



ENDOMETRİOZİS BÜLTEN

TEMMUZ 2020 / SAYI XIV

ÖN CEPHEDE ÇALIŞAN TÜM SAĞLIK ÇALIŞANLARIMIZA MİNNETARIZ.



Her On Kadından Biri Endometriozis

www.endometriozis.org

Önsöz

Merhaba,

14. sayımızda yeniden sizlerle birlikteyiz.

Son 3 ayda COVID-19 Pandemisi nedeni ile tüm etkinliklerin iptal olması nedeni ile dünya genelinde etkinlikler online olarak devam ettirildi. Ulusal ve uluslararası pek çok webinar düzenlendi.

Derneğimiz Yönetim Kurulu, Danışma Kurulunda değerli hocalarımız ve genç gruptan meslektaşlarımız ile derneğimiz **instagram hesabından haftalık canlı yayınlar** yaparak takipçilerimizin sorularını cevaplarken aynı zamanda endometriozis hakkında bilgilendirici canlı yayınlar yapmaya başladık. Takipçilerimizden aldığımız olumlu geri dönüşler ile her hafta farklı bir hocamız ve genç meslektaşımız ile canlı yayın serimize devam edeceğiz.

Derneğimiz 7 Haziran Pazar günü uluslararası katılımlı ilk Webinar programımızı **“Endometriozis 2020 Güncel Durum-1”** canlı olarak gerçekleştirmiş olmanın heyecanını yaşıyoruz. **Dr. Engin Oral**'in moderatörlüğünde dünya da Endometriozis alanında tecrübelerinden faydalanılan **Dr Catherina Exacoustos, Dr. Ceana Nezhat** ve **Dr. Michael Hibner**'in yanı sıra derneğimiz başkanı **Dr. Taner Usta** ve **Dr. Ahmet Kale** endometriozis alanında deneyimlerini paylaştığı webinarımız katılımcılardan büyük ilgi gördü.

Kurucu başkanımız **Dr. Engin Oral**'ın başkanı olduğu **Avrupa Endometriozis Derneği**'nin Mart ayında başladığı webinar serisine **Dr. Harald Krentel, Dr. Engin Oral** ve **Dr. Sebastian Scheafer**'in birbirinden değerli sunumları ile devam etti. Yıl sonuna kadar webinar serisi aylık sunumlarla devam edecek. Aylık webinar programına bültenimizden ulaşabilirsiniz.

Hastalarımızla ve bizleri takip eden değerli takipçilerimizle online ortak bir platformda biraraya gelmek için yeni projeler üzerinde ekip olarak çalışmaya devam ediyoruz.

Yönetim Kurulumuzun değerli üyesi **Dr. Banu Kumbak Aygün** kendi isteği ile derneğimizden ayrılmış bulunmaktadır. Kendisine derneğimize ilk kuruluş aşamasından itibaren verdiği tüm destek ve emek için teşekkür ederiz.

Genç grup üyelerimizden **Doç. Dr. Hale Göksever Çelik** yeni yönetim kurulu üyemiz olarak seçildi, kendisine hoşgeldin diyor, başarılar diliyoruz.

Bir sonraki sayımızda tüm dünyada ve ülkemizde güzel haberleri paylaşmayı temenni ediyoruz.

Saygılarımızla,

Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu

Endometriozis & Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu 2020

Endometriozis ve Adenomyozis Derneği Kurucu Başkanı

Prof. Dr. Engin ORAL

2019-2022 Endometriozis ve Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu



(Başkan)

**Doç. Dr.
Taner Usta**



(Başkan Yardımcısı)

**Prof. Dr.
Ümit
İnceboz**



(Genel Sekreter)

**Prof. Dr. Ahmet
Kale**



(Sayman)

**Prof. Dr. Ercan
Baştu**



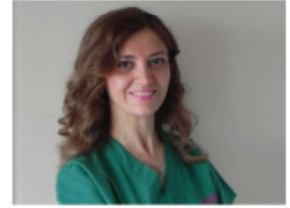
(Kurucu Başkan ve
Yönetim Kurulu
Üyesi)

**Prof. Dr. Engin
Oral**



(Yönetim Kurulu
Üyesi)

**Op. Dr. Pınar
Yalçın Bahat**



(Yönetim Kurulu
Üyesi)

**Doç. Dr. Hale
Göksever Çelik**

Endometriozis e-Bülten, Endometriozis&Adenomyozis Derneği tarafından hazırlanmaktadır. Bülten'de yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa dr_pinaryalcin@hotmail.com ve baharyl86@gmail.com adresinden bize ulaşabilirsiniz.

YENİ DERNEK ADRESİMİZ

Esentepe Mah. Yıldız Posta Cad. Emekli Subayevleri 28. Blok no. 7/7 Şişli İstanbul

info@endometriozisderneği.org

İÇİNDEKİLER

A- SEÇİLMİŞ MAKALELER

1. Hafif - orta şiddette endometriozis tedavisinde elektrodiatermiye karşı helyum termal koagülatör ile laparoskopik ablasyon veya eksizyon: randomize kontrollü çalışma - Laparoscopic ablation or excision with helium thermal coagulator versus electrodiathermy for the treatment of mild-to-moderate endometriosis: randomized controlled trial.

Misra, G., Sim, J., El-Gizawy, Z., Watts, K., Jerreat, S., Coia, T., ... & O'Brien, S. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.(2020).

2. Endometriozis ilişkili Yumurtalık Tümörlerini Yumurtalık Endometriomasından Ayırmak İçin Tümör Belirteçlerinin Kullanımı - Use of tumor markers to distinguish endometriosis-related ovarian neoplasms from ovarian endometrioma.

Shinmura, H., Yoneyama, K., Harigane, E., Tsunoda, Y., Fukami, T., Matsushima, T., & Takeshita, T. International Journal of Gynecologic Cancer, ijgc-(2020.)

3. Geçirilmiş Endometriozis Cerrahisi Hikayesi Olan Kadınlarda Gebelik Sonuçları - Pregnancy outcomes in women with history of surgery for endometriosis.

Farella, M., Chanavaz-Lacheray, I., Verspick, E., Merlot, B., Klapczynski, C., Hennetier, C. Roman, H. Fertility and Sterility. (2020).

4. Endometriozis Patofizyolojisinde Kemik İliği - Bone marrow in the pathophysiology of endometriosis.

Taylor, H. S Fertility and Sterility. (2020).on press

5. Östrojen Reseptörleri ve Endometriozis - Estrogen Receptors and Endometriosis.

Chantalat, E., Valera, M. C., Vaysse, C., Noirrit, E., Rusidze, M., Weyl, Arnal, J. F International Journal of Molecular Sciences, 21(8), 2815.(2020).

6. Ovaryan Endometriomalarının İlerleyici Doğasının Kanıtı - Evidence in Support for the Progressive Nature of Ovarian Endometriomas.

Ding, D., Wang, X., Chen, Y., Benagiano, G., Liu, X., & Guo, S. W The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. (2020).on press

B- DERNEĞİMİZDEN HABERLER

C- ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

D- ENDO UZMAN RÖPORTAJI

E- SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS

MAKALELERİ

F- SOSYAL MEDYA

HAZIRLAYANLAR

EDİTÖRLER

Uzm. Dr. Pınar Yalçın Bahat
Uzm. Dr. Bahar Yüksel Özgör
Prof. Dr. Ercan Baştu

HAZIRLAMA KURULU

Doç. Dr. Yusuf Aytaç Tohma
Uzm. Dr. Eda Üreyen Özdemir
Uzm. Dr. Işıl Ayhan
Uzm. Dr. Aslıhan Dericioğlu
Uzm. Dr. Ayşegül Mut
Uzm. Dr. Elif Göknur Topçu
As. Dr. Merve Didem Tanrıverdi
Stj. Dr. Ali İhsan Nergiz

A

SEÇİLMİŞ MAKALELER

1 Hafif - orta şiddette endometriozis tedavisinde elektrodiatermiye karşı helyum termal koagülatör ile laparoskopik ablasyon veya eksizyon: randomize kontrollü çalışma

Misra, G., Sim, J., El-Gizawy, Z., Watts, K., Jerreat, S., Coia, T., ... & O'Brien, S. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.(2020).

Giriş

Endometriozis, uterin kavitenin dışında endometriumun veya endometrium benzeri dokunun varlığı olarak tanımlanır. Bu kronik ve benign jinekolojik durum, üreme çağındaki kadınlarda yaklaşık % 5-10'unda görülür ve infertil vakalarda bu oran % 30-50'ye yükselir. Tanı için altın standart olan laparoskopide görüntülenen hastalığın derecesi ile ilişkili olmayan semptomları, endometriozisin kronik ve tekrarlayan doğası nedeniyle tedavi etmek zordur. Semptomların başlamasından tanıya kadar sıklıkla önemli bir gecikme olur ve bu da daha fazla morbiditeye yol açar. Sorun, bireyler arası varyasyon gösteren ağrı şiddetinin subjektif algısına dayanarak klinik özelliklerin değerlendirilmesinde objektivitenin azalmasıyla alakalıdır. Endometriozis tedavisinin amaçları ağrıyı hafifletmek ve doğurganlığı arttırmaktır. Hormonal terapiler olsun veya olmasın analjezi, bir tanı konulmadan önce ampirik olarak uygulanabilir.

Tıbbi tedaviye rağmen semptomlar devam ederse, "gör ve tedavi et" yaklaşımı bırakılıp, endometriozis tanısı laparoskopinin başında eksizyon ve / veya ablasyon ile tedavi edilir.

Tipik olarak, endometriozun elektrodiatermi ile tedavisi; elektrodiaterminin nerede güvenle kullanılabilceği konusunda örneğin bağırsağa veya mesaneye yakın olduğunda, sınırlamalar vardır. Alternatif bir prosedür olan helyum termal koagülatör, etkilenen dokuya inert bir gaz plazması sağlamak için helyum gazı ve çok düşük elektrik gücünün (2-8 watt) bir kombinasyonunu kullanır. Prob, etkilenen bölgeye laparoskopik olarak yönlendirilir ve aktive edildiğinde doku ile fiziksel teması yoktur. Güç seviyelerinin dikkatli kontrolü, son derece hassas koterizasyon derecelerinin uygulanmasına izin verir. Elektronlar ve doku arasındaki etkileşim helyumda meydana geldiğinden duman oluşmaz. Düşük termal yayılım potansiyeli; endometriozun mesane, bağırsak ve diyaframın üstündeki doku gibi, artan elektrodiatermi penetrasyonu ile yaralanabilen ve genellikle elektrodiatermi yapılmayan bölgeler üzerinde güvenli bir şekilde ablasyona izin verir. NICE tekniğin vaka serilerinden güvenliğine ilişkin kanıtlar sunmakta ancak etkinlikle ilgili kanıt eksikliğini kabul etmektedir. Bu çalışmanın amacı, hafif-orta endometriozisin bir helyum termal koagülatör ile laparoskopik tedavisinin, elektrodiatermi tedavisine kıyasla semptomların daha fazla rahatlaması ve azalmış morbidite ile ilişkili olup olmadığını belirlemektir.

Metod

Helyum termal koagülatör veya kanca elektrodiatermi ile laparoskopik eksizyon ve / veya ablasyonu yapılan hafif-orta dereceli endometriozisli hastalarda, eşit sayıda olarak, randomize paralel grup kontrollü bir çalışma gerçekleştirdik. Çalışma çift-kördü, böylece katılımcılar, değerlendiriciler ve araştırma istatistikçisi yapılan müdahalenin farkında değildi. Gerekliğinde ise, cerrah müdahaleye kör değildi. Her iki hasta grubuna da laparoskopik tedavi uygulandıktan, hastalar, hemşireler veya



diğer klinisyenler için hangi müdahalenin gerçekleştirildiğini gösteren hiçbir gösterge yoktu. Endometriozis tanısını doğrulamak veya dışlamak için laparoskopi yapıldı. Endometriozis mevcutsa, revize Amerikan Üreme Tıbbi Derneği (RASRM) endometriozis sınıflandırması kullanılarak evreleme yapıldı. Endometriozis yoksa veya hastalığın derecesi hafif ila orta dereceden fazlaysa, hasta randomize edilmedi ve çalışmadan çıkarıldı. Endometriozisin doğrulandığı durumlarda, cerrah daha sonra randomizasyon veritabanına giriş yaptı ve yapılacak prosedür için kod verildi (helyum termal koagülatör veya kanca elektrodiatermi). Her iki prosedürle ilgili olarak, cerrah, hastalığın şiddeti ve derinliğine ilişkin klinik değerlendirmeye ve altta EADan hassas yapılarla ilgili olarak ablasyon ve / veya eksizyon gerçekleştirdi. İntraoperatif kan kaybı ve komplikasyonlar kaydedildi. Hasta yaklaşık 4 saat sonra taburcu edildi. Postoperatif komplikasyonlar 6 ve 12. haftalarda değerlendirildi. 36 haftalık takipte başarılı bir şekilde gebe kalan veya yapmaya çalışan tüm katılımcılar da not edildi. Takibe katılmayan kadınlara birincil sonuç (özgeçmiş ağrı yoğunluğu, 12. haftada) hakkında bir öz değerlendirme formu gönderildi ve bunu postayla göndermeleri istendi.

Sonuçlar

Hafif ila orta endometriozis tedavisinin elektrodiatermi veya helyum termal koagülatör ile etkisini karşılaştıran bu randomize kontrollü çalışmada, 12. haftada elektrodiatermi lehine sıklık ağrı skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edildi. Tüm zaman noktalarında ayrıca, sıklık ağrıda, elektrodiatermi grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır. Sekonder sonuç ölçümleri için, 12. haftada disparoni için elektrodiatermi lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı. Bununla birlikte, sıklık ağrı ve disparoni üzerinde görülen etkiler, önerilen MID'den daha küçüktü ve bu yüzden klinik olarak önemli kabul edilemezdi. Bazı yaşam kalitesi ölçümlerinde (ağrı, duygusal iyilik hali ve özeleştirici) küçük ama istatistiksel olarak önemli farklılıklar da elektrodiatermi kullanımını desteklemiştir. Endometriozisin laparoskopik tedavisinin meta-analizi, sadece tanısı laparoskopik olarak yapılan hastalarda ciddi bir azalma göstermiştir. Hangi laparoskopik tekniğin en iyi sonuçları verdiğini tanımlamak, çok fazla tartışmanın ve araştırmanın odak noktası olmuştur. Çalışmamızda, her iki tedavi kolundaki katılımcılar klinik karara göre ablasyon ve / veya eksizyon alabilirler. Endometriozis eksizyonu ile ablasyonunu spesifik olarak karşılaştıran diğer çalışmalar, semptomların şiddetinde karşılaştırılabilir bir azalma göstermiştir. Bununla birlikte, meta-analiz, eksizyonla

endometriozis semptomlarında 12 ayda ablasyona kıyasla büyük iyileşme göstermiştir. Eksizyonun faydasının, sadece yüzeysel hastalığı tedavi edebilen ve daha derin hastalığı geride bırakan ablasyondan daha iyi semptomatik rahatlama sağlayan derin hastalığın çıkarılmasında olduğu ileri sürülmüştür. Eksizyon, bu teknikle helyum termal koagülatöründen çok daha yaygın olarak yapıldığından, bu çalışmada elektroditerminin klinik olarak da olsa istatistiksel olarak üstün sonuçlar göstermesinin muhtemel mekanizması olduğunu teorize ediyoruz. Geleneksel elektroditermi daha derin endometriotik dokuların eksizyonuna izin verdiğinden, daha derin hastalıklarla ilişkili olduğu düşünülen ağrı ve disparoni gibi semptomlarda daha fazla derecede azalma sağlayabilir.

Bu çalışmada, helyum pıhtılaşmasının hafif ila orta şiddette endometriyozun laparoskopik tedavisinde klinik olarak

Elektroditermiye üstün olmadığı gösterilmiştir. Cerrahlar müdahale seçimlerini diğer hususlara dayandırmayı seçebilirler. Mesane, bağırsak ve diyafram gibi hassas yapıların üzerinde EADan hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında, düşük termal yayılımı nedeniyle helyum koagülatörünün kullanılmasını tercih edebilirler. Tersine, daha derin eksizyona ulaşma isteği, onları elektroditermi kullanmaya teşvik edebilir. Sonuç olarak, hafif ila orta şiddette endometriyozun elektroditermi ile laparoskopik tedavisi, bir helyum termal koagülatör ile tedavi ile karşılaştırıldığında, sıklık ağrı, disparoni ve bazı yaşam kalitesi ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı üstün iyileşme göstermesine rağmen, bu etkilerin büyüklüğü genellikle de klinik açıdan önemli olduklarını düşünmek için küçük. Klinik uygulama için net önerilerde bulunulmadan önce sağlık ekonomisi değerlendirmesi de dahil olmak üzere daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

2 Endometriozis İlişkili Yumurtalık Tümörlerini Yumurtalık

Shinmura, H., Yoneyama, K., Harigane, E., Tsunoda, Y., Fukami, T., Matsushima, T., & Takeshita, T. International Journal of Gynecologic Cancer, ijgc-2020.)

Giriş

Endometriozis, yumurtalık kanserinin histolojik alt tiplerinin birçok alt çeşidi ile ilişkili olabilir. Endometriozis ile ilişkilendirilen yumurtalık berrak hücreli karsinom ve endometrioid karsinom sıklıkla benzer histogenez ve patogenezi paylaşırlar ve ve endometriozise bağlı yumurtalık kanseri olarak bilinir. Endometrioid yumurtalık karsinomları yüksek dereceli (high-grade) seröz yumurtalık kanserlerinden mutasyon seviyesinde farklıdırlar.

Mural nodülün varlığı maligniteyi işaret eder ve yumurtalık endometriomalarındaki katı kitleler ve papiller projeksiyonlar, sonografik morfolojide yumurtalık kanserini taklit eden en yaygın formlardır. Bu nedenle, sonografik görünüm genellikle daha az objektiftir. Aynı zamanda, Uluslararası Yumurtalık Tümörü Analizi (IOTA) çalışmalarına göre, transvajinal ultrason özellikleri şüpheli yumurtalık kitlelerinin yönetiminin iyileştirilmesine katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, sadece birkaç çalışma endometriozise bağlı yumurtalık tümörlerinin preoperatif tanısı için kullanılabilen tümör belirteçlerine odaklanmıştır ve önceki çalışmalar sadece serum CA125 düzeylerini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, ameliEAD öncesi tümör belirteçlerinin ve endometriozise bağlı yumurtalık tümörlerinin yumurtalık ednometriomundan ayırt edilmesinde klinik özelliklerin önemi araştırıldı.

Metod

Nisan 2008'den Nisan 2018'e kadar tek bir merkezde endometriozise bağlı yumurtalık tümörleri (n = 21) ve yumurtalık endometrioması (n = 262) ile doğrulanmış patoloji teşhisi konan 283 kadın üzerinde bir vaka kontrol çalışması yapılmıştır. Serum CA125, CA19-9, karsinoembriyojenik antijen (CEA), sialyl Lewis-x



antijeni (SLX) ve laktat dehidrojenaz (LDH) düzeyleri, yaş, tümör boyutu ve hastalarda mural nodül varlığı analiz edildi.

Sonuçlar

Çalışmamız CA19-9, CEA, SLX ve LDH düzeylerinin endometriozise bağlı yumurtalık tümörü ve yumurtalık endometrioma hastaları arasında anlamlı derecede farklı olduğunu göstermiştir. ROC eğrileri, LDH seviyesinin endometriozise bağlı yumurtalık neoplazmaları için daha iyi bir tarama markeri olduğunu göstermiştir. Ayrıca, endometriozis ile ilişkili yumurtalık tümörlerinin ameliEAD öncesi tahmininde yaş, tümör boyutu ve mural nodül varlığının önemli faktörler olduğunu gösterdik. Aksine, bu çalışmada, CA125 düzeyleri iki grup arasında anlamlı farklılık göstermemiştir.

Bu çalışma CA19-9, CEA, SLX ve LDH düzeylerinin ameliEAD öncesi endometriozise bağlı yumurtalık tümörlerinin tanısında yararlı olabileceğini göstermiştir. Bu tümör belirteçleri geleneksel olarak Japonya'da kullanılmaktadır. Bununla birlikte, endometriozise bağlı yumurtalık kanserinin ameliEAD öncesi tanısı için sadece birkaç rapor CA125 düzeyleri dışındaki tümör belirteçlerine odaklanmıştır.

3 Geçirilmiş Endometriozis Cerrahisi Hikayesi Olan Kadınlarda Gebelik Sonuçları

Farella, M., Chanavaz-Lacheray, I., Verspick, E., Merlot, B., Klapczynski, C., Hennetier, C. Roman, H. Fertility and Sterility. (2020).

Giriş

Gebelik endometriozise bağlı semptomları azaltabilmektedir fakat yapılan birçok çalışma endometriozisin olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkili olabileceğini ortaya çıkarmıştır. Preeklampsi, antepartum ve postpartum kanama, sezaryen insidansında artış, spontan hematomperiton ve bağırsak perforasyonu gibi maternal komplikasyonlar ve prematürite, SGA bebek ve ölü doğum gibi fetal olumsuz sonuçlar bildirilmiştir. Kronik inflamatuvar pelvik çevre, yapışıklıkların varlığı ve sağlıklı endometrium dokusu ile etkilenmiş endometrium arasındaki implantasyon açısından gelişen biyolojik farklar obstetrik komplikasyonlar için açıklama oluşturabilmektedir. Endometriotik lezyonun tipi, yerleşimi ve önceden geçirilmiş endometriozis obstetrik sonuçları etkileyebilmektedir. Bu konu ile ilgili veriler çelişkilidir, yapılan birçok çalışmada düşük vaka sayısı, tanı kriterlerinin uygun olmaması, hastalık evresi ve yerleşimindeki heterojen dağılım ve IVF gibi eşlik edebilecek faktörlerin göz ardı edilmesi gibi nedenler çalışmaların geçerliliğinde zayıflamaya neden olmaktadır. Çalışmamızın amacı büyük bir vaka serisinde geçirilmiş endometriozis cerrahisi ile olumsuz gebelik sonuçları arasındaki ilişkiyi hastalığın çeşitli özellikleri ve yapılan cerrahi ile birlikte değerlendirmektir.

Metod

Haziran 2000 ve aralık 2016 arasında Rouen Üniversitesi Hastanesi Kadın H. Ve Doğum kliniğinde endometriozis nedeni ile cerrahi tedavi yapılan hastaların kayıtları retrospektif incelendi. Bu hasta grubundan konsepsiyon öncesi endometriozis cerrahisi geçirmiş ve 22 hafta sonrasında doğum yapmış kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların preoperatif değerlendirmeleri transvaginal ultrason, pelvik muayene ve manyetik rezonans görüntüleme ile yapılmıştır. Rektal tutulum olan vakalarda nodülün infiltrasyon derecesinin belirlenmesi için rektal ultrason yapılmıştır. Sindirim sistemi tıkanıklığı değerlendirilmesinde CT kolonoskopi sıklıkla kullanılmıştır. Endometrioma tedavisinde plazma enerjisi ile ablasyon veya kistektomi kullanılmıştır. Sindirim sistemi infiltrasyonu olan semptomatik derin endometriozisi olan hastalarda rektal traşlama, disk ekzisyonu veya segmental rezeksiyon kullanılmıştır. Diğer yüzeysel ve derin endometriozis tutulumlarında total ekzisyona başvurulmuştur.

Sonuçlar

Çalışmamızda Genel Fransız popülasyonu ile karşılaştırıldığında, endometriozis cerrahisi geçiren kadınlarda SGA ve PT'de artış saptanmıştır. Bu sonuçlar endometriozis cerrahisi geçiren kadınların endometriotik lezyonlar gebelik öncesinde tamamen iyileşmiş olsa dahi, obstetrik risk altında olduğunu ileri sürmektedir. Buna ek olarak mesane ve rektum tutulumu nedeni ile cerrahi geçirmiş kadınlarda PT riski daha yüksektir fakat bu gebeliklerin büyük çoğunluğunun YÜT ile oluşması sonuçları etkilemiş olabilir.

Çalışmamızın bazı kısıtlı yönleri bulunmaktadır. Endometriozis cerrahisi geçirmiş hastaların prospektif kayıtlarını dahil edilmemiş ve



özellikle pre- ve post operatif ağrı semptomları, yaşam kalitesi, endometriozis nedeni ile tedavi edilmiş hastaların fertilitte sonuçları ele alınmıştır. Çalışmaya alınma kriterleri bir kontrol grubu oluşturmak için uygun değildir. Obstetrik sonuçlar yalnızca SGA bebek, PT ve plasenta previa ile sınırlıdır. Ek olarak hastaların tümü cerrahi tedavi almış olduğundan çalışma, endometriozis hastalığının kendisine ait obstetrik sonuçlarından çok geçirilmiş endometriozisin obstetrik sonuçlarını ortaya koymuştur. Ayrıca farklı merkezlerde takip edilmiş gebeliklerde yönetimdeki farklılıklar göz önüne alınmalıdır. Fransız nüfusunda kadınların %5-10'unun endometriozis tanısı almış olduğu ve/veya bu hastalık nedeni ile cerrahi yapılmış olduğuna dikkat edilmelidir. Yine bu grupta kadınların büyük çoğunluğunun multipar olması ve olumsuz obstetrik sonuçların geçmiş obstetrik öykü ile ilişkili olabileceği değerlendirilmelidir.

Kullanılan anket endometriozis ve kötü obstetrik sonuçlar ilişkisinin henüz ortaya konulmuş olmadığı 2009 yılında oluşturulmuştur. Bu nedenle spontan hemoperiton, barsak perforasyonu, preeklampsi, postpartum kanama ve doğum komplikasyonları gibi endometriozis ile ilişkisi son zamanlarda ortaya konmuş sonuçlara dair veriler eksiktir. Hastalarımızdan çıkarılmış veya halen mevcut olan barsak endometriozisi olan bazıları Tenon Hastanesinde yürütülmüş olan ve doğum şekli, doğuma bağlı komplikasyonlar ve yenidoğan sonuçları üzerine yapılan bir araştırmaya dahil olmuşlardır. Hastaların yarısına sezaryen yapılmıştır ve bu hastaların %39'unda komplikasyon gelişmiştir. Anterior derin endometriozis tanısı olan hastaların %22'sinde yenidoğanın çıkarılması sırasında sorun yaşandığı bildirilmiştir. Vaginal yolla doğum yapan hastaların %28'inde ek cerrahi işlem gereksinimi olmuştur fakat postpartum komplikasyon oranı sezaryen doğumlara göre düşüktür (%14). Fransız toplumunda yapılan geniş bir anket çalışmasında tekiz gebeliklerde SGA, PT ve plasenta previa görülme sıklığı sırası ile (10.8%), (6%) ve (%1.1, ikiz gebelikler dahil)'dir. Çalışmamızda ise sıklık daha fazladır. Toplumda evre 3-4 hastalık düşük sıklıkta görülürken bizim hasta topluluğumuzun %67'sini oluşturmaktadır. Endometriozisin gebelik üzerindeki olumsuz etkisini açıklayan birçok patofizyolojik mekanizma bilinmektedir. Hastalığın kronik inflamatuvar ortamı ve artmış östrojenik etki ötopik endometriumda değişikliklere neden olmaktadır. Özellikle

inflatuar moleküller, oksidatif stres yolları ve anormal uterin junctional bölge, endometriyal desidualizasyonu ve spiral arterlerin uteroplental arterlere dönüşmesini değiştirerek plasentada ve implantasyonda bozukluklara neden olmaktadır. Endometriozisin inflammatuar ortamı sitokin dengesini ve gebeliğe ait normal maternal-fetal immuntoleransı değiştirmektedir. Proinflammatuar moleküllerin artmış üretimi, uterin kontraktiliteden preterm doğumdan ve membran rüptüründen sorumlu olabilmektedir. Çalışmamızda ikiz gebeliğe bağlı olumsuz doğum sonuçlarının bulgularımızı etkilememesi açısından yalnızca tekiz gebelikler değerlendirilmiştir. Yapılmış çeşitli meta-analizlerde YÜT ile oluşan tekiz ve ikiz gebeliklerin tümünde plasenta previa riskinin artmış olduğu gösterilmiştir. Fakat endometriozis bu riski artırmaktadır. Çalışmamızda kaydedilen veriler IVF basamaklarının tek tek değerlendirilmesine uygun değildir fakat YÜT ve PT ile SGA ve plasenta previa arasında bağımsız bir ilişki olduğu göstermektedir.

Rektal cerrahi geçiren kadınlarda SGA bebek riskinde artış gözlemlenmiştir (aOR 1.4, 95% CI 0.85–2.32). 2018 yılında Nirgianakis et al posterior derin endometriozis nedeni ile komplet eksizyon yapılan kadınlarda, sağlıklı gruba göre SGA bebek riskinde artış saptanmıştır. Preterm doğum neonatal morbidite ve

mortalitenin en büyük nedenidir. Çalışmamızda, ikiz gebelik risk faktörü dışlandığında, PT oranının genel popülasyona göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Üstelik YÜT ile oluşan gebeliklerde PT daha sık görülmüştür; bu bulgu YÜT ile PT arasındaki bağımsız ilişkiyi ortaya koymaktadır. Ayrıca PT görülen kadınların büyük çoğunluğu mesane veya rektum tutulumu nedeni ile cerrahi geçirmiş hastalar oluşturmaktadır.

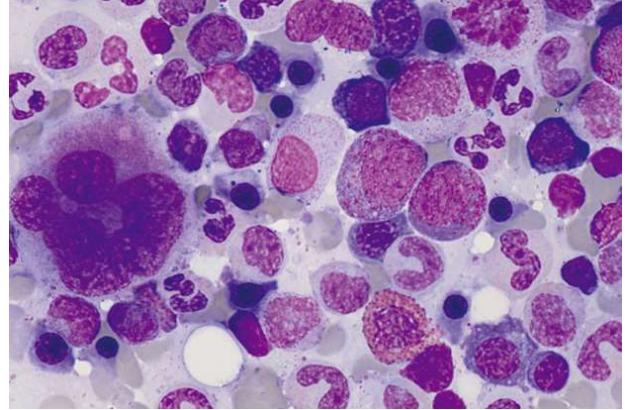
Yaptığımız lojistik regresyon modelinde YÜT ile gebe kalmanın SGA bebek, PT ve plasenta previa için bağımsız bir risk faktörü olduğu istatistiksel olarak kanıtlanmıştır. Çalışma grubumuzda gebeliklerin üçte birinden fazlası YÜT ile oluşmuştur, bu da genel popülasyon ile karşılaştırıldığında yüksek bir orandır. Çok iyi bilinen bir risk faktörünün yüksek oranda görülmesi bahsedilen üç olumsuz sonucun yüksek oranda görülmesine mantıklı bir açıklama getirmektedir.

Çalışmamız ileri evre hastalık ve derin yerleşimli endometriozis nedeni ile cerrahi görmüş kadınlarda PT, SGA bebek ve plasenta previa riskinde artış olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat gebeliklerin üçte biri YÜT ile oluşmuştur ve bu tek başına PT ve plasenta previa için bağımsız bir risk faktörüdür. Endometriozis tanısı almış ve doğal yollarla gebe kalmış kadınlarda riskin halen yüksek olup olmadığının belirlenmesi için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

4 Endometriozis Patofizyolojisinde Kemik İliği

Taylor, H. S Fertility and Sterility. (2020).on press

Endometriozis östrojene duyarlı yaygın bir hastalıktır. Ciddi anlamda aktif anjiyogeneze bağlıdır ve bu nedenle yeni kan damarları lezyonların ayırt edici özelliğidir. Anjiyogenez ve vaskülogenezi engelleyebilmek, yeni endometriozis tedavisi yöntemlerine yol verebilir. Kemik iliği kaynaklı endotel hücreleri, endometriozis ve hamilelik sırasında uterus da dahil olmak üzere vaskülojeneze geniş ölçüde katkıda bulunur. Kemik iliği kaynaklı endotel hücreleri, endometriozis ve gebelik sırasındaki uterus dahil olmak üzere vaskülojeneze geniş ölçüde katkıda bulunur. Lezyonların büyümesindeki rolleri ve aktif hastalığı güçleri nedeniyle, endotel progenitor hücreleri müdahale için çekici bir hedef gibi gözükmektedir. Kemik iliği kaynaklı hücreler endometrial ve desidual fizyolojinin yanı sıra endometriozisin patofizyolojisinde de köklü bir role sahiptir. Kemik iliğindeki kök hücreler normal endometriuma yerleşir ve hasar sonrası onarıma yardımcı olur. Kemik iliği kaynaklı hücreler gebelik sırasında endometrium / desiduada önemli ölçüde artar. Gebeliğin devamı için bu hücreler gereklidir. Bazıları desiduaya ya da gebelik için gerekli diğer hücelere dönüşmektedir. Bu nedenle, dolaşımdaki kemik iliği kök hücrelerinin taşınması, endometriumu desteklemesi ve içine yerleşmesi ile normal fizyolojinin bir parçası olarak görülmelidir. CXCL12, kemik iliği hücrelerinin normal endometrium ve endometrioziste göçe ve sebep olan güçlü bir kemo-atraktan maddedir. Daha önce endometriozisin yüksek seviyelerde CXCL12 ürettiğini göstermiştik (stromal türevli faktör 1 olarak da bilinir [SDF-1]). Endometrioziste östrojen CXCL12 üretimini ve salgılanmasını uyarır. CXCL12 tarafından endometriozise çekilen kemik iliği hücreleri, endotelial progenitor hücrelerin bir alt popülasyonunu içerir. Endotelial progenitor hücreleri, hipoksi / iskemi bölgelerinde endotele tutunan ve yeni damar oluşumuna katkıda bulunan dolaşan hücrelerdir. Bu kök hücrelerin dahil olması, damar büyümesi ve endometriozisin yayılması için kritiktir. Zhao ve ark. protein kinaz CK2 tarafından CXCL12 ekspresyonunun düzenlenmesini tanımlamışlardır. Daha önce bu grup CK2'nin endometriotik lezyonlarda anjiyogenezi düzenlediğini ve bu enzimi bloke etmenin yeni damarların



oluşumunu ve endometriozisin büyümesini önlediğini göstermiştir. Burada bu her yerde bulunan ve yapısal olarak aktif serin / treonin kinazın östrojenler tarafından düzenlendiği ve bunun aktivitesinin artmış CXCL12 ile sonuçlandığı gösterilmiştir. CXCL12, endometriotik lezyonlara ev sahipliği yapan bir mekanizma olan endotelial progenitor hücreleri çeker. Herhangi bir noktada bu yolun kesintiye uğraması endotel hücre göçünü bloke etmiştir; estradiolün tükenmesi, güçlü ve seçici inhibitör CX-4945 ile CK2 aktivitesinin bloke edilmesi veya CXCL12 reseptör antagonisti AMD3100'ün kullanılması bu sinyal yolunu inhibe etti. Benzer şekilde, son zamanlarda hayvan endometriozis modellerinde AMD3100'ün endometrioziste kök hücre göçünü engellediğini ve lezyon regresyonuna yol açtığını gösterdik. CK2'yi bloke eden ajanların endometriozis tedavisinde potansiyeli var mı? CK2, bir pleiotropik protein kinazdır. Normal hücrelerde ve hastalıkta çoklu büyüme ve haEADta kalma yollarını düzenler. CK2 inhibitörü CX4945, neredeyse tüm dokular üzerinde spesifik olmayan etkisi göz önüne alındığında kanserlere karşı kullanılmak üzere geliştirilmiş olmasına rağmen, hedef dışı etki riski yüksektir ve endometriozis tedavisinde kullanılması olası değildir. Bununla birlikte, endometriozisin endotelial hücre yerleşmesine yol açan

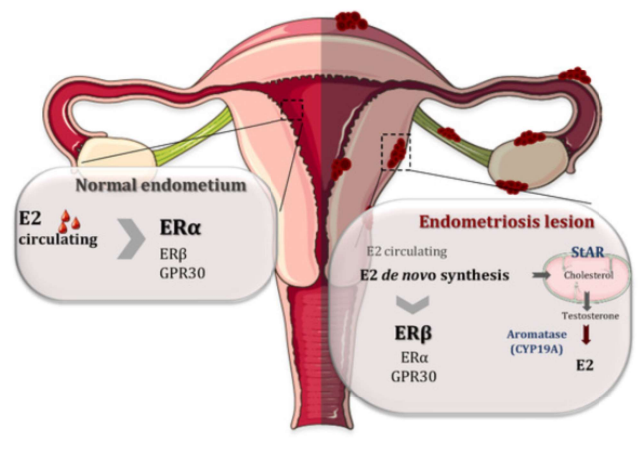
sinyal yolunu bloke etmek için birçok fırsat öğreniyoruz. CXCL12 antagonizmasını kullanan AMD3100, hastalığın murin modellerinde gösterdiği gibi endometriozis için umut verici ve daha gerçekçi yeni bir seçenektir. Belki de en önemlisi, östrojen yoksunluğunun CK2, CXCL12 ve endotel hücre göçünü düzenlediğini öğreniyoruz. Progestin tedavisi bu faydayı sağlamamaktadır. Östrojeni azaltmak için mevcut etkili terapiler arasında GnRH antagonistleri, GnRH agonistleri ve aromataz inhibitörleri bulunur. Her ne kadar bu çalışmanın endometriozis tedavi rejimlerimize dahil edilmesi için

CK2'yi bloke eden ajanların daha fazla gelişmesi ile sonuçlanmayacak gibi görünse de standart tedavilerin endotel hücre yerleşmesini ve lezyonların dağılmasını inhibe edeceğini öğrendik. Hormonal olmayan tedaviler düşünüldüğünde CXCR4 antagonistleri CK2 inhibitörlerinden daha spesifik ve daha az toksiktir; bununla birlikte, gebelik üzerindeki etkileri iyi tanımlanmamıştır. Östrojen mahrumiyeti hala endometriozis tedavisinde altın standart tedavidir.

5 Östrojen Reseptörleri ve Endometriozis

Chantalat, E., Valera, M. C., Vaysse, C., Noirrit, E., Rusidze, M., Weyl, Arnal, J. F International Journal of Molecular Sciences, 21(8), 2815.(2020).

Endometriozis; üreme, sağlık ve yaşam kalitesi üzerine etkileri olan sık karşılaşılan kronik enflamatuar bir hastalıktır. Bu bozukluk yüksek oranda östrojene bağımlıdır ve hormonal tedavilerin amacı endojen ovarian östrojen üretimini azaltmaktır. Yüksek östrojen üretimi endometrioziste sürekli gözlenen endokrin özelliktir. Östrojen reseptörlerinin (ÖR) mRNA ve protein seviyeleri normal sağlıklı endometrium ile ektopik / ötopik endometrial lezyonlar arasında farklıdır. Endometriotik stromal hücreler endometrial stromal hücrelere kıyasla olağanüstü yüksek ÖR-b ve önemli ölçüde düşük ÖR-a eksprese eder. Endometriotik hücrelerde DNA metilasyonu gibi anormal epigenetik düzenleme, endometriozisin patogenezi ve gelişimi ile ilişkilidir. Endometriozis ÖR'lere ilişkin verilerin oldukça fazla olmasına rağmen, endometriozis patogenezinde ÖR-a ve ÖR-b rollerini halen eksik bilmekteyiz. Bu derlemenin amacı, endometriozis, ÖR'ler ve ÖR modülasyonuna dayanan tedavi stratejilerinin son gelişmeleri arasındaki bağlantılara genel bir bakış sağlamaktır. Ayrıca ÖR'lerin moleküler ve hücresel etki mekanizmalarının mevcut anlayışını ve bunun yeni terapötik stratejilere nasıl yol açabileceğini özetlemeye çalışacağız. Endometriozisin bir kronik inflamatuvar hastalık ve bazı ERα ve ERβ rolleri belirtilmiş olsa da inflamatuvar yanıt,



E2 ve ERα / ERβ'nin hastalığı başlatma ve geliştirme için bağımsızlık üzerindeki etkisi tamamen çözülmemiştir. Yeni ER mekanizmalarının daha iyi çalışılması çok çeşitli fenotipler arasında ayırım yapılmasına izin veren yeni fikirler üretmelidir.

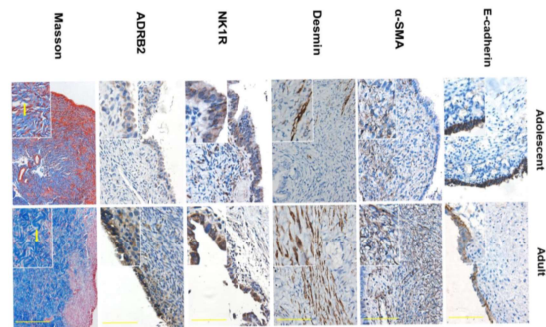
6 Ovarian Endometriomalarının İlerleyici Doğasının Kanıtı

Ding, D., Wang, X., Chen, Y., Benagiano, G., Liu, X., & Guo, S. W The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. (2020).on press

Giriş: Endometriozisin ilerleyici bir hastalık olup olmadığı oldukça tartışmalı bir konudur. Asemptomatik derin endometrioziste progresyonun olası olmadığı bildirilmekle birlikte, özellikle adet dönemindeki kadınlarda semptomatik derin endometrioziste ilerleme bildirilmiştir. Bununla birlikte, bu farklılıkların patofizyolojik nedenleri belirsizdir. Bu çalışma, ovarian endometriomaların (OE) ilerleyici olup olmadığını araştırmak için tasarlanmıştır.

Metod: Tümü laparoskopik ve histolojik olarak OE tanısı konmuş, 15 ila 19 yaşları arasında otuz adölesan hasta ve 35 ila 39 yaşları arasında 32 yetişkin hasta bilgilendirilmiş onamdan sonra çalışmaya alındı. Demografik ve klinik bilgileri toplandı. OE doku örnekleri toplandı ve E-cadherin, α-düz kas aktin (α-SMA), desmin ve adrenerjik reseptör β2'nin (ADRB2) immünohistokimyasal analizine ve ayrıca Masson trikrom boyamasıyla lezyonel fibroz miktarına tabi tutuldu.

Sonuç: Adölesan ve yetişkin hastalardan alınan OE lezyonları belirgin şekilde farklıdır. Daha geniş ve kapsamlı progresyon ve daha yaygın fibrozis bulguları yetişkinlerde lezyonların daha ileri bir aşamaya ilerlediğini düşündürdü. Erişkin lezyonları ve daha



yüksek α-SMA ve ADRB2 boyama seviyesi lezyonel fibrozis derecesi ile pozitif olarak ilişkilirken, lezyon boyutu ve E-cadherin boyama negatif olarak ilişkilidir. Yetişkinlerde lezyonların ilerleme için daha uzun zamanları olduğundan, verilerimiz OE'nin ilerleyici bir hastalık olduğunu düşündüren daha kesin bir kanıt sunmaktadır. Ek olarak, ilerleme hızı lezyon yaşına ve varsa endometriozise ilişkili dismenore şiddetine bağlıdır.

B

DERNEĞİMİZDEN HABERLER

YAPILAN AKTİVİTELER

Endo Dernek Canlı Yayınları

Evlerimizde COVID-19 ile olan mücadelemizin biteceği günü beklediğimiz bu günlerde, değerli takipçilerimizle bir araya gelerek endometriozis hakkında alanında uzman dernek hocalarımızla bilgi verip hastalarımızın sorularını yanıtlamak için Instagram üzerinden canlı yayınlarımızı başlattık.



Covid-19 ve Endometriozis

09.04.2020 Perşembe
Saat: 21:00
Yer : @endometriozis_tr Instagram Hesabı

Prof. Dr. Ümit İNCEBOZ

Uzm. Dr. Pinar YALÇIN BAHAT

COVID-19 ve Endometriozis
Prof. Dr. Ümit İnceboz
Op. Dr. Pinar Yalçın Bahat



**Covid-19 Ortamında
Endometriozis, İnfertilite ve
Tüp Bebek; Ne Yapmalı?**

15.04.2020 Çarşamba
Saat: 21:00
Yer : @endometriozis_tr Instagram Hesabı

Prof. Dr. Ercan Baştu

Doç. Dr. Hale Göksever Çelik

**COVID-19 Ortamında Endometriozis,
İnfertilite ve Tüp Bebek; Ne Yapmalı?**
Prof. Dr. Ercan Baştu
Doç. Dr. Hale Göksever Çelik


11. yıl
2009-2020

**Endometriozis Cerrahisi;
Kime?, Ne Zaman?
Hangi Yolla?**

Tarih: 22.04.2020
Saat: 21:00
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Ahmet Kale


Doç. Dr. Cihan Kaya

Endometriozis Cerrahisi; Kime? Ne zaman? Hangi yolla?
Prof. Dr. Ahmet Kale
Doç. Dr. Cihan Kaya


11. yıl
2009-2020

**Endometriozis Hakkında
Her Şey!**
Canlı Yayında Sorularınızı
Cevaplıyoruz.

Tarih: 30 Nisan 2020 Perşembe
Saat: 21:00
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Engin Oral


Doç. Dr. Onur Topçu

Endometriozis Hakkında Her Şey!
Prof. Dr. Engin Oral
Doç. Dr. Hasan Onur Topçu

Tekrar izlemek için Tıklayınız

**Tekrarlayan Endometriozis ve Kronik Pelvik Ağrı**
Canlı Yayında Sorularınızı Cevaplıyoruz.
Tarih: 07.05.2020 Perşembe
Saat: 21:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Doç. Dr. Taner USTA


Dr. Işık Sözen

Tekrarlayan Endometriozis ve Kronik Pelvik Ağrı

Doç. Dr. Taner Usta
Op. Dr. Işık Sözen

Tekrar izlemek için Tıklayınız

**Soru-Cevap**
Endometriozis hakkında merak edilenleri cevaplayacağız
Tarih: 14.05.2020 Perşembe
Saat: 21:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Kutay Biberöglü


Uzm. Dr. Dilek Buldum

Soru-Cevap Endometriozis Hakkında Merak Edilenler

Prof. Dr. Kutay Biberöglü
Op. Dr. Dilek Buldum

Tekrar izlemek için Tıklayınız


11. yıl
2009-2020

Soru-Cevap 2
Endometriozis hakkında merak edilenleri cevaplayacağız

Tarih: 22.05.2020 Cuma
Saat: 21:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Yücel Karaman


Uzm. Dr. Salih Yılmaz

Derneğimizin 7. Instagram Canlı Yayını

Soru-Cevap 2
Endometriozis Hakkında
Merak Edilenler
Prof. Dr. Yücel Karaman
Op. Dr. Salih Yılmaz

Tekrar izlemek için Tıklayınız


11. yıl
2009-2020

Soru-Cevap 3
Endometriozis hakkında merak edilenleri cevaplayacağız

Tarih: 28.05.2020 Perşembe
Saat: 20:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Bülent Berker


Uzm. Dr. Işıl Ayhan

Derneğimizin 8. Instagram Canlı Yayını

Soru-Cevap 3
Endometriozis Hakkında
Merak Edilenler
Prof. Dr. Bülent Berker
Uzm. Dr. Işıl Ayhan

Tekrar izlemek için Tıklayınız



Soru-Cevap 4
Endometriozis hakkında merak edilenleri cevaplayacağız

Tarih: 04.06.2020 Perşembe
Saat: 20:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Turan Çetin


Uzm. Dr. Gülfem Başol İğci

Derneğimizin 9. Instagram Canlı Yayını

Soru-Cevap 4
Endometriozis Hakkında
Merak Edilenler

Prof. Dr. Turan Çetin
Uzm. Dr. Gülfem Başol İğci

Tekrar izlemek için Tıklayınız



Soru-Cevap 5
Endometriozis hakkında merak edilenleri cevaplayacağız

Tarih: 11.06.2020 Perşembe
Saat: 20:30
Konum: @endometriozis_tr Instagram Hesabı


Prof. Dr. Hulusi Zeyneloğlu


Uzm. Dr. Tolga Karacan

Derneğimizin 10. Instagram Canlı Yayını

Soru-Cevap 5
Endometriozis Hakkında
Merak Edilenler

Prof. Dr. Hulusi Zeyneloğlu
Uzm. Dr. Tolga Karacan

Tekrar izlemek için Tıklayınız

Covid-19 Pandemisi Döneminde Endometriozis Hastalarının Bilgilendirilmesi



Endometriozis hastalarına sosyal medya hesaplarımızda **“COVID-19 ve Endometriozis Birlikteliği”** hakkında bilgi vererek destek olmaya çalıştık. Bu pandemi döneminde beslenme alışkanlıkları, hangi durumlarda hastaneye başvurmaları gerektiği, COVID-19 için risk faktörleri, COVID-19 pozitif olmaları halinde hastalıklarına olabilecek etkileri, ağrıları ile nasıl başa çıkabileceklerini, kullandıkları ilaçlar ile hastalığın ilişkisinin olup olmayacağı gibi hastalarımızın bize en çok yönelttiği ve merak edilen soruları cevapladık.

Adım Adım ile Canlı Yayında Glutensiz Ekmek Yapımı



Endometriozis ve Adenomyozis Derneği olarak endometrioziste beslenme önerileri başlığında bize destek olan **“Beambakes”** sahibesi Sevgili **Berfe Tümen** ile **Adım Adım**'ın Instagram hesabında endometriozis hastalarımız için hazırladığı Glutensiz Ekmek Yapımı tarifini canlı yayında bizler için paylaştı. Büyük ilgi gören yayında bize destek veren Berfe Tümen'e teşekkürlerimizi iletiyoruz.

Endometriozis 2020 Güncel Durum Webinarı



CANLI WEBİNAR
www.cerrahi.tv

Endometriozis 2020 Güncel Durum - 1

7 Haziran 2020, Pazar 19:00
www.cerrahi.tv

NOT: Webinar www.cerrahi.tv web sitesinden canlı olarak yayınlanacaktır. İsim-Soyisim ve e-mail adresiyle web sitesine ücretsiz kayıt olarak izleyebilirsiniz. Soru ve görüşlerinizi paylaşarak webinara interaktif katılabilirsiniz.

Moderatör
Engin ORAL (TR)

Ceana NEZHAT (USA)

Ahmet KALE (TR)

Caterina EXACOUSTOS (IT)

Taner USTA (TR)

Michael HIBNER (USA)

Program

Endometrioma ve ovaryen rezerv: Etiyopatogenezi ve yönetimi - Ceana Nezhat
Sunum 25 dak. Tartışma: 5 dak.

Endometrioma Cerrahisi: Standart teknik ne olmalı? - Ahmet Kale
Sunum 25 dak. Tartışma: 5 dak.

Endometriozis ultrasonografisi: Kompartman Yaklaşımı - Caterina Exacoustos
Sunum 25 dak. Tartışma: 5 dak.

Derin endometriozis cerrahisi: Adım adım - Taner Usta
Sunum 25 dak. Tartışma: 5 dak.

Endometriozis Son Durum: Endometriozis cerrahisinden sonra ağrı devam ederse ne yapmalı? - Michael Hibner
Sunum 25 dak. Tartışma: 5 dak.

[cerrahi.tv](http://www.cerrahi.tv)

Endometriosis 2020 Güncel Durum Webinarı

University of Rome 'Tor Vergata' ITALY
Department of Biomedicine and Prevention
Obstetrics and Gynecological Unit

endometrioma

deep infiltrating endometriosis

adenomyosis

peritoneal endometriosis

Ultrasound of pelvic endometriosis
Caterina Exacoustos

Ultrasound of Endometriosis: Compartment Approach - Caterina Exacoustos
Endometriosis 2020 An Update - June 7th, 2020

Michael Hibner
Moderator: Engin Oral
Caterina
Ahmet Kale

surgicaltv

Having Issues? Switch to Auto for smoother streaming.

Michael Hibner
Ahmet Kale
Taner Usta
Moderator: Engin Oral
Ceana Nozhat

Welcome: Engin Oral
Endometriosis 2020 An Update - June 7th, 2020

surgicaltv

Derneğimiz 7 Haziran Pazar günü uluslararası katılımlı ilk webinar programımız olan "Endometriosis 2020 Güncel Durum-1" Cerrahi TV'den canlı olarak gerçekleştirildi.

Dr. Engin Oral'ın moderatörlüğünde dünyada endometriosis alanında engin tecrübelerinden faydalanılan Dr. Catherina Exacoustos, Dr. Ceana Nezhat ve Dr. Michael Hibner'in yanı sıra derneğimiz başkanı Dr. Taner Usta ve Dr. Ahmet Kale endometriosis alanında deneyimlerini paylaştılar.



ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

Oxford Üniversitesi, Oxford Endometriosis Care ve Nuffield Kadın ve Üreme Sağlığı Departmanı tarafından *"Covid-19 Salgını Sırasında Endometriozisli Kadınlar İçin Tıbbi ve Kişisel Bakım Önerileri"* yayınlandı.



UNIVERSITY OF
OXFORD



NUFFIELD DEPARTMENT OF
WOMEN'S &
REPRODUCTIVE HEALTH
Medical Sciences Division

Medical and self-care advice for women with endometriosis during the COVID-19 pandemic

Covid-19 Salgını Sırasında Endometriozis'li Kadınlar İçin Tıbbi ve Kişisel Bakım Önerileri

COVID-19 salgını herkes için önemli bir endişe ve belirsizlik sebebi olmuştur. Ancak, tıbbi bakımınız bu durumdan etkilenmişse, bu etkileri daha da fazla hissedebileceğini düşünüyoruz. Bu bilgi kaynağını sizlere tıbbi tedaviler hakkında bazı güncel önerileri sunarak rehberlik etmek ve hastalıkla ilişkili semptomların bazılarının yönetimi amacıyla bir takım stratejiler sunmak için hazırladık.

Tedavi planınızdaki değişiklikler

Medikal

Covid-19 salgını sırasında hormonal tedavi rejimlerinin yönetimine dair önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır. Bu tedavi rejimlerinin önerilen şekilde uygulanmayıp düzensiz kullanılması kanamanın artmasına ve ağrıda şiddetlenmeye yol açabilir.

1. Kombine oral kontraseptif (KOK):

Bunlar östrojen ve progesteron içeren haplardır (örn. Rigevidon, Microgynon, Femoden vb.). Normalde bu haplar devamlı kullanım için verilmeden önce kan basıncınızı ve kilonuzu düzenli olarak kontrol ettirmeniz gerekirdi. Ancak son önerilere göre, en son yapılan kontrolleriniz normale reçetenizin süresi tekrar muayene olmanıza gerek kalmadan 6-12 aya kadar uzatılabilir.

Bu haplar şiddetli kanamanın veya ağrılı dönemlerin/endometriozise bağlı ağrıların tedavisinde kullanıldığında hapların adet döngüsünü tamamen durduracak şekilde kullanılması en iyi sonucu verecektir.

Bu nedenle, hapları geleneksel şekilde kullanıyorsanız (örn; 21 gün hap içilip ardından 7 günlük bir ara) "özel rejim" e geçmek isteyebilirsiniz. Bunun için paketleri ardışık 2 gün süren kanamanız oluncaya kadar arka arkaya ara vermeksizin kullanmanız gereklidir. Bu şekilde kanamanız olunca hapları 4 gün boyunca kullanmayın ve sonrasında paketleri arka arkaya ara vermeksizin kullanmaya devam edin. Bu strateji yılda mümkün olduğunca az sayıda kanamanız olmasını sağlar ve kanama süresini de azaltır. Bazı kadınlar hiç kanaması olmadan paketleri ardı ardına kullanabilecek kadar şanslıdır.

Ancak maalesef kimlerin kanaması olacağını ya da hiç kanaması olmayıncaya dek kaç adet paketi ardına kullanması gerekeceğini tahmin edemiyoruz. Paketler arası kullanıma ara verme süresi 4-7 gün olduğu ve bu aralar 21 günden sık olmadığı sürece haplar doğum kontrol yöntemi (kontrasepsiyon) olarak da işe yarar. Hapları bu şekilde kullanmanın herhangi bir zararı yoktur, üstelik sadece doğum kontrol amaçlı kullanılıyor olsa bile bu kullanım şekli önerilir.

Önemli: "Özel rejim" 21 hapın tamamı birbiriyle aynı içeriğe sahip olan preparatlar için uygundur (Rigevidon, Gedarel, Loestrin, Microgynon, Cilest). "Monofazik 21 günlük kombine oral kontraseptif preparatı" olarak listelenmiş herhangi bir hap uygundur.

Ayrıca 28 adet hap içeren preparatlar da vardır. Bunlardan 7 tanesi plasebo haptır yani herhangi bir hormon içermezler ve sadece günlük ilaç kullanımını hatırlatmak amacıyla kullanılırlar (Femodene ED, Microgynon 30 ED, Zoely). "Özel rejimi" plasebo hapları kullanmadan bu preparatlarla da uyulayabilirsiniz.

Multifazik olan haplar (örn. Logynon / Logynon ED, TriRegol, Synphase ve Qlaira) doğal adet döngüsünün hormonal değişikliklerini taklit etmek için tasarlanmıştır, bu sebeple haplardaki hormon dozları farklıdır. Bu preparatlar "özel rejime" uygun değildir.

2. Sadece progesteron içeren haplar (POP):

Bunlar östrojen içermeyen haplardır (örn.; Cerazette, Cerelle, Norgeston, Noriday). Bu haplar kalp hastalığı, auralı migren, pıhtı atma öyküsü gibi sebeplerle KOK verilemeyen kadınlara verilebilir. Mevcut bilgilerle bu hapların kullanımı, pandemi boyunca yeniden değerlendirme gerekmeksizin 12 aya kadar uzatılabilir.

Bazı kadınlar bu hapları kullanırken kanama düzensizliği yaşadığını ve bu kanama sırasında ağrılarının alevlendiğini ifade etmektedir. Unutulmamalıdır ki hapları düzensiz kullanmak bunun yaygın bir sebebidir, bu yüzden hapınızı hergün kabaca aynı saatte almaya çalışın. Eğer düzenli kullanıma karşın bu durum devam ederse hapların dozunu iki katına çıkarmanızı öneriyoruz. Bunu yapmak için günde bir yerine iki hap alın.

Önemli: KOK' tan farklı olarak kanama olması durumunda POP kullanımına ara vermemelisiniz. POP kullanırken durup tekrar başlamak düzensiz kanamaya sebep olur ve ayrıca doğum kontrol yöntemi olarak işe yaramaz.

3. Depo-Provera (kontraseptif enjeksiyon):

Bu etkisi 12 hafta süren bir enjeksiyon'dur. Enjeksiyon gerekliliği dolayısı ile yüz yüze görüşme gereksinimi olması hastaları progesteron içeren hapları kullanmaya yönlendirilmektedir. Bu öneri enjeksiyonlar yalnızca doğum kontrol amaçlı uygulanıyorsa uygundur. Eğer enjeksiyonlar endometriozis semptomları için uygulanıyorsa bu haplar çözüm olmayabilir. Pandemi sırasında tablet ile tedavi rejimine geçmeniz gerekirse iki adet alternatif öneriyoruz:

- Provera tabletleri - bunların günde üç kez alınması gerekir (10 mg doz)
- Desogestrel POP (örn. Cerazette) - çift dozda (150 mg, günde bir kez)

Provera tabletleri doğum kontrol yöntemi olarak lisans almamıştır, bu nedenle doğum kontrolüne de ihtiyacınız varsa prezervatif kullanmanızı veya POP'u tercih etmenizi öneririz.

4. Provera tabletleri:

Provera tabletleri kullanıyorsanız pandemi süresince tekrar muayene olmanız gerekmeksizin kullanmaya devam edebilirsiniz. Eğer günde 3 kez 5 mg' lık hap alıyorsanız ve düzensiz kanamanız oluyorsa dozu günde 3 kez 10 mg'a çıkartabilirsiniz.

5. Doğum Kontrol İmplantı:

İmplantınız yerleştirildiğinden beri 3 yıldan daha uzun bir süre geçmiş olsa dahi implantınızı çıkartırmanıza gerek yoktur. Kullanımının 4. yılındaki gebelik riski oldukça düşüktür ancak yine de doğum kontrol yöntemi olarak etkinliği garanti edilemez. Eğer kanamanızda artma ve/veya ağrıda alevlenme olursa implantınızın kullanım süresi geçmiş olmasa dahi desogestrel eklemenizi tavsiye ederiz.

6. Progesteron salgılayan rahim içi araçlar (RİA) (Mirena, Levosert, Jaydess, Kyleena):

Gebe kalmak istemediğiniz sürece RİA'nızı çıkartırmanıza gerek yoktur.

Mirena / Levosert kullanımının 6. yılında gebelik riskinin çok düşük olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte kanama ve/veya ağrı kullanımın 5 yılı bitmeden önce tekrar başlayabilir. Bu durumda, desogestrel içeren POP veya Provera tabletleri tedaviye eklemeyi öneriyoruz.

Önemli: RİA'nızı (Zoladex, Prostag vb) menopoz için hormon replasman tedavinizin (HRT) bir parçası olarak kullanıyorsanız 5 yıldan uzun süre kullanılmamalıdır. Bu, RİA'nın çıkarılması gerektiği anlamına gelmez, ancak HRT rejiminin değiştirilmesi gerekir.

7. Menopoz enjeksiyonları (Zoladex, Prostag):

Bunlar geri dönüşümlü olarak menopoza girmenize sebep olan enjeksiyonlardır. Bu enjeksiyonların kadınların semptomlarını azalttığı ve iş- aile yaşamına devam edebilmelerini sağladığı sürece uygulanmaya devam edilmesi gerektiğini düşünüyoruz. Bu ilaçlar endometriozis tedavisinde 6 aylık kullanım için ruhsatlandırılmıştır. Ancak bu ilaçları düşük doz HRT ile birlikte kemiklerini, kalp ve damar sağlığını korumak ve ilişkili menopozal semptomları azaltmak için yıllardır lisans-dışı olarak kullanan birçok hasta vardır.

Bunlar salgın sırasında bu tedaviye nasıl erişilebileceğine dair önerilerimizdir:

- Eğer Zoladex kullanıyorsanız doktorunuza danışarak Prostag tedavisine geçebilirsiniz. Bu iki ilaç aynı mekanizma ile çalışır ve aynı etkiyi gösterir ancak kullanılan enjektör çeşitleri farklıdır. Klinisyeniniz de uygun görürse bu depo-provera gibi "arabada uygulama" şeklinde enjekte edilebilir.
- Eğer aylık enjeksiyonlarınız varsa (28 günde bir Zoladex ya da Prostag) klinisyeninizle 3 aylık rejime geçmek için danışabilirsiniz.
- Eğer bu enjeksiyonlardan herhangi birisini 6 ay sonra ya da ameliEAD olacağınız zaman bırakmayı planlayarak kullanıyorsanız ve fayda görüyorsanız pandemi boyunca da kullanmaya devam etmenizi öneriyoruz. 6 aydan daha uzun süre kullanmanız gerekiyorsa geri dönüşümsüz yan etkilerini önlemek için HRT ile birlikte kullanılmalıdır. Ayrıca düşük doz östrojen almanız kendinizi daha iyi hissetmenizi sağlayacaktır. Bu HRT düşük doz sürekli kombine bir preperat olmalıdır (yani hem östrojen hem de progesteronu düşük bir dozda içerir ve her gün aynı dozda ilaç alınmalıdır). Ayrıca bu preperatın tablet ya da yama şeklinde olması farketmez.

Önemli: bu enjeksiyonları 2 yıl ve üstü kullanacaksanız (HRT ile birlikte kullanırsanız dahi) pandemi bittikten sonra kemik taraması yaptırmanız gerekmektedir. Ancak bu taramaların yapılması pandemi süresince mümkün olmayacaktır. Kemik gücünüzü diyetinize kalsiyumdan zengin gıdalar ekleyerek ve düzenli ağırlık kaldırma egzersizleri yaparak artırabilirsiniz. Bunun sosyal izolasyon ortamında zor olabileceğini biliyoruz. Ancak online egzersiz programlarına bile katılmak denemeye değer. Bunu yaparken lütfen vücudunuza kulak verin ve ağrınız kötüleşirse devam etmeyin.

Şu anda herhangi bir hormonal tedavi kullanmıyorsanız ancak semptomlarınız olduğu için veya ameliEADınız ertelendiği/iptal edildiği için yeni bir tedaviye başlayacaksınız:

I. Sadece progesteron içeren haplar (POP):

POP içeren desogestrel (örneğin Cerazette, Cerelle, Feanolla) pandemi sırasında hormonal kontraseptif başlamak isteyen kadınlar için önerilir. Çünkü kadınların çoğunluğu için güvenlidir ve başlamadan önce kan basıncı veya kilo ölçümü gerektirmez. Eğer endometriozis semptomlarınızı azaltmak için bu ilaca başlamanız gerekiyorsa dozu iki katına çıkartarak başlamanızı öneririz (günde iki tablet). Böylelikle kanamanız ve ağrı ataklarınız daha iyi bir şekilde kontrol altına alınabilir.

Önemli: Yukarıda da belirttiğimiz gibi kanamanız olsa dahi kullanmaya devam etmelisiniz. Bu ilaçlar günlük kullanım için üretilmiştir.

II. Provera tabletleri:

Daha önce çift doz Desogestrel POP denediyseniz ve bu işe yaramadıysa ya da tek dozda bile yan etkileri (çoğu kişi yan etkileri hissetmez) dayanılmaz bir hal aldıysa Provera tabletleri öneriyoruz. Bu tabletler günde üç kez alınmalıdır ve 10 mg'lık dozdan başlamanızı öneriyoruz. Eğer yan etkilerden (bu yan etkiler de çoğu kişi tarafından hissedilmeyen etkilerdir) rahatsız olursanız ve semptomlarınızda gerileme sağlarsa 5 mg'lık doza da düşürebilirsiniz.

Önemli: Provera lisanslı bir doğum kontrol yöntemi değildir, bu yüzden kontrasepsiyon ihtiyacınız varsa kondom da kullanmanız gerekmektedir.

III. Menopoz enjeksiyonları:

Semptomları kontrol etmede çok etkili olabilirler. Ayrıca ağrınızın ne kadarının endometriozis/adenomyozis/hormonlarınız dışındaki sebeplerden kaynaklandığını anlamana yardımcı olacaktır. Eğer bu tedaviye başlayacaksınız ilk üç ay HRT almadan başlamanızı ve ardından tedavi rejiminize HRT eklemenizi öneriyoruz. Bizim tecrübemize göre tedaviyi bu şekilde yönlendirmek ikisine aynı anda başlamaya göre ağrıyı daha çok azaltıyor. HRT aynı zamanda yan etkileri azaltır ve kemiklerinizi, kan damarlarınızı ve kalbinizi korur. Bu HRT düşük doz sürekli kombine bir preparat olmalıdır (yani hem östrojen hem de progestojeni düşük bir dozda içerir ve her gün aynı dozda ilaç alınmalıdır). Ayrıca bu preparatın tablet ya da yama şeklinde olması farketmez. Mirena' nız varsa (5 yıldan daha kısa süre önce takılmışsa) bunu HRT'nin progestojen parçası olarak kullanabilirsiniz. Böylelikle yalnızca östrojen almanız gerekecektir.

Önemli: Menopoz enjeksiyonları doğum kontrol yöntemi değildir. Ayrıca bu enjeksiyonların gelişmekte olan bir bebek üzerine olan etkisi bilinmemektedir. Bu nedenle bu tedaviyi kullanıyorsanız ve kontrasepsiyon ihtiyacınız da varsa kondom kullanmalısınız.

Cerrahi

Pandemi sebebiyle ameliEADınızın ertelenmesinin ne kadar zor olabileceğini tahmin edebiliyoruz. Bu durumu değiştirmek için yapabileceğimiz bir şey yok ancak size bunun üstesinden gelebilmeniz için bazı öneriler sunabiliriz:

- Endometriozisin ilerleyici bir hastalık olduğuna dair kanıt yoktur. Örnek olarak evre 1 (hafif) endometriozis hastasıyken ameliEAD olmadığınız için hastalığınız evre 3 (şiddetli)' e ilerlemez.

- Güncel önerilere göre endometriozisin ilk basamak tedavisi medikal tedaviyle (hormonal tedavi) ya da cerrahi tedaviyle yapılabilir. Birinin diğerine üstünlüğünü gösteren herhangi bir kanıt bulunmamaktadır.
 - Ağrılı dönemler haEAD kalitesini düşürür. Bu nedenle hormonal tedavi almamak için bir sebebiniz yoksa ameliEAD olmayı beklerken adet döngünüzü durduracak şekilde hormonal tedavi almanızı öneririz. Bu tedavinin neler olabileceği ile ilgili ayrıntılı bilgi yukarıda verilmiştir.
 - Endometriozis cerrahisi genellikle tüm ağrıyı gidermez. Ağrıya sebep olan endometriozis dışı etkenler de mevcut olabilir. Deneyimlerimize göre endometriozisi olmayan kişilerde kronik pelvik ağrıya sebep olan etkenler endometriozisli kişilerde de sık olarak izlenir. Bu etkenlerden bazılarını aşağıda endometriozis ilişkili ağrı kısmında açıkladık. Uygulayabileceğiniz bazı stratejilerle kendinize yardım edebilirsiniz. Bu stratejiler ağrıyı tamamen ortadan kaldırırsa da ağrınızın ne kadarının endometriozis kaynaklı olduğunu anlamınıza yardımcı olur. Sonunda ameliEAD olduğunuzda fayda görme ihtimaliniz yüksek olacaktır.
 - Fertiliteyi artırmak için veya fertilite tedavilerinden önce ameliEAD yapılıyorsa ameliEAD, gebe kalmaya çalışmadan veya tüp bebek tedavilerinden hemen önce uygulanmalıdır.
- Pandemi sona erdikten sonra cerrahiler yeniden planlanacak ve rutin uygulamalara geçilecektir.

Fertilite tedavileri ya da gebelik planma

Birçok insanın fertilite tedavilerini geciktirdiğinin ve bunun başka bir stres kaynağı olduğunun farkındayız. AmeliEADlar için olduğu gibi bu konuda yapabilecek bir şeyimiz yok ancak Covid-19 ve gebelik önerilerini akılda tutarak bu dönemi ileriki gebelik zamanını en sağlıklı hale getirebilmek için neler yapabileceğinize odaklanmalısınız.

Güncel bilgilere göre doğum kontrol yöntemlerini terk ederek gebelik planlamak şu an için doğru değil. Çünkü:

- Covid-19 un gebe kadınlar ve onların doğmamış bebeklerine olan etkisi hakkında bilgimiz sınırlıdır.
- Gebelik ve doğum sırasındaki klinik hizmetleri fiziksel temas gerektirir. Bu sebeple Covid-19 bulaş riskini artırır.
- Önümüzdeki haftalarda / aylarda tıbbi kaynaklara çok fazla yüklenilebilmesi sebebiyle gebelik ile ilgili komplikasyonlar ortaya çıkarsa (düşük ve dış gebelik) ihtiyacınız olan bakıma erişmek daha zor olabilir. Ayrıca bu durum yine covid-19 bulaş riskini artıracaktır.

Sağlığınızı iyileştirmek için hem sizin hem de eşinizin bu zamanı kullanması önerilir:

- Sigarayı bırakmayı/hiç başlamamayı, kilo vermeyi ve alkol alımınızı düzenlemeyi/azaltmayı hedefleyin.
- Diyabet, astım, yüksek tansiyon gibi diğer kronik tıbbi sorunların iyi yönetilmeye devam ettiğinden emin olun.
- Folik asit almaya devam edin / veya almaya başlayın. Güncel öneriler folik asitin mümkünse gebelikten 3 ay önce alınmaya başlanması şeklindedir.
- Ancak bu salgın sırasında gebe kalırsanız, herkes size ihtiyacınız olan en iyi bakımı sunabilmek için elinden geleni yapacaktır.

Endometriozis ilişkili ağrı

Endometriozis ile ilişkili ağrı karmaşıktır. Biliyoruz ki çeşitli farklı faktörler ağrı deneyimine katkıda bulunabilir. Bilinen bazı faktörler ve kronik pelvik ağrıdaki rolü aşağıda detaylıca açıklanmıştır.

Klinik bakımınızdaki değişikliklere ek olarak, covid-19 pandemisinin pek çok yönden etkilemesi de olasıdır, özellikle de ağrınızın kötüleşmesine yol açabilir. Biz bu süreçte, bu faktörleri nasıl ele alabileceğiniz konusunda size bazı önerilerde bulunmak istiyoruz.

Sinir sistemi:

Burada açıklanan diğer stratejilerden hiçbiri yardımcı olmuyorsa veya ağrınız sinir ilişkili ağrı gibi hissediliyorsa (yanma, karıncalanma, elektrik çarpması gibi) sinir kaynaklı ağrıyı (nöropatik ağrı) giderici ilaç tedavisini klinisyeninize danışmanız uygun olacaktır. Bu ilaçlar endometriozise bağlı ağrı için lisanlanmamıştır ve bu nedenle test edilmemiştir. Ancak nöropatik ağrı için lisanlanmışlardır ve fibromyalji dahil diğer pek çok kronik ağrı tedavisi için kullanılırlar.

Bu konuda dikkate alınması gereken ilaçlar:

- Gabapentin
- Pregabalin
- Duloksetin
- Amitriptilin

Mesane - Bağırsak - Rahim ilişkisi:

Endometriozisli kadınlarda hastalık mesanelerinde/bağırsaklarında bulunmasa dahi mesane/bağırsak semptomları yaygın olarak görülür. Rahim, bağırsak, mesane ve vajen üst kısmının iletisini aynı sinirler alır. Bu organlardan birisindeki rahatsızlık zamanla diğer bölgelere de hissedilir (yansıyan ağrı). Mesane ve bağırsak semptomlarının diyetle bağlı olabileceğini bağırsak semptomlarının stresle kötüleştiğini bilmekteyiz.

Bu semptomları iyileştirmek için yapabilecekleriniz:

- Diyetinize dikkat edin. Taze meyve ve sebze eksikliği veya fazla miktarda kurutulmuş / konserve fasulye ve bakliyat tüketimi bağırsak fonksiyonunuzu etkileyip ishal ya da kabızlığa sebep olabilir.
- Çok fazla yiyecek ve alkolden kaçının.
- Bol su tüketin.
- Stres ve kaygıyı azaltmaya çalışın.

Kas-iskelet sistemi:

Kaslar, eklemler ve diğer yumuşak dokular genellikle endometriozis ilişkili kronik ağrının bileşenleridir.

Pandemi sırasında fiziksel aktivite azlığına bağlı olarak birçok insanın kas-iskelet sistemi ağrılarında artış olacağını düşünüyoruz. Hali hazırda pelvik ağrı yaşıyorsanız bu durum genel ağrı seviyeniz üzerinde önemli bir etki oluşturacaktır. Bu etkileri azaltmak için önerilerimiz şunlardır:

- Hükümetinin sosyal mesafe/izolasyon kurallarına uymak kaydıyla düzenli egzersiz yap.
- Evde nazikçe "pelvis dostu" egzersizler yapmak için zaman ayırın. Fizyoterapistiniz veya kişisel antrenörünüz tarafından sizin için düzenlenen egzersizler varsa aynı şekilde devam edebilirsiniz.
- Diyetinize ve kilonuza dikkat edin. Örnek olarak kabızlık pelvik taban kaslarında gerime sebep olarak her türlü pelvik ağrıyı kötüleştirir.

Duygusal refah ve stres yönetimi:

Sürekli / tekrarlayan ağrı atakları stresi artırır ve rahatlamayı zorlaştırabilir. Bu durum mevcut durumu daha da kötüleştirebilir. Bu süre zarfında duygusal refahınızı nasıl arttırabileceğinize dair bazı önerilerde bulunduk.

Anlaşılabilir artan tehdit duygusu:

Koronavirüs, tehdit duygusunun artmasına katkıda bulunabilir. Ancak endometriozisle birlikte yaşayan kadınlar için bu duygu günceldir ve dönem dönem sağlık sorunları, ağrı, belirsizlik, uygulanan medikal tedaviler gibi sebeplerle alevlenebilir. Ancak kendinize şunu söylemelisiniz: "BU ZAMANDA BÖYLE HİSSETMEK TAMAMEN ANLAŞILABİLİR VE NORMALDİR".

Kendimize iyi bakmak için ipuçları ve stratejiler:

- Bir rutin oluşturun. HaEADınıza çeşitli aktiviteler katın, böylece zamanınız sağlığını ve mevcut durumunuzla ilgili endişeler tarafından tamamen ele geçirilmiş gibi hissetmeyeceksinizdir. (arkadaşlar/aileyle iletişim kurun, eğlenmek için ve dinlenmek için kendinize zaman ayırın, puzzle gibi beyninizi çalıştırıcı egzersizler yapın...)
- "Tehdit" bilgisine maruz kalmayı sınırlayın. Haberleri dinleme, sosyal medyaya bakma veya sağlık bilgilerini aramak için harcadığınız süreyi sınırlayın.
- Vücudunuza iyi bakın. Sağlıklı ve düzenli yemeye çalışın. Vücudunuzu hareketli tutmaya çalışın.
- **Belirsizlikle yaşamak:** bazen bir sorunu çözmek için ne kadar uğraşsak uğraşalım durumu değiştirmek ya da sorunu çözmek için elimizden bir şey gelmez. Değiştiremeyeceğimiz durumları kabul etmeyi öğrenmek bazen en yararlı şey olabilir. Belirsizliği kabullenmek için; kendinizi ne düşünürken/hissederken bulduğunuzun farkında olun, bu düşünce/hislerin geçici olduğunu bilin ve onlara cevap vermeyin, bu durumu düzeltemeyeceğinizi/değiştiremeyeceğinizi fark edin ve peşini bırakın, bugüne odaklanın, zihninizin endişeler arasında gezindiğini fark edin ve bugüne odaklanın, gezici bir zihinle başa çıkın!
- Duygularınızı kabul edin. Günlük tutmak faydalı olabilir.
- **Topraklama teknikleri:** Örnek olarak; soluğunuza dikkat kesilerek tam 5 kez nefes alın ya da bir yerden başka bir yere yürürken ayaklarınızdaki hislere odaklanın.

Uyku:

Uyku inanılmaz derecede önemlidir. Düşük kaliteli ya da yetersiz uykunun normalde kolayca baş edebileceğiniz şeyleri zorlaştırdığı bilinmektedir. Ayrıca uyku yoksunluğunun ağrıyı arttırdığına dair bazı kanıtlar da mevcuttur. İşte yeterince uyuyabilmeniz için bazı ipuçları:

- **Rutin:** Dinlendirici bir uyku zamanı rutini oluşturun.
- Eğer mümkünse EADağı yalnızca uyumak için kullanın. EADakta zamanı kitap okumak, televizyon izlemek ya da dinlenmek için kullanırsanız vücudunuz/zihniizn EADakla uykuyu ilişkilendiremez.
- Belirli bir saatte uyanın.
- Yapabiliyorsanız gün içerisinde uyulamaktan kaçının. Eğer kaçınamıyorsanız süresini 20 dakikadan kısa tutun.
- EADağa girmeden önce kafein, alkol gibi uyarılardan kaçının.

Yine de uyuyamazsanız uyku hakkında endişelenmeyin ve bu süreyi dinlenmek için bir zaman olarak düşünün. Unutmayın, endişeniz artıkça uykunuz kaçacaktır!

Faaliyetler ve ilişkiler:

Bazı aktivitelerin ağrısı azaltırken bazılarının artırdığını bilmekteyiz ve bu durum kişiden kişiye değişkenlik gösterebilir. Benzer şekilde bazı ilişkiler yardımcı olurken bazıları daha da kötü hissetmemize sebep olabilir.

Bu konuda dikkate alınması gerekenler:

- Ev işi gibi aktiviteleri daha mı fazla yapıyorsunuz? Normalde bir masa başı işte çalışmaya alışkınsanız, ancak kendinizi meşgul etmek için zamanınızı evi süpürerek veya mobilyaları taşıyarak harcıyorsanız bu durum kaslarınıza daha fazla gerilim yükler ve normalde gün boyu oturmaktan oluşan sırt ağrınızı artırır.
- Televizyon izlemek veya müzik dinlemek için kanepede oturarak çok fazla zaman harcıyorsunuz? Normalde fiziksel aktif bir bireyseniz bu durum ağrınızı ve ruh halinizi kötüleştirebilir.
- Geniş aile / arkadaşlarınız / iş arkadaşlarınızla daha mı az etkileşim kuruyorsunuz? İletişim için teknolojinin imkanlarını kullanabilirsiniz ya da belki de daha az iletişim kurarak kendinizi daha iyi hissettiğinizi keşfetmişsinizdir.
- Yakın ailenizle 7/24 zaman harcamak stresli veya eğlenceli midir? Birçok kişi bu durumu aileleriyle oyun oynama veya film izleme fırsatı olarak değerlendiriyor.

* Faculty of Sexual and Reproductive Health (FSRH), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), British Menopause Society (BMS), Royal College of General Practitioners (RCGP)

EEL WEBINAR



The image shows a promotional poster for EEL Webinars. The main title is 'EEL WEBINARS' in large, bold, blue letters. Below it, there is a circular portrait of Dr. Engin Oral, MD, with the text 'ENGİN ORAL, MD' and 'WHAT IS THE CURRENT MANAGEMENT IN ADVANCED ENDOMETRIOSIS AND INFERTILITY?'. The date and time are listed as '19 MAY 2020' and '7.00 PM CET'. A register link is provided: 'REGISTER LINK: HTTPS://ZOOM.US/J/917071787'. The EEL logo (European Endometriosis League) is at the bottom left. On the right side, there is a vertical list of webinar topics and dates, including '17.3.2020 | Juan Garcia Velasco, MD, PhD' and '16.2.2021 | Gernot Hudelist, MD'. The EEL logo is also present at the bottom of this list.

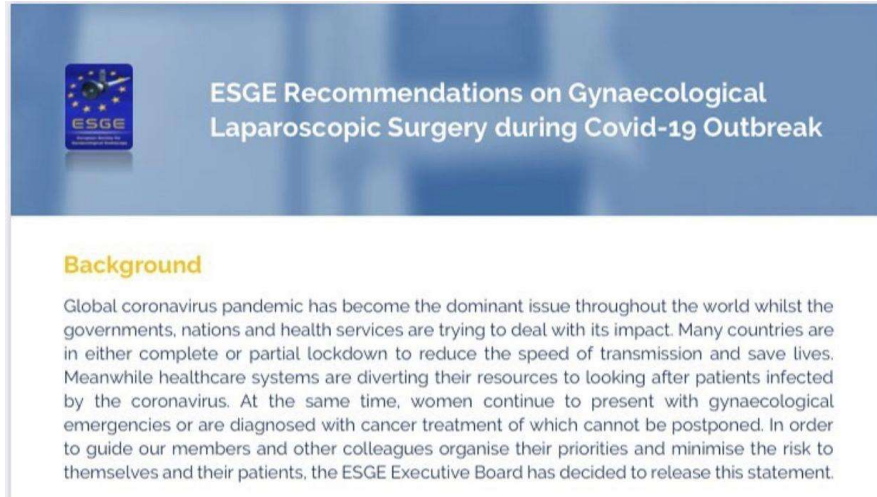
Avrupa Endometriozis Derneği (EEL) başkanı Dr. Engin Oral önderliğinde, EEL Webinar programı hazırlandı. İlki Mart ayında gerçekleştirildikten sonra ardından EEL Genel Sekreteri Dr. Harald Krentel tarafından "Adenomyozis tanısı ve tedavisinde 2020 yılında ne yenilikler var" başlıklı webinarı ve Mayıs ayında EEL Başkanı Dr. Engin Oral tarafından "İleri evre endometriozis ve infertilite tedavisindeki mevcut tedavi modaliteleri nelerdir" ve Haziran ayında Dr. Sebastian Scheafer tarafından "İleri endometriozis cerrahisine ultrasonografi nasıl bağlı?" başlıklı webinar gerçekleştirildi. Her ay yapılması planlanan webinar programında uluslararası endometriozis konusunda deneyimli hekimler farklı konular hakkında bilgilerini paylaşacaktır. 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.

ESHRE 2020



SARS-CoV2 pandemisi nedeniyle, **36. ESHRE Yıllık Toplantısı** internet üzerinden gerçekleştirilecektir. ESHRE'nin (European Society of Human Reproduction and Embryology) ilk defa internet üzerinden gerçekleştirileceği bu toplantının tarihi **5-8 Temmuz 2020**'dir.

ESGE



ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy) COVID-19 pandemisi sırasında yapılacak olan jinekolojik endoskopi cerrahisi hakkında önerilerini yayınladı.

D

'ENDO UZMAN' RÖPORTAJI



Prof. Dr. Kutay Biberöglü

Röportaj : Doç. Dr. Yusuf Aytaç Tohma

Kısa Özgeçmiş

Prof. Dr. Kutay BİBEROĞLU, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesini bitirdi ve 1977 de yine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesininin Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlığını aldı.

1977-1981 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri Michigan Eyaleti Wayne State Üniversitesi Tıp Fakültesi William Beaumont Hastanesinde üreme endokrinolojisi ve infertilite, Texas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Houston, Texas'ta Üreme Biyolojisi eğitimleri aldı. 1987de Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (GÜTF) Kadın Doğum AD'ında profesör kadrosu ile öğretim üyeliğine atandı. 1987-1991 yılları arasında Anabilim dalı Başkanlığı, 1989-1990 yılları arasında eğitimden sorumlu Dekan yardımcılığı görevlerinde bulundu.

1997-2001 Gazi Üniversitesi, Aile Planlaması, İnfertilite, Üreme Sağlığı Merkezi Kurucu Müdürlüğü yaptı. T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Ana-Çocuk Sağlığı Genel Müdürlüğü İlaç Komisyonu, Tüp Bebek Bilim Komisyonu, Kadın Hastalıkları ve Doğum Danışma Kurulu üyelik görevlerinde bulundu.

Ayrıca Türk Jinekoloji Derneği Ankara Şubesi Yönetim Kurulu Başkanlığı, Üreme Tıbbı Derneği, Özel Tüp Bebek Merkezleri Derneği ve Geriatri Derneği yönetim kurulu üyeliklerini yürütmüştür. "William Beaumont Hospital"- Royal Oak , Michigan, ABD En iyi Bilimsel Araştırmacı ödülü (1980), "Ephraim McDowell" Chicago, Illinois, ABD En iyi Bilimsel çalışma ödülü (1979) aldı.Kasım 2016'da Üreme Endokrinolojisi (TSRM) Derneği tarafından "Yaşam Boyu Başarı Ödülü"ne layık görüldü. Toplam 300'ün üzerinde makale ve kongre tebliğleri vardır. 50'nin üzerinde çalışması İngilizce olarak Uluslararası Tıp dergilerinde basılmıştır.

Merhabalar,

Kutay Biberöglü Hoca ile beraberiz. Kutay hoca pandemi sürecinde bizi kırmadı ve internet üzerinden röportaj yapmayı kabul etti.

Endometriozis ve Adenomyozis Derneği(EAD): Merhaba Hocam, bize kısaca kendinizi tanıtabilir misiniz?

Kutay Biberöglü: Merhaba.

Kurucularından birisi olduğum Endometriosis Adenomyosis Derneği Yönetim Kuruluna bana bu imkanı verdiği için teşekkür ederim. Çocukluğumdan itibaren Ankara'lıyım. TED Ankara Koleji, daha sonra Hacettepe Tıp eğitimliyim. Kadın Doğum uzmanlık eğitimim yine Hacettepe. Uzmanlığı takiben 2 yıl ABD'de Üreme Endokrinolojisi ve infertilite üst ihtisasını takiben 2 yıl kadar da konsültan, öğretim görevliliği sürecim var. Tekrar Hacettepeye dönerek önce yardımcı doçent, daha sonra doçent olarak çalıştım. O günkü şartlarda aynı üniversitede profesör olmak mümkün olmadığı için Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesine profesör olarak atandım. Dekan yardımcılığı, anabilim dalı başkanlığı, Tüp Bebek merkezi kurucu müdürlüğü, emekli olana kadar öğretim üyeliği görevlerinde bulundum. Aynı zamanda özel muayenehanemde hasta hizmeti verdim ve halen de devam ediyorum.

EAD: Hocam konumuz normal şartlarda endometriozis ama bize Pandemi süreci ile ilgili gözlemlerinizi, tecrübeleri ve yorumlarınızı aktarabilir misiniz?

KB: On yıllardır üreme endokrinolojisi ve infertilite alanında çalıştığım için endometriosis en çok haşırneşir olduğum hastalıklardan bir tanesidir. Gerek Amerika gerek Türkiye'deki hekimliğim süresince 80 ve 90'lı yıllarda gerek tanı gerek tedavide esas olan cerrahi yaklaşım idi. Benim bu alanda tıp literatürüne katkım, 1981 yılında Amerika'da yanında çalıştığım Prof. Dr. Jan Behrman ile birlikte yayımladığımız bir çalışmada Endometriosis'te Pelvik Ağrısı sınıfladığımız Biberöglü Behrman Skorlama sistemi oldu.

Kısaca B&B skoru olarak bilinen semptomlara ve muayene bulgularına göre yaptığımız evreleme sisteminin 20 yıl kadar endometriosisle ilgili araştırma yapan her otöre çalışmasında kullanması koşullandı. 40 yıldır hala pek çok araştırmada kullanılmaktadır. Laparoskopik yapılmadan endometriosis tanısı konulamaz ve tanı konulan her hastayı da cerrahi tedavi yapmadan bırakmazdık. O yıllarda açıklanamayan infertilite tanısı da ancak laparoskopi yapıldıktan sonra konulabilirdi. Tüp bebek tedavisi başladıktan sonra bile bir dönem vardı ki yine de laparoskopik yapılmadan tüp bebek endikasyonu konulamazdı. Hacettepe’de ben bir günde 2 masada 16 laparoskopik yaptığımı hatırlıyorum. Sonraları tıp dünyası idrak etti ki infertilite nedeninin adını koymak değil, önemli olan tanı sonrası verilen tedavi ile gebelik hızını artırabilmektir. Bu anlayışla görelilik olarak cerrahi tanı ve tedavi rutin yaklaşım olmaktan çıkıp seçici olarak sınırlı şartlarda uygulanır hale geldi.

Şimdi ve uzun süredir biliyoruz ki endometriosis üreme yaşlarında kesin tedavisi olmayan, tekrarlama riski yüksek bir hastalıktır ve hasta endometriosisle yaşamayı öğrenmek zorundadır. Pelvik ağrı için uzun soluklu bir medikal tedavi ile estrojeni baskılayarak yarar sağlayabiliyoruz. Daha pragmatik bir yaklaşım tıbbi hakim oldu diyebiliriz.

Pandemi sürecinde hastalarımızı uzaktan iletişim yöntemleriyle takip ve tedaviye devam ettik. Cerrahi yaklaşımları acil durumlar dışında eteledik. Tüp bebek tedavileri 2-3 aydır pratik olarak durduruldu. Şimdilerde tekrar kontrollü şekilde yeniden sıklara başlıyoruz.

EAD: Endometriosis konusunda çok tecrübelisiniz, bize kısaca endometriosisin dünyada ki tarihçesi hakkında bilgi verebilir misiniz?

KB: Tarihi çok eski. Semptomları ilk defa 1690’da Vincent Knapp tarafından Almanya’da tanımlanmış, histopatolojik tanısı 1860 yılında Carl Rokitsky tarafından ilk defa raporlanmış, daha sonra 1882’de Cullen, ilk defa adenomyoma terimini kullanmış, 1896’da von Recklinhausen mezonefrik kalıntılardan kaynaklandığını iddia etmiş, 1903’de Mayer inflamatuvar epitelyal invazyondan söz etmiştir. Ve nihayet 1927 yılında Sampson hepimizin bildiği ve halen geçerli olan dökülen menstrüel kandan peritoneal endometriosis geliştiğini göstermiştir. Özetle semptomları 320 yıldır, histopatolojisi 160 yıldır bilinen bu hastalığın bugün bile hala gizemini koruduğunu itiraf etmeliyiz. Hala neden bazı kadınlarda şikayetlere yol açarken diğerlerinde sessiz kaldığını, aynı şekilde infertiliteyi kimde ve hangi mekanizmayla yaptığını bilmiyoruz.

EAD: Endometriosisin ülkemizde ki hekim ve hasta farkındalığı hakkında ne düşünüyorsunuz, neler yapılabilir ?

KB: Yıllar süren çalışmalar sonucu artık hem hastalar hem de hekimler bu hastalığı tanıyor ve bununla paralel olarak endometriosisin insidans ve prevalansı giderek artıyor. Ultrason gerek ovaryen gerekse derin endometriosis tanısında artık yüksek hassasiyet ve özgünlükte bize tanı koyduruyor. Cerrahi yaklaşımlar over rezervini korumak adına daha az ve dikkatli yapılıyor. Hastalığın uzun soluklu bir takip ve tedavi gerektirdiği bilgisi yaygınlaştı. Bunlar olumlu gelişmeler.

EAD: Endometriosis yüzde yüz tedavisi olmayan bir hastalık, yani hastalar endometriosis ile yaşamayı öğrenmeli, öneriliniz nedir?

KB: Bazı sorunlar hala yok değil. Teorik olarak tüm hekimler endometrioma cerrahisinin yumurta rezervini azalttığını, 3-5 sene içinde yüzde 50’ye yakın rekürens riskinin olduğunu, dolayısıyla genç kadınların bazen 6-7 kez ameliyat geçirmeleri gerektiğini biliyor. Ancak pratik uygulamalara bakıldığında hala ergenlik döneminden başlayarak kız çocuklarına, genç kızlara ve kadınlara şikayetleri olmasa bile çok sayıda ameliyat yapıldığını gözlemliyoruz. Endometriomaların milimetrik düzeyde çok yavaş büyüdüğü ve nadiren hastayı acil şartlara götürdüğü bilindiği halde sadece gözlem altında tutmak yerine gereksiz girişimler hala fazlaca yapılıyor. Pelvik ağrısı olmayan genç kadınlara bile kistlerini küçültmek gerekçesiyle gereksiz ilaç kullanılıyor. Endometriomaların tıbbi tedavinin kesilmesiyle 1 ay içinde eski boyutlarına döndüğü bilindiği halde çok sayıda gereksiz tedavi yapılıyor. On yıllardır ağrı için kullanılan doğum kontrol hapları önerme ezberi, estrojen vermeden sadece projestinlerle tedavi mümkün ve daha etkin hale devam ediyor.

Unuttuğumuz konulardan bir tanesi endometriosis ile birlikte pek çok kadının defalarca sorunsuz gebe kaldığı ve doğurduğu gerçeğidir. Sanki mutlaka infertilite olacakmış gibi varsaymak hem gereksiz anksiyete hem de gereksiz tedavilere yol açmaktadır. Tüp bebek bu hastalarda spontan gebelik şansı verilmeden çok sık uygulanmaktadır. Endometriosis yokmuş gibi infertil çiftin eksiksiz bir değerlendirilmeden geçirilmesi, bulunan nedenlerin tedavisi, ancak neden bulunamazsa ya da bulunan nedenler düzeltilmediği halde gebelik elde edilemezse endometriosis’e yönelik yönetim planlarının uygulamaya geçirilmesi doğru olan yaklaşımdır.

EAD: Hocam son olarak hastalara vermek istediğiniz bir mesaj var mı?

KB: Endometriosis kanser değildir. Çok yaygın görülür. Kronik bir hastalıktır. Mutlaka ağrı ve infertilite yapması gerekmez ve beklenmez. Aynı anda pek çok başka mesane, barsak, adele, yumuşak doku hastalığı endometriosis’e eşlik edebilir ve asıl ağrı nedeni endometriosis değil onlardan birisi de olabilir. Psikolojik sorunlar keza ağrının tetikleyicisi olabilir. Önemli olan hastalığın tedavisi değil şikayetin tedavisidir. Yani ağrı varsa ağrıyı, infertilite varsa infertiliteyi yönetmek esastır. Acele etmemek, sabırlı olmak, panik yapmadan soğukkanlılıkla doğru yönetimi bulmak hem hekim hem de hastalar açısından doğru olanıdır. Hastaların doğru bilgilendirilmesi, tedavi kararlarında ikinci, gerekirse üçüncü profesyonel danışma olanaklarını aramaları çok çok önemlidir.

E SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS MAKALELERİ

1. Evaluation of the Ocular Surface by Impression Cytology in Patients With Endometriosis

Meydan Turan , Gulay Turan , Akin Usta Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2020 Apr;258(4):931-937

Abstract

Objective: The aim of this study was to investigate the effect of endometriosis on the ocular surface.

Methods: A total of 50 patients were included in the study and divided into two groups. Group 1 consisted of 25 patients with endometriosis. Group 2 had 25 control patients. All patients underwent complete ophthalmic examination, and the right eyes were included in the study. To evaluate the ocular surface, both groups were tested with the following: the Schirmer I test, tear breakup time (TBUT), the conjunctival impression cytology (CIC), and the Ocular Surface Disease Index (OSDI). The results were subsequently compared.

Results: The average Schirmer I test results were 8.40 ± 2.74 mm in group 1 and were significantly lower in patients with endometriosis ($P < 0.001$). The average TBUT test results were 9.04 ± 3.61 s in group 1 and were significantly lower in patients with endometriosis ($P < 0.001$). The average OSDI results were 24.04 ± 9.29 in group 1 and were significantly higher in patients with endometriosis ($P < 0.001$). The average CIC results were 1.76 ± 0.88 in group 1 and were significantly higher in patients with endometriosis ($P < 0.001$).

Conclusions: Ocular surface changes, including squamous metaplasia, may be observed in the conjunctiva of patients with endometriosis.

Keywords: Conjunctival impression cytology; Dry eye; Endometriosis; Schirmer I test; Tear breakup time.

2. Evaluation of Complement System Proteins C3a, C5a and C6 in Patients of Endometriosis.

Elif Karadaş , İsmet Hortu , Handan Ak , Ahmet Mete Ergenoğlu , Nedim Karadaş , Hikmet Hakan Aydın Clin Biochem. 2020 Apr 20,120(20)30153-3.

Abstract

Background: Endometriosis is a disease that shows auto-immune and chronic characteristics, suggesting a role for proteins mediating immune interactions in its pathophysiology. The aim was to evaluate C3a and C5a for their role in inflammatory responses and C6 as the down-stream interactor following our previous findings on C5 mRNA expression changes in endometriosis.

Methods: Sera from 71 endometriosis patients and 77 women without endometriosis were taken. While the samples were taken only once from the controls, the patient samples were taken before, in 1st and in 7th days after laparoscopy. Levels of complement proteins C3a, C5a and C6 were measured with ELISA assays. MPV (Mean Platelet Volume), CRP (C-Reactive Protein) and NLR (Neutrophil-to-Leukocyte Ratio) were also analyzed from the retrospective data.

Results: C6 levels of early-stage patients at postoperative 1st day were significantly higher than controls. Patients with high MPV measurements had significantly higher C3a ($p < 0.0001$) and C6 ($p < 0.05$) levels than controls at all times of measurement.

Conclusions: C6, an integral component of the membrane attack complex (MAC), could play a role at early disease-stage. The changes in levels of complement proteins and their relation to high MPV levels suggests a broader area of interplay for immune interactors in endometriosis. Although a bigger and longitudinal study design is needed to obtain more accurate results to evaluate these proteins as potential biomarkers, an important role of complement system within the pathophysiology of endometriosis is apparent.

Keywords: Complement C3a; Complement C6; Endometriosis; Mean Platelet Volume.

3. The Relationship Between C-reactive Protein (CRP), Carbohydrate Antigen (CA) 125 and Haematological Parameters to Endometriotic Nodule Localisation in Pelvis

Emsal Pinar Topdagi Yilmaz , Yunus Emre Topdagi , Ragıp Atakan Al , Yakup Kumtepe J Chin Med Assoc. 2020 Mar 24

Abstract

Background: Endometriosis is a pelvic inflammatory process, and hormonal, environmental and genetic factors play a role in its etiopathogenesis; especially, deep pelvic endometriosis exhibits an extensive anatomical distribution. In the present study, we evaluated the contribution of routinely measured haematological parameters to the diagnosis as the number of endometriotic nodule localisation increases, when evaluated with C-reactive protein (CRP) and carbohydrate antigen (CA) 125.

Methods: The present study included patients with histopathologically confirmed diagnosis of endometriosis who underwent surgery at our hospital between January 2007 and December 2018. Their medical records were examined retrospectively.

Results: In total, 205 patients were included in the study; 129 patients (62.9%) with ovarian endometrioma and 76 patients (37.1%) with deep infiltrative endometriosis were assigned to Group 1 and Group 2, respectively, and the two groups were compared. Endometriotic nodules were observed in several localisations in 71 patients (34.6%) of the 205 patients with endometriosis. Pelvic nodules were grouped as per their four different localisations: uterosacral, recto-vaginal, bladder and ureteral. Because the anatomical localisation of endometriotic nodules increased in the pelvis, the variability in the levels of CA 125 and CRP as well as haematological parameters was examined. There were significant differences in haemoglobin ($p < 0.036$), CA 125 ($p < 0.000$) and CRP ($p < 0.007$) levels between patients with nodules in ≤ 2 localisations and those with nodules in ≥ 3 localisations.

Conclusion: Our study included a total of 205 patients. There was a significant difference in the CRP, CA 125 and haemoglobin levels between Group 1 and Group 2, but it was concluded that coexistence of the endometriotic nodule had no effect on the other haematological parameters. For this purpose, prospective studies with a larger number of patients are needed.

4. The Regression of Endometriosis With Glycosylated Flavonoids Isolated From *Melilotus Officinalis* (L.) Pall. In an Endometriosis Rat Model

Mert İlhan , Zulfıkar Ali , İkhlas A Khan , Hakkı Taştan , Esra Küpeli Akkol Taiwan J Obstet Gynecol. 2020 Mar;59(2):211-219.

Abstract

Objective: *Melilotus officinalis* (L.) Pall. is commonly used for treating bronchitis, painful menstruation, hemorrhoids, kidney stones, ulcers of the eyes, earache, and hardening and swelling of uterus. The European Medicines Agency reported the use of *M. officinalis* orally against stomach ache, gastric ulcer, and disorders of the liver and uterus in folk medicine. The present study aimed to appraise the activity of *M. (L.) Pall.* aerial parts in endometriosis rat model.

Materials and methods: The endometriosis rat model was used to evaluate the potential activity of *M. officinalis* aerial parts based on its folkloric usage. The aerial parts of *M. officinalis* were extracted with n-hexane, ethyl acetate (EtOAc), and methanol (MeOH), respectively. The adhesion scores, endometrial foci areas, and cytokine levels were measured in all treated groups. After the biological activity studies, phytochemical studies were performed on the active extract and the fractions obtained from the active extract.

Results: The MeOH extract significantly decreased the endometrial foci areas and cytokine levels in rats with endometriosis. Fractionation was performed on the MeOH extract to achieve bioactive molecules. Following the fractionation, the fractions obtained from the MeOH extract were tested. Fraction C showed the highest activity in the rat endometriosis model. Phytochemical investigation of the active fraction (Fraction C) resulted in isolation and elucidation of some quercetin and kaempferol glucoside derivatives.

Conclusion: Fraction C obtained from the MeOH extract of *M. officinalis* showed the highest activity, yielding four glycosylated flavonoids.

Keywords: Endometriosis; Fabaceae; Glycosylated flavonoids; *Melilotus officinalis*; Rat.

5. Protective Effect of Cabergoline on Mitochondrial Oxidative Stress-Induced Apoptosis Is Mediated by Modulations of TRPM2 in Neutrophils of Patients With Endometriosis

Elif İlknur Ekici, Mehmet Güney, Mustafa Nazıroğlu J Bioenerg Biomembr. 2020 Mar 29

Abstract

Calcium ion (Ca^{2+}) signaling in endometriosis (ENDO) is associated with increased neutrophil activation and oxidative stress. A Ca^{2+} signaling modulator and antioxidant actions of cabergoline (CBG) in some cells were recently reported. TRPM2 cation channel is activated by reactive oxygen species (ROS). Antioxidant action of CGB via inhibition of ROS may modulate the channel. We aimed to investigate the effect of CBG on TRPM2 inhibition in serum and neutrophils of patients with ENDO. The serum and neutrophil samples were grouped into healthy samples (no treatment), ENDO and ENDO + CBG treated groups ($n = 10$ in each). In some experiments, the neutrophils were also incubated with TRPM2 (ACA) and PARG-1 (PJ34) blockers. The values of intracellular ROS, Ca^{2+} concentration, mitochondrial membrane depolarization, lipid peroxidation, apoptosis, and caspase - 3, caspase - 9, PARG-1 and TRPM2 expressions were high in the neutrophils of patients with ENDO, although antioxidant levels (reduced glutathione, glutathione peroxidase, vitamin A, and vitamin E) were low in the neutrophils and serum from these patients. However, markers for apoptosis, oxidative stress, and mitochondrial dysfunction were reduced with CBG, ACA and PJ34 treatments, although the antioxidant levels were increased in the serum and neutrophils following treatment with CBG. Taken together, our current results suggest that CBG are useful antagonists against apoptosis and mitochondrial oxidative stress via inhibition of TRPM2 in neutrophils of patients with ENDO.

Keywords: Apoptosis; Cabergoline; Endometriosis; Oxidative stress; TRPM2 channel.

6. Improvement in Quality of Life and Pain Scores After Laparoscopic Management of Deep Endometriosis: A Retrospective Cohort Study

Ercan Bastu, Hale Goksever Celik, Yucel Kocyigit, Dilara Yozgatli, Cenk Yasa, Selin Ozaltin, Sema Tas, Meryem Soylu, Atahan Durbas, Husnu Gorgen & Faruk Buyru Archives of Gynecology and Obstetrics

Abstract

Purpose: This is a retrospective cohort study that evaluates the postoperative pain findings of a consecutive series of laparoscopic surgeries for deep endometriosis (DE).

Methods: This multi-center retrospective cohort study was carried out in university hospitals (Istanbul, Turkey). Sixty-five patients diagnosed through bimanual gynecologic examination, gynecologic ultrasound or magnetic resonance imaging-confirmed endometrioma and DE together; who underwent a laparoscopic surgery between 2013 and 2019 by a team of gynecologists, colorectal surgeons, and a urologist were retrospectively evaluated. The data were collected in a specific database and analyzed for postoperative pain outcomes through a comparison with preoperative symptoms scored using a visual analogue score (VAS), and the British Society of Gynecologic Endoscopy (BSGE) pelvic pain questionnaire.

Results: Sixty-five patients who met the criteria were included. The mean age of all patients was 35.0 ± 6.3 (range 22–50) years. The mean operative time was 121.3 ± 50.2 (range, 60–270) minutes. Preoperative and postoperative comparison of VAS scores for dysmenorrhea (8.57 vs. 2.91), dyspareunia (6.62 vs. 1.66), dyschezia (7.46 vs. 2.43), dysuria (5.67 vs. 1.34), chronic pelvic pain (4.11 vs. 1.22), and BSGE score (40.98 vs. 11.00) showed significantly reduced pain scores, respectively ($p < 0.01$).

Conclusion: Laparoscopic management of DE is a valid treatment option in terms of reduced postoperative pain and increased quality of life according to pain score outcomes. To have more robust conclusions, a prospective cohort study with a larger sample size which evaluates patients who had segmental bowel resection and those who did not have segmental bowel resection is necessary.

F

SOSYAL MEDYA

SOSYAL MEDYADA BİZİ TAKİP EDEBİLİRSİNİZ



ENDOMETRİOZİS İLE İLGİLİ MAKALE ÖZETLERİ

Dernek sitemizde her ay **Prof. Dr. Fatma Ferda 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 ilişikteki linkten de ulaşabilirsiniz. Makale Full text'leri **Doç. Dr. Hale Göksever Çelikt** tarafından yüklenmektedir.

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



WEBSİTELERİMİZ

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

Sağlık Profesyonelleri için

Hastalar için

International

Web sitemizin içeriği, ziyaretçiyi bilgilendirmeye yönelik hazırlanmıştır. Sitede yer alan bilgiler, hiçbir zaman bir hekim tedavisinin ya da konsültasyonunun yerini alamaz. Bu kaynaktan yola çıkarak, ilaç tedavisine başlanması ya da mevcut tedavinin değiştirilmesi kesinlikle tavsiye edilmez. Web sitemizin içeriği, asla kişisel teşhis ya da tedavi yönteminin seçimi için değerlendirilmemelidir. Sitede kanun içeriğine aykırı ilan ve reklam yapma kastı bulunmamaktadır.

ENDO



OKULDA



*Sağlıklı genç bireyler ile
daha sağlıklı ve bilinçli bir
toplum olmak için hep birlikte
el ele...*

Okul Adı:.....

Okul Adresi:.....

Yetkili İsim:.....

Görevi:.....

Telefonu:.....

Talep Edilen Tarih ve Saatler:.....

Tahmini Katılımcı Sayısı:.....

*Yukarıdaki formu farkındayım@endometriozis.org adresine gönderiniz, detaylı bilgi için 0532 515 69 99 nolu telefondan bize ulaşabilirsiniz.

BİLGİ: Okulda veli, öğretmen yada eğitim görevlisi olabilirsiniz, okulunuzla bu projemizi paylaşıp yukarıdaki formu bize göndermelerini sağlamanız yeterli.

YENİ DERNEK ADRESİMİZ

Esentepe Mah. Yıldız Posta Cad. Emekli Subayevleri
28. Blok no. 7/7 Şişli İstanbul

www.endometriozis.org
info@endometriozisderneği.org