Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

Ocak 2024
E-Bülten
Sayı: 6

- Kronik Pelvik Ağrı Kliniği Nasıl Kurulur?
- Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Tedavisinde Fizyoterapistin Rolü
- Kronik Pelvik Ağrıda Hasta Eğitimi Sanal Gerçeklik (Vr) ve Biofeedback'in Kronik Pelvik Ağrıda Kullanımı
- Pelvik Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Ve daha fazlası...

www.paed.org.tr

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

Kadınlar için 4'ü bir arada...

BİL 7850 TRİV 47

Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim İLAÇ

bilimsel paydaş

2024 Uluslararası Pelvik Ağrı Dernekleri (IPPS & Convergences PP) ve 3. Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Kongresi

HYATT REGENCY İSTANBUL ATAKÖY

6-9 Haziran 2024

www.ipps2024.org

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

INTERNATIONAL PELVICPAIN SOCIETY

CONVERGENCES IN PELVIPERINEAL PAIN
CONVERGENCES EN DOULEUR PELVI PÉRINÉALE
CONVERGENCIAS EN EL DOLOR PÉLVICO PERINEAL

İÇİNDEKİLER

5
Yönetim Kurulu

6
Davet

10
Endometriozis ve Kronik Pelvik Ağrının Etkileri ve Tanısal Gecikmeye İlişkin
Bir Yeni Zelanda Araştırması

12
Tek Seans Dijital Sağlık Aracı ile Verilen Egzersiz Müdahalesi Endometriozisli Kadınlarda Pelvik Ağrının Anında Giderilmesini Sağlayabilir: Pilot Randomize Kontrollü Çalışma

14
Kronik Pelvik Ağrı Sendromunda Miyofasyal Manuel Terapilerin Etkinliği: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analiz

16
Kronik Pelvik Ağrı Kliniği Nasıl Kurulur?

22
Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Tedavisinde Fizyoterapistin Rolü

25
Kronik Pelvik Ağrıda Hasta Eğitimi

27
Sanal Gerçeklik (Vr) ve Biofeedback'in Kronik Pelvik Ağrıda Kullanımı

30
Pelvik Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı

32
Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımları:
Pelvik Ağrı ve Endometriozis

34
Pelvik Organ Prolapsusunda Hemşirelik Yaklaşımı

37
Alt Üriner Sistem Semptomlarında Hemşirelik Yaklaşımı

40
Kongre Kitapçığı

PELVİK AĞRI VE ENDOMETRİOZİS DERNEĞİ YÖNETİM 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

Doç. 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 Meslektaşlarım,

Öncelikle tüm yönetim kurulu adına sizleri sevgiyle selamlıyorum ve 2024 yılının hepinize sağlık ve mutluluk getirmesini diliyorum. Bugüne kadar hep birlikte az zamanda büyük işler başardık. Parayla satın alamadığınız ve insan hayatının adeta hazinesi olan zamanı hem kişisel yaşantımızda hem de sosyal anlamda çok iyi değerlendirmek zorundayız. Bu anlayışla, zamanın kıymetini göz önüne alarak yeni yıla oldukça hızlı başlıyoruz.

Ocak 2024 bültenimiz Ekim 2023'te gerçekleştirdiğimiz kongremize ait sunum özetlerinin yanı sıra, konuyla ilgili değerli hocalarımızın katkılarını da içermekte. Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin'in hazırladığı ***bir pelvik ağrı kliniği nasıl kurulur*** başlığı altındaki konunun kırılımlarını da içeriğe koyduk. Fizyoterapistlerimizin hazırladığı özel bölüm dışında, bünyemizde yeni kurulan hemşirelik alt grubumuzun çalışmalarına da bu bültende yer verdik. Ekip çalışmasının en güzel örneğini oluşturan bu bültenin pelvik ağrı konusunda başlı başına bir rehber niteliğinde olduğuna inanıyorum. Bir adım daha ileriye gidersek, geçirilen kongre konularının da düzenli bir şekilde bültende yer almasıyla birlikte bülten adeta küçük bir kronik pelvik ağrı kitabı olma özelliğini de taşıyor.

Bu bültende sizleri bekleyen en önemli sürpriz 2024 yılı içerisinde gerçekleştireceğimiz kongremiz olacaktır. International Pelvic Pain Society (IPPS) ile birlikte düzenlediğimiz bu kongrede sizlere yeni mesleki uygulama alanları kazandıracağımızı düşünüyoruz. Bu amaçla, ilginizi çekecek atölye çalışmaları ve kurslarla kongremizi zenginleştirdik. Ekip ruhunun ve çalışmasının önemini dikkate alarak, senelerdir büyük çabalar harcayarak bu alanın içine yerleştirdiğimiz fizyoterapistlerimizin ve hemşirelerimizin eğitimleri konusunda da kurslar gerçekleştireceğiz. Pelvik ağrı olgularında yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen ve sosyal sorunlara yol açan cinsel problemlerin yanı sıra infertilite tedavisini de gündemimize alacağız.

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği, 2010 yılından buyana yaptığı çalışmalarla pelvik ağrı kavramını ülkenin ve sağlık ordumuzun gündemine sokmakla kalmamış, farklı gruplardaki sağlık çalışanlarının birbirleriyle tanışıp kaynaşmasını sağlamış ve onlara çalışma alanları yaratmıştır. Ülkemizde kurulan ve kurulmakta olan pelvik ağrı merkezleri bu çalışmaların en önemli göstergesi olmuştur. Bu kongrede konuyla ilgili liderleri tanıma ve onlarla yüz yüze görüşme fırsatları elde edeceksiniz. Genç meslektaşlarımız akademik kariyerleriyle ilgili bazı tatlı sürprizlerle her an karşılaşabilirler. Bunun yanı sıra, yaklaşık on kadından birini etkileyen bu durum ve hastalıkla ilgili temel ve klinik araştırma projeleri geliştirmenin yöntemlerini öğrenme fırsatını da elde edeceklerdir. Endometriozis ve pelvik ağrı tedavisinde kullanılan cerrahi girişimleri canlı olarak izleyebileceklerdir.

Dünyanın dört bir yerinden gelen farklı branşlardaki meslektaşlarımız, nezih ve ulaşımın oldukça kolay sağlandığı bir mekanda, yaz akşamlarında Marmara Denizi'nin eşsiz ve huzur veren manzarasında tanışabilme, sohbet edebilme ve özlem giderebilme fırsatını yakalayacaklardır. Bu kongrede aynı insanlardan aynı konuları dinlemek yerine sizler kah hekim kah hasta pozisyonunda eğitimin tam da içinde yer alacaksınız. Kongremizde yeryüzünde ilk defa atalarımızın başlattığı ve bu konuda Anadolu ve Avrupa topraklarında şifahenler kurduğu ses ve müzik ile tedavi konusuna özel bir yer ayırdık. Adım attığınız her köşede sanatçılarımızın tınıları kulaklarınızı okşarken, hastalarınızın huzurunu ve memnuniyetini artırmak amacıyla

muayenehanelerinizde, kliniklerinizde ve hastanelerinizde kullanabileceğiniz işitsel, görsel ve zihinsel çok özel yöntemlerle karşılaşacaksınız. Özet olarak, sizleri eğlendirirken öğreten ve eğiten, samimi ve sıcak bir atmosferde alışılmışın çok dışında bir deneyimle karşılaşacaksınız. Dünya ve ülke genelinde bir marka olan kongremizde hocaların kürsüden inip aramıza karıştığı bu farklı atmosferi sizlerle birlikte solumayı istiyoruz.

Sevgilerimle,

Prof. Dr. Erkut Attar
Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Başkanı

Kadın sağlığı alanında pelvik ağrı ve endometriozis önemli bir yere sahip olup, kadının yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Pelvik ağrı ve endometriozisin tanı ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu alanda jinekoloji, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanlık alanlarının yanı sıra fizyoterapist ve hemşirelere de büyük roller düşmektedir. Hastalarla kliniklerde en çok zaman geçiren, iletişim içinde olan ve danışmanlık yapan sağlık profesyoneli hemşirelerdir. Hemşirelik eğitimlerinde gebelik ve doğum dersleri dışında müfredatlarında 'pelvik ağrı ve endometriozis dersleri' yer almaktadır. Ayrıca lisansüstü derslerde bu konular işlenilmekte olup konuyla ilgili yapılan birçok tez çalışması bulunmaktadır. Özellikle hemşirelik alanında pelvik tabanın korunması ile ilgili farkındalığın sağlanmasında Prof Dr Nezihe Kızılkaya Beji bu alanda öncü olmuştur. Multidisipliner bir ekiple beraber birçok seminer, sempozyum, kongreler düzenlemiş, yayınlar yapmış, tezler yürütmüş ve bu alanda çalışan hemşire ve akademisyenlere farkındalık kazandırmıştır.

Hemşireler grubu olarak 'Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği' çatısı altında çalışmalara başladığımızı sizlere büyük bir mutlulukla belirtmek isterim. Bu anlamda bize her anlamda destek olan Pelvik Ağrı ve Endometriozis Dernek yönetim kuruluna ve kurul başkanı Prof Dr. Erkut Attar'a teşekkür ediyorum. Hemşirelik alanında yapılan güncel çalışmaları literatür ışığında bir araya getirerek bültende ele almayı, sempozyum ve kongrelerde bir araya gelerek güncel kılavuz, rehber ve bakımları tartışmayı, takip etmeyi, klinikte çalışan hemşireler ile akademisyenlerin buluşmasını webinar ve toplantılar ile sürdürerek daha da güçlenmeyi hedeflemekteyiz. Kadınların farkındalıklarının sağlanması, kaliteli sağlık bakım hizmetlerinin sunulması, akademik çalışma ve projelerin yürütülmesi için sizlerle her daim çalışmaya ve destek olmaya hazırız. Pelvik Ağrı ve Endometriozis alanında çalışan, çalışmalar planlayan ve alanda farkındalık kazanmak için akademisyen ve klinisyen hemşirelerimizin katkı ve desteklerini bekliyoruz. Meslektaşlarımızı 'Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği'ne' davet etmekten büyük onur duyarım. Güçlü, mutlu, başarılı, sağlıklı ve farkındalığı yüksek kadınlar için hep birlikte, ele ele, gönül gönüle bilim ışığında ilerlemeye……

Doç Dr Handan ÖZCAN
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi

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

Kadınlar için 4'ü bir arada...

BİL 7850 TRİV 47

Kısa Ürün Bilgisi özeti için QR KODU okutabilirsiniz.

bilim İLAÇ

bilimsel paydaş

Endometriozis ve Kronik Pelvik Ağrının Etkileri ve Tanısal Gecikmeye İlişkin Bir Yeni Zelanda Araştırması

Özet Çeviri: Doç. Dr. Rukiye HÖBEK AKARSU
Yozgat Bozok Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Tewhaiti-Smith, J., Semprini, A., Bush, D., Anderson, A., Eathorne, A., Johnson, N., Girling, J, East, Mİ Marriott, J & Armour, M. (2022). An Aotearoa New Zealand survey of the impact and diagnostic delay for endometriosis and chronic pelvic pain. Scientific reports, 12(1), 4425.

Giriş

Kronik pelvik ağrı (KPA), altı aydan uzun süren, aralıklı olabilen, fonksiyonel sakatlığa neden olabilecek veya tıbbi müdahale gerektirecek kadar şiddetli olan pelvisteki ağrı olarak tanımlanmaktadır. KPA, üreme çağındaki kadınların önemli bir kısmını etkilemektedir. Uterus dışında endometriuma benzer dokunun varlığı olan endometriozis, KPA'nın en yaygın nedenidir ve KPA teşhislerinin %24-40'ını oluşturmaktadır. Uluslararası düzeyde, endometriozisin prevalansı üreme çağındaki kadınlar arasında %5 ila %11 arasındadır. Endometriozis ve KPA bireyin yaşam kalitesini tüm yönleri ile olumsuz etkilemektedir. Bu olumsuz etki teşhis gecikmesiyle daha da şiddetlenmektedir. Tanısal gecikmenin yaşam kalitesinin azalmasına katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Endometriozisin yalnızca doğrudan sağlık hizmetleri maliyetleri ile değil, aynı zamanda üretkenlik kaybından kaynaklanan maliyetlerle ilgili olarak da önemli ekonomik bir yük taşıdığı vurgulanmaktadır.

Bu kesitsel araştırmada, KPA'nın bireylerin yaşamlarının sosyal, cinsel, mesleki, finansal ve eğitimsel yönleri üzerindeki etkisini, Aotearoa Yeni Zelanda'da KPA'lı bireylerden oluşan bir kohort içinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte endometriozis tanısı alan bireylerde tanısal gecikme ve bu gecikmeye katkı sağlayan faktörler ele alınmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada veri toplama formu olarak Dünya Endometriozis Araştırma Vakfı'nın (WERF) EndoCost aracının 99 maddelik retrospektif hasta anketi bileşeni kullanılmıştır. Veriler çevrimiçi olarak araştırmacıların sosyal medya ağları ve kliniklerinin online platformları aracılığıyla Mart 2021 ve Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Onsekiz yaş ve üzerinde olan, Aotearoa Yeni Zelanda'da yaşayan ve KPA'sı olan (en az 6 ay süren, günlük yaşam aktivitelerini kısıtlayacak kadar şiddetli alt karın ağrısı olarak tanımlanan) ve KPA'dan etkilenmiş olanlar (dismenore, disparoni veya diskezi semptomlardan en az biriyle birlikte tıbbi müdahale gerektiren durumlar) araştırmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya toplamda 800 kişi katılmıştır. Bunlar arasında, 620 katılımcı laparoskopik endometriozis teşhisini kendisi bildirirken, 180 katılımcı ya başka bir tanı (örn. ağrılı mesane sendromu, vulvodini) ya da hekim tarafından koyulmuş bir endometriozis tanısı olmaksızın KPA bildirmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların çoğu Avrupalı, çoğunun çocuğu yoktur ve çoğu üniversite mezunudur.

Endometriyosiz ve KPA olan kadınlarda, ortalama semptom başlangıç yaşı 20'nin altındadır. Endometriozis grubundaki katılımcıların çoğu, en son laparoskopilerinde endometriozislerinin evre III veya evre IV (sırasıyla %30,2 ve %27,3) olduğunu bildirmiştir. En yaygın pelvik ağrı semptomu şiddetli dismenore olduğu ve gruplar arasında benzer olduğu belirtilmiştir (endometriozis katılımcılarının %88,7'si ve KPA katılımcılarının %87,2'si).

Her iki gruptaki katılımcıların çoğunluğu, istihdamlarının etkilendiğini ve %70'ten fazlasının semptomlar nedeniyle işini kaybettiğini, işini değiştirdiğini ya da çalışma saatlerini azalttığını bildirmişlerdir. Her iki grupta da yanıt verenlerin yaklaşık üçte ikisi pelvik ağrının partnerleriyle önemli sorunlara yol açtığını belirtirken, yanıt verenlerin yarısından fazlası bunun arkadaşlıklarını da etkilediğini bildirmişlerdir. Her iki gruptaki katılımcıların üçte ikisi son 3 ay içinde cinsel ilişki sırasında veya sonraki 24 saat içinde pelvik ağrı yaşadığını vurgulamışlardır.

Ankete katılanların çoğu, pelvik ağrının daha önce cinsel ilişkiyi kesmelerine ve cinsellikten kaçınmalarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Yanıt verenlerin yarısından fazlası, ailelerle yapılan sosyal aktivitelerin 'orta derecede' (%27,9 endometriozis yanıtlayıcısı ve %28 KPA yanıtlayıcısı), 'oldukça' (%25,6 endometriozis yanıtlayıcısı ve %28 KPA yanıtlayıcısı) ve 'aşırı derecede' etkilendiğini bildirmişlerdir (endometriozis katılımcılarının %10,5'i ve KPA katılımcılarının %16,6'sı).

Sonuç olarak;

Zaman içinde sağlık hizmetlerine ilk başvuru ile teşhis arasındaki sürenin 2005'ten önce başvuranlar için 8,4 yıldan, 2012'den sonra başvuranlar için iki yıla kadar azaldığı belirlenmiştir. Zamanla teşhis gecikmesinde azalmalar olmasına rağmen, teşhise kadar geçen ortalama sürenin hala iki yıldan daha uzun olduğu ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği vurgulanmıştır.

Tek Seans Dijital Sağlık Aracı ile Verilen Egzersiz Müdahalesi Endometriozisli Kadınlarda Pelvik Ağrının Anında Giderilmesini Sağlayabilir: Pilot Randomize Kontrollü Çalışma

Özet Çeviri: Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL
Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Lutfi M, Dalleck LC, Drummond C, Drummond M, Paparella L, Keith CE, Kirton M, Falconer L, Gebremichael L, Phelan C, Barry C, Roscio K, Lange B, Ramos JS. A Single Session of a Digital Health Tool-Delivered Exercise Intervention May Provide Immediate Relief from Pelvic Pain in Women with Endometriosis: A Pilot Randomized Controlled Study. Int J Environ Res Public Health. 2023 Jan 17;20(3):1665.

Endometriozis, dünya genelinde üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10'unu etkilemektedir [1] ve genellikle endometriozis bireylere pelvik ağrı semptomu eşlik etmektedir [2]. Endometriozis, ömür boyu bir yönetim planı gerektiren kronik bir hastalık olarak kabul edilmektedir [3]. Özellikle, endometriozis tedavisinin mevcut prensibi ağrı yönetiminde yatmaktadır. Literatürde, egzersizin akut global ağrıyı hafifletmede etkili olduğu gösterilmiştir [4–6] ve farklı egzersiz uygulama yöntemleri konusundaki ilgi giderek artmaktadır. Özellikle, tele-sağlık kullanımının, yüz yüze uygulamalara kıyasla ağrı, fiziksel aktivite (FA) düzeyleri, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesini artırmada etkili olduğu gösterilmiştir [7]. Ayrıca, son zamanlarda tele-sağlığın, sağlık hizmetine ulaşma yeteneklerini sınırlayan, ağrı yaşayan endometriozisli kadınlar için uygun bir alternatif olabileceği öne sürülmüştür [8]. Bu nedenle, bu dijital sağlık araçlarının rolünü, endometriozis ile ilişkili pelvik ağrı yaşayan kadınlara semptomatik ağrı rahatlaması sağlama potansiyellerini araştırmak önemlidir. Bu çalışmanın amacı, denetimli, tek seans, tele-sağlık ile sunulan egzersiz ile kendi yönetimli sanal gerçeklik (VR) ile sunulan egzersizin endometriozisli kadınlarda pelvik ağrı üzerindeki akut etkisini araştırmaktır.

Çalışmada pelvik ağrılı 22 kadın, üç gruba randomize edilmiştir: (i) VR ile sunulan egzersiz grubu (n = 8); (ii) tele-sağlık ile sunulan egzersiz grubu (n = 8); ve (iii) kontrol grubu (n = 6). Akut pelvik ağrı, her üç gruptaki bireylerde başlangıçta ve 48 saat sonra 100 mm'lik görsel analog skala (VAS) [9] kullanılarak değerlendirilmiştir. Kardiyorespiratuvar fitness, bir bisiklet ergometresi (Ergoline) kullanılarak bireyselleştirilmiş, derecelendirilmiş maksimum egzersiz testi sırasında endirekt kalorimetri (Metamax, Cortex, Leipzig) ile değerlendirilmiştir. Tele-sağlık ile sunulan egzersiz grubundaki katılımcılar 1 saatlik denetimli bir egzersiz seansı tamamlamışlardır. Egzersizler, kardiyorespiratuvar egzersizleri, germe ve lumbopelvik bölgedeki özel stabilizasyon egzersizlerinden oluşturulmuştur. VR ile sunulan egzersiz grubundaki katılımcılar ise denetimsiz 1 saatlik seansı tamamlamışlardır. Seans, (i) ağrıyı azalttığı daha önce gösterilmiş bir uygulama listesi üzerinden 10 dakikalık bir VR ağrı-dikkat dağıtma deneyimi; ve (ii) katılımcıların tercih ve hedeflerine bağlı olarak aşağıdaki uygulamalardan birini kullanarak 50 dakika egzersizlerden (Dance Central, Beat Saber, The Thrill of the Fight, Space Pirate Trainer, Fruit Ninja, OhShape, Racket NX, Table Tennis VR, Racket Fury, Swords of Gargantua, BoxVR, Superhot VR, VZ Fit Play ve VZFit Explorer) oluşturulmuştur.

Çalışmada, tüm üç grupta başlangıç noktasına göre pelvik ağrı skorlarında bir artış olmasına rağmen, ağrı büyüklüğündeki artış (tele-sağlık: +10 ± 12 mm, VR: +9 ± 24 mm) kontrol grubundakine kıyasla büyük bulunmamıştır (kontrol: +16 ± 12 mm). Çalışma grupları arasında ağrı skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p = 0.45$) bulunmamıştır. Bu çalışma, hafif-orta düzeyde endometriozisli kadınlarda tek bir tele-sağlık ve VR ile sunulan egzersiz seansının pelvik ağrı üzerindeki etkilerini karşılaştıran ilk randomize kontrollü çalışma olarak bildirilmiştir. Çalışma bulguları, kronik pelvik ağrısı olan katılımcılarda 10-20 dakikalık

bir VR seansının ağrıyı hafifletme yeteneğinin olduğunu gösteren bir çalışma ile uyumlu olarak bulunmuştur [10]. Benzer şekilde, Merlot et al. [11] endometriozisli kadınlarda VR'nin tedavi seansının ağrı algısını azalttığını bildirmişlerdir. Çalışma, 'kendi yönetimli' VR ile sunulan egzersizin tek bir seansının, endometriozise bağlı pelvik ağrıdan akut rahatlama sağlamada tek bir seans 'denetimli' tele-sağlık ile sunulan egzersiz kadar etkili olabileceğini öne sürmüştür.

Bu durumun, klinisyenlere farklı bireysel ihtiyaçlar ve tercihlere dayalı tedavi seçeneklerini uyarlamada daha fazla seçenek sunabileceğinide bildirmişlerdir.

Referanslar

1. Shafrir, A.L.; Farland, L.; Shah, D.; Harris, H.; Kvaskoff, M.; Zondervan, K.; Missmer, S. Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2018, 51, 1–15.
2. Oats, J.; Abraham, S. Llewellyn-Jones Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology E-Book; Elsevier Health Sciences: Berlin/Heidelberg, Germany, 2015.
3. Valle, R.F.; Sciarra, J.J. Endometriosis: Treatment strategies. Ann. N. Y. Acad. Sci. 2003, 997, 229–239.
4. Ambrose, K.R.; Golightly, Y.M. Physical exercise as non-pharmacological treatment of chronic pain: Why and when. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol. 2015, 29, 120–130.
5. Gill, S.D.; McBurney, H.; Schulz, D.L. Land-based versus pool-based exercise for people awaiting joint replacement surgery of the hip or knee: Results of a randomized controlled trial. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2009, 90, 388–394.
6. Awad, E.; Ahmed, H.A.H.; Yousef, A.; Abbas, R. Efficacy of exercise on pelvic pain and posture associated with endometriosis: Within subject design. J. Phys. Ther. Sci. 2017, 29, 2112–2115.
7. Adamse, C.; Dekker-Van Weering, M.G.; van Etten-Jamaludin, F.S.; Stuiver, M.M. The effectiveness of exercise-based telemedicine on pain, physical activity and quality of life in the treatment of chronic pain: A systematic review. J. Telemed. Telecare 2018, 24, 511–526.
8. Leonardi, M.; Horne, A.W.; Armour, M.; Missmer, S.A.; Roman, H.; Rombauts, L.; Hummelshoj, L.; Wattiez, A.; Condous, G.;Johnson, N.P. Endometriosis and the coronavirus (COVID-19) pandemic: Clinical advice and future considerations. Front. Reprod. Health 2020, 2, 5.
9. Bourdel, N.; Alves, J.; Pickering, G.; Ramilo, I.; Roman, H.; Canis, M. Systematic review of endometriosis pain assessment: How to choose a scale? Hum. Reprod. Update 2015, 21, 136–152.
10. Jin, W.; Choo, A.; Gromala, D.; Shaw, C.; Squire, P. A virtual reality game for chronic pain management: A randomized, controlled clinical study. In Medicine Meets Virtual Reality 22; IOS Press: Amsterdam, The Netherlands, 2016; pp. 154–160.
11. Merlot, B.; Dispersyn, G.; Husson, Z.; Chanavaz-Lacheray, I.; Dennis, T.; Greco-Vuilloud, J.; Fougère, M.; Potvin, S.; Cotty-Eslous, M.; Roman, H. Pain Reduction with an Immersive Digital Therapeutic Tool in Women Living with Endometriosis-Related Pelvic Pain: Randomized Controlled Trial. J. Med. Internet Res. 2022, 24, e39531.

Kronik Pelvik Ağrı Sendromunda Miyofasyal Manuel Terapilerin Etkinliği: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analiz

Özet Çeviri: Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL
Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Dal Farra F, Aquino A, Tarantino AG, Origo D. Effectiveness of Myofascial Manual Therapies in Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Int Urogynecol J. 2022 Nov;33(11):2963-2976. doi: 10.1007/s00192-022-05173-x. Epub 2022 Apr 7.

Avrupa Üroloji Birliği (EAU), kronik pelvik ağrıyı, pelvik yapılarla ilişkili algılanan non-malign ağrı olarak tanımlamıştır [1].Bu durumdan muzdarip olan kişiler, alt üriner sistem, bağırsak ve jinekolojik işlev bozuklukları ile birleşen, negatif bilişsel, davranışsal, duygusal veya cinsel sonuçlarla ilişkilendirilen ağrıyı deneyimlemektedirler [2]. Bu bağlamda, yapılan son çalışmalar pelvik taban kaslarının ağrı mekanizmalarındaki rolünü göstermiş, bu nedenle uygun bir değerlendirmenin önemini vurgulamıştır [3]. Ayrıca, literatür, tekrarlayan kas aşırı yüklemesinin miyofasyal tetik noktaları (TP) aktive ederek hipertonik pelvik taban kaslarına neden olabileceğine dair kanıtlar sunmaktadır [4]. Ek olarak, pelvik taban ağrısının eşlik ettiği TP'lerin sıkça üriner sistem, bağırsak ve cinsel işlev bozuklukları ile de ilişkili olduğu rapor edilmiştir [5]. Bu nedenlerle, manuel ve fiziksel modaliteler, egzersiz, kas rahatlaması, masaj ve manuel terapi (örneğin, fizyoterapi ve osteopati gibi), kronik pelvik ağrı sendromu (KPPS) yönetiminde etkili seçenekleri temsil etmektedir [6]. Bunlar arasında, miyofasyal serbest bırakma (MFR) ve osteopatik manipülatif tedavi (OMT), daha spesifik, fasya odaklı yaklaşımlar olarak kabul edilmektedir [7]. Çeşitli çalışmalar (miyofasyal manuel terapiler) MMT'nin KPPS üzerindeki etkilerini araştırmış olsa da, kanıtların yetersiz ve sonuçları tartışmalıdır. Bu nedenle bu sistematik derleme ve meta-analizin amacı MMT'nin KPPS'deki etkinliğini incelemektir. Bulgular, 2020 PRISMA bildirisine göre rapor edilmiştir [8]. Randomize kontrollü çalışmaları (RKÇ')leri araştırmak için beş veritabanı (PubMed (Medline), Central (Cochrane), Embase, Scopus ve PEDro) taranmıştır. Çalışmalar standartlaştırılmış bir form aracılığıyla bağımsız olarak değerlendirilmiş ve içsel geçerlilikleri Cochrane riski değerlendirme aracı kullanılarak değerlendirilmiştir. Etki büyüklükleri (EB) post-tedavi olarak hesaplanmış ve kanıt kalitesi GRADE kriterleri üzerinden değerlendirilmiştir. Dâhil etme kriterleri, her iki cinsiyette de (yaş 18-70) herhangi bir tür kronik nonspesifik pelvik ağrıdan şikâyetçi olmak, MMT'nin etkilerini araştıran randomize kontrollü çalışma olmak olarak yer almıştır. Dil veya yayın tarihi, cinsiyet veya katılımcı ülke konusunda herhangi bir kısıtlama uygulanmamıştır. Belirli bir organik nedenle ikincil KPPS'yi ele alan çalışmalar, postpartum KPPS, iki farklı MMT'yi karşılaştıran denemeler ve yalnızca psikolojik son noktaları değerlendiren araştırmalar hariç tutulmuştur.

Derlemede yedi makaleye yer verilmiştir. Bunlardan beşi meta-analize dahil edilmiştir. Bu çalışmalardan hiçbiri tamamen düşük RoB ile değerlendirilmemiştir. MMT'nin standart bakıma kıyasla ağrı azaltma [EB: -0.54 (-1.16; 0.08); p = 0.09], semptom etkisi [EB: -0.37 (-0.87; 0.13); p = 0.15] ve yaşam kalitesi [EB: -0.44 (-1.22, 0.33), p = 0.26] açısından anlamlı derecede üstün olmadığı raporlanmıştır. Bu çalışmalar Kanıt kalitesi "çok düşük" çalışmalar olarak rapor edilmiştir. Bu derleme, MMT'nin KPPS üzerindeki etkilerini değerlendirmeyi amaçlayan ilk sistematik incelemedir. Olumlu bir eğilim saptanmış olmasına rağmen, elde edilen sonuçlar MMT'nin geleneksel tedavilere kıyasla anlamlı bir üstünlüğü olmadığını göstermiştir. Bu derlemede, dâhil edilen çalışmaların sayısının az olması, orta veya uzun vadeli bir dönemdeki etkiler hakkında yeterli bilgi vermemiştir. Aynı nedenle, hangi tür MMT'nin diğerlerine göre daha iyi etkilendiğine

dair sonuçlarda raporlanmamıştır. Bununla birlikte, araştırılan tüm MMT'lerin ciddi yan etkileri rapor edilmediğinden güvenli uygulamalar olduğu varsayılmıştır.

Bu sistemik inceleme, KPPS'li hastalarda, MMT'nin kısa vadeli dönemde ağrı azaltma ve semptom etkilerini iyileştirme konusunda genellikle bakım ve diğer müdahalelere göre anlamlı üstünlüğe sahip olmadığını göstermiştir.

Bununla birlikte, olumlu etkileri doğrulamak ve kanıt kalitesini artırmak için öncelikle daha yüksek kaliteli, çift kör, sham kontrollü RKÇ'lerin yapılması gerektiği vurgulanmıştır. Bu durumda, MMT ye uygun KPPS alt gruplarını belirlemek için uygun bir değerlendirme ile spesifik alt grupları tanımlamanın önemli olacağı vurgulanmıştır.

Referanslar

1.Fall M, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010. https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.08.020.
2. Engeler DS, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013;64:431–9.
3. Fall M, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2004;46:681–9.
4. Bassaly R, et al. Myofascial pain and pelvic foor dysfunction in patients with interstitial cystitis. Int Urogynecol J. 2011;22:413–8.
5. Butrick CW. Pelvic foor hypertonic disorders: identifcation and management. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009;36:707–22.
6. Cox A, et al. CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Can Urol Assoc J. 2016;10:E136–55.
7. DiGiovanna EL, Schiowitz S, D. D. An Osteopathic Approach to Diagnosis & Treatment. 2005.
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hofmann TC, Mulrow CD, Shamseer L, Tetzlaf JM, Akl EA, Brennan SE, Chou R, Glanville J, Grimshaw JM, Hróbjartsson A, Lalu MM, Li T, Loder EW, Mayo-Wilson E, McDonald S, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. J Clin Epidemiol. 2021; 134:178–89. https://doi.org/10. 1016/j.jclinepi.2021.03.001

Kronik Pelvik Ağrı Kliniği Nasıl Kurulur?

Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Anabilim Dalı

Prof. Dr. Serkan KAHYAOĞLU
Ankara Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Kronik pelvik ağrı (KPA); sık görülen ve tedavisi zor multifaktöryel bir sendromdur. Kognitif, davranışsal, emosyonel ve seksüel sonuçları olan, genellikle kadınları etkileyen, birçok farklı etiyolojik sebepten kaynaklanabilen, iş gücü kaybına ve diğer bazı medikal komorbiditelere neden olan, tanı ve tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektiren klinik bir antitedir. Kronik pelvik ağrının tanımı ile ilgili farklı görüşler mevcuttur ve halen günümüzde tanımı konusunda fikir birliği sağlanamamıştır. KPA bir tanıma göre ayda en az 14 gün boyunca süren, işgücü kaybı ya da medikal tedavi gerektiren pelvik ya da abdominal bölgedeki ağrıdır. RCOG tarafından KPA tanımı; gebelikle, menstrüasyonla ya da koitusla ilişkili olmayan intermitant ya da sürekli olan alt abdominal ya da pelvik bölgede olan ağrıdır. ACOG tarafından ise KPA; altı aydan uzun süren nonsiklik pelvik ağrı olarak tanımlanmıştır. Bu tanıma göre kadınların %26'sında KPA mevcut olduğu söylebilir. ICD-11 tanı sisteminde kronik ağrı 3 aydan uzun süren ağrı olarak tanımlanmıştır. Hastaların yaklaşık %60-70'inde KPA'nın sebebi endometriozis ve ağrılı mesane sendromudur. KPA'sı olan hastaların önemli bir kısmında pelvik ağrı yapan 1'den çok klinikopatolojik durum aynı anda mevcut olmaktadır. Bu duruma "kronik üst üste binen ağrı durumları" denmektedir. Diğer bir kronik ağrı durumu olması ve genetik yatkınlık KPA gelişiminde risk faktörleridir. Tanı ve tedavisindeki güçlükler ve ağrıya sebep olan etiyolojik faktörün geç tespit edilmesi ile karakterizedir. Kronik pelvik ağrı, genellikle pelvis bölgesinde ağrı veya rahatsızlık hissi ile karakterizedir. Kronik pelvik ağrıya neden olan faktörler arasında enfeksiyonlar, endometriozis, myomlar, rahim sarkması, kronik inflamatuar hastalıklar, mesane irritasyonu, kas-iskelet sorunları ve psikolojik faktörler yer alabilir. Bu nedenle, kronik pelvik ağrıya yakalanan kadınların tam bir tıbbi değerlendirmeden geçmeleri gerekmektedir. Seksüel aktivite, menstrüasyon, ürinasyon veya defekasyonla ağrıda artış olup olmadığının değerlendirilmesi etyolojiye yönelik ipuçları verir. Hastalar ve doktorlar KPA varlığında sıklıkla visseral organlarda bir patoloji varlığından şüphe ederler. Bu nedenle daha az sıklıkla KPA nedeni olan myofasyal nedenler atlanabilmektedir. Tedavi, altta yatan nedenlere bağlı olacaktır ve ağrı bazen birden fazla nedenin birleşiminden kaynaklanabilir. Tedavi seçenekleri arasında ilaçlar, cerrahi, fizik tedavi, sinir blokajları, alternatif tedaviler ve psikolojik danışmanlık yer alabilir. Kronik pelvik ağrı, tedavi edilebilir bir durumdur ancak bazen nedeni bulmak ve tedavi etmek uzun sürebilir. Sıklıkla negatif kognitif, davranışsal, seksüel ve emosyonel sonuçlarla ilişkili olan bu ağrı alt üriner traktus, gentital yapılar, barsak, pelvik taban, myofasyal ve jinekolojik disfonksiyon ile karakterize semptomlara neden olur. Enflamatuar, enfeksiyöz, anoksik veya travmatik bir olaya sekonder gelişen, tedavi veya iyileşme sonrası tipik olarak gerileyen akut ağrıdan farklı olarak kronik stresin neden olduğu kronik ağrı fiziksel ve psikolojik sonuçlar ile karakterizedir. KPA'dan muzdarip hastalar genellikle geç tanı alırlar ve bu hastaların önemli bir kısmında KPA sebebi olan endometriozis hastalığı tanısı alana kadar ortalama yaklaşık 7 yıllık bir süre geçmektedir. KPA; İşgücü kaybı ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olabilmektedir. KPA'ya neden olan en sık sebepler jinekolojik, ürolojik, gastrointestinal ve nöromuskuler bozukluklardır. Tedavide jinekoloji, anestezi, gastroenteroloji, üroloji, fizik tedavi, psikiatri ve ortopedi uzmanlarının birlikte koordineli olarak çalıştıkları multidisipliner yaklaşım kronik pelvik ağrıda büyük önem taşır. Kadın hastalıkları ve doğum klinikleri KPA'ya yaklaşım

ile ilgili kendi stratejilerini ve tedavi algoritmalarını belirlemeli ve ekibini oluşturmalıdır.

Epidemiyolojik açıdan bakıldığında; Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında yapılan bir sistematik derlemede kadınların %2.1-24'ünde nonsiklik pelvik ağrı, %8-21.1'inde disparanü ve %16.8-81'inde ise dismenore görüldüğü rapor edilmiştir. 2014 yılında yapılan daha yeni bir derleme makalesinde is 6 aydan uzun süren non-siklik ağrı prevalansının %5.7-26.6 arasında olduğu belirtilmiştir. Hastaların %20-60'ında KPA'ya eşlik eden iritabl barsak sendromu, ağrılı mesane sendromu, pelvik taban kas hassasiyeti ve depresyon gibi klinik durumların KPA etyolojisinde ve hasta değerlendirme sürecinde akılda bulundurulması gerekir. Kadınlarda yapılan tüm laparoskopilerik cerrahilerin %20'si, histerektomilerinse %12-16'sı KPA nedeni ile yapılmaktadır. KPA hastalarında ağrıya sekonder gelişen anksiyete uzun dönemde kişinin ruhsal durumunu etkilemekte ve hatta bu kadınların %12-33'ünde major depresyon kriterleri mevcut olmaktadır.

KPA'da hastanın ilk değerlendirmesinde detaylı bir anamnez, jinekolojik muayene ve özellikle abdominal ve pelvik nöromuskuluskeletal bölgeye odaklı fizik muayene yapılması önemlidir. Ağrının lokalizasyonu, süresi, ağrıyı artıran/agreve eden/tetikleyen faktörler ve ağrının siklisitesi yönünden hasta değerlendirilmelidir. Hastanın fizik muayenesi için yeterli zaman ayrılmalıdır. Abdominal duvardaki, sakroiliak eklemlerdeki, vulvadaki, pubisteki ve pelvik tabandaki hassas noktalar detaylı bir fizik muayene ile tespit edilebilir. Endometriozis düşünülen hastalarda spekulum muayenesinde serviks veya vajendeki endometriotik lezyonlar tespit edilebilir. Bimanuel pelvik muayenede sakrouterin nodularite ve bu nodullerin palpasyonda ağrılı olması ile derin infiltratif endometriozise bağlı KPA'nın varlığı düşünülebilir. KPA'ya nöromuskuloskeletal sistemdeki bozuklukların katkıda bulunduğunu düşündürten bulgular; pelvik taban kaslarında hassasiyet ve abdominal duvarda hastanın ağrısını tetikleyen hassas noktaların tespit edilmesidir. Hastanın semptomlarının dökümente edilmesinin yanı sıra ağrıyı agreve eden ve azaltan faktörlerin değerlendirilmesi ve önceki tedavilerin değerlendirilmesi önem taşır. Bu amaçla kullanılabilecek olan "Uluslararası Pelvik Ağrı Cemiyeti (IPPS)"nin "Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu" klinisyenlerin kullanımına açıktır. Hastaların değerlendirilme sürecinde yapılabilecek tetkik ve girişimler hastaların klinik semptomlarına göre değişmek kaydıyla; klamidya, gonore, mikoplazma ve trikomonas gibi mikrobiyolojik etkenler için tanısal testler yapılmasını, uterin veya adneksial kitle varlığını değerlendirmek için transvajinal ultrasonografi yapılmasını veya endometriozis tanı ve tedavisi için laparoskopi yapılmasını içerir. KPA'nın diğer nadir sebeplerinden olan interstisyel sistit, iritabl barsak sendromu, divertikülit ve depresyon-anksiyete gibi nonreprodüktif klinik antiteler için ek tanısal testler gerekebilir. KPA'lı hastalarda spesifik olarak düşünülen etyolojik faktörün tespiti için gerekli laboratuvar ve görüntüleme testlerinin yapılması diğer sebepleri ekarte ettirerek tanıyı ve tedaviyi kolaylaştırır.

Jinekolojik hastalıklardan KPA'ya en sık neden olan klinik durumlar; endometriozis, geçirilmiş pelvik enflamatuar hastalık, ovaryan kistler, intrabdominal adezyonlar, adenomyozis ve leiomyomlardır. Pelvik konjesyon sendromu, ovaryan remnant sendromu ve jinekolojik tümörler de KPA'nın nadir sebeplerindendir. KPA'lı hastaların tedavi ekibinde endometriozis konusunda tecrübeli pelvik cerrah ve radyolog bulunması bu hastaların yaklaşık %70'inde endometriozis hastalığı mevcut olduğundan dolayı gereklidir. KPA'sı olup etyolojide endometriozis düşünülen hastalarda tedavide ampirik olarak NSAİD, kombine oral kontraseptifler, progestinler, kontraseptif implantlar veya GnRH agonist/antagonist tedavileri yan etki profilleri de göz önünde bulundurularak hastaya göre kişiselleştirilmiş şekilde tercih edilerek kullanılabilir. Bu yaklaşım kesin tanı koydurmamakla beraber tedaviden fayda görülmesi durumunda hastaların gereksiz laparoskopiden kaçınmasını sağlar. KPA tedavisi için GnRH agonist grubu ilaçlar kullanılacaksa bu tedavi

öncesi laparoskopik olarak endometriozisi konfirmasyonu önerilir.

KPA'lı hastalarda ağrıya neden olan organdan kaynaklanan ağrı stimulusu medulla spinalis aracılığıyla santral sinir sistemine iletilirken viserosomatik ve viseroviseral bağlantılar yoluyla pelvik taban kasları veya ağrı etyolojisi ile ilgisi olmayan pelvisteki diğer organlara da iletilebilmektedir. Ağrı kronikleştiğinde zaman içinde pelvik taban myaljisi de denilen pelvis tabanını oluşturan kaslarda kronik kontraksiyonlara bağlı olarak hastalar ağrı hissetmeye başlarlar. Bir çalışmada pelvik taban myaljisi olan hastalarda ağrının tetik noktasının digital muayene ile tespit edilip tetik nokta enjeksiyonu yapılan hastaların vajinal ağrısında ve disparanüsünde azalma görülmüştür.

KPA sendromunda santral sensitizasyon ağrının bir parçası haline geldiğinde tedavi zorlaşmakta ve ağrıya neden olan patolojik durum ortadan kalksa dahi KPA persiste edebilmektedir. Santral sensitizasyon; medulla spinalis ve serebral nörolojik yolaklardaki internöronlardaki ağrı algısının artmasına neden olan santral duyarlılaşma yoluyla gelişebilir. Primer sebebi viseral organ disfonksiyonu olan klinik bir durumun viserosomatik nörolojik yolaklarla pelvik taban kaslarında kronik uyarılma ve ağrıya sebep olur. Ayrıca; medulla spinalisteki nörolojik aferent ve eferent sinir lifleri arasındaki bağlantılar yolu ile viseroviseral bir konverjans da söz konusudur. Viseroviseral konverjansta; pelvik bölgedeki viseral bir organdaki patofizyolojik durum bu yolaklar yolu ile diğer viseral organları da etkiler. Santral sinir sistemindeki ağrı ile ilgili spesifik beyin bölgelerinde, hipotalamo-pitüiter-ovarian aksta ve otonom sinir sisteminde aktivasyon; ağrıya sebep olan patolojik stimulusa vücudun cevabı olarak verilir. Bu patolojik durum yeterince uzun süre devam ettiği takdirde santral sensitizasyon kalıcı hale gelerek ağrıya sebep olan patolojik durum ortadan kalkmış olsa dahi hasta ağrıyı ve santral sensitizasyonun neden olduğu otonom ve psikolojik belirtileri hissetmeye devam edebilir. Kronik ağrı sendromlarında hastalarda psikolojik rahatsızlıklar ve sosyal izolasyona yatkınlık olur. Bilişsel ve davranışsal tedaviler KPA'lı hastalarda ağrıda hafif-orta düzeyde azalma sağlayabilmektedir. Ağrıya yönelik girişimsel işlemler veya farmakoterapi gerektiğinde ağrı uzmanlarından yardım istenebilir.

Kronik pelvik ağrının ayırıcı tanısı sebebe yönelik tedavi uygulanması açısından önem taşır. Viseral veya nöromuskuloskeletal bozukluklara eşlik eden psikososyal durumların göz önünde bulundurulması hastalığın yönetimi sırasında tedavinin başarısını artırır. KPA'lı hastalarda ağrıya sebep olan klinik durumdan bağımsız olarak bir süre sonra reaktif pelvik taban myaljisi gelişebilir ve hastanın ağrısı pelvik taban kaynaklı hale gelebilir. KPA'lı hasta, hastalığın bu aşamasına geçmişse tedavi sırasında etyolojik açıdan asıl hastalığın tedavisinin yanı sıra pelvik taban myaljisinin tedavisi, santral sensitizasyonun nöromodülatör ilaçlarla tedavisi ve depresyonun uygun tedavisinin eş zamanlı olarak yapılması tedavi başarısını artırır. Somatik ağrı genellikle lokalizedir ve hasta tarfından ağrının yeri speifik olarak gösterilebilir. Fakat distansiyon, iskemi ve inflamasyona karşı hassas olan pelvik organlardaki noziseptörlerden kaynaklanan viseral ağrı genellikle diffüzdür ve yeri genellikle zor gösterilir. Santral sensitizasyon kaynaklı otonom sinir sistemi aktivasyonunun indüklediği terleme, vital bulgu değişiklikleri, barsak semptomları viseral ağrıya sıklıkla eşlik eder ve KPA tablosunu komplike eder.

KPA sebeplerinden olan nöromuskuloskeletal sisteme bağlı ağrı genellikle gözden kaçar ve ilk akla gelmez. Bu ağrı; myofasyal tetik noktalarından, geçirilmiş pelvik cerrahiye sekonder nörovasküler tuzaklanmalardan veya tendon ve ligamentlerin enflamasyonundan kaynaklanabilir. Etkilenen kas gruplarının manuel olarak palpasyonu ile ağrının oluşumu değerlendirilebilir. Bu ağrı tipinde otonom sinir sistemi belirtileri gelişmez. Tekrarlayan mikrotravma, akut travma veya postüral bozukluklara bağlı gelişen pelvik taban kaslarında hipertonisite ve myofasyal ağrı sendromu nöromuskuloskeletal

sistem ağrısının nedenidir. Tüm ağrı tiplerinde psikososyal faktörler ağrının algılanması sürecinde rol oynar ve semptomların ciddiyetini etkili olur. Geçmişte cinsel istismara uğramış, mental hastalıkları olan, desteğe muhtaç, sosyal açıdan stres altında ve ilişki problemleri olan kadınlarda KPA ve disparoni daha sık görülür. Bazı fizik muayene bulguları nöromuskuloskeletal kronik pelvik ağrıyı ve hastanın fizik tedaviden fayda görebileceğini düşündürebilir. Dijital (parmakla) pelvik taban muayenesinde ağrıyı tetikleyen spesifik noktalar tespit edilebilir. Abdominal duvar, bel ve sakroiliak eklemler palpe edilerek ağrıya neden olan myofasyal etyolojik sebepler değerlendirilebilir. FABER testinde hastanın alt ekstremitesini fleksiyona, abduksiyona ve external rotasyona zorlayınca pelvik taban kas hassasiyeti oluşması hastada nöromuskuloskeletal sisteme bağlı kronik pelvik ağrı varlığını akla getirir. Bu test ile nöromuskuler sebeplere bağlı kronik pelvik ağrının %85'ine tanı konabilmektedir. Diğer bir test olan Carnett testinde ise hastanın abdominal kaslarını kasması sonrasında pelvik ağrı ve hassasiyeti azalmıyor veya artıyorsa test pozitif demektir. Aksine, abdominal kaslar kasıldığında viseral organlara bağlı ağrıda azalma varsa bu durumda da negatif Carnett testi anlamına gelir.

Pelvik taban hassasiyeti varlığında pelvis fizik tedavisi faydalı olabilir. Bu kapsamda yapılabilen fizik tedavi yaklaşımları; external ve internal doku mobilizasyonu, myofasyal gevşetme, viseral-ürogenital ve eklem yapılarını hareket ettiren manipülatif tedaviler, elektrik stimülasyonu, aktif pelvik taban egzersizi, biyofeedback, mesane ve barsak jimnastiği ve pelvik taban kaslarını germe egzersizleridir. Yapılan klinik çalışmalar KPA'da pelvik taban fizik tedavisi ile levator kası içindeki tetik noktalara serum fizyolojik, lokal anestezik, steroid, opioid ya da bu ilaçların kombinasyonunun enjeksiyon tedavisinin tedavi etkinliği açısından eşdeğer olduğunu göstermiştir. Sadece iğne ile enjeksiyon yapılmasının dahi ağrıyı azaltıcı etkisi olduğu gösterilmiştir. Ayrıca, vajinal anksiyolitikler ve botulinum toksin enjeksiyonu tedavisi fizik tedaviye yanıt vermeyen olgularda tercih edilebilir. Akupunktur ve yoga uygulamalarının muskuloskeletal etyolojiye bağlı KPA'da kullanılması nonjinekolojik kronik ağrıdaki gösterilmiş olan faydaları nedeni ile düşünülebilir. Kas iskelet sistemi kaynaklı KPA'da akupunktur ağrıyı azaltıcı etkisiyle kullanılabilir. Bir çalışmada 6 haftalık yoga tedavisinin KPA'da ağrı, emosyonel durum ve seksüel fonksiyonlara iyileştirici etkisi olduğu gösterilmiştir. Relaksasyon uygulamaları, tai chi veya masaj gibi uygulamaların ağrıyı azaltmada zayıf etkileri vardır. KPA'da ağrının zamanla kronikleşmesi hastaları depresyon, anksiyeteye ve sosyal izolasyona gibi psikolojik bozukluklara sokabilir. Dolayısıyla, kognitif davranışsal tedaviler veya gerektiğinde medikasyonlarla bu ruhsal sorunların tedavi edilmesi KPA tedavisine eklenmelidir.

KPA'da farmakoterapi için kullanılan ilaçların etkinliği ile ilgili çalışmalar azdır. İlaçların KPA'daki etkinliği ile ilgili bilimsel kanıtlar diğer nöropatik ağrı sendromlarındaki kullanımlarındaki ağrıyı azaltıcı etkilerinin ekstrapolasyonu ile KPA tedavisine uygulanmaktadır. Altta yatan viseral etyolojiler tespit edildiğinde ve bu KPA'ya nöropatik ağrının da eşlik ettiği tespit edildiğinde bu ilaçlar kullanılabilir. Ağrı tiplerinden biri olan nöropatik ağrı, allodini ve/veya hiperaljezi şeklinde prezente olan, sinir hücrelerinin hasarına veya işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkan bir ağrı türüdür. Kronikleşme eğilimi fazla olan nöropatik ağrı sendromlarında selektif serotonin/noradrenalin geri alım inhibitörleri (SSRI-SNRI), gabapentin ve pregabalin gibi nöromodülatör ilaçların kullanımı önerilmektedir. Bağımlılık yapma potansiyelleri nedeni ile opioid grubu ilaçların kullanımı KPA tedavisinde önerilmemektedir. Kronik pelvik ağrıda santral sensitizasyon gelişmesi durumunda veya nöropatik ağrı tedavisinde antikonvülzanlar, trisiklik antidepresanlar, SNRI grubu ilaçlar hastalar tarafından daha iyi tolere edilmeleri, yan etki profillerinin kabul edilebilir olması ve pelvik ağrı dışında diğer nöropatik ağrı tedavilerinde de etkili olmaları nedenleri ile tedavide kullanılabilmektedirler. Hastaların tedavisine bu ilaçlardan biri ile en düşük dozda başlayıp

hastanın ağrısını hafifleten uygun doza kadar artırma yaklaşımı şeklinde başlanır. Gerektiğnde diğer grup ilaca geçilerek etkinliği değerlendirilir. Hastalara ek olarak kas gevşetici ilaçlar nöropatik ağrı için kullanılan ilaçlarla beraber verilebilir. Kardiyak yan etkileri nedeni ile kardiyak problemleri olan hastalarda trisiklik antidepresanlar ilk tercih olmamalıdır. Eğer hasta gebelik düşünüyorsa teratojenite açısından bu endikasyonda en uygun görülen ilaç grubu olan SNRI grubu ilaçlar tercih edilir. Herkese uyan tek bir tedavi yaklaşımı olmadığından KPA tedavisi bireyselleştirilmelidir.

KPA tedavisinde cerrahi tedavi olarak laparoskopik adezyolizis yapılmasının faydalı olduğuna yönelik eski çalışmalar mevcut olsa da güncel çalışmalarda endometriozis, adenomyozis ve adneksal hastalıkların mevcut değilse KPA tedavisinde adezyolizis yapılmasının hastanın ağrısının gerilemesine faydası olmadığı görülmüştür. Hastaya başka bir endikasyonla cerrahi yapıldığında intrabdominal kalın adezyonların tespit edilirse bu adezyonların disseke edilerek açılması mantıklı olabilir.

KPA hastaları ağrının sebebinden bağımsız olarak multipl laparoskopik cerrahiler geçirebilmektedir. Diğer tedavilerden sonuç alamayıp histerektomi/ooforektomi geçiren hasta sayısı hiç de azımsanamaz. Endometriozise bağlı KPA'sı olan hastalarda medikal tedavilere cevap vermeyen pelvik endometriotik odaklar, ovaryan endometrioma ve derin pelvik infiltratif endometriozis gibi lezyonların varlığında bu lezyonların cerrahi olarak ablasyon ya da eksizyonu ağrıyı azaltır. Bu hastalarda ağrı rekürrensini önlemek için postoperatif medikal tedavi mutlaka başlanmalıdır. KPA'sı olan hastalarda multipl cerrahilere ve pelvik organların eksize edilmesine rağmen ağrı persiste edebilir. Hangi hastaların cerrahiden fayda göreceğini tespit etmek için ağrı iletim mekanizmaları ve santral sensitizasyon odaklı çalışmalar yapılmalıdır. Presakral nörektomi ve laparoskopik uterosakral sinir ablasyonu gibi cerrahiler geçmişte KPA tedavisinde kullanılmış olsa da sınırlı faydaları ve morbiditeleri nedeni ile günümüzde önerilmemektedir.

Sonuç olarak KPA'nın değerlendirilmesi ve yönetimi kapsamlı bir süreçtir. KPA'sı olan hastalarda myofasyal ağrı veya kronik üst üste binen ağrı durumlarından birinin varlığı akla gelmelidir. Nöromuskuler anormallikler KPA'nın primer sebebi olabildiği gibi jinekolojik patolojilere sekonder gelişen pelvik taban myaljisi olarak da karşımıza gelebilir. Viserosomatik ağrı kaskatı geliştiğinde pelvik taban kaslarında artan hassasiyet KPA'yı artırıcı etkide bulunur. KPA'ya neden olan etyolojik hastalığa bağlı olarak pelvik taban myaljisi gelişen hastalarda pelvik taban egzersizleri, tetik nokta enjeksiyonları ve pelvis fizyoterapisi ile ağrıda azalma sağlanabilir. Santral sensitizasyon gelişmeden ağrıya neden olan stimulusun uygun şekilde medikal ya da cerrahi tedavi edilmesi önemlidir. Santral sensitizasyon gelişen hastalara nonfarmakolojik (egzersiz ve fizik tedavi, kognitif davranışsal tedavi, akupunktur) ve farmakolojik (SNRI, gabapentin, pregabalin, kanabinoidler) tedavilerin kombine şekilde uygulanması ile ağrıda azalma sağlanabilir. KPA hastalarında ağrıya eşlik eden psikolojik semptomlara da önem verilmeli ve hastalara empati ile yaklaşıp psikolojik destek sağlanması hayat kalitesini artırır. KPA; teşhis ve tedavi yönetimi açısından multidisipliner yaklaşım gerektiren bir sendromdur. Etyolojisi belli olmayan KPA'ya optimal yaklaşım, tedavi modalitelerinin karşılaştırıldığı iyi tasarlanmış uzun süreli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kronik pelvik ağrı kliniği mutlaka multidisipliner yaklaşımlı şekilde kurulmalıdır. Sendromla ilgili tıbbi branşlardan olan kadın hastalıkları ve doğum merkezinde olmak üzere üroloji, genel cerrahi, gastroenteroloji, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroloji ve psikiatri branşlarından kronik pelvik ağrı tanı ve tedavisi ile ilgilenen uzman doktorlardan oluşan bir kurul oluşturulmalıdır. Kronik pelvik ağrı klinikleri genellikle kadın hastalıkları ve doğum kliniklerinin içerisinde bulunmalı ve gerektiğinde bu klinikten diğer ilgili branşlara konsültasyon istenerek hastanın pelvik ağrısının etyolojik sebebinin belirlenmesi

ve uygun tedavisinin yapılabilmesinin sağlanmalıdır. Kronik pelvik ağrı kliniği kurarken interdisipliner yaklaşım sağlanmasının önemi Avrupa Üroloji Derneği ve RCOG gibi kuruluşlarca da vurgulanmıştır. KPA'nın negatif davranışsal, kognitif, psikolojik ve seksüel sağlık sonuçlarına neden olarak biyopsikososyal sonuçları olan bir ağrı sendromu olduğu bu kuruluşlarca ön plana çıkarılmıştır. KPA'ya yaklaşımda biyopsikososyal modele göre standart tedavilerle gerilemeyen ağrı durumunda multidisipliner değerlendirme ve interdisipliner yaklaşım gerekir. Yapılan çalışmalar multidisipliner tedavinin faydasının sadece ağrıda azalma ve ruh halinde iyileşme ile sınırlı olmadığını aynı zamanda işe dönüşü de hızlandırdığını göstermiştir. KPA hastalarının yönetimi için multidisipliner klinik varlığının bu hasta grubunda ağrıdan dolayı histerektomi gereksinimini %16,3'ten %5.8'e azalttığı da gösterilmiştir.

Uluslararası ağrı çalışmaları derneği (IASP) bir ağrı kliniğinde olması gereken 10 özelliği şu şekilde tariflemiştir:

- Ağrı ile ilgili tıbbi disiplinlerden en az 3 tanesine klinikte ulaşılabiliyor olması
- Klinikteki sağlık sunucularının hastaların tedavisi ile ilgili düzenli olarak iletişim halinde olması
- Ağrı kliniğinin bir direktörünün olması
- Kliniğin hem tanısal hem de tedaviye yönelik imkanlarının bulunması
- Kliniğin uygulamaları için uygun alanlar bulunması
- Kliniğin hastaların kayıtlarını tutması
- Kliniğin çalışanlara görevleri esnasında uygun destekte bulunması
- Kliniğin çalışanlarının ağrı ile ilgili yeterli tıbbi bilgiye ve klinik uygulamalarda yeterliliğe sahip olması
- Kliniğin komplike hastaların yönetimini yapabilecek yetişmiş personelinin olması
- Klinikte görev yapan personelin o ülkede lisans eğitimi almış personel olması

KPA kliniğini oluşturan bir takımda direktör, jinekolog, anestezist, kayıtlı hemşire, kayıtlı pelvic taban fizyoterapisti, psikolog ve kayıtlı klinik danışmanlar (gastroenterolog, ürolog, psikiatrist, ortopedist) bulunması önerilmektedir. Bu takımda bulunan sağlık sunucusu personelin uygun eğitim almaları, uzman olmaları, yeterli zaman ve klinik imkanlara sahip olmaları ve profesyonel gelişimlerine sürekli devam ediyor olmaları gerekir. KPA hastaları bu kliniklerde medikal, psikolojik ve pelvik semptomatoloji açısından detaylı değerlendirilmelidir. Uygun hasta değerlendirmesi sürecinde hasta ile tanısal işlemlerin riskleri ve faydaları konuşularak en az invaziv olandan daha invaziv olana doğru ilerleyecek şekilde tanısal işlemlerin yapılması, KPA'ya neden olan spesifik bir organ tespit edildiğinde ilgili disiplinin uzmanına refere edilmesi gerekir. Uygun hasta değerlendirmesi sürecinde KPA'sı olan hastalarda pelvik enfeksiyonlar, kanser, travma sekeli ve myofasyal disfonksiyon olup olmadığı ekarte edilmelidir. Klinik değerlendirmenin sonunda finalde doğru tanı koymak kadar mevcut başka bir patolojiyi de atlamamak önemlidir.

KPA kliniğinin temel amacı hastaların ağrısını gidermenin dışında fiziksel ve psikolojik disfonksiyonu düzeltmek ve hastaların hayat kalitesini artırmak olmalıdır. Kliniğin KPA hastaları için primer mi yoksa tersiyer referans kliniği mi olduğu belirlenmiş olmalıdır. Her hastaya 45-60 dk değerlendirme süresi ayrılmalıdır. Klinikte hastalara KPA ile ilgili bilgilendirme broşürleri bulundurulması önemlidir. Hastaların tıbbi değerlendirmesi ve fizik muayenesi için "Uluslararası Pelvik Ağrı Derneği"nin (IPPS) hazırlamış olduğu ve Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneğimiz tarafından Türkçeye çevrilmiş olan ve web sayfamızda kütüphanede bulunan hasta değerlendirme formundan yararlanılabilinir. Ağrının derecesi çeşitli ağrı skalaları ile kaydedilir. KPA hastalarında farklı semptomatolojileri için bu tür standart formların kullanılması hastaların tedaviye cevabının takibinde ve bilimsel çalışmaların güvenilirliği artırmada faydalı olur. Hastaların bu süreçte multidisipliner bir takım tarafından değerlendirme ve tedavilerinin yapıldığının, her bir disiplinin değerlendirmesi için zaman ayrılması gerektiğinin, tedavi kararlarının takım tarafından alınarak kendisine açık bir dille açıklandığının ve tedavi sonrası takip ve kontrollere gelmesinin önemli olduğunun farkında olmaları gereklidir.

Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Tedavisinde Fizyoterapistin Rolü

Uzm. Fzt. Nilüfer CERBEZER
Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Kronik pelvik ağrı (KPA), Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği tarafından bilişsel, davranışsal, cinsel, duygusal sonuçları olan, tipik olarak 6 aydan uzun süren pelvik organlardan veya yapılardan kaynaklanan ağrı olarak tanımlanmaktadır [1]. Araştırmalarda kronik pelvik ağrının prevalansının, 15-73 yaş arasındaki kadınlarda %4-10 arasında değiştiği belirtilmiştir. Jinekoloji kliniklerine ayaktan tedavi için yönlendirilen hastaların %20'sinin KPA tanısına sahip olduğu bildirilmiştir. Literatürde; Kronik pelvik ağrının etiyolojisi hakkında bir konsensus olmadığı söylenebilir. Avrupa Üroloji Derneği KPA'ya neden olan faktörleri; jinekolojik, ürolojik, gastrointestinal, cinsel, psikolojik ve muskuloskeletal faktörler olarak sınıflandırmıştır [2]. Yapılan araştırmalar da jinekolojik laparoskopilerin %40'ının, histerektomilerin %10-20'sinin KPA nedeniyle yapıldığı gösterilmiştir (2). Literatürde KPA olan kadınların 1/3'ünde nedenin endometriozis olduğu da ifade edilmektedir. Uterus dışında endometriuma benzer bir dokunun varlığı olan endometriozisin, KPA'nın en yaygın nedenleri arasında olduğu ifade edilmektedir, KPA teşhislerinin %24-40'ını oluşturmaktadır [3]. Endometriozis, endometriyal benzeri dokunun uterus dışına implantasyonu ile karakterize kronik, enflamatuar ve östrojene bağımlı bir durumdur ve pelvik ağrı ve subfertilite ile ilişkilidir [4]. Kanıta dayalı çalışmalarda ve semptomların yönetimine yönelik rehberlerde endometriotik lezyonların multifaktöriyel bir problem olarak ele alınması gerektiği belirtilmektedir [5]. Tipik endometriozis semptomları menses ile başlayan siklik pelvik ağrı, dizüri, disparoni ve diskinezi olmakla beraber, lomber bölgeye yayılan ağrı, alt üriner sistem, cinsel, pelvik taban, miyofasiyal, gastrointestinal sistem, jinekolojik disfonksiyonlar da olabilir [6]. Ayrıca bilişsel, davranışsal ve duygusal sorunlar da bu problemlere eşlik etmektedir. Bu semptomlar, özellikle günlük yaşam aktiviteleri ve fonksiyonel seviyelerinin düşmesi, sosyal yaşama katılım sorunları, iş yaşamı ve profesyonel yaşamda yetersizlikler görülmesi bağlamında kadınların yaşam memnuniyetlerini de ciddi şekilde etkileyebilmektedir [7].

Bu nedenlerle, kronik pelvik ağrının heterojen doğası göz önüne alındığında ve ağrının yalnızca tek bir etken ya da bozukluklukla ilişkili olmaması sebebiyle tanı ve tedavinin multifaktöryel ve multidisipliner yaklaşımla yönetilmesi gerektiği birçok yayınlanmış rehberde önemle vurgulanmaktadır [2,8].

KPA'lı hastaların kapsamlı değerlendirilmesi konusunda konsensus sağlandığı söylenebilecek UPOINT yaklaşımı, sistematik olarak üriner semptomlar, psikososyal disfonksiyon, organa özgü bulgular, enfeksiyon, nörolojik/sistemik ve kas hassasiyeti / tetik nokta değerlendirmelerini içerir ve multidisipliner sınıflandırma modeli önerir. UPOINT sınıflandırma sistemi; her bir multidisipliner ekip üyesine ortak bir dil ve izlem sistemi / sınıflandırma imkânı sunabilir [2].

Fizyoterapistler, endometriozis ile ilişkili pelvik ağrı semptomlarını, eşlik eden komorbiditeleri ve pelvik taban disfonksiyonu da dahil olmak üzere jinekolojik, ürolojik ve gastroenterolojik durumlar konusunda, ağrı yönetiminde rol oynarlar [9].

Kronik pelvik ağrı ve endometriozis hastaları için fizyoterapi temel olarak egzersiz yaklaşımları, lumbo-pelvik bölgeyi hedef alan manuel terapi, tetik nokta tedavileri, miyofasyal mobilizasyon teknikleri ve visseral terapileri içerebilir. Bununla beraber

pelvik ağrılı kadınlarda fizyoterapi ve rehabilitasyonda ağrı yönetiminin yanısıra; günlük yaşam aktivitelerinde fonksiyonel düzeyin en üst seviyeye çıkarılması, fonksiyonel kapasite ve yaşam kalitesinin arttırılması da amaçlanmaktadır [10]. Fizyoterapistler, her hastanın spesifik semptomlarına ve klinik bulgularına göre uyarlanmış çok çeşitli fizyoterapi ve rehabilitasyon modalitelerini ve araçlarını kullanırlar. Bunlar arasında doku mobilizasyonu ve miyofasyal gevşetme, visseral, ürogenital ve eklem yapılarını mobilize etmek için manipülatif tedaviler; elektrik stimülasyonu, pelvik taban eğitimi; biofeedback, mesane ve bağırsak eğitimi ve egzersiz eğitimi yöntemleri yer almaktadır [11].

Endometriozis tanılı kadınlarda pelvik taban kas sistemi farklı şekillerde etkilenebilmektedir. Kronik pelvik ağrı, postür ve hareket bozukluklarına da sebep olabilir. Lumbo pelvik bölgeye komşu olan kas ve iskelet sistemi yapılarında tonusu çok artmış veya çok azalmış yapıların regüle edilmesi de yine fizyoterapist tarafından yapılacak kapsamlı kas iskelet sistemi değerlendirmeleri sonucunda tespit edilebilir. Fizyoterapistler, pelvik tabandaki bağ dokusu disfonksiyonunu, miyofasiyal tetik noktaları ve hipertonusu tedavi ederek endometriozis semptomlarının yönetiminde görev alırlar. Miyofasyal fizyoterapi tekniklerinin, solunum eğitimi ve gevşeme teknikleriyle birlikte, üriner ve cinsel semptomları azalttığı, ağrı şiddetini düşürdüğü ve yaşam kalitesini arttırdığı ile ilgili literatürde kanıtlar mevcuttur [12].

Son yıllarda ise; Kronik pelvik ağrı multidisipliner yönetiminde, bilişsel ve davranışsal yaklaşım yoluyla hastaların korkuları, inançları ve psikolojik sorunları da belirlenerek, kognitif bilişsel temelli hasta eğitimleri ile kişilerde altta yatan ağrı mekanizmalarının nedenlerinin belirlenmesi, özet olarak hastaların kendi durumları ile başa çıkma stretejileri geliştirmeleri kapsamında çalışmalar yapılmaktadır. Pelvik ağrının yönetilmesi amacıyla; fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemleri ve yaşam tarzı değişim müdahaleleri de semptomların yönetiminde son yıllarda önerilen bir diğer yaklaşımlardır. Literatürde bu yaklaşımın hastaların şikayetçi olduğu stres şiddeti, uyku düzeni gibi günlük yaşamı olumsuz etkileyen faktörleri düzenleyebileceği ve ağrı yönetimine de katkı verebileceği belirtilmektedir [13]. Literatürde pelvik ağrılı kadınlarda fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları ile beraber bilişsel davranışsal yaklaşımların psikomotor fonksiyonu geliştirebileceği, hastaların özyönetim stratejilerini destekleyebileceği de belirtilmektedir [14].

Sonuç olarak, fizyoterapistler kronik pelvik ağrı ve endometriozis yönetiminde multidisipliner ekibin bir üyesi olarak; kullandıkları kanıta dayalı yöntemlerle hastaların ağrı yönetiminde, yaşam memnuniyetlerinin ve fonksiyonel düzeylerinin arttırılmasında etkin rol oynarlar. Endometriozis ile ilişkili ağrısı olan hastaların yönetiminde multidisipliner ekip içerisinde görev alan fizyoterapistlerin sayısının artmasının endomtriozis ile ilişkili pelvik ağrı yönetim sürecine klinik açıdan önemli katkılar sağlayacağı görüşündeyiz. Son yıllarda literatürde önemi araştırılan biyopsikososyal bir yaklaşım ise hastaların semptomlarının yönetimine, hastanın özdenetim becerisininde katılmasıyla uzun dönemde daha etkili sonuçlara sebep olabilir. Ancak bu kapsamda, geliştirilecek olan bilimsel çalışmaların kanıtlarının arttırılamasına ve iyi klinik uygulama örneklerinin gösterilmesine ihtiyaç vardır.

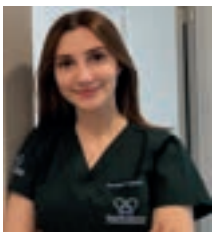
Referanslar

1. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e98-e109.
2. Fall, M., et al., EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain. European Urology, 2010, Doggweiler, R., et al.,.Neurourology and Urodynamics, 2017
3. Triolo O, Laganà AS, Sturlese E. Chronic pelvic pain in endometriosis: an overview. J Clin Med Res 2013;5:153163.

4. Agarwal, S. K., Antunez-Flores, O., Foster, W. G., Hermes, A., Golshan, S., Soliman, A. M., ... & Luna, R. (2021). Real-world characteristics of women with endometriosis-related pain entering a multi-disciplinary endometriosis program. BMC women's health, 21(1), 1-14.
5. Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, Horne A, Jansen F, Kiesel L, King K, Kvaskoff M, Nap A, Petersen K, Saridogan E, Tomassetti C, van Hanegem N, Vulliemoz N, Vermeulen N; ESHRE Endometriosis Guideline Group. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022 Feb 26;2022(2):hoac009. doi: 10.1093/hropen/hoac009. PMID: 35350465; PMCID: PMC8951218.
6. Parasar P, Ozcan P, Terry KL. Endometriosis: Epidemiology, Diagnosis and Clinical Management. Curr Obstet Gynecol Rep. 2017 Mar;6(1):34-41. doi: 10.1007/s13669-017-0187-1. Epub 2017 Jan 27. PMID: 29276652; PMCID: PMC5737931.
7. Johnson NP, Hummelshoj L; World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. Hum Reprod. 2013 Jun;28(6):1552-68. doi: 10.1093/humrep/det050. Epub 2013 Mar 25. PMID: 23528916.
8. Prusova, K., Churcher, L., Tyler, A., & Lokugamage, A. U. (2014). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines: how evidence-based are they?. Journal of Obstetrics and Gynaecology, 34(8), 706-711.
9. Wójcik M, Szczepaniak R, Placek K. Physiotherapy Management in Endometriosis. Int J Environ Res Public Health. 2022 Dec 2;19(23):16148. doi: 10.3390/ijerph192316148. PMID: 36498220; PMCID: PMC9740037.
10. Loving, S., Nordling, J., Jaszczak, P., & Thomsen, T. (2012). Does evidence support physiotherapy management of adult female chronic pelvic pain? A systematic review. Scandinavian Journal of Pain, 3(2), 70-81.
11. Klotz, S. G., Schoen, M., Ketels, G., Loewe, B., & Bruenahl, C. A. (2019). Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): a systematic review. Physiotherapy theory and practice, 35(6), 516-532.
12. Leung-Wright, A. (2020). Physiotherapy for chronic pelvic pain: a review of the latest evidence. J. Pelvic Obst. Gynaecol. Physiother., 127, 26-38.
13. Fuentes-Márquez P, Cabrera-Martos I, Valenza MC. Physiotherapy interventions for patients with chronic pelvic pain: A systematic review of the literature. Physiother Theory Pract .2019;35(12):1131–8. Available from: https://doi.org/10.1080/09593985.2018.14 72687.
14. Gutke A, Sundfeldt K, De Baets L. Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. J Clin Med. 2021 Nov 19;10(22):5397. doi: 10.3390/jcm10225397. PMID: 34830680; PMCID: PMC8622577.

Kronik Pelvik Ağrıda Hasta Eğitimi

Fzt. Yağmur TURHAN
Üropelvik Solutions Kliniği



Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS), vücudun ağrı için düşük bir eşik geliştirdiği, genellikle kronik ağrının bir sonucu olan merkezi bir ağrı şekli olup, pelvik bölgede yer alan ve altı aydan fazla süren, günlük işleyişi sınırlayacak kadar şiddetli olan ağrı olarak tanımlanmaktadır (1,2). Görülme sıklığı %3 ile %10 arasındadır ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Kadınların yaklaşık %15'i iş günü kaybı, %45'i ise iş verimliliğinin azaldığını bildirmiştir (1). Kronik pelvik ağrının (KPA) etiyolojisi net olarak tanımlanamamıştır ve birden fazla görüş vardır. Avrupa Üroloji Derneği KPA'ya neden olan faktörleri sınıflandırılmıştır. Bu sınıflandırmanın içinde ürolojik, jinekolojik, gastrointestinal, periferal sinirler, cinsel, psikolojik ve muskuloskeletal faktörler yer almaktadır (3). Bu görüşlere dayanarak kronik pelvik ağrının multifaktöryel olduğunu ve bu nedenle verilecek desteğin de çok yönlü olmasının önemli olduğunu söyleyebiliriz. Uygun yönetim olmadan, kronik pelvik ağrıdan kaynaklanan morbidite yüksektir (4). Kronik pelvik ağrısı olan hastalar, durumlarının multifaktöriyel olduğu hakkında kapsamlı bir şekilde eğitilmelidir. Hasta, KPA uzmanlarıyla açık iletişimde olmalı aynı zamanda reçeteli tüm ilaçlara ve diğer tedavi yöntemlerine bağlılığın öneminin farkında olmalıdır (2). KPA, sağlık hizmeti sunucularının karşılaştığı en yaygın ve zor sorunlardan biridir (5). Bu nedenle literatürden aldığım destekle 5 maddede hasta eğitiminde dikkat edilmesi gerekenleri açıkladım.

1. İLETİŞİM

John Loeser (2005), ''Kronik ağrısı olan hastalara bakım verecek olanlar, tanı ve tedavi becerilerinde hikâye kullanımını içermelidir." diyerek hastayı dinlemenin önemini vurgulamaktadır (6). Hastanın yaşadığı ağrı nedeniyle olumsuz etkilendiği bilinen yaşam alanlarını sorgulamak ve hikâye alırken açık uçlu sorular kullanmak sağlık profesyonelleri için kronik pelvik ağrının bir kadının hayatı üzerindeki etkisini ölçmesi için yararlı olabilir (7). Çevrimiçi olarak rapor edilebilecek bilgilerin tutarsızlığı göz önüne alındığında, hastalara kanıta dayalı kaynaklar konusunda danışmanlık yapmak çok önemlidir. Yüksek kaliteli kaynakların okunmasına teşvik edilmesi, çevrimiçi sağlık bilgisi arayan hastalara daha güvenilir bilgilerin daha iyi iletilmesini sağlayabilir (8).

2. AĞRI YÖNETİMİNDE İMAJİNASYON

KPA alanında çalışan araştırmacılar ve klinisyenler genel olarak hastaların pelvik organlarda ortaya çıkan ağrı ile başvuran homojen bir grup değil, çok farklı klinik fenotiplere sahip bireyler olduğu konusunda hemfikirdirler. Farklı mekanizmaların ve dinamiklerin ağrıya temel oluşturması muhtemeldir (9). Sağlık uzmanları, ağrının doğasını (süresi, kalitesi, yeri, düzeyi) ve yaşamları üzerindeki etkilerini sorarak ağrıyı tüm yönleriyle anlarsa, kadınlar yardım aramayı daha az stresli bir deneyim olarak görebilirler (7). Bu nedenle ağrının farkındalığı önemlidir. Genellikle çok masum başlayan ağrı sendromları geç tanı veya yetersiz tedavi nedeniyle kronikleşmektedir ve giderek ağırlaşmaktadır (10,11). Ağrının doğru yönetimi ile kronikliği azaltılabilir (7). Ağrı değerlendirme araçlarının kullanılması, klinisyenlerin kadınların kronik pelvik ağrıları hakkında fikir edinmeleri için yararlı olabilir (6). Örneğin hasta, ağrıyı, tedaviye yanıtı ve diğer semptomları kaydeden bir ağrı günlüğü tutulabilir, görsel analog skala (GAS) ya da ağrı haritaları kullanılabilir (2,10). Ağrı haritalama, hastaların yaklaşık yüzde ellisinde ağrıyı azaltmak için yararlıdır (10).

3. BEDEN FARKINDALIĞI

Farkındalık hem fizik tedavinin hem de bilişsel davranışçı terapinin bir bileşeni olarak öğretilebilir (2). Postüral farkındalık hasta eğitiminin önemli bir parçasıdır. Düzgün postürün pelvik taban sağlığını ilgilendirmesi nedeniyle tedavide postüral farkındalık oluşturmak büyük önem taşımaktadır (11). Yoga, Tai Chi ve Temel Beden Farkındalık Terapisi (TBFT) gibi beden-zihin ile nefes farkındalığının koordineli biçimde hareketini sağlamayı amaçlayan uygulamalar hastalara önerilebilir. Yapılan bir çalışmada, 8 hafta boyunca haftada iki kez Hatha yoga seanslarına dahil edilen kişilerde dahil edilmeyen kişilere göre günlük ağrı, anlamlı olarak azalmıştır (12).

4. PSİKOSOSYAL DESTEK

Ağrı katastrofikasyonu KPA hastalarında belirgindir ve yüksek ağrı seviyeleri bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkilidir. KPA'lı kişilerde ruh sağlığı hastalığı taraması yapılmalıdır çünkü bu durum ağrıya katkıda bulunabilir ve mevcut durumu kötüleştirebilir. Ruh sağlığı bozukluklarının tedavisi ve stresin azaltılması, ağrıyı azaltacaktır (2).

Hansen ve ark., endometriozis ile ilişkili kronik pelvik ağrı yaşayan kadınlarda 10 seanslık farkındalık temelli psikolojik müdahalenin uzun vadeli etkilerini ve yaşam kalitesinin arttığını bildirmiştir (12).

5. YAŞAM TARZI DEĞİŞİKLİKLERİ

Fiziksel aktivite genel sağlık için önemlidir ve "ağrı için en iyi ilaçsız tedavi" olarak görülür (10). KPA hastalarına günlük yaşantılarında egzersizi ya da hastanın zevk aldığı motivasyon değeri yüksek aktiviteler önerilmelidir. Egzersiz ve aktivite hastanın ağrıyı hayatının daha küçük bir parçası haline getirmesine yardımcı olur (13). Günde ikiden fazla porsiyon kırmızı et tüketen kadınların endometriozis riski %56 daha yüksek çıkmıştır (12). Kronik ağrısı olan bazı hastalarda, yeterli besin alımı sağlanması koşuluyla, bir anti-inflamatuar diyetin günlük ağrılarını iyileştirdiği bildirilmiştir. (10). Uykusuzluk, merkezi ağrı bozukluğu olan hastalarda yaygındır ve uygun şekilde tedavi edilmelidir (2).

Referanslar

1. Grinberg K, Sela Y, Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS). Int J Environ Res Public Health. 2020 May; 17(9): 3005.
2. Dydyk AM, Gupta N. Chronic Pelvic Pain. 2023
3. Akbayrak T. Kadın Sağlığında Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. 2016
4. Vural M. Pelvic pain rehabilitation. Turk J Phys Med Rehabil. 2018 Dec; 64(4): 291299.
5. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Martyn P, Shenassa H, Taenzer P. No. 164-Consensus Guidelines For The Management Of Chronic Pelvic Pain. Reaffirmed SOGC Clinical Practice Guideline. No 164, August 2005 (Reaffirmed November 2018).
6. Grace VM, MacBride-Stewart S. "How to Say It":Women's Descriptions of Pelvic Pain. Women & Health, Vol. 46(4) 2007.
7. Young K, Jane Fisher J, Kirkman M. Women's Experiences Of Endometriosis: A Systematic Review and Synthesis of Qualitative Research. J Fam Plann Reprod Health Care 2015;41:225–234.
8. Dinh T, Flaxman T, Shea K, Singh SS. What Are Patients Reading? Quality Assessment of Endometriosis Information on the Internet. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. Volume 44, Issue 1, January 2022, Pages 11-20.e3
9. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, van Ophoven A, Williams AC. The 2013 EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain: Is Management of Chronic Pelvic Pain a Habit, a Philosophy, or a Science? 10 Years of Development. European Urology Volume 64, Issue 3, September 2013, Pages 431-439.
10. Sachedin A, Todd N. Dysmenorrhea, Endometriosis and Chronic Pelvic Pain in Adolescents. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2020 Jan; 12(Suppl 1): 7–17. Published online 2020 Feb 6.
11. Attar E. Kronik Pelvik Ağrı. 2019
12. Ball E, Khan KS. Recent Advances in Understanding and Managing Chronic Pelvic Pain in Women with Special Consideration to Endometriosis. Version 1. F1000Res. 2020; 9: F1000 Faculty Rev-83. Published online 2020 Feb 4
13. Evans S. Management of Persistent Pelvic Pain in Girls and Women. AFP VOL.44, No.7, July 2015.

Sanal Gerçeklik (Vr) ve Biofeedback'in Kronik Pelvik Ağrıda Kullanımı

Fzt. Tuğçe OSKAY
Fzt. Miray OKUMUŞ
Üropelvik Solutions Kliniği

Kronik pelvik ağrı (KPA) açısından genel kabul görmüş bir tanım yoktur; ancak Avrupa Üroloji Derneği (EAU), kronik pelvik ağrı sendromunu, en az 6 ay boyunca sürekli veya tekrarlayan, kanıtlanmış bir enfeksiyon veya ağrıya neden olan diğer bariz lokal patoloji olmaksızın kronik pelvik ağrının ortaya çıkması olarak tanımlamaktadır. Kronik pelvik ağrı, kadınlarda ve erkeklerde dünya çapında %2,2 – 9.7'lik prevalansı olan yaygın bir ağrı durumudur (1). Ancak CPP tek bir hastalık antitesi olarak görülmemeli, bunun yerine endometriyoz, pelvik miyofasyal ağrı, vulvodini, interstisyel sistit/mesane ağrısı sendromu (IC/BPS) ve hassas bağırsak sendromu (IBS) dahil olmak üzere ayrı fakat sıklıkla örtüşen durumlara neden olabilen bir semptomlar kümesi olarak görülmelidir (2).

Günümüzde teknolojinin sürekli gelişmesi ile hayatımıza dahil olan cihazlar sağlık hizmetlerinde tedavi metotlarına da entegre olmuşlardır. Sağlık hizmetlerinde kullanılan sanal gerçeklik (virtual reality); interaktif, eğlenceli ve üç boyutlu görsel geri bildirimi olan tedavi ve eğitim aracı olarak tanımlanır (3). Sanal gerçeklik tabanlı uygulamalar hastaların tedavisinde, fizik tedavi ve rehabilitasyon sürecinde hedef odaklı fonksiyonel hareketleri bol tekrarlı ve eğlenceli bir hale getirmesi nedeniyle özellikle kronik seyirli ve uzun dönem takip gerektiren rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır (4). Hastaların motivasyonunu arttırıcı etkiye sahip etkileşimli simülasyonlar sayesinde hastadan yapılması istenen egzersizleri en uygun şekilde yapması sağlanmakta ve yapılan tüm hareketler raporlanmaktadır. Tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde sanal gerçeklik uygulamaları ile hasta motivasyonun artacağı, hastanın korku ve endişesinin azalacağı belirtilmiştir. Bireye özgü tedavi süreçlerinin oluşturulması ile iyileşme sürecinin hızlanabileceği düşünülmüştür (5).

EMG-Biofeedback ise kasların farkındalığını artırmak, pelvik taban kaslarının doğru ve etkin kullanılmasını sağlamak, pelvik taban kaslarının gevşemesi gibi amaçlarla rehabilitasyon programlarında uzun süredir kullanılmaktadır (6). Tek başına değil, rehabilitasyon hedefleri çerçevesinde diğer terapi yöntemleri ile kombine olarak, onların etkisini güçlendirmek için kullanılır. Girişimsel olmayan bir yöntem olması, ilaç kullanılmaması, yan etkisi olmaması diğer avantajlarıdır. Kullanılan tekniğe uygun olarak vücuda sensörler yerleştirilir. Bunlar genelde cilt üzerine yapıştırılan pedlerdir ancak farklı tipleri de olabilir. Böylece vücudun tepkisi hassas şekilde ölçülür (7). Biofeedback'in sesli, görsel, işitsel uyaranlarla animasyonlu ya da animasyonsuz olarak uygulanarak hastanın motivasyonunu artırması, objektif olarak iyileşme progresyonunu göstermesi, pelvik taban kas farkındalığı sağlaması, cihaz özelliklerine bağlı olarak yardımcı kas kullanımının takibinin kolaylıkla yapılabilmesi ile izole pelvik taban kas eğitimine katkı sağlar (8). Biofeedback ile hedeflenen fonksiyonların istemli kontrolü başarıldığında kişi beden farkındalığını da kazanmış ve artırmış olur (9).

Literatürde kronik pelvik ağrıda sanal gerçeklik ve biofeedbackin etkilerini inceleyen çalışmalara bakıldığında Merlot ve ark.'nın (2023) yaptığı çalışmada endometriozis nedeniyle pelvik ağrı yaşayan 120 kadında 20 dakikalık sanal gerçeklik (VR) uygulamasının tekrarlanan ev içi kullanımlarla ağrı üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Hastalar 2 gruba ayrılmış ve çalışma yapılan hastalara, uygulamayı en az 2 gün boyunca ağrılı dönemlerinin ilk gününden başlayarak 5 güne kadar ve günde 2 kez kullanmaları söylenmiştir.

Diğer gruptaki hastalara ise hiçbir uygulama yapılmamıştır. Ağrı algısı, her tedavi uygulamasından önce ve 0, 10 ve 60 dakika sonra sayısal bir ölçek kullanılarak ölçülmüştür. Çalışmanın sonucunda, evde kullanılan VR tedavisinde kendi kendine tekrarlanan uygulamaların etkinliği ve güvenilirliği doğrulanırken, orta-şiddetli pelvik ağrı yaşayan endometriozis tanısı alan kadınlarda genel ağrı kesici ilaç alımını azalttığı görülmüştür (10).

Lutfi ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptığı bir çalışmada (11) endometriozisli kadınlarda pelvik ağrıyı azaltmada kendi kendine yönetilen VR tarafından sağlanan egzersiz müdahalesinin tek bir seansının, tele sağlık tarafından sağlanan egzersiz seansı kadar etkili olacağı varsayılmıştır. Hafif ila orta derecede endometriozisi olan yirmi iki uygun kadın katılımcı, tele sağlıkla verilen egzersiz, VR ile sunulan egzersiz ve kontrol grubu olarak sınıflara ayrılmıştır. Tele sağlık verilen egzersiz grubunda katılımcılar kardiyorespiratuar egzersiz, lumbopelvik bölgedeki kaslara yönelik germe ve spesifik stabilize edici egzersizleri (SSE) içeren 1 saatlik denetimli bir oturumu tamamlamışlardır. VR ile sunulan egzersiz grubunda ise katılımcılar kendi kendilerine yönettikleri 1 saatlik bir seans tamamlamışlardır. Seans daha önce ağrıyı azalttığı gösterilen uygulamaların bir listesi aracılığıyla 10 dakikalık bir VR ağrı-dikkat dağıtma deneyimi ve katılımcıların tercihlerine bağlı olarak belirli çeşitli uygulamalardan birini kullanarak yapılan 50 dakikalık egzersizi içermekteymiş. Mevcut çalışma, müdahale gruplarını kontrol grubuyla karşılaştırırken pelvik ağrı skorlarında göreli bir azalma gösterse de müdahale gruplarında pelvik ağrı skorlarında hala mutlak bir artış varlığından bahsediyor. Elde edilen sonuçlara göre endometriozis teşhisi konan kadınların yaşadığı pelvik ağrı üzerinde hem kendi kendine yönetilen hem de denetimli seansların ağrıyı hafifletmede eşit derecede etkili olduğunu ve böylece tercihlere dayalı tedavi seçeneklerini uyarlamada klinisyenlere daha fazla seçenek sağladığını göstermiştir.

Lin ve arkadaşlarının 2022 yılında yaptığı bir çalışmada (12) ise öğrenci motor öğrenimi için geleneksel eğitim ile geleneksel eğitim + VR eğitiminin etkinliğini karşılaştırmak amacıyla Wii Fit denge tahtası ve Wii Fit Plus kullanılmıştır. Ayrıca çalışmada pelvik kas eğitimi için kullanılabilir olarak Physiofun uygulamasının bahsi geçmiştir. Physiofun ise pelvik kası eğitmek için Dr. Becker Hastanesi ile iş birliği içinde geliştirilen bir Wii yazılımıdır. Katılımcılardan Wii Fit denge tahtasında oturur pozisyonda ve ardından kancalı yatar pozisyonda pelvik tilt hareketleri ve pelvik saat egzersizi yapmaları istenmiş. Tüm pelvik hareket çalışmasını tamamladıktan sonra katılımcılardan Wii Fit denge tahtasında oturur pozisyonda Wii Fit Plus'ta yerleşik olan oyunları oynamaları istenmiş. İki grup da deneyden önce, hemen sonra ve 2 hafta sonra yazılı ve uygulamalı sınavlarla değerlendirilmiş. Elde edilen sonuçlar geleneksel ve geleneksel + VR öğretiminin her ikisinin de etkili olduğunu göstermiş. Bununla birlikte, VR'nin dahil edilmesi ile öğrenme motivasyonun harekete geçirildiğini ve pelvik hareketlerin hassas performansını kolaylaştırdığı bulunmuştur.

Sanal gerçeklik ve biofeedback yaklaşımlarının kullanımı kronik pelvik ağrıda son yıllarda oldukça popülerleşmiştir. Özellikle hastanın motivasyonunu artırması, pelvik taban kas farkındalığı sağlaması izole pelvik taban kas eğitimine de katkı sağlar. Bu bağlamda sanal gerçeklik ve biofeedback çalışmaları kronik ağrılı bireylerde ağrı şiddetini azaltmada ve bireylerin yaşam kalitesini artırmada umut verici yaklaşımlardan biridir.

Referanslar

1.Wagner, B., Steiner, M., Huber, D. F. X., & Crevenna, R. (2022). The effect of biofeedback interventions on pain, overall symptoms, quality of life and physiological parameters in patients with pelvic pain: A systematic review. Wiener klinische Wochenschrift, 134(Suppl 1), 11–48. https://doi.org/10.1007/s00508-021-01827-w

2.Till, S. R., As-Sanie, S., & Schrepf, A. (2019). Psychology of Chronic Pelvic Pain: Prevalence, Neurobiological Vulnerabilities, and Treatment. Clinical obstetrics and gynecology, 62(1), 22–36. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000412

3.Appel, L., Kisonas, E., Appel, E., Klein, J., Bartlett, D., Rosenberg, J., ve ark. (2021). Administering virtual reality therapy to manage behavioral and psychological symptoms in patients with dementia admitted to an acute care hospital: results of a pilot study. JMIR Formative Research, 5(2), e22406.

4.Holden M.K., 2005. Virtual Environments for Motor Rehabilitation: Review, Cyberpsychology & Behavior, 8(3), 187-211.

5.Lányi C.S., 2006. Virtual Reality in Healthcare. Studies in Computational Intelligence, 19, 87-116.

6.SY Yeşilyurt, N Özengin, Y Bakar Pelvik Taban Kas Eğitimi ve Sanal Gerçeklik- Turkiye Klinikleri J Health Sci. 2019;4(3):381-9 DOI: 10.5336/healthsci.2018-64206

7.Giggins OM, Persson UM, Caulfield B. Biofeedback in rehabilitation. J Neuroeng Rehabil. 2013; 10:60. Published 2013 Jun 18.

8.Celik M, Ersin A. Effectivenes of EMG Biofeedback in pelvic floor dysfunction. İstanbul Atlas Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

9.Matijević V. Virtual reality in rehabilitation and therapy. Acta Clinica Croatica 52(4):453-7. December 2013

10.Pain Reduction With an Immersive Digital Therapeutic in Women Living With Endometriosis-Related Pelvic Pain: At-Home Self-Administered Randomized Controlled Trial. (2023) Jun 28;25: e47869. doi: 10.2196/47869.

11.Lutfi, M., Dalleck, L. C., Drummond, C., Drummond, M., Paparella, L., Keith, C. E., Kirton, M., Falconer, L., Gebremichael, L., Phelan, C., Barry, C., Roscio, K., Lange, B., & Ramos, J. S. (2023). A Single Session of a Digital Health Tool-Delivered Exercise Intervention May Provide Immediate Relief from Pelvic Pain in Women with Endometriosis: A Pilot Randomized Controlled Study. International journal of environmental research and public health, 20(3), 1665. https://doi.org/10.3390/ijerph20031665

12.Lin, H. T., Tsai, H. J., Li, Y. I., & Hu, W. P. (2022). Benefits of applying virtual reality in pelvic movement training through a Wii Fit: a randomized controlled trial. BMC medical education, 22(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12909-022-03109-z

Pelvik Ağrı ve Hemşirelik Yaklaşımı

Prof. Dr. Şule Gökyıldız Sürücü
Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP) Taksonomi Komitesi'ne göre ağrı; "gerçek veya potansiyel bir doku hasarından kaynaklanan veya bu şekilde tanımlanan, hoş olmayan bir duyu ve duygusal bir deneyimdir"." Bu tanıma göre ağrı, bir duyum ve hoşa gitmeyen yapıda olduğundan dolayı her zaman özneldir (1).

Kronik pelvik ağrı (KPA), alt abdominal bölge ve/veya pelviste lokalize, sürekli ya da aralıklı ve en az 6 aydır var olan, sıklıkla eliminasyon değişiklikleri ve cinsel disfonksiyonun eşlik ettiği aşırı duyarlılık veya rahatsızlık olarak tanımlanır. Ağrı abdomen ve/veya pelvik bölgede yer alan çok sayıda organdan kaynaklanır. Üreme sistemi, üriner sistem, gastrointestinal sistem, kas-iskelet sistemi, periferik ve santral sinir sistemi ve psikososyal faktörler değerlendirmede göz önünde bulundurulmalıdır (2,3).

Kronik pelvik ağrı, fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkileri olan ve kadınlar arasında yaygın görülen bir problemdir (4). KPA, kadınların günlük aktivitelerini ve yaşam kalitesini etkilemekte, mental ve fiziksel sağlığı ve cinsel fonksiyonları olumsuz etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda KPA'lı birçok kadının normal günlük yaşam aktivitelerinde ağrının yarattığı gerginlikten etkilendikleri ve yaşam kalitelerinin anlamlı olarak düştüğü görülmektedir. KPA, hastalarda fonksiyonel yetersizliklere yol açmakta, hastaların hem ev hem de işyerlerinde işlevlerini yerine getirme ile ilgili endişe ve korku yaşamalarına neden olabilmekte ve medikal veya cerrahi tedavi gerektirmektedir (5-8).

KPA, sağlık bakım profesyonellerinin karşılaştıkları en zor problemlerden biri olup, reprodüktif çağdaki kadınların jinekoloğa başvurma nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (9). Kronik ağrı her zaman iyileştirilememesine rağmen hastaların normal veya normale yakın seviyede fonksiyonlarını devam ettirmeleri ve daha kaliteli bir yaşam sürmeleri sağlanabilir. Bir multidisipliner ekip ağrının somatik, davranışsal ve psikososyal boyutlarının aynı anda değerlendirilmesini ve yönetimini sağlar. Ekip üyeleri; jinekolog, hemşire, psikolog, ağrı ile ilgilenen anestezi uzmanı, fizyoterapist, gastroenterelog, ürolog, psikiyatrist ve ortopedi uzmanından oluşur (9-11). KPA ekibinin amaçları; tanı konulabilen herhangi bir hastalığı kesinleştirmek, mümkünse ağrıyı dindirmek, fiziksel veya psikososyal sorunları azaltmak, maksimum destek sağlamak ve açıklama yapmak, anksiyeteyi azaltmak, teşhis veya tedavi başarısız olduğunda bireyi desteklemek ve yaşam kalitesini yükseltmektir (9-10). Hemşire, ağrı kontrolünde vazgeçilmez bir role sahiptir. Ağrının ele alınmasında ve tedavisinde sistematik ve bütüncül bir yaklaşım gereklidir. Hemşirenin ağrıya ilişkin bakımı planlarken ayrıntılı ve dikkatli bir anamnez alması önemlidir (11-13). Uluslararası Pelvik Ağrı Topluluğu'nun bu alanda geliştirdiği bir ağrı formu vardır ve ücretsiz olarak http://pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Questionnaire adresinden yüklenebilir. Ancak herkesin kendi deneyimine göre bir form hazırlayabileceği de bilinmelidir (5). Ağrı soru formları KPA'lı kadının değerlendirilmesinde yararlıdır. Ancak, hastanın kendi öyküsünü anlatmasına da izin verilmelidir (9,11-13). Hastaya diyet, ağrıyı azaltma, emosyonel stresi azaltma, cinsellik konularında eğitim ve danışmanlığı içeren eğitim programları düzenlenmelidir. Pelvik taban kaslarında gerginlik, yeterince lifli gıda veya sıvı alınmaması ve fiziksel aktivitenin olmaması konstipasyona neden olur. Kontipasyon, kronik pelvik

ağrı şikayetlerini arttırabilir. Hemşireler lifli gıdaları tüketmek, bol sıvı almak ve mesaneyi irite eden gıdalardan kaçınmak konusunda hastalara bilgi vermelidir. Hemşireler bu alandaki rollerini yerine getirirken KPA konusunda yeterli bilgi, beceri ve donanıma sahip olmalı, yeni bilgi ve uygulamaları takip etmeli, diğer ekip üyeleri ve toplumun diğer kurumlarıyla etkin koordinasyon sağlamalıdır (11-13).

Referanslar

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain 2020; 161: 1976–82
2. Ghai V, Subramanian V, Jan H, Loganathan J, Doumouchtsis SK, & CHORUS: An International Collaboration for Harmonising Outcomes, Research and Standards in Urogynaecology and Women's Health (i-chorus. org). (2021). Evaluation of clinical practice guidelines (CPG) on the management of female chronic pelvic pain (CPP) using the AGREE II instrument. International urogynecology journal, 32(11), 2899-2912.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Chronic pelvic pain, initial management (Green-top Guideline No. 41) Available at: https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg41/; (accessed 20 nov 2021).
4. Tellum, T., & Jurkovic, D. (2023). Understanding and addressing female pelvic pain-a multifaceted challenge. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 102(10), 1248.
5. Koyuncu FM (2004). Kronik pelvik ağrıda yönetim. TJOD-Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler, 1:23-31.
6. Gokyildiz, S., Beji, N. K., Avcibay, B., & Ozgunen, F. T. (2013). Coping strategies of women having chronic pelvic pain. International Journal of Urological Nursing, 7(3), 126-132.
7. Gokyildiz, S., Beji, N. K., Avcibay, B., & Ozgunen, F. T. (2014). Risk factors for chronic pelvic pain: hospital-based case–control study from Turkey. International Journal of Urological Nursing, 8(3), 144-150.
8. Cagnacci, A., Della Vecchia, E., & Xholli, A. (2019). Chronic pelvic pain improvement: impact on quality of life and mood. Gynecological Endocrinology, 35(6), 502-505.
9. Collett BJ, Cordle CJ ve Stewart CR (2000). Setting up a multidisciplinary clinic. Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology, 14(3):541-556.
10. Abercrombie, P. D., & Learman, L. A. (2012). Providing holistic care for women with chronic pelvic pain. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41(5), 668-679.
11. Gökyıldız, Ş., & Kızılkaya Beji, N. (2012). Chronic pelvic pain: gynaecological and non-gynaecological causes and considerations for nursing care. International Journal of Urological Nursing, 6(1), 3-10.
12. Toptaş, B., & Aksu, H. (2017). Kadınlarda Kronik Pelvik Ağrı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(1), 142-152.
13. Malak, A., & Kızılkaya Beji, N. (2015). Kronik pelvik ağrı ve hemşirelik yaklaşımı. Okmeydanı Tıp Dergisi.

Kadın Cinsel Fonksiyon Bozuklukları ve Hemşirelik Yaklaşımları: Pelvik Ağrı ve Endometriozis

Dr. Öğretim Üyesi Sevda Karakaş
İstanbul Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Kadın cinsel disfonksiyonu (KCD), cinsel tepki döngüsünü karakterize eden süreçlerin bozulması ile karşımıza çıkan cinsel ilgi/uyarılma bozukluğu, orgazma ulaşmada zorluk, cinsel ilişki sırasında ağrı ve penetrasyon bozukluğu gibi problemlerin birkaçını ya da tamamını bir arada bulunduran psikofizyolojik bozukluklar olarak tanımlanmaktadır (1,2). Ülkemizde en az üç kadından birinin cinsel fonksiyon bozukluğu yaşadığı bilinmektedir. Cinsel fonksiyon bozuklukları, kadının yaşam kalitesini, özgüvenini azaltan, yalnızlık duygusuna neden olan ve kişiler arası ilişkilerini etkileyebilen önemli bir sağlık sorunudur. Kadın cinsel disfonksiyonu prevalansı ülkeler, bölgeler ve kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Kadınların cinsel aktif oldukları üreme çağında (18-49 yaş aralıklarında) yapılan çalışmalarda KCD prevalansının Türkiye' de %25-63, Mısır' da %69, Kanada'da %39'unda, Amerika Birleşik Devletleri'nde %44'ünde olduğu bildirilmiştir.

Endometriozis ve pelvik ağrı üreme çağındaki kadınlarda sık karşılaşılan, kadınların yaşam kalitesini ve cinsel yaşamını olumsuz etkileyen jinekolojik hastalıklardır (5,6,8). Tüm dünyada üreme çağındaki kadınlarda endometriozis görülme oranının %11, pelvik ağrının ise %26 oranında olduğu tahmin edilmektedir. Endometriozisli kadınların yaklaşık üçte ikisinde KCD görüldüğü bildirilmiştir. Endometriozisi olan kadınlarda KCD görülme oranının %32-70 aralığında olduğu ve endometriozisi olan kadınlarda disparoni görülme oranının sağlıklı kadınlara kıyasla 4 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (6,8). Norinho ve ark. 2020 yılında yapmış oldukları sistematik derleme sonucunda, endometriozisi olan kadınların cinsel doyum düzeyinin düşük ve cinsel yaşam kalitesinin de ciddi düzeyde olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (7). Sağlıklı bir cinsel yaşam kadının bütüncül sağlığın önemli parçası olup yaşam kalitesinin belirlenmesinde önemli kriterler arasında yer almaktadır. Kadın cinsel sağlığın bozulması fiziksel sağlığı bozmakla birlikte ruhsal sağlığın ve sosyal ilişkilerinin de bozulmasına yol açmaktadır. Pelvik ağrı ve endometriozis KCD'na neden olabilecek iki önemli risk faktörüdür ve bu nedenle kadınlarda cinsel yaşamın sorgulanması, kadınların farkındalıkları artırmada ve olası cinsel sorunların önlenmesinde, KCD' nun erken tanı ve tedavisinde önemlidir (6,8,10).

Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları, multidisipliner bir yaklaşım gerektiren, karmaşık fizyolojik ve psikolojik bileşenlere sahip bir sağlık sorunudur. KCD' nun tanısı ve tedavisinde hemşireler de önemli roller üstlenmektedir. Cinsellik ve cinsel işlevle ilgili sorunlar kadınlar tarafından genellikle çok fazla ifade edilmeyen, gizlenen, sağlık sorunu olarak görülmeyen, göz ardı edilen bir durumdur. Kadınların cinsel yaşam kalitesinin artırılmasında ve KCD' nun tedavisinde başarı elde edilebilmesi için cinsel danışmanlık hizmetleri ve bilgilendirme büyük önem taşımaktadır (8,11,12). Cinsellik üzerinde konuşulması ve değerlendirilmesi zor bir kavram olması nedeniyle sağlık profesyonelleri cinsel danışmanlık alanında kendilerini yetersiz hissetmekte ve cinsel öykü alma konusunda güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle geliştirilmiş cinsel danışmanlık modelleri sağlık profesyonellerinin işini oldukça kolaylaştırmaktadır. Multidisipliner bir yaklaşım gerektiren cinsel fonksiyon bozukluğu tedavisi kadının durumuna göre bilgilendirme, danışmanlık, terapiler ile başlayıp, ilaç tedavileri ile devam edebilmekte ve cerrahi uygulamalara kadar gidebilmektedir (2,10,15).

Üreme çağı kadınlarında sık görülen jinekolojik

hastalıklardan olan pelvik ağrı ve endometriozis KCD'nun gelişmesine neden olabilecek önemli risk faktörleri olması nedeniyle göz ardı edilmemelidir (2,8). Ülkemizde endometriozis ve pelvik ağrı da KCD' na ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Endometriozis ve pelvik ağrı da KCD'na ilişkin çalışmaların planlaması, çalışma sonuçlarının kanıtlara dayandırılması ve cinsel danışmanlık alanında uzman sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesi önemlidir.

Referanslar

1. Buster, J.E.(2013). Managing female sexual dysfunction. Fertil Steril, 100, 905–915.
2. Bekmezci, E., & Meram, H.E. (2020). Kadın cinsel işlev bozukluğu yönetiminde güncel yaklaşımlar ve kanıt temelli uygulamalar. Androloji Bülteni, 22(4), 233-237.
3. Moreira, E.D., Glasser DB., Nicolosi A., Duarte FG., & Gingell C. (2008). Investigators' group. sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. BJU Int,101,1005–1011.
4. Shifren, JL.,, Monz B.U.,Russo, P.A.,Segreti A., Johannes C.B. (2008). Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. Obstet Gynecol, 112,970– 978.
5. Toptaş, B., & Aksu, H. (2017). Kadınlarda kronik pelvik ağrı. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(1), 142-152.
6. Tewhaiti-Smith, J., Semprini, A., Bush, D., Anderson, A., Eathorne, A., Johnson, N., & Armour, M. (2022). An Aotearoa New Zealand survey of the impact and diagnostic delay for endometriosis and chronic pelvic pain. Scientific Reports, 12(1), 4425.
7. Norinho, P., Martins, M. M., & Ferreira, H. (2020). A systematic review on the effects of endometriosis on sexuality and couple's relationship. Facts, Views & Vision in ObGyn, 12(3), 197.
8. Yang, X., Xu, X., Lin, L., Xu, K., Xu, M., Ye, J., & Shen, X. (2021). Sexual function in patients with endometriosis: a prospective case–control study in China. Journal of International Medical Research, 49(4), 1-10.
9. Jia, S. Z., Leng, J. H., Sun, P. R., & Lang, J. H. (2013). Prevalence and associated factors of female sexual dysfunction in women with endometriosis. Obstetrics & Gynecology, 121(3), 601-606.
10. Özcan, H., & Beji, N. K. (2018). Kadın cinsel fonksiyon bozuklukları: 2018 güncelleme. Androloji Bülteni, 20, 133−137.
11. Shi, C., Xu, H., Zhang, T., & Gao, Y. (2023). Endometriosis decreases female sexual function and increases pain severity: a meta-analysis. Archives of Gynecology and Obstetrics, 307(1), 195-204.
12. Yılmazer, T., Tüzer H. (2017). Sağlıkta davranış değişikliği oluşturmada bilgi, motivasyon, davranış becerileri (IMB) Modeli. Sağlık Akademisi, 2(3): 199-210.
13. Uslu, E., İnfal, S., Ulusoy, M.N. (2016). Cinsel sorunların çözümünde PLISSIT modelinin etkisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(1), 52-63.
14. Rosemary, B., Brotto, B.L., Petkau, A.J., Fernand, M.D. (2010). Role of androgens in women's sexual dysfunction. The Journal of the North American Menopouse Society, 17(5), 962-971.
15. Quinn, C., Happell, B. (2012). Getting BETTER: Breaking the ice and warming to the inclusion of sexuality in mental health nursing care. International Journal of Mental Health Nursing, 21, 154–162.

Pelvik Organ Prolapsusunda Hemşirelik Yaklaşımı

Doç. Dr. Dilek BİLGİÇ
Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Prolapsus kelimesi Latince'de "sarkma, ileri kayma" anlamına gelmekte ve bir parçanın veya organın bulunduğu yerden kaymasını veya aşağıya doğru yer değiştirmesini ifade etmektedir. Pelvik organ prolapsusu (POP) uterus, mesane, rektum ve bağırsak gibi pelvik organlarındaki anatomik değişikliğin bir tanımıdır. Bulunduğu bölgeye ya da ait olduğu organa göre POP tipleri enterosel, sistosel, rektosel ve uterin prolapsus gibi isimlendirilir (1). Pelvik taban desteğinin bozulması, pelvik organların konjenital bozukluğu, travmaya bağlı pelvik destek yapılarının zarar görmesi, ileri yaşla birlikte over hormonlarının pelvik dokular üzerine olan etkisinin kaybolması ve menopoz gibi durumlar POP'un nedenleri arasındadır (2). Etiyopatogenezinde ise genel olarak gebelik ve travmatik vajinal doğumlar yer alır (3).

POP, dünya genelinde milyonlarca kadını etkileyen, yaşam kalitesini azaltan ürojinekolojik problemlerden birisidir. Yaş gruplarına göre incelendiğinde, 45 yaşın altındaki kadınlarda görülme sıklığı %2-20 arasında değişkenlik gösterirken, daha ileri yaşlarda bu oran %40'ı bulabilmektedir (4). Gelişmekte olan ülkelerde POP prevalansı ortalama %19,7 (%3,4 -%56,4) olarak bildirilmiştir. Hatta bazı kaynaklara göre jinekolojik muayene masasındaki kadınların yarısında POP görüldüğü belirtilmiştir (5).

POP'un tanısında ilk basamak detaylı bir anamnez alınmasıdır. Anamnez alınırken hastaların jinekolojik ve obstetrik özellikleri değerlendirilmelidir. İkinci basamak olan fiziksel değerlendirme POP'un evrelenmesini, pelvik destek yapısının değerlendirilmesini ve genital organların muayenesini gerektirmektedir. Son aşamada ise ped testi, postvoiding rezidü idrar hacmi, idrar kültürü ve ürodinami gibi ileri düzey ürojinekolojik testler uygulanmaktadır (6).

POP varlığında kadınlar genellikle vajinada ele gelen kitle, pelvik basınç ve dolgunluk hissi, üriner fonksiyonlarında bozulma gibi semptomlar yaşamaktadır. Bu semptomlar kadının yaşamını tehdit etmese de zaman içinde yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (7). POP semptomları sadece fiziksel boyutta kalmayıp kadının cinsel yaşamını, benlik saygısını, beden imajını, psikolojisini ve sosyal durumunu da etkilemektedir (8). Ancak kadınlar genellikle sıkı iç çamaşırı giyme, egzersiz yapma, sık tuvalete gitme ve cinsel ilişkiden kaçınma gibi bazı baş etme yöntemleriyle mevcut patolojiyi geçiştirmeye çalışmakta, sağlık kuruluşuna başvurmayı ihmal etmektedirler. Oysa POP, önlenebilir veya derecesine göre çeşitli yöntemlerle tedavi edilebilir bir sağlık problemidir (9,10).

POP' da tedavi yaklaşımı; semptomların şiddetine, hastanın yaşına, gebelik isteğine, hastanın tedaviden beklentisine, tıbbi ve cerrahi öyküsüne göre belirlenmektedir. Konservatif, farmakolojik ve cerrahi tedavi seçenekleri mevcut olmakla birlikte POP tedavisinde amaç; normal pelvik anatomiyi sağlamak, semptomları iyileştirmek, POP'a eşlik eden üriner ve cinsel disfonksiyonları düzeltmek ve kadının yaşam kalitesini yükseltmektir (11). Konservatif tedaviler davranış tedavilerini, pesser kullanımını ve pelvik taban kas egzersizlerini içermektedir. Konservatif tedavi yaklaşımının amacı pelvik kasları güçlendirerek prolapsusun ilerlemesini önlemek, semptomları hafifletmek ve cerrahiye başvuruyu engellemektir. Bu tedavi seçeneği daha çok erken evre POP'lar için geçerli olup ileri evrede sıklıkla cerrahi tedavi yöntemleri kullanılmaktadır (3,11).

Hemşireler POP'un önlenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi, tedavisi, prognozu ve yaşam kalitesine etkisini bütüncül hemşirelik yaklaşımı çerçevesinde ele almalı ve değerlendirmelidir (12-14).

Hemşireler;

- Kadının detaylı anamnezini almalı, holistik bakış açısıyla ve fonksiyonel sağlık örüntülerine göre değerlendirmeli, gerektiğinde kadını sağlık kuruluşuna yönlendirmelidir.
- POP'un kadının yaşam kalitesini ve cinsel yaşamını nasıl etkilediğini değerlendirmek için geçerlik/güvenirliği yapılmış soru formları kullanmalıdır.
- Kadınların fiziksel muayene değerlendirilmesinde hastaya yapılacak muayene hakkında bilgilendirmeli, hastanın anksiyetesini gidermeli ve muayene sırasında mahremiyetine özen göstermelidir.
- Hastaya uygulanmasına karar verilen tedavi yaklaşımlarıyla ilgili bilgilendirme ve danışmanlık yapmalıdır.
- Kadınların yaşam tarzını değerlendirmeli ve gerektiğinde yaşam tarzı değişikliklerine yönelik (kilo kontrolü, obezitenin önlenmesi, sigaranın bırakılması, kafein tüketiminin azaltılması, kronik hastalıklar ve stres yönetimi gibi) eğitimler vermelidir.
- Sağlıklı davranış değişikliği kazandırmada hemşireler teori ve modellerden (motivasyonel görüşme, sağlık inanç modeli, sağlığı geliştirme modeli gibi)
- POP cerrahisi olacak hastalara yönelik kapsamlı preoperatif bakım sunmalıdır. Operasyon hakkında kadını bilgilendirmeli ve operasyon için kadını hazırlamalıdır.
- Postoperatif dönemde hastayı cerrahi komplikasyonlar açısından izlemeli, foley katater bakımı, perine bakımı ve genital hijyen konusunda hastaya eğitim vermeli, hastanın konforunu sağlamalıdır.
- POP'un önlenmesi ve iyileşmesine yönelik kadına üreme çağından itibaren pelvik taban kas egzersizleri öğretilmeli ve yaşam boyu sürdürülebilirliği sağlanmalıdır.
- POP cerrahisinin başarısı uygun postoperatif bakımla sağlanacağından, hemşireler kadınlara POP ameliyatından sonra (konstipasyonun önlenmesi, diyete uyum, vücut mekaniği ilkeleri, cinsel yaşamın sürdürülmesi ve düzenli jinekolojik muayene gibi) kapsamlı taburculuk eğitimi sunmalıdırlar.

Referanslar

1. Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Withagen MI. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) Joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). Neurourology And Urodynamics. 2016; 35(2): 137-168.
2. Yıldız E, Çakmak BD, Gencer FK, Boyama BA. Perimenopozal kadınlarda pelvik organ prolapsusu sıklığı, şiddeti ve risk faktörleri. Okmeydanı Tıp Der. 2018;34(2):148-53.
3. Yalçın Ö. Pelvik organ prolapsusu (tanım, sınıflama, tanı ve tedavide güncel yaklaşımlar). Pelvik Taban Disfonksiyonu Tanı, Tedavi Ve Bakımda Hemşirelere Yönelik Güncel Yaklaşımlar. Ed. Kızılkaya Beji N, Çayır G. Nobel Tıp Kitabevleri, 2020. (Ss 58-68).
4. Kuncharapu I, Majeroni BA, Johnson DW. Pelvic organ prolapse. Am Fam Physician. 2010;81(9):1111-7.
5. Brown HW, Hegde A, Huebner M. et al. International Urogynecology Consultation Chapter 1 Committee 2: Epidemiology of pelvic organ prolapse: prevalence, ıncidence, natural history, and service needs. Int Urogynecol J. 2022; 33:173–187.
6. Yıldız N. Pelvik tabanın genel klinik değerlendirilmesi. Ed. Karan A. Nobel Tıp Kitabevleri, 2016. (ss 35-44).

7. American College Of Obstetricians And Gynecologists And The American Urogynecologic Society. INTERIM UPDATE: This practice bulletin is updated as highlighted to reflect the us food and drug administration order to stop the sale of transvaginal synthetic mesh products for the repair of pelvic organ prolapse. Pelvic Organ Prolapse. Female Pelvic Med Reconstr Surg. 2019; 25(6):397-408.
8. Verbeek M, Hayward L. Pelvic floor dysfunction and ıts effect on quality of sexual life. Sexual Medicine Reviews, 2019;7(4): 559-564.
9. Orhan A, Aslan K. Pelvik organ prolapsusunda semptomlar ile kliniğe başvuru süreleri arasındaki ilişki. Osmangazi Tıp Dergisi, 2020; 42(5): 532-540.
10. Weintraub AY, Glinter H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. International Braz J Urol. 2019; 46: 5-14.
11. Uğurlucan FG, Cenk Y, Baştu E, Dura Ö, Yalçın Ö. Uterus koruyucu pelvik organ prolapsus tedavisi. J Ist Faculty Med. 2013;76(3):59-64.
12. Mahmoud NAAE, Mohamed NS, Hussein AA, Radwan NEM. Women awareness and preventive measures practice regarding pelvic organs prolapse. Zagazig Nursing Journal. 2023;19(1): 216-230.
13. Avcıbay Vurgeç B. Pelvik organ prolapsusu (olgu sunumu). Pelvik Taban Disfonksiyonu Tanı, Tedavi Ve Bakımda Hemşirelere Yönelik Güncel Yaklaşımlar. Ed. Kızılkaya Beji N, Çayır G. Nobel Tıp Kitabevleri, 2020. (Ss 401-404).
14. Aksu A, Buldum A, Vefikuluçay Yılmaz D. Pelvik organ prolapsusu ve stres üriner inkontinansı olan hastanın gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeli'ne göre değerlendirilmesi: olgu sunumu. Ebelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(2):195-203.
15. Karpuz AA, Kaya SP, Şahin S. Pelvik relaksasyon tanılı hastanın gordon'un fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre değerlendirilmesi: olgu sunumu. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;8(2): 879-885.

Alt Üriner Sistem Semptomlarında Hemşirelik Yaklaşımı

Doç. Dr. Handan ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Alt üriner sistem semptomları (AÜSS); urgency, noktüri, idrar kaçırma gibi idrar depolanması ile ilgili problemler; çatallı-kesintili idrar akımı, zayıf idrar akımı, zorlanarak idrar yapma, idrara geç başlama gibi idrarın boşaltılması ile ilgili belirtiler ve idrar boşaltımının tam olmaması, damlama gibi idrar yaptıktan sonra ortaya çıkan belirtiler oluşturmaktadır (1). Yapılan çalışmalara göre AÜSS risk faktörleri arasında; menopoz döneminde olma, 4 kg üzerinde bebek doğurma, zor ve müdahaleli vajinal doğum, 3 ten fazla doğum yapmış olma, kronik kabızlık, sık geçirilen idrar yolları enfeksiyonları, aile öyküsü, yaşam tarzı davranışları, obezite, KOAH gibi abdominal basıncı artıran kronik hastalıklar olduğu belirtilmiştir (2,3).

AÜSS yaklaşık olarak 5 kadının birinde orta şiddette görülmekle beraber, kadınların rahatsız olmasına ve yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olmaktadır. AÜSS kadınların yaşam kalitesini ve iş verimliliğini düşürmektedir. Örneğin her yaştaki kadını etkileyen üriner inkontinans, sadece tıbbi bir sorun olmayıp beraberinde bireyi fiziksel, hijyenik, psiko-sosyal, ekonomik ve cinsel yönden etkilemektedir (4).

Sağlık profesyonelleri olarak AÜSS olan hastalara erken dönemde tanı koymak, destek olmak ve yaşam kalitelerini yükseltmek çok önemlidir. Öncelikle sağlıklı bireylerin korunmasında toplum farkındalığı önemlidir. Problemleri önlemek için; çocukluk döneminde tuvalet eğitiminden başlayarak, üriner semptomlar ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili farkındalık yaratmak amacıyla eğitimler planlanmalıdır. AÜSS hakkında toplumun bilinçlendirilmesi, eğitim programlarının yaygınlaştırılması, sağlıklı yaşam tarzının sürdürülmesi, pelvik tabanın korunması, beden farkındalığı ve stresle baş etme tekniklerinin öğretilmesi korunma için önemli adımlardandır.

Hasta olan bireylerde ise medikal ve cerrahi tedaviden önce; yaşam tarzı değişikliği ve konservatif tedavi bileşenleri yer almalıdır. Yaşam tarzı ve davranış önlemleri; üriner inkontinans, aşırı aktif mesane, idrar yolu enfeksiyonları gibi üriner sistem semptomlarını azaltmada etkilidir. Kilo kaybı, diyet, mesane irritanlarını azaltma, sıvı alımının yönetimi, sigarayı bırakma, fiziksel egzersiz, mesane eğitimi, kabızlığı önlemek gibi dolaylı ya da doğrudan etkili olan yaşam tarzı değişiklikleri, AÜSS yönetiminde önemlidir. Konu ile ilgili yayınlar ve rehberlerde, alt üriner sistem semptomlarını kontrol altında tutmak için davranış ve yaşam tarzı değişikliğinin, tedavide ilk önceliği oluşturması gerektiği bildirilmektedir (5).

AÜSS olan bireylerin tedavi ve bakımlarının sağlanması ve yaşam kalitelerinin artırılması için multidisipliner bir ekip gerekmektedir. Hemşireler de bu ekibin en temel ve vazgeçilmez üyelerinden olup, sürekli rolleri genişlemektedir. Holistik bakımı amaçlayan ve sadece klinik bakımdan sorumlu olmayan hemşirelerin özellikle sağlığı koruma/geliştirme rolleri ile birlikte araştırma, uygulayıcı, danışmanlık, eğitim, karar verme, tedavi yöntemi ve koordinasyon sağlama gibi rol ve sorumlulukları da vardır. Tıbbi tedaviden önce, alt üriner sistem semptomları olan kadınlarda şikâyetleri azaltmak için yaşam tarzı değerlendirilerek gözden geçirilmelidir. Kadınların yaşam tarzı değerlendirilmeli, çalışma ve beslenme alışkanlıkları, stresle baş etme yöntemleri gibi faktörlerin pelvik taban üzerindeki olumsuz etkileri belirlenmelidir. Televizyon ve

internet gibi kitle iletişim araçları kullanılarak, kadınların doğru ve sağlıklı bilgiye ulaşabilmelerini sağlayacak ve konuya ilişkin farkındalıklarını arttıracak kamu spotları ya da konuya ilişkin sağlık programlarının yapılması, AÜSS ile ilgili ulusal kapsamlı araştırmaların planlanması ve desteklenmesi çok önemlidir.

Referanslar

1. Haylen BT, de Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J. et al. An international Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. Neurourology and Urodynamics, 2010;29(1):4-20.
2. Brady SS, Arguedas A, Huling JD, Shan L, Lewis CE, Fok CS, Van Den Eeden SK, Markland AD. Adverse Childhood Experiences and Lower Urinary Tract Symptoms and Impact Among Women. J Urol. 2023;209(6):1167-1175.
3. Lucas MG, Bedretdinova D, Berghmans LC, Bosch HR, Burkhard FC, Cruz F. Guidelines on Urinary Incontinence. European Association of Urology. Erişim 11.04.2016.
4. Özcan H, Beji NK. Lower urinary system symptoms and affecting factors in female students staying in a dormitory. Rev Assoc Med Bras (1992). 2022;68(7):922-927.
5. Özcan H, Kızılkaya Beji N. Relationship between lower urinary system complaints and healthy life behaviors among women aged 50 and over. Cukurova Medical Journal 2019;44:1392-1399.

2024 Uluslararası Pelvik Ağrı Dernekleri (IPPS & Convergences PP) ve 3. Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Kongresi

HYATT REGENCY İSTANBUL ATAKÖY

6-9 Haziran 2024

www.ipps2024.org

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

INTERNATIONAL PELVICPAIN SOCIETY

CONVERGENCES IN PELVI-PERINEAL PAIN
CONVERGENCES EN DOULEUR PELVI PÉRINÉALE
CONVERGENCIAS EN EL DOLOR PÉLVICO PERINEAL

CUMHURİYETİMİZİN 100 YILI KUTLU OLSUN

KONGRE KİTABI

" Bütünsel Yaklaşım "

Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar

2. Uluslararası Katılımlı Kongre

Tarih: 6-8 Ekim 2023

Yer: Yeditepe Üniversitesi İnan Kıraç Konferans Salonu

Onursal Başkan:
Prof. Dr. Canan Aykut Bingöl

Kongre Başkanları:
Prof. Dr. Erkut Attar, Prof. Dr. Feryal Subaşı

www.pelvikagri2023.org / info@pelvikagri2023.org

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

TÜBİTAK

"Bütünsel Yaklaşım: Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar"
2. Uluslararası Katılımlı Kongre, TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) uhdesinde yürütülen "2223-B Yurt İçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği" tarafından desteklenmiştir.

KONGRE KİTABI

EDİTÖR

PROF. DR. ERKUT ATTAR

PROF. DR. FERYAL SUBAŞI

YARDIMCI EDİTÖRLER

UZM. FZT. MEHMET ALPEREN PEKDAŞ

UZM. FZT. EDA URHUN

UZM. FZT. EDA ASLAN

2023

İSTANBUL

Bu kitap telif haklarına tabidir. Materyalin tümü veya herhangi bir kısmı tüm haklarıyla birlikte korunmaktadır. Bu yayından hiçbir şey, yayıncının önceden yazılı izni olmaksızın tercüme edilemez, çoğaltılamaz, bilgisayar sisteminde saklanamaz veya elektronik, mekanik, reprografik veya fotografik dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere herhangi bir biçimde veya herhangi bir şekilde yayınlanamaz.

Bu yayında yer alan bireysel katkılar ve bunlardan kaynaklanan her türlü sorumluluk yazarlara aittir. Yayıncı, bu yayından elde edilen içerikten kaynaklanabilecek olası zararlardan sorumlu değildir.

www.pelvikagri2023.org
info@pelvikagri2023.org

TÜBİTAK

"Bütünsel Yaklaşım: Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar"
2. Uluslararası Katılımlı Kongre, TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) uhdesinde yürütülen "2223-B Yurt İçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği" tarafından desteklenmiştir

İÇİNDEKİLER

ORGANİZASYON KOMİTESİ **8**
BİLİMSEL KOMİTE **9**
DAVET **11**
7 Ekim 2023 Oturum-I **15**
Endometriosis Associated Pelvic Pain: Surgical and Medical Approach **15**
Pelvik Ağrı Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi **16**
Oturum-II **17**
Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon **17**
Fizyoterapist Tarafından Pelvik Ağrının Değerlendirilmesi **19**
Kronik Pelvik Ağrıda Çoklu Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Kas İskelet Sistemi ve Biyomekanik Faktörler **20**
Oturum-III **22**
Pelvik Ağrıda Algolojik Yaklaşımlar **22**
Oturum-IV **24**
Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Genel Bakış **24**
Pelvik Ağrı Yönetiminde Manuel Teknikler **26**
Pelvik Ağrı Yönetiminde Elektrofiziksel Ajanlar **27**
Oturum - V **29**
8 Ekim 2023 Oturum-I **30**
Pelvik Ağrı Tanısı ve Güncel Görüntüleme Teknikleri **30**
Pelvik Ağrının Yönetiminde Telerehabilitasyon Klinik Uygulamalara Entegre Edilebilir mi? **31**
Oturum-II **33**
Gebelikte Pelvik Ağrı **33**
Gebeliğe Bağlı Ürojinekolojik Değişikliklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon **34**
Doğum Sonrası Egzersiz Programının Planlanması **36**
Oturum-III **37**
Oturum-IV **38**
Ürojinekoloji ve Kronik Pelvik Ağrı **38**
Kronik Pelvik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım **39**
Sözlü Sunumlar **40**
Polikistik Over Sendromu lumbopelvik bölge dayanıklılığını, depresyon durumunu, vücut farkındalığını, fiziksel aktivite düzeyini, bruksizmi ve stres düzeyini etkiler mi? **40**
Premenstrüel Sendromlu Kadınlarda, Psikososyal ve Postüral Durumun Arasındaki İlişkinin Araştırılması **41**
Magnetoterapi'nin Menstruasyon Dönemindeki Ağrıya Etkisinin İncelenmesi **42**
Primer Dismenoreli Kadınlarda, Konnektif Doku Masajının Kısa Dönem Etkisinin Araştırılması **43**

Serebral Palsili Çocuklarda Fonksiyonel Seviyelerine Göre Üriner İnkontinans Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi.....44

Üniversite Öğrencilerinde Kinezyo Bantlama Uygulamasının Premenstrual Sendrom Belirtileri ve Ağrı Üzerindeki Etkinliğinin Araştırılması. 45

***Vaka Sunumları* 46**

Sezaryen ile Myomektomi Yapılması Sonrası Gelişen Postpartum Kanama, Batın İçi Apse, Pelvik Ağrı, Relaparotomi ve Histerektomi : Vaka Sunumu 46

Laparoskopik Endometriozis Cerrahisinde İzole Vulva Amfizemi.....47

TeleRehabilitasyon ile Gebelikle İlişkili Pelvik Kuşak Ağrısının Yönetimi: Vaka Sunumu.....48

Kronik Pelvik Ağrıda Pelvik Taban Egzersizleri ile Kombine Edilen Nefes Egzersizlerinin Klinik Etkileri: Vaka Sunumu.....49

Koksidini Tanısı Almış Hastada Pelvik Taban Kas Rehabilitasyonunun Etkinliği.....50

Total Laparoskopik Histerektomide Batına İlk Giriş Komplikasyonlarından Bağırsak Perforasyonu ve Sonrasında Atelektazi Yönetimi Olgu Sunumu.....51

ONURSAL BAŞKAN

PROF. DR. CANAN AYKUT BİNGÖL
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ Rektörü, Tıp Fakültesi

KONGRE BAŞKANLARI

PROF. DR. ERKUT ATTAR
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ, Kadın Hastalıkları ve Doğum ANABİLİM DALI, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği
PROF. DR. FERYAL SUBAŞI
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL SERTÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Mert YEŞİLADALI

Uzm. Fzt. Nilüfer CERBEZER

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Prof. Dr. Erkut ATTAR - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Rukset ATTAR - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Fatih DURMUŞOĞLU - *Medipol Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN - *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Feryal SUBAŞI - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Prof. Dr. Erol TAVMERGEN - *Ege Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Cihat ÜNLÜ - *Acıbadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Şahin ZETEROĞLU - *Acıbadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Doç. Dr. İbrahim POLAT - *Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Doç. Dr. İlhan ŞANVERDİ - *Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Dr. Öğr. Üyesi Ayça AKLAR - *Fenerbahçe Üniversitesi, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL SERTÖZ - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Elif DEVELİ - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Aybüke ERSİN - *Atlas Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Uzm. Fzt. Eda ASLAN - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Uzm. Fzt. Sahra Şirvan CAN - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Uzm. Fzt. Nilüfer KILIÇ CERBEZER - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Uzm. Fzt. Aygül KÖSEOĞLU KURT - *Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Uzm. Fzt. Mehmet Alperen PEKDAŞ - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Uzm. Fzt. Eda URHUN - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

BİLİMSEL KOMİTE

Prof. Dr. Türkan AKBAYRAK - *Hacettepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi*

Prof. Dr. Erkut ATTAR - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Rukset ATTAR - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Ümmühan BAŞ ASLAN - *Pamukkale Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi*

Prof. Dr. Aydan BİRİ - *Koru Ankara Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Fatih DURMUŞOĞLU - *Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Simone FERRERO - *Genova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. H. Serap İNAL - *Galata Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Prof. Dr. Özlem MORALOĞLU TEKİN - Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve *Anabilim Dalı*,

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

Prof. Dr. Serap ÖZGÜL - *Hacettepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Prof. Dr. Feryal SUBAŞI - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Prof. Dr. Hasan TERZİ - *VM Medical Park Kocaeli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Cihat ÜNLÜ - *Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Prof. Dr. Bülent YILMAZ - *Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Prof. Dr. Şahin ZETEROĞLU - *Acıbadem Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Doç. Dr. Esra ATILGAN - *Medipol Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Doç. Dr. Gökhan ÇULHA - *Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi*

Doç. Dr. Ilhama Rafig GİZİ MUSTAFAYEVA - *Nahcivan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Doç. Dr. Meryem HOCAOĞLU - *İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Doç. Dr. Nuriye ÖZENGİN - *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Doç. Dr. İlhan ŞANVERDİ - *Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Doç. Dr. Serhat TUNÇ - *Yeditepe Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Psikiyatri Anabilim Dalı*

Doç. Dr. Ünal TÜRKAY - *VM Medical Park Kocaeli Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Dr. Öğr. Üyesi Ayça AKLAR - *Fenerbahçe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Melike ASLAN - *Fırat Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Dr. Fzt. Emine BARAN - *Hitit Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Op. Dr. Işın Yeşim YEŞİLKAYA BAYLAN - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum*

Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL SERTÖZ - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Elif DEVELİ - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Aybüke ERSİN - *Atlas Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Şule BADILLI HANTAL - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

Dr .Öğr. Üyesi Melis Gökçe KOÇAR YAZICI - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Dr. Öğr. Üyesi Tacha SERİF - *Yeditepe Üniversitesi, Bilgisayar Mühendisliği Bölümü*

Dr. Öğr. Üyesi Mert YEŞİLADALI - *Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

Uzm. Fzt. Gamze Nalan ÇINAR - *Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi*

Uzm. Fzt. Aygül KÖSEOĞLU KURT - *Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

Uzm. Fzt. Burçin ÖZYÜREK - *Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

DAVET

Sayın Meslektaşlarımız;

Yeditepe Üniversitesi ve Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği ile gerçekleştirilecek olan "Bütünsel Yaklaşım: Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar" Uluslararası Katılımlı Kongremize sizleri davet etmekten mutluluk duyarız. Kongremizde 'Kronik Pelvik Ağrıya Yönelik Güncel Değerlendirme ve Tanı Yöntemleri', 'Medikal Multidisipliner Yaklaşımlar', 'Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımları', 'Görüntüleme Teknikleri', 'Teknolojinin Rolü' 'İnterdisipliner Yaklaşımlar' gibi başlıklar tartışılarak, güncel, kanıta dayalı bilgi ve deneyimler paylaşılacak, tedavi yaklaşımları, semptomların yönetim stratejileri ışığında, çözüm önerileri sunulacaktır. Kongremiz kapsamında sağlık profesyonellerine, araştırmacılara ve ilgili disiplinlerde çalışan tüm uzmanlara değerli bilgi ve deneyimler sunularak, bilimsel ve klinik çalışmalar kapsamlı olarak tartışılacaktır.

Yeditepe Üniversite'sinin ev sahipliğinde 6-8 Ekim 2023 tarihlerinde gerçekleşecek olan, Bütüncül bakış açısını tema alan ''Bütünsel Yaklaşım: Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar" kongremize katılımınız ve katkılarınızdan onur ve mutluluk duyacağız.

Düzenleme Kurulu Adına

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Erkut ATTAR **Prof. Dr . Feryal SUBAŞI**

KONGRE PROGRAMI

- **6 Ekim 2023, Cuma - Pelvik Taban Egzersiz Eğitimi ve Atölye Çalışması**

Eğitmen: Uzm. Fzt. Burçin Özyürek

- **7 Ekim 2023, Cumartesi**

08.00 - 08.30 Kayıt
08.30 - 09.00 Açılış Konuşmaları

OTURUM - I

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Erkut Attar, Dr. Öğr. Ü. Kübra Neslihan Kurt Oktay

09.00 - 09.20 Endometriosis Associated Pelvic Pain: Surgical and Medical Aprroach
Prof. Dr. Simone Ferrero
09.20 - 09.40 Pelvik Ağrı Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi
Prof. Dr. Erkut Attar
09.40 - 10.00 Endometriozise Bağlı Pelvik Ağrı
Prof. Dr. Bülent Yılmaz
10.00 - 10.15 Tartışma
10.15 - 10.30 Kahve Arası

OTURUM - II

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Rukset Attar, Prof. Dr. H. Serap İnal

10.30 - 10.50 Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
Prof. Dr. Feryal Subaşı
10.50 - 11.10 Fizyoterapist Tarafından Pelvik Ağrının Değerlendirilmesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar
11.10 - 11.30 Kronik Pelvik Ağrıda Çoklu Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Kas İskelet Sistemi ve Biyomekanik Faktörler
Prof. Dr. H. Serap İnal
11.30 - 11.45 Tartışma
11.45 - 12.30 Uydu Sempozyumu: Kronik Pelvik Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı Bir Alternatif Olarak Elektromanyetik Stimülasyon Cihazı Kullanımı
Fzt. Duygu Kaya
12.00 - 13.00 Öğle Arası

OTURUM - III

Oturum Başkanları: Doç. Dr. Meryem Hocaoğlu, Doç. Dr. İbrahim Polat

13.00 - 13.20 Kronik Pelvik Ağrıda Tıbbi Yaklaşımlar: Cerrahi ve İnvaziv Yöntemler
Dr. Öğr. Üyesi Melike Aslan
13.20 - 13.40 Pelvik Ağrıda Algolojik Yaklaşımlar
Prof. Dr. İlhan Öztekin

OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Ümmühan Baş Aslan, Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladalı
Kronik Pelvik Ağrıda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımı

13.40 - 14.00 **Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Genel Bakış**
Dr. Fzt. Emine Baran

14.00 - 14.20 **Pelvik Ağrı Yönetiminde Manuel Teknikler**
Dr. Öğr. Üyesi Şule Badıllı Hantal

14.20 - 14.40 **Pelvik Ağrı Yönetiminde Elektrofiziksel Ajanlar**
Uzm. Fzt. Gamze Nalan Çınar

14.40 - 14.55 **Kronik Pelvik Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı Alternatif Yöntemler**
Prof. Dr. Ümmühan Baş Aslan

14.55 - 15.15 **Tartışma**

15.15 - 15.35 **Kahve Arası**

OTURUM - V

Oturum Başkanları: **Doç. Dr. Ünal Türkay, Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz**

15.35-17.00 **Vaka Sunumu ve Tartışma**

• 8 Ekim 2023, Pazar

OTURUM - I

Oturum Başkanları: **Dr. Öğr. Üyesi Tacha Serif, Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar**

09.00 - 09.20 **Pelvik Ağrı Tanısı ve Güncel Görüntüleme Teknikleri**
Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladalı

09.20 - 09.40 **Teknoloji ve İnovasyon: Mevcut Durum ve Gelecekteki Fırsatlar**
Dr. Öğr. Üyesi Tacha Serif

09.40 - 10.00 **Pelvik Ağrının Yönetiminde Telerehabilitasyon Klinik Uygulamalara Entegre Edilebilir mi?**
Dr. Öğr .Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz

10.00 - 10.15 **Tartışma**

10.15 - 10.30 **Kahve Arası**

OTURUM - II

Oturum Başkanları: **Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin, Op. Dr. Işın Yeşim Yeşilkaya Baylan**

10.30 - 10.50 **Gebelikte Pelvik Ağrı**
Doç. Dr. Ilhama Rafig Gizi Mustafayeva

10.50 - 11:10 **Gebelik Sonrası Dönemde Pelvik Ağrı**
Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin

11.10 - 11.30 **Gebeliğe Bağlı Ürojinekolojik Değişikliklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon**
Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt

11.30 - 11.50 **Gebelikte Pelvik Ağrıya Yönelik Koruyucu Önlemlerin Planlanması**
Doç. Dr. Nuriye Özengin

11.50 - 12.10 **Doğum Sonrası Egzersiz Programının Planlanması**
Doç. Dr. Esra Atılgan

12:10 - 12.25 **Tartışma**

OTURUM - III

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Rukset Attar,
Dr. Öğr. Üyesi Elif Develi

12.25 - 13.00 Sözlü Sunumlar
13.00 - 14.00 Öğle Arası

OTURUM - IV

Oturum Başkanları: Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu
Doç. Dr. Ilhama Rafig Gizi Mustafayeva,

14.00 - 14.20 Ürojinekoloji ve Kronik Pelvik Ağrı
Doç. Dr. Gökhan Çulha
14.20 - 14.40 Kronik Pelvik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım
Doç. Dr. Serhat Tunç
14.40 - 15.00 Menopoza Bağlı Pelvik Ağrı
Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu
15.00 - 15.15 Tartışma
15.15 - 15.30 Kahve Arası

OTURUM - V

Oturum Başkanı: Prof. Dr. Erkut Attar

15.30 - 16.00 PANEL

Klinik Uygulamalarda Pelvik Ağrının Multidisipliner Olarak Yönetimi: Zorluklar ve Fırsatlar

Prof. Dr. Erkut Attar, Prof. Dr. Rukset Attar, Prof. Dr. Aydan Biri, Prof. Dr. Feryal Subaşı, Prof. Dr. Hasan Terzi, Prof. Dr. Bülent Yılmaz, Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar, Dr. Öğr. Üyesi Melike Aslan, Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt

Raportörler: Uzm. Fzt. Nilüfer Cerbezer, Uzm. Fzt. Eda Urhun, Uzm. Fzt. Eda Aslan

OTURUM- VI

16.00 - 16.30 Ödül Töreni ve Kapanış
Prof. Dr. Erkut Attar

7 Ekim 2023 Oturum-I

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Erkut Attar, Dr. Öğr. Üyesi Kübra Neslihan Kurt Oktay*

Endometriosis Associated Pelvic Pain: Surgical and Medical Approach

Prof. Dr. Simone Ferrero

Genova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Genova

Endometriosis causes several pain symptoms that can be managed by hormonal therapy or surgery. However, some patients with endometriosis-related pain of mild intensity may not require treatment. Furthermore, other patients desiring to conceive may tolerate pain and refuse surgery. Hormonal therapy is the first-line treatment of endometriosis-related pain. The therapies most commonly used to treat endometriosis-related pain are combined oral contraceptives, progestins, GnRH agonists, GnRH antagonists and aromatase inhibitors. The choice of hormonal therapy must be based on several variables, including previous hormonal treatments, intensity and characteristics of pain, route of administration, cost of treatment, desire of contraception, patients' habit, preference of the patients (i.e. menstrual pattern) and presence of comorbidities (i.e. migraine) (1). Combined estroprogestin contraceptives and progestins are first-line therapies because they are well-tolerated and suitable for long-term use. Several progestins have been used to treat endometriosis-related pain, such as norethindrone acetate, dienogest, desogestrel, drospirenone, medroxyprogesterone acetate, levonorgestrel-releasing intrauterine device and subcutaneous implant (2). Combined estroprogestin contraceptives can be administered orally, by transdermal patch and by vaginal ring; continuous treatment should be preferred in patients suffering severe menstrual-related symptoms. During hormonal treatment, patients must be followed up by ultrasonography to detect the progression of endometriosis. Surgery must be performed in patients with endometriotic cysts with suspicion of malignancy, stenosis of the bowel lumen and hydronephrosis caused by ureteral stenosis. Surgical excision of endometriosis should be offered to patients who desire to conceive and do not tolerate pain and to patients with persisting pain symptoms despite hormonal therapies. Treatment of endometriosis should be performed by laparoscopy or robotic surgery. It must be performed by a multidisciplinary team only after an accurate preoperative evaluation of the patients. However, surgery is always associated with the risk of short-term and long-term complications and, in the case of ovarian endometriomas, the potential damage to ovarian reserve.

Kaynaklar:

1. Ferrero S, Barra F, Leone Roberti Maggiore U. Current and Emerging Therapeutics for the Management of Endometriosis. Drugs. 2018;78(10):995-1012.
2. Barra F, Scala C, Ferrero S. Current understanding on pharmacokinetics, clinical efficacy and safety of progestins for treating pain associated to endometriosis. Expert Opin Drug Metab Toxicol. 2018;14(4):399-415.

Pelvik Ağrı Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

Prof. Dr. Erkut Attar

Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Kronik pelvik ağrı (KPA), altı ay ya da daha uzun süren, döngüsel olmayan, fonksiyon kısıtlılığına ya da tedavi arayışına neden olan, pelvis, karın ön duvarı (göbek seviyesi veya altı) ya da kalçalarda lokalize ağrı olarak tanımlanmaktadır. Pelvik ağrının kesintisiz olarak 6 aydan uzun sürmesi kronik pelvik ağrı olarak tanımlanır (1). Kronik pelvik ağrı kadınlarda sık görülen önemli bir sorundur. Üreme çağındaki kadınların %15-20'sini etkilemektedir (2). Kadınların yaşam kalitesini ileri derecede etkileyen, bireye ve topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir sorundur. Kronik pelvik ağrının altında yatan birden fazla neden olabilir. KPA'ya neden olan yaygın durumlar arasında endometriozis, adenomyozis, fibroidler, adezyonlar, inflamatuar bağırsak hastalığı, fibromiyalji, ağrılı mesane sendromu bulunmaktadır. KPA'ya en sık yol açan jinekolojik sorun ise endometriozistir (3).

Semptomların ve komorbiditelerin iç içe girdiği bu hastalıkta tanı ve tedavi zordur. Jinekolojik, seksüel, pelvik taban, myofasyal, üriner ve gastrointestinal disfonksiyona bağlı semptomlara kognitif, davranışsal, seksüel ve emosyonel komorbiditeler sıklıkla eşlik eder. KPA üreme dönemi kadınlarda sebep olduğu morbiditeler nedeni ile işgücü kaybı ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olmaktadır. Kronik pelvik ağrı ile ilişkili ağrının patofizyolojisi inflamatuar, hormonal bir süreç olup, beyin sinyal yolaklarında değişimler ile ilişkilidir. Ağrı soyut ve karmaşık bir duyudur. Bilinç ruhsal durum, inançlar ve genetik özelliklerden de önemli ölçüde etkilenir.

KPA' da ağrı mekanizmaları nosiseptif, inflamatuar ve nöropatik ağrı mekanizmalarının üçü de devreye girebilir. Nosiseptif pelvik kuşak ağrılarında bile hastanın kognitif durumu ve psikososyal faktörler ağrının seyrini ve seviyesini etkileyebilir (4). Hastaların yalnızca jinekolojik açıdan değil hayatlarının çeşitli alanlarını negatif yönde etkileyen ve hayat kalitesini düşüren bu sağlık problemi ile başa çıkmasında hastalar alanında uzman sağlık profesyonelleri ile desteklenmelidir. Endometriozis olan kadınlarda medikal, cerrahi, psikoterapötik ve alternatif tedavilerin kombine olarak kullanılması ile yaşam kalitesi yükselebilir. Günümüzde KPA ile başa çıkma ve semptomları azaltmada "biyopsikososyal" yaklaşımlar ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle biyopsikososyal yaklaşımlar gerek değerlendirme gerekse tedavide önemli bir yere sahiptir. Aktif baş etme stratejileri gibi motor öğrenme yöntemleri tedavinin kaçınılmaz bir parçası haline gelmiştir. Farkındalık oluşturmak ve ağrıyı hastanın hayatının merkezi olmaktan çıkartmak hasta yönetiminde önemli yaklaşımlardandır. Çoklu komorbiditeler ve ağrıdaki merkezi sensitizasyon kapsamlı bir öykü ve fizik muayene yardımıyla tespit edilebilmektedir. KPA, tedavi yaklaşımlarında tüm bileşenleri ve komorbiditeleri göz önüne alarak hasta bütüncül bakış açısıyla tedavi edilmelidir. Gerçekçi beklentiler ve hedefler edinilmeli, ağır ve aşırı tıbbi tedavide ısrar edilmemelidir. Sonuç, olarak kronik pelvik ağrı tedavisinde multidisipliner yaklaşım ihtiyacı belirgin bir biçimde ortaya çıkmaktadır.

Kaynaklar:

1. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. (2004). ACOG practice bulletin no. 51. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol, 103(3), 589-605.
2. Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain physician, 17(2), E141-E147.
3. Howard, F. M. (1993). The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. Obstetrical & gynecological survey, 48(6), 357-387.
4. Serpell, M. (2006). Anatomy, physiology and pharmacology of pain. Surgery (oxford), 24(10), 350-353.

Oturum-II

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Rukset Attar, Prof. Dr. H. Serap İnal*

Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Feryal Subaşı

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Kronik Pelvik Ağrı (KPA) 15-73 yaş aralığı arasında 1000 kadından 38'inde görülebilen yaygın görülen bir sorundur. [1, 2]. Menstrual siklus sırasında yaşanan hormonal değişiklikler nedeniyle çoğu kadın Regl döneminin bir veya daha fazla günü boyunca ağrı çeker, ilaç kullanmak zorunda da kalabilir, bazen bu süreçler okula ve işe gitmeyi engelleyecek şiddette kişileri kısıtlayabilir, rekürrent / kalıcı pelvik ağrı durumuna dönüşebilir [3]. Kadınlarda pelvik ağrı (PA), kas iskelet sistemi ağrıları (alt sırt, kasıklara yayılan ağrı; uyluklarda ağrı), mesane problemleri, mesaneyi boşaltmada zorluklar, bağırsak sorunlar endometriozise atfedilebilen durumlarla da birlikte olabilir. Sonuç olarak, emptomlar dikkate alındığında kadının fiziksel, zihinsel, sosyal sağlığı, yaşam kalitesini etkilenmektedir [4]. Gebelikte PA da kadınları etkileyen yaygın kas-iskelet bozuklukları olarak tanımlanmaktadır. Hamilelik ve doğum sonrasında kadınlarda görülen PA prevalansı gebeliğin 30. haftasında %63, postpartum 3. ayda ise yaklaşık %31 olarak gösterilmektedir [5] . Diğer yandan KPA'da tanı, tedavinin multifaktöryel ve multidisipliner yaklaşımla yönetilmesi gerektiği birçok yayınlanmış rehberde vurgulanmaktadır [6]. Yaşam tarzı modifikasyonları, fiziksel, tıbbi ve psikolojik tedaviler de dahil olmak üzere cerrahi olmayan tedavi yaklaşımlarını içeren güncel kılavuzlar da "biyopsikososyal" yaklaşım önerilmektedir [7]. Kapsamlı asta eğitimi programlarının, aktif hasta katılımının sağlanmasının önemi de vurgulanmaktadır. Beden farkındalığı, bilişsel tedavi, davranış değişimlerini de kapsayan fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları umut verici ve gelecek vaat eden yaklaşımlar olarak sunulmuştur [8]. 2000-2019 yılları arasını kapsayan Myofacial Tetik Nokta çalışmalarına yönelik derlemede, Myofacial manuel terapi içeren rehabilitasyon programının ağrı üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir. Literatürdeki pelvik taban fizyoterapisinin ve Myofacial manuel terapi yaklaşımlarının Kanıt Düzeyinin A olarak belirtilmiştir [6, 9]. Beden farkındalığını geliştirmek, duygusal kontrolun öğretilmesi, empatik yaklaşımları içeren, gergin kasların manuel yöntemleri ile gevşetilmesi ve gevşeme tekniklerini içeren Messendiek'in Somotokognitif terapi yaklaşımının Kanıt Düzeyi ise 1 B olarak değerlendirilmiştir [10]. Sonuç olarak; literatür bilgileri ışığında son yıllarda kognitif yaklaşımların, özyönetim stratejilerinin de kanıt düzeyi yüksek olduğu, manuel yaklaşımlarla birlikte kullanıldığında multidisipliner olarak semptomların yönetimine bütüncül bakış açısı sağlayabileceği söylenebilir.

Kaynaklar:

1. Baranowski, A.P., Chronic pelvic pain. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2009. 23(4): p. 593-610.
2. Vincent, K. and E. Evans, An update on the management of chronic pelvic pain in women. Anaesthesia, 2021. 76: p. 96-107.
3. Gutke, A., K. Sundfeldt, and L. De Baets, Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. J Clin Med, 2021. 10(22).
4. Jia, S.Z., et al., Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. J Ovarian Res, 2012. 5(1): p. 29.
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. No, G.T.G., The initial management of chronic pelvic pain. 2012(41): p. 1-16.
7. Cheong, Y.C., G. Smotra, and A.C. Williams, Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. Cochrane Database Syst Rev, 2014(3): p. CD008797.
8. Nygaard, A.S., et al., Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2020. 99(10): p. 1320-1329.
9. Siqueira-Campos, V.M., et al., Current Challenges in the Management of Chronic Pelvic Pain in Women: From Bench to Bedside. Int J Womens Health, 2022. 14: p. 225-244.
10. Haugstad, T.S., et al., Somatocognitive therapy for chronic pelvic pain. Tidsskr Nor Laegeforen, 2012. 132(3): p. 272-3.

Fizyoterapist Tarafından Pelvik Ağrının Değerlendirilmesi

Dr. Öğr. Üyesi Ayça Akkar

Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Pelvis önde, arkada ve yanlarda os koksa ve sakrum ile çevrelenmiştir. Majör ve minör pelvis olarak iki bölüme ayrılırken minör pelviste ürogenital sistem organları yer almaktadır. Bu organlar aşağıda diyafragma pelvis denen bir yapı ile desteklenmektedir. Bu yapı çizgili kaslar ve onları örten fasyalardan oluşmuştur ve perinede dış genital sistem organları ile sonlanır. Diyafragma pelvis içinde bulunan kaslar bu pasif yapıların etkisi altındadır. Kasların boyu onları saran fasyalar tarafından etkilendiğinde kasın kasılma kuvveti değişebilir. Pelvik taban kaslarını değerlendirmek için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Biyofeedback bu uygulamalardan biri olarak kas aktivasyonunu ölçmektedir. Biyofeedback'in çift kanal kullanımı ve manometre gibi basınç ölçen cihazlarla kullanımı pelvik taban kaslarının kuvveti hakkında daha doğru bilgi edinmemizi sağlayabilir. Özellikle pasif yapıların boy değişimi ile birlikte aktivasyonun ölçülmesi kasların boy değişiminden nasıl etkilendiği konusunda bilgi sahibi olmamızı sağlar.
Pelvik taban ultrasonu kuvvet hakkında bir bilgi vermese de kasların fonksiyonunu gözlemlemek için en uygun değerlendirme yöntemidir. Modifiye Oxford skalası ise dijital palpasyon ile fizyoterapist veya hekim tarafından yapılan bir değerlendirmedir. Palpasyon sırasında aktif kas kasılması izlenir, 0-5 arasında değer verilir. Pelvik ağrı için kasların hassasiyeti ayrıca değerlendirilmelidir. Saat yöntemi ile yapılan bu değerlendirme periferik sensitizasyon hakkında bilgi edinmemizi sağlayabilir.

Kaynaklar:

1. Ayça Aklar, "Bölüm 50: Pelvik Kuşak Ağrıları ve Disfonksiyonları". Kronik Hastalıklarda Fiziksel Aktivite Ve Egzersiz Kanıta Dayalı Uygulamalar, Ed. Gül Deniz Yılmaz Yelvar, Yasemin Buran Çırak. Hipokrat Yayın Evi, 2023, Ankara.

Kronik Pelvik Ağrıda Çoklu Risk Faktörlerinin Belirlenmesi: Kas İskelet Sistemi ve Biyomekanik Faktörler

Prof. Dr. H. Serap İnal

Galata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Biyomekanik açıdan pelvis, arkada sakroiliak eklemler ve önde simfizis pubis ile oluşturulan pelvik halka olarak, proksimalden gelen yükü karşılayarak her iki kalçaya ve alt ekstremitelere doğru iletme görevini üstlenmektedir. Ancak bu yükleri aktarırken sakroiliak eklem yüzleri arasında sagital düzlemde translasyon-kayma (nutasyon ve kontrnutasyon; 0-2 ^{o}) ve transvers düzlemde rotasyon (0,2-2°) hareketleri yapmaktadır (1). Bu hareketlere simfizis pubis de katılmakta ve güçlü bir yapı olarak binen yüklere karşı koyan pelvik halka aynı zamanda çok az da olsa, esnek bir yapı haline de gelmektedir. Sakroiliak eklem yüzlerinin pütürlü özellikleri nedeniyle oluşan sürtünme kuvveti (pelvik kitlitlenme) yanı sıra frontal düzlemde aktif kuvvetleri oluşturan kaslar, pasif kuvvetleri oluşturan tendon, ligament ve fasyaların sakroiliak eklemler ve simpizis pubis üzerinde yarattığı kompresyon kuvvetleri, pelvik halkanın gücünü arttırmakta ve bütünlüğünü korumaktadır. Eklem yüzlerinde üç düzlemde meydan gelen bu pasif hareketlerin toplam miktarı 7-8 ^{o} kadardır (1,2). Hareketlerin herhangi bir nedenle azalması veya artması pelvis hareketlerini ve pelvik halkayı olumsuz yönde etkilemektedir. Örneğin fizyolojik nedenlere bağlı olarak hamilelik veya menarjş döneminde ligament laksitesinin artması sakroiliak eklem hareketliliğini arttıracaktır. Bu geçici bir durum olmakla birlikte eğer kas-iskelet sistemi zayıflıkları söz konusu ise, kronik pelvik ağrı için bir risk faktörü oluşturabilecektir. Aynı şekilde akut (düşmeler, çarpmalar, trafik kazaları, cinsel taciz) veya aşırı kullanım (kor bölgesi zayıflıkları, yoğun asimetrik egzersizler, uzun süreli jogging yapma alışkanlığı, aynı pozisyonda uzun süre durma, uzun süreli ayakta duruş, asimetrik duruşlar, yüksek topuklu ayakkabıların uzun süreli giyilmesi, kifoz, pelvik asimetri, dinamik valgus, pes planus gibi postür bozuklukları) da pelvik halkanın direncini ve şok absorban özelliğini azaltmaktadır (3). Asimetrik yük aktarımına ve asimetrik yürüyüşe yol açabilecek spinal cerrahiler, lumbosakral füzyon cerrahileri, romatizmal ve nörolojik hastalıklar, obezite ile sternoklavikular eklem hareketlerini olumsuz etkileyen omuz kompleksi problemleri de yine risk faktörleri arasındadır (4,5). Kadın ve erkek pelvisi arasındaki farklılıklar düşünüldüğünde kadınların yukarıda konu edilen bu durumlara karşı daha dezavantajlı olduğu aşikardır. Ancak her iki cinste de pelvisin gelişiminin 24-25 yaşlarında tamamlaması (6) nedeniyle, çocukluk ve gençlik dönemlerinden başlayarak akut ve aşırı kullanıma bağlı oluşabilecek problemlerden korunma konusunda farkındalığın arttırılması gereklidir. Sağlıklı bir yetişkinlik ve yaşlılık dönemi için kas-iskelet sisteminin kuvvet ve esnekliğinin korunması, düzgün postürün sürdürülmesi yararlı olacaktır. Bu amaçlar ile yapılan egzersiz planlamalarında özellikle kor ve pelvik taban egzersizlerine de yer verilmelidir.

Kaynaklar:

1- Kiapour A, Joukar A, Elgafy H, Erbulut DU, Agarwal AK, Goel VK. Biomechanics of the sacroiliac joint: anatomy, function, biomechanics, sexual dimorphism, and causes of pain. International journal of spine surgery. 2020 Feb 1;14(s1):S3-13.

2- Neumann, D. Kinesiology of the Musculoskeletal System. Foundation for Rehabilitation, 2017 Human Kinetics.

3- Wang, X., Ding, N., Sun, Y., Chen, Y., Shi, H., Zhu, L., ... & Liu, Z. (2022). Non-pharmacological therapies for treating chronic pelvic pain in women: A review. Medicine, 101(49)

4- Wojcik, M., Jarzabek-Bielecka, G., Merks, P., Plagens-Rotman, K., Pisarska-Krawczyk, M., Kedzia, W., ... & Wilczak, M. (2022). The role of visceral therapy, Kegel's muscle, core stability and diet in pelvic support disorders and urinary incontinence—including sexological aspects and the role of physiotherapy and osteopathy. Ginekologia Polska, 93(12), 1018-1027.

5- Gyang, A., Hartman, M., & Lamvu, G. (2013). Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. Obstetrics & Gynecology, 121(3), 645-650.

6- Wong M, Sinkler MA, Kiel J. Anatomy, Abdomen and Pelvis, Sacroiliac Joint. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 29939578

Oturum-III

Oturum Başkanları: *Doç. Dr. Meryem Hocaoğlu, Doç. Dr. İbrahim Polat*

Pelvik Ağrıda Algolojik Yaklaşımlar

Prof. Dr. İlhan Öztekin

Yeditepe Üniversitesi Koşuyolu Hastanesi, Algoloji (Ağrı) Bilim Dalı, İstanbul

Pelvik ağrıların nedenine göre dünya sağlık örgütünün basamak ağrı tedavi önerileri değişmekle birlikte genel olarak malinite nedenli ağrılarda kabul gören farmakolojik basamak tedavisi aşağıdaki gibidir:

1.Basamak: Nonopioid +/- Adjuvan

2.Basamak: Zayıf Opioid+/- Nonopioid +/- Adjuvan

3-Basamak: Kuvvetli Opioid+/- Nonopioid +/- Adjuvan

4.Basmak: Girişimsel Ağrı Tedavileri

Endometriosis nedenli pelvik ağrılarda ise, farmakolojik tedaviler ve gereğinde cerrahi tedaviler ikinci basamakta birlikte yapılmakta ve farmokolojik tedavilerin içinde genellikle kuvvetli opioidlere başlanılmadan girişimsel ağrı tedavilerine yer verilmesi önerilmektedir. Genellikle non-steroid anti enflamatuar ilaçların analjezik etkilerinin 6 haftadan fazla yeterli düzeyde sürmediği metaanalizlerde belirtilmektedir (1). Süperior Hipogastrik Pleksus (SHP) Bloğu dirençli endometriosisde ağrı kontrolünü sağlamada ve yaşam kalitesini arttırmada etkili ve emniyetli kullanılabilinir (2).

SHP-Nörolitik blok pelvik kanserli hastaların % 72 de çok iyi ağrı kontrolü sağladığı ve opioid kullanımında anlamlı azalma sağladığı gösterilmiştir (3). Kanserle ilişkili alt pelvik ve perineal ağrılarda inferior hipogastrik pleksus nörolitik bloğu da iyi bir alternatif tedavi tekniği sağlamaktadır (4). Ayrıca, kontrol altına alınamamış yaygın batın kanser ağrılı hastalarda nörolitik çöliak pleksus, SHP ve İmpar ganglion bloklarının kombinasyonu ağrı yoğunluğu ve opioid tüketimi azaltarak ve ciddi komplikasyonlar görülmeden yaşam kalitesini arttırmaktadır. Bu kombinasyon işlemi ilerlemiş kanserlerde ağrı tedavisinde yeni bir tedavi fırsatı sağlayabilir (5).

Pelvik kansere bağlı kronik pelvik ve perineal ağrılı hastalarda sakral köklere (S2,S3,S4) Pulsed Radyofrekans Ablasyon (PRF) ile kombine yapılan SHP-N bloku yalnız SHP-N bloğundan daha iyi analjezik etki sağlamaktadır (6).

Pelvik ilerlemiş kanserlerinde ağrı kontrolü için kullanılan epidural ve intratekal kateter ve portlar ile yapılan opioidlerin etkinliklerinin kanıt düzeyi ilk 6 ayda kuvvetli (level-I), sonra ise orta düzeyde bulunmuştur (7).

Endometriosisin semptomlarını ortadan kaldırmak için pek çok tamamlayıcı tedaviler kullanılmıştır, ancak yalnız akupunktur sonuçlar üzerinde anlamlı düzelme göstermiştir (8). Akupunkturun ağrıyı ve serum CA 125 seviyelerini azalttığını belirtmektedir (9). Akupunktur primer dismenoreli kadınlarda da etkili ve emniyetli bir tedavi olarak kullanılabileceği bildirilmektedir (10).

Kaynaklar:

1-Bredow J, Bloess K, Oppermann J, et all.Conservative treatment of nonspesific chronic low back pain.Evidence of the efficacy- a systematic literature review. Orthopade. 2016 Jul;45(7):573-8.

2- S Khodaverdi, M R Alebouyeh, K Sadegi, A Mehdizadehkashi, M Kaveh , S R Entezari , H Mirzaei, M Khaledi, M Khodaverdi. Superior hypogastric plexus block as an effective treatment method for endometriosis-related chronic pelvic pain: an open-label pilot clinical trial. Clinical Trial J Obstet Gynaecol. 2021 Aug;41(6):966-971. doi: 10.1080/01443615.2020.1820468. Epub 2020 Nov 26.

3- R Plancarte, O A de Leon-Casasola, M El-Helaly, S Allende, M J Lema.
Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer. Clinical Trial Reg Anesth. 1997 Nov-Dec;22(6):562-8.

4- S A Mohamed, D G Ahmed, M F Mohamad.
Chemical neurolysis of the inferior hypogastric plexus for the treatment of cancer-related pelvic and perineal pain. Clinical Trial Pain Res Manag. 2013 Sep-Oct;18(5):249-52. doi: 10.1155/2013/196561. Epub 2013 May 28.

5- T Kitoh, S Tanaka, K Ono, Y Ohfusa, H Ina, T Otagiri
Combined neurolytic block of celiac, inferior mesenteric, and superior hypogastric plexuses for incapacitating abdominal and/or pelvic cancer pain. Clinical Trial J Anesth
. 2005;19(4):328-32. doi: 10.1007/s00540-005-0342-0.

6- D F Hetta, A A Mohamed, R M A Eman, F A Abd El Aal, M E Helal.
Pulsed Radiofrequency of the Sacral Roots Improves the Success Rate of Superior Hypogastric Plexus Neurolysis in Controlling Pelvic and Perineal Cancer Pain. Randomized Controlled Trial Pain Physician
. 2020 Mar;23(2):149-157.

7-Boswell MV, Trescot AM, Datta S. et all. Interventional techniques. Evidenced-based practice guidelines in the manangement of chronic spinal pain. Pain Physician.2007, Jan; 10(1):7-111.

8- T A A Mira, M M Buen, M G Borges, D A Yela, C L Benetti-Pinto
Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. Review Int J Gynaecol Obstet
. 2018 Oct;143(1):2-9. doi: 10.1002/ijgo.12576. Epub 2018 Jul 9.

9- Y Xu, W Zhao, T Li, Y Zhao , H Bu , S Song. Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review and meta-analysis. Review PLoS One. 2017 Oct 27;12(10):e0186616. doi: 10.1371/journal.pone.0186616. eCollection 2017.

10- Hye Lin Woo, Hae Ri Ji, Yeon Kyoung Pak, Hojung Lee, Su Jeong Heo, Jin Moo Lee, Kyoung Sun Park. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. Review Medicine (Baltimore)
. 2018 Jun;97(23):e11007. doi: 10.1097/MD.0000000000011007.

Oturum-IV

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Ümmühan Baş Aslan, Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladalı*

"Kronik Pelvik Ağrıda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Yaklaşımı"

Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Genel Bakış

Dr. Fzt. Emine Baran

Hitit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Çorum

Kronik Pelvik Ağrı (KPA) 6 ay ve daha uzun süre devam eden, pelvis, alt abdominal bölge ve kalça çevresinde lokalize, fonksiyonel olarak kısıtlılık yaratan, akut veya kronik başlangıçlı şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır (1). Fizyoterapistler, KPA ile ilişkili kas-iskelet sistemi etkilenimlerini belirler ve tedavi eder. KPA değerlendirme ve tedavisi UPOINTS (ürolojik, psikolojik, etkilenen organa özel, enfeksiyon, nörolojik, hassas kas, cinsel disfonksiyon) sistemine göre yapılır (2). Fizyoterapi değerlendirmesi kapsamında hasta hikayesi (demografik, fiziksel bilgiler, üriner/bağırsak fonksiyonları, cinsel fonksiyonlar, menstrüel durum, obstetrik hikaye vb) alınmalıdır. Ağrı değerlendirmesi sırasında tüm vücut ve perine diyagramları ile ağrı lokalizasyonu, şiddeti, frekansı ve durasyonu sorgulanmalıdır. Uluslararsı Pelvik Ağrı Cemiyetinin KPA için özel olarak geliştirdiği Pelvik Ağrı Anketi kullanılabilir. İnspeksiyon ve palpasyon ile ağrılı bölgede yara, renk değişimi, skar, ödem, hassasiyet, ısı değişimi, tetik nokta değerlendirmeleri uygulanabilir. Lumbosakral dermatomlara (L1-S5) yönelik motor, duyu ve refleks (bulbukavernöz, anal refleks) testler değerlendirilebilir (3). Pelvik taban kaslarının istemli kontraksiyon-gevşeme, tonus, alt-abdominal kaslarla ko-kontraksiyon, kuvvet, endurans gibi özelliklerini değerlendirmek için vajinal palpasyon, manometre pelvik taban dinamometresi ya da ileri değerlendirmeler için EMG, ultrason, MRI, BT gibi yöntemler kullanılabilir (4, 5). Bunların dışında hastalara postür analizi, genel kuvvet, esneklik değerlendirmeleri gerekli durumlarda uygulanabilir (6). KPA tedavisinin biyopsikososyal komponentlere sahip olması gerektiği bildirilmiştir (A kanıt düzeyi) (1). Tedavide hasta eğitimi kapsamında ağrı nörobilim eğitimi ile hastaların olumsuz ağrı inançları ve bilişleri yeniden şekillendirilir (7). Ayrıca hastalara postüral düzgünlük eğitimi ve doğru vücut mekanikleri öğretilmelidir. Hastalara stres azaltma, sigara kullanmama, fiziksel aktiviteyi artırma gibi genel öneriler verilebilir (8). Pelvik taban kas eğitimi ile biyofeedback tedavileri KPA'da ağrıyı azaltmak açısından etkili bulunmuştur. Terapötik egzersiz eğitimi (aerobik egzersiz, gövde stabilizasyon egzersizleri vb.), gevşeme egzersizleri (diyafragmatik solunum, progresif gevşeme vb.), manuel tedaviler (yumuşak doku mobilizasyonu, tetik nokta gevşetme, transvers friksiyon, konnektif doku manipülasyonu, levator masaj vb.) fizik tedavi ajanları (ultrason, TENS, sıcak-soğuk paketler vb.), vajinal dilatatörler ve nöromodülasyon uygulamaları KPA tedavisinde ağrıyı azaltmak için kullanılan yaklaşımlardandır (9, 10). KPA kompleks bir sendrom olduğundan dolayı, tedavisinin multidisipliner ekiple planlanması ve biyopsikososyal yaklaşımları içermesi gerekmektedir. Bu alanda özelleşmiş fizyoterapistler, KPA değerlendirme ve tedavisinde multidisipliner ekibin ayrılmaz bir parçasıdır.

Kaynaklar:

1. Lamvu G, Carrillo J, Ouyang C, Rapkin A. Chronic pelvic pain in women: a review. Jama. 2021;325(23):2381-91.
2. Maeda K, Shigemura K, Fujisawa M. A review of current treatments for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome under the UPOINTS system. International Journal of Urology. 2023.
3. Knight S, Shelly E. Assessment and treatment of pelvic pain. Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain: Pelvic Organ Disorders: Springer; 2008. p. 241-7.
4. Laycock J, Jerwood D. Pelvic floor muscle assessment: the PERFECT scheme. Physiotherapy. 2001;87(12):631-42.
5. Peschers U, Gingelmaier A, Jundt K, Leib B, Dimpfl T. Evaluation of pelvic floor muscle strength using four different techniques. International urogynecology journal. 2001;12:27-30.
6. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Van Kampen M. Evidence-based physical therapy for the pelvic floor: Bridging science and clinical practice: Elsevier Health Sciences; 2014.
7. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: a systematic review of the literature. Physiotherapy theory and practice. 2016;32(5):332-55.
8. Twiddy H, Lane N, Chawla R, Johnson S, Bradshaw A, Aleem S, et al. The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialised interdisciplinary approach. British journal of pain. 2015;9(4):233-40.
9. Klotz SG, Schoen M, Ketels G, Loewe B, Bruenahl CA. Physiotherapy management of patients with chronic pelvic pain (CPP): a systematic review. Physiotherapy theory and practice. 2019;35(6):516-32.
10. Fuentes-Márquez P, Cabrera-Martos I, Valenza MC. Physiotherapy interventions for patients with chronic pelvic pain: a systematic review of the literature. Physiotherapy theory and practice. 2019;35(12):1131-8.

Pelvik Ağrı Yönetiminde Manuel Teknikler

Dr. Öğr. Üyesi Şule Badıllı Hantal
Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Pelvik ağrı yönetiminde kullanılan manuel teknikler ile ilgili pekçok sınıflama mevcuttur. Bunlardan en yaygın olanlardan biri manuel teknikleri internal ve eksternal teknikler olarak ayırmaktadır. İnternal teknikler kısaca myofasyal teknikler başlığında toplanabilmektedir. Eksternal teknikler ise myofasyal teknikler, çevre ve komsu eklemlere uygulanan eklem mobilizasyon teknikleri, ilişkili organlara uygulanan visseral teknikler olarak çeşitlendirilebilir.

Günümüzde manuel tekniklerin pelvik ağrıya etkisiyle ilgili pek çok çalışma bulunmaktadır. Dong ve arkadaşları yaptıkları çalışmada myofasyal tekniklerin pelvik ağrıda etkili olduğunu bulmuşlardır (1). Pelvik ağrıda kullanılan manuel tekniklerin büyük bir kısmı aslında osteopatik tekniklerden orijin almaktadır. Munoz-Gomez ve ark. Endometriozisi olan hastalarda gerçeleştirdikleri çalışmalarında hastalara 4. Ventrikül tekniği, ve sfenoid tekniği de içeren kranyosakral teknikler, torakolumbal manipulasyonlar, ligamentöz teknikler uygulamışlardır. Çalışmalarının sonunda manuel tekniklerin çok iyi hatta mükemmel bir şekilde pelvik ağrıda kullanılabileceği sonucuna varmışlardır (2). Sillem ve arkadaşları osteopatik teknikerlin pelvik ağrıda pelvik gerginlikleri azaltmada önemli olduğunu belirtmişlerdir (3). Origo ve ark. Çalışmalarında fasyal zorlanmaların kronik pelvik ağrının gelişiminde etyolojik faktör olarak rol oynayabilecekleri sonucuna varmışlardır (4). Passini ve arkadaşları ise fasyal manipulasyon metodu olan "Stecco fasyal manipulasyon ®" tekniğini kullandıkları makalelerinde 2 tane vaka anlatımı sunmuşlardır.Ve bu iki vakanın da uzun süren takipleri sonrasında "Stecco fasyal manipulasyon ®" tekniği ile tedavileri sonrasında uzun süreli takiplerde bile pek çok parametrede uzun dönem iyileşmelerinin devam ettiğini gözlemlemişlerdir (5).

Sonuç olarak pelvik ağrıda kullanılabilecek pek çok manuel teknik bulunmaktadır. Hangi tekniğin hangi hastada daha uygun olduğunun kararı fizyoterapistin deneyimi, manuel tekniklere ilişkin bilgisi, eğitimi ve becerisi ile verilebilecektir.

Kaynaklar:

1. Dong, XX., Guo, M., Huang, LX. et al. The efficacy of manipulation as a treatment for myofascial pelvic pain. Int Urol Nephrol 53, 1339–1343 (2021). https://doi.org/10.1007/s11255-021-02840-8
2. Muñoz-Gómez, E., Alcaraz-Martínez, A. M., Mollà-Casanova, S., Sempere-Rubio, N., Aguilar-Rodríguez, M., Serra-Añó, P., & Inglés, M. (2023). Effectiveness of a Manual Therapy Protocol in Women with Pelvic Pain Due to Endometriosis: A Randomized Clinical Trial. Journal of Clinical Medicine, 12(9), 3310. MDPI AG. Retrieved from http://dx.doi.org/10.3390/jcm12093310
3. Sillem, M., Juhasz-Böss, I., Klausmeier, I., Mechsner, S., Siedentopf, F., & Solomayer, E. (2016). Osteopathy for Endometriosis and Chronic Pelvic Pain - a Pilot Study. Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 76(9), 960–963. https://doi.org/10.1055/s-0042-111010
4. Origo, D., Dal Farra, F., Bruni, M.F. et al. Are fascial strains involved in chronic pelvic pain syndrome? An exploratory matched case–control study. Int Urol Nephrol 55, 511–518 (2023). https://doi.org/10.1007/s11255-022-03448-2
5. Passini, Sfriso, & Stecco. (2016). Treatment of chronic pelvic pain with Fascial Manipulation®. Pelviperineology., 35(1), 13–16. https://www.pelviperineology.org/Treatment-of-chronic-pelvic-pain-with-Fascial-Manipulation%C2%AE/

Pelvik Ağrı Yönetiminde Elektrofiziksel Ajanlar

Uzm. Fzt. Gamze Nalan Çınar
Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Amerikan Obstetrisyen ve Jinekologlar Birliği'nin (ACOG) yayınladığı son kılavuza göre kronik pelvik ağrı (KPA), 6 aydan uzun süren, pelvik organ ve/veya yapılardan kaynaklanan, prevalansı %2 ile %25 arasında değişen ve bilişsel, davranışsal, seksüel ve biyolojik komponentleri olan multifaktöriyel bir durum olarak tanımlanmaktadır (1). KPA, akut yaralanma olmaksızın merkezi sinir sistemindeki (MSS) ağrı algısında değişikliklere neden olmaktadır. Bu durum klinikte karşımıza santral sensitizasyon (SS) olarak çıkmaktadır. SS, nosiseptif girdideki artışlar, duyusal modülasyondaki değişiklikler sonucunda MSS'nin aşırı duyarlılığı olarak tanımlanmaktadır. Özellikle KPA gibi periferik ağrı durumlarında, internöronlar tarafından alınan abartılı uyaranlar, herhangi bir nosisepsiyon olmaksızın ya da minimal afferent bir uyarı ile sinyalizasyon artışına neden olabilmekte ve ağrı oluşabilmektedir (2). Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, KPA'nın tedavisi bireysel multimodel terapatik uygulamalardan oluşmaktadır.

Elektroterapi, sinir aktivitesini ve farklı organ sistemlerinde fonksiyonu uyarmak için yapılan elektrik akımı uygulamalarıdır. Özellikle, sıcak-soğuk uygulamalar gibi fiziksel ajanlar ile KPA tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Tedavide amaç KPA ile ilişkili kasların re-edükasyonunu sağlamak, dolaşımı artırmak, mesane, bağırsak ve cinsel işlev bozukluğunu modüle etmektir (3). Bu amaçla uygulanan elektroterapi yaklaşımlarında etki mekanizması şu şekilde sağlanmaktadır:

- Spinotalamik yollara etki ederek ağrı iletimin blokajı
- İnen inhibitör yolların aktivasyonu
- Sempatik sistem aktivasyonu
- Segmental inhibisyon
- GABA seviyelerinin artırılması ile inhibisyon
- Talamokortikal aktivasyon ile nosiseptif girdinin azaltılması

Literatürde KPA yönetiminde en sık kullanılan elektroterapi yaklaşımları Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS), Perkütan Tibial Sinir Stimulasyonu (PTNS), Biofeedback, Elektro-Manyetik Terapi ve Enterferansiyel Akım uygulamalarıdır. Özellikle ağrılı mesane sendromu, endometriozis ve dismenore kaynaklı KPA'da TENS'in etkinliği A kanıt düzeyindeki araştırmalarla kanıtlanmıştır (4). Uygulamaların daha hızlı bir şekilde doğrudan sinir liflerini uyaracak şekilde tercih edilmesi ile de PTNS, KPA yönetiminde 2.en sıklıkla kullanılan metod olmuştur (5). Bunların haricinde, vücuttaki fizyolojik olaylarla ilgili görsel ve işitsel uyarılar alınmasını, kişinin bu fonksiyonlar hakkında bilgi sahibi olmasını ve istemli olarak sinyallerin değiştirilmesini sağlayabilen yöntem olan biyofeedback tedavisi de yan etkisinin bulunmaması ve kişilerin tedaviye aktif katılabilmesi açısından avantajlı olup kliniklerde sıklıkla kullanılmaktadır (6). Literatürde KPA yönetiminde sıcak (mikrodalga,kısa dalga diatermi, hot pack, infrared, whirlpool, vb.) /soğuk (coldpack vb.) tedavilerin etkinliği tam olarak net olmasa da, sıcak uygulamaların lokal vazodilatasyon oluşturarak, nosiseptif uyarıların medulla spinalise iletimini azalttığı düşünülmektedir (7).

Kaynaklar:

1. Pain, C. P. (2020). ACOG Practice Bulletin. Number, 218, 98-109.
2. Lai, H. H., Gardner, V., Ness, T. J., & Gereau IV, R. W. (2014). Segmental hyperalgesia to mechanical stimulus in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: evidence of central sensitization. The Journal of urology, 191(5), 1294-1299.
3. Sharma, N., Rekha, K., & Srinivasan, J. K. (2017). Efficacy of transcutaneous electrical nerve stimulation in the treatment of chronic pelvic pain. Journal of mid-life health, 8(1), 36.
4. Rodrigues, J. C., Avila, M. A., & Driusso, P. (2021). Transcutaneous electrical nerve stimulation for women with primary dysmenorrhea: Study protocol for a randomized controlled clinical trial with economic evaluation. PloS one, 16(5), e0250111.
5. Zhao, J., Bai, J., Zhou, Y., Qi, G., & Du, L. (2008). Posterior tibial nerve stimulation twice a week in patients with interstitial cystitis. Urology, 71(6), 1080-1084.
6. Morin, M., Dumoulin, C., Bergeron, S., Mayrand, M. H., Khalifé, S., Waddell, G., ... & Brochu, I. (2021). Multimodal physical therapy versus topical lidocaine for provoked vestibulodynia: a multicenter, randomized trial. American journal of obstetrics and gynecology, 224(2), 189-e1.
7. Akin, M. D., Weingand, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. Obstetrics & Gynecology, 97(3), 343-349.

Oturum - V

Oturum Başkanları: *Doç. Dr. Ünal Türkay, Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz*

"Vaka Sunumu ve Tartışma"

8 Ekim 2023 Oturum-I

Oturum Başkanları: *Dr. Öğr. Üyesi Tacha Serif, Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar*

Pelvik Ağrı Tanısı ve Güncel Görüntüleme Teknikleri

Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladalı

Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, İstanbul

Kronik pelvik ağrı, tanısı ve tedavisi zor olan ve evrensel olarak kabul edilmiş bir standart yaklaşımı olmayan sorunlardan birisidir. Endometriozis ve adenomyozis kadınlarda en sık kronik pelvik ağrı nedenlerinden ikisidir. Endometriozis ve adenomyozis tanısında görüntüleme teknikleri arasında ilk sırada ultrason bulunmaktadır. Ultrason operatör bağımlı bir görüntüleme yöntemidir, bu nedenle standardize edilmesi hekimden hekime farklılık göstermemesi açısından önem arz etmektedir. Bu amaçla IDEA (The International Deep Endometriosis Analysis Group) tarafından ilk olarak 2016 yılında önerilen sistematik ultrasonografik tanı yaklaşımı, endometriozis tanısını standardize etmek açısından faydalı bir kılavuz olmuştur (1). Bu kılavuz klinisyenlere endometriozisin transvajinal ultrason ile tanısında dört aşamalı sistematik bir yaklaşım sunmaktadır. Adenomyozisin tanısında yine transvajinal ultrason ilk seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır ve bu hastalığın tanısında ise 2015 yılında bir grup uzman tarafından MUSA (The Morphological Uterus Sonographic Assessment) konsensüsü yayınlanmıştır (2). Bu konsensüs normal ve patolojik miyometriyumun ultrason görüntülerini tanımlamak için standartlaştırılmış bir terminoloji sağlamayı amaçlamış ve yaygın olarak kabul görmüştür. Ancak, adenomiyozun ultrason görüntülerini tanımlamak için hangi terimlerin kullanılması gerektiği tanıtılmış olsa da, adenomiyozun morfolojik tiplerinin veya boyutunun nasıl sınıflandırılacağına dair bir yol göstermediği gerekçesiyle aynı grup tarafından 2019 yılında bir ek rehber yayınlanmıştır (3). Bu rehber uzman sonograflardan oluşan bir panel tarafından önerilen ilk USG adenomyozis sınıflandırma ve raporlama sistemi olma özelliği taşımaktadır. Son olarak adenomyozis tanısında son zamanlarda elastografi kullanımı gündeme gelmiştir. Dokuların sertliğini tanımlama üzerine kurulu olan bu teknik, adenomyozis ile myom gibi diğer uterus patolojilerini ayırt etmek konusunda başarılıdır (4). Sonuç olarak endometriozis ve adenomyozis tanısında ilk tercih olan ultrasonografi, operatör bağımlı bir tanı yöntemidir ve bu nedenle hekimden hekime farklılık gösteren tanı kriterlerini standardize etmek amacıyla bu tarz sistematik yaklaşımların benimsenmesi, evrensel bir tıp dili oluşturmak açısından önem arz etmektedir.

Kaynaklar:

1. Guerriero, S., Condous, G., Van den Bosch, T., Valentin, L., Leone, F. P. G., Van Schoubroeck, D., ... & Timmerman, D. (2016). Systematic approach to sonographic evaluation of the pelvis in women with suspected endometriosis, including terms, definitions and measurements: a consensus opinion from the International Deep Endometriosis Analysis (IDEA) group. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 48(3), 318-332.
2. Van den Bosch, T., Dueholm, M., Leone, F. P. G., Valentin, L., Rasmussen, C. K., Votino, A., ... & Timmerman, D. (2015). Terms, definitions and measurements to describe sonographic features of myometrium and uterine masses: a consensus opinion from the Morphological Uterus Sonographic Assessment (MUSA) group. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 46(3), 284-298.
3. Van den Bosch, T., De Bruijn, A. M., De Leeuw, R. A., Dueholm, M., Exacoustos, C., Valentin, L., ... & Huirne, J. A. F. (2019). Sonographic classification and reporting system for diagnosing adenomyosis. Ultrasound in obstetrics & gynecology: the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, 53(5), 576-582.
4. Liu, X., Ding, D., Ren, Y., & Guo, S. W. (2018). Transvaginal elastosonography as an imaging technique for diagnosing adenomyosis. Reproductive Sciences, 25, 498-514.

Pelvik Ağrının Yönetiminde Telerehabilitasyon Klinik Uygulamalara Entegre Edilebilir mi?

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Pelvik ağrı, alt karın, kasık, pelvik bölgesi ve leğen kemiği çevresinde rahatsızlık veya ağrı hissi olarak tanımlanabilir. Bu ağrının temel nedenleri arasında jinekolojik, üriner, kas-iskelet, bağırsak sorunları ve nöropatik nedenler yer almaktadır (1). Pelvik ağrının tam nedeni, hastanın öyküsü, fizik muayene ve bazen görüntüleme yöntemleri ile belirlenir. Tedavi, pelvik ağrının altta yatan nedenine yönelik olmalıdır ve hasta durumuna bağlı olarak ilaçlar, fizyoterapi ve rehabilitasyon, cerrahi veya diğer yöntemleri içerebilir (2). Pelvik ağrı rehabilitasyonu, hastanın spesifik durumuna bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Bu rehabilitasyon sürecinin amacı, hastanın pelvik ağrısını azaltmak, işlevini geri kazanmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Geleneksel olarak, bu rehabilitasyon süreçleri yüz yüze olarak yapılmaktadır (3). Ancak, son yıllarda, tele-sağlık yöntemlerindeki ilerlemelerle birlikte bu yöntemlerin uygulanması ve entegrasyonu giderek daha fazla dikkat çekmektedir (4). Geleneksel yüz yüze tedavi yöntemleri, hastaların sağlık profesyonelleri ile fiziksel olarak aynı mekânda bulunarak tedavi ve rehabilitasyon almasını içerir. Ancak bu yaklaşımın ulaşım veya randevu zorlukları, bekleme süreleri, yüz yüze tedaviyi utandırıcı veya kişisel olarak zorlayıcı bulma gibi sosyal faktörler, hastaların yoğun programları, gibi bazı zorlukları ve sınırlamaları vardır (5). Bu nedenlerle telerehabilitasyon gibi uzaktan sağlık hizmetleri bu sınırlamalara alternatif bir seçenek oluşturmaktadır. Telerehabilitasyon, sağlık profesyonellerinin hastaları uzaktan, genellikle dijital teknoloji yöntemleri aracılığıyla tedavi etmelerini ve rehabilitasyonlarını yönetmelerini (zoom, gmeet telekonferans, mobil uygulamalar, web siteleri vb.) sağlayan bir sağlık hizmeti türüdür (6). Telerehabilitasyon, erişilebilirlik, zaman ve seyahat tasarrufu, kişiselleştirilmiş bakım, evde konfor, kontrollü ortam ve düzenlilik sağlamak gibi birçok avantaj sağlarken teknoloji erişimi, uzaktan iletişimde teknik sorunlar veya internet bağlantılarındaki kesintiler, tedavi sürecini aksatabilir, gizlilik ve veri güvenliği endişeleri gibi dezavantajlar oluşturabilir (7). Pelvik ağrı tedavisinde telerehabilitasyon genellikle sağlık profesyonellerinin hastalarına patolojiye yönelik bilgi, baş etme yöntemleri, yaşam modifikasyonları, uygun fizyoterapi teknikleri ve egzersiz uygulamalarını uzaktan göstermesi, doğru teknikleri anlatması ve ilerlemelerini izlemesini içermektedir. Bu araştırmalar, sıklıkla telerehabilitasyonun video konferans yöntemi ile gerçekleştirilerek bu yöntemle hasta eğitimleri, egzersiz reçetelendirilmesi ve hasta takipleri yapılabilmektedir. Araştırmalar, telerehabilitasyonun hastaların ağrı şiddetini azaltmalarına, işlevlerini geri kazanmalarına ve yaşam kalitelerini artırmalarına yardımcı olabileceğini rapor etmiştir (8-11). Sonuç olarak, pelvik ağrı yönetiminde telerehabilitasyonun entegrasyonu, hastaların tedaviye daha fazla erişim sağlaması, tedaviye düzenli olarak katılmalarını kolaylaştırması ve hasta memnuniyetini artırması açısından umut vadeden bir yaklaşım olarak görülmektedir. Ancak her hasta ve her durum farklıdır, bu nedenle bu yaklaşımın uygunluğunu değerlendirmek için bir sağlık profesyonelinin rehberliği önemlidir. Ek olarak, sağlık profesyonelleri, pelvik ağrı yönetiminde telerehabilitasyonun faydalarını ve uygulanabilirliğini daha fazla incelemelidir ve pelvik ağrısı olan hastalar, tele sağlık yöntemlerinin avantajlarından haberdar edilmeli ve bu seçeneğin faydalarından yararlanmalıdır.

Kaynaklar:

1. Jarrell, J. F., Vilos, G. A., Allaire, C., Burgess, S., Fortin, C., Gerwin, R., ... & Abu-Rafea, B. (2005). Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC= Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC, 27(9), 869-910.
2. Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J. J., & De Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 265, 143-149.
3. Grinberg, K., Sela, Y., & Nissanholtz-Gannot, R. (2020). New insights about chronic pelvic pain syndrome (CPPS). International journal of environmental research and public health, 17(9), 3005.
4. Peretti, A., Amenta, F., Tayebati, S. K., Nittari, G., & Mahdi, S. S. (2017). Telerehabilitation: review of the state-of-the-art and areas of application. JMIR rehabilitation and assistive technologies, 4(2), e7511.
5. Theodoros, D., Russell, T., & Latifi, R. (2008). Telerehabilitation: current perspectives. Studies in health technology and informatics, 131(1), 191-210.
6. Suso-Martí, L., La Touche, R., Herranz-Gómez, A., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Alemany, A., & Cuenca-Martínez, F. (2021). Effectiveness of telerehabilitation in physical therapist practice: An umbrella and mapping review with meta–meta-analysis. Physical therapy, 101(5), pzab075.
7. Silva, G. V. (2021). Effectiveness of telerehabilitation in physical therapy: A rapid overview.
8. da Mata, K. R. U., Costa, R. C. M., Carbone, É. D. S. M., Gimenez, M. M., Bortolini, M. A. T., Castro, R. A., & Fitz, F. F. (2021). Telehealth in the rehabilitation of female pelvic floor dysfunction: a systematic literature review. International urogynecology journal, 32, 249-259.
9. Coad, B., Ramani, S., Michel, L., Peled, A., Morgan, J., Hartnett, J., ... & Andikyan, V. (2023). Effectiveness of telehealth physical therapy for patients with pelvic floor disorders in a community hospital setting. Archives of Gynecology and Obstetrics, 1-5.
10. Zoorob, D., Yunghans, S., Methenitis, A., Garcia, E., ElShariaha, R., & Wahl, H. (2023). Patient Receptivity to Integration of Telehealth in Pelvic Floor Physical Therapy Regimens. Urogynecology, 29(2), 281-286.
11. Das, D., Kenton, K., Mueller, M., Lewicky-Gaupp, C., Collins, S., Bretschneider, C. E., & Geynisman-Tan, J. (2023). Patient Satisfaction With Telehealth Visits for New Patient Appointments for Pelvic Floor Disorders: A Randomized Trial of Telehealth Versus Standard In-Person Office Visits. Urogynecology, 29(2), 273-280.

Oturum-II

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin, Op. Dr. Işın Yeşim Yeşilkaya Baylan*

Gebelikte Pelvik Ağrı

Doç. Dr. Ilhama Rafig Gizi Mustafayeva
Nahcivan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Nahcivan

Pelvik ağrı (Pelvik Pain), çocuklukta, genç kızlıkta, gebelikte, menopozda, Kadınlığın her döneminde gelişen ve kadın doğum uzmanlarını oldukça zorlayan bir bulgudur. Pelvik tabanın çizgili kasları, fasyal bağlantıları ile pelvik organların yer değiştirmelerini engeller, üriner ve fekal kontrolü sürdürmek için kasılıp gevşer ve dinamik bir destek sağlar (1,2,3).

Gebeliğe bağlı pelvik ağrı; düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, dış gebelik, korpus luteum kisti, plasentanın rahim duvarından erken ayrılması gibi nedenlerle olabilir (1). Gebelik sırasında pelvik ağrı sık görülür (her 5 kadından bir) . Yoğun veya batan bir ağrı, sürekli veya ara ara gelen, hafif veya şiddetli bir ağrı olabilir. Buna bazen gebelikle ilişkili pelvik kuşak ağrısı (PGP) veya simfizis pubis disfonksiyonu (SPD) adı verilir. GPP bebek için zararlı değildir; ağrılı olabilir ve hareketi zorlaştırabilir. Pelvik ağrının en sık rastlandığı bölgeler : Pubis kemiği üzerinde, belin bir ya da iki tarafında, vajina ve anüs arasındaki bölgeler.

CPP sıklıkla kişisel, evlilik, aile ve sosyal yaşamın çeşitli yönlerinde olumsuz yansımaları olan yaşam kalitesinin bozulmasıyla ilişkilidir (4, 5).

GPP tedavi: Gebeliğin 35. haftasından itibaren doğuma kadar yapılan pelvik taban kas egzersizinin laserasyonları azaltmada etkili olduğu, perinenin elastikiyetini arttırdığını ve perineal travmayı azaltabileceğini belirtmiştir (4).

Sonuc: Gebelikte pelvik ağrı bulguları zamanı pelvik taban kas egzersizlerinin faydalı olduğu kanıtlanarak kadınların bu egzersizlikleri düzünli yapmaları önerilir. prenatal ve postpartum dönemindeki kadınlara, özellikle doğum önceki bakım hizmetlerine pelvik taban kas egzersizliklerine yönelik eğitim verilmesi önerilmektedir.

Kaynaklar:

1. Demirtürk F. Çeşitli Yaş Dönemlerinde Pelvik Taban Kas Kuvvetini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, Ankara (2006).
2. Frawley HC, Galea MP, Phillips BA, Sherburn M, Bo K. Reliability of Pelvic Floor Muscle Strength Assessment Using Di¡erent Test Positions and Tools Neurourology and Urodynamics. 2006;25(3):236-242.
3. Taşkın L. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Genişletilmiş 9. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, S:24-27, Ankara (2009).
4.Johanson R. Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth. Lancet. 2000; 355(9200): 250- 251.
5.PP Souza , AS Romao , JC Rosa-e-Silva , FC dos Reis , AA Nogueira , OB Poli-Neto
Kronik pelvik ağrısı olan kadınlara biyopsikososyal yaklaşımın temeli olarak nitel araştırma
J Psychosom Obstet Gynecol , 32 (2011) , s. 165 - 172

Gebeliğe Bağlı Ürojinekolojik Değişikliklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt
Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği, İstanbul

Gebelik, üç trimester boyunca bir kadının ürojinekolojik açıdan değişimler yaşadığı bir süreçtir. Anne karnında büyüyen ve ağırlaşan uterus, değişen vezikoüretral açı, karın iç basınıcındaki artış, internal üretrara ortaya çıkan hipotoni, relaksin hormonunun salınımı, hormonal ve intra abdominal basıncın etkisiyle ortaya çıkan fasyal ve ligament yapılarının stabilizasyon yeteneğindeki azalma gebelik süresince pelvik taban disfonksiyonu (PTD) yaşama riskini arttırmaktadır (1). Yapılan araştırmalarda gebeliğin 20. haftasında başlayan pelvik taban kas güçsüzlüğünün postpartum 6. haftasına kadar devam ettiği ve doğum sonrası kadınların %45'nin PTD yaşadığı bildirilmiştir (2). Gebelikte sıklıkla görülen PTD'ları arasında fonksiyonel mesane hacminde küçülme, noktüri, tuvalete çıkmadaki aciliyet hissi (urgency), idrara çıkış sıklığında artış (frequency), üriner inkontinas, pelvik organ prolapsusu, fekal inkontinans, kabızlık, pelvik ağrı ve cinsel disfonksiyonlardır. Stres üriner inkontinans (SÜİ) gebelikte en sık görülen PTD'lar arasında yer almakla birlikte dünyada görülme sıklığı %10-62,5 arasında değişmektedir (3). Gebelikte yaşanan PTD'larının predispozan faktörleri arasında anne adayının yaşının 30 yaş üstünde olması, gebelikte beden kitle indeksinde ortaya çıkan fazla artış, ikiz gebelik, sigara kullanımı, genetik yatkınlık, kötü beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği yer almaktadır (4). Doğum PTD'larının yaşanma riskini iki kat arttırmaktadır. Yapılan çalışmalar vajinal doğumun sezaryen doğuma göre PTD oluşma riskini daha fazla arttırdığı bilinmektedir. Ayrıca vajinal doğum SÜİ görülme oranını 2 kat, aşırı aktif mesane görülme olasılığını ise 1,5 kat arttırdığı gösterilmiştir (5). Bunun yanı sıra doğum doğumun ikinci fazının 1 saatten fazla sürmesi, doğum sayısının fazla olması, epizyotominin varlığı, doğumda yardımcı cihaz kullanımı ve bebeğin doğum ağırlığının fazla olması PTD görülme olasılığını arttıran diğer risk faktörleri arasında yer almaktadır (5). PTD'ları kadınların hayatını sosyolojik, psikolojik ve ekonomik açıdan etkileyen bir problem olup bu nedenle tedavisinde biopsikososyal yaklaşımların ön planda olması gerekmektedir. PTD tedavisinde fizyoterapi ve rehabilitasyon (FTR) birinci basamakta yer almaktadır. Yapılan çalışmalar gebelikte pelvik taban kas eğitimi (PTKE) alan kadınların yalnızca sözel eğitim, öneri ve hiçbir müdahale almayan kadınlara göre üriner inkontinans görülme olasılığını 5-8 kat daha fazla azalttığı bilinmektedir (6). Gebelik ve sonrasında görülen PTD'larında FTR uygulamalarında, eğitim ve davranış değişiklikleri, PTKE, manual terapi, termal modaliteler, elektroterapi müdahaleleri yer almaktadır. Çalışmalar gebelikte anne adayının kontinan olup olmadığına bakılmaksızın PTKE'ne 20. haftayı geçmeden mümkün olan en kısa süre içerisinde başlanması gerektiği ve fizyoterapist eşlikli olması önerilmektedir (7). Egzersizin dozu, şiddeti, süresi, takip süresi ve sıklığı açısından literatürde ortak bir görüş bulunmamaktadır. Her kadının PTK'larının kuvveti, enduransı ve gücü önce fizypterapist tarafından değerlendirilmeli ve ardından kişiye özgü egzersiz reçetesi oluşturulmalıdır. Ancak ortak görüş olarak gebelikte ve postnatal dönemde yapılan PTKE'lerinin etkinliğinin devam etmesi için kadınların PTKE'lerini bırakmamaları bu anlamda uyum yeteneklerinin arttırılması ve denetlenmesi gerekli olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda kadınların uyum yeteneklerinin ölçüldüğü ve kaydedildiği yöntemlerin geliştirilmesi gerektiğine vurgulanmaktadır. Sonuç olarak fizyoterapistlerce yapılan PTKE'leri gebelik ve postnatal dönemde PTD'larının oluşmasını engelleyici ve tedavi edici olarak kullanılan birinci basamak kanıt seviyesi A olan bir yaklaşımdır. PTD'larında tedavi edici dozun ne olması gerektiği konusunda hala kesin bir görüş bulunmamaktadır.

Kaynaklar:

1. Stephenson, R. G., & O'Connor, L. J. (2000). Obstetric and gynecologic care in physical therapy. SLACK Incorporated.
2. Handa VL, Nygaard I, Kenton K, et al. Pelvic organ support among primiparous women in the first year after childbirth. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2009; 20:1407–1411.
3. Prevalence, Knowledge and Awareness of Pelvic Floor Disorder among Pregnant Women in a Tertiary Centre, Malaysia. International journal of environmental research and public health, 19(14), 8314. https://doi.org/10.3390/ijerph19148314
4. Torrisi G, Gianfranco M, Bernasconi F, Perrone A, Trezza G, Guardabasso V, et al. A prospective study of pelvic floor dysfunciton related to delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;160(1):110-5.
5. Tahtinen RM, Carwright R, Tsui JF, Aaltonen RL, Aoki Y, Cardenas JL, et al. Long-term impact of mode of delivery on stress urinary incontinence and urgency urinary incontinence: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol 2016;70(1):148-58.
6. Okeahialam, N. A., Dworzynski, K., Jacklin, P., & McClurg, D. (2022). Prevention and non-surgical management of pelvic floor dysfunction: summary of NICE guidance. bmj, 376.
7. Hilde G, Staer-Jensen J, Siafarikas F, Engh ME, Braekken IH, Bo K. Impact of childbirth and mode of delivery on vaginal resting pressure and on pelvic foor muscle strength and endurance. Am J Obstet Gynecol MFM 2013;208(1):50.e1- 7.
8. Okeahialam, N. A., Oldfield, M., Stewart, E., Bonfield, C., & Carboni, C. (2022). Pelvic floor muscle training: a practical guide. bmj, 378.

Doğum Sonrası Egzersiz Programının Planlanması

Doç. Dr. Esra Atılgan

Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Doğum sonrası dönem (Postnatal dönem) kadının anatomik ve fizyolojik değişikliklerden sonra normale dönme sürecidir. Postnatal dönem hem anneyi hem aileyi hem bebeği etkilemektedir. Anne üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal değişiklikler meydana gelmektedir (1,2).

Postnatal dönemde bağlarda elastikiyet, Diastasis Recti Abdominis (DRA), zayıf pelvik taban, bacaklarda ödem, koksidini, simfizis pubis ağrısı, boyun, sırt ve bel ağrısı, maternal kaygı, postnatal depresyon görülebilmektedir. Bu problemler genelde akut durumda geçmesine rağmen bazı problemler uzun dönemde devam edebilmektedir. Hamilelikte ve doğum sonrası meydana gelen değişiklikleri kadın sağlığı ile ilgilenen Fizyoterapistin iyi bilmesi, değerlendirmesi ve gerekli durumda kişiye özel fizyoterapi programını vermesi gerekmektedir. Postnatal dönem, kadınların fiziksel aktivitesi yeniden başlatması veya sürdürmesi için zor bir dönemdir. Postnatal dönemde annenin bebeğini besleme ve bakım süreçlerinde olması nedeniyle fiziksel aktivite seviyesi düşer. Kadınların bebek sahibi olduktan sonra fiziksel aktivitelerini artırmaları kısa ve uzun vadeli kronik hastalık riskini azaltmaktadır. Bu nedenle fiziksel aktivite önerileri ve egzersiz programları verilmelidir (3).

Postnatal dönemde fiziksel aktivite ve egzersizin amacı; ağrıyı azaltmak, dolaşımı düzenlemek, solunum fonksiyonlarını geliştirmek, bağırsak fonksiyonlarını desteklemek, annenin bağımsızlığını ve yaşam kalitesini artırmaktır (1,2).

Egzersiz programı, postür egzersizleri, abdominal egzersizler, bacak ve kol kuvvetlendirme, pelvik taban egzersizleri, dolaşım için egzersizler, solunum egzersizleri ve gevşeme eğitimini içermelidir (1,2)

Fiziksel aktivite ve egzersizler doğum sonrası acil (ilk 24 saat), erken (doğum sonrası yaklaşık 1 hafta) ve geç postnatal dönemde (yaklaşık doğum sonrası 6 hafta) ihtiyaca göre başlanmalıdır. Genel olarak önerilen haftada en az 3 kez 15-20 dk Orta Şiddette Fiziksel Aktivite tavsiye edilmektedir (1-3). Doğum sonrası Yoga, Pilates, yürüme, kişiselleştirilmiş egzersizler, su içi fiziksel aktivite, grup egzersizleri önerilirken, çocuğun bakımı ile ilgilenen anneye ulaşabilirliği artırmak için telerehabilitasyon ve teknolojik uygulamalar ile egzersizlerin yapılması tavsiye edilmektedir (1-5).

Kaynaklar:

1 Akbayrak, T., & Kaya, S. (2016). Kadın sağlığında fizyoterapi ve rehabilitasyon. Kalkan Matbaacılık, Ankara,

2. Akbayrak, T., & Kaya, S. (2020) Gebelikte ve gebelik sonrası dönemde fiziksel aktivite ve egzersiz, Hipokrat Yayınevi, Ankara.

3. Mullins, E., Sharma, S., & McGregor, A. H. (2021). Postnatal exercise interventions: A systematic review of adherence and effect. BMJ open, 11(9), e044567.)

4. Aguilar-Cordero, M. J., Sánchez-García, J. C., Rodriguez-Blanque, R., Sánchez-López, A. M., & Mur-Villar, N. (2019). Moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy (SWEP study) and its influence in preventing postpartum depression. Journal of the American Psychiatric nurses association, 25(2), 112-121.

5. Carter, T., Bastounis, A., Guo, B., & Jane Morrell, C. (2019). The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. Archives of Women's Mental Health, 22, 37-53.

Oturum-III

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Rukset Attar, Dr. Öğr. Üyesi Elif Develi*

"Sözlü Sunumlar"

Oturum-IV

Oturum Başkanları: *Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu, Doç. Dr. Ilhama Rafig Gizi Mustafayeva*

Ürojinekoloji ve Kronik Pelvik Ağrı

Doç. Dr. Gökhan Çulha

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, İstanbul

Kronik pelvik ağrı tanımı, erkek veya kadınların pelvisiyle ilgili yapılarda algılanan kronik veya kalıcı ağrıdır. Genellikle olumsuz bilişsel, davranışsal, cinsel ve duygusal sonuçların yanı sıra alt üriner sistem, cinsel fonksiyon, bağırsak, pelvik taban veya jinekolojik fonksiyon bozukluğunu düşündüren semptomlarla ilişkilidir. Bir başka tanımla kronik mesane ağrı; sendromu; hastaların primer olarak mesane ve/veya pelvisten kaynaklandığını algıladıkları, ani sıkışma hissi ve/veya sık idrar yapma, kronik ağrı/ basınç/rahatsızlık hissi semptomlarının en az 6 ay boyunca olduğu klinik bir durumdur. Patofizyolojisinde ürotelyal disfonksiyon, yetersiz mikrosirkülasyon, inflamasyon ve eksojen maddelerin maruziyeti yer almaktadır. Hastalığın sıklığı yapılan çalışmalar ve değerlendirilen popülasyonlara bağlı olarak değişmekle birlikte %0,06-6,53 arasında değişmektedir. Kadınlarda erkeklere oranla 5 kat daha sık gözlenmektedir Ürojinekolojik kaynaklı kronik pelvik ağrının tanısal değerlendirmesinde Üriner, Psikososyal, Organ spesifik, Enfeksiyöz, Nörolojik, Hassasiyet değerlendirmesi ve Cinsel değerlendirme (UPOINTS) ön planda tutulmalıdır. Tanı için öncelikle detaylı bir medikal öykü alınmalıdır. Ağrının karakteristiği, süresi, basınç hissi oluşturup oluşturmadığı, noktüri varlığı valide edilmiş sorgulama formları ve mesane günlükleri ile değerlendirilmelidir. Erkeklerde NIH-Kronik prostatit semptom indeksi (NIH-CPSI) ve interstisyel sistit için interstisyel sistit semptom indeksi (ICSI) ve problem indeksi (ICPI) yaygın olarak kullanılan sorgulama formlarıdır. Tanı bir dışlama tanısı olduğundan enfeksiyon durumunu dışlamak için idrar tahlili ve idrar kültürü değerlendirilmelidir. Bu hastalığın tanısında ve tedavi değerlendirmesinde her hastaya fenotiplendirme yapılması önem arz etmektedir. Yapılan sistoskopi ve gereğinde şüpheli lezyonlardan biyopsi alınması yoluyla yapılan fenotiplendirme neticesinde tedavi ve hastalık takibi ile daha iyi sonuçlar elde edilebilmektedir. Hastalığın tedavisindeki amaç semptomatik iyileşme sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak, tedavilere bağlı yan etkileri en düşük seviyede tutmaktır. Bu bağlamda öncelikle konservatif tedavi yöntemi olarak diyet modifikasyonu ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmektedir. Asidik gıdalar, çay-kahve, acı-baharat, domates-portakal gibi besinlerden uzak durulmalıdır. Ayrıca bu hastalara pelvik taban kaslarını gevşetici egzersizler de fayda göstermektedir. Medikal tedavide kılavuzların etkili gösterdiği oral tedaviler sodyum pentosan polisülfat ve amitriptilindir. Bazı antihistaminiklerin de faydalı olduğu gösterilmiştir. Oral tedavilerden fayda görmeyen hastalara intravezikal hyalüronik asit, kondroitin sülfat gibi glukozaminoglikan instilasyon tedavisi etkin görülmektedir. Bu tedavilerden fayda görmeyen hastalara sedoanestezi altında yapılacak olan hidrodistansiyon işlemi ve gereğinde patolojik lezyonların fulgurizasyonu etkin bir tedavi yöntemidir. Hidrodistansiyon, sistoskopi aracılığı ile 80-1900 cmH2O basınç ile 1-2 dk mesanenin serum fizyolojik ile doldurulması ve hızlı boşaltılması işlemidir. İleri basamak tedavilerde intravezikal botulinum toksin uygulamaları, elektrik sitmülasyonlar, sakral ve pudental sinir stimülasyonları uygulanabilmektedir. Tüm tedavilerin başarısız olduğu durumlarda sistektomi ve ileal loop yapılabilmektedir. Tanısı ve tedavisi oldukça subjektif olabilen kronik ağrı için tanısal değerlendirme ve tedavinin multimodal şekilde yapılması, her hastanın fenotiplendirme yapılarak hastaya özel tedavi planı yapılması gerekmektedir.

Kronik Pelvik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım

Doç. Dr. Serhat Tunç

Yeditepe Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

Biyopsikososyal model, kronik pelvik ağrı için risk faktörlerinin biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörleri içerdiğini öne sürmektedir. Kronik pelvik ağrı sendromunun uygun yönetimi, biyopsikososyal model olarak bilinen biyolojik, psikolojik ve sosyal unsurların tanınmasını içerir (1). Kronik pelvik ağrının oluşmasında psikososyal faktörlerin rolü ve bu sağlık sorunlarını yaşayan kişilerde psikiyatrik eş tanıların yüksek saptanması, psikiyatrik yaklaşımın önemine dikkat çekmektedir (2,3). Kronik pelvik ağrıda depresyonun ağrı şiddetinin belirleyicilerinden birisi ve tedaviye yanıt verme göstergelerinden biri olduğu gösterilmiştir. Kronik pelvik ağrıda istismar geçmişi gibi çocukluk çağı travmaları ile kronik pelvik ağrı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (2,3). Tedavi yöntemlerinin hasta merkezli, multidispliner, bütüncül bir yaklaşımla kişiselleştirilmesi ve kombinasyonunun ağrının azalması ve yaşam kalitesinin artmasıyla sonuçlanması muhtemeldir.

Kaynaklar:

1. Sandler MD, Ledesma B, Thomas J, Ben-Ezra L, Lokeshwar SD, Paz LA, White J, Ramasamy R, Masterson TA. Biopsychosocial approach to male chronic pelvic pain syndrome: recent treatments and trials. Sex Med Rev. 2023 Sep 17:qead038. doi: 10.1093/sxmrev/qead038. Epub ahead of print. PMID: 37717957.

2. Yildirim N, Özkan M. Kronik pelvik ağrı ve pelvik taban bozukluklarında psikiyatrik sorunlar ve tedavisi. Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 2020;83(2):162-167.

3. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. Am J Obstet Gynecol 2014;210(4):317.e1-317.e8.

Sözlü Sunumlar

Polikistik Over Sendromu lumbopelvik bölge dayanıklılığını, depresyon durumunu, vücut farkındalığını, fiziksel aktivite düzeyini, bruksizmi ve stres düzeyini etkiler mi?

Şeyma Ocak[1], Deniz Aslan[1], Elif Tuğçe Çil Sertöz[1]

[1]Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: PKOS (Polikistik Over Sendromu), üreme çağındaki kadınların %6-10'unu etkileyen endokrinolojik bir hastalıktır. PKOS'lu hastalarda menstrüel düzensizlik, akne, hirsutizm ve tekrarlayan gebelik kayıpları (1. trimester) gözlemlenebilir. Ayrıca kadınlarda görülen infertilitede en sık rastlanan sebepler arasındadır. Yüksek androjen, östrojen ve prolaktin düzeyi, obezite, insülin direnci, Tip 2 Diyabet, dislipidemi, kardiyovasküler hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar (depresyon, anksiyete) PKOS ile ilişkili sorunlardır. PKOS'u etkileyen faktörler; çevresel (sosyoekonomik durum, sigara kullanımı ve fiziksel inaktivite), genetik (anne ve kız kardeşlerdeki hiperandrojenizm ve menstrüel disfonksiyon; baba ve erkek kardeşlerde artmış serum androjen düzeyi) ve etnik köken olarak sıralanabilir. Bu çalışmanın amacı; normal vücut kitle indeksine (VKİ) sahip PKOS tanılı ve kontrol grubu arasında depresyon, fiziksel aktivite düzeyi (FAD), vücut farkındalığı (VF), lumbopelvik bölge dayanıklılığı, stres düzeyi ve bruksizm değerlerini karşılaştırmaktır.

Yöntem: Katılımcılara sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi amacıyla özel olarak hazırlanmış anket uygulanmıştır. Depresyon için Beck Depression Anketi, FAD, Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ) ile değerlendirilmiştir. VF için Body Awareness Questionnaire, lumbopelvik bölge dayanıklılığı için McGill Core Endurance Test, stres düzeyi için Perceived Stress Scale, bruksizm için Fonseca Anamnestic Index ile değerlendirme yapılmıştır. Çalışmadaki analizler "Statistical Package for Social Scieneces" (SPSS) 25.0 ile yapılmıştır. Tüm testlerde istatiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 18-50 yaş aralığında toplam 120 kişi (PKOS: n=52 (%43,3) ve yaş ortalaması 26,29; kontrol: n=68 (%56,7) ve yaş ortalaması 24,3) katıldı. Çalışmanın sonucunda VF durumu ile FAD ve gövde ekstansör dayanıklılığı ile FAD arasında pozitif yönde anlamlı ilişki vardır ($p<0.05$). Depresyon durumu ile diğer parametreler arasında, bruksizm ile diğer parametreler arasında, stres düzeyi ile diğer parametreler arasında; gövde ekstansör testlemesi dışındaki diğer lumbopelvik bölge dayanıklılığı ile diğer parametreler arasında ilişki bulunmamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Literatürde benzeri çalışma bulunsa da VKİ "normal" değerler arasında bu kıyaslamayı yapan az sayıda çalışmadan biridir. Bir çalışmada, kardiyovasküler kapasite ve PKOS kıyaslaması yapılırken, diğer bir çalışmada PKOS'lu ve PKOS tanısız kadınlar arasında metabolik kalp hızı ve VO2max faktörleri karşılaştırılmıştır. PKOS'lu kadınlarda maksimum oksijen tüketimi, VF anketi ve SF-36 sonuçları sağlıklı kadınlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadaysa parametreler artırılarak literatürde bildirilen çalışmalardan daha kapsamlı bir araştırma elde etmek amaçlanmıştır. PKOS, dünyadaki en yaygın endokrin hastalıklardan biri olarak kabul edilmektedir. Düzenli egzersiz ve FAD, gövde dayanıklılığı, depresyon, bruksizm, VF ve stres gibi parametrelerin değerlendirilmesi olası olumsuz etkilerin önüne geçebilir. Ayrıca PKOS'tan etkilenen faktörlerin belirlenmesi tedavi seçenekleri olarak farklı yaklaşımların kullanılabileceğine yönelik bilgiler sağlayabilir.

Premenstrüel Sendromlu Kadınlarda, Psikososyal ve Postüral Durumun Arasındaki İlişkinin Araştırılması

Selin Emeklioğlu[1], Elif Tuğçe Çil Sertöz[1]

[1]Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Premenstrüel Sendrom (PMS), üreme çağındaki kadınlarda, adet döngüsünün luteal fazında ortaya çıkan ve adet kanaması başladığında hızla kaybolan yaygın bir somatik, bilişsel, duygusal ve davranışsal semptom serisi olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, PMS'nin psikolojik sıkıntılar, stres ve hormonal dengesizliklerle ilişkilendirilebileceğini göstermektedir. Ayrıca, PMS'nin mental bozukluklar ve fiziksel hastalıkların semptomlarını kötüleştirebileceği bilinmektedir. Bu çalışmanın amacı, üniversite düzeyindeki kadınlarda psikososyal ve postür faktörlerinin PMS üzerindeki etkisini incelemektir. Bu inceleme, depresyon ve anksiyete gibi durumlarla PMS arasındaki ilişkiyi araştırmayı ve ayrıca PMS'li kadınların postür durumunu ağrı ile ilişkilendirmeyi içermektedir.

Yöntem: Katılımcılardan yaş, boy ve menstrüasyon periyotları hakkında bilgi toplamak için Demografik Bilgi Formu kullanılmış, PMS semptom düzeylerini belirlemek için Premenstrüel Sendrom Ölçeği'nden 111 puan ve üzeri alan üniversite düzeyindeki kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Yaşam kalitesini değerlendirmek için Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Anketi (WHOQOL-BREF) kullanılmış, depresyonun varlığını ve şiddetini değerlendirmek için Beck Depresyon Envanteri kullanılmıştır. Ayrıca günlük aktiviteleri değerlendirmek için Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi (IPAQ-SF) uygulanmıştır. Bunun yanı sıra, postür değişikliklerini değerlendirmek için New York Postür Analizi uygulanmış, ağrı ile ilişiklendirilebilmesi için McGill Ağrı Anketi kullanılmıştır. Analizlerimiz "SPSS Version 25.0" programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya üniversite düzeyindeki 18-27 yaş aralığındaki 60 kadın katılımcı dahil edilmiştir. Çalışmanın sonucunda, Premenstrual Sendroma sahip kadınlar (n=60) arasında semptom şiddeti ile depresyon arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca, ağrı yoğunluğu ile PMS arasında marjinal bir ilişki saptanmıştır ($p<0,05$). WHOQOL-BREF alt parametreleri arasında, genel sağlık, fiziksel sağlık ve psikolojik sağlık durumu, PMS ile negatif bir ilişki göstermiştir ($p<0,05$). Fiziksel aktivite düzeyi ise, IPAQ-SF Toplam MET puanıyla değerlendirildiğinde, PMS ile istatiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir pozitif korelasyon göstermiştir. Ayrıca, PMS semptomları ile postür değerlendirmesi arasında zayıf bir negatif korelasyon gözlemlenmiştir, fakat bu korelasyon da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bulgularımız; PMS semptomların arttıkça yaşam kalitesinin azaldığını, psikosoyal durumlarlara birlikte depresyon ve ağrı düzeylerinin arttığını gözlemlenmiştir. Ancak, fiziksel aktivite ve postüral durumun PMS ile olan ilişkisi net bir şekilde açıklanamamıştır.

Tartışma ve Sonuç: Daha önce yapılan çalışmalar, PMS belirtilerinin psikolojik sıkıntı, stres ve hormonal dengesizlik gibi faktörlerle şiddetlendirilebileceğini ve bu semptomların yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltabileceğini göstermiştir. Literatür de her ne kadar benzeri araştırmalar mevcut olsa da PMS ile psikososyal ve postüral durumlar arasındaki ilişki incelenmemiştir. Çalışmamızda elde edilen sonuçlar, PMS'nin çok yönlü doğasını aydınlatarak, kadınların iyilik hallerini anlamada hem psikolojik hem de fiziksel boyutları dikkate almanın önemini vurgulamaktadır.

Magnetoterapi'nin Menstruasyon Dönemindeki Ağrıya Etkisinin İncelenmesi

Sena ERDAT[1], Eda URHUN[2], Eda ASLAN[2] Rasmi MUAMMER[2]

[1]Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Denizli

[2]Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Menstrüasyon döneminde görülen kramp, karın şişkinliği, göğüslerde ağrı ve hassasiyet, iştahta değişiklik, kabızlık ve anksiyete gibi semptomların yanında en sık görülen semptom ağrıdır. Bu çalışmanın amacı magnetoterapinin menstrüasyon dönemindeki ağrıya etkisinin incelenmesidir.

Yöntem: Çalışmamızda katılımcılara, sosyodemografik özelliklerini incelemek amacıyla özel olarak hazırlanmış bir anket uygulanmıştır. Ankette bireylerin sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra regl düzeni ve ağrılarının en fazla olduğu günler belirlenmiştir. Ağrı değerlendirmesinde VAS (Visual Analog Scale) kullanılmıştır. Magnetoterapi uygulaması BTL-400 cihazı kullanılarak menstrüasyon döneminde iki defa uygulanmıştır. Analizler SPSS Versiyon 23.0 programı kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Bu çalışmanın bulguları, magnetoterapi öncesi menstrüasyon dönemindeki VAS değerleri ile uygulama sonrası menstrüasyon dönemindeki VAS değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymuştur ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Literatürde magnetoterapinin menstrüal dönemdeki ağrılar üzerine olumlu etkilerini gösteren çalışmalar mevcuttur fakat sınırlı sayıdadır. Bu çalışmanın sonuçları menstrüasyon döneminde uygulanan magnetoterapi uygulamasının bu dönemde yaşanan ağrı üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir.

Primer Dismenoreli Kadınlarda, Konnektif Doku Masajının Kısa Dönem Etkisinin Araştırılması

Mümine ÇAVDAR[1], Eda URHUN[2], Eda ASLAN[2], Elif DEVELİ[2]

[1]Fizyoform Fizyoterapi Danışmanlık Merkezi, İstanbul

[2]Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

Giriş ve Amaç: Bu çalışmanın amacı, primer dismenoresi olan genç kadınlarda konnektif doku masajının mensturasyon semptomları üzerine olan kısa dönem etkileri arasındaki ilişkinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya primer dismenoresi (PD) olan 20 kadın katılımcı (20K; 21.95±3.42 yıl) dahil edilmiştir. Konnektif Doku Masajı (KDM) tekniği bir sonraki adet döneminden iki hafta önce temel ve anterior pelvik bölgeye uygulanmıştır. İlk hafta 2 seans, ikinci hafta 3 seans uygulanmıştır. İki haftanın başında ve sonunda katılımcıları değerlendirmek için Yapılandırılmış Anket, Görsel Analog Skala (GAS) ve Menstrüel Semptom Ölçeği (MSÖ) kullanılmıştır. Ayrıca, her uygulamadan önce ve sonra katılımcıların kan basıncı sfigmomanometre kullanılarak ölçülmüştür.

Bulgular: Yapılan istatiksel analizin sonucuna göre, bir kür KDM, ağrı kesici ilaç alma sayısında, uyku bozukluklarında, GAS skorunda, MSÖ skorunda ve sistolik ve diyastolik kan basıncı değerlerinde iyileşmelere yol açmıştır ($p<0.05$). Hipotezlerle tutarlı olarak, primer dismenoresi olan kadınlarda KDM uygulamasının menstrüel semptomlar, menstrüel ağrı ve uyku bozuklukları üzerinde olumlu bir etkisi olmuştur ($p<0.05$). KDM ayrıca ağrı ile ilişkili ilaç kullanımını azaltmada da olumlu bir etkiye sahiptir ($p<0.05$). Son olarak, KDM seans sonunda diyastolik ve sistolik kan basıncını düşürmüştür ($p<0.05$).

Tartışma ve Sonuç: KDM, PB'li kadınlarda fizyoterapi yaklaşımlarına dahil edilebilir. Geleceğe yönelik olarak, tedavi aracı olarak KDM ve PD arasındaki ilişkiyi net bir şekilde anlamak için primer dismenoresi olan kadınlar daha geniş popülasyonda uzun süreli çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Serebral Palsili Çocuklarda Fonksiyonel Seviyelerine Göre Üriner İnkontinans Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi

Sezin Değirmenci[1], İmge Nas[1,2]

[1] İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

[2] İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş ve Amaç: Serebral palside (SP) nörolojik hasar gibi çeşitli faktörler, mesane kontrolünün sağlanamamasına veya gelişiminin gecikmesine neden olabilir. SPli çocuklarda semptomların farklı düzeylerde görülmesi üriner sistem fonksiyonunu etkileyebilir. Çalışmanın amacı SPli çocuklarda üriner inkontinans şiddetinin fonksiyonel seviyelerine etkileniminin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya, 5-18 yaş arasında 50 SPli çocuk katıldı. Çocuklar Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (GMFCS) kullanılarak fonksiyonel seviyelerine göre 3 gruba ayrıldı. (Hafif: GMFCS 1 (n=16), Orta: GMFCS 2-3 (n= 15), Yüksek: GMFCS 4-5 (n=19)). İdrar İnkontinans semptom şiddetini belirlemek için İşeme Bozuklukları Semptom Skoru (İBSS) ve yaşam kalitesini belirlemek için Pediatrik üriner inkontinans yaşam kalitesi skoru (PIN-Q) kullanıldı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 10,44 ±4,31'di. Grupların başlangıç özellikleri yaş, kilo, boy, vücut kitle indeksi ortalamaları benzerdi ($p>0,05$). Fonksiyonel seviyelerine göre grupların İBSS skor ortalamaları karşılaştırıldığında fonksiyonel seviyeleri arttıkça işeme semptom skorlarının anlamlı olarak artığı, ikili grup karşılaştırmalarında bu anlamlı farklılığın hafif ve orta şiddetli GMFCS gruplar ile hafif ve yüksek şiddetli GMFCS grupları arasında olduğu bulundu ($p<0,05$). PIN-Q sonuçlarında ise gruplar arasında anlamlı farklılık vardı ($p<0,05$).

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda SPli çocukların fonksiyonel seviyeleri arttıkça mesane semptom şiddetlerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin azaldığı görüldü. Bu nedenle fizyoterapistlerin SP rehabilitasyonunda inkontinans semptomlarını da göz önünde bulundurmasının klinik açıdan önemli olabilir.

Üniversite Öğrencilerinde Kinezyo Bantlama Uygulamasının Premenstrual Sendrom Belirtileri ve Ağrı Üzerindeki Etkinliğinin Araştırılması.

Duygu ŞAHİN ALTAÇ[1], Aslı YERAL[2], Eda ASLAN[2], Rasmi MUAMMER[2]

[1]Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

[2]Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinde kinezyo bantlama uygulamasının premenstrual sendrom belirtileri ve menstrual ağrı üzerindeki etkinliğinin araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya yaş ortalamaları 22,7±1,2 olan 30 kadın öğrenci dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş (yıl), kilo (kg) ve boy (m) bilgileri kaydedildi. Menarşal yaş (yıl), menstrüel aralık (gün) ve menstrüasyon süresinden (gün) oluşan menstrüel hikayeleri alındı. Ek olarak, katılımcıların premenstrual sendrom belirtilerini ve menstrual ağrıları sırasıyla Premenstrual Sendrom Ölçeği (PSÖ) ve Vizüel Analog Skalası (VAS) kullanılarak değerlendirildi. Kinezyo bant uygulaması deneyimli bir fizyoterapist tarafından Kenzo Kase'nin Kinesio Bantlama Yöntemine göre tahmini yumurtlama gününden 1 hafta önce ve adet döneminde olmak üzere 2 şer kez 2 hafta boyunca (toplam 4 kez) uygulandı.

Bulgular: PSÖ'nün ağrı ve depresif düşünce alt komponentlerinde kinezyo bantalama uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu (p= 0,03; p=0,00). Çalışma bulgularına göre, bantlama uygulaması öncesine kıyasla VAS skorlarında (karın, bel ve genel) uygulama sonrasında anlamlı derecede azalma gözlemlendi (p=0,00).

Sonuç: Bu çalışma, üniversite öğrencilerinde kinezyo bantlama uygulamasının premenstural sendom ölçeğinin ağrı ve depresif düşünce gibi bazı komponentlerinin ve menstrual ağrının azalmasında etkili bir yöntem olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Sonuç olarak, bu bantalama tekniği üniversite öğrencilerinde menstrual ağrı ile başa çıkmada bir yöntem olarak önerilebilir.

Vaka Sunumları

Sezaryen ile Myomektomi Yapılması Sonrası Gelişen Postpartum Kanama, Batın İçi Apse, Pelvik Ağrı, Relaparotomi ve Histerektomi : Vaka Sunumu

Özge Deniz Göymen[1], Fatma Sağlam Karaoğlan[1], İlteriş Yaman[1]

[1]Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Giriş: Gebelerde leiomyoma sebebiyle sezaryen doğum ile eş zamanlı myomektomi operasyonu yapmak günümüzde çok tartışmalıdır. Ciddi kanama, atoni, batın içi enfeksiyon ve relaparotomi risklerini barındıran bu yöntemde, hastalar çok iyi değerlendirilmeli ve seçilmelidir. Gebelikte multiple dev leiomyomlari olan, term dönemde sezaryen ile eş zamanlı myomektomi yapılmış olan bir hastada, postoperatif gelişen pelvik ağrı ve ciddi komplikasyonların nasıl yönetilebileceğini, morbiditeyi en aza indirgemeyi göstermeyi amaçladık.

Olgu: 40 yaşında ek hastalık olarak hipotiroidisi olan, primigravid gebe, takiplerinde büyüğü 20 cm olmak üzere çok sayıda myomları mevcut. Dış merkezde sezaryen ile eş zamanlı myomektomi operasyonu yapılan hastaya aynı gün içerisinde postpartum kanama gelişmesi üzerine relaparotomi yapılmış, hipogastrik arter ligasyonu ve B-lynch kompresyon sütürü atılmış. Yoğun bakım ünitesi ve servis takibi sonrası taburcu edilen hasta postpartum 4. günde tarafımıza pelvik ağrı, ateş yüksekliği şikayeti ile başvurdu. Geniş spektrumlu antibiyoterapi başlandı. Görüntülemede batında çok sayıda apse odaklarının varlığı, ateş atakları, plato çizen AFR değerlerinin olmasi ve pelvik agrısının postpartum 21.günde geçmemesi üzerine relaparotomi yapıldı. Batın içi anatomik düzenin, doku ve organ sınırlanının dens yapışıklıklar sonucu kaybolduğu frozen pelvis durumu gözlendi. Uterus enfekte izlendi. Retroperitoneal, intrauterin, servikovezikal bölgelerde yaygın apse lojlari gözlendi. Histerektomi, apse drenajı, bridektomi yapıldı. Postoperatif takiplerinde klinigi hızla düzelen hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Sezaryen ile myomektomi yapma karari verirken hasta özelinde değerlendirmek ve gelişebilecek komplikasyonlari göz önünde bulundurmak gerekir. Özellikle batın içi enfeksiyon ve sepsis durumunda antibiyoterapiye yanıt alınmaması ve pelvik ağrı şikayetinde gerileme olmaması üzerine yapılan relaparotomide barsak, üreter gibi pelvik organlara hasar vermeden enfektif dokularin rezeksiyonu, bridektomi ile yapışıklıkların açılıp pelvisin doğal anatomik düzene getirilmesi ileride oluşabilecek kronik pelvik ağrının önlenmesinde de rolü vardır.

Laparoskopik Endometriozis Cerrahisinde İzole Vulva Amfizemi

Mert Talay[1], Meltem Çırak[1]
[1]T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Laparoskopik endometriozis cerrahisinde diseksiyonlar nedeniyle oluşabilecek komplikasyonların önceden tanınması ile vaka esnasında ve sonrasında karşılaşılan durumlar daha kolay yönetilebilir. Endometriozis gibi hastalıklarda normalden daha fazla doku diseksiyonu gerekebilir ve sonucunda vakamızda olduğu gibi periton altına gaz sızarak izole vulva ödemine neden olabilir. Bu vaka sunumunun amacı da abdominal laparoskopik jinekoloji cerrahilerinde gelişebilen komplikasyonlardan biri olan izole vulva amfizemini göstermek ve meslektaşlarımızın bunu tanımalarını sağlayarak kendi tecrübeleri esnasında benzeri ile karşılaşmaları halinde durum yönetimlerine yardımcı olabilmektir.
Olgu: 46 yaş kadın hasta, vajinal doğum, bilinen huzursuz bacak sendromu dışında hastalığı, geçirilmiş operasyonu ve kullandığı ilacı yoktu. Hastanemize adet dönemlerinde fazla kanama ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Dış merkez takiplerinde 1 yıl önce takılmış ve halen bulunan mirena öyküsü vardı, smear ve probe küretaj patoloji raporunda malignite bulgusu yoktu. IV kontrastlı pelvik MR raporunda uterusta en büyüğü 45x37 mm olan multIple myomlar ve adenomyozis, sol overde 12 mm hemorajik natürde kist olduğu yazılıydı. Spekulum ile collum multipar vasıfta, bimanuel muayene olağandı. TVUSG ile mirena uterin kavitede, uterusta en büyüğü corpus posteriorda 51 mm olmak üzere multIple myomlar izlendi. Sol overde 37 mm endometrioma ile uyumlu kistik yapı izlendi. Hastaya tedaviye dirençli anormal uterin kanama ve endometrioma endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi, bilateral salpenjektomi ve sol over kist eksizyonu planlandı. Operasyona başlandığında batın içi adezyonlar ve batın arka duvarındaki parietal periton dahil yaygın endometriotik odaklar izlendi. Uterus, tuba ve overler birbirine ve batın içerisine dens yapışıktı. Keskin ve künt diseksiyonlar ile adezyonlar ayrıştırılarak total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. Vaka sırasında piyes çıkarıldıktan sonra sağ labium majusta spontan cilt altı amfizem gelişti. Palpasyon ile krepitasyon alınıyor ve labium içerisindeki gaz batın içerisine geri boşaltılabiliyordu. Pnömoperitoneum bittikten sonra labium içerisindeki gaz aynı şekilde boşaltıldı ve labium eski haline getirildi. Ligamentum rotundum uterustan başlayıp inguinal kanaldan geçerek labium majusta sonlanan bir bağdır. Jinekolojik cerrahilerde bu bağ kesilir, gerekli diseksiyon yapılır. Özellikle endometriozis hastalığı bulunanlarda ihtiyaç duyulan fazla diseksiyon sonrası basınç etkisi ile peritoneal boşluklar oluşabilir. Pnömoperitoneum için kullanılan batın içerisindeki gaz da inguinal kanalı kullanarak labium majusa ulaşabilir ve spontan amfizem yaratabilir.
Sonuç: Bu tip bir komplikasyon doku diseksiyonu yapılan hastalarda görülebilir, zararsız ve hızlı şekilde geri döndürülebilirdir. Hangi hastalarda karşılaşabileceğimizi öngörmek, karşılaşıldığında tanımak ve yönetebilmek gerekir.

TeleRehabilitasyon ile Gebelikle İlişkili Pelvik Kuşak Ağrısının Yönetimi: Vaka Sunumu

Esra Karacan[1]

[1]Serenite Sağlıklı Yaşam Merkezi, Kırklareli

Giriş: Pelvik Kuşak Ağrısı (PKA), gebelerin günlük aktivitelerini sınırlayabilen ve yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilen oldukça yaygın bir durumdur. PKA'nın hormonal değişikliklerle, bağ doku gevşekliğiyle, lumbopelvik istikrarın değişmesiyle ve biyomekanik değişikliklerle ilişkilendirildiği düşünülmektedir. Pelvik taban disfonksiyonu ile PKA arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar, orantılı bir ilişki olduğunu göstermiştir. Son çalışmalar, musküloskeletal bozukluklar ve ağrı yönetimi için geleneksel yüz yüze rehabilitasyona karşı tele-rehabilitasyonun karşılaştırılabilir bir alternatif olarak vurgulanmış, dijital uygulamaların çeşitli sağlık sorunlarının çözümünde etkili olduğunu vurgulamıştır. Bu makale, PKA tedavisi için tele-rehabilitasyon modelini incelemek amacıyla vaka çalışmalarını değerlendirmektedir.

Olgu: Olgu I: 28 yaşında, 26 haftalık hamile hasta, Olgu II: 32 yaşında, 28 haftalık hamile hasta

Her iki hasta da PKA yaşamış ve günlük aktivitelerdeki zorluklar nedeniyle evlerini terk etmekte tereddüt etmiş, ulaşım zorlukları nedeniyle uzaktan fiziksel terapi danışmanlığı aramıştır. Her iki olguda da jinekoloji ve obstetrik alanında uzman bir doktor tarafından muayene ve yönlendirme yapıldıktan sonra bir fizyoterapist tarafından değerlendirmeler gerçekleştirildi. Tedavi yaklaşımı, haftada bir gerçek zamanlı video oturumları ve günde 15-30 dakikalık ev egzersizlerinin sağlanmasıyla altı hafta süren bir süreç içeriyordu. Tedavi planı, germe, gevşeme, stabilizasyon, kendi kendine mobilizasyon teknikleri, kas enerjisi teknikleri, pelvik taban kas eğitimi ve öneriler gibi yöntemleri içeriyordu. Hastaların ağrı değerlendirmesi Görsel Analog Skala (VAS) ile değerlendirildi ve ağrının işlev üzerindeki etkisi Pelvik Kuşak Anketi (PKA) ile değerlendirildi. Her iki hasta da oturumları tamamladı. Olgu I'de VAS ağrı puanı üçüncü oturumda 2/10'a ve son oturumda aktiviteler sırasında ağrıda iyileşme ile 0/10'a düştü. Pelvik Kuşak Anketi (PKA) skorları %68'den %12'ye düştü. Olgu II'de, yatak geçişlerindeki VAS skorları üçüncü oturumda 7/10'dan 0/10'a düştü ve PKA skorları %58'den %8'e düştü.

Sonuç: Uzaktan değerlendirme ve tedavi planlamasına rağmen, bu yaklaşım ağrıyı azaltmada ve işlevi geri kazanmada başarılı oldu. Bu vaka çalışması, gebelikle ilişkili pelvik kuşak ağrısı olan hastalar için bir tedavi seçeneği olarak tele-rehabilitasyonun düşünülmeye değer bir seçenek olabileceğini önermektedir. Tele-rehabilitasyon, erişilebilirlik ve maliyet etkinliği açısından önemli faydalar sunar, bu nedenle uzman fizyoterapistler tarafından düşünülmeye değer bir seçenek olarak kabul edilmelidir. Ancak, daha büyük randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kronik Pelvik Ağrıda Pelvik Taban Egzersizleri ile Kombine Edilen Nefes Egzersizlerinin Klinik Etkileri: Vaka Sunumu

Merve Can Kalan[1], Zuhal Didem Takinacı[2], Pelin Özdemir[3]

[1]İstanbul Topkapı Üniversitesi, Plato Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Bölümü, İstanbul

[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

[3]İstanbul SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

Giriş: Kronik pelvik ağrı (KPA) biyolojik ve psikososyal fenomenin karmaşık etkileşimi olan kompleks bir durumdur. Bundan dolayı multimodal tedavi yaklaşımlarının tercih edilmesi önerilmektedir ve pelvik fizyoterapi en önemli non-farmakolojik seçeneği oluşturmaktadır. Burada, KPA tanısı ile rehabilitasyona yönlendirilen bir hasta sunulmaktadır.

Olgu: 24 yaşında kadın hasta bekar, lisans mezunu ve ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Hasta Ekim 2018 tarihinde endometriosiz tanısı almış ve sağ overde bening tarzda kistik lezyonu bulunmaktadır. Hastanın dismenore ve karın, sağ kasık, vajina ve özellikle vücudunun sağ yarısında ağrı şikayetleri vardır. Doktoru medikal tedaviye (Visanne 2 mg) başladıktan ve gerekli tetkikleri yaptıktan sonra KPA tanısı ile rehabilitasyona yönlendirmiştir. KPA hastanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir. Hasta, yaşamakta olduğu ağrıdan dolayı işlerini yapmakta zorlandığını; enerjisinin düşük, ruh halinin kötü olduğunu ifade etmektedir. Rehabilitasyona yönlendirilen hastaya, tedavi öncesinde ve sonrasında 2 kez değerlendirme yapılmıştır. Hasta, poliklinikte pelvik taban germe egzersizleri ile kombine nefes egzersizleri verilerek takip edilmiştir. Bu rehabilitasyon programı haftada 2 gün ve 8 hafta boyunca uygulanmıştır. Tedavinin başında hastanın demografik bilgisi (boy:160cm; kilo:76kg; VKİ:29,6) kaydedilmiştir. Ağrı, McGill Ağrı Kısa Formu (MAÖ-KF) ile değerlendirilmiştir. MAÖ-KF'nin birinci bölümünde toplam 37 puan *(duyusal ağrı puanı: 30; algısal ağrı puanı:7)*, ikinci bölümde mevcut ağrısının şiddetini ''korkunç'' ve üçüncü bölümde ağrı yoğunluğunu 9 olarak tanımlamıştır. Pelvik Taban Kas Aktivitesi (PTKA) ölçümü, sEMG NeuroTrac myoplus (Verity Medical Ltd, UK) cihazı ile ölçülmüştür. Çalışma (work) ve dinlenme (rest) EMG aktivitesinin ortalama değerleri sırayla 8,7 ve 5,5 µV olarak kaydedilmiştir. Pelvik taban fonksiyon bozukluğu, Global Pelvik Taban Rahatsızlık Anketi (GPTRA); hastanın fonksiyonel kısıtlılığı Pelvik Ağrı Etki Anketi (PAEA) ile değerlendirilmiş ve hasta 14'er puan almıştır. Son olarak hastanın mental sağlığı Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği (DASS21) ile değerlendirilmiştir ve buna göre depresyon 21, anksiyete 17 ve stres 17 puan olarak kaydedilmiştir. Tedavinin sonunda hasta 2. kez değerlendirilmiştir. Buna göre hastanın ağrı şikayeti: MAÖ-KF birinci bölümünde 6 puan *(duyusal ağrı puanı: 4; algısal ağrı puanı:2)*, ikinci bölümde mevcut ağrısının şiddetini ''hafif ''ve üçüncü bölümde ağrı yoğunluğunu 3 olarak tanımlamıştır. PTKA çalışma ve dinlenme EMG aktivitesinin ortalama değerleri sırayla 9,4 ve 2,9 µV kaydedilmiştir. GPTRA'den 3 puan; PAEA'den 5 puan ve DASS21'e göre depresyon 8, anksiyete 5 ve stres 7 puan almıştır.

Sonuç: Hastaya uygulanan kombine egzersizlerinin hastanın ağrı şikayetinin ve fonksiyonel kısıtlılıklarının azalmasında ve mental sağlığında olumlu etkileri görülmüştür. Hastada pelvik taban çalışma aktivitesinde artış ve dinlenme aktivitesinde azalma görülmüştür. Pelvik tabandaki bu değişim nefes egzersizlerin otonom sinir sisteminin dengeli çalışmasına ve gevşemeye katkısına bağlanabilir.

Koksidini Tanısı Almış Hastada Pelvik Taban Kas Rehabilitasyonunun Etkinliği

Melis Ünal[1], Halil Tuğtepe[1]
[1]Uropelvic Solutions, Pelvik Taban Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul
[1]Tuğtepe Çocuk Ürolojisi ve Cerrahisi Kliniği, Uropelvic Solutions, Pelvik Taban Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul

Giriş: Koksidini veya kuyruk sokumu ağrısı omurganın alt ucundaki kemik yapının (koksiks) içinde veya çevresinde meydana gelen ağrıları tanımlamaktadır. Semtomların yönetilmesinde medikal ve fizik tedavi yaklaşımları ve algoloji yöntemleri bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı koksidini tanısı almış hastada pelvik taban kas (PTK) rehabilitasyonunun etkinliğini araştırmaktır.
Olgu: 02.01.2023 tarihinde kliniğimize dahiliye ve üroloji bölümü yönlendirilmesi ile gelen 26 yaşındaki erkek hasta 5-6 ay önce oturma sırasında kuyruk sokumunda başlayan ağrıdan ve konstipasyondan şikayetçiydi. Hasta ağrının seviyesi gün içinde değiştiğini, oturma sonucunda arttığını tanımlıyordu. Aynı zamanda hastanın konstipasyon ve defekasyon sırasında ağrısı vardı. Demografik özellikleri incelendiğinde 176 cm, 65 kg, bekar, online çalışan profil karşımıza çıkıyordu. Hastanın bir tedavi ya da cerrahi geçmişi bulunmuyordu fakat kronik hipotiroidi olduğu ve daha önce anskiyete ve gelecek kaygısı ile ilgili problemler yaşadığı biliniyordu. Hastanın idrar tahlili ve kültürü, kolonoskopi sonuçları ve nörolojik değerlendirmesi normaldi. Ultrasonografide puborektal kas dissinerjisi gözlenmişti. EMG- üroflov testinde ise hem miksiyon sırasında PTK aktivasyonu hem de stakkato miksiyon paterni ortaya çıkmıştı. Ayrıca üroflov sonrası rezidu idrar miktarı anlamlı bulunmuştu. Hastanın mesane ve bağırsak günlükleri, üroflov eğrisi, PTK kuvvet, fonksiyon ve aktivasyonu, postürü, ağrı skalası, depresyon anketi hem tedavi öncesi hem de sonrası ilgili hekim ve fizyoterapist tarafından değerlendirilmiştir. Hasta toplamda 10 hafta, haftada 1 fizyoterapi seanslarına katılmıştır. Seansların içeriğinde hasta eğitimi, manuel terapi teknikleri, PTK ve diyafram solunum egzersizleri, beden farkındalığı çalışmaları bulunmaktadır. Seans programları ev egzersizleri düzenlenerek desteklenmiştir. Ayrıca hasta yönlendirme yapılarak 12 hafta süren mindfullness eğitimine katılmıştır. Kaygılı yapısından dolayı psikoloğa da yönlendirilmiştir fakat kişisel tercihlerinden dolayı gitmek istememiştir. Tedavi sürecinde hekim tarafından konstipasyona yönelik laksatif tedavisi başlanmıştır.
Sonuç: Koksidini problemi yaşayan hastada biyopsikososyal bir yaklaşımı içeren PTK rehabilitasyonunun uygulanmasının ağrı ve konstipasyon semptomları azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızda tedavi sonrasında kabızlık semptomlarında, ağrı ve depresyon skalasında, üroflov bağırsak günlüğü parametrelerinde olumlu yönde gelişmeler olduğu gösterilmiştir. Limitasyonlar arasında tedavi sonrası endoanal ultrasonografi yapılmamış olması ve ağrının çok sübjektif bir yöntem ile değerlendirilmesi bulunmaktadır. Hastanın psikolojik destek almayı reddetmesi bir diğer limitasyon olurken, mindfullness ve meditasyon gibi yöntemleri hayatına dahil etmesi güçlü yanlarını oluşturmaktadır. Medikal tedavi, fizik tedavi yaklaşımları ve meditasyon yöntemlerinin birleşmesi ile kişinin yaşam kalitesinde artış, depresyon ölçeğinde azalma gözlenmiştir.

Total Laparoskopik Histerektomide Batına İlk Giriş Komplikasyonlarından Bağırsak Perforasyonu ve Sonrasında Atelektazi Yönetimi Olgu Sunumu

Can Tercan [1], Elif Şağban Gedik[1]
[1]T.C.Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Histerektomi vajinal, abdominal laparoskopik tekniklerle yapılabilmektedir ve bu yöntemlerin birbirlerine çeşitli üstünlükleri bulunmaktadır. Total laparoskopik histerektominin(TLH) komplikasyonları arasında, laparoskopi ve histerektomi sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar yer almaktadır. Başlıca komplikasyonlar arasında atelektazi, bağırsak, mesane, üreter gibi organlarda hasarlanma, pulmoner emboli, vajinal kaf dehisansı yer alır. Vaka sunumunda total laparoskopik histerektomi sonrası 1.günde fark edilen bağırsak perforasyonu ve takiben atelektazinin yönetimi ile ilgili tecrübelerimizi paylaşmak amaçlanmaktadır.

Olgu: 46 yaşında 1 sezaryen doğumu olan hasta anormal uterin kanama (AUK) şikâyetiyle hastanemize başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastamıza yapılan transvajinal ultrasonografide (TVUSG) endometrial polip saptanmıştır. Tekrarlayan polip rezeksiyon öyküsü ve tedaviye dirençli anormal uterin kanama öyküsü nedenli total laparoskopik histerektomi ,bilateral salpingooferektomi kararı ile operasyon gerçekleştirildi ve intraoperatif erken komplikasyon izlenmedi.Postoperatif birinci gün akut batın bulguları ve akut faz reaktanı yüksekliği (AFR) olması üzerine transvajinal ultrasonografi yapıldı.Douglas'ta 8*7cm mayi izlendi.Tomografi ürografiyle ürolojiye danışılan hastada mesane perforasyonu düşünülmemesi üzerine tanısal laparoskopiye geçildi.Gözlemde batında yaygın safralı mayi izlendi. Mesanede kaçak izlenmedi. Üreterler salim izlendi. Devamında perioperatif genel cerrahi dahil oldu, laparotomi kararı alındı. Göbek altı ve göbek üstü median insizyonu ile batına girildi. Treitz 60.cm perfore alan izlendi.10cm ince bağırsak segmenti rezeksiyonu yapıldı. Lineer cutter ile yan-yan anastomoz yapıldı. Postoperatif anastomoz kaçağı izlenmeyen hastada tazocin, flukanozol, teikoplanin antibiyoterapisine rağmen dirençli akut faz reaktanı yüksekliği devam etmekteydi. Postoperatif üçüncü gününde başlayan nefes darlığı şikâyeti üzerine göğüs hastalıklarına danışıldı. Çekilen pulmoner tomografisinde bilateral efüzyon, atelektazi izlendi. Hastaya postoperatif on birinci günde sol hemitoraksa pleuracan yerleştirildi. 900 cc boşaltıldı. Drenaj sonrası akut faz reaktanlarında anlamlı azalma ve klinik iyileşme izlendi. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Sonuç: Total laparoskopik histerektominin laparoskopik ve histerektomiye bağlı komplikasyonları akılda tutulmalıdır. Zincirleme gelişebilecek komplikasyonların erken tespiti ve yönetiminde multidisipliner yaklaşımın gerekliliği unutulmamalıdır.

" Bütünsel Yaklaşım "

Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar

— Uluslararası Katılımlı Kongre —

Pelvik Taban Egzersiz Eğitimi ve Atölye Çalışması

Tarih: 6 Ekim 2023 **Saat:** 10.00 - 16.00

Yer: Yeditepe Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Laboratuvarı

Eğitmenler: **Uzm. Fzt. Burçin Özyürek**
Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri Pelvik Taban Merkezi

Dr. Öğretim Üyesi Özdal Ersoy
Acıbadem Hastanesi Atakent

Bu atölye çalışması, mezun olmuş fizyoterapistlerin Pelvik Taban Egzersiz Eğitimine dair deneyimlerinin arttırılması amacıyla düzenlenmiştir.

PROGRAM AKIŞI

PELVİK TABAN EĞİTİMİ VE ATÖLYE ÇALIŞMASI

1. GİRİŞ
2. PELVİK TABAN İLE İLİŞKİLİ OLABİLECEK DURUMLAR
3. PELVİK TABAN BÖLGESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
4. PELVİK TABAN İLE İLİŞKİLİ OLABİLECEK DURUMLARDA FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON
5. PELVİK TABAN EGZERSİZ ATÖLYESİ
6. VAKA ÖRNEKLERİ VE TARTIŞMA

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ

TÜBİTAK