

Episiotomi yerlerinde veya sikatris alanlarında endometriosis tesbit edildiğinde, geniş ve derin insizyonlar ile ekstirpe edilmelidir.

Cerrahi tedavi ile endometriosis dokusu bazan tam olarak çıkartılamayabilir. Bu nedenle rezidivlere mani olmak için cerrahi tedaviden sonra hormonal tedaviyi uygulamak gerekebilir. Bazende önce hormonal tedavi düzenlenerek endometriosis odakları küçültülür, sonra cerrahi tedavi uygulanabilir. Ancak geçerli yöntem, cerrahi tedaviden sonra hormonal tedavinin uygulanmasıdır.

SONUÇ

Endometriosis, teşhisi güç bir hastalık olduğundan sıklıkla gözden kaçabilir. Genellikle başka nedenler yüzünden tetkik yapılırken teşhis edilmektedir.

Çoğu kez endometriosis'e bağlı pelvik ağrıların nedeni başka hastalıklara bağlandığı için endometriosis gözden kaçmaktadır. Dolayısıyla teşhiste meydana gelen yanılğı, yanlış bir tedavi düzenlenmesine neden olmaktadır. Hastalara yarar sağla-

mayan bu yanlışlıklar zinciri hekimleri başarısızlığı, hastaları da ümitsizliğe sevk-etmektedir.

Öte yandan endometriyosis sterilite insidansını artırdığı için başka bir görünüm altında hekimleri ilgilendirmektedir.

Özellikle kronik pelvik ağrıları, menstruel bozuklukları olan disparenu tarif eden ve muayene ile retroversiyon bulunan hastalar endometriyosis yönünden dikkatli tetkik edilmelidir.

İnfertil hastalarda sterilite tetkikleri yapılırken endometriyosis gözden uzak tutulmamalıdır.

Endometriyosis şüphe edilen hastalarda iyi bir anamnez alınmalı, ve bilinen yöntemler ile vakalar endometriyosis yönünden araştırılmalıdır. Özellikle son senelerde rutin tetkik yöntemleri arasına giren laparoskopiden, endometriyosis tetkiki için faydalanma yoluna gidilmelidir.

Endometriyosis tesbit edilen hastalara cerrahi tedavi uygulansa bile, bunun hormonal tedavi ile tamamlanması gerekmektedir.

LİTERATÜR

1. Bogaert, L.J.V., Maldague, P. : Adénomyomes appendiculaire et uréterale. J. Gyn. Obs. Biol. Repr. 5 : 15-22, 1976
2. Çanga, Ş., Önder, İ. : Kadın Hastalıkları. A. Ü. Tıp Fak. Yayınları Sayı : 334, s. 560-572, 1976
3. Donald, L. Ch. : Endometriosis in black women. A. J. Obs. Gyn. 1 : 987-989, 1976
4. Funck-Brentano, P., Robert, H., Curtz, J. : Un signe clinique de l'endométriose : L'infiltration du paramètre. Gyn. et Obs. 60 : 535-547, 1954
5. Galtier, J. L., Lansac, J., Berger, Ch., Soutoul, J. H. : Etude étiologique, anatomique et clinique de 62 cas d'adénomyose. Ü. Gyn. Obs. Biol. Repr. 5 : 983-998, 1976
6. Hammond, Ch. B., Rock, J. A., Parker, R. T. : Conservative treatment of endometriosis ; The effects of limited surgery and hormonal pseudopregnancy. Fertility. 27 : 756-762, 1976
7. Kandemir, E., Ilgaz N. : Endometriosis ekstragenitalis. 29 yıllık klinik araştırma. A. Ü. Tıp Fak. Mec. 26 : 565-577, 1974
8. Kistner, R. W. : Management of endometriosis in the infertile patient. Fertility and sterility 26 : 1151-1166, 1975
9. Novak, E. R., Jones, G. S., Jones, H. W. : Gynécologie pratique. 8. ème é. Maloine s.a. éd. Paris, 1974
10. Plasse, G. et All. : Endométriose du col et grossesse. Bul. Fed. Soc. Gyn. Et Obs. 16 : 584-587, 1964
11. Roman, M. C. : Endométriose d'une cicatrice d'épisiotomie. Gyn. Obs. 10 : 431, 1958
12. Serment, H., Muratore, R., Piana, L., Bossi, G., Felce, A. : Endométriose tubaire et cancer de la trompe. Gyn. Obs. 16 : 578-584, 1964