

Önemli Noktalar:

Endometriozis 2017, alanında en iyi uzmanları bir araya getiren ve mümkünse altta yatan patoloji, yönetim ve tedavi seçenekleri ile ilgili temel kavramları netleştirip paylaşılabılır kılmayı amaçlayan iddialı ve bize göre güçlü bir şekilde istenen başarılı bir projeydi.

İşimizin günlük akışında, çoğu zaman, altında uygunsuz klinik ve cerrahi yönetimin yattığı yıkıcı klinik öykülerle karşı karşıya kalıyoruz.

Endometriozis karmaşık bir hastalıktır ve daha da karmaşık olan bu hastalığı yaşayan hasta yaşamında oluşturduğu etkilerdir. Bu hastalığın medikal yönetiminde, özellikle cerrahi veya üreme sağlığı açısından, hiçbir şekilde "doğaçlama"ya yer yoktur. Bu nedenle, deneyimlerimizi karşılaştırmak, tedavi yönetimine mihenk taşı oluşturmak ve klinik uygulamamızı şekillendirecek ilkeleri özetlemek için en tecrübeli en iyi jinekologları klinik yönetimimizi daha olumlu şekillendirmek amacıyla bu projeye dahil ettik.

Hepsi bize coşkulu bir istekle yanıt verdiler ve bu yüzden Napoli'de endometriozis dünyasının dehaları ile buluştuk. Dünyadaki en iyi cerrahlar sahaya çıktı, cerrahi endikasyonlar doğru bir şekilde açıklandı ve laparoskopik (kapalı) cerrahi alanında bugün mevcut olan en yenilikçi teknikler -tartışmaya mahal vermeyerek uzun süredir varolan- bu tip bir patolojide nasıl seçilmelidir açıklandı.

Konferans sırasında düzenlenen ana derslerden çıkan kilit noktaları paylaşmamız uygun görünüyor.

1. Endometriozis, tekrarlayan kronik bir hastalıktır ve ameliyat sayısını azaltmak, cerrahi gerçekten ihtiyaç duyan vakalara sınırlandırmak amacıyla öncelikle etkili ve kabul edilebilir bir tıbbi tedaviye dayanan uzun vadeli, terapötik (tedavi edici) bir strateji gerektirir; cerrahi müdahale gerektiren tüm durumlar, özellikle de tekrarlanan, eksik, gereksiz, zararlı olmasa bile faydalı olmayan ameliyatlardan kaçınmak amacıyla deneyimli cerrahlar ve bu konuda özelleşmiş merkezlerde ameliyat edilmelidir (minimal invazif ürolojik ve kolorektal pelvik cerrahi işlemlerinde de deneyimli pelvik cerrah veya tek bir cerrah yoksa multidisipliner ekipler tarafından).

2. Endometriozisi 'tedavi edecek' araçlara henüz sahip değiliz. "Tedavi etmek", patolojiyi kesin olarak ortadan kaldırmak için tıbbi veya cerrahi terapiler kullanmanız anlamına gelir, henüz bu mümkün değil ancak etkilenen kadınlar için en uygun şekilde "bakım" sağlayacak yöntemlere sahibiz. Terapiler "sorun odaklı" değil, "hasta odaklı" olmalı, diğer bir deyişle bir patolojiyi değil, acı çeken hastayı tedavi etmeliyiz ve hastalığın yönetimi, tıbbi temelleri baz alarak ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmelidir.

3. Doğru klinik bakış açısı oluşturma ve yönetim için doğru tanı gereklidir. Günümüzde ultrason görüntüleme teknikleri deneyimli operatörlerin elinde endometriozisin [yalnızca varlığı / yokluğunu değil aynı zamanda tek uterin (rahime ait)/adneksiyal (yumurtalık ve/veya tüplere ait)/derin lezyonların özel bir haritalanması ile] % 100 doğruluk ve güvenilirlikle tanı almasına olanak verir. Deneyimli ve nitelikli kişiler tarafından gerçekleştirilen diğer görüntüleme yöntemleri (manyetik rezonans), belirli vakalarda değerli bir yardımcı olabilir, ancak maliyet/fayda açısından bile üst düzey bir araştırma yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

4. Hormon tedavileri etkili ve verimli tedaviler olup, hemen hamile olma isteği olmayan hastalarda uzun vadede (yıllar boyunca) kullanılabilir. İlk olarak kullanılacak tedaviler, uzun dönemde dahi önemli yan etkisi gösterilmemiş progestinler (dienogest ve noretisteron asetat) ve düşük doz oral kontraseptiflerdir (doğum control hapları). Uzun süreli tedavi, hastaların yaklaşık 2/3'ünde ağrılı belirtilerin kontrol altına alınmasına böylece cerrahi yaklaşımın önlenmesine olanak verir. Noretisteron asetat, dienogest ile aynı etkiye sahiptir, önemli ölçüde daha düşük maliyetlidir ve birinci seviye ilaç olarak da kullanılabilir; fakat yan etkileri biraz daha yüksektir ve tolerans, dienogest'in % 80'ine kıyasla yaklaşık %58'dir. Dienogest'in uzun süreli kullanılması, sıklıkla, yumurtalıklar ve adenomyozis kaynaklı endometriotik lezyonların çapında azalma ile ilişkilidir. Tüm vakalarda, terapötik amaç, lezyonların boyutsal değişimi değil, belirtilerin azaltılmasıdır (başka bir deyişle, lezyon küçülmesi dahi, hasta semptomatolojide bir fayda sağlıyorsa, terapötik amaç sağlanmıştır).

5. Yukarıda özetlenen kriterlere göre cerrahi tedavi, tıbbi tedaviye yanıt vermeyen veya tıbbi tedavi almak için mutlak kontrendikasyonları bulunan, ilaç destekli üreme tekniklerine girmeyi reddeden infertile (kısırlık sorunu olan) vakalarda, seçilmiş bazı vakalarda veya organ fonksiyon bozukluğu ile giden infiltrasyon endometriozisinde (örn., yarı tıkanmış/tıkayıcı bağırsak fenomeni veya idrar yolu travması sonucu böbrek fonksiyonların bozulmuş) ve özellikle daha genç, iki ya da daha fazla tıbbi destekli üreme döngüsünden olumsuz sonuç almış vakalarda seçilmelidir. Tabi ki deneyimli bir doktor tarafından yapılan görüntülemelerinde şüpheli malign (kötü huylu olma olasılığı olan) lezyon saptanmış hastalar da cerrahi için adaydır. (endometriomanın (çikolata kisti) kötü huylu dönüşümü nadir ama mümkündür, <%2 vakada özellikle 40 yaş üstü)

6. Genellikle, gebelik sırasında endometriozis dinlenme dönemine girer, ancak adenomyozis ve infiltrasyon içeren endometriotik lezyonların varlığı, gebelik sırasında komplikasyon riskinde artış ile ilişkili olabilir. Düşük ve erken doğum riski artışı, anormal plasental implantasyon (yerleşme) ve fetal malpozisyon ve dolayısıyla sezaryen riski artışı, daha az görülen ürolojik komplikasyonlar ve barsak perforasyonları gibi riskler ve olası tedavi seçenekleri görüşme sırasında hasta ile tartışılmalıdır.

7. Yardımcı üreme teknikleri, özellikle de 2. seviye olan (FIVET / ICSI) bazen endometriozis ilişkili kısırlık problemlerine çözüm getirebilmektedir. Yumurtalıkta endometriozisinin varlığı foliküler rezervi ve oositik

kaliteyi düşürür ancak bilimsel yayınlar hamilelik oranını olumsuz etkilemediğini söylemektedir. Başarı oranları öncelikle hastanın yaşına ve foliküler rezervine bağlıdır. Kontrollü yumurtalık stimülasyonunun (controlled ovarian stimulation) hastalık ilerlemesi riskini arttırdığına dair bir kanıt bulunmamaktadır. Öte yandan, özellikle bilateral (iki taraflı) bir veya daha fazla endometriotik kistin çıkarıldığı ameliyatlar, foliküler rezerv ve dolayısıyla bunu izleyen stimülasyon prosedürlerinden alınan başarı oranını önemli ölçüde azaltır; cerrahi sadece dikkatli bir şekilde yüksek derecede semptomatik olgularda veya şüpheli ultrason bulguları olduğunda (deneyimli doktorlar tarafından yapılmış) veya foliküler örneklemeyi bozabilecek durumlarda göz önünde bulundurulmalıdır.

8. Endometriozisli genç hastalar, follikül rezervinin uzun süreli bozukluğu ve üreme potansiyeli açısından daha çok risk taşırlar. Bu hastalarda oositlerin dondurulması, bilhassa bilateral veya tek taraflı overyan endometriozisten etkilenmiş, ve ameliyat geçirmişse, bir garantisi olmasa da gelecekteki konsepsiyon (dölllenme) olasılıklarının artmasına olanak sağlayabilir. Yine, benzer PMA tekniklerinde olduğu gibi, başarı oranları öncelikle hastanın yaşı ve foliküler rezervi, özellikle de bulunan yumurta sayısı ve kalitesinden etkilenir. Bu nedenle herhangi bir kriyoprezervasyonun 36 yaşından önce yapılması önerilir. Bu sonuçlar, bize göre, dünyanın en iyi uzmanları tarafından paylaşılan en önemli sonuçlardır.

Ve son olarak kendi kişisel görüşümüzle bitirelim;

Tecrübeli doktor, farmakolojik, cerrahi ya da üreme tıbbı ile ilişkili olsun, hastanın uygun tedavisine rehberlik etmek, seçimleri hastasına uyarlamak, yaşını ve ihtiyaçlarını belirlemek ve en yüksek bakım standartlarını sunmak için her türlü çabayı göstermelidir. Hasta bilgilendirilmeli ve hastaya seçme şansı sunulmalıdır.

Mario Malzoni

Endometriosis Ulusal Merkezi