

Sayın dernek başkan yardımcımız Prof.Dr.Gürkan Uncu, Avrupa Üreme Tıbbi ve Embriyoloji Derneği'nin (ESHRE) 2013 yılı Eylül ayında çıkardığı kılavuzunu Türkçeye özetleyerek çevirmiştir. Hocamıza bu değerli katkısından dolayı çok teşekkür ederiz.

**Önerilerin yanlarında göreceğiniz harfler aşağıda açıklanmıştır.**

|  |     |
|--|-----|
| Metaanaliz, sistematik review veya çok sayıdaki randomize kontrollü çalışmaya dayanmaktadır (Kaliteli)   | A   |
| Metaanaliz, sistematik review veya çok sayıdaki randomize kontrollü çalışmaya dayanmaktadır (Orta derece) Tek Randomize kontrollü çalışma, çok sayıda randomize olmayan çalışmalar, vaka kontrollü veya kohort çalışmalar (Kaliteli) | B   |
| Tek Randomize kontrollü çalışma, çok sayıda randomize olmayan çalışmalar, vaka kontrollü veya kohort çalışmalar (Orta derece)  | C   |
| Non analitik çalışmalar, vaka sunumları, olgu serileri (kaliteli veya orta derece)   | D   |
| Uzman Görüşü   | GPP |

**TANI - MUAYENE**

|  |     |
|--|-----|
| Klinisyenler, dismenore, non-siklik pelvik ağrı, derin disparenia ve infertilite varlığında mutlaka endometriozis düşünülmelidirler. Jinekolojik olmayan (diskezi, dizüri, hematüri, rektal kanama, omuz ağrısı) gibi semptomların varlığı mutlaka değerlendirilmelidir. | GPP |
| Endometriozis düşünülen tüm hastalara vajinal muayene yapılmalıdır. Vajinal muayene yapılamayanlarda rektal muayene yapılmalıdır.  | GPP |
| Muayenede rektovajinal nodül varlığı ve ağırlı muayene derin infiltrative endometriozis varlığını düşündürmelidir ( <i>Bazot, et al., 2009</i> ).  | C   |
| Muayenede adneksial kitle saptanması endometriomayı akla getirmelidir. ( <i>Bazot, et al., 2009, Condous, et al., 2007, Eskenazi, et al., 2001, Koninckx, et al., 1996, Ripps and Martin, 1992</i> ).  | C   |
| Klinik bulgular endometriozisi düşündürdüğü halde muayene normal olsa bile endometriozis akla gelmelidir. ( <i>Chapron, et al., 2002</i> ).  | C   |

**TANI – LAPAROSKOPİ – ULTRASONOGRAFI – SERUM BELİRTEÇLERİ – MRI İNCELEME**

|  |     |
|--|-----|
| Histolojik tanısı olmadığı halde görsel olarak konulan tanının endometriozisin varlığını gösterdiğine dair kanıtların olmamasına rağmen, endometriozis tanısı için laparoskopi yapılması önerilmektedir. | GPP |
| Laparoskopide endometriozis saptanması histolojik olarak konfirme edilmelidir. Negatif histoloji endometriozis varlığını ekarte etmez.   | GPP |
| Endometrioma ve/veya derin infiltrative endometriozis cerrahisinde malignansi patolojik olarak ekarte edilmelidir.   |     |
| Rektal endometriozis semptom ve bulgularının varlığında transvajinal ultrasonografi tanısının konulmasında ve ekartasyonunda önemlidir ( <i>Hudelist, et al., 2011</i> ).                                | A   |
| Endometriomanın tanısında ve ekartasyonunda transvajinal ultrasonografi yapılması önerilmektedir ( <i>Morre, et al., 2002</i> ).   | A   |
| Premenapozal dönemde endometrioma tanısında ultrasonografide buzlu cam görüntüsündeki ekojenitenin varlığı, kan akımı ile birlikte olan papiller yapıların olmaması tanı için önemli kriterlerdir.       | GPP |
| Rektovajinal endometriozisin tanısında 3D ultrasonografinin yeri henüz tam olarak belirlenmemiştir ( <i>Pascual, et al., 2010</i> ).   | D   |
| MRI incelemenin yüzeysel endometriozis tanısında yeri yoktur.  | D   |
| Endometriozis tanısında endometrial dokuda, menstrual kanda ve uterus içinden elde edilen sıvılarda bakılan belirteçlerin yeri yoktur  | A   |
| Endometriozis tanısında CA 125 dahil olmak üzere plazmada, idrarda ve serumda bakılan hiç bir belirtecin yeri yoktur.  | A   |
| Derin endometriozis olasılığı olanlarda ureterler, mesane ve barsak değerlendirilmesi yapılmalıdır.  | GPP |

## TEDAVİ – AĞRININ MEDİKAL TEDAVİSİ

|   |     |
|---|-----|
| Endometriozis varlığını düşündüren semptomların varlığında ampirik olarak analjezik, oral kontraseptifler veya progesteronla ağrı tedavisi yapılması önerilmektedir.  | GPP |
| Ağrı tedavisi olarak hormonal tedavi oral kontraseptiflerle (kanıt B) progesteronlarla (kanıt A), anti progesteratiflerle (kanıt A) veya GnRh analoglarıyla (kanıt A) yapılması önerilir. ( <i>Vercellini, et al., 1993, Brown, et al., 2012, Brown, et al., 2010</i> ).        | A-B |
| Bu tedavilerin hangisinin seçileceği konusunda hastanın tercihi, yan etkiler, etkinlik ve maliyet göz önüne alınmalıdır.  | GPP |
| Dismenore, disparonia ve non-siklik ağrının azaltılması amacıyla kombine oral kontraseptif kullanımı iyi bir tercihtir ( <i>Vercellini, et al., 1993</i> ).   | B   |
| Dismenore varlığında kombine oral kontraseptif kullanımı endometriozise bağlı dismenore tedavisinde tercih edilmelidir ( <i>Vercellini, et al., 2003</i> ).   | A   |
| Endometriozise bağlı dismenore, disparonia ve kronik pelvik ağrı tedavisinde vajinal ring veya transdermal (estrogen/progesterone) patchler kullanılabilir ( <i>Vercellini, et al., 2010</i> ).   | C   |
| Endometriozise bağlı ağrı tedavisinde progesteron kullanımı (oral veya depo medroksiprogesteron, dienogest, siproteron asetat veya danazol) veya anti progesteragenler (gestrinone) kullanımı önerilir ( <i>Brown, et al., 2012</i> ).  | A   |
| Progesteron ve özellikle anti progesteratiflerin tromboz ve androjenik yan etkileri konusunda dikkatli olunmalıdır.   | GPP |
| Endometriozis nedeni ağrının tedavisinde levonorgestrel-içeren Rahim içi araçlar kullanılabilir ( <i>Ferreira, et al., 2010, Gomes, et al., 2007, Petta, et al., 2005</i> ).  | B   |
| Ağrı tedavisinde, doz ve kullanım süresi ile ilgili kanıtlar sınırlı olmakla birlikte GnRH agonistleri (nafarelin, leuprolide, busarelin, goserelin or triptorelin) bir tedavi seçeneği olarak kullanılabilir ( <i>Brown, et al., 2010</i> ).                                   | A   |
| GnRh agonist tedavisinin başlaması ile birlikte, kemik kaybını ve hipoestrogenizm bulgularını önlemek için add-back tedavisi başlanmalıdır ( <i>Bergqvist, et al., 1997, Makarainen, et al., 1996, Moghissi, et al., 1998, Taskin, et al., 1997</i> ).                          | A   |
| Henüz maksimum kemik yoğunluğuna ulaşmadıklarından genç kadın ve adolesanlarda GnRh agonist kullanımına çok dikkat edilmelidir.   | GPP |
| Medikal ve cerrahi tedaviye dirençli rektovajinal endometriozisli kadınlarda aromataz inhibitörleri kullanılabilir ve bu ilaçlar oral kontraseptiflerle, progesteragenlerle veya GnRh analoglarıyla kombine edilebilir ( <i>Ferrero, et al., 2011, Nawathe, et al., 2008</i> ). | B   |
| Endometriozisle ilişkili ağrı tedavisinde NSAİ ilaçlar ve diğer analjezikler kullanılabilir.  | GPP |

## ENDOMETRİOZİS - MENOPOZ

|   |     |
|---|-----|
| Endometriozis nedeniyle cerrahi menopoz olan hastalarda menopozal semptomların tedavisinde estrogen/progesteragen veya tibolone tedavisi yapılabilir ( <i>Al Kadri, et al., 2009</i> ). | B   |
| Endometriozis öyküsü olan ve histerektomi yapılmış hastalarda tek başına estrogen replasmanı yapılmamalıdır.  | GPP |
| Endometriozis nedeniyle cerrahi menopoz yapılan hastalarda kombine hormone replasman tedavisi doğal menopoz yaşına kadar devam etmelidir.   | GPP |

## TEDAVİ – AĞRININ CERRAHİ TEDAVİSİ

|  |     |
|--|-----|
| Laparoskopi esnasında endometriozis saptanırsa, ağrıyı azalttığı için odaklar cerrahi olarak tedavi edilmelidir. Gör ve tedavi et ( <i>Jacobson, et A.</i> )   | A   |
| Hem ablasyon hem de eksizyon ağrı üzerine etkili tedavileridir ( <i>Healey, et al., 2010, Wright, et al., 2005.</i> )  | C   |
| Endometriozis nedeni ağrı tedavisinde yapılan konservatif cerrahiye ek olarak laparoskopik uterosakral nerve ablation (LUNA) işlemi yapılmamalıdır ( <i>Proctor, et al., 2005.</i> )   | A   |
| Presakral neurektomi (PSN) konservatif cerrahiye ek olarak son derece etkili bir işlemdir fakat teknik olarak kolay değildir, dikkatli olunmalıdır ( <i>Proctor, et al.</i> )  | A   |
| Endometrioma cerrahisinde drenaj-koagülasyon yerine mutlaka kistektomi yapılmalıdır ( <i>Hart, et al., 2008.</i> )   | A   |
| Endometriozise bağlı ağrıyı azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı içi derin endometriozis tedavisinde cerrahi eksizyon yapılmalıdır ( <i>De Cicco, et al.</i> )  | B   |
| Derin endometriozis tedavisi uzmanlaşmış merkezlerde yapılmalıdır ve hastalar bu merkezlere referans edilmelidir.  | GPP |
| Medikal tedavilere yanıt vermeyen ve üreme sorunu olmayan hastalara histerektomi ve görülen lezyonların eksizyonu yapılmalıdır. Histerektominin sorunları ortadan tamamen kaldırmayabileceği bilgisi hastaya verilmelidir.   | GPP |
| Laparoskopik endometriozis cerrahisinde adezyon önleyici bariyer olarak rejenerated sellüloz kullanılabilir ( <i>Ahmad, et al., 2008.</i> )  | B   |
| Adezyon bariyeri olarak icodextrin, yeteri kadar verisi olmadığı için, kullanılmamalıdır ( <i>Brown, et al., 2007, Trew, et al., 2011.</i> )   | B   |
| Politetrafloroetilen membranlar, hyaluronik asid gibi diğer adezyon bariyerleri pelvik cerrahide kullanılan ve işe yarayan ama endometriozis verileri olmayan ajanlardır.  | GPP |
| Ağrının ortadan kaldırılması için yapılacak cerrahi öncesinde medikal tedavinin yeri yoktur. ( <i>Furness, et al., 2004.</i> )   | A   |
| Klinisyenlerin cerrahi sonrası 6 aylık kısa dönem hormonal tedavi ile 6 aydan daha fazla sürecek ve rekürrens engelleyici olan tedaviyi birbirinden iyi ayırması gerekir.  | GPP |
| Cerrahi sonrası ağrı nedeniyle hormonal tedavi yapılmamalıdır ( <i>Furness, et al., 2004.</i> )  | A   |
| Cerrahi yapılmış hastalarda rekürrensi önlemek için tedavi yapılabilir. Bu hastanın tercihi, maliyet ve tedavinin yan etkilerine göre şekillenir.  | GPP |
| ≥ 3 cm ve üzerindeki endometriomalarda cerrahi kistektomi olmalıdır. Drenaj ve elektrokoagülasyon yapılmamalıdır ( <i>Hart, et al., 2008.</i> )  | A   |
| Kistektomi sonrasında gebelik istemeyenler için hormonal kontrasepsiyon önerilmelidir ( <i>Vercellini, et al., 2010.</i> )   | A   |
| Semptomatik ekstrasjenital endometriozis odakları ortadan kaldırmak için cerrahi yapılabilir ( <i>Liang, et al., 1996, Marinis, et al., 2006, Nezhat, et al., 2011, Nissotakis, et al., 2010, Song, et al., 2011.</i> )  | A   |
| Endometriozis nedeniyle opere edilen hastalarda cerrahi sonrası rekürrensin önlenmesi amacıyla 18-24 ay süreyle levonorgestrel içeren rahim içi araç veya kombine hormonal supresyon kullanılabilir. Bu tedavi non-siklik ağrı ve disparenia için geçerli değildir ( <i>Abou-Setta, et al., 2006, Seracchioli, et al., 2009.</i> ) | D   |
| Ekstrasjenital endometriozis odaklarının tedavisi çok zor ya da imkansız ise medikal tedavi yapılmalıdır ( <i>Bergqvist, 1992, Joseph and Sahn, 1996, Jubanyik and Comite, 1997.</i> )   | D   |

## TEDAVİ - İNFERTİLİTE

|   |     |
|---|-----|
| Endometriozis ve infertilite varlığında hormonal supresyon tedavisi kullanılmamalıdır. (Hughes, et al., 2007).  | A   |
| AFS/ASRM evre I/II endometriozis varlığında tanısal laparoskopi yapıldığında mutlaka eksizyon/ablasyon yapılmalıdır, bu şekilde spontan gebelik oranı artar (Jacobson, et al., 2010, Nowroozi, et al., 1987).                             | A   |
| Evre I/II endometriozis varlığında , CO2 laser ile vaporizasyon, kümülatif gebelik oranları anlamında elektrokoagülasyona üstündür (Chang, et al., 1997).   | C   |
| Endometrioma cerrahisinde eksizyon sonrası gebelik oranları, drenaj/koagülasyondan üstündür (Hart, et al., 2008).   | A   |
| Endometriozis ve infertilite varlığında cerrahi sonrası hormonal supresyon yapılmamalıdır (Furness, et al., 2004).  | A   |
| Endometrioma cerrahisi yapılacak hastalara, yapılacak cerrahinin over rezervi üzerindeki etkileri ve overini kaybetme olasılığının varlığı bile anlatılmalıdır. Öncesinde over cerrahisi öyküsü varsa bu karar daha dikkatle alınmalıdır. | GPP |
| Endometriozis ve infertilite varlığında, yarar ve zararlar net olarak bilinmediğinden nutrisyonel takviyeler ve alternatif tıp desteği önerilmemektedir. Böyle olmakla birlikte bu tedaviden fayda görenlerde vardır.                     | GPP |
| AFS/ASRM evre I/II endometriosis hastalarında bekleme tedavisi yerine KOH IUI tedavisi, gebelik oranlarını artırdığı için, önerilmektedir (Tummon, et al., 1997).   | C   |
| AFS/ASRM evre I/II endometriosis hastalarında , sadece IUI yerine KOH ve IUI yapılmalıdır (Nulsen, et al., 1993).   | C   |
| AFS/ASRM evre I/II endometriosis hastalarında cerrahi sonrası KOH IUI tedavisi, nedeni açıklanamayan tedavilerdeki başarının aynı olması nedeniyle 6 ay yapılabilir (Werbrouck, et al., 2006).  | C   |
| Endometriozis ve infertilite birlikteliğinde özellikle tubal fonksiyon bozukluğu, erkek faktörü ve diğer tedavilerde başarısızlık varsa, IVF yapılmalıdır.  | GPP |
| Endometriozis ve infertilite varlığında yapılan IVF işlemleri kümülatif endometriozis rekürrens oranını artırmaz (Benaglia, et al., 2011, Benaglia, et al., 2010, Coccia, et al., 2010, D'Hooghe, et al., 2006).                          | C   |
| Endometrioma varlığında yapılan IVF işleminde abse oluşumunu önlemek için mutlaka profilaktik antibiyotik kullanılmalıdır (Benaglia, et al., 2008).   | D   |
| Endometriozis vakalarında IVF işlemi öncesi 3-6 aylık GnRH agonist tedavisi klinik gebelik oranlarını artırır (Sallam, et al., 2006).   | B   |
| AFS/ASRM evre I/II endometriozis vakalarında IVF öncesi yapılan laparoskopik cerrahinin canlı doğum oranını artırdığını düşünülmele birlikte faydası tam olarak gösterilmemiştir. (Opoien, et al., 2011).                                 | C   |
| 3 cm den büyük endometrioma varlığında IVF öncesi yapılacak kistektominin gebelik oranlarını artırdığı gösterilmemiştir. (Benschop, et al., 2010, Donnez, et al., 2001, Hart, et al., 2008).  | A   |
| 3 cm den büyük endometriomalarda yapılacak IVF öncesi yapılacak kistektomi sadece ağrının azaltulmasına faydalıdır ve OPU'nun daha kolay yapılmasını sağlar.  | GPP |
| IVF öncesi derin infiltrative endometriozis cerrahisinin IVF başarısı üzerine olan etkisi beligin değildir (Bianchi, et al., 2009, Papaleo, et al., 2011).  | C   |

## ÖNLEM VE KANSER İLİŞKİSİ

|  |     |
|--|-----|
| Aseptomatik endometriozis olgularında insidental olarak saptanan endometriozis, hastalığın doğal seyri bilinmediği için, tedavi edilmemelidir.   | B   |
| Endometriozisin primer korunması için oral kontraseptif kullanımının yeri belli değildir (Vercellini, et al., 2011).   | GPP |
| Endometriozis hakkında hastalar bilgilendirilirken kanser gelişimi hakkında bilgi verilmelidir. 1.Endometriozisin kanser nedeni olduğuna dair veri yoktur 2. Endometriozis hastalarında kanser sıklığı toplumdan daha fazla değildir. 3. Over kanseri ve non-Hodgkin lenfoma gibi bazı kanserler endometriozis olduklarında hafif artış gösterirler. | GPP |