

# PELVİK AĞRI VE ENDOMETRİOZİS DERNEĞİ E-BÜLTEN

Ocak 2025

Sayı: 7

## Neler var?

- ✿ Ağrı Yönetiminde Mindfulness
- ✿ İnterstisyel Sistit (Interstitial Cystitis- IC) olgularında Hyaluronik Asit ile mesane instilasyonu
- ✿ Mesane Ağrısı Sendromu: Tarihsel Bakış Açısı
- ✿ Ağrılı Mesane Sendromu/İnterstisyel Sistitte Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
- ✿ İnterstisyel Sistitte İntravezikal Tedaviler ve Hyalüronik Asit Uygulaması
- ✿ Mikrobiyota ve İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrısı Sendromu: Sistematik Bir İnceleme Özeti ve daha fazlası...

# HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml

Hayatı **AĞRIYA** sıkıştırma!



## HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml



HYAJECT/cyst® yüksek seviyede saflaştırılmış, hayvansal kaynaklı olmayan Hiyalüronik asitten oluşan medikal üründür.<sup>1</sup>

50 ml HYAJECT/cyst® 120 mg Sodyum hiyalüronat içerir.<sup>1</sup>

Yüksek viskoziteye sahip 120 mg/50 ml hiyalüronik asit avantajları; aylık olarak uygulama kolaylığı sağlaması ve semptom yoğunluğuna göre tekrarlanabilecek etkili doz sunmasıdır.<sup>2</sup>

Mesaneye hiyalüronik asit uygulaması, GAG replasman tedavisinin bir parçasıdır. İnvaziv olmasına rağmen tedavi, çok iyi güvenlik profili nedeniyle hem birinci hem de ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır.<sup>3</sup>

Hiyalüronik asit, hücre çoğalması, farklılaşması ve dokuların onarımı sürecini etkiler. GAG katmanının yeniden yapılandırılması önemlidir, ürotelyum için koruyucu bariyer görevi görebilir.<sup>4</sup>

#### Referanslar:

- 1-HYAJECT/cyst Kullanım Kılavuzu. 2-Akbay et al. The short-term efficacy of intravesical instillation of hyaluronic acid treatment for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Turk J Urol 2019; 45(2): 129-34. 3-M.J. Hung et al. Hyaluronic acid improves pain symptoms more than bladder storage symptoms in women with interstitial cystitis/ Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 58 (2019).
- 4-Almeida et al. Interstitial Cystitis - Intravesical Treatment. Rev Assoc Med Bras 2019; 65(4):535-540.

## İÇİNDEKİLER

4

Yönetim Kurulu

5

Davet

### ÇEVİRİ ÖZETLERİ

14

İdiopatik Aşırı Aktif Mesane ve İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu Üzerine Perkütan ve Transkutan Posterior Tibial Sinir Stimülasyonunun Etkinliği: Sistemik Bir İnceleme ve Meta-Analiz

16

Mesane Ağrı Sendromu (MAS): Tedavi Stratejileri ve Yönetim Yaklaşımlarına Kapsamlı Bir Bakış

18

İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrısı Sendromuna Yönelik, Teletıp ile Sunulan, Bilişsel-Davranışçı Terapi: Randomize Kontrollü Pilot Çalışma

### MAKALELER

21

Mesane ağrısı sendromu (Bladder Pain Syndrome-BPS)/İnterstisyel Sistit (Interstitial Cystitis- IC) olgularında Hyaluronik Asit ile mesane instilasyonu

23

Ağrı Yönetiminde Mindfulness

25

Mesane Ağrısı Sendromu: Tarihsel Bakış Açısı

27

Ağrılı Mesane Sendromu/İnterstisyel Sistitte Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

31

İnterstisyel Sistitte İntravezikal Tedaviler ve Hyalüronik Asit Uygulaması

35

İnterstisyel Sistit ve Kronik Pelvik Ağrısı Olan Kadın Hastada Cerrahi Müdahale ve Postoperatif Yönetim

37

Mikrobiyota ve İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrısı Sendromu: Sistemik Bir İnceleme Özeti

39

Derneğimizden Haberler

# PELVİK AĞRI VE ENDOMETRİOZİS DERNEĞİ YÖNETİM KURULU



**Prof. Dr. Erkut Attar**  
Başkan



**Prof. Dr. Fatih Durmuşoğlu**  
Başkan Yardımcısı



**Prof. Dr. Özlem  
Moraloğlu Tekin**  
Genel Sekreter



**Uzm. Fzt. Aygöl  
Köseoğlu Kurt**  
Sayman



**Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar**  
Üye



**Prof. Dr. Rukset Attar**  
Üye



**Doç. Dr. İbrahim Polat**  
Üye



**Doç. Dr. İlhan Şanverdi**  
Üye



**Prof. Dr. Erol Tavmergen**  
Üye



**Prof. Dr. Cihat Ünlü**  
Üye



**Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu**  
Üye

Değerli Üyelerimiz,

yeni yıla merhaba dediğimiz şu günlerde tüm insanlarımıza huzur, mutluluk ve sağlık diliyorum. Kurumsallaşan yapılarda geçmiş yılın bir değerlendirmesi yapılır. Derneğimiz açısından geçmiş yılına baktığımızda çok önemli işler başardık. Bunlar arasında bizi en çok etkileyen iki büyük olay var: Bunlardan bir tanesi haziran ayının başlarında yaptığımız Uluslararası Pelvik Ağrı ve Endometriozis kongresi diğeri ise Türk Devletleri Birinci Tıp Kongresi'ni destekleyen güçlü derneklerden biri olmamızdır. Öncelikli olarak, yaşadığımız güç koşullar altında Pelvik Ağrı ve Endometriozis konusunda dünyaca tanınmış, hepsi birbirinden değerli fikir liderlerini ve Dernek Başkanlarını ülkemizde ağırlamak hiç de kolay değildi.

Haziran ayında gerçekleştirdiğimiz bu kongre yaklaşık 400 kişi ve 20 civarında firmanın katılımıyla hem sosyal hem de bilimsel açıdan bir şölene dönüştü. Uydu sempozyumlarımız ortalama 500 kişilik katılım ve büyük bir ilgi ile gerçekleşti. Sadakatten çok liyakata önem veren yapısıyla Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği'nin gerçekleştirdiği aktivitelerin yüksek bilimsel kalitesi konusundaki ezberi bozulmadı. Bu kongreden hemen sonra bir ilk olarak yedi Türk devleti aynı çatı altında Yeditepe Üniversitesi'nde buluştu. Birinci Türk devletleri tıp kongresi bu ülkelerden gelen farklı branşlardaki meslektaşların katılımıyla ve bizim hocalarımızın katkısıyla gerçekleşti. Derneğimiz bu kongreye destek veren kuruluşlar arasında yer aldı.

Okumakta olduğunuz bültenden de anlayacağınız gibi dernek amaçları doğrultusunda giderek gelişip büyümekte ve pelvik ağrı ile ilgili farklı branşları daha da etkin bir biçimde bir araya getirmek için çabalamaktadır. Böylece tanısı çok uzun zaman alan ve tedavisi özel yaklaşım gerektiren endometriozis ve pelvik ağrı hastalarının tanısı hızlandırılmakta ve daha etkin bir şekilde tedavi edilmektedir. Çağdaş tıp bireysel yeteneklerden ziyade ekip çalışmasına önem vermektedir. Sadece tıpta değil cerrahi uygulamalarda da artık tek adam devri bitmiştir. Bu çoğulcu yaklaşımla, ilgili hastalıkların bireye ve devlete olan yüksek maliyetini düşürmenin yanı sıra Türk kadınının sağlığının korumakta ve yaşam kalitesini artırmaktayız.

Bu bültenimizde yönetsel kolaylıklar sağlamak ve hizmet kalitesini artırmak amacıyla gerçekleştirilen yeni yapılanmamız hakkında bilgi aktarılmasının dışında, mesane ağrısı sendromuna özel bir yer verdik. Endometriozisin bir komorbiditeleri olan ve ikisi bir arada “şeytan ikizler” olarak adlandırılan, eski adıyla interstisitel sistit (IC), yeni adıyla mesane ağrısı sendromuna- Bladder Pain Syndrome (BPS) daha geniş yer ayırdık. Farklı bilim dallarından, konunun uzmanları BPS/IC konusundaki ve deneyimlerini aktardılar. Yüksek farkındalık gerektiren ve uygulamalarımızda sıklıkla karşılaşacağımız bu durumun tanı ve tedavisini sizlere özetlemeye çalıştık.

Farkındalık bilgi sahibi olmayı gerektirir; Farkındalığımızın yüksek olduğu, mutlu ve sağlıklı bir yıl dileğiyle...

Prof. Dr. Erkut Attar

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Başkanı

## **Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Fizyoterapi ve Rehabilitasyon - Çalışma Grubu**

Kadınlarda kronik pelvik ağrı (KPA), sağlık profesyonellerinin karşılaştığı en yaygın ve karmaşık sorunlardan biridir. Dünya çapında yetişkin kadınların oranı Kronik pelvik ağrı (KPA ), %15 (%2,1-24) olarak tahmin edilmektedir. Sonuç olarak uzun süren ve fonksiyonel limitasyona neden olabilen veya tıbbi tedavi gerektirecek kadar şiddetli ağrı olarak tanımlanır. Kronik pelvik ağrısı olan kadınların yaklaşık %11'inin ev aktiviteleri gerçekleştirme sırasında limitasyonlara sahip olduğu, %11,9'unun cinsel aktivitelerinin kısıtlamış olduğu, %15,8'i düzenli ilaç kullanmak durumunda olduğu bildirilmektedir. %25 oranında ise 2-3gün /ayda yatakta geçirmek zorunda kaldıkları, yaşam kalitesinde (QOL) ciddi düşme olduğu, mental durumun da etkilendiği rapor edilmektedir. Diğer yandan bilindiği gibi kronik ağrı central sensitization/nociplastic pain olarak da tanımlanmaktadır. Ağrı reseptörlerinin sıklıkla stimüle olmasına bağlı olarak ağrı olsun ya da olmasın kişi ağrıya karşı çok hassas olabilir, bu süreç yüksek reaktivite durumu olarak adlandırılmaktadır, sinir sisteminde ortaya çıkan bir adaptasyon olarak da tanımlanabilir. Sonuç olarak; KPA kompleks süreçleri içeren, multifaktöryel ve heterojen bir durum olarak tanımlanmaktadır. Jinekolojik, ürolojik, gastrointestinal veya endometriozis, interstisyel sistit, kas-iskelet sistemi ağrısı ve irritabl bağırsak sendromu gibi diğer birçok tıbbi durumla bağlantılı olabilir. Birçok hastada klinikte birden fazla alanda bulgular mevcut olması nedeniyle psikososyal ve fiziksel semptomların yönetiminde multidisipliner tedavi yaklaşımı tercih edilmelidir. KPA semptomların yönetiminde farmakolojik yaklaşım, pelvik taban FTR, psikoterapiyi ve yaşam tarzı değişiklikleri birinci basamak tedavi olarak güncel rehberlerde önerilmektedir. Biyopsikososyal modele dayanan disiplinler arası yaklaşım, kronik pelvik ağrılı bireyler için tek yönlü tedavilerden çok daha kapsamlı ve etkili bakım sunmaktadır. Pelvik Taban Kas Eğitiminin birinci basamak tedavi olarak tercih edilmesi konusunda uluslararası consensus yayınlanmış olmasına rağmen, manuel terapi, elektroterapi yöntemleri, Perkütan Tibial Sinir Stimülasyonu, Ekspiratuar Solunum teknikleri, Relaksasyon teknikleri konularında da literatürde umut verici sonuçlar bulunmaktadır. Ancak ulusal ve uluslararası literatürü destekleyecek çok daha geniş kapsamlı çalışmalara halen çok ihtiyaç vardır. Elde edilen iyi uygulama sonuçları hem literature hem de klinik çalışmalara ışık tutacaktır, KPA'lı hastaların semptomlarının yönetilmesine ve yaşam kalitelerinin arttırılmasına da önemli katkılar sağlayacaktır. Diğer yandan konuya olan ilginin ve farkındalığın arttırılması amacıyla karmaşık etyolojiye sahip olan KPA, çok boyutlu multidisipliner tedavi yaklaşımı sağlık profesyonellerinin (tıp öğrencileri, asistanlar, hemşireler, fizyoterapistler, diğer sağlık profesyonellerinin uzmanlar) eğitim müfredatına daha kapsamlı olarak dahil edilmeli, problem temelli olarak tartışılmalıdır.

Bu fikirlerden ve ihtiyaçlardan yola çıkarak, KPA semptomlarının ve eşlik eden durumların yönetilmesinde multidisipliner bakış açısı ile sunulan yaklaşımları teşvik etmek, sonuçları paylaşmak, problem temelli olarak bilgi/deneyim alışverişinde bulunabilmek amacıyla; Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği bünyesinde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon- Çalışma Grubu kurulmuştur. Bu çalışma grubunun alt grupları;

- Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Erken Kariyer
  - Fizyoterapi ve Rehabilitasyonda Güncel Yaklaşımlar
  - Telerehabilitasyon
- olarak belirlenmiştir.

Konuya ilgi duyan tüm meslektaşlarımıza açık olan çalışma gruplarında güçlü bir iletişim modeli ile kariyerinin başında olan meslektaşlarımızı, farklı deneyimlere sahip meslektaşlarımızla bir araya getirmek istiyoruz. Çalışma gruplarımızda paylaşılan bilgileri artırmak, ortak yaklaşımları, yetenekleri genişletmek amacındayız. Diğer yandan bu birlikteliğin yakın gelecekte hem nitelikli klinik çalışmaların, hem de ulusal ve uluslararası yayınların sayısının artırılması amacına da katkı verebilmesini umut ediyoruz.

Saygılarımızla .

Pelik Ağrı ve Endometriozis Derneği  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon- Çalışma Grubu adına

Prof. Dr. Feryal Subaşı



**Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grupları  
Erken Kariyer Çalışma Alt Grubu'na Davet**

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği bünyesinde kurulan Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grubunun bir parçası olan Erken Kariyer Çalışma Alt Grubu, pelvik ağrı ve endometriozis hastalarının fizyoterapisinde özelleşmek isteyen, alanı merak edip bu alanda kariyer planlayan öğrenci/mezun fizyoterapistlerin klinik/akademik gelişimlerini desteklemek amacıyla oluşturulmuştur. Bu alt grup, genç fizyoterapistlerin bilgi, beceri ve mesleki deneyimlerini artırmalarına yönelik bir platform sağlamayı hedeflemektedir. Bu hedef doğrultusunda; akademik veya klinik kariyerine yeni başlamış fizyoterapistlere rehberlik ederek, alanında uzman kişilerle bağlantı kurmalarını sağlamayı ve kariyer gelişimlerinde destek olmayı, pelvik sağlık alanında genç araştırmacıları teşvik etmeyi, ulusal ve uluslararası projelere katılımlarını sağlamayı ve çok merkezli çalışmalar yürütmelerine olanak tanımayı, bu alanda fizyoterapistlerin diğer profesyonellerle iş birliği yapmasını kolaylaştırmayı ve multidisipliner ekip çalışmasının önemini vurgulamayı, toplumda bu konularla ilgili farkındalığı artırmak için etkinlikler ve kampanyalar düzenlemeyi, kariyerinin başında olan fizyoterapistlerin profesyonel gelişimlerini desteklemek için workshoplar, webinarlar ve sempozyumlar düzenlemeyi amaçlamaktayız. Eğer siz de fizyoterapist olarak kariyerinizi pelvik ağrı ve endometrioziste fizyoterapi ve rehabilitasyon alanında şekillendirmeyi isterseniz, aramıza katılmanızdan büyük mutluluk duyarız.

Prof. Dr. Türkan Akbayrak  
Prof. Dr. Serap Özgül  
Doç. Dr. Ceren Gürşen  
Hacettepe Üniversitesi  
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi  
Pelvik Sağlık&Kadın Sağlığı'nda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Ünitesi

**Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği**  
**Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grupları**  
**Pelvik Ağrıda Güncel Yaklaşımlar Çalışma Alt Grubu'na Davet**

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği bünyesinde kurulan **Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grubunun** bir parçası olan **Pelvik Ağrıda Güncel Yaklaşımlar Çalışma Alt Grubu**, pelvik ağrı yönetiminde en yeni bilimsel yaklaşımları ve tedavi yöntemlerini fizyoterapi alanında uygulamaya kazandırmayı hedeflemektedir. Bu alt grup, pelvik ağrı ile ilgili multidisipliner ve kanıta dayalı yaklaşımların yaygınlaştırılmasına öncülük etmeyi amaçlamaktadır. Ayrıca, pelvik ağrı ile ilgili ulusal ve uluslararası alandaki güncel bilimsel çalışmaları takip ederek, bu bilgileri fizyoterapi alanına entegre etmek ve yeni araştırmaların yapılmasını desteklemek; fizyoterapistlere yönelik eğitim programları, seminerler, workshoplar ve webinarlar düzenleyerek pelvik ağrı yönetimi konusunda bilgi ve becerilerini geliştirmek; pelvik ağrı yönetiminde kullanılan güncel kılavuz ve rehberleri geliştirmek, bu rehberlerin uygulanabilirliğini artırmak ve klinik süreçlerde standardizasyonu sağlamak; pelvik ağrı yönetiminde kadın doğum uzmanları, ürologlar, psikologlar ve diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliğini güçlendirmek ve multidisipliner bir yaklaşımı teşvik etmek amacıyla çalışmalar yapmayı planlamaktayız. Sizleri de bu önemli yolculuğa katkı sunmaya ve alanımızı geliştirmeye davet ediyoruz. Hep birlikte, bilimsel bilgi ışığında pelvik ağrı yönetiminde daha güçlü adımlar atabiliriz.

Dr. Öğretim Üyesi Esra Üzelpasacı  
Dr. Öğretim Üyesi Özge Özkutlu  
Prof. Dr. Necmiye Ün Yıldırım  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Gülhane Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi

Prof. Dr. Nuriye Özengin  
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü



**Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği  
Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grupları  
Telerehabilitasyon Çalışma Alt Grubu'na Davet**

Değerli Meslektaşlarımız,

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği'nin **Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Çalışma Grubu** bünyesinde oluşturulan **Telerehabilitasyon Çalışma Alt Grubu**, pelvik ağrı ve endometriozis ile ilişkili tedavi yaklaşımlarında yenilikçi yöntemler geliştirmek ve bu alandaki bilgi birikimini artırmak amacıyla çalışmalarına başlamıştır.

Bu alt grup, pelvik ağrı ve endometriozis alanında telerehabilitasyonun kullanımına yönelik araştırmalar yapmak, bu araştırmaların etkinliğini incelemek ve klinik uygulamalarda teknoloji entegrasyonunu destekleyerek etkisini raporlamak gibi hedefler doğrultusunda hareket edecektir. Özellikle COVID-19 pandemisiyle önem kazanan telerehabilitasyon uygulamaları, coğrafi sınırlamaları ortadan kaldırarak hastalara bütüncül ve yenilikçi çözümler sunarak sürekli takip ve kanıta dayalı rehabilitasyonda uyum artırma postansiyeline sahip olması açısından önemlidir. Telerehabilitasyon alt grubu olarak, dijital teknoloji alanındaki bu gelişmeleri yakından takip etmek, ve kullanılan yöntemlerin alana, hastalara yönelik etki ve sonuçlarını araştırmayı hedeflemekteyiz.

*Değerli Meslektaşlarımızı bilgi ve deneyimleri paylaşmak ve geliştirmek için çalışma grubumuza katkıda bulunmaya, yeni araştırmalar planlamaya ve dijital dönüşümün bir parçası olmaya davet ediyoruz.*

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği  
Telerehabilitasyon Çalışma Alt Grubu adına

Dr.Öğr.Üyesi Elif Tuğçe Çil (Koordinatör)  
E-mail: elif.cil@yeditepe.edu.tr  
Prof. Dr. Feryal Subaşı  
Uzm. Fzt. Nilüfer Cerbezer

## **Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Hemşirelik Alt Grubu'na Davet**

Pelvik ağrı ve endometriozis, kadınların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, önemli sağlık sorunlarıdır. Bu sağlık sorunlarının tanı ve tedavisi, multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Jinekoloji, nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon gibi uzmanlık alanlarının yanı sıra, hemşireler de bu süreçte kritik roller üstlenmektedirler. Hemşireler, hastalarla kliniklerde en fazla zaman geçiren, sürekli iletişim halinde olan ve danışmanlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleri olarak, pelvik ağrı ve endometriozis yönetiminde önemli bir yere sahiptirler. Günümüz hemşirelik eğitim müfredatlarında, kadın sağlığı ve hastalıkları dersleri kapsamında, “pelvik ağrı ve endometriozis” konuları da yer almaktadır. Özellikle bu alanda çalışan birçok akademisyen ve klinik hemşiresi bulunmakta olup, lisansüstü düzeyde dersler verilmekte, alanla ilgili projeler ve tez çalışmaları yürütülmektedir.

Pelvik ağrı ve endometriozis hemşirelerinin hedefleri şunlardır:

Hemşirelik alanındaki güncel çalışmaları, literatür ışığında derleyerek bültenler ya da makaleler aracılığıyla yayınlamak,

Sempozyum ve kongrelerde bir araya gelerek güncel rehber ve kılavuzları tartışmak,  
Klinik hemşireleri ile akademisyenleri webinar ve toplantılar yoluyla bir araya getirerek dayanışmayı güçlendirmek,

Multidisipliner ekipler ile iş birliği yaparak kadın sağlığının sürdürülmesine katkı ve destek sağlamak,  
Ayrıca kadınların farkındalıklarını artırmayı, kaliteli sağlık hizmetleri sunmayı ve akademik çalışmalar ile projeler yürütmeyi amaçlamaktadır.

Büyük bir mutlulukla belirtmek isterim ki, hemşireler olarak “Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği” çatısı altında çalışmalarımıza başlamış bulunuyoruz. Bu süreçte bizlere her anlamda destek olan Dernek Yönetim Kurulu'na ve değerli başkanımız Prof. Dr. Erkut Attar'a teşekkürlerimi sunarım.

Pelvik ağrı ve endometriozis alanında çalışan, bu alanda projeler planlayan ve farkındalık oluşturmayı hedefleyen tüm akademisyen ve klinisyen hemşirelerimizin katkı ve desteklerini bekliyoruz. Meslektaşlarımızı “Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği” çatısı altında buluşmaya davet etmekten büyük onur duyuyorum.

Sağlıklı kadın ve sağlıklı toplum için el ele, bilim ışığında ilerlemeye devam edelim...

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

## **Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme Alt Grubu'na Davet**

Kronik pelvik ağrı (KPA), kadınların yaşam kalitesini belirgin bir şekilde olumsuz etkileyen, genellikle tanı ve tedavisi güç bir sağlık durumudur. KPA'nın etiyojisi genellikle çok faktörlü olup endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık, irritable bağırsak sendromu (IBS) ve diğer jinekolojik hastalıklarla ilişkili olabilir. Bu durum, fiziksel semptomların ötesinde, psikolojik ve sosyal etkileri kişiler üzerinde bir hayli ağırdır. Özellikle, KPA'nın süregeldiği durumlarda, hastalar sürekli bir ağrı hissiyle başa çıkmak zorunda kalmakta bu da depresyon, anksiyete ve sosyal izolasyon gibi ek psikolojik sorunları beraberinde getirmekte olup kişileri yalnızlaşmaya itmektedir.

KPA yalnızca bireyin fiziksel sağlığını değil, aynı zamanda işlevsel kapasitesini, ailevi ilişkilerini ve genel yaşam doyumunu da etkiler. Çoğu hasta, ağrılarını yönetebilmek için çeşitli yollar ararken, doğru tedavi seçeneklerine ve ağrı yönetim stratejilerine dair eksik bilgiye sahip olmakta veya bilgi kirliliği nedeniyle kafası karışmaktadır. Bu nedenle, doğru ve etkili hasta eğitimi, KPA'lı bireylerin tedavi sürecinde önemli bir yer tutmaktadır. KPA'nın toplumda genellikle göz ardı edilen bir sağlık sorunu olması, toplumsal farkındalık eksikliklerine yol açmaktadır. Hastaların eğitim alması ve doğru bilgilendirilmesi, yalnızca tedavi süreçlerini iyileştirmekle kalmaz, aynı zamanda toplumda bu alandaki farkındalığın artmasına da olanak sağlamaktadır. Bu bağlamda, sağlık profesyonellerinin, hasta destek gruplarının ve derneklerin rolü kritik öneme sahiptir.

Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği olarak, gelecek dönem hedefleri arasında KPA'lı bireylerin eğitimini ve bu konuda toplumsal farkındalığın artmasını sağlamak amacıyla çeşitli projeler yürütmeyi hedeflemekteyiz. Bu bağlamda "Kronik Pelvik Ağrı ve Endometriozis" konusunda toplumsal farkındalık yaratmak ve hasta eğitimini güçlendirmek amacıyla "Hasta Eğitimi ve Bilgilendirme Alt Grubu" adı altında yeni bir alt grup kurulmuştur. Bu alt grup, hastaların doğru bilgilendirilmesi, ağrı yönetimi yöntemlerinin öğretildiği eğitim programları ve toplumsal farkındalık oluşturma faaliyetlerine odaklanacaktır. Alt grupta yer alacak üyeler hem hastaların yaşadıkları deneyimleri iyileştirmeyi hem de toplumu bu önemli sağlık sorununa dair bilinçlendirmeyi hedeflemektedir. Eğer siz de bu alanda katkı sağlamak, toplumsal projelerde ve faaliyetlerde bulunmak, KPA'nın farkındalığını artırmak istiyorsanız, alt grubumuza katılmaya davetlisiniz. Sizleri aramızda görmekten ve birlikte, bilimsel temellere dayanan bilinçlendirme çalışmaları yaparak toplumda kalıcı bir farkındalık oluşturmak-tan büyük heyecan duyacağız.

Uzm. Fzt. Aygöl Köseoğlu Kurt  
Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği Yönetim Kurulu Üyesi  
Pelvik Üroloji Merkezi

# HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml

Hayatı **AĞRIYA** sıkıştırma!



## HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml



HYAJECT/cyst® yüksek seviyede saflaştırılmış, hayvansal kaynaklı olmayan Hiyalüronik asitten oluşan medikal üründür.<sup>1</sup>

50 ml HYAJECT/cyst® 120 mg Sodyum hiyalüronat içerir.<sup>1</sup>

Yüksek viskoziteye sahip 120 mg/50 ml hiyalüronik asit avantajları; aylık olarak uygulama kolaylığı sağlaması ve semptom yoğunluğuna göre tekrarlanabilecek etkili doz sunmasıdır.<sup>2</sup>

Mesaneyeye hiyalüronik asit uygulaması, GAG replasman tedavisinin bir parçasıdır. İnvaziv olmasına rağmen tedavi, çok iyi güvenlik profili nedeniyle hem birinci hem de ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır.<sup>3</sup>

Hiyalüronik asit, hücre çoğalması, farklılaşması ve dokuların onarımı sürecini etkiler. GAG katmanının yeniden yapılandırılması önemlidir, ürotelyum için koruyucu bariyer görevi görebilir.<sup>4</sup>

#### Referanslar:

- 1-HYAJECT/cyst Kullanım Kılavuzu. 2-Akbay et al. The short-term efficacy of intravesical instillation of hyaluronic acid treatment for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Turk J Urol 2019; 45(2): 129-34. 3-M.J. Hung et al. Hyaluronic acid improves pain symptoms more than bladder storage symptoms in women with interstitial cystitis/ Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 58 (2019).
- 4-Almeida et al. Interstitial Cystitis - Intravesical Treatment. Rev Assoc Med Bras 2019; 65(4):535-540.



## İdiyopatik Aşırı Aktif Mesane ve İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu Üzerine Perkütan ve Transkutan Posterior Tibial Sinir Stimülasyonunun Etkinliği: Sistematik Bir İnceleme ve Meta-Analiz

Özet Çeviri: Uzm. Fzt. Nilüfer Cerbezer

Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Ghavidel-Sardsahra, A., Ghojzadeh, M., Rahnama'I, M. S., Naseri, A., Yazdandoost, S., Khezerloo, T., ... & Hajebrahimi, S. (2022). Efficacy of percutaneous and transcutaneous posterior tibial nerve stimulation on idiopathic overactive bladder and interstitial cystitis/painful bladder syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Neurourology and Urodynamics*, 41(2), 539-551.

İnterstisyel Sistit/Ağrılı Mesane Sendromu (IC/PBS), mesane veya çevresindeki pelvik bölgede kronik ağrı ve rahatsızlık ile birlikte işeme sıklığı veya idrar yapma aciliyeti gibi semptomlarla karakterize edilen, genellikle tedaviye dirençli bir hastalıktır. Aşırı Aktif Mesane (OAB) ile benzerlik gösterse de, daha az yaygındır ve kadınlarda %2.7-6.5, erkeklerde ise %2.9-4.2 oranında görülmektedir [1,2]. Tedavi, üç aşamada uygulanmaktadır: birinci basamak tedavi fiziksel ve davranışsal terapiler, ikinci basamak tedavi farmakolojik ajanlar, üçüncü basamak tedavi ise daha invaziv yöntemler olan botulinum toksini enjeksiyonları, sakral nörostimülasyon ve posterior tibial sinir stimülasyonunu (PTNS ve TTNS) içermektedir [3,4].

Bu sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, PTNS ve TTNS'nin IC/PBS ve OAB üzerindeki etkinliğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu sistematik derleme ve meta-analiz çalışması, Cochrane ve PRISMA Bildirgesi doğrultusunda yürütülmüş, PubMed, Embase ve Cochrane veritabanlarında, en eski çalışmalardan 2 Kasım 2019'a kadar yayımlanan makaleler taranmış ve 31 Mart 2021'de güncellenmiştir. Araştırmalar, PTNS veya TTNS tedavisi alan OAB veya PBS hastalarını içermektedir [5]. Çalışmaya Aşırı Aktif Mesane (OAB) veya Ağrılı Mesane Sendromu (PBS) hastaları, PTNS veya TTNS tedavisi alanlar ve plasebo ya da diğer tedavi yöntemlerini kontrol grubu olarak içeren araştırmalar dâhil edilmiştir. Birincil sonuçlar arasında günlük işeme sıklığı, maksimum sistometrik kapasite, idrar kaçırma epizotları ve gece idrara çıkma sıklığı gibi tedavi etkinliği parametreleri, ikincil sonuçlarda

ise yöntemlerin güvenliği değerlendirilmiştir. İngilizce dışındaki çalışmalar, tam metni bulunmayan makaleler ve nörojenik OAB veya Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS) ve Stoller Afferent Sinir Stimülasyonu (SANS) gibi farklı müdahaleleri kullanan deneyler inceleme dışı bırakılmıştır.

Elektronik veri tabanlarında yapılan aramalar, manuel tarama ve referans kontrolleri sonucunda toplamda 3194 yayın ve Mart 2021 güncellemesinde 414 ek çalışma tespit edilmiştir. Yinelenen çalışmalar çıkarıldıktan sonra 1692 çalışma başlık ve özet aşamasında taranmıştır. Nörojenik OAB ve aktif müdahale olarak SANS ve TENS uygulayan çalışmalar bu analizden hariç tutulmuş ve sonuç olarak, 68 çalışma niteliksel değerlendirme için, dokuz çalışma ise niceliksel değerlendirme için dâhil edilmiştir. Dahil edilen 68 çalışmadan on çalışma TTNS kullanmış, bunlardan dokuzu randomize kontrollü çalışma (RCT) ve biri crossover tasarımına sahiptir. Kalan çalışmalarda OAB yönetimi için PTNS yöntemi kullanılmıştır, bunlar arasında yirmi RCT, bir kesitsel çalışma ve on kohort çalışması bulunmaktadır. TTNS ile ilgili olarak, uyarım protokolü deneysel grupta günlük 30 dakika ile haftada 30 dakika arasında değişmiştir. Kontrol grubunda, plasebo (n = 2), antikolinergik ajanlar (n = 1), akupunktur (n = 1), PTNS (n = 2), hiçbir müdahale (n = 1), sham (n = 1) veya tedavi edilmemiş (n = 1) gibi çeşitli müdahaleler kullanılmıştır. Aktif tedavi olarak PTNS ile yapılan çalışmalarda, hastalara günlük 20 dakika ile haftada 30 dakika arasında değişen sürelerde uyarım verilmiştir. Kontrol grupları, dorsal penil sinir

stimülasyonu (n = 1), parasakral transkütanöz nöromodülasyon (n = 2), plasebo (n = 2), antikolinergik ajanlar (n = 8), sham (n = 3), transvajinal elektriksel stimülasyon (n = 1), yaşam tarzı önerileri (n = 1) veya botulinum toksin (n = 1) gibi çeşitli müdahaleler almıştır.

Çalışmaların çoğu, tedavi etkinliği parametreleri olarak işeme sıklığı, maksimum sistometrik kapasite, idrar kaçırma ve gece idrara çıkma sıklığını ölçerken, güvenlik parametreleri de değerlendirilmiştir. Çalışmalar, PTNS ve TTNS'nin tedaviye dirençli OAB ve PBS semptomlarını iyileştirmede etkili olduğunu göstermektedir. Özellikle, her iki tedavi yönteminin işeme sıklığını anlamlı derecede azalttığı ve gece idrara çıkma sıklığını azaltmada etkili olduğu bulunmuştur. Ancak, inkontinans olayları üzerinde anlamlı bir azalma gözlemlenmemiştir. PTNS, inkontinans üzerinde daha fazla etki gösterirken, TTNS'in bu konuda etkili olmadığı belirlenmiştir.

Ayrıca, maksimum sistometrik kapasite (MCC) ve postvoid residual volume (PVR) gibi parametrelerde de iyileşme sağlanamamıştır. Çoğu çalışma, katılımcılarda hiçbir yan etki ya da sadece hafif yan etkiler bildirmiştir. Yaygın komplikasyonlar arasında cihazın kullanım zorluğu, enfeksiyon, ağrı ve çarpıntı yer almaktadır. Katılımcılar, tedaviye genellikle olumlu geri dönüşler yapmış ve memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur.

Sonuç olarak, PTNS ve TTNS, tedaviye dirençli OAB'nin günlük işeme sıklığı, aciliyet epizodları ve gece idrara çıkma sıklığı gibi semptomlarını iyileştirmede etkili müdahaleler olarak görünmektedir. Ancak, bu tedavi yöntemlerinin ıslak OAB üzerindeki etkinliğini, kuru OAB'ye göre daha fazla vurgulamaktadır. Bu bulgular, bu tedavi yöntemlerinin IC/PBS ve OAB tedavisinde potansiyel kullanımını desteklerken, daha fazla yüksek kaliteli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

## Referanslar

1. Deggweiler R, Whitmore KE, Meijlink JM, et al. A standard for terminology in chronic pelvic pain syndromes: a report from the chronic pelvic pain working group of the international continence society. *Neurourol Urodyn*. 2017;36(4):984-1008.
2. Karsenty G, Altaweel W, Hajebrabimi S, Corcos J. Efficacy of interstitial cystitis treatments: a review. *EAU-EBU Update Series*. 2006;4(2):47-61.
3. Gormley EA, Lightner DJ, Faraday M, Vasavada SP. Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU guideline amendment. *J Urol*. 2015;193(5): 1572-1580
4. Smith A, Bevan D, Douglas HR, James D. Management of urinary incontinence in women: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2013;347:f5170.
5. Moher D, Shamseer L, Clarke M, et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev*. 2015;4(1):1



## Mesane Ağrı Sendromu (MAS): Tedavi Stratejileri ve Yönetim Yaklaşımlarına Kapsamlı Bir Bakış

Özet Çeviri: Dr. Yıldırım Özer  
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Üroloji Üroloji Anabilim Dalı

Mesane Ağrı Sendromu (MAS), diğer adıyla İnter-tisyel Sistit (İS), mesanede kronik ağrı, basınç veya rahatsızlık hissi ile birlikte alt üriner sistem semptomları (AÜSS) ve cinsel işlev bozukluklarıyla karakterize edilen karmaşık bir klinik durumdur. Bu sendrom, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ve tedavisi zorlayıcı olabilen bir hastalıktır.

### Tanım ve Epidemiyoloji

MAS, mesanede en az 6 ay süreyle devam eden ağrı veya rahatsızlık hissi ile birlikte sık idrara çıkma ve ani idrara sıkışma gibi AÜSS'nin eşlik ettiği bir durumdur. Kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmekte ve genellikle 40-60 yaş aralığında teşhis edilmektedir. Prevalansı tam olarak bilinmemekle birlikte, toplumda %2-6 oranında görüldüğü tahmin edilmektedir.

### Patofizyoloji

MAS'ın kesin nedeni tam olarak anlaşılamamıştır; ancak aşağıdaki faktörlerin rol oynadığı düşünülmektedir:

**Mesane Epiteli Hasarı:** Mesane iç yüzeyini kaplayan epitel tabakasının bütünlüğünün bozulması, toksik maddelerin alt tabakalara sızmasına ve inflamasyona yol açabilir.

**Otoimmün Reaksiyonlar:** Bağışıklık sisteminin mesane dokusuna karşı anormal bir yanıt geliştirmesi, kronik inflamasyona neden olabilir.

**Nörojenik İnflamasyon:** Sinir uçlarından salınan inflamatuvar mediatörler, ağrı ve inflamasyonu tetikleyebilir.

**Merkezi Sinir Sistemi Duyarlılığı:** Ağrı algısında artış

### Klinik Belirtiler

MAS, aşağıdaki belirtilerle kendini gösterebilir:  
**Kronik Pelvik Ağrı:** Mesane bölgesinde sürekli veya aralıklı ağrı, basınç veya rahatsızlık hissi.

**Sık İdrara Çıkma:** Günlük idrara çıkma sıklığında artış (gündüz ve gece).

**Ani İdrara Sıkışma:** Aniden ortaya çıkan, güçlü idrara çıkma isteği.

**Cinsel İşlev Bozuklukları:** Ağrılı cinsel ilişki (disparoni) ve cinsel istekte azalma.

### Tanı Kriterleri

MAS tanısı, diğer olası nedenlerin ekarte edilmesiyle konur. Klinik değerlendirme, semptomların süresi ve şiddeti, işeme günlüğü ve semptom değerlendirme ölçekleri kullanılarak yapılır. Ayrıca, sistoskopi ve biyopsi gibi invaziv yöntemler de tanıda yardımcı olabilir.

### Tedavi Yaklaşımları

MAS tedavisi, hastanın semptomlarına ve yaşam kalitesine göre bireyselleştirilmelidir. Tedavi seçenekleri şunlardır:

**Davranışsal ve Diyet Değişiklikleri:** Kafein, alkol ve baharatlı yiyeceklerin tüketiminin azaltılması semptomları hafifletebilir.

**Fizyoterapi:** Pelvik taban kaslarının güçlendirilmesi ve gevşetilmesi, ağrının kontrolünde etkilidir ve tedavide önemli yere sahiptir.

**Farmakoterapi:** Ağrı yönetimi için analjezikler, anti-depresanlar ve antihistaminikler kullanılabilir.

**İntravezikal Tedaviler:** Mesane içine uygulanan ilaçlar, inflamasyonu azaltarak semptomları hafifletebilir.

Nöromodülasyon: Sakral sinir stimülasyonu gibi yöntemler, refrakter vakalarda düşünülebilir.

Cerrahi Müdahaleler: Diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalarda son çare olarak cerrahi seçenekler değerlendirilebilir.

Cinsel İşlev Bozuklukları ve Psikososyal Etkiler

MAS, cinsel işlev bozukluklarına ve duygusal sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, multidisipliner bir yaklaşım benimsenmeli ve psikolojik destek sağlanmalıdır.

### Sonuç

MAS, karmaşık ve multidisipliner bir yaklaşım gerektiren bir rahatsızlıktır. Hastaların yaşam kalitesini artırmak için bireyselleştirilmiş tedavi planları oluşturulmalı ve düzenli takiplerle tedavi etkinliği değerlendirilmelidir.

Cacciatore L, Territo A, Minore A, Testa A, Mantica G, Esperto F. Bladder Pain Syndrome (BPS): A Comprehensive Review of Treatment Strategies and Management Approaches. Res Rep Urol. 2024 Oct 26;16:273-282. doi: 10.2147/RRU.S387749. PMID: 39479186; PMCID: PMC11523923.



## İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrısı Sendromuna Yönelik, Teletıp ile Sunulan, Bilişsel-Davranışçı Terapi: Randomize Kontrollü Pilot Çalışma

Özet Çeviri: Hande Çevikkol  
Fizyodemi

Lindsey C McKernan, Trey McGonigle, Simon N Vandekar, Leslie J Crofford, David A Williams, Daniel J Clauw, Stephen Bruehl, Blythe A Corbett, Roger R Dmochowski, Elizabeth G Walsh, Anna Grace Kelly, Susanna L Sutherland, Erin L Connors, Anna Ryden, William Stuart Reynolds, PMID: 38422486 PMCID: PMC11257824

İnterstisyel sistit/mesane ağrısı sendromu (IC/BPS), son 25 yılda tedavide çok az ilerleme kaydedilen, öte yandan ciddi düzeyde rahatsızlık verebilen, idrar ve pelvik ağrı semptomlarıyla karakterize kronik bir rahatsızlıktır ve tahmini olarak sadece Amerika'da 4 ila 12 milyon insanı etkilediği düşünülmektedir. [1,2, 3] IC/BPS nedeniyle yapılan poliklinik ziyaretleri 2000'li yılların başından bu yana üç katına çıkmıştır; ancak FDA, IC için son 27 yıldır yeni bir ilaç onaylamamıştır. FDA tarafından onaylanan tek ilaç olan Elmiron (pentosan polisülfat sodyum), uzun süreli kullanımda görme kaybı ve körlük gibi ciddi yan etkilere neden olmaktadır. Bu durum, IC/BPS tedavisinde uygulanabilir ve etkili seçeneklerin eksikliği ve özellikle hastalığa eşlik eden psikolojik sıkıntıları ele alan yeniliklerin yetersizliğini ortaya koymaktadır. IC/BPS hastaları sıklıkla depresyon, anksiyete, travma sonrası stres semptomları ve bazı durumlarda intihar düşünceleri gibi ciddi ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. [4, 5]

Günümüze kadar, IC/BPS için kapsamlı psikolojik müdahalelerin geniş ölçekli, randomize kontrollü çalışmaları (RCT'ler) yapılmamıştır. Bu doğrultuda IC/BPS teşhisi konmuş bireyler, IC/BPS için özel olarak tasarlanmış 8 haftalık CBT veya bir dikkat kontrol koşulu almak üzere rastgele atandı. Ürolojik semptomlar (Genitoüriner Ağrı İndeksi, GUPI), ağrıya bağlı semptomlar, duygusal sıkıntı ve yaşam kalitesi tedavi öncesinde, tedavi hemen sonrasında ve tedaviden 3 ay sonra değerlendirildi. Her iki grup da tedavi sonrası dönemde önceden belirlenen birincil sonuç ölçütü olan genitoüriner semptomlarda önemli ancak benzer azalmalar bildirildi.

Ancak CBT grubu, Hasta Küresel Değişim İzlenimi (PGIC) puanlarında anlamlı derecede daha fazla iyileşme göstermiş ve tedaviye yanıt verme olasılığının daha yüksek ve büyük bir göreceli etki büyüklüğüne sahip olduğu görülmüştür. CBT alanların alt grup analizi, yanıt verenlerin tedavi sonrası dönemde genitoüriner semptomlarda, ağrı şiddetinde ve ağrı etkisinde anlamlı azalmalar gösterdiğini ortaya koymuştur. Tele-sağlık yoluyla sunulan ağrı CBT'si, IC/BPS için sonuçları iyileştirme açısından umut vaat etmektedir ve bu çalışma, IC/BPS için daha büyük ölçekli CBT RCT'lerine duyulan ihtiyacı göstermektedir.

Çalışmada, GUPI (Genitoüriner Semptomlar İndeksi) üzerindeki değişikliklerin tedavi grupları arasında anlamlı fark gösterip göstermediği değerlendirildi. CBT (Bilişsel Davranışçı Terapi) grubunun tedavi sonrası ve takip süreçlerinde daha yüksek bir iyileşme oranı (%37) gösterdiği, kontrol grubunda ise bu oran %8 olarak bulundu. Ayrıca, PGIC (Küresel Algılanan İyileşme Ölçeği) kullanılarak tedavi yanıtı değerlendirildi. CBT grubunda, semptomların belirgin bir şekilde iyileştiği bildirilirken, takip sürecindeki değişiklikler anlamlı bulunmadı.

Eksik veri analizi, katılımcıların kaybolan verilerinin çoğunun rastgele eksik olduğunu ve tekrar toplama işlemlerinin tamamlandığını ortaya koydu. Çalışma sonuçları, veri alt kümelerine duyarlı olmadı, bu yüzden zamanında toplanan veriler sunuldu.

Örneklem, IC/BPS (İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrı-

si Sendromu) tanısı almış 78 katılımcıyı içeriyordu. Katılımcıların çoğu kadın (yüzde 92) ve yaş aralığı 18-74 arasında değişiyordu. Başlangıç klinik değerlendirmeleri, katılımcıların şiddetli ürolojik semptomlar, orta derecede ağrı ve cinsel işlev bozukluğu yaşadığını gösterdi. Ayrıca, katılımcıların %40'ı depresyon belirtileri gösterdi.

Müdahaleye uyum oldukça yüksekti; katılımcılar ortalama 7.42 seans (%93) tamamladı ve tedaviye %89.1 oranında uyum sağlandı. CBT grubunda tedaviye verilen yanıtlar, genitoüriner semptomlar ve ağrı şiddetinde anlamlı iyileşmelerle birlikte gözlemlendi. Bununla birlikte, takip sürecinde CBT grubundaki yanıtlar, tedavi süresince devam etti ve iyileşmelerin sürdüğü görüldü. Yan etki olarak, bir katılımcının duyusal test sonrası ağrı artışı yaşaması dışında CBT müdahalesine bağlı bir yan etki bildirilmedi.

Bu çalışma, özelleştirilmiş CBT'nin IC/BPS'li bireylerde etkili olabileceğine dair ön kanıtlar sunmaktadır. IC/BPS için uygun fiyatlı tedavi seçeneklerinin artırılması gerektiği vurgulanmaktadır.

CBT, ilaçlara göre maliyet etkinliğini kanıtlamış ve IC/BPS tedavisi genellikle pahalıdır. Bu hastaların tedavi seçenekleri sınırlıdır ve genellikle üroloji kliniklerinde yönetilir, ancak çoğu prosedürel tedaviye yanıt vermez. Gelecekte, hangi hastaların tedaviye daha iyi yanıt verdiği ve hangi dozların etkili olduğu belirlenmelidir. Ayrıca, farklı semptomlar, hastalık sunumları ve cinsiyetler arasında tedavi yanıtları incelenmeli, fenotipik özelliklerin tedaviye yanıtı tahmin etmedeki rolü araştırılmalıdır.

Çalışma, IC/BPS için psikolojik müdahale üzerine yapılmış en büyük randomize kontrollü çalışmadır ve uzaktan sunulan psikolojik müdahalelerin düşük maliyetli ve uygulanabilir olduğunu göstermektedir. CBT, IC/BPS'li hastaların sonuçlarını iyileştirme konusunda umut vaat etmektedir ve tedavi edilmeyen bir popülasyon için yeni bir bakım yolu açmaktadır. Gelecek çalışmalar, bu alanda daha büyük ölçekli psikolojik müdahale denemeleri yapılması gerektiğini göstermektedir.

## Referanslar

1. Berry SH, Elliott MN, Suttorp M, Bogart LM, Stoto MA, Eggers P, Nyberg L, Clemens JQ. Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/interstitial cystitis among adult females in the United States. *J Urol* 2011;186:540–4
2. 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 (RICE) male study. *J Urol* 2013; 189:141–5.
3. Payne CK, Joyce GF, Wise M, Clemens JQ. Interstitial cystitis and painful bladder syndrome. *J Urol* 2007;177:2042–9
4. Jain N, Liao A, Garg SJ, Patel SN, Wykoff CC, Yu HJ, London NJS, Khurana RN, Zacks DN. Expanded clinical spectrum of pentosan polysulfate maculopathy: a macula society collaborative study. *Ophthalmol Retina* 2022;6:219–27
5. McKernan LC, Walsh CG, Reynolds WS, Crofford LJ, Dmochowski RR, Williams DA. Psychosocial co-morbidities in interstitial cystitis/bladder pain syndrome (IC/BPS): a systematic review. *Neurourol Urodyn* 2017;37:926–41.

# HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml

Hayatı **AĞRIYA** sıkıştırma!



## HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml



HYAJECT/cyst® yüksek seviyede saflaştırılmış, hayvansal kaynaklı olmayan Hiyalüronik asitten oluşan medikal üründür.<sup>1</sup>

50 ml HYAJECT/cyst® 120 mg Sodyum hiyalüronat içerir.<sup>1</sup>

Yüksek viskoziteye sahip 120 mg/50 ml hiyalüronik asit avantajları; aylık olarak uygulama kolaylığı sağlaması ve semptom yoğunluğuna göre tekrarlanabilecek etkili doz sunmasıdır.<sup>2</sup>

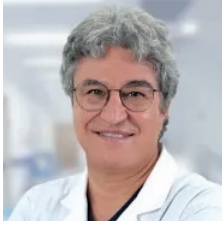
Mesaneye hiyalüronik asit uygulaması, GAG replasman tedavisinin bir parçasıdır. İnvaziv olmasına rağmen tedavi, çok iyi güvenlik profili nedeniyle hem birinci hem de ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır.<sup>3</sup>

Hiyalüronik asit, hücre çoğalması, farklılaşması ve dokuların onarımı sürecini etkiler. GAG katmanının yeniden yapılandırılması önemlidir, ürotelyum için koruyucu bariyer görevi görebilir.<sup>4</sup>

#### Referanslar:

- 1-HYAJECT/cyst Kullanım Kılavuzu. 2-Akbay et al. The short-term efficacy of intravesical instillation of hyaluronic acid treatment for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Turk J Urol 2019; 45(2): 129-34. 3-M.J. Hung et al. Hyaluronic acid improves pain symptoms more than bladder storage symptoms in women with interstitial cystitis/ Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 58 (2019).
- 4-Almeida et al. Interstitial Cystitis - Intravesical Treatment. Rev Assoc Med Bras 2019; 65(4):535-540.





## Mesane ağrısı sendromu (Bladder Pain Syndrome-BPS)/İnterstisiyel Sistit (Interstitial Cystitis- IC) olgularında Hyaluronik Asit ile mesane instilasyonu

Prof. Dr. Erkut Attar

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı

BPS/IC etiyolojik faktörün bulunmadığı kronik mesane ağrısı olarak tanımlanır. BPS/IC etiopatogenezi konusunda bilgilerimiz oldukça sınırlıdır. Hastalığı adlandırılmasındaki sıkıntılar, somut bir tanı yönteminin olmaması, farkındalığın oldukça düşük seviyede olması nedeniyle hastalığın prevalansı hakkında kesin bir yorum yapabilmek olanaksızdır. Kadınlarda erkeklere göre beş kat daha fazla görülmektedir. BPS/IC olgularında gastrit, anksiyete, baş ağrısı, özofagial reflü ve depresyon riski anlamlı oranda artış gösterir. BPS/IC olgularında psiko-sosyal faktörler ayrı bir yer tutar. Bu olgularda çocukluk çağı taciz ve istismarı görece olarak yüksektir. Hekimin bu konuda duyarlı olması ve psiko-sosyal faktörleri multidisipliner yaklaşım çerçevesinde değerlendirmesi gerekir. Tüm kronik pelvik ağrı olgularında olduğu gibi BPS/IC olgularında psiko-sosyal sorunları çözmeden ağrının giderilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması zordur. Taşikardi, panik atak, göz ve ağız kuruluğu, sıcak intoleransı gibi otonom sinir sistemine ait bulgular da BPS/IC'e eşlik edebilir.

BPS olgularının yaklaşık %60'ına endometriozis eşlik eder. BPS/IC, enfeksiyon veya diğer tanımlanabilir nedenler olmaksızın, 6 haftadan daha uzun süre devam eden, alt üriner sistem bulgularıyla birlikte seyreden mesanedeki ağrı, basınç, yanma ve rahatsızlık hissidir. Mesane ağrısı sendromu (BPS) başlı başına görülebileceği gibi, endometriozise eşlik eden bir komorbidite olarak sıklıkla jinekologların karşısında çıkar. Endometriozise eşlik eden BPS olgularının tedavisi eş zamanlı olarak yürütülmelidir.

Amerikan Üroloji Derneği'nin (American Urological Association) BPS/IC tanı kriterlerine göre bu semptomların en az 6 hafta süre ile devam ediyor olması gerekir. Klinisyeni BPS/IC tanısına yaklaştıran bir diğer önemli

özellik, mesane doldukça hastada meydana gelen rahatsızlığın işeme ile hafiflemesidir. Bu nedenle hastalar idrara sıkışmaktan kaçınırlar. Hastanın ağrısı dönemsel olarak hafif veya şiddetli olabilir. Ağrı, stres, egzersiz, cinsel ilişki ve uzun süre oturma gibi belirli aktivitelerden sonra ortaya çıkabilir. BPS semptomlarının ortaya çıkmasında gıdaların da rolü vardır. Muayenede, karın duvarı, kalça kuşağı, pelvik taban, mesane tabanı ve üretrada hassasiyet ve pelvik taban kaslarında hassasiyet ve sertleşme olabilir. Diğer kronik ağrı hastalarında olduğu gibi allodini de tarifleyebilirler. Seksüel disfonksiyon da BPS hastalarında sık karşılaşılan bir durumdur.

BPS tedavisinde standart bir yaklaşım yoktur. Bu nedenle tedavi hasta eğitimi ile başlamalıdır. Bu hastaları tedavi edebilmek için, varsa eşlik eden komorbiditeler, psikolojik ve mental sorunlar birlikte tedavi edilmelidir. BPS olguları multidisipliner olarak tedavi edilmelidir. Bu hastalarda psikososyal destek verilmesi ayrıca önemlidir. Mesane eğitimi, mesane veya perine üzerine lokal ısı veya soğuk uygulaması, diyet ve mesanenin aşırı dolmasından kaçınılması ağrı kontrolünde faydalı olabilir. Özellikle pelvik taban kaslarında sertleşme palpasyonla ağrı hissedildiği durumlarda fizyoterapiden de destek alınabilir. Amitriptilin ilk basamak tercih edilen medikal tedavidir. Bir trisiklik antidepresan ajandır. Doz arttıkça, özellikle antikolinergik yan etkiler ile karşılaşılabılır. Pentosan polysulfate sodyum:

Amitriptilin'i tolere edemeyen hastalarda kullanılabilir. Antihistaminikler (Hidroksizin) mesane semptomlarına bağlı uykusuzluk yaşayan hastalarda tercih edilebilir. Simetidin ve sildenafil de tedavide kullanılan ilaçlar arasındadır.

Mesaneye uygulanan tedaviler medikal tedaviye eklenebilir veya ağrısı görel olarak daha şiddetli olan hastalarda beklemeksizin bağımsız olarak da verilebilir. Mesanenin hidrodistanşyonu bu hastalarda yarar sağlayabilir. Ancak, etki süresinin kısa olması bu tedavinin olumsuz tarafıdır. İntravezikal instilasyon genellikle, haftada bir adet sonuç alınana kadar, en fazla 6 hafta boyunca uygulanır. İdame dozu ayda bir enjeksiyondur. Yarar gören hastalarda tedavi ağrının tekrarladığı zamanlarda da kullanılır. Etkinliği en yüksek ve en çok tercih edilen yıkama solüsyonu olan hyaluronik asitin yararı konusunda yeterince kaliteli (Randomize Kontrol-lü) çalışma vardır. Enjektör içerisinde hazır bulunan hyaluran solüsyonu (120 mg/50cc), enjektörle birlikte gelen steril kanül takılarak muayenehane ortamında kolaylıkla enjekte edilir. Tekrarlayan işlemler sırasında sistit riskini dikkate alarak steril çalışmaya olabildiğince özen gösterilmesi gerekir. Uygulamadan önce mesanenin boşaltılması gerekir. Gerekirse hastaya lokal anestezi uygulanabilir. Üretra uzunluğuna göre kataterin mesaneye ulaşma uzunluğu değişkenlik gösterir. Uygulama süresi ortalama 2-3 dakika civarındadır. Enjeksiyondan sonra, hasta muayene masasında 30-40 dakika kadar kalmalıdır. Bu esnada sağa ve sola döndürülerek solüsyonun tüm mesane yüzeyine temas etmesi sağlanır. Hyaluran solüsyonunun mesane içinde en az iki saat kadar kalması gerektiği için hasta masadan kalktıktan sonra hemen işememelidir. Bu tedavinin tekrarlayan sistit olgularında da yararlı olduğuna dair çalışmalar vardır. Dimetil sülfoksit (DMSO) etkinliği randomize kontrollü çalışmalarla desteklenen ve FDA tarafından onay verilmiş bir tedavi çeşididir Anti inflamatuvar, analjezik, düz kas gevşetici etkilere sahiptir. Mast hücrelerini inhibe edici etkisi vardır. Hyoluran, DMSO'ya göre daha güçlü etki gösterir.

**Mesane içerisine hyaluronik asit enjeksiyonu etkin ve güvenilir bir tedavidir. Tek başına veya diğer tedavilerle birlikte kullanılabilir. Haftalık tedavi dozundan sonra idame dozuna geçilir ve belirli bir süresi olmaksızın alınan sonuca göre kullanılabilir. BPS/IC tedavisinde kullanımı kılavuzlar tarafından tavsiye edilmektedir. Madurga Patuel B, González-López R., et al. Recommendations on the use of intravesical hyaluronic acid instillations in bladder pain syndrome. Actas Urol Esp (Engl Ed). 2022 Apr;46(3):131-137. English, Spanish. doi: 10.1016/j.acuroe.2022.02.007. Epub 2022 Mar 4. PMID: 35256323.**

Botulinum toksini tek başına veya hidrodistanşyon ile birlikte BPS tedavisinde kullanılmaktadır. Botulinum enjeksiyonlarında üriner retansiyon veya dizüri gibi PBS'i daha da kötü duruma getirebilecek yan etkilerle karşılaşılacağı akılda tutulmalı ve tedavi öncesi hasta bu konuda bilgilendirilmelidir. Sakral nöromodülasyon ani sıkışma hissi ve sık idrara çıkma yakınmalarında FDA onayı almıştır. Elimizde yeterince veri olmamasına rağmen sakral meditasyonun işeme ve mesane ağrısı sıklığında azalmaya neden olduğu bildirilmiştir. Tüm bu tedavilere yanıt vermeyen olgularda Siklosporin A denenebilir. Son basamakta ise üriner diversiyon ve sistektomi gibi cerrahi tedavilere başvurulabilir.



## Ağrı Yönetiminde Mindfulness

Prof. Dr. Rukset Attar

Yeditepe Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Ağrı gerçek veya olası doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen hoş gitmeyen, rahatsız edici algısal ve duygusal deneyim olarak tanımlanır (1). 6 aydan uzun süren, karın alt bölgesinden veya çevresinden, karın duvarından veya kalça bölgesinden kaynaklanan ve fonksiyonel yetersizlikler oluşturan ağrıya konik pelvik ağrı adı verilir (2).

Ağrı her zaman kişisel bir tecrübe olup biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörlerden etkilenir (1). Bu nedenle tedavisi oldukça zordur. Pelvik ağrı tedavisinde medikal tedaviler, cerrahi tedaviler, fizyoterapi, psikolojik tedaviler gibi birçok yöntem kullanılmakta olup bilişsel tedaviler ağrı tedavisinde daha fazla yer almaya başlamıştır. Bilişsel tedaviler arasında mindfulness veya anda kalma yöntemi veya bilinçli farkındalık yöntemi gittikçe daha fazla kullanılmaya başlanmıştır (3).

Mindfulness şimdiki an deneyiminin ayrıntısız ve yargısız bir şekilde farkında olunması olarak tanımlanır (4). Mindfulness bilişsel fonksiyonları destekler, ruhsal durumu düzenler, pozitif ruh halini ve herşeyi olduğu gibi kabul etmeyi sağlar ve bu şekilde anksiyeteyi, depresyonu, stres ve bilişsel fonksiyonları olumlu yönde düzelttiği gösterilmiştir(5).

Binlerce yıldır Budist rahipleri mindfulness meditasyonunun acı deneyimini önemli ölçüde değiştirebileceğini bildirmişlerdir. Antik Budist metni Sullatta Sutta (Ok), meditasyon uygulayıcılarının acının duygusal yönünü tam olarak deneyimleme (ilk ok) ancak acının değerlendirmesini “bırakma” (ikinci ok) konusunda benzersiz bir yeteneğe sahip olduğunu belirtir. Mindfulness terapilerinde kullanılan prensiplerin çoğu, 1970’lerin sonlarında Batı tıbbına entegre edilen Budizm ve diğer spiritüel uygulamalardan gelmektedir.

Mindfulness tekniği batıya getiren kişi Jon Kabat-Zin olup ağrı ile mindfulness meditasyon arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk kişidir (6).

Mindfulness meditasyonunun beyin süreçlerinin dört farklı yönünü iyileştirdiği bilinmektedir; “sürdürülebilir dikkat, izleme yeteneği (zihnin dalıp gitmesini tespit etmek için), daha fazla dahil olmadan dikkat dağıtan bir nesneden uzaklaşma yeteneği (dikkat değiştirme), farkındalığın yeniden yönlendirilmesi veya odağı seçilen nesneye yeniden yönlendirme yeteneği (seçici dikkat)” ve odaklanmayı sürdürme (7)

Mindfulnesssta farklı uygulamalar veya beceriler vardır. Bunlar; fiziksel, zihinsel ve duygusal deneyime odaklanmış dikkat (Pali dilinde samatha) ve açık izleme (Pali dilinde vipassana) yani tepkisiz farkındalık uygulamaları ve bu uygulamalar sonunda kendine ve başkalarına karşı şefkat ve nezaket (Metta) tutumu gelişir (8). Mindfulness meditasyonu sırasında kişiler dikkatlerini ve farkındalıklarını ağrıdan uzaklaştırıp farklı yöntemlerle farklı bir yöne yönlendirirler. Bu amaçla farkındalık ve kabullenme, meditasyon, nefes teknikleri, vücut taraması, mindful yürüyüş yapma, mindful hareketler, sevgi dolu nezaket meditasyonu, 5 duyu meditasyonu, ağrıya özgü meditasyon, ses meditasyonu, rehberli imgeleme, mindful gözlem yapma, minnettarlık uygulaması, mindful günlük tutma, progressif kas gevşemesi, duyguların düzenlenmesi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, bilişsel olarak yeniden yapılanma, mindfulness tabanlı stress azaltma, profesyonel yardım alma gibi bir çok teknik kullanılır.

Sonuçta mindfulness teknikleri ağrı algısını azaltır, duyguların düzenlenmesini geliştirir, ağrı duygu döngüsünü bozar, anksiyetiği azaltır, stresi azaltır, vücudun farkındalığını artırır ve nöroplastisiteyi geliştirir. Bu nedenle multidisipliner yaklaşımın önemli olduğu ağrının yönetiminde mindfulness tekniklerinin kullanılması gittikçe daha fazla önem kazanmaktadır.

### Kaynaklar

1. Raja NS ve ark. The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, and compromises. Pain. 2020 Sep 1; 161(9): 1976–1982.
2. Speer L, Mushkar S ve Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. Am Fam Physician. 2016;93(5):380-387
3. Baminiwatta SA ve Solangaarachchi I. Mindfulness (N Y) 2021; 12(9): 2099–2116. Published online 2021 Jul 16. doi: 10.1007/s12671-021-01681-xTrends and Developments in Mindfulness Research over 55 Years: A Bibliometric Analysis of Publications Indexed in Web of Science
4. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003; 84:822–848.
5. Zidan F Vago D. Mindfulness meditation–based pain relief: a mechanistic account. Ann N Y Acad Sci Published in final edited form as: Ann N Y Acad Sci. 2016 Jun;1373(1):114–127. doi: 10.1111/nyas.13153
6. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015 Oct;13(10):21-9. doi: 10.11124/jbisrir-2015-2380.PMID: 26571279
7. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Somatization Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS One. 2013; 8(8): e71834
8. Lutz A, Slagher HA, Dunne JD, Davidson R. Attention regulation and monitoring in meditation. Trends Cogn Sci . 2008 Apr;12(4):163-9. doi: 10.1016/j.tics.2008.01.005.



## Mesane Ağrısı Sendromu: Tarihsel Bakış Açısı

Doç. Dr. Senad Kalkan, M.D., FEBU  
Üroloji Uzmanı  
Pelvik Üroloji Merkezi

Tarihsel olarak İnterstisyel Sistit (İS) olarak bilinen Mesane Ağrısı Sendromu (BPS), tanımı ve anlaşılmasında önemli bir evrim geçirmiştir. Günümüzde çeşitli sunumlara sahip bir sendrom olarak kabul edilen bu kronik durum, başlangıçta belirli patolojik bulgulara sahip nadir bir mesane hastalığı olarak görülüyordu. Zamanla, öncelikle kronik pelvik ağrı, idrar sıklığı ve aciliyet gibi klinik semptomlara dayanarak tanımlanmaya başlandı(1).

Mesaneyle ilişkili kronik ağrının ilk dokümantasyonu, Joseph Parrish'in gözlemlenebilir mesane taşı olmaksızın şiddetli alt idrar yolu semptomları vakalarını tanımladığı ve "mesanenin tik dolooureux'u" terimini ortaya attığı 1836 yılına dayanır (2). 1887'de Skene, mesanenin mukoza zarının ötesine, kas katmanlarına kadar uzanan iltihabi vurgulayarak "interstisyel sistit" in ilk ayrıntılı tanımını yaptı (3). Bu erken gözlemler, daha sonra hastalığın daha kapsamlı bir şekilde anlaşılmasına zemin hazırladı.

1915'te Guy Hunner, kronik mesane ağrısı olan hastalarda görülen, daha sonra "Hunner ülserleri" olarak adlandırılan karakteristik lezyonları tanımladı (4). Bir zamanlar İS tanısı için tanısız olduğu düşünülen bu lezyonlar, daha sonra mesane distansiyonu gibi belirli koşullar altında görülebilen inflamatuvar alanlar olarak anlaşıldı. Bu erken yanlış yorumlama, klinisyenlerin bu görünür ülserler olmadan İS'yi teşhis etmekte sıklıkla başarısız olmaları nedeniyle onlarca yıllık tanı zorluklarına yol açtı.

Hand'in 200'den fazla vakanın kapsamlı bir klinik incelemesini sunarak hastalığı ciddiyetine göre derecelere ayırmasıyla 1949'da önemli bir dönüm noktası yaşandı(5). Daha sonra "glomerülasyonlar" olarak adlandırılan

submukozal kanamaları, durumun bir ayırt edici özelliği olarak tanımlandı ve İS'nin klinik anlayışını daha da genişletti. Semptom odaklı bir tanı yaklaşımına geçiş, Messing ve Stamey'in görsel bulgulardan çok klinik semptomların, özellikle mesaneyle ilişkili ağrı ve aciliyetin önemini vurgulamasıyla 1970'lerde başladı (6).

1987'de Ulusal Diyabet, Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü (NIDDK) tarafından tanı kriterlerinin geliştirilmesi önemli bir ilerlemeyi işaret etti (7). Glomerülasyonlar ve Hunner ülserleri gibi semptomlara ve bulgulara odaklanan bu kriterler başlangıçta araştırma amaçlıydı, ancak daha sonra klinik uygulamada yaygın olarak benimsendi. Faydalı olmalarına rağmen kriterler çok kısıtlayıcı oldukları ve bu durumdan muzdarip birçok hastayı potansiyel olarak dışladıkları için eleştirildi. 20.yüzyılın sonlarına doğru, "İnterstisyel Sistit" teriminin sınırlamaları belirginleşti. Hastaların yaşadığı daha geniş semptom yelpazesini kapsayamadığından, daha kapsayıcı bir terim olarak "Mesane Ağrısı Sendromu" (BPS) benimsendi (8). Bu değişiklik, yalnızca mesaneye özgü semptomları değil, aynı zamanda örtüşen ağrı sendromlarını ve komorbiditeleri de içeren durumun karmaşıklığının giderek daha fazla tanınmasını yansıtıyordu.

Uluslararası Kontinans Derneği (ICS) ve Avrupa İS Çalışmaları Derneği (ESSIC) gibi uluslararası kuruluşların katkıları, BPS'yi yeniden tanımlamada önemli rol oynamıştır (9). Bu çabalar, belirli bulgulara büyük ölçüde dayanan katı kriterlerden uzaklaşarak, tanı ve yönetime semptom temelli bir yaklaşımı vurgulamıştır. Günümüzde BPS, hem uç organ patolojisini hem de nöro-visseral mekanizmaları içerebilen kronik bir ağrı sendromu olarak anlaşılmaktadır (8).

BPS'nin anlaşılmasındaki son gelişmeler, kronik inflamasyon, nöropatik ağrı ve psikolojik faktörlerin unsurlarını içeren çok faktörlü yapısını vurgulamaktadır. Bu paradigma değişimi, semptom yönetimine ve hastaların yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanan multidisipliner bir tedavi yaklaşımının önemini vurgulamaktadır.

#### Kaynaklar:

1. Hanno PM. Re-imagining interstitial cystitis. Urol Clin North Am. 2008;35(1):91–9.
2. Parrish J. Tic douloureux of the bladder. Practical observations on strangulated hernia and some of the diseases of the urinary organs.
3. Skene AJC. Diseases of the bladder and urethra in women. New York: William Wood; 1887.
4. Hunner GL. A rare type of bladder ulcer. Further notes, with a report of eighteen cases. JAMA. 1918;70(4):203–12.
5. HandJR. Interstitial cystitis: report of 223 cases (204 women and 19 men). J Urol. 1949;61:291–310.
6. Messing EM, Stamey TA. Interstitial cystitis: early diagnosis, pathology, and treatment. Urology. 1978;12(4):381–92.
7. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (NIDDK) Workshop. J Urol. 1988;140(1):203–6.
8. International Continence Society (ICS). Bladder Pain Syndrome Terminology. 2002.
9. European Society for the Study of IC (ESSIC). Diagnostic criteria and classification for BPS. Eur Urol. 2008;53(1):60–7.



## Ağrılı Mesane Sendromu/İnterstisyel Sistitte Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

Dr. Öğretim Üyesi Esra Üzelpasacı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara

Ağrılı Mesane Sendromu/İnterstisyel Sistit (AMS/İS), sık idrara çıkma, ani sıkışma hissi (urgency) ve suprapubik bölgede ağrı ile kendini gösteren kronik bir pelvik ağrı bozukluğu olarak tanımlanmaktadır [1]. Bu sendrom, yalnızca üriner semptomlarla sınırlı kalmayıp, uyku düzensizlikleri, fiziksel fonksiyon kaybı, cinsel işlev bozuklukları ve artmış depresyon riski gibi sorunlarla da ilişkilendirilmiştir [2]. Çeşitli semptomlarla seyreden bu durum, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmektedir [3]. AMS/İS'nin etiyolojisi henüz tam anlamıyla aydınlatılmamış olsa da, multifaktöriyel bir yapıya sahip olduğu düşünülmektedir [4]. Ürotelyal hasar, otoimmün mekanizmaların disfonksiyonu ve kronik inflamasyonun, bu sendromun gelişiminde rol oynayan temel etkenlerden bazıları olduğu öne sürülmektedir [5]. Ayrıca, AMS/İS'nin fibromiyalji, irritabl bağırsak sendromu, kronik yorgunluk sendromu ve vulvodini gibi diğer etiyolojisi tam olarak açıklanamamış durumlarla sıklıkla birlikte görüldüğü de bildirilmiştir [6, 7].

AMS/İS, multidisipliner bir yaklaşımı gerektiren karmaşık bir hastalık olup, tedavi planlarının bireysel ihtiyaçlara uygun şekilde tasarlanması önem taşımaktadır. Bununla birlikte, yalnızca organik problemlere değil, bireyin hastalığı algılama biçimine ve bu algının semptomları nasıl etkilediğine de dikkat edilmelidir. Hastalığın bireyde yarattığı olumsuz algılar, semptomların daha kötü algılanmasına ve dolayısıyla ağrı ile üriner semptomların şiddetlenmesine yol açabilmektedir [8]. Özellikle ağrı katastrofizasyonu, olumsuz ağrı inançları ve yetersiz başa çıkma stratejileri gibi bilişsel faktörlerin, AMS/İS semptomlarının kötüleşmesiyle doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir [8]. Bu nedenle, tedavi süreçlerinde hem fiziksel hem de psikolojik faktörler bir arada ele alınmalıdır. Uluslararası Kontinans Derneği (ICS),

hastalığın prognozu ve uygun tedavinin seçilebilmesi için hastaların semptomlarına ve diğer hastalıkların dışlanması dayalı olarak tanının konulmasını ve ardından hastaların ürodinami, sistoskopi, histoloji ve laboratuvar testleriyle sınıflandırılmasının daha etkili olduğunu bildirmektedir [9]. Bu noktada kapsamlı bir hasta hikayesinin alınması, semptomların değerlendirilmesi için mesane günlüklerinin doldurulması ya da İnterstisyel Sistit Semptom ve Problem İndeksi, Pelvik Ağrı ve Urgency/Frequency Ölçeği gibi anketlerin kullanılması, ayakta duruş pozisyonunda iken hastanın genel postürü, skar izleri ve abdominal herni varlığının değerlendirilmesi, vajinal palpasyon ile pelvik taban kaslarının kasılma ve gevşeme fonksiyonlarının değerlendirilmesi klinikte tedavi programını belirlemede oldukça önemlidir.

Tedavi yaklaşımları genellikle semptom odaklı olup, hastalığın yönetiminde Amerikan Üroloji Birliği tarafından konservatif tedaviler öncelikli olarak önerilmektedir. [10] Konservatif tedavilerden fayda sağlanamaması durumunda ise daha invaziv yöntemlere başvurulmaktadır. AMS/İS tedavisinde birinci basamak uygulamalar arasında hasta eğitimi, gevşeme teknikleri, stres yönetimi, kişisel bakım ve davranışsal modifikasyon yer alırken, ikinci basamak tedaviler fizyoterapi ve rehabilitasyon teknikleri ile oral ve intravezikal medikal yaklaşımları içermektedir. Daha ileri basamaklarda ise girişimsel yöntemler gündeme gelebilmektedir [10]. AMS/İS tedavisinde uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımları; davranışsal tedavi yöntemlerini, egzersiz eğitimi, gevşeme eğitimini, manuel tedavi ve elektrik stimülasyonunu içermektedir [11].

### Davranışsal Tedavi Yöntemleri

Davranışsal tedavi yöntemleri, hasta eğitimi, beslenme düzenlemeleri, stres yönetimi ve mesane eğitimi gibi müdahaleleri içerir [10, 12]. Hasta eğitimi, semptomları kötüleştiren faktörler hakkında bilgilendirme ve yaşam tarzı değişiklikleri ile semptomların hafifletilmesine katkıda bulunur. Beslenme düzenlemeleri, narenciye, baharatlı yiyecekler ve kafein gibi mesaneyi tahriş eden maddelerin tüketimini sınırlandırmayı; yeterli sıvı alımını teşvik etmeyi ve konstipasyonu önlemeyi hedefler. Mesane eğitimi ve pelvik taban egzersizleri ise işeme sıklığını azaltarak mesane doluluğuna bağlı rahatsızlık hissini iyileştirebilir. Chaiken ve ark. [12], iş semptomları olan kadın hastalara 12 hafta süresince uygulanan mesane eğitimi ve pelvik taban egzersizlerini içeren fizyoterapi ve rehabilitasyon programının sonunda hastaların işeme aralıklarının arttığını bulmuştur. Stres yönetimi, semptomların kontrol altına alınmasında ve alevlenmelerin önlenmesinde kritik bir rol oynar. Uygun başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi, hastaların tedaviye aktif katılımını destekler ve yaşam kalitesini artırır. Davranışsal tedaviler düşük maliyetli, kolay uygulanabilir ve güvenilir yöntemler olup, AMS/İS hastalarına tanı anından itibaren önerilmelidir.

### Egzersiz Eğitimi

Egzersiz eğitimi, kronik ağrı yönetiminin önemli bir bileşeni olarak kabul edilmektedir. Egzersizin, ağrının azaltılması, ruh hali, uyku kalitesi ve fiziksel fonksiyonlar üzerinde olumlu etkileri olduğu ve anti-inflamatuar etkiler ile endojen opioid üretimini artırarak ağrı toleransını iyileştirdiği bilinmektedir. Literatürde, AMS/İS hastalarında pelvik taban kaslarının relaksasyonunu, pelvik mobilitayı artırmayı ve postural kontrolü hedefleyen egzersizlerin faydalı olduğu yönünde kanıtlar bulunmaktadır [13]. Bununla birlikte, AMS/İS hastalarında egzersiz eğitiminin tek başına veya diğer tedavilerle karşılaştırıldığı çalışmalar sınırlıdır. Ancak biyofeedback, manuel terapi ve fonksiyonel egzersiz programları ile kombine tedavilerin ağrı ve üriner semptomların

azalmasında etkili olduğu bildirilmiştir [14]. Yoga ve postural kontrol gibi kişiselleştirilmiş egzersiz programlarının da ağrıyı azaltma ve yaşam kalitesini artırma yönünde olumlu sonuçlar sağladığı gösterilmiştir [14, 15].

### Gevşeme Eğitimi

Gevşeme eğitimi, ilerleyici kas gevşeme egzersizleri, derin solunum, yoga, görsel imajinasyon ve meditasyon gibi yöntemleri içeren, parasempatik sinir sistemini aktive ederek kan basıncı ve kalp hızını düşürmeyi, ağrı eşliğini yükseltmeyi hedefleyen bir yaklaşımdır [16]. AMS/İS'li hastalarda gevşeme eğitimi stres seviyesini azaltarak ağrı şiddetini, ani sıkışma hissini ve semptom şiddetini hafifletebilmektedir. Bu yöntemlerin diğer tedavi yaklaşımlarıyla birlikte kullanılması, AMS/İS tedavisinde önemli katkılar sağlayabilir [17].

### Manuel Tedavi

Manuel tedavi, AMS/İS'li hastaların tedavisinde pelvik taban kaslarının gevşetilmesi ve semptomların iyileştirilmesi amacıyla etkili bir fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemi olarak kullanılmaktadır. İnernal veya eksternal manuel tedavi teknikleri, pelvik taban hipertonusunu azaltarak ağrı, sık işeme ve ani sıkışma hissi gibi semptomları hafifletebilir. Ayrıca, miyofasyal gevşetme teknikleri ve Thiele masajı da bu hastalarda klinik iyileşmeler sağlamaktadır [11].

### Elektrik Stimülasyonu

Elektrik stimülasyonu, kronik ağrının yönetiminde yaygın olarak kullanılan etkili bir yöntemdir. Transkutanöz Elektriksel Sinir Stimülasyonu (TENS), Kronik Prostatit/Kronik Pelvik Ağrı Sendromu hastalarında güvenli ve etkili bulunmuş, farklı frekanslarda uygulanan TENS'in ağrı şiddetini anlamlı ölçüde azalttığı gösterilmiştir [18]. AMS/İS'li hastalarda elektrik stimülasyonunun etkinliğini inceleyen çalışmalar sınırlı olsa da, bir çalışmada konvansiyonel TENS uygulanan erkek hastalarda ağrı şiddeti ve antidepresan kullanımı, plasebo grubuna kıyasla

belirgin şekilde azalmıştır [19]. Tibial Sinir Stimülasyonu ise genellikle aşırı aktif mesane sendromu tedavisinde kullanılmış ve işeme sıklığı ile ani sıkışma hissini azaltmada etkili bulunmuştur [20]. Ancak, AMS/İS üzerindeki etkisiyle ilgili kanıtlar halen yetersizdir.

### Ağrı Nörobilim Eğitimi

Son yıllarda, kronik ağrısı olan hastaların tedavisinde yalnızca biyomedikal bir yaklaşımın yeterli olmadığı anlaşılmıştır [21]. AMS/İS’de biyopsikososyal yaklaşım ve konvansiyonel yaklaşımla uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemlerinin etkinliğini karşılaştıran bir çalışmada; her iki grupta semptom ciddiyeti ve ağrı şiddeti üzerine olan etkilerinin farklı olmadığı bulunurken; ağrı bilişlerinin iyileştirilmesinde biyopsikososyal yaklaşımın etkili olabileceği tespit edilmiştir [22]. Pelvik ağrı sendromlarının yönetiminde, hastaların tedavi süreçlerine aktif olarak katılımını teşvik eden ve fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri bir arada ele alan biyopsikososyal modelin benimsenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Ağrı Nörobilim Eğitimi (ANE),

kronik ağrısı olan hastalarda ağrı bilişlerini iyileştirmek ve ağrı ile ilişkili korku ve kaygıları azaltmak amacıyla kullanılan modern bir tedavi yöntemidir [23]. ANE, ağrının nörofizyolojisi, santral sensitizasyon, nöroplastisite ve biyopsikososyal tedavi stratejileri gibi konuları kapsar. Bu yaklaşım, ağrının tehdit edici rolünü azaltmayı, hastaların ağrı bilgilerini artırmayı ve ağrıyı biyopsikososyal bir perspektifte yeniden anlamlandırmayı hedefler. Eğitim sürecinde, metaforlar, görsel materyaller ve kültürel olarak uygun içerikler gibi hasta odaklı yöntemler kullanılmaktadır [23]. Literatürde, AMS/İS tedavisinde ağrı bilişlerinin iyileştirilmesine odaklanan bu bütüncül yaklaşımların etkilerinin incelenmesi ile ilgili çalışmalar oldukça limitlidir [24]. Bu yüzden; AMS/İS’nin yönetiminde biyopsikososyal temele dayalı fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarının etkinliğinin incelendiği büyük örneklemeye sahip olan ve uzun dönem takipli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

### Referanslar

- Clemens, J Quentin, Chris Mullins, A Lenore Ackerman, Tamara Bavendam, Adrie van Bokhoven, Benjamin M Ellingson, Steven E Harte, Jason J Kutch, H Henry Lai, and Katherine T Martucci. “Urologic Chronic Pelvic Pain Syndrome: Insights from the Mapp Research Network.” *Nature Reviews Urology* 16, no. 3 (2019): 187-200.
- Gonzalez, Gabriela, Kristina Vaculik, Carine Khalil, Yuliya Zektser, Corey W Arnold, Christopher V Almaro, Brennan MR Spiegel, and Jennifer T Anger. “Experiences of Women with Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: What Can We Learn from Women’s Online Discussions?” *Journal of Urology* 209, no. 1 (2023): 208-15.
- Vasudevan, Vinaya, and Robert Moldwin. “Addressing Quality of Life in the Patient with Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome.” *Asian journal of urology* 4, no. 1 (2017): 50-54.
- Patnaik, Sourav Sanchit, Antonio Simone Laganà, Salvatore Giovanni Vitale, Salvatore Butticiè, Marco Noventa, Salvatore Gizzo, Gaetano Valenti, Agnese Maria Chiara Rapisarda, Valentina Lucia La Rosa, and Carlo Magno. “Etiology, Pathophysiology and Biomarkers of Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome.” *Archives of gynecology and obstetrics* 295 (2017): 1341-59.
- Daniels, Amanda M, Adam R Schulte, and Christopher M Herndon. “Interstitial Cystitis: An Update on the Disease Process and Treatment.” *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy* 32, no. 1 (2018): 49-58.
- Krieger, John N, Alisa J Stephens, J Richard Landis, J Quentin Clemens, Karl Kreder, H Henry Lai, Niloofar Afari, Larissa Rodríguez, Anthony Schaeffer, and Sean Mackey. “Relationship between Chronic Nonurological Associated Somatic Syndromes and Symptom Severity in Urological Chronic Pelvic Pain Syndromes: Baseline Evaluation of the Mapp Study.” *The Journal of urology* 193, no. 4 (2015): 1254-62.

7. Nickel, J Curtis, Dean A Tripp, Michel Pontari, Robert Moldwin, Robert Mayer, Lesley K Carr, Ragi Doggweiler, Claire C Yang, Nagendra Mishra, and Jorgen Nordling. "Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome and Associated Medical Conditions with an Emphasis on Irritable Bowel Syndrome, Fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome." *The Journal of urology* 184, no. 4 (2010): 1358-63.
8. Windgassen, Sula, and Lindsey McKernan. "Cognition, Emotion, and the Bladder: Psychosocial Factors in Bladder Pain Syndrome and Interstitial Cystitis (Bps/Ic)." *Current bladder dysfunction reports* 15, no. 1 (2020): 9-14.
9. Abrams, Paul, Linda Cardozo, Magnus Fall, Derek Griffiths, Peter Rosier, Ulf Ulmsten, Philip van Kerrebroeck, Arne Victor, and Alan J Wein. "The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function: Report from the Standardization Sub-Committee of International Continence Society." In *Textbook of Female Urology and Urogynecology*, 1098-108: CRC Press, 2010.
10. Hanno, Philip M, Deborah Erickson, Robert Moldwin, and Martha M Faraday. "Diagnosis and Treatment of Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome: Aua Guideline Amendment." *The Journal of urology* 193, no. 5 (2015): 1545-53.
11. Bhardwaj, Ambuja, Shikha Kumari, and Physiotherapy Student. "Review of Literature on Recent Trends of Rehabilitation in Interstitial Cystitis."
12. Tirlapur, SA, J Birch, CL Carberry, KS Khan, PM Latthe, S Jha, KL Ward, and A Irving. "Management of Bladder Pain Syndrome." *BJOG-An International Journal Of Obstetrics and Gynaecology* 124, no. 2 (2017): E46-E72.
13. Hacad, Claudia Rosenblatt, Marcos Lucon, Suehellen Anne Rocha Milhomem, Homero Bruschini, and Clarice Tanaka. "Association of Physical Therapy Techniques Can Improve Pain and Urinary Symptoms Outcomes in Women with Bladder Pain Syndrome. A Randomized Controlled Trial." *International braz j urol* 48 (2022): 807-16.
14. Rodríguez-Torres, Janet, Laura López-López, Irene Cabrera-Martos, Esther Prados-Román, María Granados-Santiago, and Marie C Valenza. "Effects of an Individualized Comprehensive Rehabilitation Program on Impaired Postural Control in Women with Chronic Pelvic Pain: A Randomized Controlled Trial." *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 101, no. 8 (2020): 1304-12.
15. Gonçalves, Andrea Vasconcelos, Nelson Filice Barros, and Luis Bahamondes. "The Practice of Hatha Yoga for the Treatment of Pain Associated with Endometriosis." *The journal of alternative and complementary medicine* 23, no. 1 (2017): 45-52.
16. Schaffer, Susan D, and Carolyn B Yucha. "Relaxation & Pain Management: The Relaxation Response Can Play a Role in Managing Chronic and Acute Pain." *AJN The American Journal of Nursing* 104, no. 8 (2004): 75-82.
17. Vambheim, Sara Magelssen, Tonje Merete Kylo, Sanne Hegland, and Martin Bystad. "Relaxation Techniques as an Intervention for Chronic Pain: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials." *Heliyon* 7, no. 8 (2021).
18. Xiao, Guohu, Minjie Weng, and Ping Wang. "Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Combined with Levofloxacin and Tamsulosin for Patients with Chronic Prostatitis: Clinical Efficacy and Changes in Serum Factors." *American Journal of Translational Research* 15, no. 8 (2023): 5267.
19. Mowafy, Zakaria Mowafy Emam, Ashraf Hassan Mohammed, Ahmed Abd-Ellatef Moharam, and Norhan Mostafa Mahmoud. "Effect of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome." *Int J Pharmtech Res* 9, no. 6 (2016): 59-65.
20. Ghavidel-Sardsahra, Amirhossein, Morteza Ghojzadeh, Mohammad Sajjad Rahnama'i, Amirreza Naseri, Shahabodin Yazdandoost, Taha Khezerloo, Sepideh Seyedi-Sahebari, Hossein Hosseini-fard, Nafiseh Vahed, and Hadi Mostafaei. "Efficacy of Percutaneous and Transcutaneous Posterior Tibial Nerve Stimulation on Idiopathic Overactive Bladder and Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Neurourology and Urodynamics* 41, no. 2 (2022): 539-51.
21. Melehin, Al. "Biopsychosocial Approach to the Treatment of Chronic Urological Pelvic Pain Syndrome." (2023).
22. İlhan Yazıcı, H. Ağrılı Mesane Sendromu/İnterstisyel Sistit Tedavisinde Biyopsikososyal Yaklaşım ile Konvansiyonel Yaklaşımın Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, 2023.
23. Siddall, Benjamin, Adrian Ram, Matthew D Jones, John Booth, Diana Perriman, and Simon J Summers. "Short-Term Impact of Combining Pain Neuroscience Education with Exercise for Chronic Musculoskeletal Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis." *Pain* 163, no. 1 (2022): e20-e30.
24. Mardon, Amelia K, K Jane Chalmers, Lauren C Heathcote, Lee-Anne Curtis, Lesley Freedman, Rinkle Malani, Romy Parker, Patricia B Neumann, G Lorimer Moseley, and Hayley B Leake. "'I Wish I Knew Then What I Know Now'—Pain Science Education Concepts Important for Female Persistent Pelvic Pain: A Reflexive Thematic Analysis." *Pain* 165, no. 9 (2024): 1990-2001.



## İnterstisyel Sistitte İntravezikal Tedaviler ve Hyalüronik Asit Uygulaması

Mehmet Gökhan Çulha, FEBU, FECSM

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Üroloji Kliniği

### Özet

İnterstisyel sistit (IS)/Ağrılı mesane sendromu, mesane duvarında kronik inflamasyonla karakterize, etiyo-lojisi tam olarak bilinmeyen ve yaşam kalitesini ciddi ölçüde etkileyen bir hastalıktır. Tedavisi multidisip-liner yaklaşım gerektirmekte olup intravezikal tedaviler, hastalığın semptomatik kontrolünde önemli bir yere sahiptir. Bu derlemede, intravezikal tedaviler ve özellikle hyalüronik asit uygulamalarının etkinliği ve mekanizması tartışılmıştır.

### Giriş

İnterstisyel sistit/ağrılı mesane sendromu (IS/AMS), sürekli veya tekrarlayan mesane ağrısı, pollaküri ve nocturia gibi semptomlarla kendini gösteren kronik bir hastalıktır [1]. IS tanısı klinik olarak konulur ve hasta-da bu tipik semptomlar mevcutsa ve benzer bir tab-loya sahip olabilecek idrar yolu enfeksiyonu, neoplazi ve mesane taşı gibi alternatif tanımlar dışlanmışsa tanı konulabilir Patofizyolojisi tam olarak anlaşılamamakla birlikte mesane epiteli hasarı, glikozaminoglikan (GAG) tabakasında bozulma ve inflamatuvar yanıt ön plana çıkmaktadır[2]. Kronik bakteriyel enfeksiyon, mesane ürotelyumunun defektli glikozaminoglikan (GAG) taba-kası, mesanenin subürotelyal tabakasındaki mast hü-crelerinin uygunsuz aktivasyonu, otoimmün aracılı me-kanizmalar ve otonom sinir sistemi disfonksiyonu hepsi suçlanmıştır ve bu mekanizmaların her birine yönelik tedaviler karışık sonuçlarla geliştirilmiştir. Ayrıca IS'nin irritabl bağırsak sendromu, kronik yorgunluk sendro-mu ve fibromiyalji gibi diğer sistemik ağrı sendromları ve somatik bozukluklarla ilişkili olduğu bilinmektedir ve bu heterojen durum farklı bir fenotiplerle karşımıza çıkabilmektedir[3].

Geleneksel tedavi yaklaşımları yetersiz kalabildiğinden, intravezikal ajanlar, hastalığın tedavisinde önem kazan-mıştır. Hyalüronik asit (HA), GAG taba-

### İntravezikal Tedaviler

Mesane içi ajanlar doğrudan mesaneye uygulanmakta-dır, böylece oral tedavilerde görülen sistemik yan etki-ler en aza indirilir. Mesane içi GAG tabakası tedavileri çok sayıda randomize çalışmada araştırılmış ve bildiri-len etki mekanizmaları arasında defektli GAG tabaka-sının onarımı ve mesanedeki nörojenik inflamasyon/aşırı duyarlılığın azaltılması yer almaktadır. Dimetil sülfoksit (DMSO), hyaluronik asit (HA), kondroitin sülfat (CS), heparin, PPS ve lidokain dahil olmak üzere farklı ajanlarla değişken klinik iyileşmeler görülmüştür. Ay-rıca, bu ajanların steroid veya sodyum bikarbonat ile çeşitli kombinasyonlarından oluşan birkaç “kokteyl” de kullanılmış ve olumlu sonuçlar alınmıştır[4]. İntravezi-kal tedaviler, mesane içine uygulanan ajanlarla hastalık semptomlarının kontrol altına alınmasını amaçlayan yaklaşımlardır. İntravezikal tedavide kullanılan başlıca ajanlar şunlardır:

1. **Dimetil Sülfoksit (DMSO):** Anti-inflamatuvar ve analjezik etkiye sahiptir.
2. **Lokal Anestezikler:** Lidokain gibi ajanlar ağrıyı hafifletir.
3. **Heparin:** Mesane epiteli bariyerini destekler.
4. **Hyalüronik Asit (HA):** Mesane duvarının GAG tabakasının yeniden yapılanmasını sağlar [3, 4].

Her biri benzer etki mekanizmalarına sahip bir dizi intravezikal GAG tabaka tedavisi incelenmiştir. En iyi sonuçlar intravezikal heparin, HA, CS ve PPS'dir.

### Hyalüronik Asit Tedavisi

Hyalüronik asit, başta deri, eklem ve göz gibi dokularda yaygın olarak bulunan doğal bir glikozaminoglikan molekülüdür. IS/AMS patogeneğinde mesane mukozasındaki GAG tabakasının hasarı, toksinlerin mesane duvarına geçişini kolaylaştırarak inflamasyon ve ağrıya neden olmaktadır.

Intravezikal HA, %66-87 etkinlik oranlarıyla çeşitli gözlemsel çalışmalarda incelenmiştir[5, 6]. IS/AMS semptomlarının ortalama süresi 6 yıl olan ve ürotelyal bariyer defektini gösteren pozitif modifiye potasyum testi olan 121 kadınla yapılan en büyük çalışmada, haftada bir uygulanan 40 mg hyalüronik asit %85 oranında semptomatik iyileşmeyle sonuçlanmıştır[5]. Daha yakın tarihli bir çalışmada 120 mg hyalüronik asit kondroitin sülfatla karşılaştırılmış, ilk ay haftada bir uygulanmış ve ardından toplam 4 ay boyunca azaltıcı bir rejim uygulanmıştır[7]. Her iki kolda da ağrı skorlarında önemli iyileşmeler kaydedilmiştir ancak intravezikal KS, sıklık, nokturi ve görsel analog skala (VAS) ağrı skorları açısından intravezikal HA'dan üstündür (güçlü fayda %38 HA'ya karşı %52 KS). Ancak, kullanımına ilişkin yayınlanmış randomize bir çalışma yoktur ve yayınlanmamış üç randomize çalışmada plaseboya kıyasla etkinlik eksikliği bildirilmiştir. HA ve KS kombinasyonu, küçük kontrollü olmayan çalışmalarda önemli sonuçlar göstermiştir ve yakın zamanda yapılan bir randomize çalışma, HA ve KS kombinasyonunun DMSO kadar etkili olduğunu ancak daha olumlu bir yan etki profiline sahip olduğunu ileri sürmüştür[8, 9]. Ayrıca, HA/KS kombinasyonunun ağrı skorları ve kadın cinsel fonksiyonunda iyileşmeler açısından tek başına intravezikal KS'den üstün olduğu bulunmuştur[10]. Toplam 390 hastayı kapsayan 10 çalışmayı içeren sistematik bir inceleme ve meta-analiz, hem intravezikal HA hem de kombine HA/CS ile ağrı skorlarında (O'Leary-Sant

ve VAS skorları) önemli iyileşmeler ortaya koymuştur[11]. Bu nedenle EAU kılavuzları, daha invaziv önlemlerden önce intravezikal HA veya KS'nin sunulması yönünde bir öneri sunmaktadır. Ancak, intravezikal HA veya KS için klinik olarak anlamlı etki boyutlarına sahip yüksek kaliteli kanıt eksikliği vardır ve plaseboya kıyasla klinik olarak anlamlı etkinlik sağlayıp sağlamadıklarını belirlemek için daha fazla güçlü randomize çalışmaya ihtiyaç vardır.

Hyalüronik asit, mesane bariyer fonksiyonunu özellikle şu mekanizmalarla düzenlemektedir:

- GAG Tabakasının Onarımı: Eksik veya hasarlı GAG tabakasının yerine geçerek mesane duvarını korur.
- Anti-Inflamatuar Etki: Proinflamatuvar sitokinleri inhibe eder.
- Mesane Geçirgenliğinin Azaltılması: Mesane epiteli üzerinde bariyer oluşturarak toksinlerin geçişini engeller.

Hyalüronik asit uygulamalarının avantajları şunlardır:

- Non-invaziv bir tedavi yöntemi olması,
- Sistemik yan etkilerin görülmemesi,
- Uzun dönemli semptomatik iyileşme sağlanması.

Ancak tedavinin etkinliği ve sürekliliği ile ilgili daha geniş çapta randomize kontrollü çalışmalar gerekmektedir.

### Intravezikal Kokteyller:

Alkali anestetik ajanlar, antibiyotikler, steroidler ve GAG tabaka tedavilerinin farklı kombinasyonlarını içeren intravezikal "kokteyller", farklı etki yollarıyla etkinliği artırma amacıyla yaygın olarak kullanılmıştır (Tablo 1)[12]. Heparin ve alkali %2 lidokain kombinasyonunun tek bir instilasyonunun, hastaların %94'ünde ağrı ve sıkışma ataklarında önemli bir rahatlama sağladığı ve etkilerin 48 saate kadar sürdüğü bulunmuştur[13]. Başka bir çalışmada, bu kombinasyonla tedavi edilen kadınların %57'sinde disporeünün tamamen ortadan kalktığı bildirilmiştir [14]. Bu kokteyller bu nedenle sıklıkla akut

semptomatik alevlenmelerin tedavisi olarak kabul edilir. İntravezikal GAG tabaka tedavilerini Whitmore'un kokteyli ile karşılaştıran yakın tarihli bir çalışma, kokteylin en maliyet etkin seçenek olduğunu bildirmiştir. Yaygın olarak kullanılmasına rağmen, bu kombinasyon tedavilerine ilişkin kanıtlar küçük kohort çalışmalarıyla sınırlıdır ve bu nedenle IS tedavilerine ilişkin çalışmalarda yüksek plasebo etkisi nedeniyle bu ajanların etkinliğini kanıtlamak için randomize plasebo kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

## Sonuç

Intravezikal tedaviler, interstisyel sistitin tedavisinde etkin ve güvenli bir seçenek sunmaktadır. Hyalüronik asit, mesane duvarı bariyerini yeniden yapılandırarak ve inflamasyonu azaltarak semptomatik iyileşme sağlar. Mevcut veriler umut verici olsa da tedavi protokollerinin standardizasyonu ve uzun dönem etkinlik analizleri için ileri çalışmalar gerekmektedir.

## Referanslar

1. Berry, S.H., et al., Prevalence of symptoms of bladder pain syndrome/interstitial cystitis among adult females in the United States. *J Urol*, 2011. 186(2): p. 540-4.
2. Suskind, A.M., et al., 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): p. 141-5.
3. Afari, N., et al., A MAPP Network Case-control Study of Urological Chronic Pelvic Pain Compared With Nonurological Pain Conditions. *Clin J Pain*, 2020. 36(1): p. 8-15.
4. Colemeadow, J., A. Sahai, and S. Malde, Clinical Management of Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis: A Review on Current Recommendations and Emerging Treatment Options. *Res Rep Urol*, 2020. 12: p. 331-343.
5. Riedl, C.R., et al., Hyaluronan treatment of interstitial cystitis/painful bladder syndrome. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2008. 19(5): p. 717-21.
6. Daha, L.K., et al., Do cystometric findings predict the results of intravesical hyaluronic acid in women with interstitial cystitis? *Eur Urol*, 2005. 47(3): p. 393-7; discussion 397.
7. Gülpınar, Ö., et al., Clinical comparison of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate therapies in the treatment of bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Neurourol Urodyn*, 2018. 37(1): p. 257-262.
8. Cervigni, M., et al., Intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulphate for bladder pain syndrome/interstitial cystitis: long-term treatment results. *Int Urogynecol J*, 2012. 23(9): p. 1187-92.
9. Cervigni, M., et al., A randomized, open-label, multicenter study of the efficacy and safety of intravesical hyaluronic acid and chondroitin sulfate versus dimethyl sulfoxide in women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Neurourol Urodyn*, 2017. 36(4): p. 1178-1186.
10. Arslan, B., et al., Outcomes of intravesical chondroitin-sulfate and combined hyaluronic-acid/chondroitin-sulfate therapy on female sexual function in bladder pain syndrome. *Int Urogynecol J*, 2019. 30(11): p. 1857-1862.
11. Pyo, J.S. and W.J. Cho, Systematic Review and Meta-Analysis of Intravesical Hyaluronic Acid and Hyaluronic Acid/Chondroitin Sulfate Instillation for Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome. *Cell Physiol Biochem*, 2016. 39(4): p. 1618-25.
12. International Painful Bladder Foundation. Interstitial cystitis/painful bladder syndrome: anesthetic intravesical cocktails. . 16.12.2024; Available from: <https://www.painful-bladder.org/pdf/IPBF.intravesicalcocktails.pdf>.
13. Parsons, C.L., Successful downregulation of bladder sensory nerves with combination of heparin and alkalized lidocaine in patients with interstitial cystitis. *Urology*, 2005. 65(1): p. 45-8.
14. Welk, B.K. and J.M. Teichman, Dyspareunia response in patients with interstitial cystitis treated with intravesical lidocaine, bicarbonate, and heparin. *Urology*, 2008. 71(1): p. 67-70.

Tablo-1: Yaygın kullanılan intravezikal tedaviler

|                                                                                                                                     |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 0.5% Markain + 2% lidokain jel<br>Heparin sülfat 10,000 IU<br>Triamcinolone 40mg<br>Gentamisin 80mg                                 | Moldwin           |
| 8 mL 2% lidokain<br>4 mL 8.4% NaHCO <sub>3</sub><br>20,000 IU heparin                                                               | Welk and Teichman |
| 300 mg pentosan polisülfat sodyum<br>10 mL 2% lidokain<br>10 mL 4.2% NaHCO <sub>3</sub>                                             | Bade              |
| 40,000 IU heparin<br>8 mL 1% (80 mg) veya 2% lidokain (160 mg)<br>3 mL 8.4% NaHCO <sub>3</sub>                                      | Parson            |
| Heparin 10,000 units/mL–2mL<br>Hidrokortizon 125 mg<br>Gentamisin 80mg/2mL–2mL<br>Sodyum Bikarbonat 8.4%–50mL<br>Markain 0.5%–50 mL | Whitmore          |

## İnterstisyel Sistit ve Kronik Pelvik Ağrısı Olan Kadın Hastada Cerrahi Müdahale ve Postoperatif Yönetim

Nilüfer Cerbezer<sup>1</sup>, Elif Tuğçe Çil<sup>2</sup>, Ceren Çağla Yaşa<sup>3</sup>, Feryal Subaşı<sup>4</sup>, Erkut Attar<sup>5</sup>

### Özet

1965 doğumlu D.K. kronik pelvik ağrı ve İnterstisyel Sistit (İS) şikayetleri ile Yeditepe Üniversitesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine başvurmuştur. Bu çalışmada hastanın önceki tedavi süreçleri ve sonrasında uygulanan cerrahi müdahaleler detaylandırılmıştır.

### Giriş

Kronik pelvik ağrı (KPA) ve interstisyel sistit (İS), kadınlarda sık karşılaşılan ve yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen, multidisipliner yönetim gerektiren hastalıklardır. Bu vaka sunumu, D.K.'nın Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'ndeki tedavi sürecini sunmaktadır.

### Vaka Sunumu

Önceki Müdahaleler:

- 12.10.2021: Hasta, idrar yapmada zorluk ve suprapubik ağrı şikayetleri ile İç Hastalıkları uzmanına başvurmuştur. Muayene ve değerlendirme sonrası üriner retansiyon tanısı konularak biofeedback ile pelvik taban egzersizleri ve 10 seans EMG tedavisi planlanmıştır.
- 14.10.2021: Fizyoterapist tarafından yapılan değerlendirmede pelvik taban ölçümü yapılmış ve 10 seans rehabilitasyon uygulanmıştır.

### Klinik Değerlendirme ve Cerrahi Müdahale:

Hastanın aynı şikayetlerle başvurması üzerine 28.12.2023 tarihinde kronik pelvik ağrı ve İnterstisyel Sistit tanıları ile yatırılmış; pelvik taban enjeksiyonu ve sistoskopi yapılmıştır. Mesanede hiper-vasküler mukoza ve Hunner ülseri benzeri lezyonlar saptanmıştır. Ameliyat sonrası dönemde üç yollu kateter yerleştirilmiş ve sürekli irrigasyon yapılmıştır. Hematüri gözlenmiş ve hasta kateter ile taburcu edilmiştir.

### Ocak 2024 Kabul ve Tedavi:

Hasta akut piyelonefrit ön tanısıyla tekrar yatırılmış ve enfeksiyon nedeninin Foley kateter olduğu düşünülmüştür. İdrar kültüründe Escherichia coli üremesi olmuş ve antibiyotik tedavisi başlanmıştır. Hasta taburcu edilmiş ve 12 gün sonrası için takip planlanmıştır.

### Sonraki Takip ve Psikiyatrik Değerlendirme:

- 3 Ocak 2024: İdrar kültürü ve mikroskopi sonuçları kontaminasyon göstermiştir.
- 18 Ocak 2024: İkinci hyaluronik asit uygulaması yapıldı ve idrar kültürü tekrar değerlendirilmiştir.
- 12 Şubat 2024: Hastanın fizyoterapiden de fayda göreceği düşünülerek fizyoterapiye yönlendirilmiştir. Fizyoterapi değerlendirmesinin sonuçlarına göre, sol kalçada sınırlı hareket açıklığı, sol sakroiliak eklem disfonksiyonu ve hamstring, kalça fleksörleri ve addüktör kas esnekliğinde kayıp tespit edilmiştir. Palpasyonda abdominal, pubik ve gluteal bölgelerde belirgin hassasiyet ve gergin noktalar görülmüştür. Hastanın sosyodemografik özellikleri, Görsel Analog Skala (GAS), Beck Depresyon Envanteri (BDE), İyi Oluş İndeksi (WHO-22), 36 maddelik Kısa Form Anketi (SF-36) ve Kadın Cinsel İşlev İndeksini içeren veriler başlangıçta ve müdahaleden on hafta sonra toplanmıştır. Başlangıç anket sonuçları ağrı şiddeti VAS 9, Beck Depresyon Envanteri 15, WHO-22 skoru 34, yaşam kalitesi SF-36 skoru 40 ve Kadın Cinsel İşlev Endeksi 15 idi. Hastanın tedavi planı, kronik pelvik ağrı, mesane sorunları ve ortopedik endişelerini ele almak için tasarlanmış çok yönlü bir yaklaşım içeriyordu.

Manuel terapi, eklem fonksiyonunu iyileştirmek ve kas gerginliğini azaltmak için sakral ve kalça eklemi mobilizasyonu, tetik nokta salınımı, yumuşak doku mobilizasyonu ve kinezyolojik bantlamayı içeriyordu.

Ayrıca, solunum verimliliğini artırmak ve gevşeme-yi teşvik etmek için nefes egzersizleri, pelvik taban gevşeme egzersizleri ve postüral düzeltmenin yanı sıra pelvik ve kalça rahatsızlığını gidermek için kalça stabilizasyon egzersizleri ve germe egzersizleri verilmiştir. Hasta eğitimi mesane eğitimi, beslenme tavsiyeleri ve miksiyon ve defekasyon için uygun tuvalet pozisyonuna odaklanmıştır. Hastanın durumunun devam eden yönetimini desteklemek için gevşeme ve nefes egzersizleri, pelvik taban kaslarını güçlendirme ve germe rutinlerini içeren bir ev egzersiz programı sağlanmıştır.

- Mart 2024: Psikiyatrik değerlendirme sonucunda orta derecede depresif nöbet tanısı konmuş ve Lustral 50 mg tedavisine başlanmıştır.

- 25 Haziran 2024: Üçüncü hyaluronik asit enjeksiyonu uygulanmıştır.

### Sonuçlar

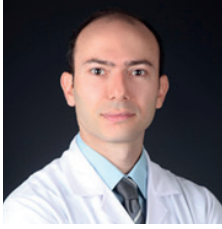
Müdahaleden on hafta sonra katılımcılar Beck Depresyon Envanteri, İyi Oluş İndeksi, SF-36 skorları, Kadın Cinsel İşlev İndeksi ve en önemlisi Ağrı Skorlarında (VAS) kayda değer iyileşmeler göstermiştir. Sol kalça iç rotasyonundaki kısıtlama 2 dereceye düşerek eklem hareketliliğindeki artışı yansıtmaktadır. Sakroiliak eklem muayenesinde sol tarafta herhangi bir disfonksiyon görülmemiştir. Esneklik testleri iyileşmiş olup hamstring, kalça fleksörü ve addüktör kas esnekliği 3++/5 olarak skorlanmış ve kas esnekliğinde ilerleme kaydedilmiştir. Ağrı seviyeleri Görsel Analog Skalasında (VAS) önemli ölçüde azalarak 2'ye düşmüştür. Psikolojik ve yaşam kalitesi değerlendirmeleri de iyileşme göstermektedir; Beck Depresyon Envanteri (BDE) skoru 6

(minimal depresyonu gösterir), WHO-22 İyi Oluş İndeksi skoru 44, SF-36 skoru 55 (her ikisi de genel refahın arttığını gösterir) ve Kadın Cinsel İşlev İndeksi 20'dir ve cinsel işlevde iyileşme gözlemlenmiştir. Genel olarak, bu sonuçlar ışığında ağrıda önemli bir azalma, fiziksel esneklikte artış ve psikolojik ve yaşam kalitesi ölçütlerinde iyileşme olduğu görülmüştür.

### Sonuç

Prospektif vaka raporumuzdan elde edilen bulgular, kronik pelvik ağrısı olan kadınlar için hem cerrahi müdahalenin hem de miyofasyal terapi, egzersizler ve manyetik stimülasyonu içeren kombine fizyoterapi programının potansiyel faydasının altını çizmektedir. Bu kombine protokol ağrı, depresyon ve cinsel işlev bozukluğunun hafifletilmesinde ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve refahın artırılmasında önemli gelişmeler sağlamaktadır. Bu vaka, interstisyel Sistit ve kronik pelvik ağrı yönetiminde multidisipliner yaklaşımların önemini vurgulamaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** İnterstisyel Sistit, Kronik Pelvik Ağrı, Pelvik Taban Enjeksiyonu, Sistoskopi, Akut Piyelonefrit



## Mikrobiyota ve İnterstisyel Sistit/Mesane Ağrısı Sendromu: Sistematik Bir İnceleme Özeti

Doç. Dr. Cevper Ersöz, M.D., FEBU

Medipol Üniversitesi, Medipol Acıbadem Bölge Hastanesi Üroloji Anabilim Dalı

İnterstisyel sistit (IS) / Mesane ağrısı sendromu (MAS), kronik mesane rahatsızlıkları, idrar sıklığı, aciliyeti ve suprapubik ağrıyla karakterize bir durumdur. Bu rahatsızlık için kesin bir tedavi bulunmamakla birlikte, idrar mikrobiyotasının bu hastalığın etiolojisinde rol oynayabileceği düşünülmektedir.

Dikkat çekici bir şekilde, üretra, geçmişte genellikle steril bir ortam olarak kabul edildiğinden, insan mikrobiyomu projesi çerçevesinde daha önce incelenmemişti. Ancak, teknolojik ilerlemeler sayesinde, yüksek verimli dizileme ve genişletilmiş kantitatif idrar kültürü kullanılarak sağlıklı bireylerin idrarında ve idrar sisteminde bakteriler tespit edilmiştir. Literatür, idrar, vajinal ve bağırsak mikrobiyotası arasında önemli korelasyonlar olduğunu göstermektedir. Bu, idrar, bağırsak ve vajinal mikrobiyota arasında potansiyel bağlantılara işaret etmektedir. İdrar mikrobiyotasının muhtemelen sinir sistemi üzerinde etkili moleküller ürettiği, epitel bağlantısını düzenlediği, üropatojenlere karşı bariyerler oluşturduğu ve antimikrobiyal ajanlar üretirken zararlı maddeleri parçaladığı düşünülmektedir.

Bu inceleme, insan mikrobiyotası ve IS/MAS üzerine araştırmaları sentezlemek ve analiz etmek için ilk sistematik çabayı temsil etmektedir.

### Yöntemler ve Çalışma Seçimi

Çalışma, PubMed, EMBASE, Web of Science ve Cochrane gibi veri tabanlarında 2012-2023 yılları arasında yayımlanmış araştırmaların sistematik bir taramasını içeriyor. Belirli kriterlere uyan 12 çalışma seçilerek, idrar, bağırsak ve vajinal mikrobiyotadaki değişiklikler değerlendirilmesi sonrasında araştırmaların kalitesi Newcastle-Ottawa ölçeği ile değerlendirilmiş.

Sonuçlar ve bulgular değerlendirildiğinde, idrar mikrobiyotası IS/MAS hastalarında, özellikle Lactobacillus türlerinin bolluğunda değişiklikler gözlenmiş. Bazı çalışmalarda Lactobacillus seviyeleri artarken, diğerlerinde azalma rapor edilmiş. Ayrıca, IS/MAS hastalarının idrar mikrobiyotasında düşük çeşitlilik ve farklı metabolit seviyeleri bulundu.

Bağırsak mikrobiyotası üzerine yapılan sınırlı sayıda çalışmada, IC/BPS hastalarında anti-inflamatuar özelliklere sahip bazı bakterilerin (örneğin, Faecalibacterium prausnitzii) seviyelerinin düşük olduğu rapor edilmiş. Bu durum, bağırsak mikrobiyotasının inflamasyon ve bağışıklık yanıtları üzerindeki potansiyel etkisine işaret ettiği düşünülmüş.

Vajinal mikrobiyota analizlerinin sonucunda IS/MAS hastaları ile sağlıklı bireyler arasında önemli farklar göstermemiş. Ancak, menopoz öncesi ve sonrası kadınlarda mikrobiyota farklılıkları gözlemlenmiş. Östrojen seviyelerinin vajinal mikrobiyota ve IS/MAS semptomları üzerinde etkili olduğu düşünülmüş.

Diğer mikrobiyotalar değerlendirildiğinde kan ve deri mikrobiyotası gibi diğer mikroorganizmaların IS/MAS üzerindeki etkileri henüz yeterince araştırılmamış durumda. Ancak bazı bulgular, kan mikrobiyotasının inflamasyonla bağlantılı olabileceğini ve deri mikrobiyotasının idrar yolu sağlığını etkileyebileceğini göstermektedir.

Şu anda, IS/MAS'lu bireyler ve kontrol grupları arasında idrar mikrobiyotasında kayda değer çeşitlilik ve tür bileşimi eşitsizliklerini gösteren kanıtlar bulunmaktadır. IS/MAS tanısında bakteri kaynağı olmamasına rağmen, normal kontrollerin idrar mikrobiyotasına göre IS/MAS'de Lactobacillus bolluğunda gözle görülür sapmalar gözlenmektedir. Lactobacillus'un IS / MAS üzerindeki spesifik etkisi, yararlı veya zararlı olsun, belirsizliğini korumakta ve durum üzerindeki potansiyel etkilerini ortaya çıkarmak için gelecekteki araştırmaları gerektirmektedir. Sonuç olarak, idrar mikrobiyotasındaki disbiyozis, IS için etiyolojik bir faktör oluşturabilir ve öngörülebilir gelecekte potansiyel tanısal ve terapötik etkileri olabilir.

## DERNEĞİMİZDEN HABERLER

6-9 Haziran 2024 tarihlerinde, derneğimizin uluslararası katılımlı **Pelvik Ağrı ve Endometriozis Kongresi**'ni, **International Pelvic Pain Society**, **Convergences PP** ve **ESSIC** derneklerinin destekleriyle başarıyla gerçekleştirdik.

Kongremize 400'den fazla katılımcı ve 20'den fazla sponsor ile gösterilen yoğun ilgi için teşekkür ederiz. Amerika, Fransa, İtalya, Portekiz ve Japonya gibi ülkelere katılan değerli konuşmacı hocalarımız sayesinde kongremiz bilimsel açıdan son derece verimli ve etkileyici geçti.

Kongrede izin verilen sunumlara ve fotoğraflara ulaşmak için derneğimizle iletişime geçebilirsiniz.

Bir sonraki kongremize ilişkin detaylar en kısa sürede üyelerimizle paylaşılacaktır.







## İlgili Kongreler

Minimal Access Gynaecological Surgery (MAGS) Unit  
Department of Obstetrics and Gynaecology

Stellenbosch  
UNIVERSITY  
IYUNIVESITHI  
UNIVERSITEIT

# 2025 PASE CONFERENCE

20 - 22 FEBRUARY 2025  
Taj Hotel,  
Cape Town

Pan African  
Society of Endometriosis | **PASE**

# ENDO DUBAI

A DECADE OF INNOVATION:  
INTELLIGENT SURGERY

FEBRUARY 20-21-22

## BEST OF ASRM & ESHRE

13-15 March 2025

Lisbon, Portugal



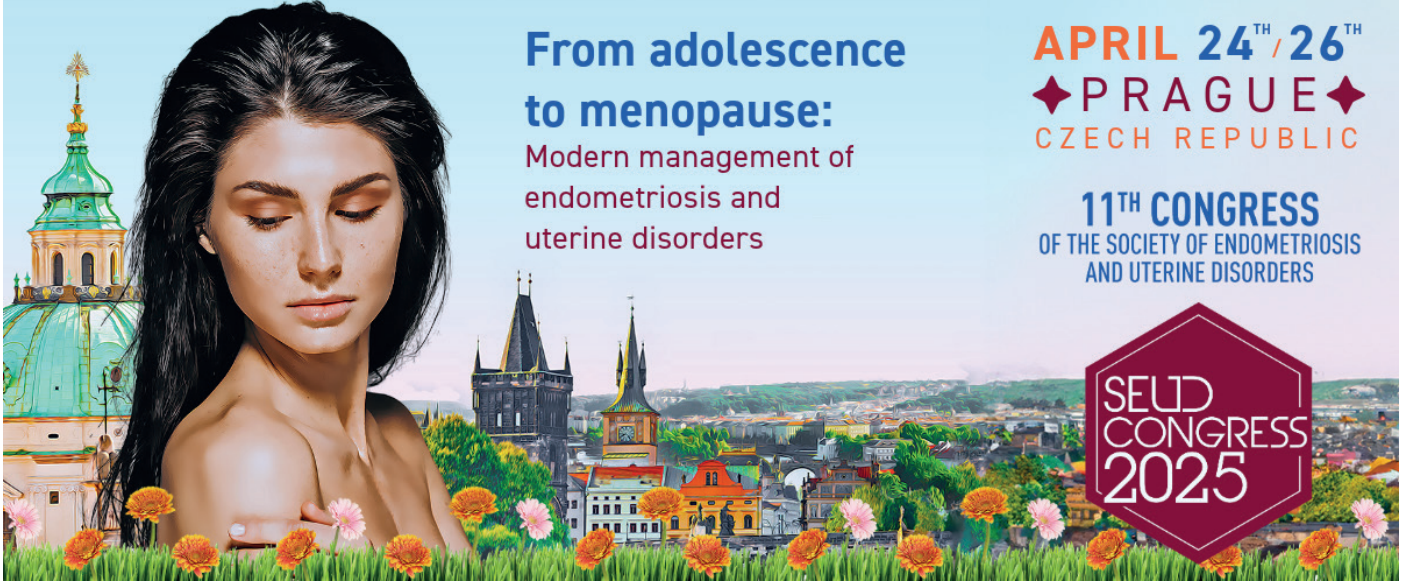
## SEE YOU IN **LYON 2025** **PAIN IN EUROPE XIV**



14TH CONGRESS OF THE  
EUROPEAN PAIN FEDERATION EFIC®

24-26 APRIL 2025 | LYON, FRANCE

[EFIC-CONGRESS.ORG](https://efic-congress.org) #EFIC2025



**From adolescence to menopause:**  
Modern management of  
endometriosis and  
uterine disorders

**APRIL 24<sup>TH</sup> / 26<sup>TH</sup>**  
◆ **PRAGUE** ◆  
CZECH REPUBLIC

**11<sup>TH</sup> CONGRESS**  
OF THE SOCIETY OF ENDOMETRIOSIS  
AND UTERINE DISORDERS

**SEUD CONGRESS 2025**



**ESHRE 41st Annual Meeting**

Paris, France

29 June - 2 July 2025

● ● ● ● ●

 eshre



16th WORLD CONGRESS on ENDOMETRIOSIS 2025

**WCE 2025**

21-24 MAY  
**SYDNEY**  
AUSTRALIA

[www.wce2025.com.au](http://www.wce2025.com.au)

 **WORLD ENDOMETRIOSIS SOCIETY**  
leading the way in endometriosis

# HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml

Hayatı **AĞRIYA** sıkıştırma!



## HYAJECT/cyst®

Intravezikal Steril Sodyum Hiyalüronat Solüsyon 120mg/50 ml



HYAJECT/cyst® yüksek seviyede saflaştırılmış, hayvansal kaynaklı olmayan Hiyalüronik asitten oluşan medikal üründür.<sup>1</sup>

50 ml HYAJECT/cyst® 120 mg Sodyum hiyalüronat içerir.<sup>1</sup>

Yüksek viskoziteye sahip 120 mg/50 ml hiyalüronik asit avantajları; aylık olarak uygulama kolaylığı sağlaması ve semptom yoğunluğuna göre tekrarlanabilecek etkili doz sunmasıdır.<sup>2</sup>

Mesaneye hiyalüronik asit uygulaması, GAG replasman tedavisinin bir parçasıdır. İnvaziv olmasına rağmen tedavi, çok iyi güvenlik profili nedeniyle hem birinci hem de ikinci basamak tedavi olarak kullanılmaktadır.<sup>3</sup>

Hiyalüronik asit, hücre çoğalması, farklılaşması ve dokuların onarımı sürecini etkiler. GAG katmanının yeniden yapılandırılması önemlidir, ürotelyum için koruyucu bariyer görevi görebilir.<sup>4</sup>

#### Referanslar:

- 1-HYAJECT/cyst Kullanım Kılavuzu. 2-Akbay et al. The short-term efficacy of intravesical instillation of hyaluronic acid treatment for bladder pain syndrome/interstitial cystitis. Turk J Urol 2019; 45(2): 129-34. 3-M.J. Hung et al. Hyaluronic acid improves pain symptoms more than bladder storage symptoms in women with interstitial cystitis/ Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology 58 (2019).
- 4-Almeida et al. Interstitial Cystitis - Intravesical Treatment. Rev Assoc Med Bras 2019; 65(4):535-540.

