Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

Mayıs
PELVİK AĞRI
Farkındalık Ayı

Mayıs 2023
E-Bülten

Sayı:
5

monurol
3g fosfomisin
saşe

Mixovul
Metronidazol 750 mg
Mikonazol Nitrat 200 mg
Lidokain 100 mg

3 Ovül
Trivag Ovül
Tinidazol
Tiokonazol
Lidokain

TRAVAZOL® KREM
İZOKONAZOL NİTRAT - DİFLUKORTOLON VALERAT

Ürün adı: MONUROL 3 g GRANÜL İÇEREN SAŞE. Formülü: Her bir saşe; 3 gram fosfomisine eşdeğer 5.631 g fosfomisin trometamol içerir. Farmakolojik özellikler Fosfomisin, bakteriyel hücre duvarının enzimatik sentezini önleyerek proliferasyon gösteren patojenler üzerinde bakterisidal etki gösterir. ATC Kodu: J01XX01. Endikasyonlar: Yetişkin kadın ve adölesan kızlardaki akut, komplike olmamış sistit tedavisi ve yetişkin erkeklerde transrektal prostat biyopsisi sırasında perioperatif antibiyotik profilaksisinde endikedir. Pozoloji ve uygulama şekli: 12 yaş üzerinde komplike olmamış sistit tedavisinde tek doz (tercihen geceleri yatmadan önce ve mesane boşaltıldıktan sonra), Transrektal prostat biyopsisi perioperatif antibiyotik profilaksisi için cerrahi girişimden 3 saat önce 1 doz, İkinci doz cerrahi girişimden 24 saat sonra. Kontrendikasyonlar: Aşırı duyarlılığı olanların, kreatinin klirensi 10 mL/dak altında olan ciddi böbrek yetmezliği bulunan kişilerin ve hemodiyalize giren hastaların, kalıtımsal fruktoz intoleransı, glukoz-galaktoz malabsorpsiyonu ya da sükroz-izomaltaz yetmezliği olan hastaların bu ilacı kullanmamaları gerekir. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Eğer fosfomisin tedavisi esnasında hipersensitivite reaksiyonları ortaya çıkarsa fosfomisin tekrar uygulanmamalıdır ve uygun bir medikal tedavi gerekir. MONUROL ile tedavisi sırasında ya da sonrasında ciddi diyare gelişen hastalarda Clostridium difficile-kaynaklı diyare teşhisi göz önünde bulundurmak önemlidir. 12 yaş ve altındaki çocuklarda kullanımı öneritmemektedir. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Eşzamanlı metoklopramid serum ve idrar konsantrasyonlarını düşürebileceğinden birlikte kullanılmamalıdır. İlacın aç karnına ya da yemeklerden 2-3 saat sonra alınması tercih edilir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi: B'dir. Kullanımı gerekli ise fosfomisin oral tek doz olarak laktasyon döneminde kullanılabilir Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Hastalar, baş dönmesi rapor edildiği konusunda bilgilendirilmelidirler. Bu durum bazı hastaların araç ve makine kullanımı yeteneğini etkileyebilir. İstenmeyen etkiler: Tek doz fosfomisin trometamol uygulaması takiben en sık advers etkiler başta diyare olmak üzere gastrointestinal sistemde görülür. Bunlar genellikle kendini kısıtlayan ve kendiliğinden düzelen durumlardır. Ambalajın niteliği ve içeriği: 1 saşe içeren kutu. Fiyatı/fiyat tarihi: 55,52 TL/Şubat 2023. Ruhsat tarihi-no: 20.08.2003-114/54 Ruhsat Sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Şubat 2023 (P20V1). Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

Ürün adı: MİXOVUL 750 mg/200 mg/100 mg ovül. Bileşimi: Her ovülde 750 mg Metronidazol, 200 mg Mikonazol nitrat, 100 mg Lidokain. Farmakolojik özellikler: Antibakteriyel, antiprotozoal, antifungal, anestetik. ATC Kodu: G01AF20. Endikasyonlar: Kandidal vulvovajinit, bakteriyel vajinoz ile karma vajinal enfeksiyonlar. Pozoloji ve uygulama şekli: Tedaviye başlarken 7 gün süreyle akşamları birer ovül, tekrarlayan dirençli vakalarda 14 gün süreyle, akşam 1 vajinal ovül. Yalnız intravajinal kullanım içindir. Kontrendikasyonlar: Bileşimindeki maddelere karşı aşırı duyarlılığı olanlarda, tedavi sırasında veya tedavi bitiminden en az 3 gün sonrasında alkol kullananlarda, tedavi sırasında veya son 2 hafta içinde disülfiram kullananlarda, gebeliğin ilk üç ayında, porfiri, epilepsi ve ciddi karaciğer fonksiyon bozukluğunda kullanılmamalıdır. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Disülfiram benzeri reaksiyon görülebileceğinden tedavi süresince ve bitiminden 3 gün sonrasına kadar alkol alınmamalıdır. Cinsel olgunluğa erişmemiş kız çocuklarında ve bakirelerde kullanılmamalıdır. Lastikte hasar yapabileceğinden ovüller kontraseptif diyafram ve prezervatifle temas etmemelidir. Diğer vajinal ürünler (örn, tampon, duş ve spermisid) ile birlikte kullanılmamalıdır. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Alkol, amiodaron, astemizol, terfenadin, disülfiram, fenitoin, fenobarbital, florourasil, karbamazepin, lityum, oral antikoagülanlar, siklosporin, simetidin, asenokumarol, anisindion, dikumarol, fenindion, fenprokumon, varfarin, sisaprid, fentanil, glimepirid, oksibutinin, oksikodon, pimozid, tolterodin, trimetreksat, antiaritmik ürünler, propranolol ile etkileşim görülebilir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi C'dir. Gebeliğin ilk trimestrinde kullanılmamalıdır. Metronidazol anne sütüne geçtiğinden tedavi sırasında bebek sütten kesilmelidir. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Baş dönmesi, ataksi, yorgunluk ve halsizlik yapabileceğinden, motorlu araç ve makine kullanımını etkileyebilir, İstenmeyen etkiler: Vajinal akıntı, vajinit, vulvovajinal iritasyon, pelvik rahatsızlık, baş dönmesi, baş ağrısı. Ambalajın niteliği ve içeriği: 7 vajinal ovül, 7 parmaklık ve kullanma talimatı ile birlikte karton kutuda. Fiyatı/fiyat tarihi: 103,51 TL/Şubat 2023 Ruhsat tarihi-no: 10.12.2012-246/60. Ruhsat Sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Şubat 2023 (P12V1). Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

Ürün adı: TRİVAG 300 mg/200 mg/100 mg OVÜL. Formülü: Her bir ovül 300 mg tinidazol, 200 mg tiokonazol, 100 mg lidokain içerir. Farmakolojik özellikler: Tiokonozol in vitro olarak maya ve mantarlara karşı yüksek etkinliğe sahip sentetik antifungal bir ajandır. Tinidazol protozoonlara ve zorunlu anaerob bakterilere etkilidir. Lidokain amid tipi lokal anestezik bir ajandır. ATC Kodu: G01AF20. Endikasyonlar: Candida albicans'ın oluşturduğu kandidal vulvovajinit; Gardnerella vaginalis ve anaerob bakterilerin oluşturduğu bakteriyel vajinoz ve Trichomonas vaginalis'in oluşturduğu trikomonal vajinit ile mikst vajinal enfeksiyonların tedavisinde kullanılır. Pozoloji ve uygulama şekli: Gece yatmadan önce bir ovül, 3 gün süreyle uygulanır. Kontrendikasyonlar: Bileşimindeki etkin maddelere veya bunların türevlerine karşı aşırı duyarlılığı bulunanlarda, gebeliğin ilk üç ayında, emzirme döneminde, organik nörolojik bozukluğu bulunanlarda, kan diskrazisi tablosu veya geçmişi bulunan hastalarda. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Vajinal yoldan kullanılmalıdır. Geçici lökopeni ve nötropeni gelişebilir. Tedavi süresince ve tedavi bittikten 3 gün sonrasına kadar alkol alınmamalıdır. Cinsel olgunluğa erişmemiş kız çocuklarında ve bakirelerde kullanılmamalıdır. Kardiyovaküler hastalıkları olanlarda dikkatli kullanılmalıdır. Kontraseptif diyafram ve prezervatifle temas etmemelidir. Lidokain özellikle yüksek dozda ve geniş deri yüzeylerine, bilhassa da oklüzyon altında uygulandığında kalp ritm bozuklukları, nefes alma zorluğu, koma ve hatta ölüme yol açabilmektedir. Spermisidler, vajinal duşlar veya vajinal yoldan uygulanan diğer ürünlerle birlikte kullanılmamalıdır. Trikomonal vajinit vakalarında eş tedavisi de gereklidir. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Asenokumarol, anisindion, dikumarol, fenindion, fenprokumon, varfarin, kolestiramin, simetidin, siklosporin, disülfiram, fluorourasil, fosfenitoin, ketokonazol, lityum, fenobarbital, fenitoin, rifampin, takrolimus, CYP3A4 indükleyicileri/inhibitörleri ile birlikte kullanıldığında tinidazolün emilmesine bağlı olarak etkileşim görülebilir. Tiokonazolün emilmesine bağlı olarak oksikodon ile etkileşim görülebilir. Propranolol, simetidin, antiaritmik ürünler, fenitoin veya barbitüratlar ile lidokainin emilmesine bağlı olarak etkileşim görülebilir. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi C'dir. Tinidazol anne sütüne geçtiğinden emzirme döneminde tedavi sırasında bebek sütten kesilmelidir. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Araç ve makine kullanma yeteneği üzerindeki etkisi bilinmemektedir. İstenmeyen etkiler: Güçsüzlük, bitkinlik, halsizlik, baş ağrısı, baş dönmesi, ağızda metalik/acı tat, mide bulantısı, anoreksi, iştahsızlık, midede gaz toplanması, dispepsi, abdominal kramp, epigastrik rahatsızlık, kusma, konstipasyon, idrar renginde koyulaşma yaygın sıklıkta bildirilmiştir. Ambalajın niteliği ve içeriği: 3 vajinal ovül ve 3 parmaklık karton kutuda Fiyatı/fiyat tarihi: 81,08 TL./Şubat 2023. Ruhsat tarihi-no: 29.09.2017-2017/742 Ruhsat Sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Şubat 2023 (P7V1). Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

Ürün adı: TRAVAZOL DERİ KREMİ 15 g. Formülü: Her 1 g krem 10 mg izokonazol nitrat ve 1 mg diflukortolon valerat içerir. Farmakolojik özellikler: İzokonazol nitrat derinin yüzeysel mantar hastalıklarının tedavisi için kullanılır. Çok geniş spektrumlu bir antimikrobiyal etkinliğe sahiptir. Diflukortolon valerat derinin iltihabi ve alerjik durumlarında iltihabı önler ve kaşıntı, yanma veya ağrı gibi subjektif şikayetleri hafifletir. ATC Kodu: D01AC20. Endikasyonlar: Şiddetli iltihabi ve egzamatöz reaksiyonlarla seyreden derinin yüzeyel mantar enfeksiyonlarının başlangıç ve ara tedavisi. Pozoloji ve uygulama şekli: günde 2 defa uygulanır. Kontrendikasyonlar: Tedavi alanında tüberküloz veya frengi bulunduğunda; virozlarda, rozasea, perioral dermatit ve tedavi edilecek bölgede aşı sonrası cilt reaksiyonları olduğunda, bileşiminde bulunan maddelerden herhangi birine karşı olduğu bilinen aşırı duyarlılık olduğunda. Özel kullanım uyarıları ve önlemleri: Bakterilerle enfekte olmuş cilt hastalıklarında kullanılırken spesifik ek bir tedavi gerekmektedir. Topikal glukokortikoidlerin özellikle kapalı pansuman koşullarında, uzun süreli veya geniş bir alana yoğun olarak uygulanmaları sistemik yan etki riskini artırabilir. Yüze, kasık bölgesine veya koltukaltlarına uygulanması ve çocuklarda kullanımı sırasında yan etkilerinin artma riski nedeniyle dikkatli olunmalıdır. Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri: Bilinen bir etkileşimi yoktur. Gebelik ve Laktasyonda kullanımı: Gebelik kategorisi: C'dir. İzokonazol nitrat ve diflukortolon valeratın anne sütüyle atılıp atılmadığı bilinmemektedir. Emzirilen çocuklara yönelik risk göz ardı edilemez. Araç ve makine kullanımı üzerindeki etkiler: Araç veya makine kullanma becerisini etkilediğini gösteren hiçbir veri yoktur. İstenmeyen etkiler: Uygulama bölgesinde tahriş ve yanma yaygın sıklıkta bildirilen yan etkidir. Ambalajın niteliği ve içeriği: 15 g'lık laklı alüminyum tüpte Fiyatı/fiyat tarihi:73,45 TL/Şubat 2023. Ruhsat tarihi-no: 26.03.2001- 196/57. Ruhsat Sahibi: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. Son Güncelleme: Şubat 2023 (P11V1). Reçeteli satılır. Ürünlerimiz ile ilgili advers olayları hastaguvenligi@bilimilac.com adresine e-posta göndererek veya 0850 226 27 00 iletişim numarasını arayarak ürün güvenliliği sorumlusuna bildirebilirsiniz. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz: Bilim İlaç San. ve Tic. A.Ş. 34440 Beyoğlu/İstanbul. www.bilimilac.com

BİL 7504 MİX 68

bilim İLAÇ
Ayrıntılı bilgi için firmamıza başvurunuz. www.bilimilac.com

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Yönetim Kurulu

Prof. Dr. Erkut Attar
Başkan

Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu
Başkan Yardımcısı

Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin
Genel Sekreter

Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt Sayman

Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar
Üye

Prof. Dr. Rukset Attar
Üye

Prof. Dr. İbrahim Polat
Üye

Doç. Dr. İlhan Şanverdi
Üye

Prof. Dr. Erol Tavmergen
Üye

Prof. Dr. Cihat Ünlü
Üye

Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu
Üye

Değerli Üyelerimiz,

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği (PAED) olarak faaliyetlerimizden, alanımızdaki gelişmelerden ve akademik organizasyonlardan haberdar etmek amacıyla üç ayda bir düzenli olarak bültenlerimizi yayınlamaktayız. Bu ayki bültenimiz başka bir öneme sahip. İçinde bulunduğumuz Mayıs ayı, "pelvik ağrı farkındalık ayı" olarak tüm dünyada kabul görüyor ve dünyanın her köşesinde değişik aktivitelerle kutlanıyor. Derneğimizin amaçları arasında en ön planda gelen farkındalık oluşturma konusunda çeşitli aktivitelerin düzenlendiği bu ayda yeni bir bültenle karşınızdayız.

Bültenlerimiz genellikle geçmiş aktivitelerimizi, güncel haberleri, bilimsel gelişmeleri ve yıl içerisindeki akademik aktivelerle ilgili bilgileri sizlere aktarmakta. Böylece alanımızdaki gelişmeler konusunda bilgilerinizi güncel tutmayı amaçlıyoruz. Diğer taraftan, ülkemizde pelvik ağrı tanı ve tedavisi konusundaki hızlı gelişmeye vesile olmanın da mutluluğunu ve onurunu yaşamaktayız. Giderek yaygınlaşan pelvik ağrı klinikleri ve bu kliniklerde pelvik taban fizyoterapistlerinin ekibin bir parçası haline gelmesi geldiğimiz noktayı çok daha iyi anlatmakta.

Endometriozis tedavisi kılavuzlara sığmayacak kadar değişkenlik arz eden ve bireysel yaklaşım gerektiren bir tedavi biçimidir. Elimizde kanıta dayalı olarak kabul edilen veriler dahi bizleri yeterince tatmin etmemektedir. Kanıta dayalı olarak ortaya konan bu verilerin bir kısmı hala yoruma ve tartışmaya açıktır. Komorbiditelerin eşlik ettiği endometriozis olgularında multimodel tedaviler özellikle ön plana çıkmaktadır. Bu haliyle, endometriozis tedavisi bireysel bir tedavidir ve asla bir kalıba sokulamaz. Günümüzde endometriozise eşlik eden infertilite tedavisinde ART ön plana çıkmıştır. Endometriozise bağlı ağrı tedavisinde ise "cerrahi bir hastaya sadece bir defa yapılmalıdır" prensibini benimsememiz gerekiyor. Endometriozis etiyopatogenezide epigenetik ve çevresel faktörlerin rolü giderek daha iyi anlaşılmasıyla birlikte proflaktik yaklaşım ve beslenme ayrı bir değer kazanmakta. Bu bültenimizde endometrioziste beslenme ile ilgili olarak bir çalışmaya da bu amaçla yer verdik.

Gerek Internatioanal Pelvic Pain Society (IPPS) gerekse American Association of Gynecological Laparascopy (AAGL) gibi kurumlarda uluslararası ödüller ve burslar ile ilgili olarak derneğimizin üyelerimize danışmanlık yapabileceğini de sizlere duyurmaktan dolayı mutluluk duyduğumuzu belirtmek isteriz. Bu konuda bir sonraki bültenimizde ve internet sayfamızda ayrıntılı bilgiler sunacağız.

Hepinizi saygı ve sevgilerimizle selamlıyoruz.

Yönetim Kurulu adına Dr. Erkut Attar

Katkıda Bulunanlar

Editörler

Prof. Dr. Erkut Attar

Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt

Yazarlar

Prof. Dr. Erkut Attar

Prof. Dr. A. Fatih Durmuşoğlu

Prof. Dr. Feryal Subaşı

Prof. Dr. Yusuf Üstün

Doç. Dr. Serhat Tunç

Dr. Cem Keçe

Fzt. Miray Okumuş

Fzt. Tuğçe Oskay

Fzt. Melis Ünal

Fzt. Zeynep Yılmaz

İçindekiler

1- Özet Çeviriler

a- Kronik Pelvik Ağrı İçin Fizyoterapi: En Son Bulguların Gözden Geçirilmesi 5
Fzt. Miray OKUMUŞ

b- Miyofasyal Pelvik Ağrı: En İyi Oryantasyon ve Klinik Uygulama
Kronik Pelvik Ağrıda Avrupa Üroloji Derneği Kılavuz Paneli'nin Yeri 6
Fzt. Tuğçe OSKAY

2- Endometriozis Diyeti ve Endometroziste Beslenmenin Önemi 7
Prof. Dr. Erkut ATTAR

3- Postmenopozal Endometriozis 9
Prof. Dr. A. Fatih DURMUŞOĞLU

4- Pelvik Ağrı: İnterstisyel Sistit Ağrılı Mesane Sendromu 13
Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

5- Pelvik Ağrılı Hastalarda Telerehabilitasyon Kullanılabilir mi? 17
Prof. Dr. Feryal SUBAŞI

6- Pelvik Ağrılı Hastalarda Depresyon Yönetimi Nasıl Olmalıdır? 19
Doç. Dr. Serhat TUNÇ

7- Cinsel Sağlık ve Pelvik Ağrı 22
Dr. Cem KEÇE

8- Yoganın Kronik Pelvik Ağrı Yönetimindeki Yeri ve Önemi 25
Fzt. Melis ÜNAL

9- Pelvik Ağrı ve Endometriozis: Ağrı Alevlenmeleri İle Başa Çıkmak İçin Uygulayabileceğiniz Klinik Prosedürleri 27
Georgine LAMVU, MD

10- Derneğimizden Haberler 31

11- 2023 Kongreleri 37

12- İletişim 39

Kronik Pelvik Ağrı İçin Fizyoterapi: En Son Bulguların Gözden Geçirilmesi

Özet Çeviri: Fzt. Miray Elif OKUMUŞ

A. Leung-Wright (2020). Physiotherapy for chronic pelvic pain: a review of the latest evidence. Journal of Pelvic, Obstetric and Gynaecological Physiotherapy, Autumn 2020, 127, 26–38.

Kronik pelvik ağrı dünya çapında yaygın görülen bir rahatsızlıktır. Kadınların %8-25'ini, erkeklerin ise yaklaşık %8-15'i etkileyen bir durumdur. Karmaşık bir biyopsikososyal yapıya sahip olduğu için yönetimi zor bir durumdur. Kronik pelvik ağrı semptomları mesane, bağırsak ve/veya cinsel işlevleri etkiler, bu da yaşam kalitesinde önemli bir azalmaya neden olur. Bu literatür taramasının amacı son yapılan nicel çalışmalardan elde edilen bulguları belirleyip sentezlemek ve merak edilen bir soru olan fizyoterapi, 18 yaş ve üstü kadın ve erkeklerde kronik pelvik ağrı yönetiminde etkili midir ve eğer öyleyse, hangi tedavi protokolleri en iyisidir? sorusunu cevaplamaktır. Derlemede metodolojik açıdan kaliteli olarak nitelendirilen dokuz çalışma değerlendirilmiştir. Kronik pelvik ağrı tedavisinde fizyoterapinin etkinliğini değerlendiren dokuz kantitatif çalışmanın sonuçları, bağımsız fizyoterapi müdahalelerinin ağrıyı azalttığını ve işlevi iyileştirdiğini göstermiştir. Yedi düşük ve orta kalitede randomize kontrollü çalışmanın sonucunda bağımsız fizyoterapi müdahalelerinin ağrı skorları ve ağrının işlevi üzerinde pozitif etkisi olduğu görülmüştür. İncelenen iki çalışmadan elde edilen sonuçlar, multidisipliner ekip çalışmalarının hem erkeklerin hem de kronik pelvik ağrılı kadınların tedavisinde etkili olabileceğini göstermiştir. Derlemede bulunan randomize kontrollü bir çalışma, ekstrakorporeal şok dalgası tedavisinin kronik pelvik ağrılı erkekler için etkili olabileceğini göstermiştir, ancak bunu kesin olarak belirlemek için daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmiştir. Elektro akupunktur içeren iki randomize kontrollü çalışma fizyoterapi protokollerinin kronik pelvik ağrıda ağrıyı azaltmada etkin olduğunu bildirmiştir, ancak her ikisinin de düşük kalitede çalışmalar olduğu, bu alanda yapılacak daha çok çalışmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmıştır. Multidisipliner ekip çalışması ile yapılan fizyoterapi protokollerinin en yüksek fonksiyonel gelişmeyi gösterdiği bildirilmiştir. Gelecekteki çalışmalarda, İngiltere Ulusal Sağlık Servisi ortamında standartlaştırılmış multidisipliner ekip çalışması ile yapılan fizyoterapi protokolü dikkate alınmalı ve var olan kanıt temeli üzerine çalışmalar yapılmaya devam edilmesi gerektiği bildirilmiştir.

Miyofasyal Pelvik Ağrı: En İyi Oryantasyon ve Klinik Uygulama Kronik Pelvik Ağrıda Avrupa Üroloji Derneği Kılavuz Paneli'nin Yeri

Özet Çeviri: Fzt. Tuğçe OSKAY

Abreu-Mendes, P., Baranowski, A. P., Berghmans, B., Borovicka, J., Cottrell, A. M., Dinis-Oliveira, P., ... & Engeler, D. S. (2022). Myofascial Pelvic Pain: Best Orientation and Clinical Practice. Position of the European Association of Urology Guidelines Panel on Chronic Pelvic Pain. European Urology Focus.

Miyofasyal pelvik ağrı sendromu; özellikle pelvik taban kaslarında ya da iliopsoas, abdomen duvarı ve priformis gibi pelvik tabanla bitişik iskelet kaslarında bulunan miyofasyal tetik noktalardan ve gergin bant içindeki aşırı hassas alanlardan kaynaklanan ağrıyı ifade eder. Semptomatik bölgede miyofasyal tetik noktaların varlığı sendromun ayırt edici özelliğidir. Pelvik taban kaslarındaki tetik noktalar suprapubik bölge, arka ve iç uyluk, kalça, alt sırt, vajina, anorektal bölge, üretra, pubik kemik, vajina ve koksiks dahil olmak üzere vücudun farklı bölgelerinde ağrıya sebep olabilir.

Yapılan birkaç çalışmada özellikle hipertonik disfonksiyon olmak üzere kas disfonksiyonları ile pelvik ağrı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca pelvik taban fonksiyonunun düzenlenmesinde görülen merkezi sinir sistemi bozuklukları kronik pelvik ağrının gelişimini sağlayan bir mekanizma olarak gösterilmiştir. Daha önceki çalışmalarda pelvik ağrı ile başvuran hastaların %88'inde hastaların pelvik taban işlevlerinin zayıf veya hiç olmadığı belirtilmiştir.

Tanı için tıbbi öykünün alımı sırasında yalnızca tüm pelvik organların işlevini değil, aynı zamanda işlevleri ile ağrı paterni arasındaki ilişkiyi de ele almak önemlidir. International Continance Society (ICS) raporuna göre pelvik taban kaslarının fonksiyonunun değerlendirilmesi için vajinal veya anorektal muayene gereklidir. Pelvik taban kaslarının fonksiyon testi ürolog, jinekolog, gastroenterolog ve cerrah tarafından yapılabilir ancak miyofasyal ağrısı olan hastalarda pelvik taban konusunda uzmanlaşmış bir fizyoterapistle konsültasyon önerilir.

Pelvik taban fizyoterapistleri, pelvik taban kaslarının disfonksiyonunu ve pelvik ağrı sendromunun bir parçası olan miyofasyal ağrıyı tedavi edebilme bilgi ve becerileriyle diğer branşlarla birlikte ağrı yönetimi ekibinin bir parçasıdır. Miyofasyal tetik nokta tedavisi vibrasyon, germe, friksiyon, masaj, gevşeme teknikleri, elektrik stimulasyonları ve kuru-ıslak iğneleme gibi çeşitli fizyoterapi modalitelerini içerir.

Yapılan mevcut çalışmalar, pelvik ağrı sendromlarında miyofasyal ağrı bileşeninin yüksek prevelansını göstermektedir ve kronik pelvik ağrıda miyofasyal ağrı tedavisinin yararını düşündürmektedir. Bunun için kişiye özel tedavi planı en iyi yaklaşımdır. Ancak bununla birlikte bugüne kadar miyofasyal bileşen, kronik pelvik ağrılı hastalarda yeterince değerlendirilmemiş ve tedavi edilmemiştir. Çalışmalardaki zayıflıklar ve eksiklikler göz önüne alındığında halen sağlam çalışmalara ihtiyaç vardır.

Prof. Dr. Erkut Attar Endometriozis Diyeti ve Endometroziste Beslenmenin Önemini Vurgulayan Bir Yazıyı Sizlerle Paylaşıyor:

Endometriozis diyetine katı uyum sağlanması endometriozisli hastlarının yaşam kalitesini artırmaktadır.

Çalışmanın Amacı:

• Tıbbi veya cerrahi tedaviler dışındaki tedavi seçeneklerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen endometriozise bağlı ağrı tedavisinde etkili olabileceğini göstermek

Çalışmanın Önemi:

• Farklı bir seçenek olarak diyet, endometriozis olgularında yaşam kalitesini artırabilir

Çalışmanın yöntemi:

• Endometriozis hastası olduklarını bildiren kadınlar üzerinde yapılan kesitsel bir çalışma
• Kırmızı et, gluten, laktoz, şeker ve östrojenden zengin gıdalardan uzak durulması "endometriozis diyeti" olarak adlandırılmıştır
• Çalışmaya katılan kadınlarda endometriozis diyetine sıkı bir şekilde bağlı kalan ve kalmayan kadınların yaşam kaliteleri karşılaştırılmıştır.
• Endometriozis diyetine sıkı bir şekilde bağlı kalınması veya kalınmaması, endometriozis tanısından itibaren geçen zamanın diyete uyumla olan ilgisi ve diyeti bırakma nedenleri de ayrıca araştırılmıştır.
• Katılımcılar diyete olan bağlılıklarını (0-10) arasında bir değer verecek şekilde kendileri puanlamışlardır. (0) değeri diyete hiç bağlı kalamama, (10) değeri ise diyete tam uyum olarak belirlenmiş ve sınır değer de (8) olarak saptanmıştır.

Sonuçlar:

• Çalışmaya katılan 221 kadının, 90 tanesi “endometriozis diyeti” grubuna,121 tanesi ise “diyet uygulamayan” gruba ayrılmıştır. İkinci grup diyete başlayıp uygulayamayan 27 kadını da içermektedir.
• Endometriozis diyeti uygulayan kadınlarda yaşam kalitesi skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.
• Diyeti henüz uygulamaya başlayan kadınlarda da yaşam kalitesi skorları anlamlı derecede yüksek olarak hesaplanmıştır.
• Diyete başlayıp uygulamayan veya hiç uygulamayan kadınlar arasında ise bir fark saptanamamıştır.
• Yeni tanı konulan olguların on yıl veya üzerinde endometriozis tanısı alan kadınlara göre diyete uyumlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.
• Diyete yabancı olmak, diyetin karmaşıklığı veya sonuç elde edememe gibi durumlar diyetin bırakılmasının temel nedenlerini oluşturmuştur.

Çalışmanın güçlü yönleri veya sınırlamaları:

• Hasta sayısının yeterince yüksek olması bu çalışmanın güçlü yönlerinden biri olarak kabul edilebilir.

• Yaşam kalitesini etkileyebilecek diğer nedenlerin varlığı, sebep sonuç ilişkisinin tam olarak kurulamayışı, endometriozis olgularının kendi beyanları ile çalışmaya alınması, diyetin standardizasyonunun olmaması, takiplerde ayrıntılı sorular sorulmaması çalışmanın zayıf yönlerini oluşturmaktadır.

Tartışma:

Endometriozis hastalarının çektiği pelvik ağrı yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Birçok farklı tedavi seçeneği olmasına rağmen endometriozise bağlı ağrı tam olarak tedavi edilememekte ve kadının yaşam kalitesini oldukça azaltmaktadır. Van Haaps tarafından Hollanda'da yapılan bu çalışmada gluten ve şekerden arındırılmış diyetin endometriozis hastalarındaki yararları araştırılmıştır. Endometriozis diyeti uygulayan hastalarda yaşam kalitesinin önemli ölçüde yükseldiği görülmüştür. Çalışma "A better quality of life could be achieved by applying the endometriosis diet: a cross-sectional study in Dutch endometriosis patients" başlığı altında Reproductive BioMedicine Online dergisinde yayınlanmıştır (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov-/36702643/). Yazarlar endometriozis diyetine sıkı bir şekilde bağlı kalan kadınlarda yaşam kalitesindeki değişiklikleri araştırmışlardır. Diyete sıkı bir şekilde bağlı kalan kadınlarda yaşam kalitesini belirleyen altı temel faktöre ait skorlarda anlamlı artışlar olduğunu göstermişlerdir. Bu puanlama sisteminde sınır değer (8) olarak belirlenmiştir. Yazarlar bu çalışmanın önemine değinmiş ancak diyetin rolünü tam olarak belirlemek amacıyla daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim olduğunu vurgulamışlardır.

Postmenopozal Endometriozis

Yazar: Prof. Dr. A. Fatih DURMUŞOĞLU
Kadın Hastalıkları, Doğum ve Tüp Bebek Uzmanı

EMAS (European Menopause and Andropause Society) Genel Sekreteri

Giriş

Endometriozis, üreme çağında olan kadınların %10'unda görüldüğü rapor edilmektedir (1). Postmenopozal kadınlar arasında görülme sıklığı %2 ile %5 arasında olduğu rapor edilmektedir (2). Endometriozis, genetik, hormonal ve immünolojik çeşitli nedenlere bağlı bir enflamatuar hastalık olarak görmek en doğrusu olacaktır (3). Endometriozis gerçekten de patofizyolojisi gereği, sitokinlerin, interlökinlerin, prostoglandinlerin, büyüme, anjiojenik ve nörojenik faktörlerin rol oynadığı ve seks steroidleri ile idare edilen bir enflamatuar hastalıktır (4).

Lokal östrojen bağlantısı

Yakın zamanlarda yazılan araştırma ve makaleler, postmenopozal endometriozis fizyopatalojisinde lokal üretilen östrojen oranlarının önemi üzerinde durmaktadır (5,6). Endometriozis dokusundan kültüre edilen stroma hücrelerinde, yüksek oranda aromataz ve stAR ('steroidogenic acute regulatory protein') ekspresyonundaki enzimatik aktivitede artış olduğu görülmüştür (7,8). Eş zamanlı artmış PGE2 üretimi lokal östrojen üretimine katkıda bulunmaktadır (9,10,11). Bu yolak ile pozitif geri bildirim döngüsü oluşarak, lokal üretilen östrojen, endometriyal proliferasyonu devam ettirmek suretiyle parakrin ve otokrin mekanizmalar üzerinden hastalığın ilerlemesine neden olmaktadır (6). Postmenopozal endometriozis kendi kendini idame ettiren bu parakrin ve otokrin mekanizma ile serum östrojen seviyeleri düşük olmasına karşın devamlılığını sürdürebilmektedir (12,13). Bu duruma en güzel örnek de, abdominal duvardaki bir endometrioma olgularına rastlanmasıdır.

Postmenopozal endometriozisli kadın MHT almadığı halde nasıl izlenmeli?

Postmenopozal endometriozisde en önemli yönlendirici unsur, onkolojik potansiyel ve endometriotik odakların rekürensidir. Endometriotik odakların rekürensi genelde ağrı gibi çok önemli yakınmanın devam etmesi sonucu yaşam kalitesinin bozulması ile kendini belli eder. Malin transformasyon ise sessiz seyreder. Bu nedenle yıllık transvajinal ultrasonografi ve CA125 ile takip önemlidir. MHT kullanmayan postmenopozal kadınlarda semptomatik rekürens endometriotik odakların tedavisinde cerrahi veya medikal yollara başvurulabilir.

Cerrahi tedavi

Behera ve arkadaşları, histerektomi ve BSO geçirmiş kronik pelvik ağrı yakınması olan 124 olgu grubunu retrospektif olarak çalışmıştır. Bütün olgular tekrar laparoskopik girişime alınmış, patoloji saptanan olgulara tekrar rezeksiyon uygulanmıştır. Histopatolojik sonuçlar, %94 oranında adhezyon, %26 oranında adneksiyel artık ve %15 oranında endometriozis gelmiştir. Laparoskopik cerrahi ve eksizyon sonrası ve 6 yıllık takip sonucunda %58.9 oranında ağrı yakınmalarında ciddi iyileşme görülmüştür. Olgulardan 2 tanesinde (%1.4) intestinal malignite saptanmıştır (14).

Medikal tedavi

Cerrahi yaklaşım mümkün olmayan ve semptomların devam ettiği olgularda medikal tedavi seçeneği söz konusu olabilir. Cerrahi sonuçlarda olduğu gibi

medikal tedavi sonrası sonuçlar ile ilgili fazla veri tabanı mevcut değildir. Endometriozis progresyonu söz konusu olduğunda östrojen en önemli neden olarak görülmektedir.

Aromataz inhibitörlerinin (AI) ekstra ovaryen östrojen üretimini bloke ettiği bilinmektedir. Androjenleri östron ve östradiyol hormonlarına dönüştüren P 450 enzimi, endometriozis dokularında yüksek oranda temsil edildiği gösterilmiştir. İleri evre endometriozis olgularında AI tedavisi ağrı semptomlarında çok etkin olduğu görülmektedir (15). Postmenopozal endometriozis tedavisinde AI tedavisi üzerine birkaç olgu sunumu literatürde yer almaktadır. Güncel olarak 2 derleme, toplam 6 olgu sunumu halinde AI tedavisinin ağrı üzerinde ve endometrioma ölçülerinde gerileme kaydettiğini rapor etmektedir (16). Literatür desteği zayıf olmasına karşın postmenopozal endometriozis tedavisinde AI'leri medikal tedavide alternatif olarak karşımıza çıkmaktadır.

Malign transformasyon riski

Endometriozisin malign transformasyonunun %0.7-1 oranında olduğu bildirilmiştir (16,17). En çok da overde maligniteye rastlanmıştır. Bunların da histopatolojik tipleri endometroid ve berrak hücreli epitelyal over karsinomudur.
Sonuç olarak, postmenopozal endometriozis ve kanser riski, kesin sonuçlar veren literatür desteğine henüz sahip değildir. Doğal menopoz sonrası kadınların ileri yaşlarda olması ve bu yaş grubunda insidansı artan kanser olguları ile karşılaşılması, mevcut verilerin yetersiz olması, kesin sonuçlara ulaşmayı engellemektedir.

Endometriozis öyküsü olan postmenopozal semptomatik hasta ve hormon replasmanı

Endometriozis öyküsü olan semptomatik hastalarda hormon replasman tedavisi ve yaşam kalitesini tanımlayan, kanıta dayalı yayınlar henüz hazır değildir. "International Menopause Society" (IMS), "North American Menopause Society" (NAMS) ve "European Menopause and Andropause Society" (EMAS), vazomotor semptomlar, ürogenital atrofi ve menopoz bağlantılı yaşam kalitesi bozulmalarına en etkin tedavi şeklinin hormon replasman tedavisi olduğu rapor etmektedir (18,19,20). Bu durum genç kadınlara MHT başlamak bir kez daha endike olmaktadır.

Endometriozisli postmenopozal kadınlarda hangi tür MHT tercih edilmelidir?

Prematür veya erken menopoz özellikle de cerrahi menopoz olduğunda, endometriozisli kadınlarda klimakterik şikayetler çok şiddetli olabilir. Burada MHT'ne başlamada göz önünde tutulması gereken nokta, verilecek tedavinin endometriozis rekürensini sağlamamasıdır. Çünkü endometriozis östrojene bağımlı ve progesteron direnci olan bir hastalıktır. Ancak genç semptomatik postmenopozal kadınlarda MHT başlamanın yararları risklerinden daha ağır basmaktadır. WHI çalışmasına göre karşılanmamış östrojen, östrojen progestin kombinasyonundan daha az meme kanseri riskine sahip olmasına rağmen, endometriozisli kadınlara sadece östrojen vermek pek de akılcı görünmemektedir (21).

Burada postmenopozal endometriozisli kadınlarda, güvenlik ve etkinlik açısından, kontinü kombine tedavi ile siklik kombine tedaviyi birbiri ile kıyaslayan bir çalışma da yoktur. Ancak kombine kontinü tedavinin endometriyumu atrofiye soktuğu ve hatta hiperplazik endometriyumu baskıladığı bilinmektedir (22). Bu nedenle endometriozisli postmenopozal kadınlara kontinü kombine rejimler daha çok önerilmektedir.

Postmenopozal endometriozisli kadınlarda MHT ne kadar devam edilmeli ve nasıl takip edilmelidir?

Fizyolojik şartlarda Menopoza girmiş olan kadınlarda uygulanan HRT süresi bu durumda geçerlidir. Takip aşamasında rekürens veya diğer patolojik bulgular

çıkmadığı sürece HRT, klasik tedavi kurallarına uygun devam edebilir. Bu nedenle 6 ay ile 12 ay arasında yapılacak pelvik ultrasonografi ve CA125 tayinleri hem pelvik rekürens hem de over kanseri açısından bir tarama testi olacaktır. Meme kanseri taramasında ise yıllık veya 2 yılda bir yapılacak mamografi ve meme ultrasonografisi yerinde olacaktır (21).

Özet

• Postmenopozal endometriozis %2 ile %5 oranları arasında görülmektedir.

• Endometriozisli kadınların %50'sinin doğal olarak erken menopoza girmektedir. Ayrıca cerrahi olarak da erken menopoza giren kadın oldukça fazladır.

• Erken menopoz, kısa dönemde vejetatif ve ürogenital şikayetlerde daha şiddetli olma açısından ve uzun dönemde de total mortilite, osteoporozis, kardiyovasküler hastalıklar, demans, Alzheimer hastalığı, kognitif hastalıklar açısından bir risk oluşturur.

• Postmenopozal endometriozis cerrahi olarak veya medikal olarak (AI'leri, intrauterin levonorgesterol,) tedavi edilebilir.

• Postmenopozal endometriozisli bir kadında vazomotor semptomlar, ürogenital atrofi ve menopoz bağlantılı yaşam kalitesi bozulmalarına en etkin tedavi şeklinin hormon replasman tedavisidir.

• Burada sadece östrojen, kontinü veya siklik kombine östrojen ve progestojen, tibolon kullanılabilir. Çalışmalar bu konuda birbirlerine üstünlüğün olduğunu belirtmese de kontinü kombine östrojen ve progestojen tedavisi uygulamak akılcı görünmektedir.

• Postmenopozal endometriozisli semptomatik kadınlarda MHT en kısa zamanda başlanabilir.

• Postmenopozal endometriozisli kadınlar MHT alsın veya almasın yakından takip edilmeli, ağrı semptomlarının olması, endometriozis rekürensi ile ilgili olabilir.

• Postmenopozal endometriozisli kadınlar MHT alsın veya almasın yakından takip edilmeli, ağrı semptomlarının olması, endometriozis rekürensi ile ilgili olabilir.

• Malinite transformasyonu nadir olmasına rağmen (%0.7-1) en sık overde görülür ve pelvik ultrasonografi ve CA125 ile 6-12 ay ara ile takip edilmelidir.

• Hangi tür MHT'nin daha fazla endometriozis rekürensine ve malin transformasyona neden olabileceği ile ilgili net bir veri yoktur.

• MHT alan bir postmenopozal kadında ağrı olduğunda MHT derhal kesilmelidir. Ağrı 1 ay içinde geçmez ise cerrahi veya medikal tedaviler düşünülmelidir.

• Meme kanseri endometriozisli postmenopozal kadınlarda daha sık görülür. Mamografi ve meme ultrasonografisi ile takipleri yapılmalıdır. Meme kanseri olan endometriozisli postmenopozal kadınlar TMX kullanıyorsa, malinite riski açısından yakından takip edilmelidir.

Kaynaklar

1.Becker CM, Wright RD, Satchi-Fainaro R, et al. A novel noninvasive model of endometriosis for monitoring the efficacy of antiangiogenic therapy. American Journal of Pathology 2006;168(June):2074–84.

2.Punnonen R, Klemi PJ, Nikkanen U. Postmenopausal endometriosis. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1980;11:195–200.

3. Dmowski WP, Lesniewicz R, Rana N, Pepping P, Noursalehi M. Changing trends in the diagnosis of endometriosis: a comparative study of women with pelvic endometriosis presenting with chronic pelvic pain or infertility. Fertility and Sterility 1997;67(February (2)):238–43.

4.Toki T, Horiuchi A, Li SF, Nakayama K, Silverberg SG, Fujii S. Proliferative activity of postmenopausal endometriosis: a histopathologic and immunocytochemical study. International Journal of Gynecological Pathology 1996;15(January (1)):45–53.

5. Bulun SE, Yang S, Fang Z, Gurates B, Tamura M, Sebastian S. Estrogen production and metabolism in endometriosis. Annals ofthe New York Academy of Sciences 2002;955(March):75–85, discussion 86–8, 396–406

6.Bulun SE, Yilmaz BD, Sison C, Miyazaki K, Bernardi L, Liu S, Kohlmeier A, Yin P, Milad M, Wei JJ. Endocrine Reviews. 2019; 40: 1048–79.

7.Bulun SE. Endometriosis. The New England Journal of Medicine 2009;360(January (3)):268–79.

8.Shigesi N, Kvaskoff M, Kirtley S, Feng Q, Fang H, Knight JC, Missmer SA, Rahmioglu N, Zondervan KT, Becker CM. The association between endometriosis and autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update 2019;25: 486- 503

9.Redwine DB. Endometriosis persisting after castration: clinical characteristics and results of surgical management. Obstet Gynecol 1994;83: 405-413.

10.Behera M, Vilos GA, Hollett-Caines J, Abu-Rafea B, Ahmad R. Laparoscopic findings, histopathologic evaluation, and clinical outcomes in women with chronic pelvic pain after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy. J Minim Invasive Gynecol 2006;13: 431-435.

11.Pavone ME, Bulun SE. Aromatase inhibitors for the treatment of endometriosis. Fertil Steril 2012;98: 1370-1379.

12.Ladanyi C, Boyd S, Sticco P, Mohling S. Postmenopausal endometriosis, where are we now? Curr Opin Obstet Gynecol. 2019 Aug;31(4):267-278.

13.Morotti M, Remorgida V, Venturini PL, Ferrero S. Endometriosis in menopause: a single institution experience. Arch Gynecol Obstet 2012;286: 1571-1575.

14.Sun PR, Leng JH, Jia SZ, Lang JH. Postmenopausal endometriosis: a retrospective analysis of 69 patients during a 20-year period. Chin Med J (Engl) 2013;126: 4588-4589

15.Oral E, Sozen I, Uludag S, Demirkiran F, Ilvan S, Oncul M, Celik HG. The prevalence of endometrioma and associated malignant transformation in women over 40 years of age. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2020 May;49(5):101725.

16.H. Utian Translational Science Symposium in Chicago, IL (October 2010). Menopause 2011;18: 732- 753.

17.Baber RJ, Panay N, Fenton A; IMS Writing Group. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. Climacteric. 2016 Apr;19(2):109-50.

18.Hickman TN, Namnoum AB, Hinton EL, Zacur HA, Rock JA. Timing of ERT following hysterectomy with oophorectomy for endometriosis. Obstet Gynecol 1998;91:673–7.

19.Sturdee DW, Ulrich LG, Barlow DH, et al. The endometrial response to sequential and continuous combined oestrogen–progestogen replacement therapy. BJOG 2000;107:1392–400

20.Matorras R, Elorriaga MA, Pioan JI, Ramon O, RodriguezEscudero FJ. Recurrence of endometriosis in women with bilateral adnexectomy (with or without total hysterectomy) who received hormone replacement therapy. Fertil. Steril. 77(2), 303–308 (2002)

21.Inceboz U. Endometriosis after menopause. Womens Health (Lond). 2015 Aug;11(5):711-5.

22. Moen MH, Rees M, Brincat M, Erel T, Gambacciani M, Lambrinoudaki I, Schenck-Gustafsson K, Tremollieres F, Vujovic S, Rozenberg S; European Menopause and Andropause Society. EMAS position statement: Managing the menopause in women with a past history of endometriosis. Maturitas. 2010 Sep;67(1):94-7.

Pelvik Ağrı: İnterstisyel Sistit Ağrılı Mesane Sendromu

Yazar: Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

Kadın Hastalıkları, Doğum ve Tüp Bebek Uzmanı

SBÜ Ankara SUAM Kadın Hastalıkları ve Doğum

İnterstisyel sistit/ağrılı mesane sendromu (İS/AMS), aciliyet olsun veya olmasın mesane ağrısı, sık idrara çıkma ve noktüri ile karakterizedir. Altta yatan patofizyoloji net belirlenemediği için kesin tedavisi ortaya konulamamıştır. Patolojik bulgular arasında ürotelyal soyulma, kronik inflamasyon ve duyusal afferent aktivasyon yer almaktadır.[1] Semptomları olan hastalarda sistoskopik hidrodistansiyon sırasında karakteristik glomerülasyonlar rutin olarak gözlenmez. Bu nedenle, mesane ağrısı semptomları olan ve idrar sıklığında artış olan ancak mesane ülseri olmayan hastalar için "ağrılı mesane sendromu" tanısı önerilmiştir.[2] HİS ve AMS olarak ikiye ayrılır. HİS= Hunner lezyonlu İS/AMS (karakteristik endoskopik bulgulara ve belirgin inflamatuar histopatolojiye sahip) ve AMS= Hunner lezyonsuz İS/AMS.[3] İS/AMS'nun yaygın klinik semptomları mesane ağrısı, idrar sıklığı, Hunner lezyonlarının varlığı ve sistoskopik hidrodistansiyon altında yaygın glomerülasyonları içerir. En yaygın patolojik bulgular ürotelyal soyulma ve mesane inflamasyonudur.[3,4] HİS ve AMS arasındaki histolojik farklılıklar tablo 1'de gösterilmiştir.

ABD'de kadınlardaki prevalansı %2.7-6.5 bulunmuştur. İS/AMS tanısı aşırı duyarlı mesane semptomları ve karıştırılabilir hastalıkların dışlanması ile konur. HİS ve AMS'nin ayırıcı tanısı, Hunner lezyonlarının varlığını veya yokluğunu belirlemek için mutlak sistoskopiyi gerektirir. Temel teşhis testleri klinik öykü, fizik muayene, idrar tahlili iken semptom skorları, QoL skorları, frekans-hacim tablosu, rezidü idrar ölçümü, idrar kültürü, idrar sitolojisi, kan testleri, sistoskopi, ultrasonografi önerilmektedir. Opsiyonel olarak pelvik görüntüleme testleri, ürodinamik çalışmalar, mesane biyopsisi, hidrodistansiyon yapılabilmektedir.

Amerikan Üroloji Derneği kılavuzları, İS'in altı haftadan uzun süredir karakteristik semptomları olan ve tedaviye yanıt vermeyen hastalarda dikkate alınmasını ve tedavi edilmesini önermektedir.5 Avrupa İnterstisyel Sistit Çalışmaları Derneği (ESSIC), İS/AMS alt tiplerini sınıflandırmıştır ve yaşam tarzı değişikliği, mesane ağrısı için ilaç tedavisi, mesane glikozaminoglikan replasmanı, intravezikal botulinum toksin A (Botoks) enjeksiyonu,

Tablo-1: HİS ve AMS arasındaki histolojik farklılıklar[3]

	HİS	AMS
Subepitelyal kronik inflamasyon	Mevcut	Yok veya minimum
İnfiltre inflamatuar hücre tipleri	Lenfositler ve plazma hücreleri baskın, Plazma hücre açısından zengin alan genellikle mevcuttur	Hafif enflamasyon olsa bile plazma hücreleri azdır
Lenfoid foliküller	Genellikle mevcut	Son derece nadir
Ürotelyal epitel	Sık sık çıplak	Tam katman korunur

nöromodülasyon ve cerrahi müdahale dahil olmak üzere tedavi modalitelerini önermektedir.[6] Farklı alt tipleri için uzun vadeli tedavi sonuçları tutarsızdır. Altta yatan patofizyoloji tedavi sonuçlarını etkileyebilmektedir.

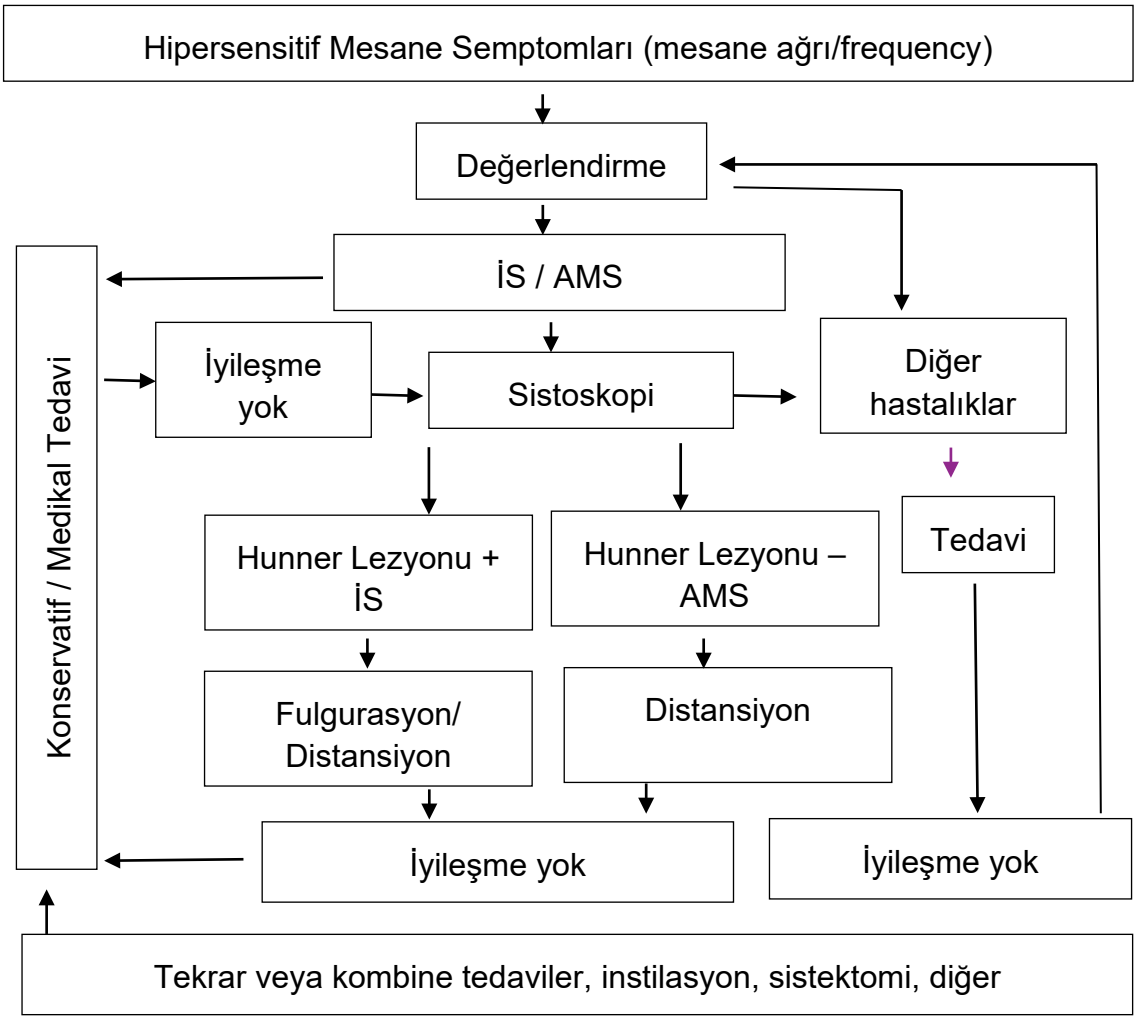
Konservatif tedavi; hasta eğitimi, semptom alevlenmelerini yönetmek için yararlıdır. Meditasyon programı etkili olabilir. Diyet tedavisi için ek kanıtlar, yoğun sistematik diyet manipülasyonu, besin kontrollü sıkı bir diyet tedavisi ve domates, domates ürünleri, soya fasulyesi, tofu ürünleri, baharatlar, aşırı potasyum, turunçgiller ve yüksek asitli madde alımının kısıtlanmasıyla faydalar göstermiştir.[3]

Medikal Tedavi; Pentosan polisülfat, siklosporin A ve antibakteriyel ajanlar, duloksetin, gabapentin, montelukast, NSAID'ler, sildenafil ve adalimumab, sertolizumab pegol ve takrolimus medikal tedavi olarak uygulanan ajanlardır (Tablo-2).

Sistoskopide Hunner lezyonları bulunduğunda (HİS), lezyonların fulgurasyonu (tercihen hidrodistansiyon ile birlikte) endikedir. Hunner lezyonları bulunmadığında (AMS), spinal veya genel anestezi altında hidrodistansiyon endike olabilir. Her durumda, konservatif veya medikal ağrı tedavileri birlikte düşünülmelidir. Yeterli düzelme sağlanamadığında yeniden değerlendirme, tekrarlanan tedavi veya mesane instilasyonlu kombine tedavi, mesane enjeksiyonu ve elektrostimülasyon düşünülmelidir. Sistektomi veya ürinerdiversiyon son çaredir (şekil-1).

Son yıllarda aşağıdaki nedene yönelik tedaviler önerilmiştir:
1- Ürotelyal kusurları kontrol etmek için glikozaminoglikan tabakasının yenilenmesi
2- Nörolojik hiperaktiviteyi engellemek için amitriptilin veya imipramin verilmesi,
3- Antihistaminikler tarafından alerjilerin baskılanması,
4- Ağrı kontrolü için steroid olmayan iltihap önleyici ilaçlar.

Şekil-1 HMS ile başvuran hastalar için Klinik Algoritma[3]



Trombositten zengin plazma (PRP) tedavisinden sonra ürotelyal hücre proliferasyonu, hücre iskeleti belirteçleri ve bariyer fonksiyonu protein ekspresyonu artar. Tekrarlanan otolog PRP enjeksiyonları, geleneksel tedaviye dirençli İS/AMS'li hastalarda etkili olabilmektedir.[1] Tekrarlanan intravezikal PRP enjeksiyonları, ürotelyal ultrastrüktürel defektlerin iyileşmesini destekleyerek semptomları iyileştirir.[8] Normal olgun mesane ürotelyumunun bir ürünü olan GAG, mesane epitelini bakteriyel adezyon ve enfeksiyondan ve idrardan toksik maddelerin penetrasyonundan korur. Şiddetli semptomları olan hastalarda sistoskopik hidrodistansiyon sırasında hyaluronik asit uygulamasının etkinliği çalışmalarda gösterilmiştir.

Hunner lezyonlu İS, fokal ve diffüz mesane duvarı kalınlaşması, daha küçük mesane kapasitesi, daha yüksek glomerülasyon derecesi ve Hunner lezyonlarının varlığı ile ilişkilendirilmiştir.[9] Klinik kılavuzlar HİS'in AMS'dan daha agresif bir şekilde tedavi edilmesi gerektiğini belirtmektedir.[3] Önerilen tedavi,

uzun süreli terapötik etkiler sağlayabilen lezyonların transüretral elektrokoterizasyonu veya lazer fulgurasyonunu içerir.[10-11] Şiddetli mesane ağrısı ile HİS nüksü vakalarında, tüm konservatif veya daha az invaziv tedavilere dirençli HİS için son çare olarak mesane büyütme ile veya olmadan kısmi sistektomi veya ileal kondüit ile tam sistektomi gibi cerrahi müdahaleler gerekli olabilir.[12] Hastalar genellikle ameliyattan sonra ağrıda rahatlama sağlar, ancak hastalar işlemden önce cerrahi morbidite ve ameliyat sonrası komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmelidir.

Epstein-Barr virüsü (EBV) enfeksiyonları, HİS hastalarının %87,5'inde, AMS hastalarının ise %17,4'ünde saptanmış ve EBV'nin HİS hastalarında kronik inflamasyon ve sikatrize mesane durumundan sorumlu aday bir patojen olduğu gösterilmiştir. Mesane duvarında EBV litik enfeksiyonu varsa, HİS mesanelerindeki kronik inflamasyon da valasiklovire yanıt verebilir.[1]

İntravezikal Botox enjeksiyonları etkili olmakla birlikte anestezi gerekliliği, intravezikal enjeksiyonların potansiyel komplikasyonları ve tedavi sonrası dizüri veya idrar yolu enfeksiyonları yaygın uygulanmasını kısıtlamaktadır. Lipozom kapsüllü Botox'un intravezikal uygulaması, aşırı aktif mesane için etkili bir tedavidir.[13] Lipotoksin ile tedavi edilen hastalarda idrar sıklığı ve aciliyeti, plasebo grubundaki sıklık ve aciliyet ile karşılaştırıldığında önemli ölçüde iyileşmiştir. Düşük enerjili ekstrakorporeal şok dalgası tedavisi tedavi bölgesinde lokal kan dolaşımını artırarak anti-enflamatuar etkiler ve ağrının giderilmesini sağlar. Ek olarak, apoptozu inhibe eder ve hücre proliferasyonunu arttırır, bu da mesanede ürotelyal rejenerasyonu ve epitel onarımını kolaylaştırabilir.[14] Psikiyatri konsültasyonu multimodal bir tedavi planına dahil edilmelidir. Bu mesane eğitimi, davranış değişikliği, stresle başa çıkma mekanizmaları ve mesane koşullarına karşı artan toleransı içermelidir. Orta ile şiddetli anksiyetesi olan İS/AMS hastaları için etkili tedavi, semptomlarda rahatlama ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlamak için hem mesane tedavisini hem de psikiyatri konsültasyonunu içermelidir.[15]

Kaynaklar

1- Jhang JF, Jiang YH, Kuo HC. Current Understanding of the Pathophysiology and Novel Treatments of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Biomedicines 2022;10:2380.

2- Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM. American Urological Association. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol. 2015;193:1545-53.

3- Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, Furuta A, Ueda T, Maeda D et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis and bladder pain syndrome. Int J Urol. 2020;27:578-589.

4- Keay S. Cell signaling in interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Cell Signal. 2008;20:2174-9.

5- Hanno PM, Burks DA, Clemens JQ, Dmochowski RR, Erickson D, Fitzgerald MP, et al. AUA guideline for the diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladderpainsyndrome. J Urol. 2011;185:2162-70.

6- van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitiall cystitis: An ESSIC proposal. EurUrol. 2008;53:60-7.

7- Homma Y, Akiyama Y, Tomoe H, Furuta A, Ueda T, Maeda D et al. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Int J Urol. 2020;27:578-89.

8- Lee YK, Jiang YH, Jhang JF, Ho HC, Kuo HC. Changes in the ultrastructure of the bladder urothelium in patients with interstitial cystitis after intra vesical injections of patelet-rich plasma. Biomedicines. 2022;10:1182.

9- Jhang JF, Hsu YH, Ho HC, Jiang YH, Lee CL, Yu WR, Kuo HC. Possible Association between Bladder Wall Morphological Changes on Computed Tomography and Bladder-Centered Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. Biomedicines. 2021;9:1306.

10- Niimi A, Nomiya A, Yamada Y, Suzuki M, Fujimura T, Fukuhara H et al. Hydrodistension with or without fulguration of hunner lesions for interstitial cystitis: Long-term outcomes and prognostic predictors. Neurourol Urodyn. 2016;35:965-9.

11- Otsuka A, Suzuki T, Aki R, Matsushita Y, Tamura K, Motoyama D, Ito T et al. Clinical characteristics of self-reported nocturia in patients with interstitial cystitis, and effects of bladder hydrodistention (with fulguration of Hunner lesions) on nocturia. Low. Urin. Tract Symptoms. 2019;11:141-6.

12- Arrom LM, Ruiz CG, Ferrer OM, Barea VM, Redorta JP, Smet CE. Long-term follow-up after cystectomy for bladder pain syndrome: Pain status, sexual function and quality of life. World J Urol. 2019;37:1597-603.

13- Chuang YC, Kuo HC. A Prospective, Multicenter, Double-Blind, Randomized Trial of Bladder Instillation of Liposome Formulation Onabotulinumtoxin A for Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. J Urol. 2017;198:376-82.

14- Weihs AM, Fuchs C, Teuschl AH, Hartinger J, Slezak P, Mittermayr R et al. Shock wave treatment enhances cell proliferation and improves wound healing by ATP release-couple dextracellular signal-regulated kinase (ERK) activation. J Biol Chem. 2014;289:27090-104.

15- Clemens JQ, Erickson DR, Varela NP, Lai HH. Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome. J Urol. 2022;208:34-42.

Pelvik Ağrılı Hastalarda Telerehabilitasyon Kullanılabilir mi?

Yazar: Prof. Dr. Feryal SUBAŞI

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü Başkanı

Kronik pelvik ağrı (KPA), her iki cinste sıkla karşılaşılan, malign olmayan nosiseptif, tekrarlayıcı bir ağrı sorundur. KPA alt üriner sistem, seksüel, jinekolojik disfonksiyonlar gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir [1-3]. 15-73 yaş arası kadınlarda tahmini prevalans 1000 de 38 olarak gösterilirken, bu oran kronik sırt ağrıları için 1000 de 41 olarak verilmiştir [4]. Literatürde ağrının en sık görülen endikasyonlarından biri olarak tanımlanan KPA; ayaktan tedavi gören kadınların %20'sinde görülebilmektedir. Diğer yandan; Literatürde gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları içinde önemli bir payın KPA'nın yönetimi için ayrıldığının belirtilmesi de konunun toplum sağlığı açısından öneminin bir diğer göstergesidir [3].

Pelvik ağrı (PA) veya simfizis pubis disfonksiyonu (SPD) problemleri de kadınları etkileyen yaygın kas-iskelet bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Hamilelik ve doğum sonrası dönemde çok yaygın olarak görülen bir durum olmasına rağmen, PA sıklıkla ihmal edilir [5-7]. Ancak, hamilelik ve doğum sonrasında kadınlarda görülen PA prevalansı gebeliğin 30 haftasında %63, postpartum 3. ayda ise yaklaşık %31 olarak gösterilmektedir [5]. Semptomlar gebeliğin ikinci yarısında başlayabilir, en yüksek şiddetine hamileliğin 6. ve 9. ayları arasında ulaşabilir. Ağrı hafif veya çok şiddetli olabilir ancak sıklıkla kadınların günlük aktivitelerini ciddi şekilde limitleme özelliği taşıyabilir [5]. Hamilelikte görülen PA'nin etiyolojisi ve patogenezi çok iyi açıklanmamış olmakla birlikte multifaktöryel olarak tanımlanmaktadır [7].

Altta yatan olası nedenler hormonal veya sakroilak eklem / omurgadaki hamileliğe bağlı biyomekanik değişimlerin kas iskelet sistemi üzerinde yaratttığı mekanik stress, yetersiz motor kontrol ile de açıklanabilmektedir [6, 7]. Pelvis, vücut ağırlığını gövdede alt eksremiteye aktarımını modere eden, artmış biyomekanik stresi absorbe etme kapasitesine sahip bir köprü olarak düşünülebilir. Eklemler üzerine düşen artmış travmatik yük pelvisin stabilizasyonu kapasitesi ve uygun motor control, postural kontrol kompanse edilebilir. Bu görev sırasında eklemler üzerindeki kompressif yükler doğal olarak kas, fasya ve bağlar tarafından da kompanse edilmelidir [7]. Ancak bu mekanizmanın uygun şartlarda işletilemediği durumlarda miyofasyal pelvik ağrı sendromunu da kapsayan pelvik ağrı şikayetleri ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Ortaya çıkan miyofasiyal tetik noktalar, hiperirritabl gergin ağrı bantları pelvik taban kasları (PFM'ler) veya komşu iskelet kaslarında (iliopsoas, piriformis gibi) ciddi ağrı semptomlara yol açar. Dahası miyofasiyal pelvik ağrı sıklıkla ürolojik, jinekolojik ve kolorektal ağrı sendromları ile birlikte görülebilir (Abreu-Mendes et al., 2023). Bu nedenlerle PA'de semptomlar iyi lokalize olabilir veya yaygın olabilir (bölgesel veya sistemik); ama ağrı yönetimi ve takibi mutlaka bütüncül ve multifaktöryel olarak ele alınmalıdır [1]. Tedaviden beklenen sonuçlar ağrı ile birlikte kişinin yaşam kalitesini, fonksiyonel ve emosyonel durumunu da kapsamalıdır (örneğin, depresyon, kaygı, sosyal ve cinsel bozukluklar [1, 4].

KPA fonksiyonel, emosyonel ve sosyal açıdan ciddi

kısıtlılıklara neden olabilen bir durum olmasına rağmen, tedavi ve gerekli takip süreçlerinin yönetilmesine ait kanıtların literatürde yeterli düzeyde olduğunu söyleyemeyiz. Bu nedenle Dijital sağlık veya Tele Tıp (TT) hizmetleri [8] gibi telerehabilitasyon da hasta maliyetlerini düşürme özelliği, kısa zaman aralığında çok sayıda bireye ulaşılabilmesi, bireysel ihtiyaçlara göre rehabilitasyon programları oluşturma/ takip etme avantajları nedeniyle KPA'da multidisipliner yaklaşım konusuna katkı sunabilir. Bilindiği gibi tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs Hastalığı-2019 (COVID-19) nedeniyle pandemi sürecinde rehabilitasyon hizmetlerinde de aksamalar olmuş bu nedenle telerehabilitasyon uygulamalarına eğilim arttırmıştır. Tedavi süreçlerine erişimin yanı sıra; dijital sağlık teknolojileri, hastaların semptomları, yaşam tarzları ve tıbbi geçmişleri ile ilgili birçok önemli veri akışını sağlık profesyonellerine sağlayabilir, bu veriler de kişiselleştirilmiş bir rehabilitasyon/ bakım modelinin geliştirilmesini de olanak sağlayacaktır [9, 10].

Diğer yandan telerehabilitasyon uygulamalarıyla olguların uzun dönem sonuçları takip edilebilir, kişilere uygun olarak hasta eğitimi ve /veya danışmanlık hizmetleri de sunulabilir. Telerehabilitasyon hizmetleri kişinin teknolojiye erişimin olabileceği her yerde değerlendirme, uzun süreli izlem, müdahale ve mentörlik amaçları altında sunulabilir [11, 12]. Ancak literatürde kalp hastalıkları, Astım, KOAH ve inmeli hastalara yönelik kanıt düzeyi yüksek çalışmalar olmasına rağmen bilgimiz dahilinde olarak kronik pelvik ağrılı olguların telererabiltasyon ve yüz yüze tedavi sonuçlarının karşılaştırıldığı çalışmalara ait sonuçların çok az sayıda olduğu göze çarpmaktadır [13, 14].

Sonuç olarak; kişilerin sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde erişimlerine olanak sağlayan telerehabilitasyon alanındaki kanıt düzeyi yüksek bilimsel çalışmalar KPA şikayeti olan kişilerin multidisipliner olarak semptomlarının tedavisi ve uzun izlem süreçlerinin yönetimine önemli katkılar sunacaktır.

Referanslar

1. Baranowski, A.P., Chronic pelvic pain. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2009. 23(4): p. 593-610.
2. Fall, M., et al., EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Urology, 2010. 57(1): p. 35-48.
3. Doggweiler, R., et al., A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: A report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. Neurourology and Urodynamics, 2017. 36(4): p. 984-1008.
4. Latthe, P., et al., Factors predisposing women to chronic pelvic pain: a systematic review. Bjog-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2006. 113(7): p. 861-861.
5. Almousa, S., E. Lamprianidou, and G. Kitsoulis, The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. Physiotherapy Research International, 2018. 23(1).
6. Aldabe, D., S. Milosavljevic, and M.D. Bussey, Is pregnancy related pelvic girdle pain associated with altered kinematic, kinetic and motor control of the pelvis? A systematic review. European Spine Journal, 2012. 21(9): p. 1777-1787.
7. Hilde, G., et al., Physical therapy interventions for pelvic girdle pain (PGP) after pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2016(11).
8. Manteghinejad, A. and S.H. Javanmard, Challenges and opportunities of digital health in a post-COVID19 world. J Res Med Sci, 2021. 26: p. 11.
9. Tenforde, A.S., et al., Telehealth in Physical Medicine and Rehabilitation: A Narrative Review. PM R, 2017. 9(5S): p. S51-S58.
10. Leochico, C.F.D., et al., Challenges to the Emergence of Telerehabilitation in a Developing Country: A Systematic Review. Front Neurol, 2020. 11: p. 1007.
11. Ganapathy, K., Telerehabilitation: An Overview. Telehealth and Medicine Today, 2021. 6: p. 10.30953/tmt. v6. 285.
12. Subaşı, F., Sağlıkta Dijitalizasyon ve Rehabilitasyon in Sağlıkta Dijitalizasyon ve Rehabilitasyon F. Subaşı, Editor. 2022, Türkiye Klinikleri: Türkiye Klinikleri. p. 1-4.
13. Ramachandra, P., Telerehabilitation for pelvic girdle dysfunction in pregnancy during COVID-19 pandemic crisis: A case report. Physiotherapy Theory and Practice, 2022. 38(12): p. 2250-2256.
14. Cottrell, M.A., et al., Real-time telerehabilitation for the treatment of musculoskeletal conditions is effective and comparable to standard practice: a systematic review and meta-analysis. Clin Rehabil, 2017. 31(5): p. 625-638.

Pelvik Ağrılı Hastalarda Depresyon Yönetimi Nasıl Olmalıdır?

Yazar: Doç. Dr. Serhat TUNÇ

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Depresyon ve kronik ağrı arasında kompleks bir ilişki vardır. Ancak hangi durumun diğerine yol açtığı tam olarak net değildir. Depresyon pelvik ağrıyı şiddetlendirebilir ve/veya vücudun ağrıya olan duyarlılığını arttırabilir. Diğer yandan, pelvik ağrıyı azaltmaya yönelik başarısız girişimler de hayal kırıklığı, mutsuzluk, umutsuzluk duygularını arttırabilir. Depresyonun olması ağrıya hassasiyeti arttırabilir çünkü hem kronik ağrı hem de depresyon beyine mesaj göndermek için aynı nörotransmitterleri veya kimyasal habercileri kullanır. Depresyonu olan kişilerin yaklaşık %85'i kronik ağrı bildirmiştir (1). Bu gerçekler, kronik pelvik ağrı da dahil olmak üzere her türlü kronik ağrı için geçerlidir. Kronik pelvik ağrısı olan kadınların %63'ünde depresyon belirtileri bildirilmiştir (2). Brezilya çalışmasında bu oran %73 ile daha da yüksek gösterilmiştir (3).

Kronik pelvik ağrılı (KPA) hastalarda felaketleştirme ve depresyon, ağrı tepkilerinin ve ağrı sonuçlarının şekillenmesinde uzun vadeli güçlü bir etkiye neden olmaktadır (4). Depresyon ve ağrıyla ilgili felaketleştirme, ciddi fiziksel engellilik, hastalığın ilerlemesi ve cerrahi ve diğer müdahalelerin ardından iyileşme olmamasıyla ilgili olumsuz risk faktörleridir (4, şekil 1). Felaketleştirme ve depresyon, birbiriyle örtüşen birçok yol üzerinden (merkezi sinir sistemi işlemlerinde değişiklikler, hipotalamo-pituiter-adrenal eksen işlev bozukluğu, genetik etkiler gibi) ağrı şiddetini, ağrı duyarlılığını ve inflamatuar hastalık aktivitesini arttırır. Ağrının biyopsikososyal yaklaşımını destekler. Neyse ki, psikiyatrik müdahaleler, özellikle de bilişsel davranışçı terapi (BDT), KPA'lı hastalarda felaketleştirme ve depresyonu azaltabilir (4).

Depresif belirtiler KPA'da daha fazla görülme eğilimindedir ve bu ilişki KPA'nın temel bir özelliği olan ağrı ile spesifik olarak bağlantılı görünmemektedir. KPA'ye özgü diğer faktörler bu ilişkide rol oynuyor gibi görünmektedir (5). Çocukluk veya yetişkin yaşamındaki travma öykülerine klinisyenlerce dikkat edilmelidir. Travmalar KPA'lı hastalarda anksiyete ve depresyon belirtilerini ve somatik kaynaklı ağrı deneyimlerinin artması için risk faktörü olabilir (5).

Pelvik ağrı tedavisi multidisipliner yaklaşımla hasta merkezli ve kişiye özgü olarak planlanmalıdır. KPA tedavileri, diğer nöropatik ağrı sendromlarının tedavisinde kanıtlanmış etkinlikleri, tolere edilebilirlikleri ve nispeten güvenli yan etki profilleri nedeniyle antikonvülsanlar, trisiklik antidepresanlar (TSA'lar) ve serotonin norepinefrin geri alım inhibitörlerini (SNRI'lar) içerir (6).

Antikonvülsanlar (gabapentin ve pregabalin) diğer kronik ağrı sendromlarının tedavisinde etkinlik göstermiştir ve her ikisi de postherpetik nevralji tedavisi için onaylanmıştır. Pregabalin diyabetik nöropati ve fibromiyalji tedavisi için onaylanmıştır (7). Bununla birlikte, KPA tedavisi için gabapentin ile ilgili çelişkili veriler mevcuttur. Daha küçük çalışmalar fayda bildirirken, büyük ve yeterli güce sahip çalışma fayda bildirmemiştir (8,9).

Trisiklik antidepresanlar (TSA'lar) genellikle merkezi ağrı durumlarının ilk basamak tedavisi olarak kabul edilir (10). TSA'lar serotonin ve norepinefrinin geri alımını engelleyerek mevcut norepinefrin ve serotonin miktarını artırır. Hedefin, inen ağrı modülatör sisteminin işlev bozukluğunu içerdiği düşünülmektedir; inen ağrı modülatör

yollarında artan norepinefrin ve serotonin mevcudiyetinin ağrı duyarlılığını azalttığı görülmektedir. Amitriptilin diğer nöropatik ağrı sendromlarının tedavisinde en yaygın kullanılan ajanlardan biri olmasına rağmen, KPA tedavisinde kullanımına ilişkin bilgiler kısıtlı olsa da yararlı olma eğilimindedir (11).

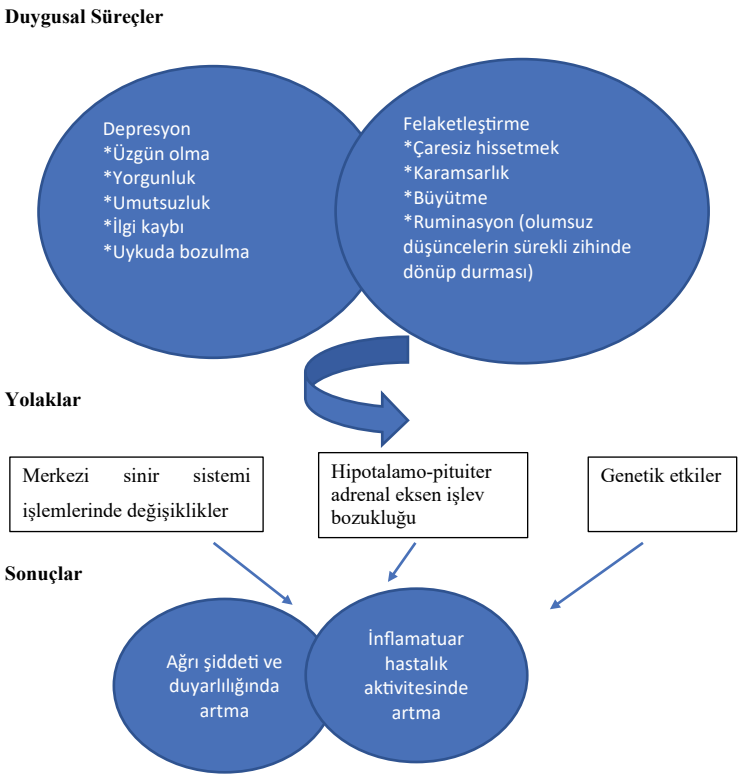
Serotonin norepinefrin geri alım inhibitörleri (SNRI) Duloksetin, venlafaksin, milnasipran ve desvenlafaksin gibi SNRI'ların merkezi olarak mevcut serotonin ve norepinefrini artırdığı görülmektedir. Bu ilaçlar, ağrı ve yaşam kalitesi ölçümlerinde iyileşme gösteren çalışmalara dayanarak diyabetik nöropati (duloksetin ve venlafaksin) ve kronik kas-iskelet ağrısı (örn. fibromiyalji, milnasipran) tedavisi için onaylanmıştır (12). Duloksetin konusunda çok fazla deneyim olup ve KPA hastalarına günde 30 mg ile başlanması (fibromiyalji veya kronik kas-iskelet sistemi ağrısında olduğu gibi) ve bir hafta sonra günde 60 mg'a çıkarılması önerilir.

Diğer antiepileptikler-Fenitoin, karbamazepin, okskarbazepin, lamotrijin, tiagabin ve topiramat gibi antiepileptik sodyum kanal bloke edici ajanlar, tüm nöron membran uyarılabilirliğinde genel bir azalmaya ve duyusal nöronların spontan ateşlenmesinde azalmaya neden olur (13). İdiyopatik KPA'lı kadınlarda kullanım için veriler eksiktir. Bu grupta çoğunlukla migren baş ağrıları için de sıklıkla kullanılan topiramat kullanılmıştır.

Farmakolojik olmayan tedaviler- Egzersiz, periferik nöromodülasyon ve bilişsel davranış terapisi (BDT) farmakolojik veya cerrahi tedavi ile birlikte kullanılabilir. Bunlar aynı zamanda düzensiz ağrı işleme sistemlerinin iyileştirilmesinde de rol oynayabilir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), hastalara düşünce ve davranışlarının ağrı deneyimlerine katkılarını fark etmelerinin öğretildiği ve böylece bu düşünce ve davranışları daha uyumlu bir şekilde değiştirebildikleri, sorun odaklı, hedefe yönelik bir terapidir.

BDT, birçok kronik ağrı durumu için oldukça etkili bir terapi olabilir ve KPA tedavisi için BDT ile ilgili araştırmalar, kanıtlar sınırlı olsa da olumlu bir etki olduğunu göstermektedir (14).

Egzersiz müdahalelerinin KPA (15) için yararlı olduğu görülmektedir. Ağrı, yaşam kalitesi, fiziksel işlev, ruh hali, uyku ve öz yeterlilikte iyileşmeler bildirilmiştir. Kişinin keyif aldığı, programına ve yaşam tarzına uyarlayabileceği her türlü aktivite teşvik edilmelidir.



Kaynak. Kwon, 2013

Referanslar

1. Sheng, Jiyao et al. “The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain.” Neural plasticity vol. 2017 (2017): 9724371. doi:10.1155/2017/9724371

2. Siqueira-Campos, Vânia Meira E et al. “Anxiety and depression in women with and without chronic pelvic pain: prevalence and associated factors.” Journal of pain research vol. 12 1223-1233. 16 Apr. 2019, doi:10.2147/JPR.S195317

3. Romão, A P M S et al. “High levels of anxiety and depression have a negative effect on quality of life of women with chronic pelvic pain.” International journal of clinical practice vol. 63,5 (2009): 707-11. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02034.x

4. Kwon, Jong Kyou, and In Ho Chang. "Pain, catastrophizing, and depression in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome." International Neurourology Journal 17.2 (2013): 48-58.

5. Carvalho, Ana Carolina, et al. "Associations between chronic pelvic pain and psychiatric disorders and symptoms." Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo) 42 (2015): 25-30.

6. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. Obstet Gynecol 2020; 135:e98. Reaffirmed 2023.

7. Gapapentin. US Food and Drug Administration (FDA) approved product information. Revised March 2014. US National Library of Medicine. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/search.cfm?labeltype=all&query=gabapentin (Accessed on April 16, 2023).

8. Lewis SC, Bhattacharya S, Wu O, et al. Gabapentin for the Management of Chronic Pelvic Pain in Women (GaPP1): A Pilot Randomised Controlled Trial. PLoS One 2016; 11:e0153037.

9. Horne AW, Vincent K, Hewitt CA, et al. Gabapentin for chronic pelvic pain in women (GaPP2): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2020; 396:909.

10. Moore RA, Derry S, Aldington D, et al. Amitriptyline for neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2015; 2015:CD008242.

11. Ferreira GE, Abdel-Shaheed C, Underwood M, et al. Efficacy, safety, and tolerability of antidepressants for pain in adults: overview of systematic reviews. BMJ 2023; 380:e072415.

12. Duloxetine. US Food and Drug Administration (FDA) approved product information. Revised January 2017. US National Library of Medicine. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailyme d/search.cfm?labeltype=all&query=duloxetine (Accessed on April 16, 2023).

13. Bhattacharya A, Wickenden AD, Chaplan SR. Sodium channel blockers for the treatment of neuropathic pain. Neurotherapeutics 2009; 6:663.

14. Meissner K, Schweizer-Arau A, Limmer A, et al. Psychotherapy With Somatosensory Stimulation for Endometriosis-Associated Pain: A Randomized Controlled Trial. Obstet Gynecol 2016; 128:1134.

15. Saxena R, Gupta M, Shankar N, et al. Effects of yogic intervention on pain scores and quality of life in females with chronic pelvic pain. Int J Yoga 2017; 10:9.

Cinsel Sağlık ve Pelvik Ağrı

Yazar: Dr. Cem KEÇE
Yazar & Psikoterapist & Eğitmen
Cinsel Sağlık Dernekleri Federasyonu (CİSEF) Başkanı
Cinsel Sağlık Enstitüsü Derneği (CİSED) ve Psikoterapi ve Psikoterapistler Derneği (PSİKODER) Kurucu Başkanı
Uluslararası Entegratif Kognitif Psikoterapi Enstitüsü (IICPI) Türkiye Eşbaşkanı

Kadında cinsel ağrı bozuklukları olan "**vajinismus**" ve "**disparoni**" DSM 5'te "**Genitopelvik Ağrı ve Penetrasyon Bozukluğu**" olarak tek bir cinsel işlev bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde cinsel tedavi için başvuran her on kadından birinin yaşadığı genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu, genel anlamda seks yapma korkusu ve kaygısıdır. Aslında yaşanan, kadın bedeninin ve ruhunun penis-vajina birlikteliğini içeren cinselliği reddetmesidir. Kasılma, vajinal açıklığı daraltarak cinsel ilişkinin ağrılı olmasına ya da imkânsız gibi algılanmasına yol açar. Bu kasılmalar gerçek bir cinsel ilişki girişiminde olduğu gibi, yalnızca temas aşamasında bu girişimin yalnızca hayal edilmesiyle bile ortaya çıkabilir.

Genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu, stres, kaygı ve korku nedeniyle ortaya çıkan bir tür korunma refleksidir. Strese, kaygıya ve korkuya yol açan faktör, penis-vajina birleşmesidir. "Ya acırsa" korkusuyla istemsiz bir şekilde, yani kadının kontrolü dışında ortaya çıkan kasılmalar, cinsel ilişkinin gerçekleşmesine izin vermemek için bilinçdışından kaynaklanan vajinal bir refleks, aynı zamanda da ilkel ve bedensel bir korku refleksidir. Bu refleks bazen bir dokunuşla, bazen birleşme düşüncesinin akla gelmesiyle, bazen geçmişteki travmatik deneyimlerin hatırlanmasıyla, bazen penis, tampon, hatta kadının kendisinin parmağı gibi başka bir nesnenin vajinaya yaklaşmasıyla veya bazen eşin cinsel ilişki için pozisyon almasıyla bile tetiklenebilir. Bu durum bir kez yaşandıktan sonra, şartlı refleks haline gelip yerleşerek her cinsel birleşme denemesi veya düşüncesinde kendiliğinden ortaya çıkar. Kadın, engellemeye çalışsa bile artık bu refleksi kontrol etmesi elinde değildir. Bunun yanı sıra cinsel ilişkide kadının içine alan, erkeğin "**içe giren ve kontrol eden**" olarak düşünülmesi kadının kontrolsüzlük duygusunu daha da arttırır. Cinsel ilişkide kontrolün kendinde olmadığı düşüncesi kadının korkusunu ve zarar göreceği endişesini en üst düzeye çıkarır. Aynı duygusal durum jinekolojik muayene gibi cinsel olmayan temaslarda da geçerlidir. Çünkü muayene sırasında kontrol doktorun elindedir. Bu nedenle genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğu yaşayan kadınlar jinekolojik muayene olmaktan da çekinirler.

Genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğunun en temel belirtisi o an geldiğinde kadının panik atağa benzer bir durum yaşamasıdır. Kadın kasılarak bacaklarını kapatır, partnerini iter, yoğun korku ve kaygı duyar. Bilinci açık olsa da kontrolünü yitirir, kontrol bilinçdışının eline geçer, bilinçdışı tarafından negatif bir hipnoz transı haline getirilir. Bu bilinç kaybı sırasında bazı kişilerde bayılma da olabilir. Her yeni deneme öncekilerin etkisiyle daha fazla acılı ve zor olur. Sonunda bu durum içinden çıkılmaz bir kısırdöngüye dönüşür ve "**beyinismus**" adını verdiğimiz bir tablo ortaya çıkar. Genitopelvik ağrı ve penetrasyon bozukluğunda duyulan kaygılar ve korkular somut gerçeklere dayanmaz, sonradan öğrenilmiş yanlış deneyimlerle pekiştirilmiş duygu ve düşüncelerdir. Gerçekçi olmayan bu korkular ve

bilinçdışından köken alan kaygılar cinsel terapide yeniden öğrenme yoluyla ortadan kaldırılabilir.

ENDOMETRİOZİS İLE CİNSEL SORUNLARIN İLİŞKİSİ

Cinsellik, psikolojik, biyolojik ve sosyal faktörlerin etkili olduğu karmaşık bir olgudur. Cinsel işlev, sağlığın ve yaşam kalitesinin önemli bir yönüdür. Endometriozis, cinsel işlev alanlarını ve cinsel ilişki kalitesini olumsuz etkileyen bir hastalıktır. Endometriozisin cinsel istek, cinsel uyarılma, orgazm ve cinsel doyumu etkileyerek cinsel işlev bozukluğuna neden olduğu bilinmektedir. Cinsel yanıt döngüsünde, tekrarlayan acı verici deneyimler ve doyuma ulaşamama, cinsel istekte azalma ve cinsel ilişkiden kaçınmaya yol açmaktadır.

Endometriozisin yol açtığı koital ağrı ve cinsel işlev bozukluğu arasındaki ilişki, ağrı ve ağrı korkusu ile ilişkili tekrarlanan cinsel deneyimlerin sonucudur. Zaman içinde ağrının kronikleşmesi, uzun süreli hormonsal tedavi, geniş pelvis cerrahisi ve nüks riski, doğurganlık endişeleri, ağrının duygusal ve bilişsel gelişimini şiddetlendirerek cinsel işlevleri etkileyebilmektedir. Ayrıca, anksiyete, cinsel ilişkiye girme sırasında veya sonrasındaki suçluluk duygusu, sıkıntı hissi gibi psikolojik faktörler de cinsel işlevselliğe olumsuz etki yapmaktadır.

Endometrioziste cinsel işlev bozukluğu ile ilişkili spesifik biyolojik ve psikososyal değişkenler vardır. Disparoni, cinsel işlev bozukluğunun gelişiminde ilk adım olarak düşünülse de, ağrının şiddeti veya süresinin artması, doğurganlık endişeleri, tanısal gecikme ve tedaviden sonra semptomların tekrarlaması nedeniyle korku ve kaçınma gibi cinsel sorunları arttıran ek faktörler, cinsel sağlığın bozulmasına neden olur. Endometriozis hastaların çoğunda koital ağrı cinsel uyarılma ve istek bozukluğuna ve cinsel sıkıntıya yol açan korkudan kaçınma reaksiyonu yaratır. Cinsel ağrının biyopsikososyal değişkenleri, korkudan kaçınma modelinde kritik bir rol oynamaktadır. Benzer şekilde, kişilik özellikleri, baş etme stratejileri ve duygudurum/anksiyete bozuklukları koital ağrının cinsel işlev bozukluğuna evriminde çok önemlidir. Partnerin cinsel ağrı sorununa ilişkin algısı ve çiftin doğurganlık konusundaki endişeleri, cinsel isteksizlik ve cinsellikten kaçınma sorunlarını şiddetlendirebilir. Endometriozis ile depresyon, anksiyete ve artan stres gibi ruhsal rahatsızlıklar arasındaki ilişki yaygın olarak tanımlanmıştır. Hastalarda majör depresyon, depresyon bozuklukları ve anksiyete bozuklukları gelişmesi olasılığı yüksektir. Depresyon genellikle kronik hastalıkla ilişkilidir ve genel olarak cinsel işlev bozukluklarında artışa yol açar.

KRONİK PELVİK AĞRI

Kronik pelvik ağrı (KPA) kadınlar arasında en sık görülen medikal problemlerden birisidir. Göbek deliğinin altı ile leğen kemiği arasında 6 aydan daha uzun süren ağrı olarak tanımlanmaktadır. **“Duygular”, “bedensel duyumlar”, “hisler” ve “bedensel semptomlar”** arasında yakın bir ilişki vardır. Bu nedenle Kronik pelvik ağrı gibi psikosomatik fenomenler, travmatik aile mirasları, travmatik çocukluk mirasları ve yetişkinlik dönemine ait travmatik anıların bir tür tekrarıdır. Bu nedenle kadınların günlük hayatlarını ve genel anlamda kendilerini sağlıklı ve iyi hissetmelerini olumsuz yönde etkileyen kronik pelvik ağrı, “**biyo-psiko-sosyal model**” çerçevesinde anlaşılabilir, semptomatik rahatlama için tanı ve tedavide **multidisipliner bir yaklaşım**ın esas olmalıdır. Çok etmenli bir zeminde ortaya çıkan kronik pelvik ağrıya en çok neden olan psikolojik ve psikiyatrik durumlar “**bilinçdışı kefaret ödeme arzusu”, “cinsel istismara ve tecavüze uğrama”, utanç, suçluluk ve günahkârlık duygularına yol açan travmatik yaşantılar, çocuklukta cinsel ve fiziksel istismar öyküsü, çocuklukta ve ergenlik döneminde ensestiyöz ve homoseksüel deneyimler yaşama ve cinsel oyunlar, kronik soma-**

tizasyon ve histeri, aldatma ve aldatılma, cinsel işlev bozuklukları, cinsel yönelim ve cinsel kimlik karmaşasıdır.

Endometriozis, kronik pelvik ağrı ve diparoni sendromların tedavisinde psikiyatrik olarak "**duloksetin**", "**buspiron**" ve afrodizyak olarak da "**MsVenüs**" şase kullanılabilir.

Kaynaklar

Keçe, C. (2021). Cinselliğin Dayanılmaz Ağırlığı (9. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.

Keçe, C. (2021). Kadının Cinsel Yaşamı (3. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.

Keçe, C. (2021). Vajinismusun Üstesinden Gelmek (12. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.

Keçe, C., Coşar F., Özdemir, A.A. (2022). Kadının Cinselliği ve Kadın Cinsel İşlev Bozuklukları. Ankara: Pusula Yayınevi

Keçe, C., Coşar F., Özdemir, A.A. (2022). Vajinismus ve Disparoni. Ankara: Pusula Yayınevi

Keçe, C., Güngör, S. (2022). On Adımda Vajinismus Tedavisi (18. Baskı). Ankara: Pusula Yayınevi.

Yoganın Kronik Pelvik Ağrı Yönetimindeki Yeri ve Önemi

Yazar: Fzt. Melis ÜNAL

Uropelvic Solutions Pelvik Taban Rehabilitasyon Merkezi
Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yüksek Lisans Programı

Kronik pelvik ağrı (KPA), 6 ay veya daha uzun süre boyunca alt abdomen veya pelvis bölgesinde aralıklı ya da sürekli olarak devam eden, komorbiditesi yüksek bir ağrı olarak tanımlanmaktadır (1). Erkek ve kadın popülasyonunda her yaşta görülebilmesine rağmen kadınları daha sık etkilemektedir. KPA'nın patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte ürolojik, jinekolojik, psikolojik, gastrointestinal, kas-iskelet sistemi ve psikonörolojik problemlerden kaynaklanabilmektedir (2). KPA'ya neden olan yaygın durumlar arasında endometriozis, adenomyozis, fibroidler, adezyonlar, inflamatuar bağırsak hastalığı, fibromiyalji, ağrılı mesane sendromu bulunmaktadır. Semptomların ve komorbiditelerin iç içe girdiği bu hastalıkta kişilerin yaşam kalitelerinin etkilendiği gözlemlenmiştir (3). Ayrıca bu kişilerde depresyon, kaygı, enerji azlığı, cinsel işlevle ilgili problemler de ortaya çıkabilmektedir. Günümüzde KPA ile başa çıkma ve semptomları azatlmada "biyopsikososyal" yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır.

Yoga, Hindistan'da ortaya çıkan fiziksel, zihinsel ve ruhsal bileşenleri içeren bir uygulamadır. Kelime anlamı olarak da "birlik veya bir olmak" anlamına gelmektedir (4). Günümüzde batı ülkelerinde de tamamlayıcı ve alternatif tıp olarak popülaritesi artmıştır. Genel sağlığı iyileştirmek amacıyla solunum tekniklerini, fiziksel egzersizleri ve meditasyonu birleştiren bu uygulamanın vücut ve beden arasında adaptasyon sağladığı düşünülmektedir (5). Multiple skleroz, bel ağrısı, migren, astım, diabet, menepoz semptomları gibi kronik durumlarda yoganın bazı semptomları hafiflettiği gösterilmiştir (6). Ayrıca ürolojik problemlerde de terapötik faydaları bulunmaktadır. Yoganın üreme ve dışkılamadan sorumlu pelvik taban kasları (PTK) üzerinde kuvvet, fleksibilite ve relaksasyon sağlayan etkileri bulunmaktadır. Pelvik taban ile ilgili fonksiyonların doğru bir şekilde gerçekleşebilmesi için bu kasların yeterli seviyede gevşeyebilmesi, esneyebilmesi, kuvvet üretebilmesi ve diğer kas gruplarıyla koordineli şekilde çalışabilmesi gerekmektedir (4). Yoga pratikleri ile birlikte pelvik taban kaslarının farkındalığı, aktivasyonu ve relaksasyonu sağlanabilmektedir. Böylece KPA'da etkilenmiş olan pelvik taban kaslarında gerekli yaklaşımlarla fonksiyonel hale getirilerek semptomların azalmasına katkı sağlamaktadır.

Literatürde KPA'da yoganın etkilerini inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Saxena ve ark.'nın (2017) yaptığı bir çalışmada KPA'ya sahip 60 kadın konservatif tedaviye ek olarak uygulanan yoga yaklaşımları ve sadece konservatif tedavi olmak üzere iki gruba ayrılarak ağrı şiddeti ve yaşam kalitesi açısından değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, yoga grubuna dahil olan kadınların yaşam kalitesinde artış, ağrı şiddetinde ise azalma gözlenmiştir (3).

Gupta ve ark.'nın (2018) Hindistanda yaptığı başka bir çalışmada ise 25-35 yaş aralığında bulunan 32 endometriozis ve infertil kadın iki gruba ayrılmıştır. Çalışma grubundaki katılımcılar haftanın 6 günü, 3 ay boyunca yoga sınıfına katılırken, kontrol grubuna hiçbir müdahele yapılmamıştır. Katılımcıların kendileri tarafından doldurulan anket sonuçları incelendiğinde yoganın endometriozis ağrılarının azalmasında olumlu etkileri olduğu gösterilmiştir (7).

Khandwala ve ark.'nın (2020) yaptığı bir çalışmada ağrılı mesane sendromu olan 8 kadına 3 ay boyunca nefes egzersizlerini, belirli yoga pozlarını ve yogada kullanlan relaksasyon tekniklerini içeren pratikler uygulanmıştır. Pratikler haftada bir gün fizyoterapistin ofisinde seans olarak uygulanırken, 3-4 gün ise katılımcıların evde uygulamaları istenmiştir. Çalışma sonucunda katılımcıların doldurduğu anket cevapları incelendiğinde, uygulanan yoga pratiğinin ağrı, mesane semptomları ve işeme üzerinde pozitif etkiler gösterdiği ortaya konmuştur (8).

Ravins ve ark.'nın (2023) yaptığı daha güncel bir çalışmada ise endometriozis hastası olan 42 kadın 8 haftalık konservatif tedavi sonrası, 8 hafta boyunca haftada 2 gün çevrimiçi olarak 90 dakikalık yoga derslerine katılmıştır. Semptomlar anket yoluyla konservatif tedaviden önce, sonra ve üçüncü olarak da yoga dersleri sonrasında değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda yoganın endometriozisli kadınlarda ağrı ve stres düzeylerini azaltmak ve yaşam kalitesini iyileştirmek için önerilebileceği gösterilmiştir (9).

KPA'nın biyopsikososyal etkilenimleri düşünüldüğünde yoga fiziksel, zihinsel ve ruhsal bileşenleri ile etkili olabilen bir yaklaşımdır. Fiziksel olarak PTK üzerinde farkındalık, relaksasyon ve aktivasyon sağlarken, zihinsel olarak stres ve anksiyete düzeyini azaltmada yardımcı olmaktadır. Günümüzde zihin ve beden arasındaki etkileşimin önemi oldukça vurgulanırken, ağrı algısı ile ilgili de inançlar değişmektedir. Yoga, zihin ve beden etkileşimi sağlayan bir yöntem olarak KPA semptomlarının hafifletilmesinde tercih edilebilen, güvenilir bir yöntemdir.

Referanslar

1. Shi JY, Paredes Mogica JA, De EJB. Non-Surgical Management of Chronic Pelvic Pain in Females. Curr Urol Rep [Internet]. 2022;23(10):245–54. Available from: https://doi.org/10.1007/s11934-022-01110-z

2. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2004;46(6):681–9.

3. Saxena R, Gupta M, Shankar N, Jain S, Saxena A. Effects of yogic intervention on pain scores and quality of life in females with chronic pelvic pain. Int J Yoga. 2017;10(1):9.

4. Attar E. Kronik Pelvik Ağrı. 2019.

5. Garfinkel M, Schumacher HR. YOGA. Rheum Dis Clin North Am [Internet]. 2000 Feb 1 [cited 2023 Apr 11];26(1):125–32. Available from: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0889857X05701265

6. Gonçalves AV, Barros NF, Bahamondes L. The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis. J Altern Complement Med. 2017;23(1):45–52.

7. Gupta L, Gowda P. EXPECTANT MANAGEMENT OF ENDOMETRIOSIS PAIN REDUCTION OF INFERTILE WOMEN THROUGH YOGA TECHNIQUES: AN OBSERVATIONAL STUDY. Int J Adapt Phys Educ Yoga [Internet]. 2019 [cited 2023 Apr 14];4(1). Available from: www.ijapey.info

8. Khandwala S, Medicine JC-A in M, 2020 undefined. The Role of Yoga in the Management of Bladder Pain Syndrome: A Single-Arm Pilot Study. europepmc.org [Internet]. [cited 2023 Apr 14]; Available from: https://europepmc.org/article/med/33186125

9. Ravins I, Joseph G, Tene L. The Effect of Practicing "Endometriosis Yoga" on Stress and Quality of Life for Women with Endometriosis: AB Design Pilot Study. Altern Ther Health Med [Internet]. 2023 Jul 15 [cited 2023 Apr 14];29(3). Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35839113/

Endometriozis Farkındalık Ayı

29-30 Mart 2023 tarihleri arasında Endometriozis Farkındalık Ayı kapsamında gerçekleştirdiğimiz iki günlük webinar serimizden Dr. Georgine Lamvu'nun gerçekleştirdiği sunumun kısa çeviri özetini Fzt. Zeynep Yılmaz sizler için derledi:

Georgine Lamvu, MD
Chair of International Pelvic Pain Society (IPPS)

Pelvik Ağrı ve Endometriozis: Ağrı Alevlenmeleri İle Başa Çıkmak için Uygulayabileceğiniz Klinik Prosedürleri

Kronik pelvik ağrı dünyadaki kadınların %24'ünü etkilemekte. Bu bireylerin bir kısmının ağrısı da endometriozis kökenlidir. Endometriozis prevalansı ise kadın popülasyonun %8-10luk bir oranını kapsıyor. Ancak unutulmamalı ki kronik pelvik ağrıyı oluşturan tek durum endometriozis değildir ve kliniklerde bu durumu unutmayarak kapsamlı bir değerlendirmeye yer vermemiz şart.

Pelvik ağrı ile kliniğe başvuran hastaların

- %40-60'lık kısmı (endometriozis tanılı hastalar dahil olmak üzere) birden fazla farklı ağrı durumuyla başa çıkmakta.

- %20'lik kısmı pelvik ağrı harici komorbiditelere sahip, bunlara örnek olarak kornik bel ağrısı ve migren verilebilir.

- %20-40'lık bir kısmı da ağrı harici komorbiditelere sahip, bunlara örnek olarak %40'lık bir oranda depresyon, %20 lik bir oranda anksiyeteyi takiben farklı oranlarda travma ve madde kullanımı gibi sorunlar da görülmekte.

Klinikte profesyoneller olarak sıklıkla endometriozis tanılı ve lokalize ağrısıyla gelecek olan hastalar öngörsekte pratikte yalnızca lokalize bir ağrı ile seyreden vakaadan ziyade daha komplike hastalarla karşılaşılmaktadır.

Bizlerin profesyoneller olarak hastalarımıza öğretmemiz gereken önemli noktalar var.

- Endometriozis fiziksel, cinsel, psikolojik ve sosyal boyutta negatif etkileri olan bir durumdur. Bu sebeple bunu yalnızca fizyolojk bir boyuta indirgemeden tüm yanlarıyla ele alarak klinik pratiğimize dökmeliyiz.

- Literatüre baktığımızda tedavi yaklaşımı fark etmeksizin endometriozisli kadınların %50 sinde tedavi sonrasındaki 2-5 yıllık aralıkta tekrarlayan semptomları gözlediğimiz not ediliyor. Bu sebeple histerektomi harici tüm tedavi yaklaşımlarının baskılayıcı bir metot olduğunu hastalarımıza öğretmeliyiz.

- Endometriozis kronik bir sorundur. Bu sebeple yaklaşımımızda tüm üreme hayatını kapsayan, multi-modal bir plana yer vermeliyiz.

Peki bu bireylere nasıl yaklaşmalıyız?

- Değerlendirme sürecinde biyopsikososyal bir yaklaşım izlenilmeli. Bunun için IPPS'te yer alan profesyonellerle bir araya gelinerek hazırlanmış bir şema var 'Chronic Pelvic Pain Evaluation Guide' isimli. Bu şemayı hastalarınıza yaklaşırken izleyebilirsiniz. Bu şemaya IPPS sitesinden ulaşabilirsiniz.

- Miyofasyal değerlendirmeyi de içerisine alan kapsamlı bir fiziksel değerlendirme yapılmalı.

- Multimodal bir terapi yöntemi benimsenmeli.

Ağrı yönetimine daha yakından bakacak olduğumuzda bunun çok katmanlı bir yapı olduğunu unutmamalıyız. Kronik pelvik ağrıları hastalara yaklaşırken kendimize sormamız gereken üç soru mevcut.

1- Çoklu organ etkilenimini gösteren bir semptomu var mı?
• Konstipasyon, sık idrara gitme, dismonore, aktiviteyle artış gösteren ağrı vb.

2- Miyalji ya da pelvik taban disfonksiyonunu gösteren bir semptomu var mı?
• Disparoni, aktiviteyle artış gösteren ağrı vb.

3- Santral sensitizasyonu işaret eden semptomu var mı?
• Anksiyete, insomnia, opioid vb tedavilerde başarısızlık hikayesi, çoklu ağrı semptomları vb.

Eğer bu sorulardan herhangi birine evet yanıtını aldıysanız, daha kompleks bir hasta ile karşı karşıya olduğunuzu anlamalısınız.

Planlayacağınız tedavi protokolünde yer etmesi gereken başlıklar:

1- Kişisel bakım
• Diyet, egzersiz, uyku, stres yönetimi, meditasyon vb.

2- Farmakolojik Tedavi
• Analjezikler, hormon terapileri, kas gevşeticiler, SNRI kullanımı vb.

3- Girişimsel Yaklaşımlar
• Nöromodülasyon, Akupunktur, operasyon vb.

4- Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
• Pelvik taban rehabilitasyonu,iş uğraşı terapisi vb.

5- Sosyal Destek
• Aile, arkadaşlar, destek grupları, iş hayatı vb.

6- Psikolojik
• Mental sağlık terapisi, çift terapisi, uyku terapisi, cinsel terapi vb.

Bu yaklaşımlar haricinde akut olarak hastaya destek verebileceğiniz yaklaşımlarda mevcut. Klinikte hızlı ve kolay uygulayabileceğiniz ve kronik ağrının alevlendiği süreçlerde hastayı akut olarak destekleyebileceğiniz pratik çözümlere örnek olarak:

Hassas nokta enjeksiyonları

Triger nokta enjeksiyonları olarak da bilinen bu yöntem, pelvik miyaljiden ya da pelvik tabanda görülen hipertonik kaslardan kaynaklı ağrılara uygulanır.Keskin ve intermitant pelvik ağrının yanında, aniden sıkışma, sık idrara gitme, konstipasyon ve disparoni semptomları bizlere miyaljiyi işaret eder.

Ağrı birçok noktada gözlenebilir. Rektum çevresi, vajen etrafı ya da lomber bölgeye kadar çıkabilir. Ancak dijital palpasyonla belirgin gergin hatlar gözlenebilen durumlarda hassas nokta enjeksiyonlarına başvurulabilir.

Hassas nokta enjeksiyonlarının etkinliğini kanıtlamak üzerine çalışmalar hala sürdürülsede pratikte hastaların %30-50 ‘lik bir oranında ağrıyı azalttığını gözlemek mümkün. Yan etki olarak da düşük risklere sahip olduğu için tercih edilebilir.

Enjeksiyon için, salin solüsyon, anestetik,botulinum toxin kullanabildiğiniz gibi, herhangi birşey enjekte etmeden, kuru iğneleme metodu benzeri bir girişime de başvurabilirsiniz.

Blok Anestezi

Bu yöntemi, ağrı insizyon üzerinde ise ya da nöralji/nöropatik ağrı ‘da gördüğümüz gibi bir dermatom paternine yayılarak ilerleme gösteriyorsa kullanabilirsiniz. Kişinin ağrı tanımı keskin, yangılı, yayılımlı ve intermitant olabilir.Ağrı yine birçok farklı noktada gözlenebilir.

Nörosensori değerlendirme yapmanız çok önemli olacaktır. Pamuk uca sahip bir aplikatörle yapabileceğiniz bu değerlendirmede hiperaljezi ya da allodini saptayabilirsiniz. Bu noktada saptığınız ağrının yüzeyel mi yoksa derin mi olduğunu ayırt etmelisiniz. Daha derin bir ağrı tetik noktaya işaret ediyor olabilir.

Blok anestezilerin etkisini inceleyen çalışmalar kısıtlı olsa da, ağrı üzerine etkisini pratik çalışmalarda gözlemek mümkün.

Blok anesteziler, pelvik ağrılı hastalarda genellikle ilioinguinal-iliohipogastrik, pudendal bloklar olacak şekilde uygulanır.

Mesane İnstilasyonları

Bu yöntem pelvik ağrı ve üriner semptomları olan bireylere uygulanabilir. Üriner semptomlara örnek olarak aniden sıkışma, sık idrara gitme ve mesanenin dolum ve boşaltım fazında ağrı verilebilir.

İşlem öncesi hastaların idrar tahlilleri mutlaka temiz çıkmış olmalıdır. Bu yöntem ağrılı mesane sendromu veya kronik hematurisi olan bireylerde kullanılabilir. Ancak hastada enfeksiyon gözlenmemesi ve kronik hematuriye sebep olan bir kitle varlığının elenmesi gerekmektedir.

Nöromodülasyon

Bu sıklıkla kullanılan bir yöntem olup basitçe tibial sinirin elektrik stimülasyonu ile uyarılmasıdır. Pelvik ağrıya eşlik eden üriner semptomları olan bireylerde kullanılabilir.

Tedavi protokolü olarak 30 dakikadan oluşup haftada 1 veya 2 kez uygulanacak şekilde toplamda 10-12 seanslık bir uygulamayı içerir. Semptomlarda iyileşme ilk 6-8 seans sonrası gözlenebilir. Daha yavaş bir ilerleme gözlendiği için kişilere semptomlarını kaydettikleri bir mesane günlüğü tutmalarını isteyebilirsiniz.

Nöromodülasyon, invaziv olmayıp, literatürde etkinliği %80 oranında kanıtlanmış bir yöntemdir. Yapılan randomize kontrollü çalışmalarda, üriner semptomlar üzerinde ilaçlardan daha etkili olduğu kanıtlanmıştır.

Fotobiyomodülasyon

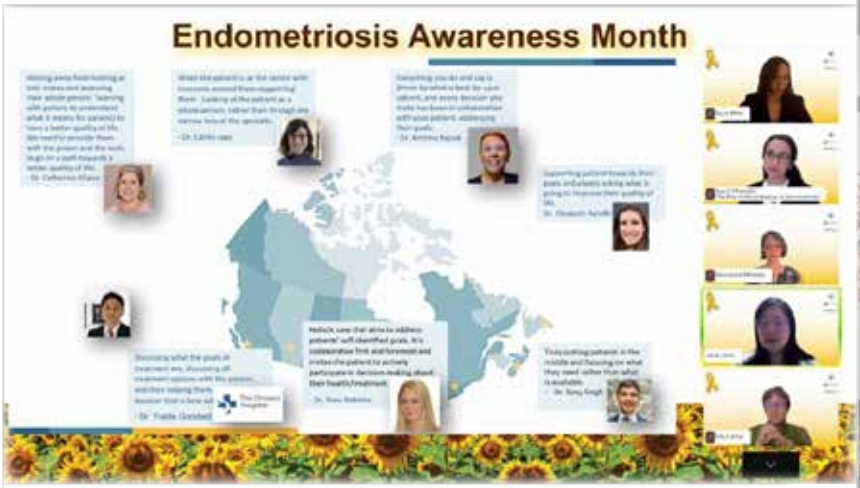
Bu yöntemi miyalji ile ilişkili geniş yayılımlı pelvik ağrısı olan bireylerde tercih edebilirsiniz. Etkisini en fazla disparoni ve ağrı semptomları üzerinde gözlüyoruz. Basitçe infrared bir lazer uygulamasıdır.

Lazer transvajinal olarak uygulanabilir ve uygulandığında kaslarda kan akışını artırarak, kas relaksasyonu sağlanması hedeflenmektedir. Bu yöntem de nöromodülasyon gibi çoklu uygulama gerektirmektedir. Haftada 1-2 kere uygulanarak, toplamda 9 uygulama önerilmektedir.

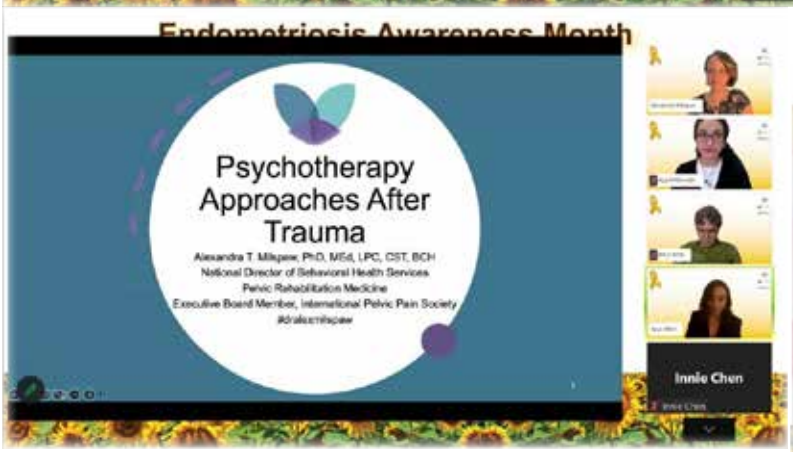
Derneğimizden Haberler

Endometriozis Farkındalık Ayı Webinarı

29- 30 Mart 2023 tarihleri arasında “Endometriozis Farkındalık Ayı” kapsamında Interational Pelvic Pain Society ve Convergences in Perineal Pain Dernekleri ile ortak düzenlediğimiz ücretsiz webinar etkinliğimizde sekiz uluslararası ve üç ulusal alanında uzman konuşmacıya yer verdik. Webinar kapsamında 1.gün fizyoterapi ve psikoloji, 2.gün ise jinekoloji konu başlıkları konuşuldu. Toplantı çıktısı olarak ise interdisipliner bakış açısının endometriotik hastaların takibi, kronik pelvik ağrı ve komorbilitelerin tedavisi açısından oldukça önemli olduğu vurgulandı.


Endometriosis Awareness Month

Endometriosis Awareness Month
PELVICPAIN
MAY IS
PELVIC PAIN
AWARENESS MONTH
#PelvicPainAware
For more information please visit
www.pelvicpain.org


Endometriosis Awareness Month
Psychotherapy Approaches After Trauma
Alexandra T. Milspaw, PhD, MEd, LPC, CST, BCH
National Director of Behavioral Health Services
Pelvic Rehabilitation Medicine
Executive Board Member, International Pelvic Pain Society
#drakxmilspaw
Innie Chen

Endometriosis Awareness Month
Physiotherapy Interventions Tips: when endometriosis triggers painful sex
Anne Florence PLANTE
(M Sc (PT), Titled Women's health, Victimology Degree)
Anneflorence.plante@hotmail.com
+33695336980
L'AVANCEE
Lena Group

Endometriosis Awareness Month
Endometriosis Awareness Month
#endomarch
Aygül Köseoğlu
Lena Group
Ercan

Pelvic Pain Knowledge Exchange Forum With International Experts

30 Nisan 2023 tarihinde International Pelvic Pain Soicity'nin düzenlemiş olduğu "Pelvic Pain Knowledge Exchange Forum with International Experts" vaka tartışma webinarında derneğimizin yönetim kurulu başkanı Prof. Dr. Erkut Attar ve dernek üyemiz Dr. Fzt. Alime Büyük'de yar aldı.

Moderators: Innie Chen and Krisztina Bajzak

Case Presentations:

Case 1 - A Pain in the B**t: whole person assessment and treatment of male CPP (20min)

Karen Joseph (MD, New Zealand) and Mariana Pereira (PT, Portugal)

Case 2 - Clinical pearls for assessment and treatment of endometriosis-associated and myofascial pelvic pain (20min)

Alime Buyuk (PT, Turkey) and Innie Chen (MD, Canada)

Case 3 - Strategies for multidisciplinary care in resource-limited settings (20min)

Krisztina Bajzak (MD, Canada) and Deon Kennedy (MD, South Africa)

Question & Answer Session with Expert Panel:

Dr. Erkut Attar (MD, Turkey), Dr. Maurice Chung (MD, US), Dr. JD Villegas (MD, Columbia)

Kronik Pelvik Ağrıda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımları Sempozyumu

25 Mayıs 2023 tarihinde “Mayıs Kronik Pelvik Ağrı Farkındalık Ayı” kapsamında Bezmialem Vakıf Üniversitesi’nde “Kronik Pelvik Ağrıda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımları Sempozyumu”na davetliydik. Kronik pelvik ağrının patofizyolojisinin, komorbilitelelerinin ve semptomlara yönelik fizyoterapi yaklaşımlarının konuşulduğu verimli bir toplantı gerçekleştirdik.

BEZMİALEM

BEZMİALEM

26th Annual Scientific Meeting on Pelvic Pain

International Pelvic Pain Society (IPPS) tarafından bu yıl 26.sı düzenlenecek olan yıllık kongre 19-22 Ekim 2023 tarihleri arasında Amerika'nın Denver şehrinde gerçekleştirilecektir. Kongre ile ilgili gelişmeleri takip etmek etmek için pelvicpain.org web sayfasını ziyaret edebilirsiniz.

Preliminary Program

Thursday, October 19

Clinical Foundations Specialty Course

Treating the Whole Person: Mental Health and Pain Management Specialty Course

Welcome Reception for All Attendees and Exhibitors

Friday, October 20: 7:30 a.m. – 4:00 p.m.

26th Annual Scientific Meeting on Pelvic Pain: Day One Program

- Keynote Speaker: Samantha Meltzer-Brody, University of North Carolina
- Research Abstract Presentations
- Sexual Pain Session
- Vascular Etiologies Session
- Racial Disparities in access to and treatment of Chronic Pelvic Pain: Interactive Session

IPPS Fundraiser Event

Saturday, October 21 7:30 a.m. – 4:00 p.m.

26th Annual Scientific Meeting on Pelvic Pain: Day Two Program

- Keynote Speaker: Afton Hassett, Psy.D., University of Michigan
- Research Abstract Presentations
- Musculoskeletal pain Session
- Roundtable Lunch
- Dysmenorrhea Session
- Debunking Social Media Myths: Interactive Session

Sunday, October 22

Integrated Health and Pain Management Specialty Course

Understanding Chronic Pelvic Pain: Virtual Course for individuals with Chronic Pelvic Pain

2023 Kongreleri

XXIV FIGO World Congress
of Gynecology and Obstetrics
9–12 October 2023,
Paris Convention Centre
www.figo2023.org
FIGO
XXIV
WORLD CONGRESS OF
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

ASRM 2023
asrm
scientific
congress
&expo
ASRM 2023
The Past, The Present, and The Pipeline
New Orleans, Louisiana
October 14-18, 2023
Submit Your Abstract Now!

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

Adres: Küçükbakkalköy
Mah. Kayışdağı Cad.
No:37 Kat:7 Daire:69
Ataşehir / İstanbul

info@paed.org.tr

www.paed.org.tr

paed.org.tr

LENA TURİZM
Your Preferred Partner

Suadiye Mahallesi Ayşe Çavuş Sk. No:22 D:4
Kadıköy/Istanbul
+90 2165676160
istanbul@lenagroup.net