

# ENDOMETRİOZİS

## ENDOMETRIOSIS

Tijen ACARKAN, MD<sup>1, 2, 3 \*</sup>

<sup>1</sup>Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

<sup>2</sup>Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

<sup>3</sup>International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

### Özet

Modern tıp açısından tedavi seçeneği NSAİ kullanımı ve cerrahi ile sınırlı olan endometriozisin nöralterapi ile tedavisi mümkündür. Endometriozis tamamlayıcı tıp bakış açısından genellikle hormonal disfonksiyon ve bozucu alan kaynaklıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Endometriozis, hormon, endometrium, nöralterapi, komplementer, bozucu alan.

### Summary

From the modern medicine aspect endometriosis treatment is limited by NSAIDs and surgery that can be treated by neuraltherapy. At the complementary aspect the endometriosis is generally induced by hormonal disfunction and disturbance field.

**Key words:** Endometriosis, hormon, endometrium, neuraltherapy, complemantery, disturbance field.

### Tanım

Uterus iç tabakası olan endometriumun, uterus dışında bulunması ve buna bağlı gelişen klinik tablodur. Endometriozis odakları abdominal boşlukta sıklıkla overler, tuba ve ligaman yapılarında, uterus dış ve pelvis iç yüzeyinde görülür. Nadi-ren de olsa bağırsaklarda, anal kanalda, mesanede, vajinada, servikste ve dış üreme organları üzerinde hatta geçirilmiş batın ameliyatlarının skarlarında da görülebilir.

Odaklar, normal yerleşimlerinin dışında olmasına rağmen normal bir doku tipi içerirler ve menstrüel siklusu yöneten hormonlara yanıt verirler. Siklusun proliferasyon fazında östrojen hakimiyetinde patolojik olan bu odaklar da proliferere olurken progesteron çekilmesi ile gelişen endometrium dökülmesi, uterusu regl kanaması ile vücudu terk ederken, patolojik olan bu odaklarda vücudu terk etme imkanı yoktur. Bu nedenle kendi içine kanama ve bu odaklardan dökülen dokunun ve kanın çevre dokuları etkilemesi, tekrarlayan enf-lamasyon zemini ve gelişen bağ dokusu yapışıklıkları endo-metriozisin bilinen sonuçlarıdır. (1, 2)

### UTERUSUN PERFÜZYONU

Uterusun kanlanması internal iliak arterden dallanan ve üre-

teri çaprazlayarak uterusu ulaşan uterin arter ile sağlanır. Ar-terin ana dalı uterusun dış kenarından yukarıya doğru ilerlerken uterusu dallar verir. Uterin arter, üstte ovariyen arterle anastomoz oluşturur. Altta ise vajinal arterle birleşen bir dal verir. Uterusun ven sistemini arterlere eşlik eden uterin ve ovariyen venler oluşturur. (3, 4, 5)

### PELVİK ORGANLARIN İNNERVASYONU

**Pelvisin sinirleri:** Pelvis ve pelvik taban vejetatif sinir sisteminin sempatik ve parasempatik yanı sıra somatik (motor ve duyu) sinir sistemi tarafından innerve edilir. Anatomik olarak spinal kordun torakolumbar ve sakral segmentlerinden ikili olarak çıkan spinal sinirler bu innervasyonu sağlar. (3, 4, 5)

**Vejetatif sinirler:** N. Splanchnici pelvici pelviste otonom sinir sisteminin parasempatik kısmını oluşturur. S 2-4 sakral sinirlerin içinde preganglioner lif olarak bulunurlar ve bu preganglioner lifler pleksus hipogastrikus inferiorda yer alan ganglionlarda sinaps yaparlar.

Pleksus Hipogastricus superior: L3-L4 sempatik ganglionlardan çıkan dallar ile oluşur. Sempatik, sakral parasempatik ve somatik afferent lifleri içerir. Pleksus hipogastrikus superior aşağıda sağ ve sol hipogastrik sinirleri oluşturmak üzere ikiye ayrılır. Bu sinirler inferior hipogastrik pleksusa katılırlar.

Inferior hipogastrik pleksus: N. Hipogastrikus (sempatik) ve N. Splanchnic (parasempatik) tarafından oluşmuştur. İnferior hipogastrik pleksus rektum, mesane ve vaginanın her

\* Yazışma Adresi (Address for Correspondance):

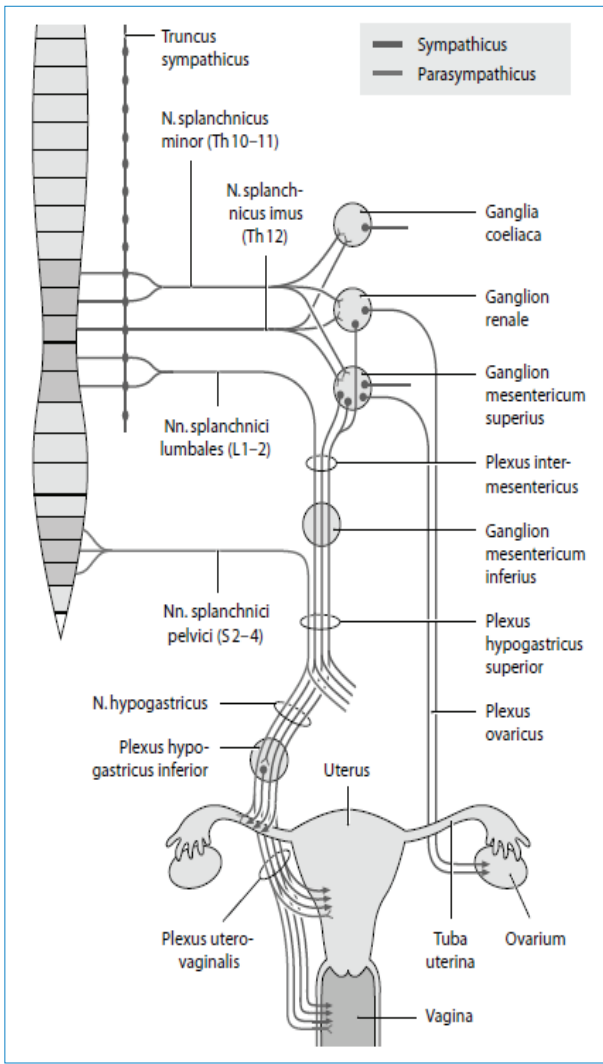
Tijen Acarkan, MD

Hakkı Yeten Caddesi Vital Fulya Plaza No:23 Kat:3 D:10

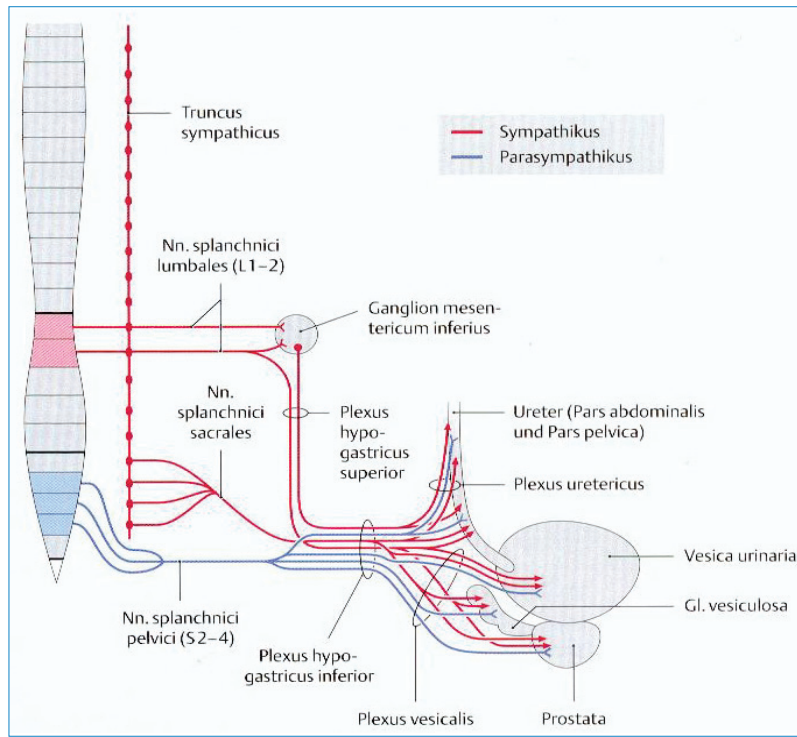
Fulya İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

tijenacarkan@naturelsaglik.com.tr



Şekil 1 | Uterusun innervasyonu.



Şekil 1 | Sempatik innervasyonu T10 L2 (pleksusu hipogastricus superior) dan; Parasempatik innervasyonu S2-S4 (N. Splanchnici pelvini) den gelir.

iki yanında yer alır. Pelvisin major nöronal entegrasyon merkezi olarak kabul edilir.

**Somatik innervasyon:** pelvisin somatik efferent ve afferent innervasyonu genellikle sakral sinir kökleri (S2-4) ve onun bağlantılarını alacak şekilde oluşur. Sakral pleksusun dalı olan n. pudendalis eksternal genitalerin bir kısmı da dahil olmak üzere perine derisinin somatik duyu dalları ve perineum kaslarının motor dallarını verir. Anatomik çalışmalar pudental, pelvik ve hipogastrik sinirlerin duyu liflerinin dışı pelvik organlarını innerve ettiğini göstermiştir.

**Genital organların innervasyonu:** Genital organlar pelvik sinir, hipogastrik sinir, paravertebral sempatik zincirden oluşan otonom sinir sisteminin parasempatik ve sempatik dalları ile somatik sinirler (pelvik splanchnik dallardan ve sakral pleksustan köken alan pudental sinir) tarafından innerve edilirler. Sinirler ya beyin ve spinal korttan, motor, sekretuar ve vasküler fonksiyonları kontrol etmek için sinyal taşıyan efferent sinirlerdir ya da genellikle özelleşmiş sinir uçlarından duyuyu düzenleyen afferent sinirlerdir. Cinsel fonksiyon ile ilişkili duyu uyarıları pudental, pelvik ve hipogastrik afferentler ile taşınır. Pudental sinir eksternal genital organlar ve perigenital bölgeden, pelvik ve hipogastrik sinir ise internal pelvik organlardan duyu uyarılarını taşır. Pudental sinir perine, klitoris ve uretranın duyu innervasyonunu sağlar. Pelvik sinirin duyu lifleri vajen, serviks, uterus korpusu en yoğun olarak da posterior forniksi innerve eder. (3, 4, 5, 6)

## ENDOMETRIOZİN KLİNİK BELİRTİLERİ

Bazı endometriozisli kadınlarda hiçbir belirti olmayabilirken en sık görülen belirtisi premenstrüel dönemde başlayan, regl dönemi ve sonrasında devam eden şiddetli ağrı, dispareni, infertilite ve menorajdır. Bu ortak kliniğin yanı sıra sık görülen yandaş şikayetler; artmış ve ağrılı bağırsak motilitesi, lomber bölgede sırta da yayılan ağrı, regl döneminde belirgin konstipasyon ya da diyare ve benzeri bağırsak disfonksiyonları ve yorgunluk halidir.

Ağrının şiddeti endometriozis odaklarının yaygınlık derecesi ile doğru orantılı değildir. Çok küçük endometriozis odaklarından prostaglandin üretimi daha çoktur, bu durum daha çok ağrının ve dahi belirgin belirtilerin olmasını açıklar. Yaşam kalitesini bozan endometrioziste infertilite görülme sıklığı ise % 30-40'tır. (7, 8)

## RİSK FAKTÖRLERİ

Endometriozis üreme çağı hastalığıdır ve en sık görülme yaşı 30-35 yaş aralığıdır. Menarş öncesi ya da postmenapozal dönemde başlamaz. Menoraji ve dismenoresi olan kadınlarda endometriozis sıklığı fazladır zayıf uzun boylu kadınlarda ve beyaz ırkta daha çok görülür. Gebelik endometriozis görülme sıklığını azaltır, gebe kalmamışlarda

endometriozis daha fazla görülür. Endometriozisin genetik özelliği yüksektir. Endometriozis hastalarının birinci derece akrabalarında sıklık % 7, ikinci derece akrabalarda % 3'tür. Beslenme bozukluğu, hareketsiz yaşam, stres kontrolünün olmaması, uyku bozukluğu gibi kötü yaşam şekli de görülme riskini arttıran faktörlerdir. (7, 8)

## Nedenler

Modern tıp açısından pek çok hastalıkta olduğu gibi endometriozisin nedeni de tam olarak bilinmemektedir. Ancak konuya dair çok sayıda teori mevcut:

- Reflü teorisine göre menstrasyon kanının uterusun tüp-lere geçerek geriye doğru abdominal boşluğa akmasıdır. Bu şekilde karın duvarına taşınan endometrium hücreleri burada yerleşip büyüyebildiği öne sürülmektedir. Bütün kadınlarda az da olsa bu şekilde bir reflünün olduğu ancak immun sisteminde veya endokrin sisteminde disfonksiyon olan kadınlarda endometriozis geliştiği öne sürülmektedir.
- Bir başka teoriye göre, endometrial doku uterus içinden kan veya lenf damarları aracılığıyla diğer bölgelere yayılmaktadır.
- Genetik teoride endometriozis genlerle taşınmakta veya endometriozise yatkınlık bulunmaktadır.
- Embriyo dönemi teorisi, embriyo döneminde meydana gelen doku artıklarının yetişkin dönemde endometriozise dönüşmesi veya ürogenital yapının atrofi olması beklenen kapasitesinin ileri yaşta yeniden aktive olmasını savunur.
- Cerrahi teori ise operasyon sırasında istemsiz oluşan endometrium dokusunun nakli ile oluşumu savunur. Batın operasyon skarlarında görülen endometriozisi bu teoriyi destekler niteliktedir.

Buraya kadar olan neden teorileri modern tıbbın endometriozise bakışıdır. Tamamlayıcı tıp ve nöralterapi bakış açısına göre endometriozisin en temel sebebi hormonal disfonksiyon ve bozucu alandır. Hormonal disfonksiyona sebebiyet veren her türlü olumsuz risk faktörü endometriozisin sebebi olabilir. Bozucu alan olarak pelvis bölgesinde geçirilmiş olan her türlü cerrahi girişim (küretaj, doğum, enfeksiyon, rahim içi araç) ya da servikosakral bağlantı üzerinden etkileyebilecek olan ağız dış çene kaynaklı oluşumlar endometriozisin sebebi olabilir. (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19)

## ENDOMETRİOZİSTE TANI

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, hastasını muayene ederken endometriozis odaklarını eliyle hissedebilir veya muayene esnasındaki belirtiler endometriozis varlığını düşünebilirse de patolojik yerleşimli endometrium odaklarının gözle görülmesini sağlayan laparoskopi en kesin tanı yöntemidir. Tamamlayıcı tıp bakış açısı içerisinde tanıda kullanılan cihazlar (revisant, vegatest) ile hormonal disfonksiyon varlığı, bozucu alanın tespiti ve bedenin iyileşmesinde önemli

olan bağ dokusunun durumu endometriozisin bütünsel tanısında yardımcı olmaktadır. (8, 9, 10, 11)

## ENDOMETRİOZİSİN MODERN TIPTA TEDAVİSİ

Modern tıpta endometriozis için değişik tedavi yöntemleri kullanılmakla birlikte kesin bir tedavisi yoktur. Ağrı kesiciler genellikle endometrioziste görülen ağrılar için kullanılırlar. Hormonlarla tedavi yumurtlamanın mümkün olduğunca uzun bir süre durdurulmasını amaçlamaktadır. Hormonal tedavi; doğum kontrol hapları, progesteron ilaçları, testosteron türevleri (danazol), ve GnRH agonistlerini (gonadotropin salıcı hormon ilaçları) içermektedir. Tüm hormonal tedavilerde yan etkiler bazı kadınlar için sorun oluşturabilmektedir.

Laparoskopik ya da klasik yöntemle yapılan cerrahi ile endometriozis lezyonlarının çıkartılması veya yok edilmesi mümkündür ve belirtilerin hafiflemesi veya gebeliğin oluşması sağlanabilir. Buna rağmen diğer tedavilerde olduğu gibi hastalığın tekrarlama olasılığı sıktır. (5, 8, 9, 10)

## Endometriozisin Tamamlayıcı Tıp ve Nöralterapi ile Tedavisi

Eğer endometriozisin sebebi bir hormonal disfonksiyon ise yapılacak olan hormonal aks terapisi (hipofiz, ggl çölyak, tiroid, pleksus uterovaginalis) tedavinin ilk adımıdır. Burada amaç tüm pelvis bölgesinin perfüzyonunu arttırmak ve inervasyonunu düzenlemektir. Lokal ve segmental tedavi ile pelvisteki olası tüm skar dokuların tedaviye dahil edilmesi de aynı bölgenin yine perfüzyon ve özellikle inervasyonu için önemlidir. Bozucu alan tedavisi bireysel olarak değerlendirilmesi ve regüle edilmesi tedavinin bir diğer parçasıdır. Servikosakral bağlantı içerisinde ağız içi, tonsil ve baş-boyun bölgesinin regülasyonu özellikle parasempatik gangliyonların enjeksiyonu beraberinde pelvisin parasempatikleri de (ggl impar ve sakral kanal) da tedavinin adımlarını oluşturur. Unutulmaması gereken önemli nokta her vakanın kendine özel olduğudur, detaylı anamnez, zaman bağlantılı hikaye ile terapinin planlanması nöralterpideki başarıyı ortaya çıkarır. (11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19)

**Vaka:** 38 yaşında hasta, evli, doğum yapmamış. İlk regl 14 yaş. Şiddetli dismenoresi var. Modern tıp tanısı endometriozis. Hormonal disfonksiyon tanısı ile 8 seans nöralterapi sonrası, endometriozis odaklarında anlamlı gerileme olmasına rağmen dismenore yakınması bitti.

**Vaka:** 46 yaşında, 2 doğum yapmış endometriozis tanılı hasta, doğum sonrası şiddetli karın ağrıları ve dismenoresi var. Yapılan şelasyon tedavisi ve hormonal aks tedavisi ile karın ağrıları ve odaklar geriledi.

**Vaka:** 35 yaşında endometriozis tanısı olan hastanın karın ağrıları, dismenoresi ve baş ağrıları abortus sonrası başlamış. Bozucu alan ve hormonal disfonksiyon olarak değerlendirilen hastaya nöralterapi uygulandı. Bozucu alan

tedavisi ve hormonal aks terapileri 12 seans sürdü. yakın-  
maları tamamen ortadan kalkan hasta 2 yıl sonra sağlıklı  
gebelik yaşadı.

### **Kaynaklar**

1. Robbins Basic Pathology, Kumar, Abbas, Aster 2013
2. Williams Textbook of Endocrinology, 13th Edition. By Shlomo Melmed, MD, Kenneth S. Polonsky, MD, P. Reed Larsen, MD, FRCP and Henry M. Kronenberg, MD
3. Atlas of Human Anatomy Book by Frank H. Netter 5th edition
4. Gray's Anatomi 2007 Drake RL, Vogl W, Mittchell A.
5. Dr. Dinara TASHBULATOVA 2007 Tez çalışması
6. Mc Graw Hill: Human Physiology – The Mechanismus of Body Function New York 2010
7. Clinical Neuroanatomy 7th Ed. Snell, Richard S.
8. Obstetrics, Williams, 23. th edition
9. Stop Endometriosis and Pelvic Pain: What Every Woman and Her Doctor Need to Know Paperback – July 30, 2012 by Andrew S.
10. Endometriosis and Infertility and Traditional Chinese Medicine: A Laywoman's Guide 1st Edition by Bob Flaws
11. Dittermar F. W, Loch E. G, Wiesenauer; Naturheilverfahren in der Frauenheilkunde un Gebusthilfe, Hippokrates Verlag 2004 3 Auflage
12. Weinschemk S. Handbuch Neuraltherapie: Diagnostik und Therapie mit Lokalanästhetika- mit Zugang zum Elsevier-Portal Gebundene Ausgabe – 19. April 2010
13. Barop H. Lehrbuch und Atlas der Neuraltherapie nach Huneke. Stuttgart: Hippokrates, 1996.
14. Barop H. Weiterbildungsverantwortlicher, Gutachter und wissenschaftlicher Beirat der Internationalen Ärztgesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke. Persönliche Mitteilung (mündlich und schriftlich). 2004.
15. Dosch P. Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke. 14. A. Heidelberg: Haug, 1995.
16. Nazlıkul, H.: Nöralterapi – Nobel Kitabevi 2010 İstanbul
17. Nazlıkul, H.: Tamamlayıcı Tıp ve Regülasyon (Komplemtär und Regulationsmedizin) S6-9 Barnat 5/2006
18. Nazlıkul H: İnferitilite Tedavisinde Nöralterapinin yeri ve önemi S: 12-22 Barnat 13/2011
19. Nazlıkul H. Tamamlayıcı Tıp ve Regülasyon. Barnat 2006;5:6–9