

Aralık 2021
E-Bülten
Sayı: 2

Bu Sayımızda;

- COVİD-19 DÖNEMİNDE ARTAN PELVİK TABAN PROBLEMLERİ VE PELVİK TABAN EGZERSİZLERİ
- PELVİK ORGAN PROLAPSUSU, ÜRİNER İNKONTİNANS VE PELVİK AĞRI İLİŞKİSİ
- KRONİK PELVİK AĞRI VE KOMORBİDİTELERİ
- ADENOMYOZİS
- MESANE AĞRISI SENDROMU / İNTERSTİSYEL SİSTİT: LİTERATÜRDEKİ YENİLİKLER EŞLİĞİNDE TEMEL BİLGİLERİN GÜNCELLENMESİ

info@paed.org.tr
www.paed.org.tr
0 (216) 359 6264
Küçükbakkalköy Mah. Kayışdağı Cad.
No:37 Metal İş Merkezi D:69
Ataşehir/İstanbul

Mutluluğun Güvenli Formülü

Menopur® HP-hMG

600 IU | 1200 IU

FSH VE hCG KAYNAKLI LH AKTİVİTESİ AYNI ANDA TEK FLAKONDA*



Menopur® ile rFSH'a göre;

- **Tek bir tedavide, FSH ve hCG kaynaklı LH biyoaktivitesi[1]**
- **İstatistiksel anlamlı olarak daha fazla yüksek kaliteli embriyo[2]**
- **Farklı endokrin profil sayesinde daha yüksek devam eden gebelik oranı[3,4]**
- **İstatistiksel anlamlı olarak daha yüksek canlı doğum oranı[5]**
- **600 IU ve 1200 IU doz seçenekleriyle daha fazla hasta uyumu ve kullanım kolaylığı[6]**

Menopur® HP-hMG

600 IU | 1200 IU

*T.C. Sağlık Bakanlığı onaylı güncel kısa ürün bilgisi

Referanslar: 1. de Placido G, et al. Hum Reprod 2001;16:1875-1879. **2.** Mochtar MH, et al. Cochrane Database Syst Rev 2007;2:CD005070. **3.** Lehert P, et al. Reprod BiolEndocrinol 2014;12:17. **4.** Menopur® Kısa Ürün Bilgisi. **5.** van Wely M, et al. Cochrane Database Syst Rev. 2);2011):CD005354. **6.** Husth M, et al. Europea Obstetrics and Gynaecology 2011;6:8-10

MENOPUR® 75 IU IM ve SC enjeksiyon için toz içeren flakon
Her bir toz flakonu 75 IU folikül stimülan hormon (FSH) ve 75 IU luteinizan hormon (LH) aktivitesine sahip, ileri derecede saflaştırılmış menotropin (insan menopozal gonadotropini, HMG) içerir. MENOPUR® içinde post-menopozal kadın idrarında doğal olarak bulunan bir hormon olan insan koryonik gonadotropini (hCG) mevcuttur ve LH (luteinizan hormon) aktivitesine katkıda bulunur. 1 ml çözücü içeren bir ampul, 1 ml izotonik sodyum klorür solüsyonu içerir. **TERAPÖTİK ENDİKASYONLAR:** Kadınlarda, klomifen sitrat tedavisine yanıtsız olan kadınlarda polikistik over hastalığı (PCOS) dahil, anovülasyon, yardımla üreme teknikleri (ART), örn. in vitro fertilizasyon/embriyo transferi (IVF), gamet intra-fallopian transfer (GIFT) ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) için çok sayıda folikül büyümesini uyarma amaçlı kontrollü ovaryan hiperstimülasyonu, hipogonadotropik hipogonadizmi olan kadınlarda folikül gelişiminin stimülasyonu. Erkeklerde hipogonadotropik hipogonadizmi olan erkeklerde yetersiz spermatojenez. **POZOLOJİ/UYGULAMA SIKLIĞI VE SÜRESİ:** Anovülasyonlu kadınlarda (PCOS dahil) MENOPUR® tedavisi menstrüel siklusun ilk 7 günü içinde başlatılmalıdır. Başlangıçta önerilen MENOPUR® dozu günlük 75 – 150 IU'dur ve bu doza en az 7 gün süreyle devam edilmelidir. Bundan sonraki dozlar, klinik izleme sonuçlarına bağlı olarak (sadece over ultrasonu ya da birlikte östradiol düzeyleri ölçümü), alınan bireysel hasta yanıtı doğrultusunda uyarlanmalıdır. Doz uyarlamaları her 7 günde birden daha sık yapılmamalıdır. Önerilen doz artışı, her defasında 37,5 IU'dur ve 75 IU'yu aşmamalıdır. Maksimum günlük doz 225 IU'dan daha yüksek olmamalıdır. Yardımla üreme teknikleri (ART) için çok sayıda folikül büyümesini uyarma amaçlı kontrollü ovaryan hiperstimülasyonu olan kadınlarda, GnRH agonistiyle downregülasyon uygulanan protokolde, MENOPUR® tedavisi, agonist tedavisi başladıktan yaklaşık 2 hafta sonra başlatılmalıdır. GnRH antagonistiyle downregülasyon uygulanan protokolde, MENOPUR® tedavisi, menstrüel siklusun 2 ya da 3. günü başlatılmalıdır. Tavsiye edilen MENOPUR® başlangıç dozu, tedavinin en az ilk beş günü için, günde 150 – 225 IU'dur. Bundan sonraki dozlar, klinik izleme sonuçlarına bağlı olarak (sadece over ultrasonu ya da birlikte östradiol düzeyleri ölçümü), alınan bireysel hasta yanıtı doğrultusunda uyarlanmalı ve doz artışları, uyarlama başına 150 IU'dan daha yüksek olmamalıdır. Günlük verilen maksimum doz günde 450 IU'yu aşmamalıdır ve pek çok vakada 20 günü aşan dozaj tavsiye edilmemektedir. Erkeklerde, başlangıçta, haftada 3 kez 1000 – 3000 IU hCG uygulanır. Normal testesteron serum düzeyleri sağlandığında, bir kaç ay, ek olarak, haftada üç kez HMG (75 – 150 FSH + 75 – 150 IU LH) I.M. olarak uygulanır. **UYGULAMA ŞEKLİ:** MENOPUR®, kutusunda sunulan çözücü ile sulandırılarak hazırlandıktan sonra subkütan (S.C.) ya da intramusküler (I.M.) yoldan enjekte edilerek uygulanır. Toz kullanımdan hemen önce sulandırılmalıdır. Büyük hacimlerde enjeksiyondan kaçınmak amacıyla, sunulan 1 ml'lik çözücü ile 3 flakona kadar toz sulandırılarak hazırlanabilir. Çalkalamadan kaçınılmalıdır. Çözelti partikül içeriyorsa ya da berrak değilse kullanılmamalıdır. **KONTRENDİKASYONLAR**: Kadınlarda, hipofiz bezi ya da hipotalamus tümörleri, over, uterus ya da meme karsinomu, gebelik ve laktasyon, etiyolojisi bilinmeyen jinekolojik kanama, etkin maddeye veya yardımcı maddelerden herhangi birine aşırı duyarlılık, over kistleri ya da polikistik over hastalığı dışında bir nedenden dolayı büyümüş overler bulunması, primer over yetmezliği, cinsel organlarda gebelik ile bağdaşmayan malformasyonlar, uterusta gebelik ile bağdaşmayan fibroid tümör. Erkeklerde, hipofiz bezi ya da hipotalamus tümörleri, testisde tümörler, prostat karsinomu, etkin maddeye veya formülasyonda kullanılan herhangi bir bileşene karşı aşırı duyarlılıkta kontrendikedir. **ÖZEL KULLANIM UYARILARI VE ÖNLEMLERİ:** MENOPUR®, hafiften şiddetliye kadar yan etkilere yol açabilen güçlü bir gonadotropik maddedir ve yalnızca infertilite sorunları ve bunların tedavilerini olduğca iyi bilen hekimler tarafından kullanılmalıdır. Tedaviye başlamadan önce, çiftin infertilite sorunu gereğince değerlendirilmeli ve gebelik için varsayılabilecek kontrendikasyonlar incelenmelidir. Özellikle de, hastalar hipotroidizm, adrenokortikal yetmezlik, hiperprolaktinemi ve hipofizer ya da hipotalamik tümörler yönüyle değerlendirilmeli ve gerekli spesifik tedavi uygulanmalıdır. Gerek anovulatuar infertilite tedavisi, gerekse ART prosedürleri kapsamında foliküler büyümenin uyarılması işlemi uygulanan hastalarda, overlerde büyüme ya da hiperstimülasyon gelişebilir. Çoğul gebelik: Gonadotropinlerle ovülasyon indüksiyonu yapılan kadınlarda çoğul gebelik insidansı, doğal konsepsiyona kıyasla yüksektir. Çoğul konsepsiyonların büyük bir kısmı ikizdir. Çoğul gebelik riskini en aza indirmek için, over yanıtının dikkatle izlenmesi önerilmektedir. Hastalara tedaviye başlamadan önce çoğul doğum riski potansiyeli anlatılmalıdır. Gebelik kaybı: Erken dönemde düşük ya da abortus sonucunda gebelik kaybı insidansı, normal popülasyona göre, ART prosedürleri için folikül büyümesi stimüle edilen hastalarda daha yüksektir. Dış gebelik: Öyküsünde tübal hastalığı olan kadınlar, gebelik spontan konsepsiyon yoluyla ya da fertilite tedavisiyle elde edilmiş olsun, ektopik gebelik riski taşırlar. IVF'ten sonra dış gebelik prevalansının %2 ile %5 olduğu bildirilirken, genel popülasyonda %1 ile %1.5 olduğu bildirilmektedir. Konjenital malformasyonlar: ART'den sonra konjenital malformasyonların prevalansı, spontan konsepsiyonlardan sonra olandan biraz daha yüksek olabilir. Bunun parental özelliklerdeki farklılıklara (örn. anne yaşı, sperm özellikleri) ve çoğul gebeliklere bağlı olduğu düşünülmektedir. **DİĞER TIBBİ ÜRÜNLER İLE ETKİLEŞİMLER VE DİĞER ETKİLEŞİM ŞEKİLLERİ:** Kontrollü klinik deneyim bulunmamakla birlikte, eş-zamanlı MENOPUR® ve klomifen sitrat uygulamasının foliküler yanıtı kuvvetlendirebileceği beklenmektedir. Hipofizin duyarsızlaştırılması işleminde GnRH agonisti kullanılırken, yeterli foliküler yanıtın sağlanabilmesi için daha yüksek dozlarda MENOPUR® gerekli olabilir. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelik kategorisi: X. Gebe ve laktasyondaki kadınlarda MENOPUR® kullanımı kontrendikedir. **ARAÇ VE MAKİNE KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİLER:** Araç ve makine kullanma becerileri üzerindeki etkileri konusunda herhangi bir çalışma yürütülmemiştir. Ancak MENOPUR®'un hastanın araç ve makine kullanma becerilerini etkilemesi pek olası değildir. **İSTENMEYEN ETKİLER:** En sık bildirilen advers ilaç reaksiyonları Ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS), baş ağrısı, abdominal ağrı, abdominal şişkinlik ve enjeksiyon bölgesinde ağrıdır. Bu advers ilaç reaksiyonlarının hiçbiri %5'den fazla rapor edilmemiştir. Bunun dışında; aşırı duyarlılık reaksiyonları, baş dönmesi, görsel bozukluklar, sıcak basması, tromboembolism, bulantı, kusma, abdominal rahatsızlık, diyare, akne, kaşıntı, prurit, ürtiker, kas-iskelet ağrısı, pelvik ağrı, over kisti, meme şikayetleri, over torsiyonu, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, bitkinlik, pireksi, malez, kilo artışı. Erkeklerde, gonodotropin tedavisi ile bağlantılı olarak, jinekomasti, akne ve kilo alımı rapor edilmiştir. İlave olarak, erkeklerde uygulama bölgesi reaksiyonları ve aşırı duyarlılık beklenmektedir. Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması: Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99). **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Doz aşımının etkileri bilinmemektedir; ancak ovaryan hiperstimülasyon sendromunun gelişmesi beklenebilir. **RAF ÖMRÜ:** 24 ay. Sulandırılarak hazırlandıktan hemen sonra kullanılmalıdır. **SAKLAMAYA YÖNELİK ÖZEL TEDBİRLER:** 25°C'nin altındaki oda sıcaklığında ışıktan korunarak ve orijinal ambalajında saklanmalıdır. Dondurulmamalıdır. **RUHSAT SAHİBİ:** Ferring İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti. Büyükdere Cad. Nurol Plaza No: 255 Kat 13 Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul **RUHSAT NUMARASI:** 120/63 **RUHSAT TARİHİ/RUHSAT YENİLEME TARİHİ:** İlk ruhsat tarihi: 27.07.2006 Ruhsat yenileme tarihi: 13.02.2014 **KUB'ÜN YENİLENME TARİHİ**: 30.01.2018 **KDV DAHİL ONAYLI PERAKENDE FİYATI:** 456,05 TL (fiyat onay tarihi: 20.02.2021) **REÇETE İLE SATILIR. DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZA BAŞVURUNUZ.** MNP-KPB04

MENOPUR® 600 ve 1200 IU Multi Doz İçin SC Enjeksiyonluk Çözelti Tozu İçeren Flakon ve Kullanıma Hazır Enjektörde Çözücü:
Her bir toz flakonu, 600 ve 1200 IU folikül stimülan hormon (FSH) ve 600 ve 1200 IU luteinizan hormon (LH) aktivitesine sahip, ileri derecede saflaştırılmış menotropin (insan menopozal gonadotropini, HMG) içerir. Sulandırıldıktan sonra 1 ml çözelti 600 IU ileri derecede saflaştırılmış menotropin içerir. MENOPUR® içinde post-menopozal kadın idrarında doğal olarak bulunan bir hormon olan insan koriyonik gonadotropini (hCG) mevcuttur ve LH (luteinizan hormon) aktivitesine katkıda bulunur. **TERAPÖTİK ENDİKASYONLAR:** Klomifen sitrat tedavisine yanıtsız olan kadınlarda polikistik over hastalığı (PCOS) dahil, anovülasyon, yardımla üreme teknikleri (ART) için çok sayıda folikül büyümesini uyarma amaçlı kontrollü ovaryan hiperstimülasyonu, hipogonadotropik hipogonadizmi olan kadınlarda folikül gelişiminin stimülasyonu. **POZOLOJİ/UYGULAMA SIKLIĞI VE SÜRESİ:** MENOPUR® tedavisi, fertilite sorunlarının tedavisinde deneyimli bir hekimin gözetiminde başlatılmalıdır. Anovülasyonlu kadınlar: Başlangıçta önerilen MENOPUR® dozu günlük 75 – 150 IU'dur. Bundan sonraki dozlar, klinik izleme sonuçlarına bağlı olarak (sadece over ultrasonu ya da birlikte östradiol düzeyleri ölçümü), alınan bireysel hasta yanıtı doğrultusunda uyarlanmalıdır. Maksimum günlük doz 225 IU'dan daha yüksek olmamalıdır. Yardımla üreme teknikleri için tavsiye edilen MENOPUR® başlangıç dozu, günde 150 – 225 IU'dur. Bundan sonraki dozlar, klinik izleme sonuçlarına bağlı olarak (sadece over ultrasonu ya da birlikte östradiol düzeyleri ölçümü), alınan bireysel hasta yanıtı doğrultusunda maksimum doz günde 450 IU'yu aşmamalıdır. **UYGULAMA ŞEKLİ:** MENOPUR®, kutusunda sunulan çözücü ile sulandırılarak hazırlandıktan sonra subkütan (S.C.) yoldan enjekte edilerek uygulanır. Toz kullanımdan önce sulandırılmalıdır. Sulandırılan çözelti çoklu kullanım için olup 28 güne kadar kullanılabilir. Çalkalamadan kaçınılmalıdır. Çözelti partikül içeriyorsa ya da berrak değilse kullanılmamalıdır. **KONTRENDİKASYONLAR:** Hipofiz bezi ya da hipotalamus tümörleri, over, uterus ya da meme karsinomu, gebelik ve laktasyon, etiyolojisi bilinmeyen jinekolojik kanama, etkin maddeye veya yardımcı maddelerden herhangi birine aşırı duyarlılık, over kistleri ya da polikistik over hastalığı dışında bir nedenden dolayı büyümüş overler, primer over yetmezliği, cinsel organlarda gebelik ile bağdaşmayan malformasyonlar, uterusta gebelik ile bağdaşmayan fibroid tümör. **ÖZEL KULLANIM UYARILARI VE ÖNLEMLERİ:** MENOPUR®, hafiften şiddetliye kadar yan etkilere yol açabilen güçlü bir gonadotropik maddedir ve yalnızca infertilite sorunları ve bunların tedavilerini oldukça iyi bilen hekimler tarafından kullanılmalıdır. Ovaryan hiperstimülasyon sendromu: OHSS kendisini artan şiddet derecelerinde gösterebilen bir sendromdur. Belirgin over büyümesi, yüksek serum seks steroidleri ve vasküler permeabilite artışından oluşur. Permeabilite artışı, periton, plevra ve ender olarak perikard boşluklarında sıvı birikimiyle sonuçlanabilir. Şiddetli OHSS ortaya çıkarsa, eğer halen devam ediyorsa gonadotropin tedavisi durdurulmalı ve hasta hospitalize edilerek spesifik OHSS tedavisi başlatılmalıdır. Çoğul gebelik: ART prosedürlerinin uygulandığı kadınlarda çoğul gebelik riski esas olarak, yerleştirilen embriyo sayısına, bunların kalitesine ve hastanın yaşına bağlıdır. Gebelik kaybı: Erken dönemde düşük ya da abortus sonucunda gebelik kaybı insidansı, normal popülasyona göre, ART prosedürleri için folikül büyümesi stimüle edilen hastalarda daha yüksektir. Dış gebelik: IVF'ten sonra dış gebelik prevalansının %2 ile %5 olduğu bildirilirken, genel popülasyonda %1 ile %1.5 olduğu bildirilmektedir. Üreme sistemi neoplazmaları: İnfertilite tedavisi için çok ilaçlı rejimlerin uygulandığı kadınlarda, overler ya da üreme sisteminin başka organlarında hem benign hem de malign neoplaziler bildirilmiştir. İnfertil kadınlarda gonadotropin tedavisinin, bu tümörlere yönelik bazal riski artırıp artırmadığı henüz belirlenmemiştir. Konjenital malformasyonlar: ART'den sonra konjenital malformasyonların prevalansı, spontan konsepsiyonlardan sonra olandan biraz daha yüksek olabilir. Bunun parental özelliklerdeki farklılıklara (örn. anne yaşı, sperm özellikleri) ve çoğul gebeliklere bağlı olduğu düşünülmektedir. Tromboembolik olaylar: Kişisel ya da aile öyküsü, şiddetli obezite (vücut kütle indeksi >30 kg/m²) veya trombofili gibi tromboembolik olaylara yönelik genel kabul gören risk faktörlerine sahip kadınlarda, gonadotropin tedavisi sırasında ya da tedaviden sonra venöz veya arteriyel tromboembolik olay riski artabilir. **DİĞER TIBBİ ÜRÜNLER İLE ETKİLEŞİMLER VE DİĞER ETKİLEŞİM ŞEKİLLERİ:** MENOPUR® ile insanlarda etkileşim çalışmaları yürütülmemiştir. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelik kategorisi: X. Gebe kadınlarda ve laktasyondaki kadınlarda MENOPUR® kullanımı kontrendikedir. **ARAÇ VE MAKİNE KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİLER:** Araç ve makine kullanma becerileri üzerindeki etkileri konusunda herhangi bir çalışma yürütülmemiştir. Ancak MENOPUR®'un hastanın araç ve makine kullanma becerilerini etkilemesi pek olası değildir. **İSTENMEYEN ETKİLER:** Ovaryan hiperstimülasyon sendromu (OHSS), baş ağrısı, abdominal ağrı, abdominal şişkinlik ve enjeksiyon bölgesinde ağrı en sık raporlanan advers ilaç reaksiyonlarıdır. Bu advers ilaç reaksiyonlarının hiçbiri %5'ten fazla rapor edilmemiştir. Bunun dışında; aşırı duyarlılık reaksiyonları, baş dönmesi, görsel bozukluklar, sıcak basması, tromboembolism, bulantı, kusma, abdominal rahatsızlık, diyare, akne, kaşıntı, prurit, ürtiker, kas-iskelet ağrısı, pelvik ağrı, over kisti, meme şikayetleri, over torsiyonu, enjeksiyon bölgesi reaksiyonları, bitkinlik, pireksi, malez, kilo artışı. Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması: Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99). **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Doz aşımının etkileri bilinmemektedir; ancak ovaryan hiperstimülasyon sendromunun gelişmesi beklenebilir. **RAF ÖMRÜ:** 36 ay. Sulandırıldıktan sonra, çözelti 2500C'nin altındaki oda sıcaklığında maksimum 28 gün saklanabilir. Dondurmayınız. Ürün ışıktan korunarak ambalajında saklanmalıdır. **SAKLAMAYA YÖNELİK ÖZEL UYARILAR:** 20C – 80C arasında buzdolabında ve ışıktan korunarak ambalajında saklanmalıdır. Dondurulmamalıdır. **RUHSAT SAHİBİ:** Ferring İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti. Büyükdere Cad. Nurol Plaza No:255 Kat 13 Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul Tel: (0212) 335 62 00 Faks: (0212) 285 42 74 e-posta: TRI-info@ferring.com **RUHSAT NUMARASI:** Menopur® 600 IU: 2015/540, Menopur® 1200 IU: 2015/538 **RUHSAT TARİHİ:** 06.07.2015 KDV **DAHİL ONAYLI PERAKENDE FİYATI:** Menopur® 600 IU: 835,00 TL (fiyat onay tarihi: 20.02.2021), Menopur® 1200 IU: 1690,53 TL (fiyat onay tarihi: 20.02.2021) **KÜB ONAY TARİHİ:** 06.07.2015 **REÇETE İLE SATILIR. DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZA BAŞVURUNUZ.** MNPMD-KPB04

MNP21 08.001P

FERRING PHARMACEUTICALS

Ferring İlaç Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
Büyükdere Caddesi, Nurol Plaza No:255, A Blok Kat:13
Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul, TÜRKİYE
info@ferring.com.tr - www.ferring.com.tr

FERRING REPRODUCTIVE HEALTH

Başkanımızdan

2021'in ardından...

Değerli PAED ailesi,

Yeni bir yılın başlangıcına günler kalmışken PAED'in 2021 itibarıyla geldiği noktayı bu haber bülteni ile birlikte sizlerle paylaşmak istedim. Geride bıraktığımız yıl ve önceki yıllar içerisinde yaptığımız etkinlikleri burada bir sayfaya sığdırmak olanaksız. Geçmişe dönüp, temelimizin ne kadar sağlam atıldığını çok genel hatlarıyla ve kısaca sizlerle paylaşmak istiyorum. Derneğimiz kurulduğu tarih olan 11 Mart 2016 yılından bu yana pelvik ağrı ve endometriozis konusunda gerek halkımızın gerekse meslektaşlarımızın farkındalığını artırmak üzere çok geniş çaplı etkinliklerde bulundu. Kuruluşumuz ve ilk resmi ulusal kongremiz 2017 yılında oldu ancak, 8 yıldır yönetim kurulunda ülkemizi temsil ettiğimiz International Pelvic Pain Society (IPPS) önderliğinde ilk ulusal Pelvik Ağrı kongresini 2011 yılında geniş bir yurtdışı katılımla yaptık. Bundan 2 yıl öncesinde de İstanbul'da yaptığımız, Avrupa tarihinde de bir ilk olan bu tarihi toplantının ayak sesleri güçlü kongrelerin özel pelvik ağrı oturumlarında duyulmaya başlamıştı. Covid-19 salgınıyla birlikte canlı aktivitelerimizin önemli bir kısmını ve kongremizi askıya almak zorunda kaldık ve derneğimizle ilgili bazı geniş projelerimizi erteledik. Patlayan webinar toplantılarını göz önüne alarak çok seçici bir şekilde pelvik ağrı ve endometriozisle ilgili dünya yıldızlarını sizlerle buluşturduk. Bilimsel kalitesini daima ön planda tutuğumuz ve bir marka olan kongrelerimize gösterilen aynı ilgi webinarlarımıza da oldu. Webinarlarımızı yüksek sayıda katılımcı ile gerçekleştirdik.

Ne mutlu bize ki 2009 yılından bu yana başlattığımız çalışmalarla birlikte yaratılan farkındalık kadınlarımızın yaşam kalitesini ileri derecede etkileyen, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açan bu önemli sorunun ülke geneline taşınmasında büyük pay sahibi olduk. 2019 yılında derneğimizin bir aktivitesi olarak multisidipliner anlamda Pelvik Ağrı kitabımızı yayınladık.

Zaman içerisinde ilk olarak beraber yol aldığımız fizyoterapistleri pelvik ağrı tedavisinin içine kalıcı olarak yerleştirdik. Pelvik ağrı tedavisi içerisinde yer alması gereken üroloji, gastroenteroloji ve algoloji gibi disiplinlerle ilişkilerimizi geliştirdik ve psikologlar ile de birlikte çalışmanın yollarını aramaya başladık. Ülke genelinde yeni pelvik ağrı kliniklerinin açılması bizleri son derece mutlu ve bahtiyar etti.

Tüm çalışmalarımızı uluslararası alanda da ülkemiz adına yaptığımız katkılarla taçlandırdık. Yaşamını insan sağlığına adamış bir aile zincirinin güçlü halkası 2. Başkanımız Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu'nun Avrupa Menopoz ve Andropoz Derneğinin (European Menopause and Andropause Society-EMAS) yönetimine ve genel sekreterliğine gelmesi ile birlikte menopozun genitoüriner semptomlarının (GSM) pelvik ağrı ile örtüştüğü noktaları ve sağlam kadın kavramını tartışmaya açtık. Dünya pelvik ağrı kongresinde ülkemizde pelvik ağrı konusunda az zamanda başarılan büyük işleri gelişmiş ülkelerle boy ölçüşecek düzeyde sunma onurunu yaşadık. International Pelvic Pain Society (IPPS) Fred Howard proje ödülünü Ekim 2021 ayında Amerika, Baltimore'da yapılan IPPS kongresinde ülkemize getirdik. Tüm bu bilimsel başarıların yanı sıra IPPS yönetim kuruluna fizyoterapistlerimizin de girmesi ile birlikte yönetimde daha da güçlendik.

Covid-19 pandemisini psikolojik olarak da olsa bir nebze aştıktan sonra 2022 yılı içerisinde diğer disiplinleri ve ülkeleri kapsayacak şekilde derneğimizi çok daha güçlü ve yaygın hale getireceğiz. Sizlerle iletişimimizdeki köprülerden biri olan PAED bültenini her 3 ayda bir posta kutularınızda bulacaksınız. Bu vesileyle, pelvik ağrı ile ilgilenen diğer disiplinlerdeki tüm meslektaşlarımızı derneğimize üye olmaya davet ediyoruz. PAED ailesine ve zor günlerde halkın sağlığı için canları pahasına kahramanca savaşan tüm sağlık mensuplarına yeni yılda mutluluk ve sevgilerimizi gönderirken, tüm dünya insanları ve halkımız için mutlu ve huzurlu bir yıl diliyorum.

PAED Yönetim Kurulu adına

Prof. Dr. Erkut Attar

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Yönetim Kurulu



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. Diagnosing denomyosis: an integrated clinical and imaging approach
   b. Endometriosis-associated infertility: surgery or IVF?
   c. Advances in the medical management of bowel endometriosis
   d. Do menstrual cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States
   e. Acceptability and safety of the menstrual cup: A systematic review of the literatüre
   f. Comparison between menstrual cups: first step to categorization and improved safety
   g. Hydronephrosis caused by a menstrual cup
2. Covid-19 Döneminde Artan Pelvik Taban Problemleri ve Pelvik Taban Egzersizleri
3. Pelvik Organ Prolapsusu, Üriner İnkontinans ve Pelvik Aağrı İlişkisi
4. Kronik Pelvik Ağrı ve Komorbiditeleri
5. Mesane Ağrısı Sendromu / İnterstisyel Sistit: Literatürdeki Yenilikler Eşliğinde Temel Bilgilerin Güncellenmesi
6. Derneğimizden Haberler
7. Endometriozis Dünyasından Haberler
8. Endometriozis ve sanat
9. Bizi takip edin

Seçilmiş Makaleler

Aşağıda sizler için seçtiğimiz güncel literatürün Türkçe çevirilerini bulacaksınız. Bu çevirilerde endometriozise bağlı infertilitede cerrahi tedavinin rolü, derin infiltratif endometriozisin tıbbi tedavisi ve kullanılmakta olan adet kaplarının kadın sağlığı üzerindeki etkileri konusunda özetler yer almaktadır. Adet kaplarının endometriozise yol açma riskini de dikkate alarak gerek marka gerekse kalite ve eğitimi konusunda çok duyarlı olmamız gerekmektedir. Aşağıdaki bildiri özetlerinde adet kapları konusunda kadın doğum hekimlerinin neden duyarlı olması gerektiğini açıklayacak bazı bilgiler bulacaksınız. Hepinize yararlı olması dileğiyle...

Diagnosing denomyosis: an integrated clinical and imaging approach

(Adenemyiozis tanısı: klinik ve görüntüleme yöntemlerinin beraber kullanıldığı bir yaklaşım)

Chapron C, Vannuccini S, Santulli P, Abrão MS, Carmona F, Fraser IS, Gordts S, Guo SW, Just PA, Noël JC, Pistofidis G, Van den Bosch T, Petraglia F.
Hum Reprod Update. 2020 Apr 15;26(3):392-411. doi: 10.1093/humupd/dmz049. PMID: 32097456.

Durum: Adenomyozis uzun yıllar perimenoozal Anormal Uterin Kanama (AUK) ve pelvik ağrısı olan kadınlara ait histerektomi piyeslerinde bir tanı olarak kaldı. Yakın döneme kadar da klinik olarak göz ardı edilen bir durumdu. Görüntüleme yöntemlerindeki gelişmelerle birlikte adenomyozis tanısı girişimsel olmayan yöntemlerle yapılabilmektedir. Ultrasonografi ve MRI ile giderek artan sayıda adenomyozis tanısı koymaya başladığımız dönemden itibaren yeni bir epidemiyoloik senaryo ile karşı karşıya kalınmaktayız. Adenomyozis asemptomatik olarak davrandığı gibi AUK, pelvik ağrı ve infertiliteye de eşlik eden bir durumdur. Diğer taraftan, endometriozis ve uterus myomları gibi jinekolojik komorbiditelerle birlikte de bulunabilir. Tanısal kıstaslar konusunda evrensel olarak ortak bir birliktelik henüz sağlanmamıştır.

Neden ve amaçlar: Bu derlemede klinik bulgu ve semptomlarını, adenomyozisin histopatolojisi, ultrasonografik özelliklerini ve MRI bulgularını bir bütün olarak ele alınacak şekilde adenomyozsin tanısal kıstasları gözden geçirilmiştir. Farklı fenotiplerin ve hastaların kliniğe nasıl yansıdığını anlayabilmek için hastalığın fizyopatolojisini ilgilendiren kuramlar da

özetlenmiştir. Halen kullanılan tanı kıstasları hakkındaki aykırı görüşlerin altı çizilmiş ve adenomyoizs tanısı ile ilgili tüm kanıtla dayalı bilgiler özetlenmiştir. Bu derlemenin bir diğer amacı olarak, adenomyozis gibi tanısı genellikle önemsenmeyen bir jinekolojik hastalıkta klinik ve görüntüleme yöntemlerinin birlikte kullanımının gelecekteki önemi vurgulanmıştır.

Araştırma yöntemi: Adenomyozis tanısı ile ilgili 2018 Ekim ayına kadar yayınlanmış ve PubMed ve Google Scholar'da yer alan ingilizce tüm özgün makaleler ve derlemeler gözden geçirilmiştir.

Sonuçlar: Adenomyozis tanısındaki zorluklar etiyopatogenezle ilgili kuramların zıtlıklarına paraleldir. Hastalığın nedenini ve nasıl ilerlediğini anlamamızdaki güçlükler de adenomyozisi doğru bir şekilde tanımlayan özgün tanısal kıstaslar üzerinde de etkilidir. Günümüzde adeomyozis tanısı girişimsel olamayan yöntemlerle konulabilmektedir. Değişkenliklerine ve yeterince özgün olmamalarına rağmen klinik bulgu ve semptomlar klinisyenin adenomyozisten şüphelenmesini sağlayabilir. 2D ve 3D ultrasonografi ve hatta MRI gibi görüntüleme yöntemleri adenomyozisin değişik fenotiplerinin (yaygın ve/veya fokal) saptanmasını sağlamıştır. Histolojik açıdan bakıldığında, diffuz adenomyozis tanısı yeterince özen gösterilmeden konulduğunda, özellikle hastalığın göreli olarak daha sınırlı olduğu durumlarda, farklı kişiler tarafından yapılan üç ayrı ölçümün ortalaması güçlü bir değer olmayıp prevalansta ciddi oynamalara yol açar. Bu nedenle adenomyozisi yeterince saptayıp sınıflayabilen klinik risk faktörü profili, semptomlar, muayene ve görüntüleme yöntemlerinin birlikte kullanıldığı, girişimsel olmayan ortak bir tanısal yaklaşım önerilmiştir.

Daha geniş bir bakış açısı: Tanıda kullanılan aletlerdeki gelişmelerle birlikte hekimlerin girişimsel olmayan yöntemler kullanarak doğru tanı koyabilmeleri, adeneomyozisin klinik sonuçları da göz önüne alındığında çığır açıcı bir gelişmedir. Bunun da ötesinde, bu teknolojik gelişmeler farklı hasta gruplarının tanındığı, benzer olmayan klinik ve/veya görüntüleme yöntemleriyle adenomyozis fenotiplerinin saptandığı yeni araştırmalara konu olacak yepyeni bir epidemiyolojik senaryo oluşturacaktır.

Endometriosis-associated infertility: surgery or IVF? (Endometriozise bağlı infertilite: Cerrahi ve IVF?)

Muzii L, DI Tucci C, Galati G, Mattei G, Chinè A, Cascialli G, Palaia I, Benedetti Panici P.

Minerva Obstet Gynecol. 2021 Apr;73(2):226-232. doi: 10.23736/S0026-4784.20.04765-6. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33435663.

Endometriozis kadınlarda infertiliteye sık olarak yol açan kronik bir hastalıktır. Üreme tıbbında endometriozisli hastalarda tedavi seçimi üreme tıbbında en çok tartışılan sorunlardan biridir. Endometriozis ve infertilite olgularında tedavi seçimi farklı parametrelere göre özelleştirilmelidir. Hastalığın yerleşimi, semptomların şiddeti ve hasta yaşı bunlardan sadece bazılarıdır. Bu hastalarda tedavi cerrahi, in-vitro fertilizasyon (IVF) veya bunların birlikte kullanımı ile yapılır. Genellikle karşılaştırma yapılmaksızın elde edilmiş veriler endometriozisin her evresinde beklemeye göre doğal yollarla gebelik şansının artmasına nedeniyle cerrahi tedavi lehinedir. Hastanın ağrısı olduğu taktirde endometriomaların laparaskopik olarak çıkartılması gerekir. Over rezervine zarar verme olasılığını azaltmak amacıyla cerrahi, kurallara uygun olarak yapılmalıdır. Ameliyat sonrasında değişmez bir şekilde verilen %50 gebelik oranı dikkate alındığında cerrahi tedavi IVF'e göre daha avantajlı görünmektedir. Diğer taraftan erkek faktörü ve tubal faktör varlığında, over rezervi düşük olduğunda veya daha önceki cerrahi tedavi ile gebelik sağlanamamışsa, kistin ultrasonografik olarak normal olarak tanımlanıyorsa ve özellikle hastanın ağrısı yoksa IVF tercih edilebilir. Endometriomalar yerleşim veya büyüklük açısından yumurta toplama işlemini zorlaştırdığı taktirde veya şiddetli adezyonlar bu işleme engel oluyorsa bazen cerrahi öncesinde IVF yapılabilir. Endometriozise bağlı infertilite konusunda kanıta dayalı kesin bilgiler olmadığı için bu konuda güçlü randomize klinik çalışmalara (RCT) ihtiyacımız vardır.

Advances in the medical management of bowel endometriosis (İntestinal endometriozisin tbbi tedavisindeki son gelişmeler)

Muzii L, DI Tucci C, Galati G, Mattei G, Chinè A, Cascialli G, Palaia I, Benedetti Panici P.

Minerva Obstet Gynecol. 2021 Apr;73(2):226-232. doi: 10.23736/S0026-4784.20.04765-6. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33435663.

Barsaklara infitre olmuş endometriozis gebelik düşünmeyen kadınlarda, tıkanıklığa bağlı belirgin semptomlar vermedikçe, tıbbi yöntemlerle tedavi edilebilir. Rektosigmoid kolonun bileşimi tutulduğunda semptomların düzelme, tedavi başarısızlığını takiben cerrahiye gitme ve hormonal tedavi sırasında barsak tıkanıklığı gelişme oranları sırasıyla yaklaşık %70, %10 ve %1-2 civarındadır. Özellikle rektum orta hattını infiltre eden lezyonlarda yani gerçek rektovajinal endometriozis olgularında intestinal semptomların düzelme ve cerrahiye gitme oranları sırasıyla %80 ve %3 civarındadır. Rektal ampulladaki endometriotik tıkanıklarla ilgili bilgi yoktur. Tıbbi tedaviye başlamadan önce barsak mukozasından kaynaklanan malign tümörleri dışlamak amacıyla sistematik olarak bir rektosigmoidoskopi ve kolonoskopi yapılmalıdır. Progestojenler güvenilir, genellikle etkin, iyi tolere edilen ve ucuz ilaçlar olup, barsak endometriozisinde ilk seçenek olarak düşünülmesi gereken tedavi seçeneğidir. Semptomların tedavisinden bağımsız olarak, intestinal lezyonlarhormonal tedavi esnasında nodülün büyümesini takip etmek amacıyla düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

Do menstrual cups increase risk of IUD expulsion? A survey of self-reported IUD and menstrual hygiene product use in the United States

(Mentrual kaplar RİA atılım riskini artırıyor mu? Amerikada IUD ve mentrual hijyen ürünleri ile ilgili hasta tarafından doldurulan bir anket çalışması)

Schnyer AN, Jensen JT, Edelman A, Han L

Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019 Oct;24(5):368-372. doi: 10.1080/13625187.2019.1643836. Epub 2019 Jul 23. PMID: 31335218.

Amaç: Menstruel hijyen ürünü kullanımı ve bundan kaynaklı rahim içi araç atılması riski hakkında verilerin toplanması

Gereçler ve yöntemler: Amazon Mechanical Turk (MTurk) platformunu ve Researchmatch.org'u kullanarak İnternet tabanlı bir anket gerçekleştirildi. Ankete katılan katılımcılar en az 18 yaşında ve daha önce RIA kullanmış/ halen RIA kullanan kadınlardı

Veri Sonuçları: Anketi tamamlayan 902 katılımcının %71'i halen RİA kullanmaktaydı veya geçmişte RİA kullanım öyküsü vardı, bu kadınların %19,7'si menstruel kap kullanmaktaydı. RİA kullanıcılarının, RİA kullanmayanlara göre menstrüel kap veya tampon kullanma ihtimali anlamlı oranda daha yüksek olarak saptandı. Tüm RİA kullanan katılımcıların arasında, 56 kişi en az bir RIA atılması (%8,8) yaşadığını bildirdi. Bu sonuca göre, RIA ile eş zamanlı menstruel kap kullanılması ile RİA atılması arasında pozitif bir ilişki bulundu (OR: 2.75, %95 GA: 1.40-5.42, p = .002), ancak eşzamanlı tampon veya ped kullanımı ile RIA atılımı arasında ilişki saptanmadı. Eş zamanlı RİA ve menstruel kap kullanan katılımcılardan biri, RIA atılmasının menstrüel kap yerleştirilme sırasında gerçekleştiğini, diğerleri ise başka olaylar sırasında atıldığını bildirdi.

Sonuç: Özellikle RIA kullanan kadınlarda menstrual kap kullanımı önceki çalışmalarda bildirilen sayılardan çok daha fazla olabilir. Eşzamanlı adet kabı kullanımı RİA'nın atılma riskini artırabilir. Menstrual hijyen ürünü kullanımı ile RİA atılması arasındaki ilişkiyi netleştirmek için ileriye dönük araştırmalar gereklidir.

Acceptability and safety of the menstrual cup: A systematic review of the literatüre

(Menstrual Kapların kabul edilebilirliği ve güvenilirliği: Literatürün sistematik olarak gözden geçirilmesi)

Arenas-Gallo C, Ramírez-Rocha G, González-Hakspiel L, Merlano-Alcendra C, Palomino-Suárez D, Rueda-Espinel S.

Rev Colomb Obstet Ginecol. 2020 Jun;71(2):163-177. Spanish. doi: 10.18597/rcog.3425. PMID: 32770872.

Amaç: Menstruel kapların kadın hijyen ürünü olarak kabul edilebilirliğini ve güvenilirliğini değerlendiren literatürün gözden geçirilmesidir.

Yöntemler: "Menstruel" ve “Cup" veya "Copa" ve "Menstrual" terimleri kullanılarak PubMed, Cochrane Library, Scopus, PopLine ve Google Scholar veri tabanları içerisinde 1966 yılından itibaren Temmuz 2019 tarihine kadar sorgulama yapılmıştır. Üreme çağındaki kadınlarda menstrual kabı değerlendiren, İngilizce ve İspanyolca olarak yayınlanan vaka serileri ve vaka raporlarının yanı sıra nicel, nitel ve karma çalışmalar toplanan verilere dahil edilmiştir. Veriler bağımsız çalışan iki araştırmacı tarafından seçilmiş ve gözden geçirilmiştir. Bu çalışmada mentrual kapların kabul edilebilirliği ve güvenilirliği çalışmanın hedef soruları olarak belirlenmiştir.

Veri Sonuçları: Genel olarak, ilk inceleme için 737 adet makale başlığı bulunmuştur. Bu çalışmalar arasından 38 tanesi değerlendirmeye alınmıştır. Menstruel kap için kabul edilebilirlik %35 ile %90 arasında değişmektedir. Kadınların %10 ila 45'i kullanımının zor olduğunu belirtmiş. Tampon ve pedlere göre rahat olduğu belirtilmiştir. Menstruel kapların sürekli kullanımı %48 ile %94 arasında değişmektedir. Güvenlik açısından bakıldığında bir toksik şok sendromu vakası, bir mekanik sıkışma vakası ve bir de alerji vakası izlenmiştir. RIA atılma riskinde ise artış gözlenmiştir.

Sonuç olarak: Adet kabı, adet hijyeni için rahat, güvenli ve etkili bir seçenek gibi görünmektedir. Menstrual kap kullanımında bakteri kolonizasyonu veya endometriozis etiyopatogenezinde temel bir kuram olan retrograd menstruasyona bağlı komplikasyon riskini belirlemek için daha fazla randomize kontrollü çalışmalara ve uzun süreli prospektif kohort çalışmalara ihtiyaç vardır.

Comparison between menstrual cups: first step to categorization and improved safety

(Mentrual kaplar arasındaki karşılaştırma: kategorizasyon ve güvenlik konusundaki ilk basamak)

Manley H, Hunt JA, Santos L, Breedon P.

Womens Health (Lond). 2021 Jan-Dec; 17:17455065211058553. doi: 10.1177/17455065211058553. PMID: 34798792; PMCID: PMC8606723.

Amaçlar: Menstruel kaplar farklı şekil, boyut ve sertlikte olabilir, ancak tamponların aksine herhangi bir şekilde kategori. Menstruel kap alırken ürün hakkında sızdırma ve konfor açısından olduğu kadar sıralanan bu özellikler nedeniyle, yaralanma riskinin de şeffaf bir şekilde belirtilmesi önemlidir. Menstrual kapların fiziksel ve mekanik özelliklerinin karşılaştırılması bunu başarmanın ilk adımı olacaktır.

Yöntemler: Ekim 2020'de 14 popüler ve yüksek oranda tercih edilen bir menstrüel kap, laboratuvar ortamlarında (Birleşik Krallık) Instron Evrensel Test Sistemi kullanılarak boyutları, hacmi ve basınç dayanımı (sertliği) açısından nicel karşılaştırmaya tabi tutuldu

Veri Sonuçları: Bu karşılaştırmadaki tüm ürünler 30 yaşındaki altındaki hiç doğum yapmamış kadınlara yönelik olmasına rağmen toplam hacim 18.88 mL ile 38.14 mL arasında değişmekteydi. Menstrüel kabı sıkıştırmak için gereken için basınç yükü maksimum çap %50 (%±0.5) olup, 3.39 N ile 13.92 N arasında değişmekteydi.

Sonuçlar: Kadınlar menstrüel kap seçerken yeterince bilgilendirilmemektedir. Menstrüel kap boyutu, şekli, hacmi ve materyalin sertliği arasında bir ilişkilendirme olmadığı için tüketiciler, hangi adet kabının en uygun olabileceğini tahmin edemeyeceği gibi bu durum ve yanlış seçim yapmalarına ve yaralanmalara neden olabilir. Menstrüel kap markaları arasındaki farkların açıkça belirtilmesi gerekir. Bu şekilde ve buna ek olarak yapılacak başa düzenlemelerle birlikte kadınlar doğru menstrüel kap seçmek ve yaralanmayı en aza indirmek konusunda bilinçli bir karar verebileceklerdir. Bu çalışma, ilk adım olarak 'çok yumuşak' ile 'çok sıkı' arasında değişen sertlik kategorileri önermektedir.

Hydronephrosis caused by a menstrual cup

(Mentruel kabın neden olduğu hidronefroz)

Umaramanan T, Hjort-Pedersen K, Besenbruch A, Krzak JM.

Ugeskr Laeger. 2019 Nov 4;181(45):V04190222. Danish. PMID: 31791453.

20 yaşındaki olgu acil servise belinin sağ tarafına yayılan alt karın ağrısı ile başvurmaktadır. Böbrek taşı sancısı olarak değerlendirilen hasta analjezik verilip evine gönderilmiştir. Bir ay sonra acil servise aynı bulgularla başvurmuştur. Yapılan CT ürografide sağ böbrekte hidronefroz ve mesanenin sağ osteumuna bası yapan bir menstrüel kap görülmüştür. Menstrüel kap çıkartıldıktan sonra semptomlar düzelmiş ve hasta taburcu edilmiştir. İki hafta sonra yapılan kontrol ultrasonografisinde hidronefrozun tamamen gerilediği gösterilmiştir.

Lutinus®
vajinal progesteron tablet

efervesan

O ÇÖZÜNÜR, SORUN ÇÖZÜLÜR!





Lutinus®, 21 adet efervesan vajinal tablet içerir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Onaylı Güncel Kısa Ürün Bilgisi
LUTINUS® 100 mg Vajinal Tablet
Her bir vajinal tablet 100 miligram progesteron içerir. **TERAPÖTİK ENDİKASYONLAR:** LUTINUS®, infertil kadınlarda uygulanan yardımla üreme teknikleri (ART) tedavi programının bir parçası olarak, luteal destek için endikedir. **POZOLOJİ/UYGULAMA SIKLIĞI VE SÜRESİ:** LUTINUS®, oositin toplama işleminden itibaren toplam 10 haftaya kadar süreyle (ya da gebeliğin 12. haftasına kadar) vajinal yoldan günde iki veya üç defa 100 mg dozda uygulanır. 40 yaşın üzerindeki hastalar için günde üç defa uygulama tavsiye edilir. **UYGULAMA ŞEKLİ:** LUTINUS®, kutusunda sunulan aplikatör kullanılarak doğrudan vajinaya yerleştirilmelidir. **ÖZEL POPÜLASYONLARA İLİŞKİN EK BİLGİLER:** Böbrek/Karaciğer yetmezliği: Bozulmuş karaciğer veya böbrek fonksiyonlu hastalar üzerinde hiçbir deneyim mevcut değildir. Geriyatrik popülasyon: 65 yaşın üzerindeki hastalara ilişkin hiçbir klinik veri mevcut değildir. Pediyatrik popülasyon: Bu ilacın pediyatrik kullanımı amaçlanmadığından çocuklara ilişkin hiçbir deneyim mevcut değildir. **KONTRENDİKASYONLAR:** LUTINUS®, aşağıda yer alan durumlardan herhangi birinin bulunduğu kişilerde kullanılmamalıdır: Progesterona veya herhangi bir yardımcı maddesine karşı aşırı duyarlılığı olanlarda, tanı konulmamış vajinal kanamalar, bilinen gecikmiş düşük veya ektopik gebelik, ciddi hepatik disfonksiyon, bilinen veya şüpheli meme veya genital sistem kanseri, aktif arteriyel veya venöz tromboembolizm veya şiddetli tromboflebit ya da hastalık hikayesinde bunların bulunması, porfiri. **ÖZEL KULLANIM UYARILARI VE ÖNLEMLERİ:** Tedaviyi yürüten doktor; miyokard enfarktüsü, serebrovasküler bozukluklar, arteriyel veya venöz tromboembolizm (venöz tromboembolizm veya pulmoner embolizm), tromboflebit veya retinal trombozun ilk ve en erken belirtilerine karşı uyanık olmalıdır. Geçici iskemik olaylar, ani şiddetli baş ağrısı veya papiller ödem veya retinal kanama ile ilgili görme bozukluklarında kullanımı sonlandırılmalıdır. LUTINUS®'un aniden kesilmesi artan anksiyeteye, huzursuzluk ve kasılma nöbetlerine duyarlılığının artmasına neden olabilir. LUTINUS® ile tedaviye başlamadan önce, hasta ve eşi infertilitenin nedenleri için bir doktor tarafından değerlendirilmelidir. **DİĞER TIBBİ ÜRÜNLER İLE ETKİLEŞİMLER VE DİĞER ETKİLEŞİM ŞEKİLLERİ:** LUTINUS®'un diğer vajinal ürünlerle (örneğin antifungal ürünler) birlikte kullanılması, vajinal tabletten progesteron salımında ve emiliminde değişimlere yol açabileceğinden dolayı tavsiye edilmez. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelik Kategorisi: A. LUTINUS® sadece yardımla üreme (ART) tedavisinin bir parçası olarak gebeliğin ilk trimesteri boyunca kullanılmak üzere endikedir. Hamilelik sırasında intrauterin maruziyeti takiben erkek veya kız bebeklerde genital anormallikleri içeren doğuştan anomali riskinde sınırlı ve yetersiz veri mevcuttur. Anne sütünde belirgin miktarlarda progesteron bulunmuştur. Bundan dolayı, laktasyon döneminde LUTINUS® kullanılmamalıdır. **ARAÇ VE MAKİNE KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİLER:** LUTINUS® araç ve makine kullanımı üzerinde hafif veya orta etkiye sahiptir. Progesteron uyuklama ve/veya baş dönmesine neden olabilir. Bu nedenle sürücülerin ve makine kullanan kişilerin dikkatli olması tavsiye edilir. **İSTENMEYEN ETKİLER:** İstenmeyen etkiler aşağıdaki sınıflama kullanılarak sıklık gruplarına ayrılmıştır: Çok yaygın (≥1/10); yaygın (≥1/100 ila <1/10); yaygın olmayan (≥1/1.000 ila <1/100); seyrek (≥1/10.000 ila <1/1.000); çok seyrek (<1/10.000). Yaygın: Baş ağrısı, abdominal şişkinlik, abdominal ağrı, bulantı, uterus spazmı. Yaygın olmayan: Baş dönmesi, uykusuzluk, diyare, kabızlık, ürtiker, döküntü, vulvovajinal hastalıklar, vajinal mikoz, meme hastalıkları, genital kaşıntı, periferal ödem. Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması: Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99). **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Progesteronun yüksek dozu uyku sersemliğine yol açabilir. Doz aşımı durumunda LUTINUS®'un kesilmesi önerilir. **RAF ÖMRÜ:** 36 ay. **SAKLAMAYA YÖNELİK ÖZEL TEDBİRLER:** 25°C altındaki oda sıcaklığında orijinal ambalajında saklanmalıdır. **AMBALAJIN NİTELİĞİ VE İÇERİĞİ:** ALU/ALU blisterde 3 vajinal tablet. Her bir kutuda 21 vajinal tablet ve bir vajinal aplikatör içeren ambalajlar halinde piyasaya sunulmaktadır. RUHSAT SAHİBİ: Ferring İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti. Büyükdere Cad. Nurol Plaza No: 255 Kat 13 Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul. Telefon: 0212 335 62 00, Faks: 0212 285 4274, E-posta: TR0-info@ferring.com **RUHSAT NUMARASI:** 2018/354 **İLK RUHSAT TARİHİ:** 13.07.2018 **KÜB ONAY TARİHİ:** 29.03.2019 **KDV DAHİL ONAYLI PERAKENDE SATIŞ FİYATI:** 187.94 TL (fiyat onay tarihi: 20.02.2021) REÇETE İLE SATILIR. DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZA BAŞVURUNUZ. LUT-KPB01

LUT21 08 001P

REPRODUCTIVE HEALTH
HAYATIN EN ÖNEMLİ ANLARINDA, YANINIZDA

Ferring İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti.
Büyükdere Cad. No:255 Nurol Plaza Kat:13 Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul, Türkiye
Tel: +90 212 335 62 00 (pbx) Faks: +90 212 285 42 74
www.ferring.com - www.ferring.com.tr

FERRING PHARMACEUTICALS

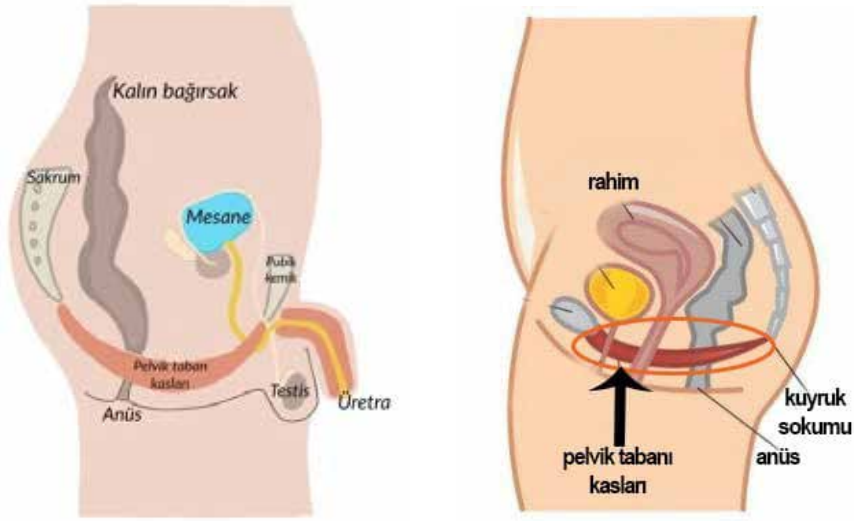
COVİD-19 DÖNEMİNDE ARTAN PELVİK TABAN PROBLEMLERİ VE PELVİK TABAN EGZERSİZLERİ

Uzm. Fzt. Alime Büyük

Pandemi döneminde azalan fiziksel aktivite ve buna bağlı olarak sıklığı artan pelvik taban problemlerini sizler için derledik. Pelvik taban problemlerine odaklanmadan önce pelvisi ve pelvik tabanı anatomik olarak tanıyalım. Pelvis (leğen kemiği) içindeki mesane (idrar torbası), uterus (rahim) ve rektuma (bağırsaklar) ev sahipliği yapan bir yapıdır. Ürolojik, jinekolojik ve gastrointestinal sistemlerden kaynaklanan problemleri içeren bilim dalı Dünya'da Kadın ve Erkek Sağlığı ya da Pelvik Taban Sağlığı olarak isimlendirilmektedir.



Mesane (idrar torbası), uterus (rahim) ve rektum (bağırsaklar) pelvis olarak adlandırılan bu kase içinde birbirine komşu olarak yer almaktadır. Aşağıdan katman katman kas tabakaları ile bu organlar taşınmakta ve açılış kapanış zamanları bebeklikten sonra öğrenilen tuvalet eğitimi ile terbiye edilmektedir. Pelvis tabanını döşeyen ve terbiye edilen bu kasların tümü pelvik taban kasları olarak adlandırılmaktadır (Şekil-1).



Şekil.1. Erkek ve Kadınlarda Pelvik Taban ve Organların Yandan Görünüm

Yaşlanma, azalan fiziksel aktivite, doğum gibi nedenlerden dolayı azalan ve değişen kas hacmi, hormonal yapı ve kas dokusu değişiklikleri pelvik taban bozukluklarını beraberinde getirmektedir. Kas dokusunun hacminin azalarak yerini yağ dokuya bırakması ve kadın ve erkeklik hormonu olarak adlandırılan östrojen/testosteron miktarındaki düşüş gibi faktörler idrar kaçırma, rahim/mesane/bağırsak sarkması, kabızlık ve cinsellikte problemlere neden olmaktadır. Hastalar idrar kaçırma, aciliyet hissi ve sık tuvalete gitme gibi şikayetlerle jinekoloji, üroloji veya pelvik taban fizyoterapisine başvururlar. Azalan fiziksel aktiveye bağlı sıklıkla görülen bir diğer sorun da kabızlıktır. Gevşeme egzersizlerini içeren ve idrar kaçırma problemleri tedavisinden çok farklı şekilde tedavi edilir.

Pelvik organların sarkması ve dışkılama problemlerini içeren pelvik taban problemlerine 60-79 yaş arası kadınlarda yaklaşık %37 oranında rastlanmaktadır. En sık karşımıza çıkan pelvik taban problemlerden biri idrar kaçırmadır. İşeme disfonksiyonlarının başında inkontinas (idrar/dışkı kaçırma) gelmektedir (Nygaard I, 2008). Uluslararası İnkontinans Derneği (ICS) istemsiz şekilde her çeşit idrar kaçışını üriner inkontinans (idrar kaçırma) olarak tanımlamaktadır (Abrams, 2002). Gülme, öksürme ve hapşırma gibi karın içi basınç artışı ile birlikte görülen inkontinans tipi stres, ani sıkışma hissi ile ortaya çıkan inkontinas tipi urge ve her ikisinin de görüldüğü inkontinas tipi mikst tip inkontinas olarak adlandırılır. Yaşla birlikte görülme sıklığı artan idrar kaçırma 65-74 yaş arası kadınlarda %26,6, 75 yaş ve üzerinde %41,8 oranında görülmektedir (Espunã-Pons M, 2009).

Pelvik taban problemlerinin bir diğeri de yukarıda bahsettiğimiz azalan bağırsak motilitesine bağlı olarak görülen kabızlıktır. Yaşla birlikte azalan fiziksel aktivite kişilerin sindirim sistemlerini negatif etkilemektedir, Ayrıca karantina döneminde azalan fiziksel aktivitenin yerini daha uzun oturma sürelerinin alması kabızlığın ana nedenini oluşturmaktadır. Yaşlılıkta artan hareketsiz yaşam ve az sıvı tüketimi bağırsak hareketlerinin yavaşlamasına neden olmaktadır. 65 yaş üstü bireylerde kabızlık görülme sıklığı kadınlarda erkeklerden daha fazla olduğu bildirilmiştir (Vazquez Roque and Bouras, 2015). Bu sıkıntıların önlenmesi için

evde yapılması gereken bazı egzersizler faydalı olacaktır.

65 yaş üstü bireylerde pelvik taban bozukluklarında cinsel sıkıntılar da sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Özellikle yaşla birlikte azalan hormonal denge kadınlarda ağrılı cinsel birliktelik, erkeklerde ise erektil(sertleşme) problemleri gibi pek çok sıkıntıya neden olmaktadır (Kelley, 2018). Pelvik taban kaslarının yaşla birlikte olumsuz etkilenimi, geçirilmiş depresyon, ilaç kullanımı, eşlik eden diğer hastalıklar gibi nedenler cinsel doyumu azaltmakta ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte pelvik taban egzersizlerinin yapılması gerekliliği bilincinin olmaması 65 yaş üstü bireylerde bu sıkıntıları yaşamasını artırmaktadır. Çünkü çalışmayan kas zayıflar ve görevini tam anlamıyla yapamaz.

PELVİK TABAN EGZERSİZLERİ HANGİ DURUMLARDA VE NASIL YAPILIR?

Pelvik taban problemlerinde davranış eğitimi, egzersiz veya fiziksel aktivite önerileri gibi bazı yaklaşımların idrar kaçırma şikayetlerini önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir (Espunã-Pons M, 2009). Eğer sizinde idrar kaçırma veya pelvik organ sarkması gibi şikayetleriniz varsa ve doktorunuz tarafından pelvik taban egzersizlerine yönlendirildiyseniz aşağıda size tariflenen pelvik taban egzersizlerini kadın sağlığı fizyoterapistiniz gözetiminde yapabilirsiniz.

Sık-bırak egzersizi olarak önerilen pelvik taban kas eğitimi 1948 yılında Arnold Kegel tarafından tanımlanan KEGEL EGZERSİZLERİ olarak bilinmektedir. Fakat bu egzersizler pelvik taban kaslarının kasılması, gevşemesi ve belli tekrarlarla yapılması açısından Kegel'den çok daha fazlasını içermektedir. Pelvik taban kas zayıflığının tespit edildiği kişilerde anüsün sıkıştırılması ile vajene doğru ilerleyen kontraksiyon pelvik taban kaslarından external sfinkterlerin kontraksiyonudur. Şekil 2. Daha sonra arkadan öne tariflenen pelvik taban kas



Şekil 2. Pelvik tabanın arkadan öne doğru kontraksiyonu.

kasılmasına bir de elevasyon eklenir ve bu da levator ani kasının kontrasiyonu olarak tanımlanır. Her iki konraksiyon da pelvik taban fizyoterapistleri tarafından hastaya öğretilerek belirli tekrarlarla yaptırılır. Bazen kas kuvvetlendirme için vajinal ağırlıklar ya da belli aralıklarla titreşim veren cihazlardan da yardım alınabilir. Yapılan pelvik taban kas kuvvetlendirme çalışmalarının pelvik taban kas hacmini artırarak karın içi basınç artışında kas kasılması zamanlamasını iyileştirdiği gözlemlenmiştir (Bø K, 2004). Ayrıca fiziksel aktivite düzeyi yüksek olan kadınlarla hareketsiz kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada pelvik taban kas kasılması ile fiziksel aktivite düzeyi arasında anlamlı bir ilişki gözlenmiş, fiziksel olarak aktif olan kadınların pelvik taban kas kontraksiyonlarının daha iyi olduğu belirtilmiştir (Stach-Lempinen B, 2004, Carvalhais A, 2018). Pandemi nedeniyle fiziksel aktivitenin azalması kas kuvvetine olumsuz etki yapabilmektedir. Bu yüzden kendinizi aktif tutmalı ve hareket düzeyinizi artıracak Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği tarafından hazırlanan YouTube/Pelvis Uzmanı kanalını seyredebilirsiniz.





Sonuç olarak pandemi dönemiyle birlikte artan idrar kaçırma, kalça, karın kasık (pelvik) ağrısı ve kabızlık gibi pelvik taban şikayetlerinize farklı egzersiz tiplerinin ve aktif yaşamanın etkili olduğunun önemini belirterek jinekoloğunuza ve pelvik taban fizyoterapistine başvurmanızı öneririz.

**** Kanıta dayalı bilimsel kaynaklardan referans gösterilerek ve araştırılarak yazılmıştır.*

Kaynaklar

Bø, K. (2004). Pelvic floor muscle training is effective in treatment of female stress urinary incontinence, but how does it work?. International Urogynecology Journal, 15(2), 76-84.

Carvalhais, A., Da Roza, T., Vilela, S., Jorge, R. N., & Bø, K. (2018). Association between physical activity level and pelvic floor muscle variables in women. International journal of sports medicine, 39(13), 995-1000.

Espuña-Pons, M., Guiteras, P. B., Sampere, D. C., Bustos, A. M., & Penina, A. M. (2009). Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. Medicina clínica, 133(18), 702-705.

Nygaard, I., Barber, M. D., Burgio, K. L., Kenton, K., Meikle, S., Schaffer, J., ... & Pelvic Floor Disorders Network. (2008). Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. Jama, 300(11), 1311-1316.

Stach-Lempinen, B., Nygård, C. H., Laippala, P., Metsänoja, R., & Kujansuu, E. (2004). Is physical activity influenced by urinary incontinence?. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 111(5), 475-480.

Van Kerrebroeck, P., Abrams, P., Chaikin, D., Donovan, J., Fonda, D., Jackson, S., ... & Weiss, J. (2002). The standardization of terminology in nocturia: report from the standardization subcommittee of the International Continence Society. BJU international, 90, 11-15.

PELVİK ORGAN PROLAPSUSU, ÜRİNER İNKONTİNANS ve PELVİK AĞRI İLİŞKİSİ

Doç. Dr. İbrahim Polat, Op. Dr. İsmail Alay

Kronik pelvik ağrının farklı tanımlamaları olmakla birlikte Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği genellikle olumsuz bilişsel, davranışsal, cinsel ve duygusal sonuçları olan, tipik olarak 6 aydan uzun süren pelvik organlardan ve yapılardan kaynaklandığı düşünülen ağrı olarak tanımlamaktadır (1). Kronik pelvik ağrıya neden olan jinekolojik, gastrointestinal, ürolojik, kas iskelet sitemi ile ilişkili ve psikolojik nedenler gibi birçok neden vardır. Kronik pelvik ağrı etiyolojisinde endometriozis, adneksiyal kitleler, adenomyozis gibi jinekolojik nedenler ağırlıklı olarak araştırılmakla birlikte, klinisyenler pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans gibi ürojinekolojik nedenler üzerinde yeterince durmamaktadır.

Beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte pelvik organ prolapsusu prevelansında artış görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yıllık yaklaşık 200.000 pelvik organ prolapsusu cerrahisi yapıldığı bildirilmiştir (2). Yapılan gözlemsel çalışmalar menapozal hastalarda yaklaşık %30-40 pelvik organ prolapsusu olduğunu bildirmektedir (3, 4). Toplumda prevelansı özellikle ilerleyen yaşla ve artan doğum sayısıyla birlikte artan pelvik organ prolapsusunun pelvik ağrı ile arasındaki ilişki uzun yıllar boyunca yeterince incelenmemiş ancak son yıllarda önem kazanmaya başlamıştır. İlk defa Heinrich Martius kronik pelvik ağrısı olan olguların yaklaşık %30 unda ağrının pelvik organları asan veya destekleyen ligamentlerdeki gevşeme ile tetiklendiğini bildirmiştir (5). Daha sonra uzun yıllar bu konu ile ilgili çalışma ve makale literatürde yer bulmamıştır. 1993 yılında Petros ve arkadaşları gevşek uterosakral ligamentlerin neden olduğu kronik pelvik ağrının nokturi, urgency ve idrar yapma güçlüğü gibi pelvik semptomlarla birlikte 'Posterior Forniks Sendromu' nun bir parçası olduğunu bildirmişlerdir (6). 1996 yılında Petros uterosakral ligamentlerdeki gevşemeye bağlı olan ağrıyı 'sakral ağrı, lumbosakral bölgede sırt ağrısı, alt karın ağrısı, genellikle tek taraflı, disparoni ve postkoital ağrı, gün boyunca kötüleşen, uzanmayla veya ring pesser

yerleştirilmesiyle rahatlayan ağrı' olarak tarif etmiştir (7). Bu çalışmalardan farklı olarak Heit ve arkadaşları pelvik organ prolapsusu ve pelvik ağrısı olan 152 hastayı dahil ettikleri çalışmada yaş ve önceki prolapsus cerrahisi durumu göz önünde bulundurulduğunda pelvik organ prolapsusu derecesi ve pelvik ağrı arasında ilişki olmadığını rapor etmişlerdir (8). Son olarak Goeschen 2020 yılında yayınladığı makalede yaşa bağlı olarak sakrumdaki açının değişmesi ile birlikte pelvik tabanın daha horizontal hale geldiğini, bu durumun pelvik tabandaki yumuşak dokular üzerine fizyolojik olmayan bir baskıyla sonuçlandığını, bu baskıya kas, sinir ve ligamentlerin ağrı ile reaksiyon verdiğini bildirmiştir (9).

Lumbosakral ağrı iletiminde iki yol bulunmaktadır (5). Bunlardan birincisi duyusal ağrı reseptörlerinin doğrudan mekanik uyarılmasıyla serebrospinal sinir lifleri ile doğrudan beyine gider. Diğeri, viseral irritasyon ile omurilikteki primer viseroperiferal sinir bağlantılarının periferik sinir sistemindeki duyusal sinir liflerine karışması ile omuriliğin ilgili kısmına ait olan vücut segmentlerinde ağrıya neden olan iletimdir. Bu ağrılar çoğunlukla lumbosakral bölgeye, karın ön ve yan duvarına, kasık bölgesine ve uyluk bölgelerine yayılır. Pelvis duvarında serebrospinal sinir sistemine ait çok sayıda duyusal reseptör bulunmaktadır. Petros'un 1996 yılındaki çalışmasında, uterosakral ligamentler içinde miyelinli ve miyelinsiz sinir uçlarının olduğu histolojik olarak gösterilmiştir (7). Parametriumda bulunan Frankenhauser ganglionundaki parasempatik sinirlerin devamlı uyarılması da benzer şekilde pelvik ağrıya neden olabilir.

Petros 1996 yılındaki makalesinde pelvik organ prolapsusu ile pelvik ağrı arasındaki ilişkiyi bazı hipotezlere dayandırmıştır (7). Uterosakral ligamentler içerisindeki sinirler parasempatik viseral sinirlerdir. T12-L1den köken alan sinir lifleri ile birleşen bir viseral innervasyon alt karın bölgesine özellikle ilioinguinal sinirin dağılım bölgesine yayılan ağrıyı yeterince açıklar. Bu gevşek ligamentlerin yerçekimin etkisi ile gerilmesi bu dokulardaki sinir uçlarını uyararak ağrıya neden olabilir. Bir diğer hipotez ise pelvik organ prolapsusuna bağlı oluşabilen pelvik konjesyon ile ilgilidir. Uterusun asıcı ligamentlerindeki gevşeklik veya

pelvik taban hasarına bağlı olan uterin prolapsus sonucunda pelvik venlerdeki kıvrılmalara bağlı venöz kan akışı bozulur ve pelvik konjesyona sebep olur. Bu pelvik konjesyona bağlı da hastalar pelvik ağrı hissederler.

Pelvik organ prolapsusu ile pelvik ağrı arasındaki bu olası ilişkilerden sonra tedavi ile pelvik ağrı arasındaki ilişkiyi yine bu kısıtlı sayıdaki çalışmaların sonuçları doğrultusunda inceleyeceğiz. Kronik pelvik ağrısı ve ligament laksisitesi olan 28 hastayı içeren çalışmada uterosakral ligamentlerin vajinal yoldan yaklaştırılarak cerrahi olarak desteklenmesini takiben postoperatif 3. ayda ağrı şikayetinde %85 iyileşme olduğu bildirilmiştir. Yine hastaya uygun ring pesser yerleştirildiğinde de hastaların yaklaşık yarısında ağrıda rahatlama olduğu bildirilmiştir (7). Petros ve Richardson prolapsusu olan 67 hastaya vajinal yoldan Doku Fiksasyon Sistemi uygulayarak uterosakral ligamentleri desteklemiş ve ağrı skorlarında iyileşme olduğunu göstermişlerdir (10). Liedl ve arkadaşları Evre 2 ve daha fazla pelvik organ prolapsusu olan 277 hastanın %67 sinde pelvik ağrı şikayeti olduğunu, vajinal yoldan anterior, apikal ve posterior destek cerrahisi sonrasında ağrı skorlarında belirgin bir iyileşme olduğunu bildirmişlerdir (11).

Apikal pelvik organ prolapsusunun tedavisinde abdominal yoldan yapılan sakrokolpopeksi ameliyatları altın standart olarak kabul edilmektedir (12). Ancak bu yöntem anatomik olarak uygun apikal destek sağlamasına rağmen postoperatif pelvik semptomlarla ilişkisi zayıftır. Bojahr ve arkadaşları sakrokolpopeksi yapılan 310 hastanın sadece %17 sinde pelvik ağrı şikayetinde iyileşme olduğunu bildirmiştir (13). Buna karşılık vajinal yoldan yapılan askı operasyonlarında lumbsakral ağrı semptomlarındaki iyileşme oranlarının %62-83 olduğu bildirilmektedir (14). Bu durum abdominal sakrokolpopekside uterusun ve vajen apeksinin promontoryuma asılmasının fizyolojik olmaması ile açıklanmaktadır. Normalde uterosakral ligamanlar presakral S2-S4 seviyesinden başlayıp serviks arkasında birleşmektedir. Uterusun veya vajen apeksinin promontoryuma asılması ile vajen aksının daha vertikal hale gelerek yer çekimi etkisine daha fazla maruz kalmasına, posteriorda daha fazla boşluğun açılmasına yol

açmaktadır. Desteklenmeden kalan posterior boşluktaki Frankenhauser Ganglionu ve pelvisteki sinirlerde intrabadominal basınç ve yer çekimi etkisi oluşan irritasyon pelvik ağrıya yol açabilmektedir. Bu yüzden uterus ve vajen apeksini normal anatomiye uygun şekilde destekleyen operasyonların anatomik iyileşmeye ek olarak ağrı gibi pelvik semptomları da iyileştireceği düşünülmektedir (14). Üriner inkontians da kadınlarda yaygın görülen, prevelansı yaşla birlikte artan, hayat kalitesini olumsuz etkileyen bir klinik durumdur. Pelvik organ prolapsusunda olduğu gibi pelvik taban kaslarındaki hasara ve destek kaybına bağlı olarak hem urge inkontianans, hem de stres inkontinans gelişebilmektedir (15). Pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinansın yaygın birlikteliği nedeniyle pelvik ağrı ile ilişkisini de birlikte değerlendirmek gerekir. Pelvik taban hasarına bağlı olarak pelvik tabanda bulunan gerim reseptörleri üzerine olan baskının artması sonucu işeme refleksi prematür olarak tetiklenmektedir ve bu durumun kliniğe urge inkontinas gibi aşırı aktif mesane semptomları olarak yansıyabileceği düşünülmektedir (10).

Literatürde pelvik ağrı ile üriner inkontinas ilişkisini değerlendiren çalışmalar da kısıtlıdır. Bel ağrısı şikayeti ile fizyoterapi merkezine başvuran 200 hastanın 155 inde (%78) üriner inkontinans (%72 stres üriner inkontinans, %1 urge üriner inkontinans, %27 mix üriner inkontinans) olduğu bildirilmiştir (16). Bu çalışmada kronik pelvik ağrı tanımı kullanılmamakla birlikte hastaların pelvik organ prolapsus durumlarını değerlendiren bir veriye de rastlanmamaktadır. Ghaderi ve arkadaşları pelvik taban kaslarına yönelik yapılan stabilizasyon egzersizlerinin hem üriner inkontinans da hem de kronik bel ağrısında iyileşmeye neden olduğunu bildirmiştir (17). Nygaard ve arkadaşları kronik pelvik ağrı nedeniyle kapsamlı bir değerlendirme sonrası fizyoterapiye için başvuran 62 hastayı değerlendirdikleri çalışmada hastaların %54 ünde üriner inkontians olduğunu bildirmişlerdir (18). Petros prolapsusu olan hastalara uyguladığı Doku Fiksasyon Sistemi sonrasında pelvik ağrı skorlarında iyileşmeye ek olarak aşırı aktif mesane semptomlarında da belirgin iyileşme olduğunu bildirmiştir (10).

Sonuç olarak pelvik organ prolapsusu ve üriner inkontinans birlikteliği sık olan klinik

durumlardır. Bu klinik durumların kronik pelvik ağrıya neden olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Kronik pelvik ağrısı olan hastaların pelvik organ prolapsusu, üriner inkontinans ve pelvik taban hasarı açısından da değerlendirilmesi gerekir. Bununla birlikte pelvik organ prolapsusunun cerrahi tedavisinde hem anatomik olarak restorasyon sağlayacak hem de pelvik ağrı gibi ilişkili semptomlarda iyileşme sağlayan yöntemlerin değerlendirildiği çalışmalara gerek vardır.

Referanslar

1. Chronic Pelvic Pain: ACOG Practice Bulletin, Number 218. Obstet Gynecol. 2020;135(3):e98-e109.
2. Jones KA, Shepherd JP, Oliphant SS, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Trends in inpatient prolapse procedures in the United States, 1979-2006. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:501.e1.
3. Handa VL, Garrett E, Hendrix S, Gold E, Robbins J. Progression and remission of pelvic organ prolapse: a longitudinal study of menopausal women. Am J Obstet Gynecol. 2004;190(1):27-32.
4. Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol. 2002;186(6):1160-6.
5. Martius H, Lehrbuch der Gynäkologie. Thieme, Stuttgart 1946.
6. Petros Pe, Ulmsten U. The posterior fornix syndrome: a multiple symptom complex of pelvic pain and abnormal urinary symptoms deriving from laxity in the posterior fornix. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology. 1993;27(153):89-93.
7. Petros Pe. Severe chronic pelvic pain in women may be caused by ligamentous laxity in the posterior fornix of the vagina. Aust NZ J Obstet Gynaecol. 1996;36(3):351-354.
8. Heit M, Culligan P, Rosenquist C, Shott S. Is pelvic organ prolapse a cause of pelvic or low back pain? Obstet Gynecol. 2002;99(1):23-8.
9. Goescen K, Liedl B. Chronic pelvic pain and pelvic organ prolapse: a consequence of upright position? Pelviperineology. 2020;39(2):55-59.
10. Petros P, Richardson PA. TFS posterior sling improves overactive bladder, pelvic pain and abnormal emptying, even with minor prolapse. A prospective urodynamic study. Pelviperineology. 2010;29:52-55.
11. Liedl B, Goeschen K, Grigoryan N, Sutherland S, Yassouridis A, Witczak M, Roovers J. The Association Between Pelvic Organ Prolapse, Pelvic Pain and Pelvic Reconstructive Surgery Using Transvaginal Mesh: A Secondary Analysis of a Prospective Multicenter Observational Cohort Trial. Journal Of Clinical Gynecology And Obstetrics.2020;9(4):79-95.
12. Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(4):CD004014.
13. Bojahr B, Tchartchian G, Waldschmidt M, Ohlinger R, De Wilde RL. Laparoscopic Sacropexy: A Retrospective Analysis of the Subjective Outcome in 310 Cases. Obstetrics and Gynecology International. 2012;2012:538426.
14. Goeschen K. Role of uterosacral ligaments in the causation and cure of chronic pelvic pain syndrome. Pelviperineology 2015;34:02-20.
15. Petros PP, Ulmsten UI. An Integral Theory Of Female Urinary Incontinence Experimental and Clinical Considerations. Acta Obstet Gynecol Scand. 1990; 69 Suppl 153: 7-31.
16. Eliasson K, Elfving B, Nordgren B, Mattsson E. Urinary incontinence in women with low back pain. Man Ther. 2008;13(3):206-12.
17. Ghaderi F, Mohammadi K, Amir Sasan R, Niko Kheslat S, Oskouei AE. Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women. Urology. 2016;93:50-4.
18. Nygaard AS, Stedenfeldt M, Øian P, Haugstad GK. Characteristics of women with chronic pelvic pain referred to physiotherapy treatment after multidisciplinary assessment: a cross-sectional study. Scand J Pain. 2019;19(2):355-364.

KRONİK PELVİK AĞRI VE KOMORBİDİTELERİ

Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin, Doç. Dr. Serkan Kahyaoğlu

Kronik pelvik ağrı; kadınları etkileyen, sık görülen, birçok sebebi olan, iş gücü kaybına ve komorbiditelere neden olan, tanı ve tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektiren klinik bir durumdur. Kronik pelvik ağrının tanımı konusunda fikir birliği sağlanmış değildir. Pelvik organlar veya pelvik yapılardan kaynaklanıp 6 aydan uzun süren ağrı semptomlarının varlığı şu an için genel kabul gören tanımıdır. Jinekolojik, seksüel, pelvik taban, myofasyal, üriner ve gastrointestinal disfonksiyona bağlı semptomlara kognitif, davranışsal, seksüel ve emosyonel komorbiditeler sıklıkla eşlik eder. Hastalar genellikle geç tanı alır. Endometriozis tanısı alana kadar ortalama 5-7 yıllık bir süre geçmektedir. Kronik pelvik ağrı üreme dönemi kadınlarda sebep olduğu morbiditeler nedeni ile işgücü kaybı ve yüksek tedavi maliyetlerine neden olmaktadır. Jinekolojik, ürolojik, gastrointestinal ve nöromuskuler bozukluklar kronik pelvik ağrıya neden olan en sık sebeplerdir. Jinekoloji, anestezi, gastroenteroloji, üroloji, fizik tedavi, psikiatri ve ortopedi uzmanının birlikte kollabore çalıştıkları multidisipliner yaklaşım kronik pelvik ağrıda sebebe yönelik tedavide büyük önem taşır. Her klinik kronik pelvik ağrıya yaklaşım ile ilgili kendi stratejisini belirlemeli ve ekibini oluşturmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2006 yılında yüksek kaliteli yayınlardan yapılan bir sistematik derlemede kadınların %2,1-24'ünde non-siklik pelvik ağrı, %8-21.1'inde disparanü ve %16,8-81'inde ise dismenore görüldüğü bildirilmiştir. Benzer şekilde 2014 yılında yapılan daha güncel bir derlemede is 6 aydan uzun süren non-siklik ağrı prevalansının %5,7-26,6 arasında olduğu rapor edilmiştir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının kronik pelvik ağrılı hastalara yaklaşımda ağrıya eşlik eden iritabl barsak sendromu, ağrılı mesane sendromu, pelvik taban kas hassasiyeti ve depresyon gibi klinik durumlara aşina olmaları gerekir. Kronik pelvik ağrıya jinekolojik sebeplerden en sıklıkla endometriozis neden olurken, yukarda sayılan klinik durumlar ile bir arada da görülebilir. Kadınlarda yapılan tüm laparoskopilerin %20'si, tüm histerektomilerinse %12-16'sı kronik pelvik ağrı nedeni ile yapılmaktadır. Kronik pelvik ağrı

akut pelvik ağrıdan birkaç açıdan farklıdır. Akut ağrı genellikle enflamatuar, enfeksiyöz, anoksik veya travmatik bir olaya sekonder gelişen ve tedavi ile zamanla gerileyen bir ağrıdır. Ağrı persiste ettiğinde doku düzeyinde kronik stres durumu söz konusu olur ve fiziksel ve psikolojik sonuçları olan bir kısır döngü başlar. Ağrıya sekonder anksiyete uzun dönemde kişinin ruhsal durumunu etkiler. Kronik pelvik ağrılı kadınların %12-33'ünde major depresyon kriterleri mevcuttur.

Kronik pelvik ağrıya sebep olan en sık jinekolojik hastalıklar endometriozis, geçirilmiş pelvik enflamatuar hastalık, ovaryan kistler, intrabdominal adezyonlar, adenomyozis ve leiomyomlardır. Daha az sıklıkla görülen etyolojik sebepler ise pelvik konjesyon sendromu, ovaryan remnant sendromu ve jinekolojik tümörlerdir. Kronik pelvik ağrı için araştırılan kadınların %70'ine yakınında endometriozis bulunabildiği için tedavi ekibinde endometriozis konusunda tecrübeli pelvik cerrah ve radyolog bulunması gerekir. Endometriozis düşünülen ve kronik pelvik ağrısı olan hastalarda tedavide ampirik olarak NSAİD, kombine oral kontraseptifler ve progestinler kullanulabilir. Bu ilaçların kullanımı ile hastanın ağrısında gerileme olması endometriozis tanısı koydurmasa da tedavide faydalı olabilir. Laparoskopik olarak endometriozisi konfirme etmeden kronik pelvik ağrı tedavisi için GnRH agonist grubu ilaçlar başlanmamalıdır.

Kronik pelvik ağrı sendromunda, ağrıya sebep olan klinikopatolojik durum devam ettiğinde medulla spinalis ve serebral nörolojik yolaklar yoluyla santral sensitizasyon gelişebilir. Gelişen bu sensitizasyon, primer sebebi viseral organ disfonksiyonu olan klinik bir durumun viserosomatik nörolojik yolaklarla pelvik taban kaslarında kronik uyarılma ve ağrıya sebep olması ile karakterizedir. Medulla spinalisteki nörolojik aferent ve eferent sinir lifleri arasındaki bağlantılar yolu ile viseroviseral bir konverjansta söz konusudur. Pelvik bölgede viseral bir organdaki patofizyolojik durum bu yolaklar yolu ile diğer viseral organları da etkiler. Sonuçta ağrıya sebep olan patolojik stimulusa santral sinir sistemi ağrı ile ilgili spesifik beyin bölgelerinde, hipotalamo-pitüiter-ovarian aksta ve otonom sinir sisteminde aktivasyon ile

cevap verir. Patolojik durum uzun süre devam ettiğinde santral sensitizasyon kalıcı hale gelir ve ağrıya sebep olan patolojik durum ortadan kalksa bile hasta ağrı hissedebilir.

Kronik pelvik ağrının ayırıcı tanısı çok çeşitlilik gösterir. Viseral veya nöromuskuloskeletal bozukluklara eşlik eden psikososyal durumların göz önünde bulundurulması hastalığın etyolojisini araştırmada ve tedavi planı yapmada faydalı olur. Kronik pelvik ağrıya sebep olan klinik antiteden bağımsız olarak reaktif pelvik taban myaljisi gelişebilir ve hastanın ağrısı pelvik taban kaynaklı hale gelebilir. Bu durumda tedavide asıl hastalığın tedavisi, pelvik taban myaljisinin tedavisi, santral sensitizasyonun nöromodülatör ilaçlarla tedavisi ve depresyonun tedavisi eş zamanlı olarak gerekebilir. Viseral ağrı distansiyon, iskemi ve inflmasyona karşı hassas olan pelvik organlardaki noziseptörlerden kaynaklanır. Viseral ağrı genellikle diffüzdür ve yeri genellikle zor spesifiye edilir. Santral sensitizasyon kaynaklı otonom sinir sistemi aktivasyonunun indüklediği diaforez, vital bulgu değişiklikleri, barsak semptomları viseral ağrıya sıklıkla eşlik eder ve tabloyu komplike eder.

Nöromuskuloskeletal sisteme bağlı pelvik ağrı myofasyal tetik noktalarından, geçirilmiş cerrahiye sekonder norovasküler tuzaklanmadan veya tendon ve ligamentlerin enflamasyonundan kaynaklanabilir. Etkilenen kas gruplarının palpasyonu ile ağrı oluşumu gözlenebilir. Nöromuskuloskeletal sistem ağrısı tekrarlayan mikrotravma, akut travma veya postüral bozukluklara bağlı gelişen muskuler hipertonisite ve miyofasyal ağrı sendromuna bağlı oluşur. Psikososyal faktörler tüm ağrı tiplerinde rol oynar ve semptomların ciddiyetini etkiler. Kronik pelvik ağrı ve disparanü geçmişte cinsel istismara uğramış, mental hastalıkları olan, desteğe muhtaç, sosyal açıdan stres altında ve ilişki problemleri olan kadınlarda daha sık görülmektedir.

Nöromuskuloskeletal kronik pelvik ağrıyı ve hastanın fizik tedaviden fayda görebileceğini düşündüren iki fizik muayene bulgusu tarif edilmiştir. Hastayı fleksiyona, abduksiyona ve external rotasyona zorlayınca pelvik taban kas hassasiyeti oluşması (FABER testi) yüksek ihtimalle noromuskuloskeletal sisteme bağlı kronik pelvik ağrı varlığını

düşündürtür. Carnett testinde ise hastaya abdominal kaslarını kasması söylenir, hastanın pelvik ağrı ve hassasiyeti bu durumda azalmıyor veya artıyorsa Carnett testi pozitif demektir. Abdominal kaslar kasıldığında viseral organlara bağlı ağrıda azalma oluyorsa bu durumda da negatif Carnett testinden bahsedilir.

Kronik pelvik ağrıya neden olduğu ileri sürülen bir diğer klinik antite pelvik venöz yetmezliğe bağlı gelişen pelvik konjesyon sendromudur. Sendromun tanımı ve tanı kriterleri konusunda fikir birliği yoktur.

Kronik pelvik ağrı hastalarında ilk değerlendirmede detaylı tıbbi hikaye alınması, jinekolojik ve özellikle abdominal ve pelvik nöromuskuluskeletal bölgeye odaklı fizik muayene yapılması önemlidir. Pelvik taban kaslarında hassasiyet ve abdominal duvarda hastanın ağrısını tetikleyen hassas noktaların tespit edilmesi kronik pelvik ağrıya nöromuskuloskeletal sistemdeki bozuklukların katkıda bulunduğunu düşündürtür. Detaylı hikaye alınması hasta tarafından belirtilen semptomların dökümente edilmesi, ağrıyı agreve eden ve azaltan faktörlerin değerlendirilmesi semptomların kronolojisi ve önceki tedavilerin değerlendirilmesini içermelidir. Bu amaçla, "Uluslararası Pelvik Ağrı Cemiyeti (IPPS)" nin "Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu"ndan yararlanılabilinir. Hastaların klinik semptomlarına göre klamidya, gonore, mikoplazma ve trikomonas gibi mikrobiyolojik etkenler için tanısal testler yapılması, uterin veya adneksial kitle varlığını ekarte etmek için transvajinal ultrasonografi veya endometriozis tanı ve tedavisi için laparoskopi yapılması gerekebilir. İnterstisyel sistit, iritabl barsak sendromu, divertikülit ve depresyon-anksiyete gibi kronik pelvik ağrıya neden olan nonreprodüktif etyolojik sebepler ek tanısal testler gerekebilir.

Kronik pelvik ağrıya sıklıkla eşlik eden pelvik taban hassasiyeti varlığında pelvis fizik tedavisi faydalı olabilir. External ve internal doku mobilizasyonu, myofasyal gevşetme, viseral-ürogenital ve eklem yapılarını hareket ettiren manipülatif tedaviler, elektrik stimülasyonu, ktif pelvik taban egzersizi, biyofeedback, mesane ve barsak jimnastiği ve pelvik taban kastalarını germe egzersizleri bu amaçla kullanılabilen fizik tedavi modaliteleridir.

Yapılan çalışmalarda kronik pelvik ağrıda pelvik taban fizik tedavisinin levator kası içindeki tetik noktalara enjeksiyon tedavisine eşit olduğunu gösterilmiştir.

Pelvik ağrıyı başlatan organik bir neden olayın başlangıcında var olsa da ağrının kronikleşmesi hastaları depresyona, anksiyeteye ve sosyal izolasyona sokabilir. Bu durumda eşlik eden ruhsal sorunun kognitif davranışsal tedaviler veya medikasyonlarla tedavi edilmesi pelvik ağrı tedavisine eklenmesi gerekir. Ağrısız cinsel ilişki için, kadın orgazm bozukluğu ve cinsel ilişkideki genitopelvik ağrı için yapılacak seksüel tedavi de faydalı olabilir.

Nöropatik ağrı, sinir hücrelerinin hasarına veya işlev bozukluğuna bağlı olarak ortaya çıkar ve allodini ve/veya hiperaljezi şeklinde prezente olur. Nöropatik ağrıların kronikleşme eğilimi fazladır. Nöropatik ağrı sendromlarındaki etkinliklerine bağlı olarak, nöropatik kronik pelvik ağrısı olan hastalarda selektif serotonin/noradrenalin geri alım inhibitörleri (SSRI-SNRI), gabapentin ve pregabalin kullanımı önerilmektedir. Kronik pelvik ağrı tedavisinde bağımlılık yapma potansiyelleri nedeni ile opioid grubu ilaçların kullanımı önerilmemektedir. Kronik pelvik ağrıda santral sensitizasyon veya nöropatik ağrı tedavisinde antikonvülzanlar, trisiklik antidepresanlar, SNRI grubu ilaçlar tolerabiliteleri, relatif olarak yan etkilerinin kabul edilebilir olması ve pelvik ağrı dışında diğer nöropatik ağrı tedavilerinde etkili olmaları bağlamında tedavide kullanılabilmektedirler. Tedaviye bu ilaçlardan birini tercih ederek ve en düşük dozda başlayıp hastanın ağrısını hafifleten doza kadar artırma yaklaşımı uygulanır. Bir ilaç grubu etkinlik göstermediğinde diğer grup ilaca geçilir. Kas gevşetici ilaçlar nöropatik ağrı için kullanılan ilaçlara ek olarak verilebilir. Kardiyak problemleri olan hastalarda kardiyak yan etkileri nedeni ile trisiklik antidepresanlar tercih edilmeyebilir. Gebelik düşünen hastalarda teratojenite açısından en uygun görülen SNRI grubu ilaçlar tercih edilmelidir. Herkese uyan tek bir tedavi yaklaşımı yoktur ve tedavi bireyselleştirilmelidir.

Myofasyal kronik pelvik ağrısı olan hastalarda tetik noktalara salin, anestetik, steroid veya opioidlerin ayrı ayrı veya komine şekilde enjekte edilmesi ağrıda azalmaya ve hastalarda rahatlamaya neden olduklarından önerilmektedir. Vajinal anksiyolitikler ve botulinum toksini

de pelvik taban myalji sendromu gelişmiş olan hastalarda faydalı olabilmektedir. Kronik pelvik ağrılı hastaların ağrı uzmanlarına refere edilmesi multidisipliner yaklaşımın bir parçası olmalıdır. Nonjinekolojik kronik ağrıdaki faydaları nedeni ile akupunktur ve yoga uygulamalarının muskuloskeletal etyolojiye bağlı kronik pelvik ağrıda kullanılması düşünülebilir.

Laparoskopik adezyolizis yapılmasının kronik pelvik ağrıda faydalı olduğuna yönelik eski çalışmalar varolsa da güncel çalışmalarda endometriozis, adenomyozis ve adneksal hastalıkların yokluğunda kronik pelvik ağrı tedavisinde adezyolizis yapılmasının faydası olmadığı gösterilmiştir. Yine de başka bir sebeple cerrahi yapıldığında intrabdominal dense adezyonların varlığında barsak obstrüksiyonu veya uterine-adneksal gerilmeye neden olabilecek adezyonlar disseke edilmelidir.

Kronik pelvik ağrıya neden olan spesifik pelvik patolojiden bağımsız olarak hastalar multipl laparoskopik cerrahiler geçirebilmektedir. Hatta, pelvik ağrıda azalma olması umudu ile histerektomi/ooforektomi geçiren hastalara da sıklıkla rastlanılmaktadır. Medikal tedavilere cevap vermeyen ve ağrıya sebep olduğu düşünülen, hastanın cerrahi olarak eksizyondan fayda görebileceğini düşündürten derin pelvik infiltratif endometriozis gibi lezyonlar cerrahi olarak eksize edilebilir. Ne yazık ki, kronik pelvik ağrı multipl cerrahilere ve pekvik organların eksize edilmesine rağmen persiste edebilir. Bu nedenle, ağrı iletim mekanizmaları ve santral sensitizasyon odaklı çalışmalar ile hangi hastaların cerrahiden fayda göreceğini tespit etmek gelecekte mümkün olabilir. Geçmişte kronik pelvik ağrı tedavisi için yapılan presakral nörektomi ve laparoskopik uterosakral nerve ablasyonu gibi cerrahiler sınırlı faydaları ve morbiditeleri nedeni ile önerilmemektedir.

Sonuç olarak kronik pelvik ağrı multidisipliner yaklaşım gerektiren, farklı disiplinler arası koordineli çalışma ile etkili tedavi yaklaşımları uygulanabilen bir sendromdur. Tedavi yaklaşımlarının değerlendirildiği iyi dizayn edilmiş uzun süreli randomize kontrollü çalışmaların yokluğu nedeni ile sebebi belli olmayan kronik pelvik ağrıya optimal yaklaşım net değildir.

Mesane Ağrısı Sendromu / İnterstisyel Sistit: Literatürdeki Yenilikler Eşliğinde Temel Bilgilerin Güncellenmesi

Ersin Köseoğlu, Ömer Acar, Tufan Tarcan

Tanım

Mesane Ağrısı Sendromu (MAS), hastaların primer olarak mesane ve/veya pelvisten kaynaklandığını algıladıkları, ani sıkışma hissi ve/veya sık idrar yapmanın eşlik ettiği, kronik ağrı/basınç/rahatsızlık hissi (>6 ay) belirtilerinden oluşan klinik bir tanıdır. MAS, bir dışlama tanısıdır ve benzer şikayetlere sebep olabilecek diğer hastalıklar ekarte edildikten sonra tanı koymak mümkün olabilmektedir. Net bir etiyolojik faktör tespit edilememiştir (1). Sadece MAS teriminin kullanılması yerine tanınmayı, anlaşılmayı kolaylaştırmak ve sosyal güvenlik kurumları İS terimini kabul ettiği için interstisyel sistit (İS) terimini de korumak gerekmektedir. Hunner lezyonu olan hastalar "Klasik İS" veya "MAS tip 3C" olarak adlandırılmaktadır(2). Bu derlemenin ilerleyen kısımlarında bu hastalıktan MAS/İS olarak bahsedilecektir.

Epidemiyoloji

Standardize edilmiş bir tanı ve tedavi algoritmasının olmaması nedeniyle MAS/İS ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar birbirinden farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda prevalans %0,06-4,2 arasında değişkenlik göstermektedir (3-5). Avrupa Üroloji Derneği (EAU) kılavuzunda MAS/İS prevalansı, %0,06-30 olarak bildirilmiştir (6). İnsidansı 1-50/100000/yıl arasında değişkenlik göstermektedir (6). Görülme sıklığı açısından kadın:erkek oranı 5-10:1'dir (7-9).

Eşlik Eden Hastalıklar

Fibromyalji, kronik yorgunluk sendromu, temporomandibuler bozukluk, irritabl barsak sendromu MAS/İS ile birlikte en sık görülen hastalıkların başında gelmektedir. Fibromyalji, migren, depresyon ve kronik yorgunluk sendromu, tipik sistoskopik lezyonu bulunmayan MAS/İS ile ilişkilendirilmiştir. MAS/İS'ye eşlik edebilen hastalıklar arasında Sjögren sendromu, sistemik lupus eritematozus, sicca hastalığı ve alerjik rahatsızlıklar da bulunmaktadır.

Depresyon, anksiyete ve panik bozukluk gibi psikiyatrik hastalıklar, MAS/İS tanılı hastalarda daha sık görülmektedir. Diyabetes mellitus ile MAS/İS arasında negatif bir korelasyon bulunmaktadır. Bu negatif ilişki, ağrıyı ve idrara ani sıkışma hissini azaltan nöropati varlığı ve bir büyüme faktörü olan insülinin fazla salgılanması sonucu MAS/İS'ye bağlı olarak ortaya çıkan antiproliferatif etkinin baskılanması ile açıklanmaktadır (10). MAS/İS'li kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu daha sık görülmektedir.

Tanı

Belirtilerin her hastada farklı şekilde ortaya çıkabilmesi ve kesin tanı kriterlerinin olmaması nedeniyle standart bir tanı algoritması bulunmamaktadır. Tüm kılavuzlarda detaylı bir anamnez, fiziksel muayene, temel idrar testleri ve idrar sitolojisi MAS/İS tanısı için ilk sıralarda yer almaktadır. Sistoskopi, hidrodistansiyon, mesane biyopsisi ve ürodinamik çalışmalar ise farklı kılavuzlarda farklı önceliklerde yer almaktadır. Bir dışlama tanısı olduğu için, benzer şikayetlerle ortaya çıkabilecek hastalıkların dışlanması ve klinisyenin MAS'İS'den şüphelenmesi tanıda çok önemlidir. Mesane kanseri, karsinoma in situ, ürolojik enfeksiyonlar, pelvik organ prolapsusu, üriner sistem taş hastalığı, endometriozis, vajinit, vajinal atrofi, vulvodini, jinekolojik maligniteler, benign prostat hiperplazisi, mesane boynu darlığı, prostat kanseri, aşırı aktif mesane (AAM) ve kronik prostatit ayırıcı tanıda akla getirilmesi gereken hastalıklardır.

Sıklıkla temel şikâyet olarak karşımıza çıkan pelvik ağrı/basınç/huzursuzluk hissinin iyi sorgulanması önem arz etmektedir. Sıklıkla suprapubik bölgede hissedilen ağrı, mesane doluluğunun artması ile artış gösterebilir ve kalça, vajen, rektuma yansıyabilir. Ağrı düzeyinin vizüel ağrı skorlamaları (VAS) ile kayıt altına alınması ve tedavi süresince takip edilmesi önerilmektedir.

Laboratuvar Testleri

Tüm hastalarda tam idrar tahlili yapılmalıdır. İdrar tahlili sonucuna göre, gerekli görülen hastalardan idrar kültürü istenilmelidir. Mesane kanseri şüphesi olanlar, işeme sitolojisi ile

değerlendirilmelidir. Vajinal enfeksiyonların dışlanabilmesi için kadınlardan vajinal ve endoservikal kültür örnekleri elde edilmelidir.

Sistoskopi

Sistoskopi, MAS/İS değerlendirmesinde ve benzer klinikle ortaya çıkabilecek hastalıkların dışlanmasında önemli bir yere sahiptir. Sistoskopide glomerülasyonlar veya Hunner lezyonları görülebilir. Glomerülasyon, mesanenin doldurulmasıyla ortaya çıkan mukozal peteşiyel kanamalardır. Kapiller kanamalar "şelale" benzeri görüntülere neden olabilir ve bazen endoskopik görüntüyü bozacak yoğunluğa ulaşabilir. Hunner lezyonu ise, enflamatuvar bir reaksiyona sekonder gelişir ve sınırları keskin, ortası skarlı, hiperemik mukozal sahalar olarak tespit edilir (Figür 1). Hunner lezyonlarının varlığı, daha ağır semptomatoloji ve azalmış mesane kapasitesi ile ilişkili bulunmuştur. Sistoskopide MAS/İS ile uyumlu olabilecek tipik lezyonların görülmesinin yanı sıra karsinoma in situ, eozinofilik sistit ve tüberküloz sistitinin gibi tanıların dışlanabilmesi için random biyopsilerin alınması önerilmektedir.

Uluslararası MAS Çalışma Grubu Topluluğu (ESSIC), Uluslararası İnkontinans Konsültasyonu (ICI) ve EAU kılavuzları, MAS/İS sınıflandırılmasında sistoskopiyi ve hidrodistansiyonu yüksek öneri derecesiyle önermektedir. Derece 0, normal görünümlü mukoza; Derece I, en az iki kadranda peteşiyel kanamalar; Derece II, geniş bir alanı kaplayan submukozal kanama (ekimoz); Derece III, yaygın mukozal kanama ve Derece IV, mukozal bütünlüğün bozulması (+/-kanama/ödem) olarak sınıflandırılır (11-13).

Amerikan Üroloji Birliği (AUA) kılavuzu ise sistoskopiyi MAS/İS tanısı kapsamında rutin olarak önermemektedir (14).

Ürodinamik Çalışmalar

MAS/İS tanısında ürodinamik çalışmaların yeri ve gerekliliği hususunda fikir birliği bulunmamaktadır. Genel kanı, kompleks olgular dışında fayda sağlamayacağı yönündedir.

Biyobelirteçler

MAS/İS tanısında substans P, üroplakin III, interlökin 6, siklik guanozin monofosfat, üromodulin

kininojen, nitrik oksit, heparin bağlayıcı-epidermal büyüme faktörü (HB-EGF) benzeri büyüme faktörü gibi birçok biyobelirtecin yeri araştırılmıştır. Ancak sadece antiproliferatif faktör (APF), potansiyel bir tanı aracı olarak öne çıkabilmiştir. APF, hasar görmüş mesane epitelyumundan salınır ve mukozanın kendini yenilemesini engeller. MAS/İS tanılı hastalarda APF'nin idrardaki miktarı artmıştır.

GP-51, transizyonel epitel hücrelerinde ve idrarda saptanabilen bir glikoproteindir. MAS/İS tanılı hastaların mesane biyopsisi örnekleri immünohistokimyasal olarak incelendiğinde GP-51 aktivitesinin azaldığı bildirilmiştir. APF'ye kıyasla daha düşük olmasına rağmen, GP-51'in özgüllüğü MAS tanısında kullanılabilmesi adına umut vericidir (15).

Jiang ve ark.'nın 140 hastayı (40 MAS/İS, 40 AAM tanılı ve 30 kontrol) içeren güncel bir çalışmasında, idrardaki biyobelirteçlerin normal ile hastayı ve MAS/İS ile AAM tanılı hastaları ayırmadaki doğruluk oranları araştırılmıştır. Çalışılan 31 sitokin arasından en yüksek duyarlılığa sahip olan MIP-1β, kontrol grubu ile hastaları ayırmada kullanılmak üzere tarama testi olarak seçilmiştir. MIP-1β'nın, MAS/İS ve AAM tanısındaki duyarlılıkları sırasıyla %81,6 ve %68,4 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmanın devamında, MAS/İS ile AAM ayrımında kullanılabilecek testler araştırılmıştır. MAS/İS'yi AAM tanılı hastalardan ayırmada kullanım için uygun görülen eotaxin, CXCL10 ve RANTES'in doğruluk oranları sırası ile %73,3, %72,7 ve %69,7 bulunmuştur (16). Bu çalışmada hasta ve kontrol gruplarındaki hasta sayılarının azlığı, gruplarda kadın cinsiyetin baskın oluşu, sitokin düzeyinde değişikliğe yol açabilecek ek hastalıkların net tanımlanmaması gibi kısıtlamalar mevcuttur. Verilerin daha geniş hasta popülasyonlarında ve daha uygun oluşturulmuş hasta/kontrol gruplarıyla desteklenmesi gerekmektedir.

Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG)

Güncel literatürde, Hunner lezyonu olan ve olmayan hastaların belirlenmesinde kullanılabilecek tanı araçlarından biri de MRG'dir.

Sistoskopisi normal olan 30 kadın hastanın dahil edildiği prospektif bir çalışmada, pelvik MRG'de inferior pubik ramus ile rektumun posterior sınırı arasındaki mesafe (H hattı), levator

genişliği, levator uzunluğu ve posterior puborektal açılanma ölçülmüştür. Hunner lezyonu olmayan MAS/İS tanılı hastalarda kontrol grubuna göre daha kısa levator kası, daha geniş puborektal açılanma ve daha kısa H hattı tespit edildiği bildirilmiştir (17).

Bir başka çalışmada, 6 kadın hastanın (2 kontrol, 2 lezyonu bulunmayan ve 2 Hunner lezyonu bulunan MAS/İS tanılı hasta) kontrast verilmeden önce ve intravezikal kontrast madde verildikten sonra çekilen MRG'ler kıyaslanmıştır. Hunner lezyonu bulunan kadınlarda, kontrol grubundaki ve lezyonu bulunmayan MAS/İS'li kadınlara kıyasla, mesane duvarına daha fazla kontrast madde difüzyonu olduğu gösterilmiştir (18).

Güncel bir çalışmada, 106 (82 MAS tanılı, 24 kontrol grubu) hastanın difüzyon ağırlıklı MRG bulgularında, MAS/İS tanısı almış olan hastaların mesane duvarının daha yüksek sinyal intansitesine sahip olduğu bildirilmiştir (19).

MAS/İS tanısında MRG kullanımı oldukça yeni bir konsepttir. Güncel literatürün prospektif çalışmalarla desteklenmesi gereklidir. Bu görüntüleme yönteminin tedaviye olan yanıtın gösterilmesindeki yeri tartışmalıdır. Aynı zamanda, MAS/İS nedeniyle uygun olmayan tedaviler alan ya da tedavisi geciken hastaların maruz kaldığı maddi yük ile bu görüntüleme yönteminin göreceli yüksek maliyeti kıyaslanmalıdır (13).

Tedavi

MAS/İS tedavisinde amaç hastanın şikâyet düzeyini azaltmak ve yaşam kalitesini artırmaktır. Ek olarak, hastanın uygulanan tedavilerin yan etkilerinden mümkün olan en az düzeyde etkilenmesi hedeflenmelidir. Mevcut bilgiler, bu hastalığın kesin bir tedavisinin olmadığını göstermektedir. Hasta bu konuda detaylıca bilgilendirilmelidir.

Tüm kılavuzlarda konservatif yaklaşımlardan daha girişimsel yaklaşımlara ilerleyen farklı tedavi algoritmaları bulunmaktadır. MAS/İS için AUA kılavuzlarının önerdiği basamaklı tedavi yaklaşımı maddeleri Tablo 1'de özetlenmiştir (14).

Üriner sistem dışında kalan birçok anatomik bölgeyi ve organı ilgilendiren yakınmalar ile ilişkili olabilen MAS/İS'nin etkin tedavisi için multidisipliner yaklaşımın gerekebileceği

unutulmamalıdır. Genel olarak, tedavi planlamasını kişiselleştirmek ve hastanın sahip olduğu klinik fenotipe (üriner, psikososyal, organa-özgü, enfeksiyöz, nörolojik/sistemik ve hassasiyet/tetik noktalar) odaklı kararlar vermek tavsiye edilmektedir (1).

1. Konservatif Tedaviler

Hastanın bilgilendirilmesi, beslenme önerileri, davranış değişiklikleri, işeme alışkanlıklarının gözden geçirilmesi, psikososyal destek, pelvik taban fizyoterapisi, akupunktur ve tetik nokta enjeksiyonları, konservatif tedavinin bileşenlerini oluşturmaktadır.

Şikayetleri tetikleyebilme potansiyeli bulunan besin maddelerinin (kahve, çay, meşrubat, alkol, elma, kayısı, muz, şeftali, turunçgiller, domates, baharatlı gıdalar, sirke ve yapay tatlandırıcılar) tüketiminin en az düzeye indirilmesi tavsiye edilmektedir.

Zamanlı işeme ve ani sıkışma hissi ile baş etme manevraları, idrara çıkma sıklığını azaltırken mesane kapasitesini artırır. Sadece davranış değişiklikleri ile şikayetlerde %45-88 oranında düzelme görülebilmektedir (20).

Stres yönetimi için düzenli fiziksel egzersiz, meditasyon ve yoga uygulamaları MAS/İS'nin psikososyal yansımaları ile mücadele etmede fayda sağlayabilir.

Pelvik tabanda tetik noktaları olduğu saptanan hastalar fizyoterapi, miyofasyal gevşetme teknikleri ve intravajinal masajdan fayda görebilmektedir. Pelvik taban fizyoterapisi ile %50-62 oranında semptomatik düzelme sağlanabilmektedir (21).

2. Oral ve İntravezikal Tedaviler

2a. Oral tedaviler

Amitriptilin

Trisiklik antidepresan grubundan bir ilaç olan amitriptilin ile 4 aylık tedavi neticesinde, plasebo grubuna kıyasla, şikayetlerde daha belirgin düzelme sağlanmıştır (%63 vs. %4). Klinik olarak anlamlı sonuçların elde edilmesini sağlayan etkin amitriptilin dozu 50 mg'dır. Ancak, bu doz ile tedaviye tolerans yan etkiler nedeniyle oldukça düşüktür (22).

Simetidin

Şikayetlerin hafifletilmesinde plaseboya göre belirgin üstünlüğü vardır. Yan etki profili plasebo ile benzerdir (23).

Hidroksizin

Tek başına hidroksizin tedavisinin plaseboya belirgin üstünlüğü gösterilememiştir (%23 vs. %13). Ancak, pentozan polisülfat (PPS) ile kombine kullanıldığında, PPS monoterapisine kıyasla daha iyi sonuçlar elde edilmiştir (%40 vs. %28) (24).

Pentozan Polisülfat

Oral PPS, MAS/İS tedavisi için Gıda ve İlaç Kurumu (FDA) tarafından onaylanmış bir ajandır. Mesane ürotelyumunda eksilmiş olan glikozaminoglikan (GAG) tabakasını yenileyerek etki gösterir. Ayrıca, mast hücrelerinden histamin salınımını engeller. Ek olarak, antienflamatuvar etkileri de vardır. Önerilen günlük doz 300 mg'dır. Noktüri dışındaki tüm şikayetlerde (pelvik ağrı, idrara ani sıkışma hissi ve idrara çıkma sıklığında artış) belirgin düzelme sağlamaktadır. Oral PPS tedavisinin etkinliği 3-6 ay içinde ortaya çıkmaktadır. Lezyonu bulunan MAS/İS tanılı hastalarda, lezyonu olmayanlara göre daha etkin olduğu gösterilmiştir. Tedaviye yanıt, tedavi dozundan ziyade tedavinin devamlılığı ile ilişkilidir (25).

Gabapentanoidler

Düşük kanıt düzeyine sahip çalışmalarda MAS/İS tanılı hastalarda pelvik ağrının düzelmesinde %50'ye varan etkinliğe sahip olduğu gösterilmiştir (26).

Quercetin

Erkeklerdeki kronik pelvik ağrı sendromunun tedavisinde kullanılabilen bu ilacın, MAS/İS tanılı hastalarda da etkin olabileceği bildirilmiştir (27).

2b. İntravezikal Tedaviler

Oral tedavi seçeneklerinden fayda görmeyen hastalarda intravezikal tedavi opsiyonları gündeme gelmektedir. Rutin pratikteki yaygın kullanıma karşın etkinlik açısından sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. . Kanıt düzeyi PPS ve heparin için 1b iken; hyaluronik asit ve kondroitin

sülfat için 2b olarak bildirilmiştir.

Dimetilsülfoksit (DMSO)

FDA tarafından intravezikal kullanımı onaylanmış, antienflamatuvar ve analjezik etkileri olan organik bir bileşiktir. Altı hafta süreyle, haftada bir yapılan uygulamalarda, 50 ml %50'lik çözelti mesane içerisinde 30-60 dakika süreyle bekletilir. Randomize kontrollü çalışmalarda, normal salin solüsyonuna üstünlüğü gösterilmiştir (%93 vs. %35). Ağız kokusu ve ilk dozlara özgü geçici semptomatik alevlenme nispeten daha sık görülen yan etkilerindendir (28).

Heparin

GAG'lerin yapısal analoğudur. MAS/İS tanılı hastalarda GAG tabakasının yerine konulmasında rol oynar. İntravezikal heparin tedavisi ile, 3 aylık takip neticesinde, MAS/İS ile ilişkili şikayetlerde %56-73 oranında düzelme elde edildiği bildirilmiştir (29). Lidokain ile karıştırılarak uygulanması, şikayetlerde 12 saate uzayan düzelme sağlayabilmektedir

Heparin, intravezikal yolla uygulanmak üzere hazırlanan kokteyllerin bir bileşeni olarak da kullanılmaktadır. Bu kapsamda en sık uygulanan karışımlardan biri Whitmore kokteylidir; %0,5'lik bupivakain, 10000 IU heparin, 100 mg hidrokortizon ve 40 ml sodyum bikarbonat'tan oluşmaktadır. Moldvin kokteyli ise, %0,5 bupivakain ile %2 lidokain jel'in 1'e 1 karışımına 40 mg triamsinolon, 10-20000 IU heparin ve 80 mg gentamisin'in eklenmesiyle elde edilmektedir. DMSO kokteyli içerisinde 50 ml DMSO, 10-20000 IU heparin, 40 mg triamsinolon, 10 ml sodyum bikarbonat ve 80 mg gentamisin bulunmaktadır. On bin IU heparin ile 10 ml bupivakain karışımından oluşan Payne I kokteyli ve heparin'e ilave olarak 50 ml DMSO, 100 mg hidrokortizon, 10 ml bupivakain, 5 ml sodyum bikarbonat barındıran Payne II kokteyli intravezikal tedavide tercih edilebilecek diğer opsiyonlardandır. Genel olarak, intravezikal kokteyllerin 3 - 8 hafta arasında değişen tedavi süreleri bulunmaktadır ve haftada bir defa tekrarlanan uygulamalar esnasında ilaç karışımının mesane içerisinde 30 dakika bekletilmesi önerilmektedir (30).

Hyalüronik Asit

Bir diğer GAG analoğudur. Gözlemsel çalışmalarda %30-87 arasında değişen etkinlik bildirilmiştir (31).

Kondroitin Sülfat

GAG tabakasını yenileyerek etki gösteren moleküllerdendir. Şikayetlerde %31-39 oranında düzelme sağlayabilmektedir. İntravezikal kullanımı, monoterapi ya da hyalüronik asit ile kombine halde mümkündür (32).

Lidokain

MAS/İS'nin akut alevlenmelerinde intravezikal yol ile uygulanabilir. Sodyum bikarbonat ile alkalinizasyon veya elektromotiv teknik ile uygulanması mesane duvarına difüzyonunu arttırmaktadır. Alkalileştirilmiş lidokain ile 5 günlük tedaviyi 10 günlük aranın takip ettiği protokollerde, MAS/İS ile ilgili şikayetlerde belirgin düzeyde düzelme elde edilebildiği bildirilmiştir.

PPS

Plasebo kontrollü bir çalışmada %40 semptomatik düzelme bildirilmiştir. Oral PPS ile kombine kullanım bu etkinliği %62'ye çıkartmaktadır. Oral + intravezikal PPS tedavisi, EAU kılavuzları tarafından, yüksek kanıt düzeyi ve güçlü öneri derecesiyle önerilmektedir.

3. Sistoskopik tedaviler

3a. Hidrodistansiyon

Standart bir uygulama tekniği yoktur. Genellikle, düşük basınç altında (<80 cmH2O) ve kısa süreli (3 dakika) uygulanması önerilmektedir. Çeşitli çalışmalarda, %18-56 arasında değişen etkinlik oranları bildirilmiştir (33).

3b. Hunner Lezyonuna Yönelik Endoskopik Tedaviler

Elektrofulgurasyon, lazer koagülasyon ve triamsinolon enjeksiyonu ile %70-100'e varan ve nispeten daha uzun süreli (7-12 ay) başarı oranları raporlanmıştır (34).

4. Diğer Tedaviler

4a. İntradetrüsör Botulinum Toksin (BTX-A) Enjeksiyonu

Tek başına hidrodistansiyon uygulanan hastalar ile intradetrüsör BTX-A enjeksiyonu ile birlikte hidrodistansiyon uygulanan hastaların kıyaslandığı bir çalışmada, kombinasyon grubunda 3. aydaki başarı oranı daha yüksek bulunmuştur (%72 vs. %48). Farklı dozlardaki (100 ve 200 IU) BTX-A enjeksiyonunun etkinliğinin benzer olması nedeniyle, yan etki profili dikkate alınarak, 100 IU'nin tercih edilmesi önerilmektedir (29).

4b. Sakral Nöromodülasyon

Hastaların %42-95'inde şikayetlerde %50'den fazla düzelme elde edilebildiği bildirilmiştir. Enfeksiyon, migrasyon ve ek cerrahi müdahale gereksinimi gibi komplikasyonlar akılda tutulmalıdır (35).

5. Siklosporin A

PPS ile kıyaslandığı çalışmalarda daha üstün başarı oranları ile ilişkilendirilmiştir (%59 vs. %13). Nefrotoksisite, hipertansiyon ve immünsupresyon gibi yan etkiler ve aralıklı olarak serum düzeyi kontrolünün zorunluluğu rutin pratiğe adaptasyonunu sınırlandırmaktadır (36).

6. Radikal Cerrahiler

Genel anestezi altında düşük mesane kapasitesi olan, çeşitli tedavi seçeneklerinden fayda görmemiş, şiddetli semptomatik hastalarda sistektomi ve üriner diversiyon son tedavi seçeneği olarak düşünülmelidir.

Alternatif olarak supratrigonal/subtrigonal sistektomi ve augmentasyon sistoplasti önerilebilir. Hastalar bu radikal cerrahilere rağmen ağrının geçmeyebileceği hususunda mutlaka bilgilendirilmelidir (1).



Figür 1. Glomerülasyon ve Hunner lezyonunun sistoskopik görüntüleri (1 numaralı referanstan alınmıştır) .

Basamak	İçerik
1	**Stres yönetimi**
	Genel gevşeme teknikleri
	Hastanın bilinçlendirilmesi
	Davranışsal modifikasyonlar
2	**Fizyoterapi**
	Oral tedavi seçenekleri
	İntravezikal tedavi seçenekleri
3	**Anestezi altında sistoskopi + hidrodistansiyon**
	Hunner lezyonlarına yönelik endoskopik tedavi
4	**İntradetrüsör botulinum toksini enjeksiyonu**
	Sakral nöromodülasyon
5	**Siklosporin A**
6	**Radikal cerrahiler**

Tablo 1: Amerikan Üroloji Derneği'nin önerdiği basamaklı tedavi yaklaşımı (14).

Kaynaklar:

1. Koçak T, Acar Ö, Tarhan F, Tefik T, Oktar T, Tarcan T. Bladder Pain Syndrome (Interstitial Cystitis) Consensus 2019: The Report of the Turkish Continence Society Bladder Pain Syndrome/ Interstitial Cystitis Working Group. Journal of Urological Surgery. 2020;7:251-62.
2. Acar O, Tarcan T. Cystoscopic evaluation and clinical phenotyping in interstitial cystitis/bladder pain syndrome. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2019;20(2):117-22.
3. Jones CA, Nyberg L. Epidemiology of interstitial cystitis. Urology. 1997;49(5A Suppl):2-9.
4. Curhan GC, Speizer FE, Hunter DJ, Curhan SG, Stampfer MJ. Epidemiology of interstitial cystitis: a population based study. J Urol. 1999;161(2):549-52.
5. Suskind AM, Berry SH, Ewing BA, Elliott MN, Suttorp MJ, Clemens JQ. The prevalence and overlap of interstitial cystitis/bladder pain syndrome and chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: results of the RAND Interstitial Cystitis Epidemiology male study. J Urol. 2013;189(1):141-5.
6. Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira P, Elneil S, Hughes J, Messelink EJ, et al. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. Eur Urol. 2013;64(3):431-9.
7. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, Kusek J, Nyberg L, Jr. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study. J Urol. 1999;161(2):553-7.

8. Clemens JQ, Meenan RT, O'Keeffe Rosetti MC, Brown SO, Gao SY, Calhoun EA. Prevalence of interstitial cystitis symptoms in a managed care population. J Urol. 2005;174(2):576-80.
9. Oravisto KJ. Epidemiology of interstitial cystitis. Ann Chir Gynaecol Fenn. 1975;64(2):75-7.
10. Warren JW, Howard FM, Cross RK, Good JL, Weissman MM, Wesselmann U, et al. Antecedent nonbladder syndromes in case-control study of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Urology. 2009;73(1):52-7.
11. Malde S, Palmisani S, Al-Kaisy A, Sahai A. Guideline of guidelines: bladder pain syndrome. BJU Int. 2018;122(5):729-43.
12. van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Daha LK, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: an ESSIC proposal. Eur Urol. 2008;53(1):60-7.
13. Khullar V, Chermansky C, Tarcan T, Rahnama'i MS, Digesu A, Sahai A, et al. How can we improve the diagnosis and management of bladder pain syndrome? Part 1: ICI-RS 2018. Neurourol Urodyn. 2019;38 Suppl 5:S66-S70.
14. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM, American Urological A. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. J Urol. 2015;193(5):1545-53.
15. Bade J, Ishizuka O, Yoshida M. Future research needs for the definition/diagnosis of interstitial cystitis. Int J Urol. 2003;10 Suppl:S31-4.
16. Jiang YH, Jhang JF, Hsu YH, Ho HC, Wu YH, Kuo HC. Urine biomarkers in ESSIC type 2 interstitial cystitis/bladder pain syndrome and overactive bladder with developing a novel diagnostic algorithm. Sci Rep. 2021;11(1):914.
17. Ackerman AL, Lee UJ, Jellison FC, Tan N, Patel M, Raman SS, et al. MRI suggests increased tonicity of the levator ani in women with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Int Urogynecol J. 2016;27(1):77-83.
18. Tyagi P, Janicki J, Moon CH, Kaufman J, Chermansky C. Novel contrast mixture achieves contrast resolution of human bladder wall suitable for T1 mapping: applications in interstitial cystitis and beyond. Int Urol Nephrol. 2018;50(3):401-9.
19. Charlanes A, Boudghene F, Chesnel C, Ciofu C, Le Breton F, Jousse M, et al. Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging: A New Tool for the Diagnosis of Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis. Urol Int. 2019;102(1):109-12.
20. Chaiken DC, Blaivas JG, Blaivas ST. Behavioral therapy for the treatment of refractory interstitial cystitis. J Urol. 1993;149(6):1445-8.
21. Oyama IA, Rejba A, Lukban JC, Fletcher E, Kellogg-Spadt S, Holzberg AS, et al. Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. Urology. 2004;64(5):862-5.
22. Foster HE, Jr., Hanno PM, Nickel JC, Payne CK, Mayer RD, Burks DA, et al. Effect of amitriptyline on symptoms in treatment naive patients with interstitial cystitis/painful bladder syndrome. J Urol. 2010;183(5):1853-8.
23. Haq A, Donaldson PJ, Parry JR. Oral cimetidine gives effective symptom relief in painful bladder disease: a prospective, randomized, double-blind placebo-controlled trial. BJU Int. 2001;88(4):444-5.

24. Sant GR, Propert KJ, Hanno PM, Burks D, Culkin D, Diokno AC, et al. A pilot clinical trial of oral pentosan polysulfate and oral hydroxyzine in patients with interstitial cystitis. J Urol. 2003;170(3):810-5.
25. Nickel JC, Herschorn S, Whitmore KE, Forrest JB, Hu P, Friedman AJ, et al. Pentosan polysulfate sodium for treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: insights from a randomized, double-blind, placebo controlled study. J Urol. 2015;193(3):857-62.
26. Sasaki K, Smith CP, Chuang YC, Lee JY, Kim JC, Chancellor MB. Oral gabapentin (neurontin) treatment of refractory genitourinary tract pain. Tech Urol. 2001;7(1):47-9.
27. Katske F, Shoskes DA, Sender M, Poliakin R, Gagliano K, Rajfer J. Treatment of interstitial cystitis with a quercetin supplement. Tech Urol. 2001;7(1):44-6.
28. Perez-Marrero R, Emerson LE, Feltis JT. A controlled study of dimethyl sulfoxide in interstitial cystitis. J Urol. 1988;140(1):36-9.
29. Kuo HC. Urodynamic results of intravesical heparin therapy for women with frequency urgency syndrome and interstitial cystitis. J Formos Med Assoc. 2001;100(5):309-14.
30. Cox A, Golda N, Nadeau G, Curtis Nickel J, Carr L, Corcos J, et al. CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Can Urol Assoc J. 2016;10(5-6):E136-E55.
31. Kim A, Lim B, Song M, Choo MS. Pretreatment features to influence effectiveness of intravesical hyaluronic Acid instillation in refractory interstitial cystitis/painful bladder syndrome. Int Neurourol J. 2014;18(3):163-7.
32. Nickel JC, Hanno P, Kumar K, Thomas H. Second multicenter, randomized, double-blind, parallel-group evaluation of effectiveness and safety of intravesical sodium chondroitin sulfate compared with inactive vehicle control in subjects with interstitial cystitis/bladder pain syndrome. Urology. 2012;79(6):1220-4.
33. Aihara K, Hirayama A, Tanaka N, Fujimoto K, Yoshida K, Hirao Y. Hydrodistension under local anesthesia for patients with suspected painful bladder syndrome/interstitial cystitis: safety, diagnostic potential and therapeutic efficacy. Int J Urol. 2009;16(12):947-52.
34. Payne RA, O'Connor RC, Kressin M, Guralnick ML. Endoscopic ablation of Hunner's lesions in interstitial cystitis patients. Can Urol Assoc J. 2009;3(6):473-7.
35. Powell CR, Kreder KJ. Long-term outcomes of urgency-frequency syndrome due to painful bladder syndrome treated with sacral neuromodulation and analysis of failures. J Urol. 2010;183(1):173-6.
36. Sairanen J, Tammela TL, Leppilahti M, Multanen M, Paananen I, Lehtoranta K, et al. Cyclosporine A and pentosan polysulfate sodium for the treatment of interstitial cystitis: a randomized comparative study. J Urol. 2005;174(6):2235-8.

Derneğimizden Haberler

21-24 Ekim 2021 tarihlerinde Baltimore, Amerika'da gerçekleştirilen 24. IPPS Kongresi'e katıldık. Dernek yönetim kurulu başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar ve dernek yönetim kurulu üyemiz Uzm. Fzt. Alime Büyük bu kongreye konuşmacı olarak davet edildi.











“Telerehablitation based treatment in chronic pelvic pain” başlıklı projemiz 2021 yılı Fred Howard Early Investigator ödülüne layık görüldü. Ödül sahibi Uzm. Fzt. Alime Büyük’ü tebrik ediyoruz. İlk yabancı (Amerika dışı) ve Türk fizyoterapist olarak bu ödülü derneğimiz ve ülkemiz adına aldık.



10-13 Kasım, 2021 tarihlerinde Lyon, Fransa’da gerçekleştirilen “5th World Congress on Abdominal & Pelvic Pain” kongresine dernek yönetim kurulu başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar konuşmacı olarak davet edilmiş ve katılmıştır.



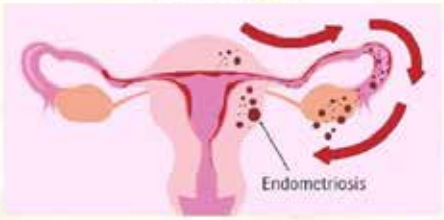


	**Uz.dr.Önder TULUMBACI (Bakı. Azərbaycan)** Bakı Səfiəddin Mərkəzi Reproduktiv Səfiəddin Mərkəzinin rəhbəri Mövzu:
	**Prof. dr. Rasim GƏNCOSMANOĞLU (Türkiyə)** Türkiyə Endoskopik Laparoskopik Cərrahi dərnəyi başkanı Mövzu: Yoğun bağırsağın endometriozu
	**Prof.dr. Müşfiq HƏSƏNOV (Bakı. Azərbaycan)** Azərbaycan Tibb Universiteti Mövzu:
	**Dos.dr. İlhamə MUSTAFAYEVA (Naxçıvan)** Qadın xəstəlikləri və doğum uzmanı Mövzu:
	**Jalal Solati PhD. (Almanya)** Department of Child and Adolescent Mental Health, University of Erlangen-Nuremberg Erlangen, Germany Mövzu: *Inverse effects of lipopolysaccharides on anxiety in pregnant mice and their offspring*
	ÖZBƏKİSTAN
	Məruzələr ətrafında diskusiya

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

NAXÇIVAN DÖVLƏT UNİVERSİTETİ

TİBB FAKÜLTƏSİ



"Endometrioz – cərrahi müalicəsi və multidissiplinar problemlər

P R O Q R A M

Dekabr 2021

Konfrans 20 dekabr 2021-ci il tarixdə, saat 15:00-da (***Bakı vaxtı ilə***) Zoom proqramı üzərindən onlayn formada keçiriləcək.

Təşkilatçı:

P R O Q R A M

AÇILIŞ:

Gəray GƏRAYBƏYLİ – *Azərbaycan Tibb Universitetinin rektoru*

Elbrus İSAYEV – *Naxçıvan Dövlət Universitetinin rektoru*

MODERATORLAR : Erkut Attar, Müşviq Həsənli, Elsevər Əsədov

MƏRUZƏLƏR:

	**Erkut Attar MD, PhD. (Türkiyə)** Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Başkanı (Turkiye) International Pelvic Pain Society (IPPS) Yönetim Kurulu Üyesi (USA) Yeditepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Mövzu: *Endometriozise bağlı İnfertilite'nin tıbbi ve cerrahi tedavisi*
	**Georgine Lamvu MD. (Amerika Birləşmiş Ştatları)** University of Central Florida Kadın Hastalıkları ve Doğum Profesörü (USA) Orlando VA Medical Center, İleri Minimal İnvaziv Cerrahi Uzmanlığı Bölüm Direktörü International Pelvic Pain Society (IPPS) Yönetim Kurulu Üyesi Başkanı (USA) Mövzu: *Winning the war on endometriosis treatment: a closer look at the data*
	**Rukset Attar, MD., PhD. (Türkiyə)** Yeditepe Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Profesörü Mövzu: *Endometriozis etiyopatogenezi*
	**Simone Ferrero, MD., PhD. (İtalya)** Genova Üniversitesi (İtalya) Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Profesörü Fibroid: Special Interest Group of the American Society for Reproductive Medicine (ASRM) Başkan Yardımcısı Mövzu: *Diagnosis and Treatment of Deep Infiltrative Endometriosis*

Endometriozis Dünyasından Haberler






ESHRE 38th
Annual Meeting
Milan, Italy
3-6 July 2022
#ESHRE2022hybrid
Welcome to Milan



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

Pabal®
KARBETOSİN

Yeni Endikasyon
VAJİNAL DOĞUM
Tüm Doğumlarda Güvenle.

Uterus atonisine bağlı postpartum hemorajinin önlenmesinde, yeni vajinal doğum endikasyonu ile **Pabal;** VAJİNAL/SEZARYEN tüm doğumlarda güvenle kullanılabilir.

Vajinal/Sezaryen
her doğumun güvenliği için;

- **Pabal IM**
- **Pabal IV**

Pabal 30/12/2019 itibariyle IV/IM ruhsatını almıştır.



Postpartum kanama profilaksisinde Pabal,
Temmuz 2019'dan beri Dünya Sağlık Örgütü (WHO)
"bulundurulması zorunlu ilaçlar" listesinde yer almaktadır.

/kanamadanonlemal /kanamadanonlemal

PABAL 100 mcg/ml I.V./I.M. Enjeksiyonluk Çözelti İçeren Flakon
100 mikrogram/ml karbetosin içerir. **TERAPÖTİK ENDİKASYONLAR:** Uterus atonisi nedeniyle postpartum hemorajinin önlenmesinde endikedir. **POZOLOJİ/UYGULAMA SIKLIĞI VE SÜRESİ:** 100 mikrogram karbetosin içeren 1 ml PABAL hastanede, yeterli tıbbi gözetim altında damar içine intravenöz enjeksiyonla veya kas içine intramüsküler enjeksiyonla uygulanır. Karbetosin bebeğin doğumundan sonra mümkün olduğunca çabuk ve tercihen plasentanın atılmasından önce verilmelidir. İntravenöz uygulama için, karbetosin 1 dakikadan uzun sürede yavaşça uygulanmalıdır. Pabal sadece tek dozda uygulanır. Sonradan ek doz uygulanmamalıdır. **KONTRENDİKASYONLAR:** Bebek doğmadan önce (gebelikte ve doğum eyleminde) kullanılmaz. Doğum indüksiyonu için kullanılmamalıdır. Karaciğer veya böbrek hastalıkları, epilepsi ve ciddi kardiyovasküler bozukluklar varlığında kullanılmaz. Karbetosin, oksitosin veya yardımcı maddelerden herhangi birine karşı aşırı duyarlılık durumunda kullanılmamalıdır. **ÖZEL KULLANIM UYARILARI VE ÖNLEMLERİ:** Karbetosin, sadece tecrübeli ve nitelikli personelin her zaman hazır bulunduğu iyi donanımlı obstetri bölümlerinde kullanılmalıdır. Karbetosinin doğumdan önceki herhangi bir aşamada kullanılması uygun değildir. Çünkü karbetosinin uterotonik aktivitesi, tek bir bolus enjeksiyonundan sonra saatlerce devam eder. Bu durum, oksitosin infüzyonunun kesilmesinden sonra gerçekleşen hızlı etki azalmasına belirgin bir tezatlık göstermektedir. Uterusta hipotoni ya da atoni durumunda ve izleyen aşım kanamalarında, karbetosin uygulandıktan sonra süren kanamalarda kanama nedeni belirlenmelidir. İçeride kalan plasenta parçaları, perineal, vajinal ve servikal yırtıklar, uterusun yetersiz onarılması veya kan pıhtılaşması bozuklukları gibi sebepler dikkate alınmalıdır. Karbetosin, intramüsküler veya intravenöz enjeksiyonla yalnızca bir kez uygulanır. İntravenöz enjeksiyon durumunda PABAL, 1 dakikadan uzun sürede yavaşça uygulanmalıdır. Uterus hipotonisi veya atonisinin devam etmesi ve takip eden aşırı kanama durumunda, diğer uterotonik ile ek tedavi düşünülmelidir. İlave karbetosin dozları veya oksitosinden sonra uterus atonisinin devam etmesiyle ilgili karbetosin kullanımına ilişkin hiçbir veri bulunmamaktadır. Karbetosin genel olarak migren, astım ve kardiyovasküler hastalık veya hızlı bir ekstraselüler su ilavesinin zaten aşırı yüklenmiş bir sistem için tehlike teşkil edebilecek herhangi bir durumun mevcudiyetinde dikkatle kullanılmalıdır. Karbetosin uygulama kararı, bu gibi özel durumlarda karbetosinin sağlayabileceği olası faydalar dikkatli bir şekilde hesap edildikten sonra doktor tarafından verilebilir. Eklampsi hastalarında karbetosinin kullanımı ile ilgili veri mevcut değildir. Eklampsi ve preeklampsi hastaları, kan basıncındaki değişiklikler açısından izlenmelidir. **DİĞER TIBBİ ÜRÜNLER İLE ETKİLEŞİMLER VE DİĞER ETKİLEŞİM ŞEKİLLERİ:** Klinik çalışmalar sırasında karbetosin, bir dizi analjezik, spazmolitik ve epidural veya spinal anestezi için kullanılan ajanlar ile birlikte uygulanmış ve hiçbir ilaç etkileşimi gözlenmemiştir. Karbetosinin oksitosine yapısal olarak benzer olması nedeniyle, oksitosinle ilişkili olduğu bilinen etkileşimlerin oluşumu ihtimal dahilindedir: Kaudal blok anestezisi ile birlikte profilaktik vazokonstriktör uygulamasından 3-4 saat sonra oksitosin verildiğinde şiddetli hipertansiyon bildirilmiştir. Metilergometrin, oksitosin ve karbetosin gibi ergo alkaloidleri birlikte kullanıldığında, bu ajanların kan basıncını artırma etkilerini güçlendirebilir. Oksitosin ve metilergometrin, karbetosinden sonra uygulanırsa, kümülatif maruziyet riski oluşabilir. Prostaglandinlerin oksitosinin etkisini güçlendirdiği bulunmuştur. Bunun karbetosin ile olması da beklenir. Bu yüzden, prostaglandinlerin karbetosin ile birlikte kullanılmaması önerilir. Eğer birlikte uygulanırlarsa, hasta gözlem altında tutulmalıdır. Halotan ve siklopropan gibi bazı inhalasyon anestezikleri, hipotansif etkiyi artırıp karbetosinin uterus üzerindeki etkisini zayıflatabilir. Oksitosinde, eşzamanlı kullanım sırasında aritmiler bildirilmiştir. **GEBELİK VE LAKTASYON:** Gebelik kategorisi: C. Karbetosin, gebelik sırasında kontrendikedir ve doğum indüksiyonu için kullanılmamalıdır. Klinik çalışmalar sırasında, süt verme üzerine hiçbir belirgin etki bildirilmemiştir. Emziren kadınlarda az miktarda karbetosinin, plazmadan anne sütüne geçtiği gösterilmiştir. Tek bir karbetosin enjeksiyonundan sonra kolostruma veya anne sütüne geçen ve sonrasında bebek tarafından yutulan küçük miktarların bağırsakta enzimler tarafından parçalandığı düşünülmektedir. Karbetosin kullanımından sonra emzirmenin kısıtlanmasına gerek yoktur. **ARAÇ VE MAKİNE KULLANIMI ÜZERİNDEKİ ETKİLER:** İlgili değildir. **İSTENMEYEN ETKİLER:** İstenmeyen etkiler sistem organ sınıflaması kullanılarak sıklık gruplarına ayrılmıştır: Çok yaygın (≥1/10); yaygın (≥1/100 ila <1/10); yaygın olmayan (≥1/1.000 ila <1/100); seyrek (≥1/10.000 ila <1/1.000); çok seyrek (<1/10.000); bilinmiyor (eldeki verilerden hareketle tahmin edilemiyor). İntravenöz enjeksiyonla uygulama/Sezaryen doğumdaki çalışmalara dayanarak: Çok yaygın: Baş ağrısı, titreme, hipotansiyon, kızarıklık, bulantı, karın ağrısı, pruritus, sıcaklık hissi. Yaygın: Anemi, baş dönmesi, göğüs ağrısı, dispne, ağızda metalik tat hissi, kusma, sırt ağrısı, üşüme, ağrı. İntramüsküler enjeksiyonla uygulama/ Vajinal doğumdaki çalışmalara dayanarak: Yaygın olmayan: Anemi, baş ağrısı, baş dönmesi, taşikardi, hipotansiyon, göğüs ağrısı, bulantı, karın ağrısı, kusma, sırt ağrısı, kas zayıflığı, üşüme, ateş, ağrı. Seyrek: Titreme, kızarıklık, dispne, pruritus, idrar retansiyonu. Bilinmiyor: Bradikardi*, aritmi*, miyokard iskemisi* ve QT uzaması*. * Karbetosin yapısı ile yakından ilgili olan oksitosin ile bildirilmiştir. Şüpheli advers reaksiyonların raporlanması: Ruhsatlandırma sonrası şüpheli ilaç advers reaksiyonlarının raporlanması büyük önem taşımaktadır. Raporlama yapılması, ilacın yarar/risk dengesinin sürekli olarak izlenmesine olanak sağlar. Sağlık mesleği mensuplarının herhangi bir şüpheli advers reaksiyonu Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)'ne bildirmeleri gerekmektedir (www.titck.gov.tr; e-posta: tufam@titck.gov.tr; tel: 0 800 314 00 08; faks: 0 312 218 35 99). **DOZ AŞIMI VE TEDAVİSİ:** Aşırı karbetosin dozu, bu ajana karşı aşırı duyarlılığa bakılmaksızın uterus hiperaktivitesine yol açabilir. Aşırı dozun belirtileri görüldüğünde anneye oksijen verilmelidir. Su zehirlenmesi durumlarında sıvı alımı sınırlanmalı, diürez desteklenmeli, elektrolit dengesizliği düzeltilmeli ve oluşan konvülsiyonlar kontrol edilmelidir. GEÇİMSİZLİKLER: Geçimlilik çalışmalarının olmaması nedeniyle, bu tıbbi ürün diğer tıbbi ürünlerle karıştırılmamalıdır. RAF ÖMRÜ: 24 ay. Flakon açılır açılmaz, ürün hemen kullanılmalıdır. **SAKLAMAYA YÖNELİK ÖZEL TEDBİRLER:** 30°C altındaki oda sıcaklığında ışıktan korunarak orijinal ambalajında saklanmalıdır. Dondurulmamalıdır. **AMBALAJIN NİTELİĞİ VE İÇERİĞİ:** Alüminyum sıkıştırmalı kapaklı tip I bromobutil tıpalı tip I cam içinde 1 ml enjeksiyonluk çözelti içermektedir. 1x1 flakon, karton kutuda sunulmaktadır. **RUHSAT SAHİBİ:** Ferring İlaç San. ve Tic. Ltd. Şti. Büyükdere Cad. Nurol Plaza No:255 Kat 13 Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul. **Tel:** (0212) 335 62 00, **Faks:** (0212) 285 42 74 e-posta: TR0-info@ferring.com **RUHSAT NUMARASI:** 2015/307 **RUHSAT TARİHİ:** 06.04.2015 **KÜB ONAY TARİHİ:** 30.12.2019 **KDV DAHİL ONAYLI PERAKENDE FİYATI:** 132,31 TL (fiyat onay tarihi: 20.02.2021) **REÇETE İLE SATILIR. DAHA GENİŞ BİLGİ İÇİN FİRMAMIZA BAŞVURUNUZ.** PAB-KPB06

Referanslar: 1. WHO Model Essential Drug List 2019. https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/. Son erişim tarihi 19.11.2019. **2.** TC. SB. Onaylı Güncel Pabal Kısa Ürün Bilgisi.

PBL21 08 001P

Ferring İlaç Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti.
Büyükdere Caddesi, Nurol Plaza No:255, A Blok Kat:13
Maslak 34398 Sarıyer, İstanbul, TÜRKİYE
info@ferring.com.tr - www.ferring.com.tr

FERRING PHARMACEUTICALS