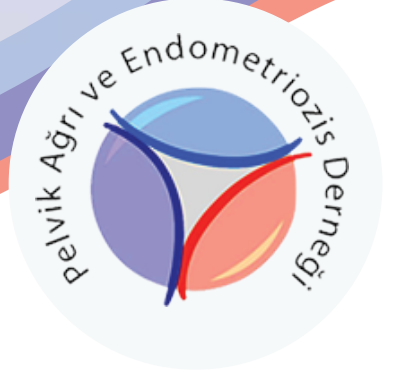




Ekim 2020 E-Bülten Sayı: 1

*Covid-19 pandemisinde çalışan
tüm sağlık personellerine
teşekkür ederiz.*

Bu Sayımızda;

- **MAYIS AYI**
Pelvik Ağrı Farkındalık Ayı
- **"KRONİK PELVİK AĞRI"**
Kitabımız Çıktı
- **EVIDENCE BASED ART & PELVIC PAIN**
Kongremiz Ertelendi
- **ENDOMETRIOZIS TEDAVISİNDE
GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**
- **ENDOMETRIOZIS HAKKINDA
MERAK EDİLEN SORULAR VE
CEVAPLARI**



info@paed.org.tr
www.paed.org.tr
0 (216) 359 6264
Küçükbakkalköy Mah. Albay Sok. No:24
Ataşehir/İstanbul

Daha Fazlası^{1,2} için harekete geç



Referanslar

1. Andersen AN, et al. Hum Reprod., 2006, Dec;21,12:3217-27
2. Frydman R, et al. Hum Reprod. 2000 Mar;15(3):520-5

GONAL-f® 300 IU/0.5 ml, 450 IU/0.75 ml, 900/1.5 ml kullanıma hazır dolu enjeksiyon kaleminde enjeksiyonluk çözelti. GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram), 450 IU/0.75 ml, 1050 IU/1.75 ml enjeksiyonluk çözelti için toz ve çözücü. Etkin madde: Her bir kartuş, etkin madde olarak 300, 450 ve 900 IU'ya eşdeğer sırasıyla 22, 33 ve 66 mikrogram follitropin alfa (rekombinant folikül stimulan hormon (FSH)) içerir. Her bir çok dozlu flakon, etkin madde olarak 75, 600 ve 1200 IU'ya eşdeğer sırasıyla 5.5, 44 ve 87 mikrogram follitropin alfa (rekombinant folikül stimulan hormon (FSH)) içerir. **Endikasyonlar:** Klonifen sitrat ile tedaviye cevap vermemiş kadınlarda anovulasyon durumunda [polikistik over hastalığı (PKOS) dahil]; in vitro fertilizasyon (IVF), gamet intra fallopian transfer (GIFT) ve zigot intra fallopian transfer (ZIFT) gibi yardımcı üreme teknolojileri (ART) için süperovulasyon yapılan hastalarda multifoliküler gelişimin uyarılmasında; ciddi LH ve FSH eksikliği olan kadınlarda foliküler gelişimin uyarılması için luteinizan hormon (LH) preparatı ile birlikte önerilir. Bu hastalarda endojen serum LH düzeyi <1.2 IU/L olarak tanımlanmıştır. GONAL-f®, doğuştan veya edinsel hipogonadotropik hipogonadizm gösteren erkeklerde, spermatogenez stimülasyonu için, insan koriyonik gonadotropin'i (hCG) tedavisiyle birlikte endikedir. **Kontrendikasyonlar:** Follitropin alfa'ya, FSH'ye veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı önceden aşırı duyarlılık; hipotalamus ve hipofiz tümörleri; polikistik over hastalığının kaynaklanmayan yumurtalık büyümesi veya kisti; etiyolojisi bilinmeyen jinekolojik kanamalar; yumurtalık, rahim veya göğüs kanseri; gebelik ve laktasyon. Aşağıdaki durumlarda etkili bir cevap alınmadığı takdirde kontrendikedir: Primer over yetmezliği; cinsel organların gebelikle uyumsuzluk yaratan malformasyonları; rahmin gebelikle uyumsuzluk yaratan fibroid tümörleri; primer testis yetersizliği. **Pozoloji ve Uygulama şekli:** Tedavi problemlerin tedavisinde uzman bir hekimin gözetimi altında başlatılmalıdır. GONAL-f® subkutan uygulama için hazırlanmıştır. **Anovulatuvar kadınlarda (PKOS dahil):** Adet gören hastalarda, tedaviye menstrüasyon devresinin ilk 7 günü içerisinde başlanmalıdır. Genel olarak günlük 75-150 IU FSH ile başlanır ve yeterli, ancak aşırı olmayan, bir cevap almak için gerektiğinde 7 veya tercihen 14 günlük aralıklarla 7 veya tercihen 14 günlük aralıklarla artırılır. Tedavi, ultrason ile folikül boyutunun ve/veya östrojen ölçümü ile değerlendirilerek, hastanın tedaviye bireysel olarak verdiği cevaba göre ayarlanmalıdır. Günlük maksimum doz genellikle 225 IU FSH'den daha yüksek değildir. Eğer hasta 4 haftalık tedaviden sonra yeterli cevabı vermezse, o siklusu bırakılmalı ve hastaya ibraktığı sikluskatından daha yüksek bir başlama dozuyla tedaviye yeniden başlanmalıdır. Optimal cevap alındıktan sonra, GONAL-f® enjeksiyonundan sonraki 24-48 saat içerisinde 250 mikrogram r-hCG ya da 5000-10 000 IU'ya kadar tek bir hCG enjeksiyonu yapılmalıdır. Hastaya, hCG uygulamasının yapıldığı gün ve bir sonraki gün cinsel birleşimde bulunması tavsiye edilir. Alternatif olarak, intrauterin inseminasyon (IUI) yapılabilir. Tedaviye aşırı cevap alındığı takdirde, tedavi durdurulmalı ve hCG uygulanmamalı; bir sonraki siklusta, bir önceki siklusun dozajından daha düşük bir dozajla tedaviye tekrar başlanmalıdır. **In vitro fertilizasyon ve diğer yardımcı üreme teknolojileri öncesi çoğul foliküler gelişme için over stimülasyonu yapılan kadınlarda:** Siklusun 2. veya 3. gününde günlük 150-225 IU GONAL-f® ile başlanır. Yeterli folikül gelişimi elde edilene kadar genellikle günlük 450 IU'nun üzerine çıkılmayacak şekilde, hastanın tedaviye verdiği cevaba göre ayarlanan dozaj ile tedaviye devam edilir. Kesin foliküler olgunlaşmayı başlatmak için, son GONAL-f® enjeksiyonundan sonraki 24-48 saat içerisinde 250 mikrogram r-hCG ya da 5000-10 000 IU'ya kadar hCG tek bir enjeksiyonda yapılır. **Ciddi LH ve FSH eksikliği bağlı anovulasyonlu kadınlarda:** Lutropin alfa ile birlikte GONAL-f® tedavisinin amacı, hCG uygulandıktan sonra, yumurtlamının gerçekleşeceği tek bir olgun Graff folikülü geliştirmektir. GONAL-f®, Lutropin alfa ile aynı anda günlük enjeksiyonlar halinde verilmelidir. Bu hastalar amenoreik olduklarından ve düşük endojen östrojen salgısına sahip olduklarından, tedaviye her zaman başlanabilir. Genel olarak önerilen bir tedavi rejiminde tedaviye günlük 75 IU lutropin alfa ve 75-150 IU FSH ile başlanır. FSH dozunda artış gerektiği düşünülürse, doz tercihen 7-14 günlük aralıklarla ile ve tercihen 37.5-75 IU'luk basamaklarla artırılır. Stimülasyon süresi herhangi bir siklusta 5 haftaya kadar uzatılabilir. Optimal cevap alındıktan sonra, GONAL-f® ve lutropin alfa enjeksiyonundan sonraki 24-48 saat içerisinde 250 mikrogram r-hCG ya da 5000-10 000 IU'ya kadar tek bir hCG enjeksiyonu yapılmalıdır. Hastaya, hCG uygulamasının yapıldığı gün ve bir sonraki gün cinsel birleşimde bulunması önerilir. Alternatif olarak, intrauterin inseminasyon (IUI) yapılabilir. Tedaviye aşırı cevap alındığı takdirde, tedavi durdurulmalı ve hCG uygulanmamalı. Tedaviye, bir sonraki siklusta, bir önceki siklusun dozajından daha düşük bir dozajla tekrar başlanmalıdır. **Hipogonadotropik hipogonadizm'i erkeklerde:** GONAL-f® en az 4 ay boyunca haftada üç defa 150 IU dozda ve hCG ile bir arada verilmelidir. Eğer bu dönemden sonra, hasta cevap vermemişse, kombine tedaviye devam edilebilir; mevcut klinik deneyimler spermatogenez üslamak için en az 18 aylık tedavinin gerekli olabileceğini göstermektedir. **Özel kullanım uyarıları ve önlemleri:** Kadınlarda GONAL-f®'in etkili ve emniyetli kullanımı, düzenli olarak ultrason ile over cevabının izlenmesi, tercihen beraberinde serum estradiol düzeylerinin ölçümünü gerektirir. Tedavi amacına uygun, etkili en düşük doz kullanılmalıdır. Porfiri: Septanması ya da kötüleşmesi durumunda GONAL-f® tedavisinin kesilmesi gerekebilir. Kadınlarda tedavi: Tedaviye başlanmadan önce, hastalar özellikle hipotroidizm, adrenokortikal bozukluklar, hiperprolaktinemi ve hipofiz veya hipotalamik tümörler açısından değerlendirilmeli ve uygun tedavi verilmelidir. Foliküler gelişme için stimülasyon tedavisi uygulanan hastalar, bir hiperstimülasyon gelişimi veya yumurtalık büyümesine maruz kalabilir. Lutropin alfa ile birlikte uygulandığında, GONAL-f®'e karşı over hassasiyetinde artma görülmüştür. Ovaryen hiperstimülasyon sendromu (OHSS) riskli hastalar yakından takip edilmelidir. Eğer ciddi OHSS meydana gelirse, gonadotropin tedavisi kesilmeli, şayet hâlâ devam ediyorsa hasta hospitalize edilmeli ve OHSS için özel tedavi başlatılmalıdır. GONAL-f® ile ovulasyon indüksiyonu yapılan hastalarda, çoğul gebelik insidansı, doğul gebelikte karşılaşıldığından artmıştır. Tedaviye başlanmadan önce hastalar potansiyel çoğul gebelik riski konusunda uyarılmalıdır. Foliküler gelişimin stimüle edildiği hastalarda düşük gelişmesi sonucu gebelik kaybının oranı, normal gebelik kayıplarından daha fazladır. Tubal hastalık hikayesi olan kadınlarda, dış gebelik riski vardır. İnfertil kadınlarda gonadotropin tedavisinin üreme sistemi neoplazilerinin bazal riskini artırıp artırmadığı henüz saptanmamıştır. ART'ın sonra, parental özelliklerin farklılığına (anne yaşı, sperm özellikleri vs.) ve çoğul gebeliklere bağlı olarak, konjenital malformasyonların sıklığı spontan gebeliğe göre biraz daha yüksek olabilir. Tromboembolik olaylar için kişisel veya aile öyküsü gibi genellikle bilinen risk faktörleri olan kadınlarda, gonadotropin tedavisi bu riski artırabilir. Erkeklerde tedavi: Yüksek endojen FSH düzeyleri primer testis yetersizliğinin işaretidir. Böyle hastalar GONAL-f®/hCG tedavisine cevap vermezler. Tedavinin başlanğından 4-6 ay sonra, cevabı değerlendirilerek için sperm analizi yapılması önerilir. **Gebelik, laktasyon ve araç kullanma:** Gebelikte kullanım kategorisi X'dir. Gebelikte bu ilaca maruz kalındığında, hFSH'a bağlı teratojenik etki olmadığının söylenmek için yeterli veri yoktur. GONAL-f®, emzirme döneminde kullanılabilir. Araç ve makine kullanmaya etkileri üzerine çalışma yapılmamıştır. **Diğer tıbbi ürünler ile etkileşimler ve diğer etkileşim şekilleri:** GONAL-f® ovulasyonu stimüle eden diğer ilaçlarla (ör. hCG, Klonifen sitrat) birlikte kullanıldığında foliküler cevaptan artışı gözlemlenir, bunun yanında, hipofizer desensitizasyonu indüklemek için GnRH agonisti ya da antagonist ile birlikte kullanılması, yeterli dercede over cevabı almak için ihtiyaç duyulan GONAL-f® dozajını artırabilir. **İstenmeyen etkiler:** Çok yaygın (>1/10) ve yaygın (>1/100 ila <1/10) gözlenen yan etkiler şunlardır: Kadınlarda: Çok yaygın: Baş ağrısı, over kistleri/hafif-ciddi enjeksiyon yeri reaksiyonları (ağrı, kızamıklık, morarma, enjeksiyon yerinde şişlik ve/veya iritasyon). Yaygın: Abdominal ağrı, bulantı, kusma ve ishal, abdominal kramplar ve şiddetli gastrointestinal semptomlar (ilgili belirtiler de dahil olmak üzere) hafif-ciddi OHSS. Erkeklerde: Çok yaygın: Hafif-ciddi enjeksiyon yeri reaksiyonları (ağrı, kızamıklık, morarma, enjeksiyon yerinde şişlik ve/veya iritasyon). Yaygın: Akne, jinekoma, varikozel, kilo artışı. **Doz aşımı:** GONAL-f®'in aşırı doz etkileri bilinmemektedir, yine de ovaryen hiperstimülasyon sendromunun oluşması beklenebilir. **Saklamaya yönelik özel tedbirler:** GONAL-f® 300 IU/0.5ml, 450 IU/0.75ml (08.02.2006-11/27), GONAL-f® 450 IU/0.75ml (08.02.2006-11/28), GONAL-f® 900 IU/1.5ml (08.02.2006-11/26). **Enjeksiyonluk toz ve çözücü:** GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram) enjeksiyonluk çözelti için toz ve çözücü: 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında ve ışıktan korumak için orijinal ambalajında saklayınız. Raf ömrü 36 aydır. İlk açılmayı ve sulandırılmayı takiben hemen ve tek kullanımı içindir. Durumdaymış. GONAL-f® 450 IU/0.75 ml, GONAL-f® 1050 IU/1.5 ml enjeksiyonluk çözelti için toz ve çözücü: 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında ve ışıktan korumak için orijinal ambalajında saklayınız. Raf ömrü 24 aydır. Sulandırıldıktan sonra, 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında en fazla 28 gün içinde kullanınız. Dondurmayınız. **Ambalajın niteliği ve içeriği:** Enjeksiyon kalemi: GONAL-f® 300 IU/0.5ml: 1 adet kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi ve 8 uygulama iğnesi, GONAL-f® 450 IU/0.75ml: 1 kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi ve 12 uygulama iğnesi, GONAL-f® 900 IU/1.5ml: 1 kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi ve 20 uygulama iğnesi. **Enjeksiyonluk toz ve çözücü:** GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram) enjeksiyonluk çözelti için toz ve flakonda 2 ml ya da kullanıma hazır şırıngada 1 ml çözücü. GONAL-f® 450 IU/0.75 ml enjeksiyonluk çözelti için toz ve kullanıma hazır şırıngada 1 ml çözücü+6 tek kullanımlık şırınga GONAL-f® 1050 IU/1.5 ml enjeksiyonluk çözelti için toz ve kullanıma hazır şırıngada 2 ml çözücü+15 tek kullanımlık şırınga. **Ruhsat tarihi-No:** Kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi: GONAL-f® 300 IU/0.5ml (08.02.2006-11/27), GONAL-f® 450 IU/0.75ml (08.02.2006-11/28), GONAL-f® 900 IU/1.5ml (08.02.2006-11/26). **Enjeksiyonluk toz ve çözücü:** GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram) (31.05.1999-106/10), GONAL-f® 450 IU/0.75 ml (31.12.2003-115/16), GONAL-f® 1050 IU/1.5 ml (05.01.2004-115/17). **Ruhsat sahibi:** Merck İlaç Eczacı ve Kimya Tic. A.Ş., Atatürk Mah. Ertuğrul Gazi Sok. Metropol İstanbul Sit. C2 Apt. No: 2/A 20 Ataşehir/İstanbul. **KUB onay tarihi:** Kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi: GONAL-f® 300 IU/0.5 ml : 02.01.2019, GONAL-f® 450 IU/0.75 ml : 18.03.2019, GONAL-f® 900 IU/1.5 ml : 02.01.2019. Enjeksiyonluk toz ve çözücü: GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram) : 08.04.2015, GONAL-f® 450 IU/0.75 ml : 02.01.2019, GONAL-f® 1050 IU/1.75 ml : 02.01.2019. **KDV dahil perakende satış fiyatı (24.03.2020 itibarıyla):** GONAL-f® 75 IU (5.5 mikrogram) 1 Flakon 134,12 TL, GONAL-f® 450 IU 1 Flakon 883,54 TL, GONAL-f® 1050 IU 1 Flakon 1.623,17 TL, GONAL-f® 300 IU kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi 481,32TL, GONAL-f® 450 IU kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi 712,01 TL, GONAL-f® 900 IU kullanıma hazır dolu enjeksiyon kalemi 1.386,42TL. Reçete ile satılır. Daha geniş bilgi için firmamıza başvurunuz.

Sağlık meslek mensupları için hazırlanmıştır.

Merck İlaç Eczacı ve Kimya Tic. A.Ş.

Atatürk Mah. Ertuğrul Gazi Sok. Metropol İstanbul Sitesi No: 2A - C2 Blok K:19-20 PK: 34758 Ataşehir / İstanbul
Tel: 0216 578 66 00 pbx Faks: 0216 469 09 22 bilgi@merckgroup.com www.merck.com.tr

Önsöz

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Türkiye’de 2017 yılından beri faaliyet göstermektedir. 2017 yılından beri çok önemli toplantılara, kongrelere, kurslara imza attık. Pelvik ağrının yurt çapında ve dünya genelinde tanınmasına katkıda bulunduk. Kadın sağlığı için önemli çalışmalar yaptık çünkü pelvik ağrı kadınların yaşam kalitesini, cinsel hayatlarını son derece etkilemekte ve sık görülen bir konu. On kadından birinde adet ağrıları da dahil olmak üzere pelvik ağrı sorunu var. Adet ağrılarında genç kızların altından çok büyük sorunlar çıkabiliyor, özellikle endometriozis hastalığı gibi. O nedenle hekime gitmeleri gerekiyor. Bunun farkındalığını oluşturmaya çalıştık. Türkiye’deki faaliyetlerimiz, dernek 2017 yılında kurulmasına rağmen çok daha eskiye dayanmaktadır. Yaklaşık 2010 yılında Türkiye’de ilk defa biz pelvik ağrıyı bilimsel platforma çektik. Sonrasında da 2011 yılında ilk uluslararası kongresini yaptık. Takip eden yıllarda uluslararası büyük kongrelerimiz oldu, hem meslektaşlarımızın farkındalığını hem de dışarıdan gelen yabancı hekimler ile iletişimimiz arttırdık. Böylece yabancı hocaların deneyimlerinden yararlandık. Özellikle Uluslararası Pelvik Ağrı Derneği (IPPS) ile çok güçlü bağlar kurduk. Hatta IPPS’in yönetim kurulunda uzun zamandır çalışmaktayız. Bu çalışmalarımız Covid hastalığı nedeniyle tüm ülke veya dünya genelinde, sistemin yavaşlaması ve sağlık sisteminde olan ağır yüke rağmen devam ediyor. Haziran ayında yapmayı planladığımız kongremizi maalesef ertelemek zorunda kaldık. Ancak bu süreç içerisinde bir bülten oluşturmaya karar verdik. Bu bültenlerimizi düzenlik aralıklarla hazırlayıp hem meslektaşlarımızın bilgisini hem de halkımızın farkındalığını arttırmak için hazırlamaya devam edeceğiz. İlk bültenimizi sizlerin takdirine sunuyoruz. Faydalı olmasını diliyoruz ve gelecek bültenlerde yayınlanmak üzere yazı ve önerilerinizi bekliyoruz. Derneğe olan desteğiniz ve yapmış olduğumuz bilimsel toplantılara olan yoğun katılımlarınız için teşekkür ederiz. Dernek içerisinde görev almak istediğiniz takdirde de yardımlarınızı bekliyoruz.

Bu vesileyle Covid-19 salgını sırasında hayatını kaybeden çok değerli ve kahraman meslektaşlarımızı da saygı ve sevgiyle anıyoruz. Sağlık ordusunun ne kadar önemli olduğu, ne kadar takdire şayan olduğu bu vesileyle bir kez daha ortaya çıktı.

Bültenin hazırlanmasında katkıda bulunan Doç. Dr. Mehmet Sakıncı, Uzm. Fzt. Aygöl Köseoğlu ve Ercan Kurt’a teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Erkut Attar

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği



Prof. Dr. Erkut Attar
Başkan



Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu
Başkan Yardımcısı



Doç. Dr. Özkan Özdamar
Genel Sekreter



Uzm. Fzt. Ayça Aklar Çörekçi
Sayman



Prof. Dr. Rukset Attar
Üye



Uzm. Fzt. Alime Büyük
Üye



Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin
Üye



Prof. Dr. Özay Oral
Üye



Prof. Dr. İbrahim Polat
Üye



Prof. Dr. Erol Tavmergen
Üye



Prof. Dr. Cihat Ünlü
Üye

İçindekiler

1. Seçilmiş makaleler
 - a. Endometriosis
 - b. Diagnosing Deep Endometriosis Using Transvaginal Elastosonography
 - c. The Differential Expression of miRNAs Between Ovarian Endometrioma and Endometriosis-Associated Ovarian Cancer
 - d. Dysmenorrhea and Endometriosis Diagnosis and Management in Adolescents
 - e. Diagnosing Endometriosis by Measuring Plasma Micro Ribonucleic Acids: It May Take a Miracle
2. Endometriozis tedavisinde güncel yaklaşımlar
3. Covid-19 pandemisinde endometriozis hastalarına öneriler
4. Endometriozis hakkında en çok merak edilen sorular ve cevapları
5. Endometriozis dünyasından güncel haberler
6. Mayıs - Pelvik ağrı farkındalık ayı
7. IPPS 2019 Kongresi'nde derneğimiz üyeleri tarafından yayınlanan bildiriler
8. Derneğimizden haberler
9. Dernek etkinliklerimiz
10. Endometriozis ve sanat
11. Bizi takip edin

Seçilmiş Makaleler

Endometriosis

Serdar E. Bulun,¹ Bahar D. Yilmaz,¹ Christia Sison,¹ Kaoru Miyazaki,¹ Lia Bernardi,¹ Shimeng Liu,¹ Amanda Kohlmeier,¹ Ping Yin,¹ Magdy Milad,¹ and JianJun Wei^{1,2}

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois 60611; and

²Department of Pathology, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, Illinois 60611

Abstract

Pelvic endometriosis is a complex syndrome characterized by an estrogen-dependent chronic inflammatory process that affects primarily pelvic tissues, including the ovaries. It is caused when shed endometrial tissue travels retrograde into the lower abdominal cavity. Endometriosis is the most common cause of chronic pelvic pain in women and is associated with infertility. The underlying pathologic mechanisms in the intracavitary endometrium and extrauterine endometriotic tissue involve defectively programmed endometrial mesenchymal progenitor/stem cells. Although endometriotic stromal cells, which compose the bulk of endometriotic lesions, do not carry somatic mutations, they demonstrate specific epigenetic abnormalities that alter expression of key transcription factors. For example, GATA-binding factor-6 overexpression transforms an endometrial stromal cell to an endometriotic phenotype, and steroidogenic factor-1 overexpression causes excessive production of estrogen, which drives inflammation via pathologically high levels of estrogen receptor- β . Progesterone receptor deficiency causes progesterone resistance. Populations of endometrial and endometriotic epithelial cells also harbor multiple cancer driver mutations, such as KRAS, which may be associated with the establishment of pelvic endometriosis or ovarian cancer. It is not known how interactions between epigenomically defective stromal cells and the mutated genes in epithelial cells contribute to the pathogenesis of endometriosis. Endometriosis-associated pelvic pain is managed by suppression of ovulatory menses and estrogen production, cyclooxygenase inhibitors, and surgical removal of pelvic lesions, and in vitro fertilization is frequently used to overcome infertility. Although novel targeted treatments are becoming available, as endometriosis pathophysiology is better understood, preventive approaches such as long-term ovulation suppression may play a critical role in the future. (Endocrine Reviews 40: 1048 – 1079, 2019)

Diagnosing Deep Endometriosis Using Transvaginal Elastosonography

Ding Ding¹ & Yishan Chen¹ & Xishi Liu^{1,2} & Zongqin Jiang³ & Xianjun Cai³ & Sun-Wei Guo^{1,2}

Abstract

Transvaginal ultrasound (TVUS) and MRI are currently two mainstream imaging techniques used to diagnose deep endometriosis (DE) with comparable accuracy, but there is still ample room for improvement. As endometriotic lesions progress to fibrosis concomitant with the increase in tissue stiffness, transvaginal elastosonography (TVESG) is wellsuited for diagnosing DE. To test the hypothesis that lesional stiffness as measured by TVESG correlates with the extent of lesional fibrosis, the markers of progression, hormonal receptor expression, and vascularity, we recruited 30 patients suspected to have DE who went through pelvic examination, TVUS and/or MRI, and TVESG and were ultimately diagnosed by histology. Their lesional tissue samples were subjected to immunohistochemistry analysis of markers for epithelial-mesenchymal transition (EMT), fibroblast-to-myofibroblast transdifferentiation (FMT), estrogen and progesterone receptors (ER β and PR), microvessel density (MVD), and vascularity, as well as quantification of lesional fibrosis. We found that pelvic examination, TVUS, and MRI detected 83.3%, 66.7%, and 83.3% of all DE cases, respectively, while TVESG detected them all. The lesions missed by pelvic exam, TVUS and MRI were significantly smaller than those detected but nonetheless had higher lesional stiffness. Lesional stiffness correlated closely and positively with the extent of lesional fibrosis, negatively with the markers of EMT, MVD, vascularity, and PR expression, but positively with the marker for FMT and ER β . Thus, through the additional use of information on differential stiffness between DE lesions and their surrounding tissues, TVESG improves diagnostic accuracy, provides a ballpark estimate on the developmental stage of the lesions, and may help clinicians choose the best treatment modality.

The Differential Expression of miRNAs Between Ovarian Endometrioma and Endometriosis-Associated Ovarian Cancer

Natsuho Nakamura^{1*}, Yoshito Terai², Misa Nunode¹, Kana Kokunai¹, Hiromi Konishi¹, Sayaka Taga¹, Mayumi Nakamura³, Masae Yoo¹, Masami Hayashi¹, Yoshiki Yamashita⁴ and Masahide Ohmichi¹

Abstract

Background: MicroRNAs (miRNAs) have been implicated to play a vital role in development, differentiation, cell proliferation and apoptosis. However, which miRNAs are actually associated with endometriosis-associated ovarian cancer remains controversial.

Methods: Serum and ascites samples were obtained from all patients. Serum samples from 5 cases of ovarian endometrioma and endometriosis-associated ovarian cancer each were submitted for comprehensive miRNA microarray profiling. We investigated the differential expression of miRNAs between the two groups to confirm the pivotal role of miRNAs. Quantitative reverse transcription-polymerase chain reaction validation of five selected miRNAs [miR-92a-3p, miR-486-5p, miR-4484, miR-6821-5p, and miR-7108-5p] was performed, and miR-486-5p expression analysis was followed by proliferation and wound healing assays, depending on the expression of miR-486-5p.

Result: miR-486-5p expression in serum and ascites samples from endometriosis-associated ovarian cancer patients was significantly higher than that from ovarian endometrioma patients. Moreover, the miR-486-5p level in serum and ascites samples was significantly correlated with the severity of the endometriosis. The upregulation of miR-486-5p in immortalized ovarian endometrioma cells significantly increased proliferation and migration. In contrast, the downregulation of miR-486-5p in these cells significantly decreased proliferation and migration.

Conclusion: miR-486-5p might function as an oncogenic miRNA in endometriosis-associated ovarian cancer and could be a noninvasive biomarker to prospect the severity of ovarian endometrioma.

Dysmenorrhea and Endometriosis Diagnosis and Management in Adolescents

Hewitt, Geri MD

Abstract

Dysmenorrhea is common in adolescents. Most have primary dysmenorrhea and respond to empiric treatment with nonsteroidal anti-inflammatory drugs and/or hormonal therapies. Infrequently, patients have persistent symptoms requiring further evaluation including a pelvic examination, ultrasonography and/or diagnostic laparoscopy. The most common cause of secondary dysmenorrhea in adolescents is endometriosis. Endometriosis is an estrogen-dependent, inflammatory condition with no surgical or medical cure. Treatment is individualized and typically includes surgical diagnosis with resection and/or ablation limited to visible lesions followed by hormonal suppressive therapy in an attempt to relieve symptoms, limit disease progression and protect fertility. Multidisciplinary attention to comorbidities and pain management as well as patient education and support are important.

Diagnosing Endometriosis by Measuring Plasma Micro Ribonucleic Acids: It May Take a Miracle

Mark Twain

Endometriosis is a common cause of infertility, dyspareunia, dysmenorrhea, and chronic pelvic pain. Apart from detecting an endometrioma by pelvic imaging, current diagnosis of endometriosis is made surgically by the visualization of implants in the pelvis. Surgery is expensive and carries risk; this explains the often decade-long delay in diagnosing endometriosis. Meanwhile, empiric treatment of endometriosis for all patients presenting with pelvic pain is a misuse of resources and delays the diagnosis and treatment of alternative causes of pelvic pain. A noninvasive diagnostic biomarker for endometriosis would benefit patients and providers by permitting low-risk, cost-effective, and prompt detection of the disorder. Such a marker might enable early and titrated medical treatment depending on disease severity. A biomarker would benefit the research community by identifying affected patients early in the disease process when study of disease progression, and clinical trials, might be possible.

In this edition of Fertility and Sterility, Papari et al. (1) test plasma micro ribonucleic acid (miRNA) profiles as noninvasive markers for diagnosing endometriosis. The miRNAs are processed from long, noncoding, ribonucleic acid (RNA) sequences into functional single-stranded transcripts roughly 22 nucleotides in length. These mature miRNAs are integrated into the RNA-induced silencing complex to posttranscriptionally repress target messenger RNA expression. The estimated 2,200 miRNAs in humans may target more than half of all human genes, regulating a wide array of processes including cell fate, cell cycle, cell metabolism, and cancer progression. Although most RNA species are notoriously vulnerable to degradation, plasma miRNAs are extraordinarily stable due to plasma protein binding and/or localization to exosomes.

In preliminary studies the Papari team (1) performed next-generation sequencing (NGS) on plasma from patients with surgically documented endometriosis (n ¼ 10) or without endometriosis (n ¼ 10), identifying 41 miRNAs that are differentially expressed in endometriosis. Of these, 28 were not previously associated with endometriosis. Candidate miRNAs were confirmed using quantitative reverse transcriptase polymerase chain reaction (qRT-PCR) in an additional set of patients with and without endometriosis (n ¼ 30 and n ¼ 15, respectively). From these data, Papari et al. (1) selected 20 plasma miRNAs that differed by more than twofold between study groups

and added an additional four miRNAs detected in prior studies (and presumably not identified by NGS) for further study.

The qRT-PCR was then used to test the 24 candidate plasma miRNAs in a retrospective cohort of laparoscopically confirmed endometriosis cases and laparoscopically negative controls. Although Papari et al. (1) started with $n = 53$ samples from each group, half of the plasma samples were excluded from qRT-PCR due to evidence of hemolysis. Eight miRNAs were confirmed as significantly lower in cases compared with controls. A logistic regression model based on five of the eight miRNAs (miR-17-5p, miR-20a-5p, miR-199a-3p, miR-143-3p, and let-7b-5p) had a sensitivity and specificity for diagnosing endometriosis of 0.96 and 0.79, respectively, with positive and negative predictive values (PPV and NPV) of 0.80 and 0.96, respectively. Although still preliminary, they offer this panel of five miRNAs as noninvasive markers for the diagnosis of endometriosis.

Notably, Vanhie et al. (2) recently reported genome-wide plasma miRNA expression in infertile endometriosis and control patients, most with pain. Their testing of miR-125b-5p, miR-28-5p, and miR-29a-3p in a validation set ($n = 30$ controls and $n = 60$ patients with endometriosis) led to poor test specificity.

Strengths of the current report include [1] an unbiased discovery phase using NGS, [2] rigorous phenotyping of cases and controls by laparoscopy, [3] careful selection of circulating reference miRNAs (“housekeeping miRNAs”) for which expression is high and remains stable between cases and controls, and [4] elimination of plasma samples with evidence of hemolysis (which is expected to alter the miRNA profile ordinarily present in cell-free plasma). Two experimental methods were used to identify hemolysis (or red blood cell contamination)—spectrophotometry and low expression of the red blood cell-expressed miR-451 relative to the plasma-expressed miR-23a (3). Limitations of this work include small sample sizes for the purposes of modeling and a low proportion of endometriosis-associated miRNAs identified by NGS that were subsequently confirmed by qRT-PCR. Eight of 24 candidates were confirmed by qRT-PCR. More important, there was no validation of the diagnostic model in a separate patient cohort, leaving open the possibility that the model was overfit to the training dataset. From a practical standpoint, the need to exclude half of the specimens due to hemolysis compromises the clinical utility of this miRNA screening test in its current design. In fact, the high risk of hemolysis in 30%–40% of serum

samples represents a potential Achilles heel for many peripheral miRNA biomarker studies (3). At present more than a dozen teams of investigators have measured peripheral miRNAs in women with and without endometriosis. These studies report disparate findings regarding which plasma miRNAs are altered in patients with endometriosis and inconsistent findings with respect to whether the identified miRNAs are up-regulated or downregulated in the disorder (4). Interstudy inconsistencies may be attributed to disparities between study populations (including variable disease severity and diverse criteria for selecting the control groups, as well as diverse genetic backgrounds), variable specimens (plasma vs. serum) and specimen handling, different stages of the menstrual cycle and variation in plasma miRNA detection platforms (NGS, global qRT-PCR, microarrays). Papari et al. (1) suggest that an additional source of experimental variation may relate to suboptimal choice of reference RNAs when normalizing miRNA expression levels by qRT-PCR (there is evidence that the popular reference RNAs RNU6 and miR-16-5p are not stable in human plasma). Although likely to be true for some studies, this reasoning ignores studies that used alternative reference RNAs and implies failure of multiple research groups to properly validate their methodological approaches.

Despite the disquieting number of inconsistent reports on the subject, an optimist might discern an emerging consensus regarding altered plasma expression of several miRNAs (miR-17-5p?, miR-20a-5p?, miR-125b?) in patients with endometriosis. In aggregate, there remains no consensus on which plasma miRNAs, if any, will predict the presence of endometriosis with sufficient sensitivity and specificity in the clinical setting.

Meanwhile there is emerging evidence that miRNAs play a direct role in the pathogenesis of the endometriosis by regulating essential processes such as inflammation and angiogenesis (5). Whether plasma miRNAs contribute to the pathogenesis of the disorder or are simply markers of existing disease remains unknown. Whether peripheral miRNAs correlate with severity of disease, or the degree of pelvic pain, similarly remains unknown. We must commend Papari et al. (1) for their rigor in phenotyping cases and controls and for excluding samples with evidence of hemolysis. Practical implementation of a peripheral miRNA-based diagnostic test for endometriosis will depend on greater consistency in methods and analysis as well as rigorous replication in validation sets. Given that laparoscopy is required to distinguish cases from controls and that laparoscopy for unexplained infertility or elective sterilization are vanishing practices, it remains possible that the definitive study may never be performed.

Endometriozis Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar

Endometriozis tanısı konulan hastada tedavinin bir çok yönü vardır. Öncelikle hastanın hayat tarzının gözden geçirilmesi gerekir. Tedavinin başlangıcı diyet, egzersiz ve stressiz yaşamdan geçer.

Endometriozis tedavisi tıpta hasta vardır, hastalık yoktur deyiminin en güzel uyarlamasıdır. Çünkü endometriozis tedavisi hastanın ihtiyacına göre, en optimum düzeyde bireyselleştirilmelidir. Ağrısı olan hastanın ağrılarını ortadan kaldırmak gerekir. Gebe kalamayan hastaların gebelik elde etmesi için en gerekli yollar izlenmelidir. Hem gebe kalamayan hem ağrısı olan hastalarda en uygun tedavi yöntemi hastanın bir çok özelliklerini gözden geçirerek belirlenmelidir. Endometriozis tedavilerinde hastanın temel şikayeti (ağrı mı, kısırlık mı, her ikisi de mi), yaşı, çocuğu olup olmaması, gebelik problemi var ise kaç yıldır gebe kalamadığı, yumurtalık rezervinin durumu, önceden çocuğu olup olmadığı, endometriozisin şiddeti, ultrason görüntüleri, görüntüleme, laboratuvar ve klinik bulgularında kanser açısından riskli bir durum olup olmaması, hastanın eşlik eden hastalıkları olup olmaması gibi bir çok faktör göz önünde bulundurulur.

Diyette işlenmiş suni gıdalar, trans yağlar, kızartmalar, yüksek gluten içeren hamur işleri, alkol, kırmızı et, soya ürünleri, vücuttaki estrojeni arttıran gıdalardan mümkün olduğu kadar uzak durulması gerekir. Vücuttaki estrojeni dengeleyen, azaltan ve antiinflamatuvar özellikteki gıdalar, D vitamini, anti-oksidan özellikteki A vitamini, C vitamini, E vitamini, yeşil sebze ve meyveler, kuruyemişler ve bol su içmek önerilir. Akdeniz diyeti endometriozis için idealdir. Omega 3 yağların tüketilmesi, balık, süt ürünleri, havuçta bulunan beta karoten, soğan, sarımsak, zencefil, probiyotik yoğurt gibi gıdaların tüketilmesi faydalıdır.

Egzersiz hem stresi azaltması, hem de vücuttaki fazla estrojen yükünü azaltması nedeni ile endometriozis tedavisinde mutlaka olmazsa olmazdır. Egzersizin vücudun salgıladığı doğal ağrı kesici ve mutluluk verici hormon olan endorfin düzeyini arttırdığı kanıtlanmıştır. Ayrıca vücut ağırlığının dengelenmesi ve dokuların oksijenasyonunun daha iyi olmasını sağlaması nedeni ile yine endometriozisin gerilemesinde faydalıdır. Her endometriozis hastasının kendisine uygun egzersiz tipini bulması gereklidir. Daha çok gevşeme ve germe prensiplerine dayanan ve aerobik egzersizler endometriozis için idealdir. Özellikle ağırlı hastalarda pelvik tabanın gevşetilmesi ve buradaki tetik noktaların tedavi edilmesi ağrı tedavisinde önemlidir. Tüm vücut egzersiz programları ve pelvik taban egzersizleri, pelvik taban konusunda uzmanlaşmış fizyoterapistler eşliğinde yürütülmelidir. Pelvik taban fizyoterapisi ile spazm halindeki pelvik taban kaslarının gevşetilmesi, pelvik taban kaslarının normal dinamiğinde uygun şekilde çalışmasının sağlanması ve bu konuda hasta farkındalığının artırılması, psikoterapi, özşefkatli farkındalık yaklaşımı güncel endometriozis tedavisinde önemli yer tutmaktadır.

Stressiz yaşam yine endometriozis tedavisinde mutlaka uyulmaya çalışılması gereken önemli noktalardandır. Ağrı fizyolojisine bakıldığında ağrı eşiğini düşüren en önemli unsur strestir. Stresin azaltılması yine vücudun kendi salgıladığı endorfin dediğimiz ağrı kesici maddelerin artmasını sağlayacaktır. Endometriozisde gevşeme egzersizleri, yoga, nefes egzersizleri de çok önemlidir. Hastanın bu egzersizleri önemsemesi, hayatında odak noktası haline getirmesi ağrıya yaklaşımını değiştirecek ve ağrı hissi azalacaktır.

Endometriozisde ağrının oluşum mekanizmalarına bakıldığında endometriozis odaklarındaki kronik iltihabi durum, buradan aylık fokal kanamalar, oluşan adezyonların yol açtığı ağrılar, pelvik tabanda bulunan sinirlerin direkt olarak endometriozis tarafından tutulması veya irrite edilmesi, pelvik taban kaslarının kronik irritasyona bağlı spazm, çevre organlarda oluşan çapraz iltihabi durumlar ve buradan köken alan ağrılar, ağrının merkez sinir sisteminde santral sensitizasyon dediğimiz mekanizma ile şiddetlenip kronik bir hal alması sayılabilir.

Gebelik sorunu olmayan ancak ağrı problemi yaşayan endometriozis hastalarında temel tedavi yaklaşımı tıbbi tedavidir. Tıbbi tedavide günümüzde yapabildiğimiz tedavi yaklaşımı kadın vücudundaki estrojeni baskılamaya yöneliktir. Vücuttaki estrojen düzeyinin baskılanması endometriozisin aktivitesini yavaşlatır, ilerlemesini ve yeniden oluşum mekanizmalarını baskılar. Bu da hastanın ağrısını hafifletir. İlâveten nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar adını verdiğimiz ağrı kesiciler endometriozisde hem ağrının hafifletilmesi hem de endometriozis yaralarında bulunan ve ağrı mekanizmalarından sorumlu tutulan prostaglandinlerin azaltılması yönünde faydalıdır. Kadın vücudundaki estrojeni baskılamak amacıyla hastalara verdiğimiz en temel iki ilaç doğum kontrol hapları veya progestinler ismini verdiğimiz ilaç grubudur. Eğer hastanın gebelikten korunma gibi bir ihtiyacı var ise hormonal doğum kontrol yöntemleri en ideal doğum kontrol yöntemi olmaktadır. Burada da en başı çeken doğum kontrol haplarıdır. Doğum kontrol haplarının büyük çoğunluğunda 21 tane ilaç bulunur. Hasta adetinin ilk gününde başlar 21 gün kullanır ve bir hafta ara verir. Sonra ikinci kutuya geçer. Buna aralıklı kullanım denir. Eğer aralıklı kullanım endometriozis aktivitesini yeterince baskılamaz ise yani hastanın ağrıları devam ediyorsa doğum kontrol hapları ara vermeksizin sürekli de kullanılabilir. Sürekli kullanımda hastalar adet olmazlar. Böylelikle Fallop tüplerinden geriye adet kanı akımı da durdurulmuş ve endometriozis daha da çok baskılanmış olur. Progestinler de vücutta estrojen aktivitesini azaltarak ve iltihap engelleyici aktiviteleri ile endometriozisi baskırlar. Doğum kontrol amacı ile kullanılan 3 aylık iğneler ve hormonlu spiraller de progestin ismini verdiğimiz maddeleri içerdiği için endometriozis tedavisinde kullanılabilirler.

Hastanın ağrıları her iki ilaca da yanıt vermedi ise hastayı geçici süre menopoza sokmaya yarayan, yine vücuttaki estrojeni daha da çok baskılayan tedavi rejimleri kullanılabilir. Bunlar GnRH agonistleri, GnRh antagonistleri, aromataz inhibitörleri gibi estrojenik aktiviteyi daha da fazla baskılamamızı

sağlayan ilaçlardır. Eğer bir hasta endometriozisi tedavi etmek amacı ile ilaçla menopoza sokuluyor ise 6 aylık kullanımdan sonra hastada kemik erimesi, kalp hastalığı riskinin artması gibi menopozun getireceği ilave risklerin artacağı bilinmesi gerekir. Bu nedenle estrojeni kuvvetle baskılayan bu grup ilaçlarda, hastaların tedavisine endometriozisin aktifleşmeyeceği ama menopoz sıkıntılarının da yaşanmayacağı çok düşük dozda estrojen ilavesi yapılır.

Eğer hastanın ağrıları ilaç tedavileri ile düzelmedi ise cerrahi tedaviler gündeme gelir. Hastanın çikolata kistlerinde ultrasonda kanser ile ilişkili olabilecek riskli görüntüler var ise, çoğu zaman ilaç tedavilerine yanıt vermeyen ve çok şiddetli ağrılar ile ilişkili olabilen endometriotik nodüller var ise, kasık ve kalça bölgesinden geçen sinirlerde endometriozis tutulumu var ise cerrahi tedavileri tıbbi tedaviden önce düşünmek gerekir. Cerrahi tedavilerde de yukarıda anlatıldığı gibi hastaya ait bir çok faktör düşünülerek cerrahi şekline karar vermek gerekir. Ama temel prensip; hastanın hayatı boyunca sadece bir kez endometriozis nedeni ile ameliyat olmasına ve ameliyatın eksiksiz yapılması esasına dayanır. Yani ameliyatta endometriozise ait bütün nodüller çıkartılmalı, bütün çikolata kistleri çıkarılmalı, yama şeklindeki implantlar bazı enerji modaliteleri kullanılarak ortadan kaldırılmalı, tüm yapışıklıklar açılmalı veya çıkartılmalı, rahim ve yumurtalıkların yer aldığı pelvis bölgesine eski normal anatomik yapısı yeniden kazandırılmalıdır. Ameliyat sonrasında endometriozis oluşum sürecinin aynen devam edeceğinin bilinmesi bu nedenle hasta menopoza girene kadar (yani vücudundaki estrojen düzeyleri doğanın bir gereği olarak belirgin şekilde düşene kadar) endometriozisi baskılayıcı tıbbi tedavilerin devam ettirilmesi gerekir. Yaşı menopoza yaklaşmış, ailesini tamamlamış bir kadında yukarıdaki cerrahiye ilaveten rahim ve yumurtalıkların alınması da tercih edilebilmektedir. Eğer endometriozis barsakları tutmuşsa, mesaneyi tutmuşsa, idrar kanallarını tutmuşsa, kasık ve bel bölgesindeki sinirleri tutmuşsa tuttuğu organa en az zarar verecek şekilde bu bölgedeki endometriozis nodülleri de çıkarılmalıdır.

Yukarıda anlatıldığı gibi endometriozis tedavisinde kullanılan tıbbi tedavilerin hepsi vücuttaki estrojeni baskılamaya yöneliktir. Ancak kadın vücudundaki estrojen baskılandığı zaman, hastanın gebe kalma potansiyeli de ortadan kalkmaktadır. Bu nedenle gebelik sorunu temel yakınması olan endometriozis hastasında tıbbi tedavinin yeri yoktur. Bu hastalarda kadın yaşı, kaç yıldır gebelik sorunu yaşadığı, yumurtalık rezervinin durumu, daha önceden çocuk sahibi olup olmadığı, endometriozisin evresi ve şiddeti, eşlik eden ağrının olup olmaması tedavi planını belirlemede en önemli faktörlerdir. Aşağıda bu kapsamda birkaç örnek verilmiştir. Ama hastanın özelliklerini çok iyi analiz ederek ve hasta ile konuşarak tedavi maksimum düzeyde bireyselleştirilmeli, hastanın en çok fayda göreceği yaklaşım belirlenmelidir.

Genç, kısırılık süresi kısa, yumurtalık rezervi iyi, endometriozisi hafif bir hastada gebelik sorunu oluşturabilecek başka bir faktör yok ise sadece düzenli cinsel ilişki önerileri ile takip edilerek veya basit

aşılama tedavileri ile hastanın gebe kalması sağlanabilir. Basit yöntemlerle gebelik oluşmadı ise tüp bebek tedavilerine geçmek yerinde olur. Böyle hastalarda herhangi bir nedenle laparoskopi yapıldı ise endometriozis yaralarının ortadan kaldırılması gebelik şansını arttıracaktır.

Yaşı ne olursa olsun şiddetli endometriozisi olan ve kendiliğinden gebe kalma şansı çok az hastalarda günümüzde birinci tercih yardımcı üreme teknikleri yani tüp bebek tedavileridir.

Hasta yaşı genç, yumurtalık rezervi iyi, iç genital organların anatomik durumu iyi, orta düzeyde bir endometriozisi olan hastada yukarıda bahsedilen prensiplerle endometriozis cerrahisi yapılarak normal cinsel ilişki ile kendiliğinden gebe kalması beklenebilir. Ameliyat sonrasında altı ay - bir yıl içinde gebe kalamayan hastalarda tüp bebek tedavisine geçilmesi önerilir. Burada vurgulanması gereken önemli bir nokta; yumurtalıklardan çikolata kistlerinin çıkarılması sırasında en tecrübeli ellerde ve maksimum özenle yapılan cerrahilerde bile normal yumurtalık dokusundan bir miktarın kistin çıkarılma işlemi sırasında kaybedileceğinin bilinmesidir. Çünkü endometriozisde kist çeperi yumurtalık dokusuna çok yapışık ve alınırken yumurtalığa ait normal yapılarda kaçınılmaz olarak çıkarılır. Bu nedenle özellikle çift taraflı ve çok sayıda çikolata kistleri olan hastalarda bu yaklaşım yerine tüp bebek tedavilerinin öncelikle tercih edilmesi daha akıllıca olacaktır. Çünkü çikolata kistleri olan hastalarda ameliyat edilip tüp bebek yapılan grup ile ameliyat edilmeden tüp bebek yapılan grup karşılaştırıldığında gebelik başarısı aynı iken, ameliyat yapılanlarda tüp bebekte alınan yumurta sayısında azalmalar tespit edilmiştir. Bu nedenle çoğu zaman yumurtalık rezerv sorunu olan çikolata kisti hastalarında ağrı çok ön planda değilse öncelikle tüp bebek tedavisi yapıp gebelik elde edilmesi tercih edilmelidir.

Eğer hastanın gebelik problemi ve çok ciddi ağrıları var ise, over rezervinin durumu ve ağrıların ne derece kötü olduğu hasta ile konuşulup ona göre önce cerrahi mi, tüp bebek tedavisi mi karar vermek gerekecektir.

Ağrı son derece subjektif bir yakınmadır. Endometrizisin evresi ve endometriozis yaralarının şiddeti ile hastanın çektiği arasında bir ilişki gösterilememiştir. Ama endometriozisin pelviste yaptığı anatomik deformasyon ve evresi ile gebe kalma potansiyelinin azalması arasında direkt bir ilişki vardır.

Ağrı kapsamında bu ilişkinin gösterilememesinin temel nedeni vücuttaki ağrı işleme mekanizmalarının sadece yaranın olduğu bölgede yer almamasından kaynaklanmaktadır. Yani daha açık anlatımla ağrının algılanmasında beyin ve omurilik de çok önemli bir rol üstlenmektedir. Beyin ve omurilikte endometriozis yaralarından gelen ağrı sinyallerini baskılayan ve bunun beyinde daha az hissedilmesini sağlayan veya hissedilmesini engelleyen bir çok mekanizma vardır. İşte insan spor yaptığında, stressiz, mutlu bir yaşamı olduğunda, vücudunu çok iyi tanıyıp spazm halindeki veya gergin kaslarını gevşetebildiğinde, akdeniz diyeti ile beslendiğinde, vücutta kendiliğinden olan ağrı kesici mekanizmalar daha etkin çalışmaktadır. Bunun en güzel örneği, savaş alanında kolu kopan bir askerin bunun

ağrısını hissetmeden savaşmaya devam edebilmesidir. Karşıt bir örneği ise kolundaki çok ağırlı bir tümör nedeni ile kolu kesilen bir insanın, ameliyattan sonra yine aynı kolunu ve bu kolunda çektiği ağırları hissetmeye devam edebilmesidir. Bu ağrıya fantom ağrı adı verilmektedir. Ağrı çeken endometriozis hastalarında tedavi zamanında başlatılmadığında oluşan temel risklerden biri budur. Ağrılarını vücudunun kendi mekanizmaları ile baskılayan ve hissetmeyen hastalar için sorun yokken, ağrıdan sürekli ızdırap çeken hastalarda vücut zamanla ağrı çekmeye yol açan endometriozis yaralarında, omurilikte ve beyinde ağrıya karşı daha da hassas olmaya başlar. Buna periferik ve merkezi duyarlılaşma denir. Bu durumun geliştiği hastalarda, kolu tümör nedeni ile kesilen ve hala kol ağrısı çeken hastada olduğu gibi, endometriozis cerrasisi ile bütün endometriozisi ortadan kaldırırsanız, ameliyat sonrasında da baskılayıcı tedavinizi devam ettirseniz bile hasta aynı ağırları çekmeye devam edebilmektedir. Çünkü artık endometriozis yaraları olmasa da bu bölgedeki sinirler, beyin ve omurilikteki sinirler aynı yara varmış gibi uyarım halinde olmaya devam edeceklerdir. İşte böyle hastalarda hayat tarzını düzeltmenin, yoga-meditasyon gibi gevşeme egzersizlerinin, stressiz yaşamın, spor aktivitelerinin, pelvik taban fizyoterapisi ile pelvik taban kaslarının gevşetilmesi ve koordineli çalışmasının sağlanmasının, psikoterapi yaklaşımlarının önemi vardır. Sinirlerdeki bu hassaslaşmaya bağlı amaçsız aktiviteyi önlemek için ilaçlar ve tedavi girişimleri mevcuttur. Buna nöropatik ağrı tedavisi denmektedir. Endometriozis hastalarında komorbidite dediğimiz diğer kronik ağırlı durumların görülme sıklığı da belirgin olarak artmıştır. Pelvisteki bu kronik iltihabi durum zamanla barsaklara, idrar kesesine, pelvisin tabanını döşeyen kaslara da yayılmaktadır. Böylece hastalarda irritable kolon sendromu denilen barsak hastalığı, interstisiyel sistit denilen mesane hastalığı, pelvik taban aşırı aktivitesi daha sık görülmektedir. Fibromyalji denilen ve kronik kas ağrılarına yol açan durum, migren, mide içeriğinin yemek borusuna kaçtığı reflü hastalığı yine endometriozis hastalarında daha siktir. Tedavide bu komorbid durumlar da gözden geçirilerek ilgili bölümlerden destek alıp tedavinin planlanması yerinde olacaktır.

Endometriozis tedavisinin geleceği; normal yapısındaki bozulmalar nedeni ile karın boşluğuna ulaştığında burada tutunup yaşama kabiliyetine sahip olan rahim iç zarı hücrelerinin, yapısını rahim içerisinde düzeltmeye çalışmaktan geçmektedir. Bu da temelde kök hücre çalışmalarına dayanmaktadır. Diğer bir gelecek tedavi yaklaşımı da karın boşluğuna ulaşan rahim iç zarı hücrelerinin her ne şekilde olursa olsun bağışıklık sistemi tarafından etkin ve koordineli bir şekilde temizlenmesi ve bu temizlik sürecindeki aşırı bağışık yanıt nedeni ile iltihaplanma olmadan organ fonksiyonlarının korunmasıdır. Endometriozisten korunmada en büyük sorumluluk hasta ve hekime düşmektedir. Günümüzde hala endometriozis hastaları şikayetleri başladıktan seneler sonra tanı alabilmektedirler. Bu nedenle hekim ve hasta farkındalığının artması önemlidir. Ağrı yıllar içinde santralize olmadan yani beyin ve omurilikte aşırı duyarlılık gelişmeden yaşam tarzının düzeltilmesi ve tıbbi yaklaşımlarla tedavi edilmelidir.

Covid-19 Pandemisinde Endometriozis Hastalarına Öneriler

Genel Tavsiye:

Çin'in Wuhan şehrinde 2019 yılında başlayan yeni koronavirüs (COVID-19) salgını, dünya çapında hızla yayıldı. COVID-19'un en yaygın belirtileri ateş, kuru öksürük, nefes darlığı, kas ağrısı, yorgunluk, lenfositopeni ve radyolojik olarak kanıtlanmış pnömoniye içermektedir. Yüksek risk grubunda yaşlılar, yüksek tansiyon, şeker hastalığı, akciğer hastalığı, kanser hastalığı ve bağışıklık sistemi zayıf olankişiler bulunmaktadır. Bu nedenle endometriosis hastalığına eşlik eden risk grubundaki rahatsızlıklarından birine sahip olmayan bireyler risk grubunda düşünülmemelidir. Genel popülasyona benzer

şekilde endometriozis hastası iseniz, virüse karşı en iyi savunmanız sosyal teması keserek kişisel hijyeninize dikkat etmeniz olacaktır. Detaylı bilgiye Sağlık Bakanlığı'nın resmi internet sitesinden erişebilirsiniz. <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/covid-19-yeni-koronavirus-hastaligi-na-yakalanmamak-i-cin-oneriler>



Torasik endometriozis:

Göğüs boşluğunda (akciğerlerde veya diyaframda) endometriozis, 'torasik endometriozis' olarak adlandırılır ve endometriozis hastalarının yaklaşık % 10'nun bu gruba girdiği tahmin edilmektedir. COVID-19 solunum

yolu enfeksiyonu olmasından dolayı, önceden var olan solunum problemi olan torasik endometriozisli kişiler daha fazla risk altındadır. Belirli şikayetler veya belirtiler hakkında endişe duyuyor iseniz, doktorunuz ile iletişime geçiniz. Bu dönem içerisinde Covi-19'lu bir bireyin bakımını üstlenmiş ve enfeksiyon riskiniz bulunuyor ise mutlaka doktorunuzu bu konuda bilgilendiriniz.





Randevu ve ameliyatlar:

Ulusal sağlık sistemimizin bu dönemde iş yükü oldukça fazladır. Bu dönem içerisinde tedavi görüyorsanız veya doktorunuzdan randevu bekliyorsanız, randevularınızda veya ameliyatınızda gecikmeler veya iptaller yaşayabilirsiniz. Bu nedenle hastanelerin ve kliniklerin hastalarına sunduğu online doktor görüşmesi hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Endometriozis cerrahilerinin büyük çoğunluğu ulusal sağlık sistemi tarafından acil olmayan 'seçmeli' cerrahi olarak sınıflandırılmaktadır.

Bu nedenle endometriozis cerrahiniz bu dönemde iptal edilerek ileri bir tarihe ertelenebilir.

Evde kalınan süreçte öneriler:

- Düzenli ve sağlıklı beslenin ve yeterli su tüketin.
- Kullanılan ilaçların düzenli alınmasına özen gösterin.
- Endometriozis ile ilgili şikayetlerinizde online olarak doktorunuz ile iletişime geçin.
- Pelvik ağrılarınıza iyi gelecek egzersizler için fizyoterapistiniz ile iletişime geçin. (Bu konuda Youtube'ta yer alan Pelvis Uzmanı sayfamızı takip edebilir, orada yer alan egzersizleri güvenle yapabilirsiniz.)

<https://www.youtube.com/channel/UCeLJq6-giR-zs1lkQTdU3YVQ>

- Modunuzu yükseltecek hobilerinizle ilgilenin.



Endometriozis Hakkında En Çok Merak Edilen Sorular ve Cevapları

1. Endometriozis nedir?

Rahim içi boşluğu döşeyen endometrium tabakası adını verdiğimiz bölgedeki hücrelerin rahim dışında yerleşmesi ile oluşan bir hastalıktır. Bu hücrelerin rahim dışında yerleşmesi buralarda süregelen bir iltihabi yanıtı neden olmaktadır. Endometriozis en çok kadın iç genital organlarının yer aldığı pelviste görülse de, nadiren vücudun her yerinde rastlanılabilmektedir. Endometriozis 3 morfolojide bulunmaktadır: Yüzeyel karın zarı endometriozisi: Yumurtalık yüzeyi, rahim arkası, barsak yüzeyi, mesane yüzeyi ve pelvisin yan duvarları gibi bölgeleri döşeyen karın zarında yama yama yerleşen yüzeyel endometriozis yaralarıdır. En sık görülen endometriozis formudur. Yumurtalık içerisinde yerleşmiş kist şeklindeki endometriozis: Bu forma halk arasında çikolata kisti adı da verilmektedir. Her ay endometriozis bölgesinden aynen rahim içi endometriumda olduğu gibi kanama olmaktadır. Bu kanama miktar olarak çok daha azdır. Endometriozise bağlı ağrı mekanizmasında bu kanamanın da rolü vardı. Endometriozis kistine çikolata kisti adı verilmesinin nedeni kist içerisine her ay olan kanama burada birikerek kahverengi, koyu kıvamda bir sıvı görüntüsü oluşturmaktadır. Kist çıkarılırken aspire edilen sıvı görüntü olarak aynen akışkan çikolata gibi görünmektedir. Bu nedenle bu kiste çikolata kisti adı verilmiştir. Derine yayılan nodül şeklindeki endometriozis. Yüzeyel yama şeklindeki endometriozis odaklarının (yaralarının) üç boyut kazanmış, ve kanser gibi organların içine kadar ilerleyebilen, nodül oluşturabilen endometriozis formu. Endometriozis kanser değildir. Kanser gibi uzak organlara gidip orada organ tahribatı yapamaz. Ancak endometriozis pelviste ciddi harabiyete yol açabilmektedir. Endometriozis hastasında rahim dışında yerleşmiş olan bu rahim içi hücreler, normal rahim içi tabasına göre bir dizi moleküler, genetik, fonksiyonel farklılıklar geçirmiştir.

2. Adenomyozis ile endometriozis arasındaki fark nedir?

Adenomyozisde rahim içi boşluğu döşeyen tabaka olan endometrium tabakası, rahim kaslarının içerisinde bulunur. Endometriozisde ise bu hücreler rahim dışında yer almaktadır. Adenomyozisde rahim kasına yerleşen endometriozis tabakası rahimi genel olarak çok büyütebilmekte veya rahimin herhangi bir yerinde lokal olarak büyüyebilmektedir. Endometriozis ve adenomyozis birlikteliği sıktır. Endometriozisi olan hastaların %20-30'unda adenomyozise, adenomyozisi olan hastaların %20'ye yakınında endometriozise rastlanmaktadır. Adenomyozis rahimde lokal olarak yer aldığına myom ile karışabilmektedir. Myom ile adenomyozisin birlikteliği de sıktır. Myomlar ameliyat sırasında rahim içinde üzerleri kesildikten sonra rahimden kolaylıkla çıkarılabilirken, adenomyozis myom gibi rahim

içerisinde net sınır vermez, rahim kası ile devamlılık gösterir ve çıkarılması myomdan daha zordur.

3. En belirgin şikayetler nelerdir?

Endometriozis hastalarında en belirgin 2 temel şikayet vardır: Pelvik ağrı ve kısırlık. Pelvik ağrı karnın altı kısımlarında görülen, kasık ağrısı, bel ağrısı, genital bölgede hissedilen ağrılar olarak tanımlanabilir. Endometriozis hastasında pelvik ağrının her tipi olabilir. Ağrılı adet, kronik (6 aydan uzun süredir devam eden) sürekli pelvik ağrı (kasık bel ağrıları), ağrılı cinsel ilişki. Eğer endometriozis komşu organları tuttu ise yani derine yayılan nodüler endometriozis mevcutsa komşu organlarda (yani kalın barsak ve ince barsaklar, idrar kesesi, üreter dediğimiz idrar kanalları) bu organların fonksiyonları ile ilişkili şikayetlere yol açabilir. Sürekli ağrılı dışkılaması olan bir kadında kalın barsakta derine yayılan endometriozis varlığından şüphelenmek gerekir. Ağrılı idrar yapmak, kanlı idrar yapmak, kanlı dışkılamak yine endometriose bağlı görülebilir. Endometriozis nadiren akciğerlerde bulunabilir. Bu hastalar adet döngülerinde kanlı öksürük ve pnömotoraks dediğimiz akciğer zarı delinmeleri ile acile başvurabilirler. Çok nadir de olsa burun, göz veya göbük deliğine yerleşmiş endometriozise bağlı olarak her adet döneminde burun kanamaları olan, gözlerinden kanlı göz yaşı gelen, göbük deliğinden kanamaları olan kadınlarda mevcuttur.

4. Genetik yatkınlığı var mıdır?

Endometriozis genetik temelde gelişen bir hastalıktır. Ancak tek bir gen üzerinden geçişli bir hastalık değil çoklu genetik yatkınlık üzerinden gelişmektedir. Birçok gendeki küçük değişiklikler endometriozise eğilim yaratmaktadır. Endometriozisde ailesel yatkınlık da sık görülmektedir. Annesinde veya kız kardeşinde endometriozis hastalığı olan kadınlarda endometriozis görülme olasılığı 7 kat daha fazladır. Endometriozise yatkınlık yaratan değişimler; bu kadınların rahim iç zarının yapısının değişerek, karın boşluğuna ulaştığında burada yaşama şansını arttırılabilmektedir. Diğer taraftan bu hastaların bağışıklık sisteminde rahim iç zarı hücrelerinin karın boşluğundan temizlenmek yerine buraya tutunmalarını kolaylaştıran değişiklikler olması da muhtemeldir. Ve bu değişiklikler bazı ailelerde daha sık görülür.

Adet döngülerinin çok erken yaşta başlaması, menopoz yaşının geç olması, adet kanaması miktarının çok yoğun olması, kadın genital sisteminde adet kanının dışarı çıkmasını engelleyebilecek doğumsal anomalilerin olması, obezite (aşırı kilo), alkol tüketimi endometriozis riskini arttırmaktadır.

5. Vücutta nerelerde görülür?

Endometriozis en sık pelviste, yani kadın iç genital organları, idrar kesesi ve son kalın barsak bölümünün yer aldığı vücut bölümünde görülür. Pelvis içerisinde en sık yumurtalıklarda, tüplerde, rahimi tutan bağlarda, rahim arkasındaki çukurda, karın duvarını örten zarın üstünde, kalın barsak ve mesane üzerinde yerleşir. Ancak endometriozis vücudun herhangi bir yerinde de görülebilmektedir. Akciğerlerde, beyinde, gözlerde, burunda, parmak ucunda bile endometriozise rastlanmıştır. Erkeklerde estrogen tedavisi sırasında endometriozis vakaları bildirilmiştir.

6. Kimlerde daha sık görülür?

Kabaca toplumda 10 kadından birinde endometriozis olduğunu söyleyebiliriz. Ama kısırlık polikliniklerine başvuran kadınlara baktığımızda bu oran %20-40'lara varabilmektedir. Kronik pelvik ağrısı (sürekli kasık ağrıları) olan kadınlarda bu oran %40-60'lara çıkabilmektedir.

Endometriozis, yeşil ve mavi gözlülerde, kahverengi gözlülere göre daha fazla görülür. Sarışınlarda daha fazla görülür. Belçika'da, Vietnam'da dioksin adı verilen bir çevresel toksin nedeni ile endometriozis daha sık görülür.

7. Endometriozisin kilo ile ilişkisi var mıdır?

Endometriozis kilolu kadınlarda daha sıktır. Çünkü kilolu kadınlarda, endometriozis oluşum ve ilerlemesinin temel nedeni olan estrogen hormonunun düzeyi daha yüksektir. Yağ dokuda bulunan bir enzim olan aromataz enzimi vasıtası ile kilolu kadınlar daha fazla estrogen üretirler.

8. Endometriozisin vücut içerisinde patlama riski var mıdır?

Endometriozisin kist formu olan çukulota kistlerinde patlama riski olabilir. Ama çukulota kistlerinin patlama ihtimali overin diğer kistlerine oranla daha düşüktür. Çukulota kisti olan kadınların %3'ünden azında patlama ile karşılaşılır. Kist patlar ise hasta şiddetli ağrı ile acile başvuracaktır.

9. Endometriozis karında şişkinlik yapar mı?

Endometriozis pelviste kronik bir iltihabi yanıtı neden olduğu ve karın zarını irrite ettiği için barsak hareketliliğini de etkiler. Endometriozis hastalarında bir barsak hastalığı olan irritable kolon sendromu daha sık görülmektedir. Bozulan barsak hareketliliği gaz ve gayta çıkarmada düzensizlik ve karın şişliği yapabilmektedir.

10. Endometriozis olduğumu nasıl anlarım?

Adetleriniz ağrılı geçiyorsa, sürekli devam eden bel ve kasık ağrıları yaşıyorsanız, cinsel ilişki sırasında özellikle derin ilişki sırasında ağrı çekiyorsanız, bir yıldan uzun süreli korunmasız cinsel ilişkiye rağmen gebe kalamadıysanız, büyük tuvaletlerinizin ağrılı ve bazan kanlı ise, idrar yaparken ağrı çekiyorsunuz ve bazan kanlı idrar yapıyorsanız endometriozis hastası olma olasılığınız vardır. Ailenizdeki diğer kadınlarda da benzer şikayetler varsa endometriozis riskiniz daha yüksektir.

11. Endometriozis teşhisi nasıl konulur?

Hastanın şikayetleri ve endometriozis ile ilişkili risk faktörleri göz önüne alındığında, hasta ile ilk konuşmada endometriozisten şüphelenilir ve tanıya büyük oranda yaklaşılr. Yukarıda bahsettiğimiz gibi klasik şikayetler pelvik ağrı ile ilişkili şikayetler (sancılı adet, kronik pelvik ağrı, ağrılı cinsel ilişki, ağrılı dışkılama, karın şişliği, ağrılı idrar yapma, ...) ve gebe kalamamadır. Hastanın aile öyküsünün olması, belirtilen risk faktörlerinin olması tanıyı destekler. Jinekolojik muayenede normalde hareket edebilen rahim endometriozis hastalarında gelişen yapışıklıklara bağlı olarak geriye dönük pozisyonda (retrovert) ve hareketsiz olabilmektedir. Muayene sırasında yumurtalıklarda bulunabilen çukulota kistleri bu bölgede dolgunluk ve kitle etkisi oluşturabilmektedir. Vajina ve kalın barsak

arasındaki bölgede endometriozis nodülleri muayenede ele gelebilmektedir. Vajinal ultrasonda çukulota kistleri ve endometriozis nodülleri görülebilmektedir. Bir tümör belirteci olan Ca125 endometriozis hastalarında yükselmektedir. Ca125'in yüksek olması hastanın mutlaka kanser olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. Ca125 yumurtalık kanseri dışında birçok hastalıkta yükselebilmektedir. Endometriozis bunlardan birisidir.

Endometriozisin kesin tanısı laparoskopi ile konur. Yani kapalı ameliyatla pelvis bölgesi, rahim yumurtalıklar incelenir. Burada endometriozis ile ilişkili lezyonların (odakların, yaraların, kistlerin, yapışıklıkların) görülmesi ile tanı konur. Yama şeklinde endometriozis implantları (odakları) görülebilir. Bu yamaların üç boyut kazandığı nodüller görülebilir. Yumurtalıklarda çikolata kistleri görülebilir. Endometrioziste görülen bu lezyonların etrafında kronik iltihaplanma süreci vardır. Bu durum bu bölgedeki organların birbirine yapışmasına, normal anatominin ileri derecede bozulmasına, organların tanınmayacak hale gelmesine neden olabilmektedir.

12. Endemetiozis neden olur?

Endometriozisin oluşumu ile ilgili ortaya atılan teoriler vardır. Bunlardan ilk ortaya atılan ve en çok kabul görmüş olanı retrograd menstruasyon teorisidir. Yani adet döneminde adet kanının bir kısmını tüpler aracılığı ile karın boşluğuna dökülmesi ve içerisindeki yapıcı biraz daha farklılaşmış olan rahim iç zarı hücrelerinin buraya tutunarak yaşama kabiliyeti kazanması ile oluşur. Aslında retrograd menstrüasyon kadınların %90'ında görülen bir durumdur. Endometriozis retrograd mensin miktarı ile bağışıklık sisteminin bunu karın boşluğundan ne derece temizleyebildiği arasındaki dengenin bozulması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Yani retrograd mensi arttıran durumlar (yoğun adet kanamaları, ilk adetin erken yaşta başlaması, geç menopoza, adet kanının çıkış yolunu tıkayan doğumsal problemler) endometriozis gelişme riskini arttırırlar. Bu miktar bağışıklık sisteminin temizleme kapasitesini aşıyorsa kaçınılmaz bir şekilde endometriozis gelişecektir. Ya da bağışıklık sistemi karın boşluğuna dökülen rahim iç zarı hücrelerini içeren bu adet kanını temizlemek yerine, bu hücrelerin buraya yapışıp burada büyümelerine yol açacak şekilde çalışmaktadır. Ya da son yıllarda daha fazla kabul gören teori, endometriozis geliştiren kadınların rahim içlerinde bulunan rahim zarı yani endometrium hücrelerinde önceden var olan yapısal değişikliklerin bu hücreler karın boşluğuna ulaştığında burada tutunup, yaşama kabiliyeti kazanması ve bağışıklık sistemin temizleyici etkilerine direnç kazanmalarını kabul eder. Endometrioziste bağışıklık sistemi bu hücreleri temizlemek yerine hastalığı kolaylaştırıcı bir rol üstlenebilmektedir.

Endometriozis vücudun herhangi bir yerinde olabilir. Bunu açıklayan teori ise rahim iç zarı hücrelerinin kan damarları veya lenf damarları yolu ile vücudun başka yerlerine taşınıp burada ekilmeleri ile açıklanır.

Endometriozis bazan, normal doğum sonrasında, dış genital bölgeye yapılan epizyotomi adını verdiğimiz kesilerin altında veya sezaryen sonrasında sezaryen kesi yerinin altında gelişebilmektedir.

Bu da direkt taşıma teorisi dediğimiz; normal doğum veya sezaryen sırasında rahim içerisindeki hücrelerin rahim dışına akmaları nedeniyle, bu bölgelerde kalıp buraya ekilmeleri ile açıklanır.

13. Endometriozis olmaktan korunabilir miyim?

Akdeniz diyeti ile beslenenlerde, düzenli egzersiz yapanlarda, yapay gıdalardan kaçınanlarda endometriozis daha az görülür.

Kırmızı et, trans yağlar, unlu gıdalar, işlem görmüş gıdalar, rafine şekerler, buğday, soya ürünleri, alkol endometriozis riskini arttıran gıdalardır. Bunlar iltihaplanmayı arttırarak veya vücutta estrogen miktarını arttırarak endometriozis riskini arttırmırlar.

Antiinflamatuvar, bağışıklık sistemini güçlendiren gıdalar endometriozis riskini azaltırlar. Diyetle yeşil sebze ve taze meyvelere ağırlık verilmelidir. Domates, zeytinyağı, yeşil sebze, fındık, yağlı balıklar (omega 3), havuç (beta karoten), çilek, böğürtlen gibi kırmızı meyveler antiinflamatuvar özelliktedir ve endometriozis riskini azaltırlar.

14. Ne gibi sağlık sorunlarına yol açar?

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi, endometriozis hastalığında hayat kalitesini ileri derecede azaltabilen, hayatı ızdıraba çevirebilen ağırlı durumlar ve gebe kalma sorunları görülür. Endometriozis lezyonlarında minimal de olsa kanser gelişim riski artmıştır. Endometirozisli hastalarda diğer kronik ağırlı durumların görülme sıklığı da yüksektir. İrritable barsak sendromu, interstisiyel sistit, fibromyalji, migren gibi komorbiditeler görülebilir.

15. Endometriozis ile kanser arasında bir ilişki var mıdır?

Endometriozis lezyonlarında binde bir ila binde 5 oranında kanser gelişim riskinde minimal bir artış vardır. Bazı endometriozis yaraları kansere yatkınlık yaratan gen mutasyonlarını taşıyabilmektedir.

16. En erken kaç yaşında teşhis edilebilir?

Nadiren ergenlik öncesinde de endometriozis bildirilmiş olmakla birlikte endometriozis kadınlarda çoğunlukla üreme çağında görülen bir hastalıktır. Yani ergenlik döneminden sonra bütün kadınlar risk altındadır. Endometriozis ergenliğin başlaması ile birlikte teşhis edilebilir.

17. Endometriozis kısırlığa neden olur mu?

Endometriozis birçok faktöre bağlı olarak aylık gebe kalma oranlarını azaltır. Endometriozisin şiddeti ve kadın iç genital organlarında yaptığı iltihaplanma ve tahribata göre aylık gebe kalma oranları o doğrultuda azalacaktır. En önemli kısırlığa yol açan faktör oluşturduğu yapışıklıklar nedeni ile tüp yumurtalık ilişkisini bozması, tüplerde tıkanıklığa yol açması, tüp hareketliliğini bozması, yumurtlamanın etkili olmasını engellemesidir. Endometriozise bağlı kronik iltihap süreci yumurta ve sperm hücreleri üzerine toksik etki yapıp döllenmeyi engelleyebilmektedir. Endometriozis yumurtalık rezervini azaltmaktadır. Rahim iç zarında kronik endometrit denen kronik iltihaplanma süreci endometriozis hastalarında daha sık olmakta ve embryonun yapışma problemi ortaya çıkmaktadır. Endometriozisde buna bağlı olarak düşük oranları da artmaktadır.

19. Endometriozis hastası gebe kalabilir mi?

Endometriozisin şiddeti ve evresine bağlı olarak aylık gebe kalabilme oranları azalmaktadır. Tüp-yu-murtalık ilişkisi ileri derecede bozulmuş, ileri derecede yapışıklığı olan endometriozis hastasının tüp bebek dışında gebe kalabilmesi çok mümkün olamamaktadır. Ancak hafif düzeyde endometriozisi olan hastalar normal cinsel ilişki ile gebe kalabilmektedirler.

20. Endometriozisin varlığı normal doğuma engel oluşturur mu?

Endometriozis varlığı normal doğuma engel değildir. Doğum şeklini belirlemede hastada endometri-ozis olup olmamasının bir önemi yoktur. Zaten gebelikte endometriozis ileri derecede baskılanacak-tır.

21. Endometriozis düşüğe neden olur mu?

Endometriozis hastalarında düşük riskinde artış olabilmektedir. Endometriozisde rahim iç zarında %30'lara varan oranda saptanan kronik endometrit tablosu veya endometriozise bağlı farklı fonksi-yon gösteren bağışıklık sistemi artmış düşük riskinden sorumlu tutulmaktadır.

22. Nasıl tedavi olabilirim?

Endometriozis tedavisi tıpta en fazla bireyselleştirilen tedavidir. Hastanın ihtiyacına göre tedavi belirlenmelidir. Ağrısı olan hastanın ağrısı dindirilmeli, gebe kalayamayan hastanın en kısa sürede gebelik elde etmesi sağlanmalıdır. Hem gebelik problemi yaşayan, hem de ağrısı olan hastalarda ikisini birden en optimum şekilde düzeltmek nasıl sağlanacaksa o yapılmalıdır.

23. Ameliyat olmadan tedavisi mümkün müdür?

Endometriozisin başlangıç tedavisi yaşam tarzının düzenlenmesidir. Diyetin düzenlenmesi, spor, stressiz yaşam, gevşeme egzersizleri çok önemlidir. Ağrısı olan hastalarda zaten ilk tercih ameliyat değil, ilaç tedavisidir. Çikolata kistleri eğer herhangi bir kanser riski öngörülmemişse, boyuttan bağımsız olarak ilaç tedavisi ile takip edilebilmektedir. Gebe kalamayan hastalarda ilaç tedavisinin bir faydası yoktur. Çünkü kullandığımız ilaç tedavileri endometriozisi baskılarken hastanın gebe kalmasını da otomatik olarak engellemekte, böylece gebe-liği geciktirmektedirler. Gebe kalamayan hastalarda, hastanın özelliklerine bağlı olarak (yaş, kısırlık süresi, yumurtalık rezervinin durumu, önceden çocuk sahibi olup olmaması gibi faktörler) aşılama veya tüp bebek gibi yardımcı üreme teknikleri kullanılmakta veya hasta ameliyat edilerek endometri-ozis lezyonları ortadan kaldırılmakta, yapışıklıklar açılmakta ve normal anatomi yeniden kazandırıl-maktadır. Bu şekilde başarılı cerrahilerden sonra hastanın normal cinsel ilişki ile olan gebelik şansın-da artışlar olmaktadır.

24. Açık ameliyat mı kapalı ameliyat mı öneriliyor?

Endometriozis tedavisinde her zaman kapalı ameliyat (yani laparoskopik veya robotik cerrahi) tercih edilmelidir. Kapalı ameliyat yani laproskopide büyük büyütme altında çalışıldığı için endometriozis lezyonları daha kolay ortadan kaldırılmakta, normal anatomi daha iyi sağlanmaktadır. Hastanın karnında büyük bir kesi olmadığı için hastanın normal yaşantısına veya iş hayatına dönüşü çok daha hızlı olmaktadır.

25. Endometriozis tamamen ortadan kalkar mı?

Endometriozis hiçbir zaman tamamen ortadan kalkmaz. Cerrahi ile görebildiğimiz endometriozis dokularını tamamen ortadan kaldırsak bile, ameliyat sonrasında endometriozisi baskılayıcı tedaviyi kadın menopoza girene kadar devam ettirmek zorundayız. Çünkü endometriozis kronik bir hastalıktır. Üreme kabiliyeti olan bir kadında estrogen düzeyleri yüksek devam ettiği sürece, endometriozis oluşum süreci de mutlaka devam edecek ve endometriozis tekrar edecektir.

26. Ameliyattan sonra endometriozis tekrarlayabilir mi?

Ameliyattan sonra endometriozisi baskılayıcı tedavi şekilleri devam ettirilmediği sürece kaçınılmaz olarak tekrarlayacaktır. Endometriozis tedavisi kroniktir ve menopoza kadar devam ettirilmelidir. Hatta bazı hastalarda menopoz sonrasında da tedaviye devam edilebilir.

27. Menstürasyon döneminde karın bölgesine yapılacak olan sıcak uygulamalar, endometriozisin büyümesine neden olur mu?

Menstürasyon döneminde karın bölgesine yapılan sıcak uygulamalar adet sancısının rahatlaması için faydalı olabilir. Sıcak uygulamanın endometriozisin büyümesi veya ilerlemesi ile bir ilişkisi yoktur.

28. Düzenli egzersiz yapmak endometriozisin oluşmasını engeller mi?

Egzersiz, vücuttaki fazla estrogen yükünü azaltması, stresi azaltması, obeziteyi azaltması ve dokuların oksijenasyonunun daha iyi olmasını sağlaması nedeni ile endometriozisin oluşma riskini azaltır. Egzersizin vücudun salgıladığı doğal ağrı kesici ve mutluluk verici hormon olan endorfin düzeyini arttırdığı kanıtlanmıştır.

Endometriozis Hakkında Güncel Haberler



14. Dünya Endometriozis Kongresi, Covid-19 salgını nedeniyle iki kez değişikliğe gitmek zorunda kaldı. Öncelikle kongrenin yeri Şangay'dan Dubai'ye alındı, sonra da tarihleri 24-27 Şubat 2020 olarak değiştirildi.



CanSAGE 2020 24-26 Eylül 2020 tarihlerinde, Covid-19 salgını nedeniyle online olarak gerçekleştirildi.



Covid-19 salgını nedeniyle ESHRE 5-8 Temmuz 2020 tarihlerinde ilk defa sanal olarak yıllık toplantısını gerçekleştirdi.



Uluslararası Pelvik Ağrı Derneği Kongresi üç farklı tarihte, 10-11, 17-18, 24-25 Ekim tarihlerinde online olarak gerçekleştirilmekte.



Endometriozis 2020 Kongresi, Covid-19 salgını nedeniyle kongre tarihini 8-11 Mayıs 2021 olarak güncelledi.

Mayıs Pelvik Ağrı Farkındalık Ayı

Pelvik ağrı hakkında konuşması ve hatta bazen tanımlanması zor olabilen bir durumdur. Kadınların %5-26'sı (Ahangari 2014), erkeklerin ise %8-15'i (Clemens 2008) pelvik ağrıyı hayatlarında tecrübelemek zorunda kalıyor. Bu nedenle Uluslararası Pelvik Ağrı Derneği (IPPS), kronik pelvik ağrı hakkında halkın farkındalığını artırmak ve bu durumla yaşayanların tedaviye erişimini artırmak için Mayıs ayını Pelvik Ağrı Farkındalık ayı olarak belirledi. Hem erkekler hem de kadınlar pelvik ağrıdan muzdarip olsalar da, kadınların oranının erkeklerin oranına göre



neredeyse iki katı daha fazla olduğu düşünülmektedir.

2017 yılında yapılan Gallup anket çalışmasına göre, 18 ila 50 yaşları arasındaki her 7 kadından 1'inde kronik pelvik ağrı olduğunu gösterilmiştir. Kadınlarda pelvik ağrı, üreme, idrar veya sindirim sistemlerinden veya kas-iskelet kaynaklarından kaynaklanan semptomları ifade eder. Kaynağa

bağlı olarak, pelvik ağrı donuk veya keskin olabilir; ağrı devamlı veya aralıklı olabilir. Kişinin ağrıyı hissetme duyarlılığına bağlı olarak hafif, orta veya şiddetli olabilir.

Pelvik ağrı bazen bel, kalça veya uyluklara yayılabilir. Pelvik ağrı menstürasyon döneminde, idrar yaparken veya cinsel aktivite sırasında ortaya çıktığı gibi belirli aktivitelerde ve pozisyonlarda da ortaya çıkabilir.

Pelvik ağrıyı teşhis etmek için spesifik bir testin veya tanımlayıcı bir parametrenin olmaması, maalesef pelvik ağrı şikayeti yaşayan birçok kadının yakın çevresi tarafından yanlış algılanmaktadır. "Ağrının gerçek olmadığını ve



psikolojik olduğunu" düşüncesi bu yanlış algıdaki en sık karşılaşılan söylemdir. Bu durumun aksine pelvik ağrı bir sağlık sorunu olup, altında yatan asıl sebebin uzman sağlık çalışanları tarafından araştırılması gereken bir durumdur.

<https://www.pelvicpain.org/IPPS/Content/Blog/May-is-Pelvic-Pain-Awareness-Month.aspx>

Ahangari, A. (2014). Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain physician*, 17(2), E141-E147.

Clemens, J. Q. (2008). Male chronic pelvic pain syndrome: Prevalence, risk factors, treatment patterns, and socioeconomic impact. *Current Prostate*

IPPS 2019 Kongresi'nde Derneğimiz Üyeleri Tarafından Yayınlanan Bildiriler

Investigation of pelvic floor symptoms after endometriosis surgery

Mehmet Sakinci, MDa, Alime Buyuk, MPTb, Rukset Attar, MDc, Ayca Aklar Corekci, MPTd, Erkut Attar, MDe

aObstetrics and Gynecology Department, School of Medicine, Akdeniz University

bPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Akdeniz University

cDepartment of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Yeditepe University

dPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Health Sciences Faculty, Yeditepe University

eDepartment of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Medical School, Istanbul University

Introduction: Endometriosis is an inflammatory disease, affecting many women and causing pain in the pelvic region. Pain complaints are manifested as pelvic floor dysfunction, deep dyspareunia, and also dysmenorrhea, dyschezia and dysuria. Treatments for endometriosis have focused on hormonal therapies and surgery but pain and dysfunction in the pelvis may persist postoperatively. There is a scarce literature on the assessment of pelvic pain and pelvic floor dysfunctions after endometriosis surgery. The aim of the study was to investigate the pelvic floor symptoms in women after endometriosis surgery.

Methods: The Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI-20) has shown to be psychometrically valid and reliable instrument for measuring the extent to which pelvic floor disorders affect quality of life. PFDI-20 consists of 3 separate scales: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI) of 6 questions about the inconvenience of the prolapse, Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI) with 8 questions concerning difficulties of defecation, and the Urinary Distress Inventory (UDI) with 6 questions about difficulties in urination. Each scale is scored from 0 to 100, with higher scores indicating greater symptom burden. The Pelvic Pain and Urgency/Frequency (PUF [bother, symptom, and total]) questionnaire was developed and validated by Parsons et al. as a simple method to identify women with interstitial cystitis (IC) or painful bladder syndrome (PBS). This questionnaire is widely used by clinicians and has been used in several current studies because it provides balanced attention to urinary urgency/frequency and symptoms associated with pelvic pain. This questionnaire consists of 12 items that are divided into 2 domains: the symptom and bother scores. Increasing severity or magnitude of each item is assessed with an increasing score. The data were analyzed by using the SPSS 22.0 statistical analysis software.

Results: The 43 enrolled participants were age 1749 years, 67.06 kg $\pm$ 10.0 weight and 161.69 cm $\pm$ 6.10 height, more than half were married and more than half had completed high school or higher education. Mean gravidity and parity was 1.34 $\pm$ 0.78 and 0.95 $\pm$ 0.60. In 13 (30.2%) patients bilateral endometrioma was found. They reported that endometriosis had been diagnosed previously. All had undergone at least one laparoscopy or laparotomy by MS. After surgery all had suppressive treatment in the form of COC or progestins. The median PUF total score after surgery for the 43 patients was 14.00 (range 5–28), PUF symptom score was 10.00 (range 3–18), PUF bother score was 4 (range 2–14) respectively. All women with endometriosis had a PUF score of less than 20. The median PFDI-20 score for the 43 patients after surgery was 44.83 (range 8.33–125.20), POPDI-6 score was 12.50 (range 0–41.66), CRADI-8 was 11.5 (range 0–34.37), UDI-6 score was 20.83 (range 8.33–42.66) respectively.

Conclusions: The scores of pelvic pain urgency frequency symptom and pelvic floor dysfunction are close to scores of normal population after surgical excision of endometriosis in long term. The study suggests that endometriosis surgery may help reducing pain and pelvic floor dysfunctions. The long term follow-up of endometriosis patients should include not only the assessments of pelvic pain but the also the pelvic floor functions.

The effect of Kegel and pelvic floor muscle relaxation exercises on primary dysmenorrhea and premenstrual syndrome in women between 18 and 45 years: a preliminary study

Ekin Özkanlı, PTa, Rukset Attar, MD^b, Alime Büyük, MPT^c, Ayça Aklar Çörekçi, MSc, PT, Osteopata

aPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Health Sciences Faculty, Yeditepe University, bDepartment of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Yeditepe University, cPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Akdeniz University

Introduction: In this preliminary study, we aimed to investigate the effect of Kegel and pelvic floor muscle relaxation (PFM) exercises at the level of primary dysmenorrhea and premenstrual syndrome scale (PMSS) score among female university students in Istanbul, Turkey.

Methods: Each student was asked to fill out a structured questionnaire including socio-demographic information, general health condition, and premenstrual syndrome scale (PMSS). The perceived pain level was evaluated by using the Visual Analogue Scale (VAS), which is a 10-point Likert type scale. The Turkish version of PMSS was used to rate premenstrual pain. Volunteers were divided into 2 groups (Study Group had Kegel and PFM relaxation exercises and Control Group had only PFM relaxation exercises). The data was analyzed by using the SPSS 22.0 computer program. Paired t test was used to compare the rate of dysmenorrhea level and PMSS score within the groups.

Results: Seventeen individuals with a mean age of 22.58 ± 1.00 years participated in the research. In the study group, mean dysmenorrhea VAS scores were 5.81 and 5.00; and PMSS scores were 132.09 and 110.36, on the first and second menstrual cycles, respectively. In the control group, mean dysmenorrhea VAS scores were 5.66 and 4.33; and PMSS scores were 148.50 and 126.66, on the first and second menstrual cycles, respectively. Parameters of both dysmenorrhea and PMSS total scores improved in both the study and the control groups. Comparison of the first and second menstrual cycle pain parameters between the 2 groups did not reveal a statistically significant difference in the parameters of dysmenorrhea and PMSS total score ($P > 0.05$).

Conclusions: Our results indicate that the severity of dysmenorrhea decreases with both Kegel and PFM relaxation exercise in university students in Turkey. Combination of Kegel and PFM relaxation exercises do not appear to be superior than the relaxation exercises alone. Both Kegel and relaxation exercises seems to be helpful in the management of dysmenorrhea.

The association between core strength, posture, physical activity level and dysmenorrhea

Özkan Özdamar, MD^a, Ekin Özkanlı, PT^b, Alime Buyuk, MPT^c, Rukset Attar, MD^d, Mehmet Sakinci, MDe, Erkut Attar, MDF

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Istanbul Medeniyet University

^bPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Health Sciences Faculty, Yeditepe University

^cPhysiotherapy and Rehabilitation Department, Faculty of Health Sciences, Akdeniz University

^dDepartment of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Yeditepe University

^eObstetrics and Gynecology Department, School of Medicine, Akdeniz University

^fDepartment of Obstetrics and Gynecology, Istanbul Medical School, Istanbul University

Introduction: In this study, we aimed to investigate the relation between physical activity, core strength, posture and primary dysmenorrhea level among female university students in Istanbul, Turkey.

Methods: International Physical Activity Questionnaire (UFAA) was used to calculate physical activity level, the Turkish version of PMSS was used to rate premenstrual syndrome, New York Posture Rating Test was used to evaluate posture and Sahrman Core Stability tests were used to measure core activity level. Students were also asked to fill McGill Pain Questionnaire (MPQ) to address their general pain levels. Spearman's correlation test was used to analyze the relationship between the dysmenorrhea level, core muscle strength, posture, physical activity and PMSS level by using SPSS 22 software. A correlation level of 0.05 was considered to be significant.

Results: 98.1% of 52 students reported to have pain during menstruation. 17.3% of them had mild pain while 63.5% had moderate and 17.3% had severe pain. Statistical analysis revealed a positive, moderately strong significant correlation between PMSS and MPQ scores ($r = 0.435$; $P = 0.001$), positive weak significant correlation between PMSS and VAS scores ($r = 0.399$; $P = 0.003$), positive strong significant correlation between VAS and MPQ scores ($r = 0.600$; $P < 0.001$), and a negative weak significant correlation between posture and MPQ scores ($r = -0.281$; $P = 0.044$). Other variables did not reveal any significant correlation with each other.

Conclusions: Our results suggest that premenstrual pain scores are positively correlated with general pain levels and dysmenorrhea severity. General pain levels are also positively correlated with dysmenorrhea severity. On the other hand, posture is negatively correlated with the general pain levels.

Evaluation of pelvic pain urgency frequency and urinary incontinence symptoms of women admitted to gynecology clinic

Alime Büyük¹, Aygul Koseoglu², Mehmet Sakinci³, Rukset Attar⁴, Ayca Aklar Corekci⁵, Ozkan Ozdamar⁶, Erkut Attar⁷.

¹ Akdeniz University Faculty of Health Sciences, Department of Physiotherapy and Rehabilitation, Antalya/Turkey.

² Pelvic Pain and Endometriosis Society, Istanbul/Turkey.

³ Akdeniz University School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Antalya/Turkey.

⁴ Yeditepe University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul/Turkey.

⁵ Yeditepe University, Health Sciences Faculty, Physiotherapy and Rehabilitation Department, Istanbul/Turkey.

⁶ Medeniyet University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul/Turkey.

⁷ Istanbul University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Istanbul/Turkey.

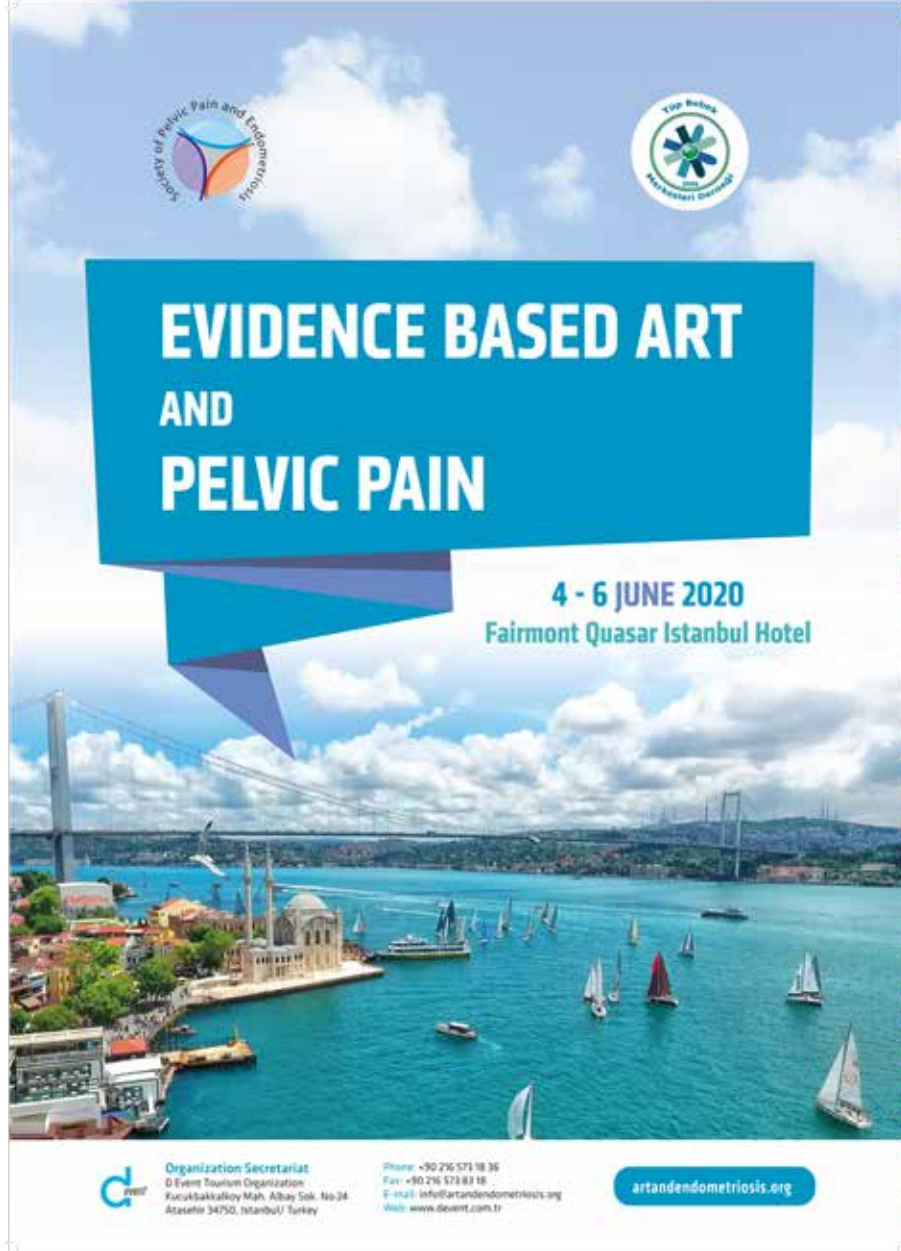
Objective: Chronic pelvic pain and urinary incontinence are burdensome gynecologic disorders that are highly prevalent among women. A few women with incontinence and pelvic pain discuss their symptoms with a healthcare provider. Even in consultation with gynecologists, there is a surprisingly low awareness of the treatment of women with signs of pelvic pain. Studies on why women do not seek treatment for incontinence have identified potential reasons, such as embarrassment, viewing it as a normal part of life, feeling that they can cope on their own. The aim of the study was to investigate of symptoms of the urinary incontinence and urgency and pelvic pain frequency in women who admitted to the gynecology clinic.

Methods :Study design: 110 women aged 23–49 years were enrolled to this study who admitted gynecology department for routine annual follow-up examination. Two questionnaires about symptoms of urinary incontinence and urgency, and frequency of pelvic pain (Urinary Distress Inventory (UDI-6) and Pelvic Pain Urgency/Frequency Questionnaire (PUF)) have been answered by the patients via direct interview with one of the investigators. The Urinary Distress Inventory (UDI-6) has been shown to be psychometrically valid and reliable instrument for measuring the extent to which urinary incontinence affect quality of life. UDI-6 consists of six questions about difficulties in urination. Each scale is scored from 0 to 100, with higher scores indicating greater symptom burden. The Pelvic Pain and Urgency/Frequency (PUF (bother, symptom, and total)) questionnaire was developed and validated by Parsons et al as a simple method to identify women with interstitial cystitis (IC) or painful bladder syndrome (PBS). This questionnaire is widely used by clinicians and has been used in several current studies because it provides balanced attention to urinary urgency/frequency and symptoms associated with pelvic pain. This questionnaire consists of 12 items that are divided into two domains: the symptom and bother scores. Increasing severity or magnitude of each item is assessed with an increasing score. The data were analysed by using the SPSS 22.0 statistical analysis software.

Results: The 110 enrolled participants were between the ages of 23–49 years, with mean weight and height 68,96 kg $\pm$ 10,0 ; 161,69 cm $\pm$ 9,52 respectively. More than half were married and more than half had completed high school or higher education. Mean gravidity and parity was 1.64 $\pm$ 0.78 and 1.35 $\pm$ 0.30. Sixty percent of married women (n=36) had at least one C-section, 27% had vaginal delivery and 13% were nulligravida. The mean PUF total score for the 110 women was 7,71 $\pm$ 7.63, PUF symptom score was 4,64 $\pm$ 4.21, PUF bother score was 3,06 $\pm$ 3.74 respectively . Ten women had a PUF total score of less than 20. The mean UDI-6 score for the 110 patients was 15,07 $\pm$ 27.98. Seven percent (n=8) of women had high score of both PUF total and UDI-6 scores.

Conclusions : Most of the patients in the study population has pelvic pain urgency frequency symptom and urinary distress scores which are close to scores of normal population but a few of them has high scores. This study suggests that assessment of pelvic pain and urinary function may help early diagnosis for women with pelvic pain and urinary dysfunctions who are not aware of their symptoms and PUF questionnaire may be used as a screening tool at routine follow up of patients. The long term follow

Derneğimizden Haberler



4-6 Haziran 2020 tarihinde yapılması planlanan kongremiz Covid-19 pandemisi nedeniyle ileri bir tarihe ertelenmiştir. Belirlenen yeni tarih dernek iletişim kanallarımız aracılığıyla paylaşılacaktır.

PAED Webinar Şöleni

Bir ay boyunca, birbirinden önemli, yerli ve yabancı konuşmacılar ile 10 adet webinar gerçekleştirdik. Bu güzel webinarların gerçekleşmesinde katkısı bulunan herkese sonsuz teşekkür ederiz.

PAED Webinar Şöleni




Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu
Uzmanlık: Pelvik Ağrı ve Endometriosis, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Erkut Attar moderatörlüğünde
Dirençli Vajinitlerin Tedavisi
Vajinal Enfeksiyonların Pelvik Ağrıya Yeri ve Önemi
2 Haziran, Salı
19:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Prof. Dr. Serdar Bulun
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Erkut Attar moderatörlüğünde
Miyomların Etiyopatogenezi ve Gelecekteki Tedavi Seçenekleri
Endometrioziste Gelişen Son Nokta
4 Haziran, Perşembe
18:30

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Dr. Öğr. Üyesi Özdal Ersoy
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Rukşet Altar moderatörlüğünde
Karın Ağrısı ve Kabızlık
8 Haziran, Pazartesi
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Prof. Dr. Halil Tuğtepe
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu moderatörlüğünde
Çocukluk Çağı Mesane Disfonksiyonlarının ve İstismanın Eriskin Dönem Mesane Fonksiyonlarına Etkisi
10 Haziran, Çarşamba
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Prof. Dr. Georgine Lamvu
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Erkut Attar moderatörlüğünde
Kronik Pelvik Ağrı ile Mücadele Konusunda Daha İyi Bir Noktaya Nasıl Gelebiliriz?
13 Haziran, Cumartesi
21:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Prof. Dr. Rahmi Onur
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Erkut Attar moderatörlüğünde
Kronik Pelvik Ağrılı Hastada Tanı Yaklaşımı
15 Haziran, Pazartesi
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Uzm. Fzt. Carolyn Vandyken
Uzmanlık: Pelvik Ağrı ve Endometriosis, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Uzm. Fzt. Ayca Akar Çorakçı moderatörlüğünde
Pelvik Ağrıda Biyopsikososyal Yaklaşımlar
16 Haziran, Salı
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Dr. Jay P. Shah, MD
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Uzm. Fzt. Ayca Akar Çorakçı moderatörlüğünde
Kronik Pelvik Ağrı, Miyofasyal Ağrı Sendromu ve Santral Sensitizasyonda Güncel Yaklaşımlar
18 Haziran, Perşembe
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni




Doç. Dr. Özkan Özdamar
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Mehmet Sakr moderatörlüğünde
Güncel Endometrioma Yönetimi; Ağrı ve İnfertilite Olgularına Nasıl Yaklaşılmı?
20 Haziran, Cumartesi
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr

PAED Webinar Şöleni

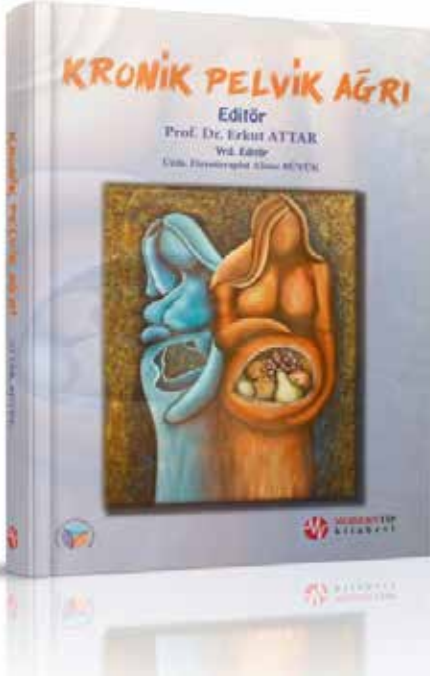



Prof. Dr. Erkut Attar
Uzmanlık: Kadın Hastalıkları ve Doğum, Kadın Hastalıkları ve Doğum

Prof. Dr. Özlem Pinaroğlu Tekin moderatörlüğünde
Endometriozisin Medikal Tedavisi
21 Haziran, Pazar
20:00

Exelltis

Kayıt: www.paed.org.tr



Dernek yönetim kurulu başkanımız Prof. Dr. Erku Attar'ın editörlüğünde yazılmış olan Kronik Pelvik Ağrı kitabımız yayınlanmıştır.

Pelvik ağrının tüm dünyada liderliğini üstlenen ve bu konuya özel olarak eğilen ilk kurum olan International Pelvic Pain Society (IPPS) ile tanışılması ülkemizde pelvik ağrı konusunda önemli bir farkındalık artışına neden oldu. Bu farkındalıkla birlikte pelvik ağrıya yol açan endometriozis dışı durumların aynı anda bulunabileceği ve/veya komorbidite olarak karşımıza çıkabileceği gerçeği karşımızda daha net olarak belirdi. Pelvik ağrısı olan hastalara multidisipliner bir yaklaşımın bilgi artışı, tanı ve tedavi için ne denli gerekli ve önemli olduğunu bizlere anlattı. Bu farkındalık ile birlikte 2010 yılında Türk Alman Jinekoloji Vakfı (TAJEV) Kongresinde Pelvik Ağrı ile ilgili

özel oturumlar düzenledik. İzleyen süre içerisinde başından beri bu gelişmelere vesile olan North Western Üniversitesi'nden değerli hocamız Prof. Dr. Serdar Bulun'un da desteği ile ilk IPPS toplantısını 2011 yılında yüksek sayıda uluslararası katılımı ile İstanbul'da gerçekleştirdik. İstanbul kongresi pelvik ağrı konusunda farkındalığı artırmak üzere atılan en ciddi adım olmakla kalmayıp, bu konuda uzman yetiştirilmesi, tüm dünyada eğitimin standart hale getirilmesi gibi konuların uluslararası düzeyde ele alındığı ve Amsterdam'da, 1. Dünya Pelvik Ağrı Kongresi'nin yapılmasına zemin hazırlayan bir toplantı oldu. Bu kongreye IPPS olarak önemli derecede destek verdik ve bilimsel katkı sağladık. Bu toplantının konularını içeren ve bizim de endometriozis konusunda katkıda bulunduğumuz bir Pelvik Ağrı kitabı Prof. Dr. Bert Messelink'in editörlüğü altında o yıllarda yayınlandı.

Pelvik ağrının en sık nedeni olan endometriozis jinekolojinin alanına girmektedir. Tüm dünyada jinekoloji pelvik ağrı derneklerinde amiral gemisi olarak yer almaktadır. Ülkemizde de bu felsefe ile hareket edilerek, 11 Mart 2016 tarihinde Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği kuruldu. Gerek IPPS'ten alınan ilham ve vizyon, gerekse Türkiye'de konuya duyulan ilgi sonucunda dernek hızla büyüyerek 2017 yılında ülkemizde ikinci pelvik ağrı toplantısını gerçekleştirdi.

Paed olarak IPPS 2019, Toronto'ya katıldık.

Dernek başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar ve Pt. Emily Stein moderatörlüğünde Endometriozis Atölyesi gerçekleştirildi.



Ankara Şehir Hastanesi, Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Polikliniği Açılışı

"Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis Polikliniği" Ankara Şehir Hastanesi Kadın Doğum Kliniği bünyesinde hizmete başlamıştır.

Açılışı Kadın Doğum Hastanesi Başhekimisi ve dernek yönetim kurulu üyemiz Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin ve Yeditepe Üniversitesi Kadın Doğum Bölüm Başkanı ve dernek yönetim kurulu başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar gerçekleştirdi.



Pelvik Ağrı ve Endometriozis Sempozyumu

Alanında uzman uluslararası konuşmacıların yer aldığı Pelvik Ağrı ve Endometriozis Sempozyumu yüksek ilgi ve katılımıyla 22 Eylül 2019 tarihinde Wyndham Grand Kalamış Otel’de gerçekleştirildi.

Dernek yönetim kurulu üyemiz Prof. Dr. Cihat Ünlü’ye derneğimize, mesleğimize ve ülkemizin kadınlarına yapmış olduğu katkılardan dolayı minnet ve şükranlarımızı belirten plaket verilmiştir.



**PELVİK AĞRI VE ENDOMETRİOZİS
SEMPOZYUMU**
22 Eylül 2019
Wyndham Grand Kalamış Otel



Invited Speakers

Richard P. Marvel, MD
Advisory Board
Director of IPPS

Tracy Sher, PhD
Former Board
Director of IPPS

Kathryn Wilkeman, MD
Vice President
of IPPS



Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pelvik Ağrı ve Endometriozis Polikliniği Açılışı

18 Mayıs 2019 Cumartesi günü, derneğimiz ile Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonunda düzenlenen "Pelvik Ağrı & Endometriozis" Sempozyumu gerçekleştirildi. Sempozyum sonunda Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yeni hizmete açılan Pelvik Ağrı ve Endometriozis Polikliniği açılışı gerçekleştirildi.



37. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Kongresi Pelvik Ağrı Kursu

'Her yönüyle Endometriozis' temasıyla gerçekleşen 37. Zeynep Kamil Jineko-Patoloji Kongresi'nde Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği olarak Pelvik Ağrı Kursu gerçekleştirdik. Oldukça verimli geçen kursumuza bir dönem IPPS (International Pelvic Pain Society) başkanlığı yapan Prof. Juan Diego Villegas da konuşmacı olarak katılmıştır.



Dernek Etkinliklerimiz

Yeditepe Üniversitesi 6-7-8 Mayıs 2019 Pelvik Ağrı Farkındalık Günlerinde Söyleşi

Yeditepe Üniversitesi öğrencileri ile 6-7-8 Mayıs 2019 pelvik ağrı farkındalık ayı söyleşi ve etkinlikleri gerçekleştirdik.



Ağrısız Sex Konuşmaları

Türkiye’de ilk kez, 100’ün üzerinde biletli katılımcı ile Atölye Kafası’nda gerçekleştirildi. Konuşmacı olarak Pembe Fili Düşünme kitabının yazarı psikolog Zeynep Selvili Çarmıklı, Ağrısız Sex Kitabı yazarı fizyoterapist Heather Jeffcoat, dernek başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar ve dernek yönetim kurulu üyemiz fizyoterapist Alime Büyük yer aldı. Herkesin çekinmeden sorularını sorabildiği, anılarını paylaşıp interaktif bir gecenin yaşanmasını sağlayan tüm katılımcılarımıza ve konuşmacılarımıza teşekkür ederiz.



Karantina Günlerinde Hareketsiz Kalmayın Instagram Canlı Yayınları

Covid-19 pandemisi nedeniyle evlerimizde geçirdiğimiz günlerde hareketsiz kalmamak ve pelvik ağrı hakkında farkındalık yaratmak için instagram hesabımızdan canlı yayınlar yaptık.


**Endometriozis
ve
Pelvik Ağrı
Tedavisinde
Yenilikler**

06 Mayıs 2020
Çarşamba
Saat: 21:30

 [paed.org.tr/canli-yayin](https://www.instagram.com/paed.org.tr/canli-yayin)


Prof. Dr. Erkut ATTAR
&
Uzm. Fzt. Aline BÜYÜK




**Karantina Günlerinde
Hareketsiz Kalmayın!**

Instagram @paed.org.tr hesabından
her gün bir uzman ile canlı yayında hareket et.

23 Nisan- 21:30
Pelvis Sağlığı için Sandalye Yogası
Uzm. Fzt. Deniz Aslan

24 Nisan- 21:00
Pelvis ve Omurga Self Mobilizasyonu
Uzm. Fzt. Aslı Yeral

25 Nisan- 21:00
Klinik Pilates
Fzt. Aygöl Köseoğlu

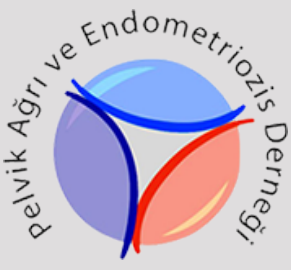
26 Nisan- 21:00
Gevşeme Egzersizleri
Uzm. Fzt. Ayça Aklar Çörekçi


Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği

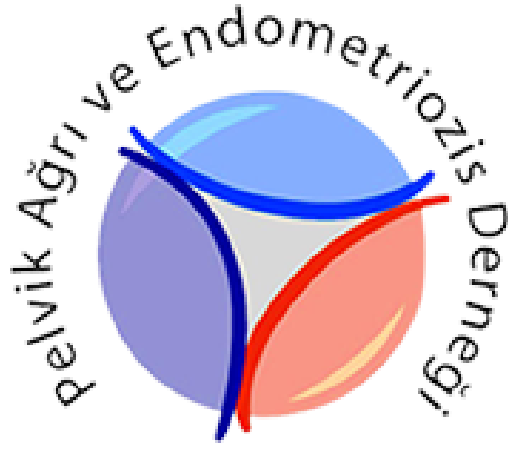




Katkılarından dolayı ressam Simay Tekin'e teşekkürlerimizi sunarız...



Bizi Takip Edin...



Adres: Küçükbakkalköy Mah. Albay Sokak No:24 Ataşehir / İstanbul

Tel: 0 (216) 359 62 64

Web: www.paed.org.tr



@paed.org.tr



@pelvisuzmani