

Endometriozis 2026: Tanı ve Tedavide Risk- Fayda Dengesini Yeniden Okumak



Türk Jinekoloji ve Obstetri Vakfı

YAZAR: DOÇ. DR. FATMA
KETENCİ GENCER, DR. ENES
SERHAT COŞKUN

EDİTÖR:
DR. DUYGU KURTULUŞ,
DR. UFUK ATLIHAN



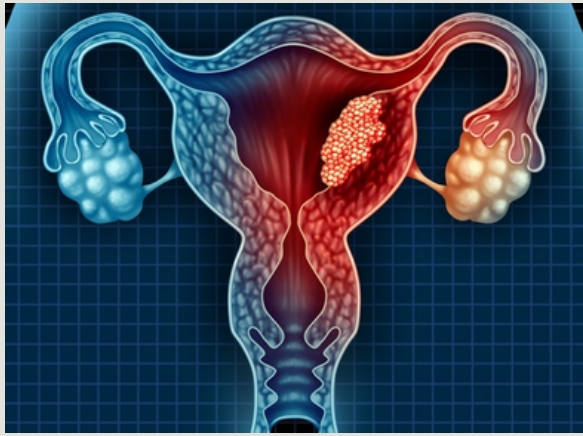
ENDOMETRİOZİS 2026: TANI VE TEDAVİDE RİSK-FAYDA DENGESİNİ YENİDEN OKUMAK

GÜNCEL LİTERATÜR VE KILAVUZLAR IŞIĞINDA KLİNİK KARAR DESTEĞİ

Yazar: Doç. Dr. Fatma Ketenci Gencer, Dr. Enes Serhat Coşkun
Editör: Dr. Duygu KURTULUŞ, Dr. Ufuk ATLIHAN

Editörden;

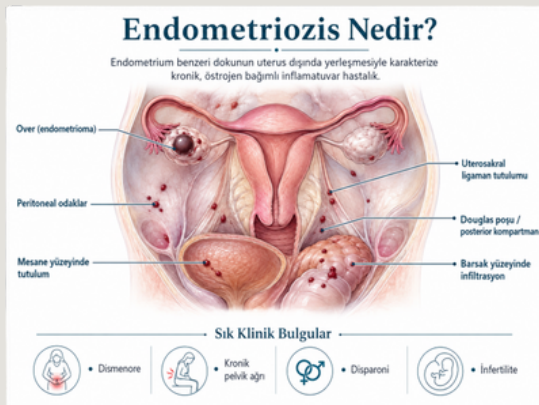
Endometriozis yönetiminde son yılların en önemli paradigma değişikliği, "Tanıyı nasıl doğrularım?" sorusundan "Bu hastada en doğru klinik kararı nasıl veririm?" sorusuna geçiş olmuştur. Güncel uluslararası kılavuzlar; erken klinik tanıyı, hedefe yönelik görüntülemeyi, bireyselleştirilmiş tedaviyi ve hastanın fertilité hedeflerini tek bir klinik karar algoritmasının ayrılmaz bileşenleri olarak ele almaktadır.



Giriş

Endometriozis, sık görülen ancak klinikte en fazla tanıda gecikme ve kronikleşen ağrı yükünü üretebilen hastalıklardan biridir. Semptomların normalleştirilmesi, fenotiplerin heterojenliği ve uzun yıllar boyunca "kesin tanı = laparoskopi" refleksi, tanı sürecini yıllara yayabilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü, endometriozisin üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'unu (yaklaşık 190 milyon kişiyi) etkilediğini ve kronik bir hastalık olduğunu vurgular.¹

2026 perspektifinde en büyük değişim, tanının cerrahi eşige kilitlenmesi yerine klinik şüphe ve hedefe yönelik görüntüleme ile erken yönetimin kurumsallaşmaya başlamasıdır. ACOG'nin 2026 Klinik Uygulama Kılavuzu, endometriozisin değerlendirme ve tanısında klinik, görüntüleme ve (seçilmiş olguda) cerrahi bileşenleri birlikte ele alır; amaç tanı gecikmesini kısaltmak ve uygun bakıma erişimi iyileştirmektir. Bu yaklaşım, ESHRE'nin 2022 kılavuzunun "laparoskopi tanıda zorunlu altın standart değildir" vurgusuyla uyumludur.^{2,3}



2024-2026 literatüründe üç büyük kırılma

1) Klinik tanı + hedefe yönelik görüntüleme yaklaşımı resmileşti

NICE NG73(NICE guideline 73)'ün 2024 güncellemesi, endometrioziste erken tanı farkındalığını güçlendirmeyi; normal görüntülemenin hastalığı dışlamadığı gerçeğini klinik akışa yerleştirmeyi hedefledi. ACOG 2026 da benzer biçimde, klinik şüpheyi tanısal bir strateji olarak konumlandırıp görüntülemenin karar verme sürecindeki rolünü belirginleştirir.^{4,2}

2) Derin endometrioziste (DIE) haritalama ve raporlama standardizasyonu

DIE'da başarının anahtarı, lezyonu yalnız "bulmak" değil hastalığı haritalayıp cerrahi stratejiyi öngörülebilir kılmaktır. 2024 Uluslararası Konsensüs Bildirisi, derin infiltratif endometrioziste (DIE) transvajinal ultrasonografi ve MRI'ın tanı ile sınıflandırmada hangi koşullarda ve hangi raporlama diliyle kullanılacağını standardize etmeyi hedefler. ESUR'un 2025 MRI konsensüs güncellemesi ise görüntüleme protokolünü ve standart raporlama terminolojisini netleştirerek kompartman bazlı değerlendirmeyi öne çıkarır; ayrıca üreterik etkilenim şüphesinde üst üreter sistemin (özellikle böbrekler) değerlendirilmesini planlamanın ayrılmaz bir parçası olarak vurgular.^{5,6}

3) Oral GnRH antagonistleri kılavuz ve geri ödeme dilinde yer edindi

Oral GnRH antagonistleri, endometriozis ağrı yönetiminde "etki gücü yüksek, denge add-back ile kurulan" bir sınıf olarak daha net konumlanmaya başladı. NICE teknoloji değerlendirmeleri, relugolix-östradiol-noretisteron (TA1057 - Technology Appraisal sıra 1057) ve linzagolix + add-back (TA1067 - Technology Appraisal sıra 1067) için belirli hasta gruplarında kullanımı önererek bu sınıfın klinik yerini pekiştirdi.^{7,8}

Endometriozisi tek hastalık gibi yönetmek neden sorun?

Endometriozis tek bir biyoloji değildir; farklı anatomik yerleşim ve davranış gösteren alt tabloların ortak adıdır. Yüzeysel peritoneal hastalık, ovarian endometrioma ve DIE aynı semptomlarla gelebilse de risk-fayda dengeleri farklıdır. Bu nedenle 2026 yaklaşımı, tedaviyi "fenotip + hedef" üzerinden kurgular: ağrı mı öncelik, fertilité mi, yoksa organ fonksiyonu mu? ESHRE kılavuzu, ağrı ve infertilite yönetimini ayrı eksenlerde ele alırken rekürrens ve yaşam boyu yönetimi de kapsar.³

Tanı: 2026'da hedef 'haritalamak'

Klinik şüphe artık pasif bir bekleme nedeni değil, aktif bir yönetim başlangıcıdır. ACOG 2026, endometriozis şüphesinde klinik değerlendirme ve görüntüleme ile tanısal yaklaşımı; laparoskopiyi ise tedavi planını değiştirecek seçilmiş olgularda düşünmeyi önerir. ESHRE 2022 de benzer biçimde,

görüntüleme inkonklusifse veya ampirik tedavi uygunsuz/yanıtsızsa cerrahinin gündeme gelebileceğini belirtir.^{2,3}

DİE için iyi bir transvajinal ultrason muayenesi, deneyimli ellerde tanısız değer taşır; MRI ise özellikle cerrahi planlama, kompleks anatomi ve üreter/böbrek etkilenimi şüphesinde katma değer sağlar. 2024 konsensüs bildirisi, TVUS ve MRI'ın komplementer olduğunu ve amacın non-invaziv haritalama olduğunu vurgular; ESUR 2025 güncellemesi de MRI protokolünü ve raporlama dilini bu hedefe göre standardize eder.^{5,6}

ENDOMETRIOMA			
Kılavuzlar ne öne çıkarıyor?			
Görsel özet ESHRE 2022 • NICE NG73 2024/25 • SOGC 2026			
	ESHRE 2022	NICE NG73 2024/25	SOGC 2026
Tanı / görüntüleme	TVUS ilk basamak MRI seçilmiş / kompleks olguda	TVUS öner Normal görüntüleme hastalığı dışlamaz Gerekirse uzman merkeze yönlendir	Klinik + görüntüleme ile erken tanı Kompleks olguda ileri değerlendirme
Cerrahi ne zaman?	Ağrı, şüpheli görünüm, infertilite planı veya folikül erişim sorunu	Semptom yükü ve fertilité önceliğine göre uzman değerlendirmesi	Refrakter ağrı, infertilite veya organ disfonksiyonunda seçilmiş cerrahi
Cerrahi prensip	Kistektomi > drenaj/koagülasyon Over hasarını en aza indir	Bireyselleştirilmiş cerrahi Uzman ekip / uygun merkez	Over koruyucu yaklaşım Minimal doku kaybı
ART / fertilité	ART öncesi rutin cerrahi önerilmez Canlı doğum yaranı gösterilmedi Over rezervi riski var	Fertilité önceliğinde gereksiz gecikmeden kaçın Planı bireyselleştir	ART öncesi cerrahi seçilmiş olguda Yaş ve over rezervi mutlaka hesaba katılmalı
Cerrahi sonrası	Gebelik hemen planlanıyorsa hormonal supresyon düşün	Uzun dönem takip ve yeniden değerlendirme	Gebelik hedefi yoksa postop hormonal baskılama teklif et
ORTAK PAYDA			
	Her endometrioma opere edilmez	Over rezervi korunmalı	ART öncesi rutin cerrahi yok
			Karar = semptom + fertilité hedefi + görüntüleme

Tedavi: Ağrı ve fertilité hedefleri aynı algoritma değildir

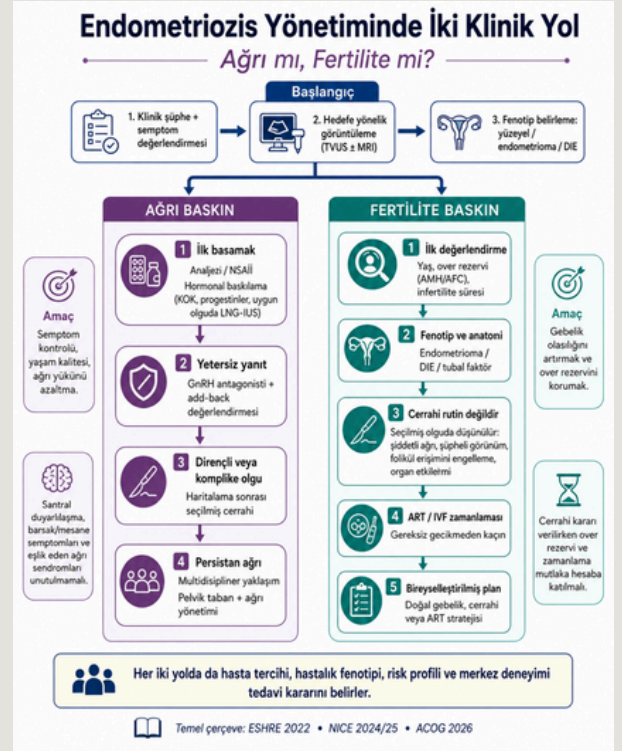
Ağrı baskın hastada: süpresyon + sürdürülebilirlik Ağrı baskın endometrioziste medikal tedavinin omurgası, ovulatuvar uyarımı baskılayarak inflamasyon-ağrı döngüsünü kırarken bunu uzun süre sürdürülebilir bir yan etki profiliyle yapmaktır. NICE ve ESHRE, analjezi ve hormonal süpresyonu basamaklı bir çerçevede ele alır; dirençli tabloda multidisipliner ağrı yönetimini vurgular.^{4,3}

Oral GnRH antagonistleri: etki güçlü, denge add-back ile Relugolix kombinasyon tedavisinin (SPIRIT açık etiket uzatma çalışması) 2 yıla kadar verileri, dismenore, non-menstrüel pelvik ağrı ve disparonide sürdürülebilir iyileşme ve fonksiyon/yaşam kalitesi alanlarında düzelme bildirmiştir; kemik mineral yoğunluğunda başlangıçtaki düşüşün ardından stabil seyir raporlanmıştır. Bu veri, seçilmiş hastada "tıbbi menopoza + add-back" dengesinin daha öngörülebilir kurulabileceğini destekler.⁹ Linzagolix için NICE TA1067, hormonal add-back ile birlikte belirli popülasyonlarda rutin kullanımı önermiştir. Avrupa İlaç Ajansı (EMA) ürün bilgisinde de, hipoöstrojenik yan etkiler ve kemik sağlığı nedeniyle doz/süre ve add-back prensiplerine uyumun önemi vurgulanır.

Bu nedenle bu sınıf, yalnız "daha güçlü baskılama" değil; add-back seçimi, BMD izlemi ve hasta uyumuyla birlikte bir paket olarak düşünülmelidir.^{8,10}

Cerrahi: tanı için değil, hedefli tedavi için

Cerrahi endometrioziste iki amaca hizmet eder: (1) anatomik/organ sorununa müdahale (DİE, üreter/barsak tutulumu, endometrioma), (2) seçilmiş olguda ağrı kontrolü ve/veya fertilité stratejisine katkıda bulunmak. Haritalama kalitesi, cerrahinin güvenliği ve komplikasyon riskini belirgin etkiler; bu nedenle görüntüleme konsensüsleri ve MRI raporlama standardizasyonu, cerrahinin ayrılmaz bir parçasıdır.^{5,6}



Endometrioma: over rezervi ve rekürrens gerilimi

Endometrioma cerrahisinde temel gerilim, semptom/anatomi kazancı ile iatrojenik over rezervi kaybı riskinin aynı anda masada olmasıdır. 2024'te yayımlanan kapsamlı derleme, stripping ile kistektominin AMH üzerinde belirgin ve kalıcı düşüşle ilişkili olabileceğini; bu etkinin bilateral olgularda daha belirgin olduğunu vurgular. 2025 meta-analizi de laparoskopik kistektomi sonrası serum AMH düşüşünü doğrulayarak preoperatif danışmanlıkta fertilité etkisinin açık konuşulması gerektiğini öne çıkarır.¹¹

Ablatif yaklaşımlar (ör. lazer/plazma enerjile ablasyon) teorik olarak daha fazla doku koruyabilir; ancak rekürrens ve gebelik çıktıları açısından denge her olguda aynı değildir. 2024 güncellenmiş meta-analiz, ablasyon ile kistektomiyi over rezervi, rekürrens ve gebelik çıktıları açısından karşılaştırarak bu alanda karar vermenin "tek doğru teknik" yerine hasta profiline göre bireyselleştirilmesini destekler.¹²

Rekürrens, endometrioma cerrahisinin en önemli uzun dönem zorluklarından. 2024 sistematik derleme ve meta-analiz,

postoperatif hormonal tedavi kullanılmadığında rekürrens oranlarının takip süresiyle arttığını ve 24 ayda ağırlıklı ortalama olarak %27'ye kadar ulaşabildiğini raporlamıştır. Bu, postoperatif "sekonder koruma" stratejilerinin neden klinik tartışmanın merkezinde olduğunu açıklar.¹³

Postoperatif süpresyon: 'sekonder koruma' dili

Endometriozis cerrahisi sonrası rekürrensi azaltmak için hormonal süpresyon konusu, çalışma tipine göre değişen sinyaller üretmiştir. Postoperatif hormonal süpresyonu değerlendiren sistematik derleme ve meta-analiz, genel olarak rekürrens riskinde azalma bildirmiştir. Endometrioma odağında ise ağ ve sistematik derlemeler, uzun süreli hormonal rejimlerin rekürrens riskini azaltmaya yatkın olduğunu; ancak ajan seçimi, süre ve hasta uyumu gibi değişkenlerin sonuçları belirlediğini vurgular. Klinik pratikte, gebelik hedefi olmayan veya kısa vadede gebelik planlamayan hastada postoperatif süpresyon, cerrahinin uzun dönem kazancını korumak için kritik bir stratejidir.^{14,15}

Endometriozis ve infertilite: ağrı algoritmasından ayrılır

Fertilite hedefi olan hastada "ağrıyı baskılayan uzun süreli süpresyon" ile "gebelik hedefi" her zaman aynı yöne bakmaz. Burada ana hedef, gereksiz gecikmeyi önlemek ve hangi müdahalenin gebelik olasılığını gerçekten artıracak doğru seçmektir. ESHRE, infertilite yönetimini ağrı yönetiminden ayrı bir eksende ele alır; endometrioma/DIE varlığında cerrahi kararı over rezervi ve ART zamanlamasıyla birlikte değerlendirmeyi önerir.³

Klinik uygulamaya çevrim: 2026 için akıl yürütme iskeleti

Güncel literatür, endometrioziste iyi klinik karar vermenin üç soruyla başladığını gösteriyor: (1) Fenotip nedir (endometrioma/DIE/yüzeyel)? (2) Hedef nedir (ağrı, fertilite, organ fonksiyonu)? (3) Risk profili nedir (over rezervi, bilateralite, add-back toleransı, rekürrens riski)? Bu sorulara verilen yanıtlar, görüntüleme seçimini, medikal tedavinin tipini ve cerrahinin endikasyonunu netleştirir.^{2,5,11}

Sonuç

Endometriozis 2026'da "tek doğru tedavi" değil; fenotip-hedef-risk üçlüsü üzerine kurulu stratejik bir yönetim alanıdır. Tanı gecikmesini azaltan klinik tanı + hedefli görüntüleme yaklaşımı ACOG 2026 ile daha güçlü şekilde çerçevelenmiştir. DIE'da 2024 konsensüs bildirisi ve ESUR 2025 MRI standardizasyonu, haritalama ve cerrahi planlamayı daha öngörülebilir kılmıştır. Medikal tedavide oral GnRH antagonistleri, 2 yıllık etkinlik/güvenlilik verileri ve NICE teknoloji değerlendirmeleriyle seçilmiş hastada daha net bir yer edinmiştir. Cerrahide ise endometrioma bağlamında over rezervi ve rekürrens, danışmanlığın ve postoperatif sekonder korumanın merkezine yerleşmiştir.^{2,5,6,7,8,9,11,13}

Kaynaklar (AMA)

1. World Health Organization. Endometriosis. Updated October 15, 2025. Accessed May 25, 2026. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis of Endometriosis. Clinical Practice Guideline. Published February 2026. Accessed May 25, 2026. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/clinical-practice-guideline/articles/2026/03/diagnosis-of-endometriosis>
3. European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). ESHRE Guideline: Endometriosis. Issued February 2, 2022. Accessed May 25, 2026. https://www.eshre.eu/-/media/sitecore-files/Guidelines/Endometriosis/ESHRE-GUIDELINE-ENDOMETRIOSIS-2022_2.pdf
4. National Institute for Health and Care Excellence. Endometriosis: diagnosis and management (NG73). Updated November 2024. Accessed May 25, 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng73>
5. Condous G, Gerges B, Thomassin-Naggara I, et al; Collaborators. Non-invasive imaging techniques for diagnosis of pelvic deep endometriosis and endometriosis classification systems: an International Consensus Statement. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2024;64:129-144. doi:10.1002/uog.27560
6. Thomassin-Naggara I, et al. ESUR consensus MRI for endometriosis: protocol, lexicon, and classifications. *Eur Radiol.* 2025. doi:10.1007/s00330-025-11611-3
7. National Institute for Health and Care Excellence. Relugolix-estradiol-norethisterone for treating symptoms of endometriosis (TA1057). Published April 16, 2025. Accessed May 25, 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta1057>
8. National Institute for Health and Care Excellence. Linzagolix for treating symptoms of endometriosis (TA1067). Published June 4, 2025. Accessed May 25, 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/ta1067>
9. Becker CM, Johnson NP, As-Sanie S, et al. Two-year efficacy and safety of relugolix combination therapy in women with endometriosis-associated pain: SPIRIT open-label extension study. *Hum Reprod.* 2024;39(3):526-537. doi:10.1093/humrep/dead263
10. European Medicines Agency. Yselyt (linzagolix): EPAR product information. Revised 2024-2025. Accessed May 25, 2026. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/yselyt-epar-product-information_en.pdf
11. Younis JS, et al. The impact of ovarian endometrioma and endometriotic cystectomy on ovarian reserve. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2024;15:1397279. doi:10.3389/fendo.2024.1397279

12. Paik H, Jee BC. Impact of ablation versus cystectomy for endometrioma on ovarian reserve, recurrence, and pregnancy: an updated meta-analysis. *Reprod Sci*. 2024;31(7):1924-1935. doi:10.1007/s43032-024-01512-z

13. Veth VB, Keukens A, et al. Recurrence after surgery for endometrioma: a systematic review and meta-analyses. *Fertil Steril*. 2024. doi:10.1016/j.fertnstert.2024.07.033

14. Zakhari A, et al. Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2021;27(1):96-107. doi:10.1093/humupd/dmaa038

15. Wattanayingcharoenchai R, Rattanasiri S, Charakorn C, Attia J, Thakkestian A. Postoperative hormonal treatment for prevention of endometrioma recurrence after ovarian cystectomy: a systematic review and network meta-analysis. *BJOG*. 2021;128(1):25-35. doi: 10.1111/1471-0528.16366