Endoüroloji Bülteni 2013;6:36-39
DOI: 10.5350/ENDO2013060108

Mesane Endometriozisinin Tanı ve Tedavisi: Güncel Durum

Carmen Maccagnano, Federico Pellucchi, Lorenzo Rocchini, Massimo Ghezzi, Vincenzo Scattoni, Francesco Montorsi, Patrizio Rigatti, Renzo Colombo.

Diagnosis and treatment of bladder endometriosis: state of the art. Urol Int 2012;89:249-258. DOI: 10.1159/000339519.

Giriş

Derin infiltratif pelvik endometriyozis (Deep infiltrating endometriosis, DIE) stroma ve/veya endometriyal glandüler epitelin endometriyum kavitesi ve uterus kaslarının dışında implante olarak retroperitoneal boşluğu veya pelvik organların duvarlarını en az 5 mm derinlikte olacak şekilde penetre etmesi şeklinde tanımlanmaktadır. İdrar yolu endometriyozisi (Urinary tract endometriosis, UTE) sıklığı tüm kadınlar dikkate alındığında %0.3 ile %12'ye varan oranlarda görülmektedir. DIE üriner semptom şikayetlerine bağlı olarak teşhis edilmektedir. Dolayısıyla doğru diagnostik prosedürü ve en uygun tedavileri belirlemek için jinekolog ile ürolog arasında yakın bir işbirliği gerekmektedir.

Gereç ve Yöntemler

1996-2011 arasında yayınlanan makaleler için PubMed ve Scopus'u kullanarak MEDLINE veri tabanında bir araştırma yapmak suretiyle bir literatür incelemesi gerçekleştirilmiştir. Elektronik aramalar şu anahtar kelimelerle sınırlandırılmıştır: idrar yolu endometriozisi, mesane endometriyozisi, semptomlar, tanı ve tedavi. Spesifik olarak mesane endometriyozisi ile ilgili toplam 74 makale bulunmuştur ve bunların 70 tanesi orijinal makale ve 4 tanesi meta-analizdir.

Epidemiyoloji

Üriner sistemde en sık etkilenen yer mesanedir. (olguların %85'inde). Mesane endometriyozisi (ME) genellikle üreme çağındaki kadınları etkiler ve ortalama görülme yaşı 35'tir. Endometriyozis dokusu büyümenin devamı açısından östrojene bağımlı olduğu ve menapozdan sonra genellikle regresyona uğradığı için postmenopozal ME son derece nadirdir. Mesane endometriozisi başlangıç tipine göre "primer" veya "sekonder" olarak tanımlanır: Primer ME spontan olarak gelişen bir hastalık olup DIE tanısı konan hastaların %11'inde teşhis edilirken; sekonder ME Sezaryan doğum veya histerektomi gibi pelvik cerrahi girişimlerden sonra meydana gelen iyatrojenik bir lezyondur. ME'li hastaların %50'ye varan bir kısmında geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü bulunur. ME lezyonu mesanenin serozal yüzeyinden mukozaya doğru ilerler ve çoğunlukla multifokaldir. En sık etkilenen yerler trigon ve mesane kubbesidir.

Patogenez

Halen tartışmalıdır. Ancak 4 etyolojik hipotez vardır.

Embriyonik Teori

ME, özellikle vezikouterin/vezikovajinal septumda lokalize olan Müllerian artıklardan köken alabilir, ancak ürotelyumdaki müllerian artıklarla ilgili histolojik kanıtlar yetersizdir.

Migratuar ve Metastatik Teori

En yaygın şekilde kabul gören teoridir. Menstrüasyon artıklarının Fallop tüplerinden retrograd bir şekilde pelvise regurjite olduğunu ve daha sonra mesane duvarında implante olduğunu öne sürmektedir. Mesane cul-de-sac'ın anteriorunda regürjite olan endometriyal hücrelerin implantasyonu için öncelikli bir hedeftir. Regürjite olan endometriyal hücreler implantasyondan sonra mesane çatısı ile anterior uterus duvarı arasında "sandviç" oluşturarak peritonda enflamatuar bir olguyu tetikleyerek iki organın adezyonuna yol açarlar. Kriptomenstrüasyonlar ve enflamatuar yanıt ortaya çıkarak vezikovajinal septumun primer nodülü şek-

linde yanıltıcı bir izlenim oluşturur. Detrusor nodüller cerrahi esnasında hemen hemen hiç değişmez bir şekilde uterus corpusuna yapışık ve dolayısıyla, tanım gereği olarak uterus serviksinin ötesine geçmeyen vezikovajinal ve vezikoservikal septumun kraniyelinde kalan lezyonlar şeklinde görülürler.

Transplantasyon Teorisi

ME'inin adenomyotik lezyonların yayılması ve lenfojen ya da hematojen embolizasyon yoluyla transportu ya da adenomyotik nodüllerin uterus duvarı yoluyla doğrudan yayılması şeklinde gelişen mesane adenomyozisi olarak tanımlanması gerektiğini öne sürmektedir. Ancak görüntüleme ve cerrahi bulgular bu teoriyi destaklememektedir. ME'inin vezikouterin poşta intraperitoneal bir şekilde köken aldığını ve uterin adenomyosis ile birlikteliğin sık olmadığını göstermektedir.

İyatrojenik Teori

Sezaryen doğumu izleyen transvers uterus insizyonunun kapatılması için uygun olmayan bir cerrahi tekniğin ya da endometriyal hücrelerin intraoperatif yayılmasının sonucu olabilmektedir.

Semptomlar

ME'inin sebep olduğu semptomlar lezyonun lokalizasyonuna ve yerine bağlı olarak değişebilir. ME'li hastaların %33'ü asemptomatiktir ve tanı bilinen bir DIE ve/veya infertilite tetkikleri esnasında tesadüfen olarak konur. ME'li kadınların çoğu ilk tanı anında üriner depolama semptomlarıyla başvururlar. Bu olgularda lezyon, özellikle trigon ve çatı başta olmak üzere detrusoru etkiler. Aslında sorun temel olarak frequency, tenesmus, yanma hissi, miksiyon esnasında ağrı, dizüri ve suprapubik rahatsızlık ve ağrı ile akut bir üretral sendrom şeklinde belirti vermektedir. Hematüri olguların %20-35'i tarafından tarif edilmektedir. Menoüri (menstrüasyonla bir arada bulunan hematüri) akut üretral sendrom kadar yaygın olmayıp mukoza etkilendiği zaman olguların sadece %20-25'inde görülür. ME'den etkilenen hastaların %40 kadarı bu semptomların siklik bir şekilde meydana geldiğini, premenstrüel dönemde daha belirgin olduğunu bildirmektedir. Bunlar rekürrent sistit-aşırı aktif mesane, mesane karsinomu, interstisiyel sistit ve kronik uretral sendrom gibi pek çok farklı ürolojik sorun ile iç içe geçen semptomlardır. Literatürde ayrıca, ME'inden endometrioid adenokarsinom veya adenosarkom şeklinde köken alan malign transformasyon da bazen bildirilmektedir.

Tanı

Fizik Muayene

Bimanuel muayene şu durumlarda pozitif ise endometriyotik infiltrasyonu düşündürücü olarak kabul edilir: utero-sakral ligamentlerde, vajinada, rektovajinal boşlukta, Douglasta, rektosigmoidde ve mesanenin posteriorunda palpabl bir nodül, kalınlaşmış bir alan veya palpabl bir kistik genişleme saptanması durumunda şüphelenilmelidir. Serum muayeneleri: Bütün hastalar anemi açısından değerlendirilmelidir. Yaygın ME ciddi bir anemi oluşumuna yol açabilir. Bütün hastalar, kan kreatinin ölçümleriyle renal fonksiyon açısından değerlendirilmelidir. Sessiz bir renal fonksiyon kaybı nadir değildir.

İdrar Tetkiki

Mikroskobik ve makroskobik hematüri kanıtları açısından değerlendirilmeli ve irrite edici voiding semptomlarının enfeksiyöz etiyolojisini dışlamak için idrar kültürü yapılmalıdır. İdrar kültürleri genellikle negatiftir. Bunun dışında, mesane kanserini ekarte etmek için irrite edici voiding semptomları açısından ayırıcı tanı gerekliliğinden dolayı idrar sitolojisi de zorunludur.

Ultrason

Ultrason ME tanısında ilk basamaktır. Abdominal, transvajinal (TV) ve transrektal US'nin şikayetlere göre değişen bir şekilde kombine edilmesi mesane de dahil olmak üzere seyrek rastlanan yerlerde endometriyozisi ortaya çıkartabilir. TV US'nin ME için spesifisite ve pozitif ve negatif prediktif değerleri yaklaşık olarak %100'dür. Tespit etme oranı, son aşamada patolog tarafından belirlenen ortalama lezyon çapı (~3 cm) ve endometriyozis için geçirilmiş bir operasyon öyküsü ile güçlü şekilde ilişkili olduğu için sensitivite oranı %50'nin altındadır DIE tanısı için üç boyutlu TV US'nin sensitivite ve spesifisite oranları; Konvansiyonel TV US'de olduğu gibi spesifisite yaklaşık %100'dür ve sensitivite düşük düzeyde, yaklaşık %25'tir.

MR

Pelvik manyetik rezonans (MR) ME tanısında %88'e varan sensitivite ve %99'a varan spesifisite oranlarına ulaşabilir. Diagnostik doğruluğu yaklaşık %98'tir. Bu özellikler MR'nin yaygın adezyonları olan kompleks endometriyozis olgularında tamamlayıcı bir muayene ve ME tanısı için altın standarttır. Gadolinyumun kullanımının endometriyozis tanısına katkısı hakkında çok az veri bulunmaktadır.

Sistoskopi

Lezyonun intraperitoneal kökenli olması sebebiyle sistoskopik bulgular normal olabilir. ME lezyonlarının morfolojisi menstrüasyon siklusunun fazlarıyla değişmekte olup en iyi karakterizasyon menstrüasyon öncesinde ve esnasında sağlanabilir. Nitetik endometriyotik nodüller menstrüasyon esnasında daha büyük ve daha konjestiftir ve sistoskopik görüntülenmeleri daha nettir. ME lezyonları genellikle farklı renk ve şekillerdeki adenomatöz ve düzensiz nodüler bir kitle şeklinde görülür: mavi-kırmızı, mavi-siyah veya mavi-kahverengi lezyonlar daha sık rastlanan bulgulardır. Ürotelyum genellikle ülsere değildir. İzole veya multifokal olabilirler, genelde 1–3 cm çapındadırlar ve genellikle kubbede ya da tabanda lokalizedirler. Endoskopik biyopsi mesane karsinomunun, varislerin, papillomların veya anjiyomların ve ayrıca detrusor mezankimal tümörlerinin ekarte edilmesi için kritik bir önem taşır. Ancak transuretral rezeksiyon (TUR) prosedürlerinin haricinde, sistoskopide yapılan biyopsiler endometriyozis açısından her zaman tanı koydurucu değildir. Sistoskopik değerlendirmede endometriyotik lezyonun kaudal sınırının interureterik ligamandan <2 cm uzak olduğu nadir olgularda ureteroneosistostomi gerekebilir ve cerrahi prosedür buna göre planlanmalıdır. Endometriyotik nodülün vezikal trigona olan aşırı yakınlığı, transuretral rezektoskopik cerrahi geçirmiş olan hastalarda daha sık görülen bir durumdur.

Ayırıcı Tanı

Mesane karsinomunu, anjiyomları, leiomyomu, amiloidozu, malakoplakiyi, glandüler sistiti, nefrojenik adenomu ve divertikülit gibi ekstravezikal prosesleri içermelidir ve hemen hemen bütün olgularda histolojik çalışma yapılmalıdır.

Tedavi

UTE'nin tedavisi tartışmalı bir konudur. ME tedavisi yaş, fertilite tercihleri, hastalığın yaygınlığı, alt üriner sistem semptomlarının şiddeti, diğer pelvik lezyonların varlığı ve menstrüel disfonksiyonun derecesi gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak değişir . Tedavi tıbbi, cerrahi veya bunların bir kombinasyonu şeklinde olabilir.

Tıbbi Tedavi

Tıbbi veya hormonal tedavinin (HT) amacı endometriyal dokunun regresyonunu arttırmaktır. En yaygın gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) agonistleri ve antagonistleri, progestinler ve kombine oral kontraseptifler kullanılır. HT DIE'yi geçici olarak indükleyebilir. Bu tedavi fertiliteyi korumaya çalışan genç kadınların ilk tedavisini teşkil eder. Bu durumda levonorgestrel'li bir RIA ile verilen lokal progesteronlar konservatif bir tıbbi yaklaşım olarak yararlı olabilirler. Başlıca 2 avantaj sağlar: 5 yıl boyunca etkili olur ve tedavi bittikten sonra gelecekteki fertilite durumunu etkilemez. Tüm bu ilaçlar pelvik ağrı, dismenore ve disparöni şiddetini hafifletse bile tedavi sonlandırıldığı zaman semptomlar genellikle nüks eder. DIE'de relaps oranı oldukça yüksektir (yaklaşık %56). Bu durum, bu tip tedavilerin derin endometriyozisli ve ayrıca ME'li hastalarda da lezyonların sadece geçici bir şekilde ortadan kaybolmasını indüklediğini göstermektedir. Sonuç olarak, tıbbi tedavi tedavinin kesilmesinden sonra yüksek bir rekürrens oranına sahip gibi görünmektedir.

Cerrahi Tedavi

ME'inin cerrahi tedavisi farklı cerrahi yaklaşımları içerir. Doğru planlama için; (1) vezikal epitelyum malignitesinin dışlanması, (2) ME nodülünün kesin lokalizasyonunun belirlenmesi (ureteral meatusa ve alt endometriyotik kenara olan mesafenin belirlenmesi) ve (3) üreter durumunun tanımlanması şarttır. ME'nin cerrahi tedavisinden sonra rekürrens için en büyük risk faktörünün hasta yaşıdır. Hasta ne kadar gençse, cerrahlar parsiyel sistektomide radikal tedaviyi gerçekleştirmek konusunda tereddütte kaldıkları için rekürrens riski de o kadar fazla olmaktadır. Komple eksizyon ayrıca ağrıda ciddi boyutta bir azalma ve yaşam kalitesinde bir iyileşme ile de ilişkilidir.

Transüretral Cerrahi

TUR hem lokal lezyonun tedavisi hemde rekürrensin azaltılması için 0.5-1 cm lik bir rezeksiyon derinliğinde olmalıdır. Ancak perforasyon konusunda dikkatli olunmalıdır. En yaygın terapotik yaklaşım hastaların çoğunda %25-35 arasında hesaplanan bir rekürrens oranına rağmen iyi bir sonuca ve klinik semptomların kaybolmasına yol açan GH-RH hormon tedavisiyle kombine edilmiş TUR'dur.

Parsiyel sistektomi

Parsiyel sistektomi, ME'inin ve çevresindeki mesane duvarının tam kalınlıktaki cerrahi eksizyonunu içeren mesane-koruyucu bir yönetim prosedürüdür. Detrusor endometriyozisi için segmental mesane rezeksiyonu genellikle görece basit ve güvenli bir prosedürdür. Çeşitli raporlar bu yaklaşımın laparotomiyle de yapılsa laparoskopik olarak da yapılsa semptom düzelmesi ve rekürrens oranı açısından mükemmel cerrahi sonuçlarını göstermiştir. Eş zamanlı sistoskopi, rezeke edilecek olan endometriyotik lezyonun marjininin daha iyi tanımlanması açısından yararlı olabilir. Ayrıca cerrahın tercihine göre, özellikle endometriyotik lezyonun kaudal sınırı ile interureterik ligaman arasındaki mesafe < 2 cm olduğunda üreterlerin koruyucu sistoskopik koterizasyonu önerilmektedir.

Laparotomi ile Parsiyel Sistektomi

Prosedür nodül sınırlarının dikkatli bir şekilde tanınmasıyla ve anterior uterus duvarı ile vezikouterin kıvrım peritonu arasındaki her türlü adezyonun lizisiyle başlar. En uygun anatomik durum, endometriyotik lezyonun mesane kubbesini etkilediği durumdur. Endometriyotik lezyonlar mesanenin posterior duvarında lokalize olduğu zaman daha kompleks bir anatomik durumla karşılaşılır. Bu olgularda, anterior uterus duvarı ile peritonun vezikouterin kıvrımı arasındaki adezyonların lizisiyle segmental mesane rezeksiyonu gerçekleştirilebilir en son aşamada mesane iki tane su geçirmez ince sentetik absorbable sütürle dikilir.

Laparoskopik parsiyel sistektomi

Bu yaklaşım, nodülün mobilize edilmesi ve nodülün bir bütün olarak etrafında biraz sağlıklı dokuyla eksizyonuyla mesanenin diseke edilebilmesi için vezikouterin boşluğun diseksiyonunu içerir. Mesane sütürü genelde tek tabaka şeklinde atılır. Su geçirmez bir kapanmanın sağlandığından emin olmak ve üreteral orifislerin bütünlüğünü kontrol etmek için prosedürün sonunda genellikle bir sistoskopi yapılması önerilmektedir. Değişik serilerde sonuç mükemmel olup hastaların %95-100'ünde ağrı geçişi bildirilmektedir. Laparoskopi ayrıca, ekstravezikal lezyonların eş zamanlı olarak tedavisine ve histerektomiyle birlikte veya histerektomi olmadan eş zamanlı kastrasyona da izin verir. Son olarak, laparoskopik parsiyel sistektomi çeşitli avantajlarla birlikte açık cerrahiyle aynı sonuçları sunar. Bu avantajlar arasında daha az kanama, kısalmış operasyon süresi, kısalmış hastanede kalma süresi, işe daha çabuk geri dönebilme, postoperatif ağrıda majör düzeyde bir azalma ve azalmış postoperatif morbidite riski yer almaktadır.

Robotik Yaklaşım

Robot yardımlı laparoskopi standart laparoskopiyle karşılaştırıldığında, daha iyi bir sütürleme tekniğine imkan veren daha gelişmiş bir enstrümentasyon serbestliği düzeyine sahiptir. Ancak daha uzun ayar süresi ve yüksek masraf limitleri bu yöntemin kullanımını sadece referans merkezlerine kısıtlamaktadır. Literatürde az sayıda birkaç olgu raporu açıklanmıştır.

Çeviri:
Yrd. Doç. Dr. Hakan Öztürk
Şifa Üniversitesi, Üroloji Anabilim Dalı