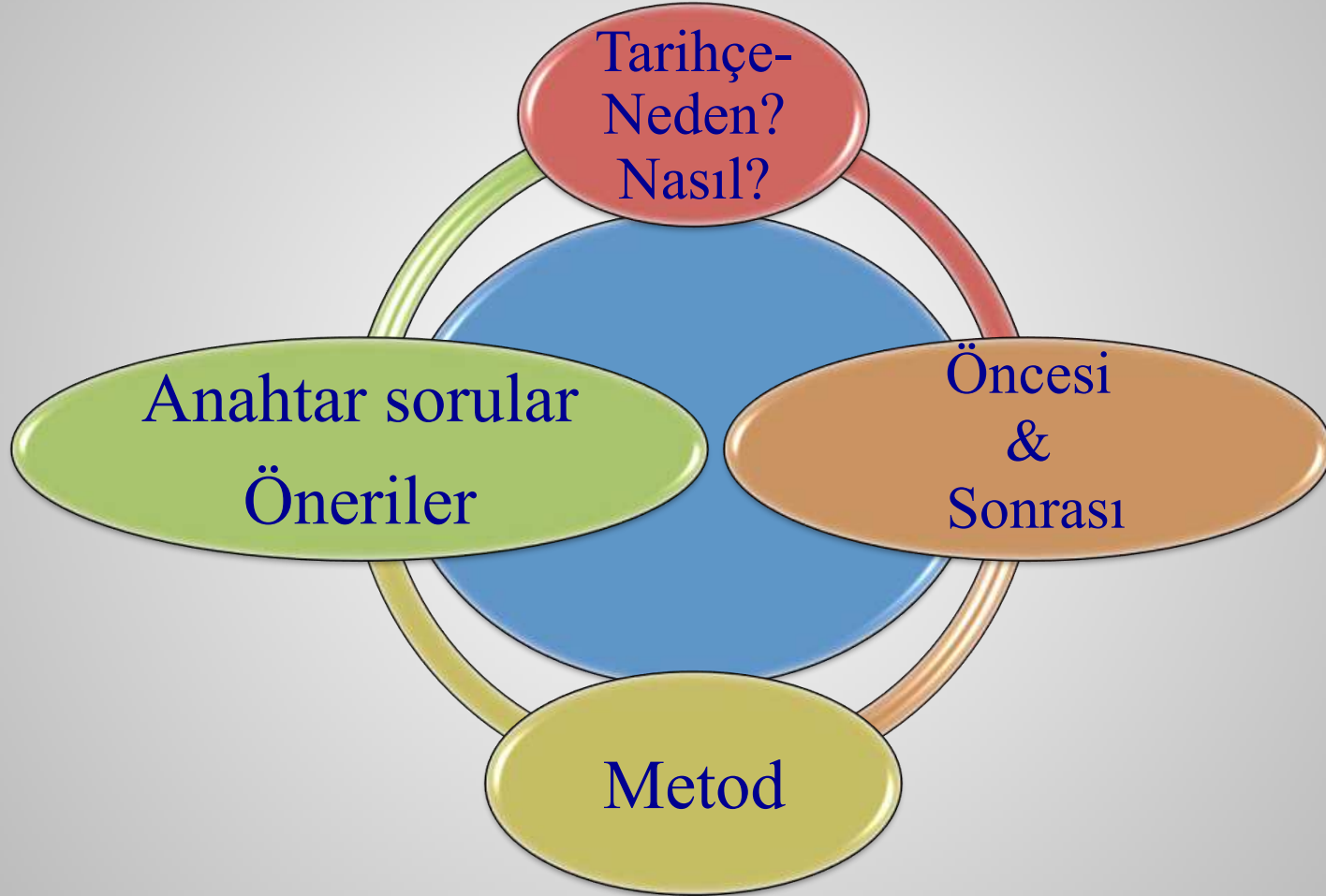




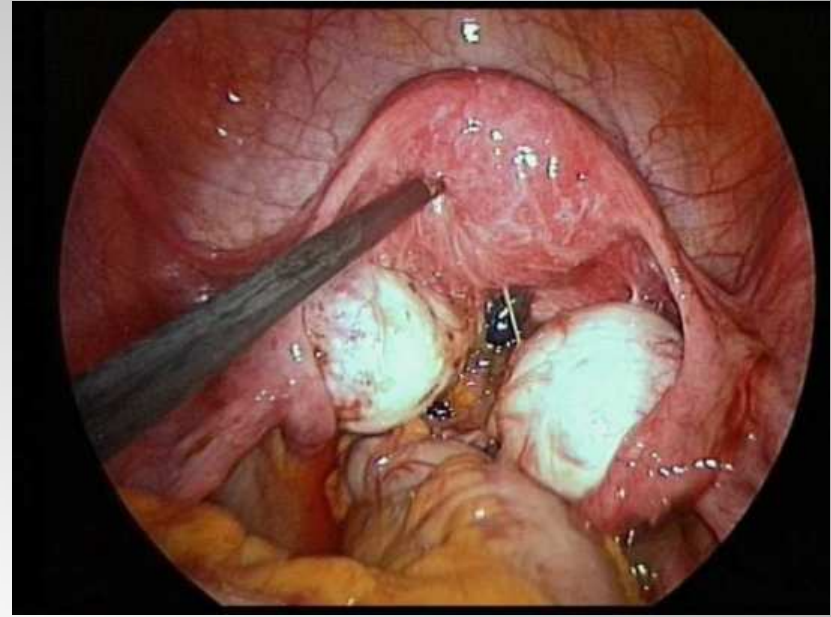
# Ana Hatlarıyla Endometriozis Yönetiminde ESHRE 2014 Guideline

Doç. Dr. Şadıman Kıykaç Altınbaş  
Etlik Zübeyde Hanım KHEAH

# Sunum Planı



# Endometriozis



- Endometrial gland ve stromanın uterin kavite dışında yerleşmesi
- Reprodüktif çağdaki kadınların % 2-10'u,
- İnfertil kadınların %50'si..

# Guideline?

- **ESHRE**: (<http://guidelines.endometriosis.org/>) → **2005**, Manual for ESHRE Guideline Development (**2009**), **2014**.
- **ASRM** (Practice Committee of the American Society for Reproductive, **2008**, **2012**)
- **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**: Green-top Guideline No. 24 (October **2006**, Minor revisions October **2008**): The investigation and management of endometriosis  
<http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG2410022011.pdf>)
- **Society of Obstetrics and Gynecology of Canada**: (Leyland, et al., **2010**)
- **College National des Gynecologues et Obstetriciens Français (CNGOF)**: (Roman, **2007**)
- **Deutsche Gesellschaft für Gynakologie und Geburtshilfe** (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-045.html>)



# Management of women with endometriosis

Guideline of the European Society of Human  
Reproduction and Embryology

ESHRE Endometriosis Guideline Development Group

September 2013

# ESHRE guideline: management of women with endometriosis<sup>†</sup>

**SORU:**

**Literatürde endometriozisin en optimal tedavisi nedir?**



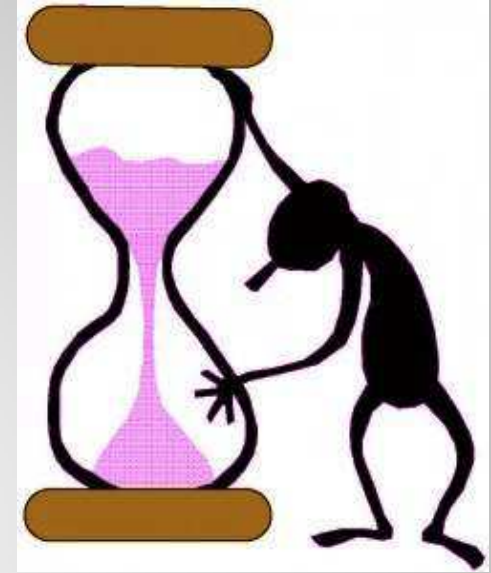
2005 Manual for ESHRE Guideline Development metodolojisi baz alınarak,

22 anahtar soruya yanıt olarak 83 öneride bulunulmuştur.

# ESHRE rehberinde yer alan öneri niteliğindeki bilgilerin sınıflandırılması

Öneri derecesi	Bilgi kaynağı
<b>A</b>	<b>Meta-analiz, sistematik review veya multipl randomize kontrollü çalışmalar (RCT) (yüksek kalite)</b>
<b>B</b>	<b>Meta-analiz, sistematik review veya multipl RCT (orta kalite) Tek RCT, geniş non-randomize çalışma(lar) veya vaka kontrol/ kohort çalışmaları (yüksek kalite)</b>
<b>C</b>	<b>Tek RCT, geniş non-randomize çalışma(lar) veya vaka kontrol/ kohort çalışmaları (orta kalite)</b>
<b>D</b>	<b>Non-analitik çalışmalar veya olgu serileri (yüksek veya orta kalite)</b>
<b>GPP (Good practice point)</b>	<b>Uzman görüşü</b>

# 1.1 Semptomlar ve endometriozis bulguları



## Endometriozis tanısında gecikme

Tanıda gecikme	Yıl
Almanya & Avusturya	10.4 yıl
İngiltere & İspanya	8 yıl
Norveç	6.7 yıl
İtalya	7-10 yıl
İrlanda & Belçika	4-5 yıl

# 1.1 Semptomlar ve endometriozis bulguları

## Anahtar Soru 1: Hangi semptomlar endometriozisle ilişkilidir?

Öneriler	Öneri derecesi
Jinekolojik semptomlar: <u>dismenore</u> / non-siklik pelvik ağrı / derin dispareuni / infertilite	GPP

Öneriler	Öneri derecesi
Non-jinekolojik siklik semptomlar: diskezi, disüri, hematüri, rektal kanama, omuz ağrısı	GPP

Eldeki veriler sınırlı olsa da, mevcut semptomların varlığı endometriozisin erken tanısını sağlayacak ve bu hastaların hayat kalitesini arttıracaktır.

## 1.2 Endometriozis tanısında klinik değerlendirme

### Anahtar Soru 2: Klinik değerlendirme sırasında hangi bulgular pelvik endometriozis varlığını ve lokalizasyonunu predikte eder?

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisten şüphelenilen tüm kadınlarda klinik değerlendirme (vajinal muayene) yapılmalıdır. Adölesan ve koit öyküsü bulunmayan hastalarda <b>rektal muayene</b> tanıda yardımcı olabilir.	GPP
Klinisyenler klinik muayene sırasında rektovajinal duvarda ağrılı endurasyon ve/veya nodül, veya posterior vajinal fornikte gözle görülür vajinal nodül saptadıklarında <b>DERİN ENDOMETRİOZİS</b> tanısını düşünebilirler (Bazot et al., 2009)	C

# 1.2 Endometriozis tanısında klinik değerlendirme

## Öneriler

## Öneri derecesi

Klinisyenler klinik muayene sırasında adneksiyel kitle tespit ettiklerinde ovaryan endometrioma tanısını düşünebilirler (Bazot et al., 2009, Condous et al., 2007...).

C

Endometriozis tanısında **KLİNİK MUAYENE**'nin değeri **ZAYIF**'tir. Klinik muayene ileri tanısal yaklaşımlar için yararlıdır, ancak klinisyenin deneyim ve becerisi ile sınırlı olması limitasyonudur.

Klinik muayene yapılamayan durumlarda (adölesan, dini sebepler, geçmişte taciz hikayesi) diğer tetkikler tanısal olarak kullanılabilir.

## 1.3 Endometriozis tanısında medikal teknolojiler

**Anahtar Soru 3: Spesifik medikal teknolojiler kullanılarak endometriozis tanısı konulabilir mi?**

- Laparoskopi?
- Histoloji?
- USG?
- MRI?
- Biyolojik belirteçler?

## 1.3.1 Endometriozis tanısında laparoskopji

### Öneriler

### Öneri derecesi

GDG, klinisyenlerin, histoloji ile konfirme pozitif laparoskopji bulgusu sonucu endometriozis tanısı koymalarını önerir (Pozitif histoloji tanıyı doğrulasa da, negatif histoloji endometriozis tanısını dışlamaz.).

GPP

- Laparoskopji histolojik doğrulama olsun ya da olmasın, tanı koymak ve endometriozis varlığını ekarte etmek için kullanılmaktadır.
- Hastalık semptom ve bulguları olan kadınlarda negatif tanısız L/S endometriozis tanı dışlanmasında güvenilirdir (Wykes, et al., 2004)

## 1.3.2 Rektal endometriozis tanısında transvajinal sonografi

### Öneriler

### Öneri derecesi

Rektal endometriozis semptom ve bulguları olan kadınlarda, **transvajinal sonografi** rektal endometriozis tanısını ayırt etmede ya da dışlamada yardımcıdır (Hudelist, et al., 2011)

A

TV sonografinin uygulayıcı bağımlı olması ve bu konudaki deneyimin az olması sebebiyle, TVS konusunda deneyimli olmadıkça rektal endometriozis tanısında TVS önerilemeyeceği belirtilmektedir.

### 1.3.3 Ovaryan endometriozis tanısında transvajinal sonografi

#### Öneriler

Ovaryan endometrioma tanısı ve ekartasyonunda TVUS yapılması önerilir (Moore, et al., 2002)

#### Öneri derecesi

A

#### Öneriler

Premenopozal kadınlardaki endometrioma özellikleri buzlu cam görüntüsü, papiller yapılar olmaksızın saptanabilen kan akımıdır.

#### Öneri derecesi

GPP

## 1.3.4 Rektovajinal endometriozis tanısında 3D sonografi

Öneriler	Öneri derecesi
Rektovajinal endometriozis tanısında 3D US'nin yararlılığı net saptanmamıştır (Pascual, et al., 2010)	D

## 1.3.5 Peritoneal endometriozis tanısında manyetik rezonans görüntüleme

Öneriler	Öneri derecesi
Peritoneal endometriozis tanısında MRI'nin yararlılığı net saptanmamıştır (Stratton, et al., 2003).	D

## 1.3.6 Endometriozis tanısında biyobelirteçler

### Öneriler

### Öneri derecesi

Klinisyenlerin endometriozis tanısı için, endometriyal dokuda, menstrual veya uterin sıvılarda **biyobelirteçleri kullanmaları önerilmemektedir** (May, et al., 2011).

A

### Öneriler

### Öneri derecesi

Klinisyenlerin endometriozis tanısı için plazmada, idrarda veya serumda **CA-125 dahil immünojenik biyobelirteçleri kullanmamaları önerilmektedir** (May, et al., 2010, Mol, et al., 1998)

A

# Anahtar Soru 5: Spesifik medikal teknolojiler kullanılarak derin endometriozis yaygınlığı saptanabilir mi?

## Öneriler

## Öneri derecesi

GDG, hikaye veya fizik muayene ile derin endometriozis şüphesi var ise, klinisyenlerin ek görüntüleme tetkikleri ile üreter, mesane ve barsak tutulumunu değerlendirmelerini önermektedir.

GPP

Hastaya göre değişen şekilde, bazı durumlarda, MRI veya transrektal ve/veya transvajinal sonografinin baryum enema çalışması ile birlikte ya da olmaksızın kullanılması hastalığın yaygınlığının değerlendirilmesi amacıyla kullanılması düşünülebilir.

Mesane endometriozisi → Hasta öyküsü ve mesanesi dolu iken TVUS  
→ Endometriozis nodülünün boyutuna göre saptama oranında değişkenlik  
→ Histolojik confirmasyon için sistoskopi sırasında biyopsi

## 2. Endometriozis ilişkili ağrı tedavisi

### 2.1 Ampirik ağrı tedavisi

Öneriler	Öneri derecesi
GDG, direkt endometriozise bağlı olduğu düşünülen semptomu olan kadınlara ampirik uygun analjezi, kombine hormonal kontraseptifler veya progestagenlerin başlanmasını önerir.	GPP

## 2.2 Endometriozis ilişkili ağrı tedavisinde hormonal tedaviler

### Anahtar soru 6: Endometriozis ilişkili ağrılı semptomlarda hormonal tedaviler etkili midir?

Öneriler	Öneri düzeyi
Endometriozis ilişkili ağrıyı azaltması sebebiyle hormonal tedavi seçeneklerinden birini (hormonal kontraseptifler [ <b>kanıt düzeyi B</b> ], progestagenler [ <b>kanıt düzeyi A</b> ], antiprogestagenler [ <b>kanıt düzeyi A</b> ], veya GnRH agonistleri [ <b>kanıt düzeyi A</b> ]) kullanılması önerilir.	A-B
Öneriler	Öneri düzeyi
GDG, hormonal tedavi tercihlerinde hastanın tercihi, ilacın yan etkileri, etkinliği, maliyeti ve uygulanabilirliğinin dikkate alınmasını önerir.	GPP

## 2.2.1 Hormonal kontraseptifler

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis ilişkili <b>DİSPARUNİ, DİSMENORE ve NON-MENSTRUEL AĞRI</b> 'y1 azaltması sebebiyle <b>KOMBİNE HORMONAL KONTRASEPTİF</b> reçete edilebilir (Vercellini, et al., 1993).	B
Endometriozis ilişkili <b>DİSMENORE</b> yakınması olan kadınlarda kontinu <b>KOK</b> kullanımını düşünülebilir (Vercellini, et al., 2003)	C
Endometriozis ilişkili <b>DİSMENORE, DİSPARUNİ ve KRONİK PELVİK AĞRI</b> 'y1 azaltması için <b>vajinal kontraseptif halka veya transdermal (estrojen/progesteron) patch</b> kullanımını düşünülebilir (Vercellini, et al., 1993).	C

## 2.2.2 Progesteronlar ve anti-progesteronlar

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis ilişkili AĞRI'yı azaltmak amacıyla PROGESTAGENLERden [medroksiprogesteron asetat (oral ya da depo), dienogest, siproteron asetat, noretisteron asetat veya danazol] biri reçete edilebilir (Brown et al., 2012).	A

Öneriler	Öneri derecesi
GDG progesteronlar reçete edilirken özellikle irreversible yan etkilerinin (örneğin tromboz, androjenik y.e'ler) göz önüne alınmasını önerir.	GPP

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisle ilişkili ağrıyı azaltmak için Levonorgestrel IUS bir seçenek olarak düşünülebilir (Ferreira et al 2010, Gomes et al 2007, Petta et al 2005)	B

## 2.2.3 GnRH agonistleri

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis ilişkili ağrının azaltılmasında tedavi seçeneklerinden biri olarak GnRH agonistlerinin (nafarelin, leuprolide, buserelin, goserelin veya triptorelin) kullanılması, <b>doz veya tedavi süresiyle ilgili kanıt sınırlı</b> olmasına karşın kullanılması önerilir (Brown, et al., 2010)	A
Tedavi süresince oluşabilecek <b>kemik kaybı</b> ve <b>hipoestrojenik semptomlardan</b> korunmak için GnRH agonist tedavisine hormonal add-back tedavinin eklenmesi önerilir.	A
Genç kadın ve adölesanların maksimum kemik dansitesine sahip olmamaları sebebiyle GnRH agonist kullanımını sırasında dikkatli olunmalıdır	GPP

## 2.2.4 Aromataz inhibitörleri

Aromataz inhibitörleri ile yapılan çalışmalar **endometriozisli premenopozal kadınlarda** ağrı semptom tedavisi içindir.

### Öneriler

### Öneri derecesi

Diğer medikal veya cerrahi tedavilere refrakter **rektovajinal endometriozise** bağlı ağrı yakınması olan kadınlarda ağrıyı azaltmaları sebebiyle aromataz inhibitörlerinin oral kontraseptifler, progestagenler veya GnRH analogları ile birlikte kullanımları düşünülebilir (Ferrero et al, 2011, Nawathe et al., 2008).

B

Aromataz inhibitörleri ciddi yan etkilerine bağlı olarak, **diğer medikal ve cerrahi tedavilere cevap vermeyen** hastalarda kullanılmalıdır.

## 2.3 Endometriozis ilişkili ağrı tedavisinde analjezik kullanımı

### Anahtar soru 7: Analjezikler endometriozise bağlı ağrının azaltılmasında etkin midir?

Endometriozise bağlı dismenore tedavisinde NSAİD (naproksen) etkinliği çalışmaların yetersizliği nedeniyle net gösterilememiştir.

#### Öneriler

#### Öneri derecesi

GDG endometriozis ilişkili ağrının azaltılmasında klinisyenlerin NSAİD kullanmalarını önerir.

GPP

NSAİD reçete edilirken, sık kullanımında oluşabilecek yan etkilerin (**ovulasyon inhibisyonu, gastrik ülser ve kardiyovasküler hastalık riski**) hastalarla konuşulması önerilir.

## 2.4.1 Endometriozis ilişkili ağrı tedavisinde CERRAHİ

Öneriler	Öneri derecesi
Laparoskopi sırasında endometriozis saptandığında, endometriozisin cerrahi olarak tedavisi önerilir (Endometriozis ilişkili ağrının azaltılmasında etkilidir: “ <b>see and treat</b> ”, Jacobson et al., 2009.	A

Endometriozis ilişkili ağrı tedavisinde LPT ve L/S eşit etkinliktedir. Endometriozisin tüm evreleri için sadece diagnostik L/S ile karşılaştırıldığında operatif L/S (eksizyon/ablasyon) daha etkilidir.



L/S daha az ağrı + kısa hastanede kalış süresi + iyi kozmetik sonuçlar ile ilişkilidir.

## 2.4.2 Ablasyon mu, Eksizyon mu?

Mild endometriozis ilişkili ağrı → EKSİZYON = ABLASYON (Wright 2005)

### Öneriler

### Öneri derecesi

Ağrıyı azaltmak için peritoneal endometriozisin hem ablasyonu, hem de eksizyonu önerilir.

C

## 2.4.3 Pelvik sinir yolaklarının cerrahi kesilmesi?

Öneriler	Öneri derecesi
Ağrıyı azaltmak adına konservatif cerrahi prosedüre ek olarak L/S uterosakral sinir ablasyonu ( <b>LUNA</b> ) <u>YAPILMAMALIDIR.</u>	A

Öneriler	Öneri derecesi
<b>Presakral nörektomi (PSN)</b> , konservatif cerrahiye ek prosedür olarak endometriozis ilişkili orta hat ağrısını azaltmakta <u>ETKİLİDİR.</u> Ancak ileri cerrahi teknik ve yetenek gerektiren tehlikeli (kanama, konstipasyon, üriner urgency, bir prosedürdür (Proctor et al., 2005)	A

## 2.4.4 Ovarian endometrioma ilişkili ağrıda cerrahi tedavi

- ◆  $\geq 3$  cm ovarian endometriomalarda **KİSTEKTOMİ > DRENAJ & KOAGÜLASYON** (Endometriozis ilişkili ağrı rekürrensi ve endometrioma rekürrensi açısından)
- ◆  $\geq 3$  cm ovarian endometriomalarda **KİSTEKTOMİ > CO2 LAZER VAPORİZASYON** (Endometrioma rekürrensi açısından)
- ◆  $\leq 3$  cm ovarian endometriomaların cerrahi çıkarımı ağrı tedavisi açısından önerilir, ancak küçük endometriomaların çıkarımı sırasında **cerrahi plan kaybı** akılda bulundurulmalıdır.

## 2.4.5 Derin endometriozis ilişkili ağrıda cerrahi tedavi

- Derin endometriozis için cerrahi mümkün ve yararlı olmasına karşın **KOMPLİKASYON ORANLARI** (özellikle barsak cerrahisi) açısından önemlidir!
- Total **intraoperatif** komplikasyon oranı: **%2.1**
- Total **postoperatif** komplikasyon oranı: **%13.9** (%9.5 minör, %4.6 majör) (Kondo et al., 2011)
- **Shaving & segmental rezeksiyon?** (Donnez & Squifflet, 2010; Meuleman et al., 2011a,b)

## 2.4.6 Endometriozis ilişkili ağrıda histerektomi

### Öneriler

### Öneri derecesi

Hasta **çocuk istemini tamamladı** ve diğer konservatif tedavi modalitelerinden **fayda görmüyorsa**, **overler** ile birlikte tüm gözle görünür **endometriozis odaklarının** çıkarılması planlanabilir. Hastalar histerektominin tüm semptomlara ya da hastalığın kendisini iyileştiremeyebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

GPP

## 2.4.7 Endometriozis cerrahisinde adezyondan korunma

Öneriler	Öneri derecesi
Adezyon oluşumunu engellediği için operasyon sırasında oksitlenmiş rejenere selüloz kullanılabilir (Ahmad, et al., 2008)	B
Operatif L/S sonrası adezyon oluşumunun engellenmesinde icodextrin kullanımı ÖNERİLMEZ (Yararı gösterilmemiş) (Brown, et al., 2007, Trew et al., 2011)	B
Spesifik olarak endometriozisli kadınlarda kullanılmamış olsa da, pelvik cerrahi sırasında adezyon önlenmesinde kullanılan ve etkin bulunan diğer adezyon ajanlarının ( <b>politetrafloroetilen cerrahi membran, hyaluronik asit ürünleri</b> ) kullanımını gözönüne alınmalıdır.	GPP

## 2.5 Endometriozis ilişkili ağrıda preoperatif hormonal tedaviler

### Öneriler

### Öneri derecesi

Endometriozisli kadınlarda ağrı için cerrahi sonuçlarını iyileştirmek adına preoperatif hormonal tedavi **reçete edilmemelidir.**

A

## Anahtar soru 8: Endometriozisten sekonder korunma (rekürrens) mümkün mü?

Öneriler	Öneri derecesi
GDG, cerrahi olarak tedavi edilmiş hastalarda sekonder korunma (rekürrens) açısından seçenekler olabileceğini bildirir. Bu tercihler hastanın tercihi, maliyet, uygulanabilirlik ve yan etkilerine bağlıdır.	GPP

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis ilişkili dismenore, dispareuni, non-menstruel pelvik ağrı rekürrensinden korunma adına, 3 cm ve üstü endometriomalarda kistektomi, drenaj ve koagülasyon yerine tercih edilmelidir.	A

## Anahtar soru 8: Endometriozisten sekonder korunma (rekürrens) mümkün mü?

Öneriler	Öneri derecesi
Ovarian endometrioma cerrahisi (kistektomi) sonrası acil konsepsiyon istemi olmayan hastalara rekürrense yönelik hormonal kontraseptifler reçete edilebilir.	A
Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisten opere olan hastalarda, endometriozis ilişkili dismenore rekürrensinden korunma amaçlı postoperatif en az 18-24 ay verilmek üzere LNG-IUS veya kombine hormonal kontraseptifler reçete edilmesi önerilir (Bu durum non-menstruel pelvik ağrı ya da disparuni için geçerli değil)	A

## 2.7 Extragenital endometriozis ilişkili ağrı tedavisi

Öneriler	Öneri derecesi
Eğer mümkünse semptomatik ekstragenital endometriozisin cerrahi çıkarımı düşünülmelidir.	<b>D</b>

Öneriler	Öneri derecesi
Cerrahi tedavi zor ya da mümkün değilse, semptomları kontrol altına almak için medikal tedavi düşünülmelidir	<b>D</b>

### 3. Endometriozis ilişkili infertilite tedavisi

◆ Literatür taramasında sonuçlar:

◆ Canlı doğum oranı, gebelik, multipl gebelik oranları, abortus oranları, ektopik gebelik, teratojenite, tedavinin yan etkileri

## 3.1 Endometriozis ilişkili infertilite tedavisinde hormonal tedaviler

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisli infertil kadınlarda fertilitiyi düzeltmek amaçlı, ovarian fonksiyon supresyonunu baskılamak için hormonal tedavi kullanılmamalıdır.	A



**Danazol, GnRH analogları, OKS**



**Minimal & mild endometriozis için geçerli**

## 3.2 Endometriozis ilişkili infertilite tedavisinde cerrahi

### Anahtar soru 10: Cerrahi etkili midir?

Öneriler	Öneri derecesi
AFS/ASRM evre I/II endometriozis olan infertil kadınlarda, devam eden gebelik oranlarını yükseltmek için adezyolizis de içeren operatif L/S (endometriyotik lezyonların eksizyonu veya ablasyonu) yapılmalıdır (Jacobson et al., 2010, Nowroozi et al., 1987)	A
Öneriler	Öneri derecesi
AFS/ASRM evre I/II endometriozis olan infertil kadınlarda, lazer vaporezasyon daha yüksek kümülatif spontan gebelik oranları ile ilişkili olduğundan, monopolar koagülasyon yerine CO2 lazer vaporezasyon tercih edilmelidir (Chang et al., 1997)	C

# Anahtar soru 10: Cerrahi etkili midir?

Öneriler	Öneri derecesi
Ovarian endometrioma için cerrahi geçiren infertil kadınlarda, spontan gebelik oranlarını arttırmak için drenaj ya da elektrokoagülasyon yerine <b>endometrioma kapsül eksizyonu</b> önerilmelidir (Hart, et al., 2008)	A
Öneriler	Öneri derecesi
GDG, ovarian endometrioması olan hastaların cerrahi sonrası azalmış over fonksiyon riski ve olası over kaybı konusunda bilgilendirilmesini önerir. Hastanın öncesinde ovarian cerrahi öyküsü mevcutsa, cerrahi kararı konusunda dikkatli davranılmalıdır.	GPP
Öneriler	Öneri derecesi
AFS/ASRM evre III/IV endometriozisli kadınlarda, spontan gebelik oranlarını arttırmak için ekspektan yaklaşım yerine operatif laparoskopi düşünülmelidir (Nezhat, et al., 1989, Vercellini, et al., 2006a)	B

## 3.2 Endometriozis ilişkili infertilite tedavisinde cerrahiye ek hormonal tedaviler

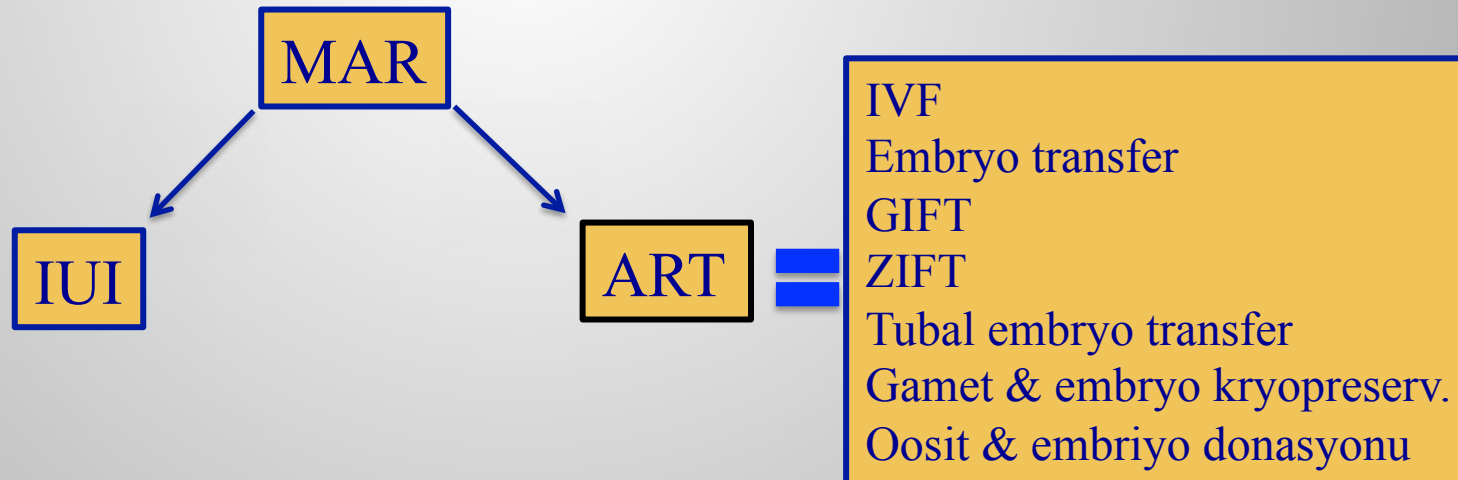
Anahtar soru 11: Hormonal tedaviler cerrahiye ek olarak etkili midir?

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisli infertil kadınlarda spontan gebelik oranlarını düzeltmek için cerrahi öncesi ek hormonal tedavi verilmesi yeterli kanıt bulunmadığından önerilmemektedir.	GPP

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozisli infertil kadınlarda spontan gebelik oranlarını düzeltmek için, cerrahi sonrası ek hormonal tedavi verilmemelidir (Furness, et al., 2004)	A

## 4. MAR: MEDICALLY ASSISTED REPRODUCTION

**MAR:** Ovulasyon indüksiyonu, kontrollü ovarian stimülasyon, ovulasyon triggering, ART işlemleri, ve eşin / partnerin veya donörün semeni ile intrauterin, intraservikal ve intravajinal inseminasyon.



## 4.1 Endometriozisli hastalarda MAR

Anahtar soru 11: Endometriozis ilişkili infertilitede  
MAR etkili midir?

Öneriler

Öneri derecesi

AFS/ASRM **evre I/II endometriozisli** infertil kadınlarda

canlı

kont

inse

Evre I/II endometriozis → KOH-IUI

Öne

recesi

AFS/ASRM **evre I/II endometriozisli** infertil kadınlarda,  
gebelik oranlarını arttırdığı için, **tek başına intrauterin  
inseminasyon yerine** kontrollü ovarian hiperstimülasyon ile  
birlikte intrauterin inseminasyon uygulanabilir (Nulsen, et al.,  
1993)

C

## Öneriler

## Öneri derecesi

AFS/ASRM **evre I/II endometriozisli** infertil kadınlarda, açıklanamayan infertilitede elde edilen gebelik oranları ile benzer olduğundan, **cerrahi sonrası 6 ay içinde** kontrollü ovarian stimülasyon ile birlikte intrauterin inseminasyon uygulanması önerilebilir (Werbrouck, et al., 2006)

C

## Öneriler

## Öneri derecesi

GDG, endometriozis ilişkili infertilitede özellikle tubal fonksiyon bozuk ise veya erkek faktör infertilitesinde, ve/veya diğer tedaviler başarısız olduğunda ART'nin kullanımını önerir.

GPP

## 4.1.2 Endometriozisli kadınlarda ART

Öneriler	Öneri derecesi
Kümülatif endometriozis rekürrens oranları IVF/ICSI'de uygulanan kontrollü ovarian stimülasyon ile artış göstermediğinden endometriozisli infertil kadınlara cerrahi sonrası ART uygulanabilir (Benaglia, et al., 2011, 2010, Coccia et al., 2010, D'Hooghe, et al., 2006)	C
Öneriler	Öneri derecesi
Endometriomalı kadınlarda, her ne kadar follikül aspirasyonunu takiben ovarian abse riski düşük olsa da, oosit toplanması sırasında antibiyotik profilaksisi uygulanabilir (Benaglia, et al., 2008)	D

## 4.2 Endometriozisde ART'ye ek medikal tedaviler

### Anahtar soru 12: Yararlı mı?

Öneriler	Öneri derecesi
Klinisyenler endometriozisli infertil kadınlarda, klinik gebelik oranlarını düzeltmek için ART tedavisi öncesi 3-6 ay süreyle GnRH agonistleri reçete edebilirler.	B

High quality Cochrane review (Sallam et al.) → 3-6 aylık GnRHa tedavisi klinik gebelik oranlarını **4 kat arttırdığı** gösterilmiş.

## 4.3 Endometriozisli kadınlarda ART'ye ek cerrahi tedaviler

Anahtar soru 13: Reprodüktif sonuçları iyileştirmek için ART ile tedavi öncesi cerrahi??

Öneriler	Öneri derecesi
AFS/ASRM Evre I/II endometriozisli, ART öncesi L/S geçiren infertil kadınlarda, yararı net gösterilmemiş olsa da, canlı doğum oranını iyileştirmek için endometriozisin komplet çıkarımı düşünülebilir (Opoien, et al., 2011)	C

## 4.3.2 Ovarian endometriomalı kadınlarda ART öncesi cerrahi

Öneriler	Öneri derecesi
3 cm'den büyük endometrioması olan infertil kadınlarda, ART ile tedavi öncesi kistektomi uygulamasının gebelik sonuçlarını iyileştirdiğine dair kanıt yoktur (Benschop et al., 2010, Donnez et al., 2001, Hart et al, 2008)	A
Öneriler	Öneri derecesi
3 cm'den büyük endometrioması olan kadınlarda, GDG ART ile tedavi öncesi kistektomi uygulamasını endometriozis ilişkili ağrıyı azaltmak veya folliküllere ulaşılabilirliği sağlamak için önerir.	GPP
Öneriler	Öneri derecesi
GDG, endometrioma cerrahisi sebebiyle gelişebilecek azalmış over yanıtı ile olası over kaybının hasta ile konuşulmasını önerir. Hasta daha önceden cerrahi geçirdi ise, tekrar cerrahi kararı dikkatli alınmalıdır.	GPP

### 4.3.3 Derin endometriozisi bulunan hastalarda ART öncesi CERRAHİ?

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis ilişkili infertilitesi bulunan kadınlarda ART öncesi derin nodüler lezyonların cerrahi çıkarımının faydaları net gösterilmemiştir (Bianchi, ET AL., 209, Papaleo, et al., 2011)	C

# Endometriozis & Menopoz

Anahtar soru 14: Endometriozis öyküsü olan hastalarda menopozal semptomlar nasıl tedavi edilmelidir?

Öneriler	Öneri derecesi
Endometriozis sebebiyle cerrahi menopoz yaşayan hastalarda, menopozal semptomların tedavisinde estrojen/progesteron veya tibolon tedavileri etkili olabilir (Al Kadri, et al., 2009)	B
Öneriler	Öneri derecesi
GDG, endometriozis hikayesi bulunan, postmenopozal kadınlarda histerektomi sonrası klinisyenlerin karşılanmamış östrojen tedavisinden kaçınmasını önerir.	GPP
Öneriler	Öneri derecesi
GDG, endometriozisli kadınların cerrahi menopoz sonrası en azından doğal menopoz yaşına kadar kombine E/P veya tibolon ile tedavisinin devamını önerir.	GPP

## 6. Asemptomatik Endometriozis

**Asemptomatik endometriozis:** Tesadüfi olarak pelvik ağrı ve/veya infertilite olmaksızın peritoneal, ovarian veya derin endometriozis bulunması

**Prevalans:** L/S sterilizasyon sırasında %3-45

### Öneriler

### Öneri derecesi

GDG, hastalığın doğal seyri nasıl olacağı net bilinemediğinden, cerrahi sırasında saptanan insidental asemptomatik endometriozis vakalarında cerrahi eksizyon ya da ablasyonun **rutin yapılmasını önermemektedir.**

GPP

GDG, hastaların insidental endometriozis ile ilgili ayrıntılı bilgilendirilmelerini önerir.

## 7. Endometriozis & Korunma

- **Primer Korunma:** Sağlıklı, asemptomatik kadınların endometriozisten korunması

### Öneriler

### Öneri derecesi

Endometriozisten primer korunma için OKS'lerin kullanımının yararı belirsizdir.

C

### Öneriler

### Öneri derecesi

Endometriozisten primer korunma için fiziksel egzersizin yararı belirsizdir.

C

## 8. Endometriozis ve Kanser

### Öneriler

### Öneri derecesi

GDG, endometriozisli kadınlara kanser geliştirme riski üzerine şu bilgilerin verilmesini önerir:

1. Endometriozisin kansere sebep olduğuna dair **KANIT YOKTUR.**
2. Endometriozisli kadınlarda kanser overall insidans **ARTIŞI YOKTUR.**
3. Endometriozisli kadınlarda bazı kanserler (**over kanseri, non-Hodgkin lenfoma**) hafif yüksek izlenmektedir.

GPP

### Öneriler

### Öneri derecesi

GDG, endometriozis yönetiminde malignansilerle ilişkili olarak şu anda herhangi bir değişiklik önermemektedir. Konuyla ilgili over kanserini veya non-Hodgkin lenfomayı azaltmak adına klinik veri bulunmamaktadır.

GPP



İzinde aydınlık günlere.....