

ENDOMETRİOZİS &  
ADENOMYOZİS  
DERNEĞİ  
2009

10.yıl  
2009-2019

## ENDOMETRİOZİS BÜLTEN

ARALIK 2019 / SAYI XII

KRONİK PELVİK AĞRI ÖZEL SAYISI



Her On Kadından Biri Endometriozis

[www.endometriozis.org](http://www.endometriozis.org)

Hepinize merhaba,

"**Kronik Pelvik Ağrı**" (KPA) özel sayımız İleyeniden sizlerle birlikteyiz. Bİlindiği üzere KPA gerek üreme çağıında gerekse daha İleriki yaşlarda kadınlarasık görülen,Kadınlıstabilen vedoğum polikliniklerine sık bayımı yapımasınaden olan, tedavisinde sağık stemine deçık önemli madde yük geşiren bir konudur. Vedaha doğenemisi hepimiz pelvik ağrıyı biliyoruz desekte, hastamızı bildiğimiz pelvik ağrı yapınadenler; endometriozis, myom, pelvik inflamatur hastalık, İritabil batak sendromu, İnterİstiyel sıstıv gibi akla gelen nedenlerden biri bulunamadında çoğurıtkula hasta algoloji veya psikiyatri kliniklerine yönlendirilmektedir. Adında pelvik ağrı hastalann tanı vededavisindekilen önemli nokta mutlaka muİstislineryakılayımgrekkliğidir. Bublütürimizde olanında uzman, farklı branşlardaki hekimlerin "**Kronik Pelvik Ağrı**"ya bakış açılarından faydalanma şansımız olacak. Buözel sayımız hazırlanmasında başta **Prof. Dr. Ercan Baştu, Prof. Dr. Ahmet Kale, Prof. Dr. Engin Oral** hocalarımıza ve**Dr. Dr. Pınar İlgin Bahat, Uz. Dr. Bahar Yüksel Özgür** kardeslerimize çok teşekkür ederim. Bültenimizde aynı zamanda önceki sayılarda olduğu gibi endometriozis dnyaynsanhaberlere deulaşacaksınız.

Demeğimiz **Kredili YurtlarKarası** ileortak bir projeye başlayarak ülkemizdeki yurtlan tek tek gezerekgeç kıdınmıza "**Kadınsağılığı ve Hijyeni**" konulu seminerler düzenlemeye Kasım ayı İsbari İlebağlıdı vepok çok farklı İilde 20ye yakın yurda ziyaretedi tamamladı. 2020 yılında dabu büyük sosyal sorumluluk projemiz devam edeceğiz. Yönetimkurulumuz, danşma kurulundan hocalarımız veyenç grup üyelerimizin gönüllükkesası İlegerçekleşİdizimizve her İilde geenç kıdınmız veyut yöneticileritayından büyük ilgi İlekarşılandığbu projenin yürütücüsü olmaktan büyük onur duyuyoruz.

3 Kasım'da**41. Venedeİstanbul Maratona**'nda demeğimiz geenç grubu farkındalık yaratmak adına Endometriozis veçkolata kisİ hastalık yazınsihirtleri İlekoçtular.

12 Kasım'da **İstanbul Raffles Otel'de Alaluxa**'nın düzenlediği "**Aday of Trends**" Kermesine ka İddık. Standımız ziyaret edenler kıtılanmızdan vebosöylenimizden almaysa İbulduklar. Kermesekulaşlanendometriozis hakkında bilgİlendirdik.

Endoakademİ toplan İanmızın11.cisini **20Ekim 2019** tarihindeİstanbul Lüal KırdarKartaleği\_m veAraşırma Hastanesi Konferans Salonu'nda yapıldı. 200e yakın meslektaşımızın ka İddıktoplan\_mızbüyük ilgi İlekatİp edildi. Akademi de Endometriozis vektronik Pelvik Ağrı farklı branşın hekimler tar'ından tar\_şıldı. **Avusturya'dan Sayın Gernot Hudelet** 2sunum vevacını endometriozis cerrahisi ile toplan\_mızdabültere deneyimleri aktardı.

Bu yıl Prag'da yapılan **5. AvrupaEndometriozis Kongresi'nde(EEL)** deAvrupaEndometriozis Demeği başkanı vekurucu başkanımız **Dr. Engin Oral** vebaşkanımız **Dr. TamerUSTA**, yönetim kurulu üyesi **Dr. Bülent Urman** konuşmaların gerçekteleşİrken,demeğimiz geenç grubundan **Dr. Nura Fitnat TopbaşSelçuklı** ve**Dr. Bilal Cansu Gündoğdu** özel sunum yap\_ıtar. Demeğimizin standı yabancı meslektaşlanmızdan büyük ilgi gördü.

**16 -17 Aralık 2019** tarihlerindeİstanbul da2.sini düzenlediğimiz **Dr. Engin Oral** ve**Dr. Erhan Sandoğlan** hocaların direktörlüğünde gerçekleştirilen **Second Interna\_onal Endometriosis School İstanbul'a** uluslararası alanında pek çok meslektaşımıza ka İddık. Meslektaşlanmızın hem teorik anla\_m hem dedomuz üzerinde praşık uygulama İmkani İbulduğu toplan\_mızka İlmz İlarİçin olduğuca verimİ geç. **Joerg Keckstein, Mario Malzoni, Alessandra DiGiovanni, Natasha Curran** gibi alanındauluslararası bilinen hocalanmızın yanı sıra İlkemizden dealanında uzman hocalarımıza ka İddık. Ayrıca toplan\_mız sırasında **Alessandra DiGiovanni** tara'ından endometriozisli hasta üzerinde canlı ultrasonografi demonstrasyonu vevardından da**Mario Malzoni** tara'ından canlı olarak LaparoskopikEndometriozisCerrahisi gerçekteleşİldi.

**Dünya Endometriozis Organizasyonu** demeğimizizi İçbirliğ yap\_ıdemekler anasınakabuleleğİndüyoruz.

Demeğimiz geenç grubundan **Dr. Pınar İlgin Bahat** ve**Dr. Nura Fitnat TopbaşSelçuklı** 2yer aynısına İle**Oxford Üniversitesi Nuffield Hospital** vProf **DrChrisSanBecker** İnyanınaDemeğimizizayesinde eğİSm için gİleler.

Bültenimiz için yurt dınyında endometriozise gönüllü vermiş meslektaşlanmızla buluşmaya veröportaj yapmaya devam ediyorum. Bu sayımızda; röportajımız tüm Dünya'da Oxford Üniversitesi'nde "**Endometriozis veÖreme Sağlığı**" alanında yap\_ı çalışmalar İle tanışan **Prof. Dr. Chris\_an Becker** İlegerçekleşİrdik. Röportaj öreşine vedösesuna e- bültenimizden vevweb sayfanızdan ulaşabilirsiniz.

Bülten boyunca, hazırladığimiz seçilmiş makale özetlerimizeziyanızara, son üçyadılkemleğimizden Kronikpelvik ağrı makalelerine de ulaşma şansınız olacaktır.

2020 yılında dayeriden Endometriozis farkındalığına dair önemli adımlarına ka İddık, bilimsel alanda daha nice güzel çalışma haberlerimizi paylaşacakımız bir sonraki sayımızdağörüştükdeİleğİ İe.

Saygılarımla

**Doç. Dr. TamerUSTA**

**Endometriozis &Adenomyozis DemeğiBaşkanı**

## Endometriozis&Adenomyozis Derneği Yönetim Kurulu 2020



Doç. Dr. Taner Usta  
(Başkan)



Prof. Dr. Ümit İnceboz  
(Başkan Yardımcısı)



Prof. Dr. Ahmet Kale  
(Genel Sekreter)



Prof. Dr. Banu Karbak  
Ayyıldız  
(Sayman)



Prof. Dr. Engin Oral  
(Üye)

Endometriozis&Adenomyozis  
Derneği Kurucu Başkanı



Op. Dr. Pinar Yalçın Bahat  
(Üye)



Prof. Dr. Ercan Bağcı  
(Üye)

Endometriozis e-Bülten, Endometriozis&Adenomyozis Derneği tarafından hazırlanmaktadır. Bülten'de yer almasını istediğiniz konular veya sorularınız olursa [dr\\_pinaryakcin@hotmail.com](mailto:dr_pinaryakcin@hotmail.com) ve [bahary36@gmail.com](mailto:bahary36@gmail.com) adresinden bize ulaşabilirsiniz.

## İÇİNDEKİLER

### A SEÇİLMİŞ MAKALELER

1. Ağrılı Cinsel İlişki: Superfisyal dispareni ve Endometriozisli Kadınlarda Pelvik Taban Kasının Üç Boyutlu Transperineal Ultrason Değerlendirilmesi - Painful Love: Superficial Dyspareunia and Three Dimensional Transperineal Ultrasound Evaluation of Pelvic Floor Muscle in Women with Endometriosis.

Mabrouk, M., Del Forno, S., Spezzano, A., Raimondo, D., Arena, A., Zanello, M., Seracchioli, R. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1-10, 2019

2. Endometriozis İlişkili Orta ve Şiddetli Ağrısı Olan Kadınlarda Elagolik's'in İşyeri ve Ev Hayatı Verimliliği Üzerine Etkisi: İki Adet Fazlı Çalışmasının Birleştirilmiş Analizi - Impact of Elagolik on Workplace and Household Productivity Among Women with Moderate to Severe Pain Associated with Endometriosis: A Pooled Analysis of Two Phase III Trials.

Surrey, E. S., Soliman, A. M., Palac, H. L., Agarwal, S. K. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 1-10, 2019

3. Endometriozis ile ilişkili pelvik ağrının klinik değerlendirmesinde pratik bir rehber - A Practical Guide to the Clinical Evaluation of Endometriosis-Associated Pelvic Pain.

Vilasagar, S., Bougle, D., & Singh, S. S. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2019 onpress

4. Endometriozis Ve Ağrının En Uygun Yönetimi- Optimal Management of Endometriosis and Pain.

Nezhat, C., Yang, N., Tanaka, P. P., Nezhat, C. *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), 834-839, 2019

### B DERNEĞİMİZDEN HABERLER

### C ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

### D ENDO UZMAN RÖPORTAJI

### E SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS MAKALELERİ

### F KRONİK PELVİK AĞRI ÖZEL SAYISI

### G SOSYAL MEDYA

### EDİTÖRLER

Uz. Dr. Pınar Yalçın Bahat  
Uz. Dr. Bahar Yüksel Özgör  
Prof. Dr. Ercan Baştu  
Prof. Dr. Ahmet Kale

### HAZIRLAMA KURULU

Uzm. Dr. Eda Üreyen Özdemir  
Uzm. Dr. Yusuf Aytac Tohma  
Uzm. Dr. Aslıhan Dericioğlu  
Uzm. Dr. Ayşegül Mut  
Stj. Dr. Ali İhsan Nergiz

## A SEÇİLMİŞ MAKALELER

# 1 AĞRILI CİNSEL İLİŞKİ: SUPERFİSYAL DİSPARONİ VE ENDOMETRİOZİSLİ KADINLARDA PELVİK TABANKASININ ÜÇBOYUTLU TRANSPERİNEAL ULTRASON DEĞERLENDİRİLMESİ

Painful Love: Superficial Dyspareunia and Three Dimensional Transperineal Ultrasound Evaluation of Pelvic Floor Muscle in Women with Endometriosis. Nabreuk, M., Del Forno, S., Spezzano, A., Raimondo, D., Arena, A., Zanello, M., Seracchioli, R. Journal of sex & marital therapy, 1-10, 2019

### GİRİŞ

Endometriozis, endometrial dokunun uterus boşluğu dışında anormal yerlere olarak tanımlanan kronik inflamatuvar bir hastalık türüdür. Endometriozis, üreme çağındaki kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen ağrı semptomlarına neden olabilir. Ağrı cinsel ilişki olarak tanımlanan disparoni, özellikle derin infiltratif endometriozis (DIE) ile ilişkili en yaygın semptomlardan biridir. Disparoni, şüpheli sınıflandırılabilir: vajinal girişte veya derin olmayan vajinal penetrasyonda ağrı veya rahatsızlık veya olarak tanımlanan yüzeysel disparoni veya derin penetrasyonda (orta veya üst vajina) ağrı veya rahatsızlık şikayesi olarak tanımlanan derin disparoni.

Endometriozis, özellikle DIE vaterin disparoni arasındaki bağlantı, zaten araştırmış. Öte yandan, endometriozis ve yüzeysel disparoni ilişkili çok azlığı olduğu gibi, disparoni şikayesi olan derin endometriozisli kadınlarda pelvik taban kası (PFM) tonusunun rolü hakkında da çok az şey bilinmektedir. PFM tonu, levator hiatus alanının (LHA) tespit yoluyla geçerli, güvenilir ve invaziv olmayan üç boyutlu (3D) transperineal ultrason tekniği ile değerlendirilebilir. Bu çalışmamızın amacı, endometriozisli kadınlarda yüzeysel disparoni varlığına analiz etmek ve yüzeysel disparoni ile PFM morfolojisini arasındaki ilişkiyi transperineal 3D ultrason değerlendirmesi ile araştırmaktır.

### Materyal ve Method

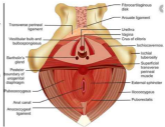
Endometriozis uzmanlık merkezimizde Mart 2015 - Mart 2018 arasında gözlemlenen bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada, DIE ve/veya endometriozis (OVA), klinik sesonografik tanısı konulan, cinsel açıdan aktif olan ve menahi için tarih verilmiş 160 nullipar kadın hasta dahil edildi. Endometriozis tanısı klinik ve sonografik bulgulara ve gerek-seğinde manyetik rezonans görüntüleme (MRG) dayanmaktadır.

Kadınlardan 11 puanlık sayısal puanlama ölçeğini (NRS) kullanarak endometriozis ilişkili semptomları (dismenore, disüri, diskezi, kronik pelvik ağrı) puanlandırmaları istendi. İrenekolojik bimanual muayene, transvajinal ve transabdominal ultrason öncesinde, PFM morfolojisini değerlendirmek için üç boyutlu transperineal ultrason deneyimli sonografik uzmanlar tarafından istisnai uygulamaları.

### Sonuçlar

#### Disparoni Prevalansı

Çalışma grubundaki genel disparoni prevalansı %78,1'dir (125/160). Özellikle, DIE grubundaki kadınlar, OVA grubundaki kadınlara göre (% TD.3 - %85.2) daha fazla disparoni tanımlamaktadırlar. Tüm çalışma grubundaki 108 kadında (108/160, % 67,5) bulunan yüzeysel disparoniye genelde derin disparoni eşlik ediyordu (94/108, % 83,3).



#### Pelvik Taban Kası Morfolojisi

DIE grubundaki kadınlarda, 3D transperineal ultrasonda, OVA grubundaki kadınlara kıyasla daha küçük bir LHA görüldü. (11.8 ± 2.4'e karşı 10.3 ± 2.4; P<.019; Student t test). Yüzeysel disparoni olan kadınlarda pelvik taban kas morfolojisini yüzeysel disparoni olmayan kadınlara kıyaslandığında, LHA, yüzeysel disparoni hastalarında, tüm çalışma grubunda yüzeysel disparoni olmayan kadınlara göre anlamlı olarak daha dardır.

#### Tartışma

Bu çalışmada, hem DIE hem de/veya over endometriozisli olan kadınlarda yüzeysel disparoni prevalansının yüksek olduğunu saptadık. Çalışmada yüzeysel disparoni olan hastalarda, PFM değerlendirmesinde, tüm çalışma grubunda yüzeysel disparoni olmayan kadınlara göre daha küçük bir LHA görülmüştür. Bu, "yüzeysel disparoni" semptomunun, endometriotik lezyonların konumundan bağımsız olarak arın PFM tonusu ile ilişkili olabileceği hipotezini doğrulamaktadır.

Sonuç olarak, yüzeysel disparoni, endometriozisten etkilenen kadınlarda, özellikle DIE'de oldukça yaygın görünmektedir ve çoğu durumda derin disparoni ile birlikte görünmektedir. Yüzeysel disparoni sıklığı, transperineal ultrasonla tespit edilen daha küçük LHA ilişkili olabilir ve bu durum endometriozisten etkilenen kadınlar arasında PFM tonusu artmasının bir semptomu bildirildiğini düşündürür. Yüzeysel disparoninin tespiti endometriozisli kadınlarda özellikle yüksek yaygınlığı için eşiz bir fırsat sunuyor olabilir çünkü bu semptom muhtemelen özel bir tedavi stratejisini hak etmektedir.

## 2 ENDOMETRİOZİS İLİŞKİLİ ORTA VEŞİDDETLİ AĞRISI OLAN KADINLARDA ELAGOLİKS'İN İŞYERİ VE EV HAYATI VERİMLİLİĞİ ÜZERİNE ETKİSİ: İKİ ADET FAZII ÇALIŞMASININ BİRLEŞTİRİLMİŞ ANALİZİ

Impact of Elagolix on Workplace and Household Productivity Among Women with Moderate to Severe Pain Associated with Endometriosis: A Pooled Analysis of Two Phase III Trials. Surrey, E. S., Soliman, A. M., Palac, H. L., Agarwal, S. K. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research, 1-10, 2019

### GİRİŞ

Endometriozis, kadınların işyerilerindeki ve ev hayatlarındaki üretkenliklerini derinden etkiler.

Endometriozisi olan kadınların, endometriozis semptomlarından özellikle ağrıdan dolayı devamsızlık nedeniyle çalışma süresinin %3-13'ünü verimden çalışma süresinin %14-65'ini kaybetmiş bildiriliyor. Ev işlerinde verim azalması da bildirilmiş. Bir çalışmada, kadınların %79'u ev işleri yapma konusunda önemli bozukluklar bildirmiş.

Bu çalışma endometriozis ağrısını etkili bir şekilde yöneten bir tedavinin, hastaların işgücüne verimlilik şeklinde ka...malan ve ev işlerini yapma yeteneklerini olumlu yönde etkilediğini gösteren ilk çalışmalardan biridir.

### Amaç

Bu çalışmanın amacı, elagolixin endometriozis ilişkili işyeri ve ev hayatı verimlilik kayıplarındaki etkisini değerlendirmek.

### Yöntem

Endometriozis ilişkili orta ve şiddetli ağrısı olan 18-49 yaş arasındaki kadınlar 6 ay boyunca elagolix (günde 150 mg QD), günde iki kez 200 mg BID) veya placebo ile tedavi edildi ve bu iki faz II çalışmasından elde edilen veriler birleştirildi. İşyerinde ve evde devamsızlık ve verim kaybını belirlemek için Sağlıkla İlgili Verimlilik Anketi, başlangıçta, 3. Ay ve 6. Ay'da uygulandı. Başlangıçta 15 birey placebo ve elagolix dozun arasındaki verim değişiklikleri kovaryans analizi ile karşılaştırıldı.

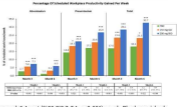
İncelmede kullanılan çalışmalarda sadece, her ikisi de orta ve şiddetli endometriozis ilişkili ağrı çeken premenopozal kadınlardaki doz elagolix dozunun (150 mg QD veya 200 mg BID) etkinliğini ve güvenliliğini değerlendiren randomize, çift körlük, çok merkezli, placebo kontrolü çalışmalardır. Çalışmalar 18-49 yaşları arasında, son 10 yılda cerrahi olarak endometriozis tanısı almamış ve orta ila şiddetli endometriozis ilişkili ağrı olan kadınları dahil edildi.

### Veriler

İşyeri analizleri çalışan 1270 kadını, ev analizleri 1565 kadını kapsamaktadır. Başlangıçta, kadınlar haftalık işyerinde 16 saat ve evde 8,3 saat, işyerinde planlanan için %45'ini evde planlanan işlerin %64'ünü kaybettiler.

Elagolix, oral bir gonadotropin salgılayan hormon reseptörü antagonistidir. Gonadotropinin ve diğer seks steroidlerinin doza bağlı baskılanmasını sağlar. İki faz II çalışması (ELARIS EM-I ve ELARIS EM-II), elagolixin günde bir kez 150mg QD) ve günde iki kez 200 mg BID) ile 6 ve 6 ay tedavi sonrası endometriozis ile ilişkili orta ila şiddetli ağrı çeken kadınlarda dismenore ve menstrüel olmayan pelvik ağrıyla ilişkili verimliliklerini göstermiştir.

6. ayda elagolix 150mg QD veya 200 mg BID ile tedavi placeboya göre üretkenlik saatlerini işyerinde 1.7 (95% CI 0.1-3.4; p=0.041)



ve evde 5,4 saat (95% CI 3.7-7.1; p=0.001) ar... Planlanan işlerde sırasıyla %5,2 (95% CI 3.7-9.7; p=0.022) ve %4,6 (95% CI 3.0-19.1; p=0.001) kazançlanabilirlik gelir. Her iki elagolix dozu, 6 ayda, placeboya göre ev işleri verimliliğini 1,7 (95% CI 0.7-2.7) ve 3,1 (95% CI 1.4-4.0) saat ve planlanan ev işlerinin oranında %4,8 (95% CI 3.5-14.1; p=0.001) ve %20,4 (95% CI 15.1-25.6; p<0.001) ar... sağladı.

### Sonuç

Elagolix ile tedavi endometriozise bağlı işyeri ve evdeki verimlilik bozulmasını iyileştirir.

### Çalışma Kaydı

ELARIS EM-I (NCT01620528) and ELARIS EM-II (NCT031931670)

# 3 ENDOMETRİOZİS İLE İLİŞKİLİ PELVİK AĞRILARIN KLİNİK DEĞERLENDİRİLMESİNDE PRATİK BİR REHBER

A Practical Guide to the Clinical Evaluation of Endometriosis-Associated Pelvic Pain.

Vilasagar, S., Bougie, O., & Singh, S. S. Journal of minimally invasive gynecology, 2019 onpress

## Giriş

Endometriozis tanesi, değişen klinik durumlar ve semptomları heterojenliği gebeliğine alındığında zor olabilir. Geçmiş tarihi, semptomların başlamasından tanıya kadar ortalama 9-10 yıl uzarılığa kadar bildirilen geçikmeyle sık gürüldür; Pelvik ağrı ile başıran kadınlardan %50'den fazla rapor edenlere göre tarihi gelmekten daha fazladır. Ek olarak, ağrı, endometriozis tedavisi için, özellikle başka komorbid ağrı şikayetleri mevcut olduğunda, tedavinin başlamasından sonra semptomların yeterli azalması nedeniyle, gelecekteki tedavilere karşı dirençli olabilir. Endometriozis bağlı ağrı (EAP), bu durumlardan muzdarip kadınlar için sağlıklı ilişkili yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir. Endometriozis gibi kronik ve enflamatuar durumları bildiren kadınların önemli fonksiyonel bozuklukları, artışmış yorgunluk ve depresif ruh hali vardır. Bu hastalarda daha erken tanı koymaya ihtiyaç vardır, bu da daha erken bakım ve daha iyi yaşam kalitesi sağlayabilir. Bu, yönlendirilmiş bir diğik, fizik müayene ve uygun uzman rehberli görünlüleme içeren sistemli bir değerlendirme ile mümkün olabilir. Ortak kronik ağrı durumlarının eş zamanlı olarak değerlendirilmesi, uygun tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olmak için değerlidir.

Bu makalenin amacı, klinisyene EAP değerlendirilmesinde basit ve tekrarlanabilir bir klinik yaklaşımağlamak.r.

## Öykü

Öykü, hem hastanın semptomlarının bir değerlendirilmesi, hem de buğine kadarki süreden bir onaydır. Ağrının başlangıç veyiddes, ayrıca şiddetlendirici veyahifletici faktörler de dahil olmak üzere hastanın ağrı deneyiminin klasik tarihsel değerlendirilmesi esas.r. Zamanla ağrının sonucu olarak ortaya çıkan kişinin işlevi veyayşam kalitesi üzerindeki etki belgelenmeli ve klinisyenin hastanın beklentilerini anlamasına yardımcı olmalıdır. Ağrı, endometriozisin ana semptomu olmasına rağmen, endometriozis teğhisine bağlanabilecek veya diğer yaygın ağrı koşullarından kaynaklanabilecek ağrı semptomlarını ayırt etmek önemlidir (Tablo1).

## Hasta Hedefleri

EAP için değerlendirilen hastalarda klinik değişimin bekli deen önemli yanı, hastanın kişisel iyileşme hedefleridir. Ağrı yönetimi iyileşme için makul bir hedef olarak görülmeye, bazı hastalar aslında bir hamileliği başarma hedefiyle ortaya çıkabilir. Sağlık hizmetleri sağlayıcısının amacı, hastanın istenen son noktaya ulaşmasına yardımcı olmak.r; ilikonsültasyon dahastanın kısa ve uzun vadede bakım konusundaki beklentilerini netleşirmek önemlidir.

## TbbiGeçmiş

Bilinen tbbi geçmiş öyküsünde, mevcut tedavileri, aileden endometriozis öyküsü, kronik ağrı, anormal uterin kanama ve jinekolojik konservatif girişimdir. Terapötik seçeneklere geçmiş yanı, ileriye dönük terapötik seçeneklerin yönlendirilmesine yardımcı olmak için önerilen tedavilerle birlikte



Figure 1. Skin changes due to chronic pelvic pain (small, dark, circular lesion on the skin for pain relief).

## Geçirilmiş Cerrahi Öykü

Hastaya yaklaşımla, bulgulara ve patolojiyi belirlemeye yardımcı olmak için geçmiş cerrahi raporları ve görüntüleri (mümkün olduğunda) elde etmek gereklidir. Geçmiş cerrahi doğrulama veya endometriozisin yokluğu yararlıdır ancak yanlış olabilir. Örneğin, derin endometriozis, cerrahiden önyemine ve/veya hastayığın konusuna bağlı olarak ruşun laparoskopide kaplanabilir.

Ek olarak, endometriozisin varlığını hasta hastanın yaşadığı ağrıyı açıklamak zorunda değildir veyakonusu sadece bir bileşeni olabilir. Son olarak, özellikle hasta endometriozis için tedavi edilmişse, geçirilmiş ameliyata cevap vermezdir. Uzman bir ekip tarafından cerrahi tedavi sonrası sınırlı veya kısa süreli ağrı iyileşmesi diğer kronik ağrı nedenleri veya sendromlar sorununu gündeme geşmelidir.

## Endometriozis ile ilişkili ağrı semptomları

EAP Spik olarak şiddetli pelvik ağrı, dismenore, derin dispareni, disüri ve diskezi gibi sayısız ağrı semptomları ile karakterizedir. İdrar yolu veya bağırsak endometriozisi durumunda, ayıklamaları veya hematokeli de mevcuttur olabilir. Bir çalışmada, endometriozis ile iliğli en sık bildirilen semptomların ağrı, dispareni, ağrı/düzensiz kanama ve konsürlü olduğu ortaya konmuştur. Diğer bildirilen semptomlar yorgunluk, şişkinlik, bağırsak (mesane semptomları ve ağrı nedeniyle uyku bozuklukları) idi. Bu semptomlar şiddetli bir şekilde artırıldı. Semptomlar, adet kanaması sırasında Spik olarak daha şiddetli olmasına rağmen, adet kanaması başlamadan önce bağlayabilir veyadet kanaması durduktan günler sonra devam edebilir. Bu vakaların değerlendirilmesinde adenomyozis de düşünilmelidir. Endometriozisli hastaların MRG değerlendirmesinde %91 kadar yüksek bir oranda adenomyozis bulundu. Hemendometrioziste hem adenomyoziste de birak birşey semptom mevcut olsa da, diğer semptomlara ek olarak ağrı menstrüel kanama veya uteri adenomyozisi aynı tanı listesinde koymalıdır. Asırlık, endometriozisin bir başka önemli bulgusudur

ve hastaların tek göstergesi olabilir. Endometriozisi olmayan infertil kadınlara kıyasla endometriozisi infertil kadınlarda arasında ağrı, adet düzensizlikleri ve yorgunluk semptomlarının daha yaygın olduğu gösterilmiştir. Daha az yaygın olması rağmen, "estra pevik" ağrı belirtileri özellikle siklik ve deflenderimlidir. Önemli semptomlar arasında siklik cerrahi skar şüphesi ve ağrı (skar semptomları), aykırı prömetoraksial veya omuz ağrısı (toraksik veya diyafragmaşık endometriozis) ve siklik sırt ağrısı (sinir tutulumu) bulunur.

### Kronik Pelvik Ağrı ve Kronik Çıkışan Ağrı Koşulları

Endometriozisi kadınlarda, merkez sinir sisteminin dinamik bir şekilde yeniden şekillenmesini içeren merkezli duyarlılığı gösteren bir ve/veya "n" olumsuzunda ve gelişiminde pay olabilir. Döngüsel olmayan veya günlük ağrı, diğer kronik pelvik ağrı koşullarından sıra dışıdır ve gösterilebilir. Kronik pelvik ağrı, anatomik pelvite, ümbilikal veya al\_ndaki karn ön duvarında, lumbosakral sırt veya kalçaya lokalize olan saydan daha uzun süren siklik olmayan ağrı olarak tanımlanır. Fonksiyonel engellilik durumuna veya "biri balama neden olacak kadar şiddetlidir. Kronik pelvik ağrı eniyi muşidisipler bir yaklaşımla giderilir, bunchede erken tanıdır. Endometriozis, kronik pelvik ağrı olan kadınlarda sık tespit edilen durumlardan biri olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, ağrı diğer kronik pelvik ağrı koşullarından ayırt edilebilir veya birlikte olabilir. ABD Kongresi ve Ulusal Sağlık Enstitüleri kısa süre önce, tek başına veya başka olarak kadınlarda etkileyen kronik ağrı rahatsızlıklarının birliğinde olduğu kümeyi, kronik bütünsel kronik ağrı durumları olarak adlandırdı. Bu hastalıklar endometriozis, vulvodini, temporomandibular bozukluklar, miyaljik ensefalomyelit/kronik yorgunluk sendromu, irritabl bağırsak sendromu, intersitiyel sist / ağrı menase sendromu, fibromiyalji, kronik genizlik Spi ve migren baş ağrı ve kronik bel ağrısıdır. Aras\_malar, bukoğulları, baş ağrı imsin, sinir vensidinin sistemlerde, alta yatan hastalık potansiyolisinini paylar\_ğni ortaya koymaktadır. daha sonra sağlık sonuçlarının kötüleşmesinden olan semptomların kötüleşmesi ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açan teşhis tegeciklime ve etkili tedaviler tegeciklikmes\_ğni olur.

Miyofasiyal ağrı sendromu kas ve bağ dokusunda palpasyonda hassasiyetle karakterizedir. Bir hasta, hareket, akSivite, ömsel ilişki ve kann duvan, kalça, sırt veya pelvik taban kas gruplarının herhangi bir şekilde etkilenmesiyle şiddetlenen bu bölgelelerde kramp, ateş ve yayılan bir ağrı tanımladığında bu dikkate alınmalıdır. Bu, herhangi bir kasta ortaya çıkabilir, ancak EAPTI kadınlarda çoğunlukla karn duvan ve pelvik taban kas sisteminde ortaya çıkar. Özellikle bu belirtiler adet döngüsü sırasında daha da kötüleşebilirler, ancak döngüsel olmayan bir şekilde ortaya çıkabilir. Bir hasta ne derse her gün ağrı duyuyorsa, aynı tanılamıyofasiyal ağrıyı etkilemek olasılıkla düşünülmesi gerekir.

Bağırsak ve mesane semptomları genellikle endometriozisi kadınlarda görülmektedir. iritabl barsak sendromu ve ağrı menase sendromu gibi diğer barsak vemesane ağrısı eşyolojilerini de değerlendirilmelidir. iritabl barsak sendromu tanı RomalıV kriterleri ile konur: son üç ayda ortalama olarak enaz gün(ha)ada bir tokarılayarkarn ağrısı, aşağıdaki kriterden biri veya daha fazlasıyla ilişkili -1) defkama ile ilgili, 2) defkama siddetinde değişiklik, 3) dışkı şeklinde bir değişiklik. Anormal bağırsak akışkanlığı ile birlikte tokarılayan karn ağrısının varlığı, genellikle muayene yapılmadığında veya objektif kriterlerin yokluğunda belirleyici özelliklerdir.

Ağrı menase sendromu, diğer tanımlanabilir nedenlerin veya

enfeksiyöz veya yatkınlarda, ghaftadan uzun süredir alt idrar yolu ile ilişkili semptomları olan, idrar torbası ile ilişkili olduğu düşünülen tatlız bir his (ağrı, basınç, rahatsızlık) şeklindedir. Ghaftadan uzun süresince tedavinin derhal başarılması sağlanır. Ağrı menase sendromu ile ilişkili ağrı semptomları genellikle mesanenin dolmasıyla ilgili suprapubik basınç veya rahatsızlık, belğin idrar acılığı/sıklığı voidürleri iyileşme olarak tanımlanır.

Son olarak, pudendal nevralji ve vulvodini ile ilişkili semptomlar endometriozisi ile ilişkili olabilir, ancak bunları öyküdeki amurlar bu tanımları ayrı etmede yardımcı olabilir. Pudendal nevralji, tipik olarak tek taraflı olan ve otururken kötüleşen vulvar bölgede yanma, ateş veya kaşıktır. Pudendal nevralji teşhis, Nantes kriterleri kullanılarak, aşağıdaki beş özellikte birlikte koyulabilir: 1) klitoristen anus kadar uzanan pudendal sinirin dağılımında ağrı, 2) otururken kötüleşen ağrı, 3) hastanın uykudan uyanırken ağrı, 4) objektif duyarlı bozulma olmayan ağrı, 5) anestezik sinir bloğu ile hafifleyen ağrı. Vulvodini, Uluslararası Vulvovajinal Hastalık Çalışmaları Derneği tarafından, net tanımlanabilir bir neden olmadan enaz üç ay süren vulvar ağrı olarak tanımlanmaktadır. Bu ağrı, ventrül gibi belirli bir vulvar bölgeye yayılabilir veya lokalize olabilir ve kendiliğinden ortaya çıkabilir veya provoke edilmiş olabilir.

### Fizik Muayene

Fizik muayene, endometriozisi ile ilişkili ağrıdan şüphelenilen kişilerde değerlendirilmesinde önemli bir bileşendir. Abdominal, pelvik ve rektovajinal muayeneler odaklanan fizik muayene, klinisyene öyküdeki şikayetlere göre ayrıca tanıya daha da hassaslaştıra ve gerekli olabilecek uygun görüntüleme yöntemini belirlemeye yardımcı olur. Muayenenin sırası önemlidir ve cildin, mukozal tabakaların ve altı yatan kas ve vefasyaların geleneksel jinekolojik bimanuel muayeneden önce muayenesi gereklidir. Bu katman katman yaklaşım, ağrı deneyiminin karmaşıklığının anlaşılmasına sağlar ve ayrıca "hantalama" yardımcı olur. Muayene yapan kişi, fizik muayenenin hasta için muhtemelen acı verici olacağını ve bu nedenle güven oluşturmak için yavaş ve dikkatli bir şekilde yapılması gerektiğini de unutmamalıdır. Muayenenin ağrıya neden olmasına rağmen, hastanın anatomik yerleşim yerini /hassasiyetlerini tespit etmek ve bunları ağrı yapışığı alanlarla ilişkilendirmek olduğu konusunda hasta bilgilendirilmelidir. Klinisyen, kann, tek basamaklı ve bimanuel muayeneler sırasında belirli manevralar pelvik ağrıya neden da dışpanesininin herhangi bir yönünü ortaya çıkardığını ya da çoğalttığını tespit etmek için hastayı fizik muayene sırasında mesgul etmelidir. Bu "ağrı eylemi", mevcut olabilecek bürden fazla ağrı üreticisinin tanımlanmasına yardımcı olur; bu, hastanın birincil veya enrahatsız edici ağrı kaynağını ele alarak, tedavide neden başlayacağına ilişkin rehberlik eder. Bu aynı zamanda çeşitli ağrı durumlarının için hasta eğiimini kolaylaştırırken semptomların doğrular (Tablo 2-3).

### İnspeksiyon ve Hasta Yönlü Değerlendirme

Fizik muayene, hastanın ağrısını saptamak için metodolojik olarak yapılmalıdır. Muayene önce hastanın öykü ve duvarının genel bir değerlendirilmesini içermelidir. Örneğin, bir kadının görünüşüne aslında ayakta durduğu vektörleşen ağrı nedeniyle oturmadığı belirtiliyorsa, bu durum pudendal nevraljiyi düşündürülebilir. Sirt vektörleşen eklem değerlendirilmesini ve hastanın genel fiziksel işlevine uygun whıdır fizik tedavi yönelimi ile ilgili detaylar ekleyebilecek ayakta vektörleşen manevraları içeren birçok ekkas-izletim sistemi bileşeni vardır. Daha sonra, kann muayenesinde, ağrıya neden olabilecek insizyon noktaları teğitli

cerahi işler debeltilmelidir. Ağrı istma yastığı kullanımına işaret eden karn bölgesindeki herhangi bir retiküler geçmeli cilt hiperpigmentasyonu veya eritem belirtimidir (Figür 1). Hastadan sonra ağız alanlarına işaret etmesi istenmelidir. Özellikle kronik pelvik ağrı kadınlarla ilgili olan merkez hassasiyetin bazı belirtileri arasında olduğu izlenir olmanın bir yararına yanıt olarak ağrı, hiperajeksi (zararı bir yararına karşı bekleneninden daha büyük ağrı) veya/ya da belirtilen ağrı (zararı yararı olanı dışında algılanan ağrı) bulunur. İloguinal, iliohipogastrik sinirlerinin dağılımındaki klasik çizime tene, businirler flannestiel insizyonu veya 10 mm'in üzerinde iken laparoskopik port bölgesi fasiyası kapamışken atrojen olarak yakalandığından veya yaralandığından alodinjiyi (tipik olarak, göbeğe doğru uzanan alt karn kadranslarında yanma ya dağrı olarak kendini gösterir) ortaya çıkarır.

#### Karn Muayenesi

Karnin yüzeysel palpasyonu, ağrıyı ortaya çıkarmak için kliniye tarafından yapılmalıdır. Hastanın döngüsel ağrı ve/veya kanama hissettiği alanlardaki herhangi bir skar nodüllerini vahasasiyeti, karn duvan skar endometriozisini dışlandırmalıdır. Ardından, tekrar inceleme yapılır. Miyofasiyal ağrı ileyumlu klasik muayene bulgusu, sürekli kontraktür halinde ise bantın veya gergin palpe edilebilen nodüller olan miyofasiyal tetik noktaların varlığıdır. Bu miyofasiyal tetik noktalar, karn duvan veya pelvik taban kas sisteminin üstündeki alanlar elle tutulur ve genellikle pelvis, karn veya bel kısmının diğer bölgelerindeki ağrı ile ilişkilidir. Çalışmalar, miyofasiyal tetik noktaların endometriozis ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Endometriozis ile ilişkili karn duvan miyofasiyal tetik noktaları ensak rektus abdominis kasları boyunca veya lateral olarak externus oblik, psoas veya ilakus kasları boyunca medial olarak izole edilir. Carneti'nin işaretleri, tetikleyici noktaları palpe edilmesiyle kolayca tekrarlanabilir bir muayene tekniğidir, uzman tarafından azami hassasiyette tutulduğu vahasadan hastanın başını vomaslarını veya bacaklarını kaldırarak karn duvanını kasması istendiğinde -abdominal kas kasılması sırasında ağrı stabil olması veya kötüleşmesi durumunda, miyofasiyal tetik noktaların tetikledi vekonik abdominalduvar ağrılarıdır.

**Tablo 2:** Klinik ipucu: Ağrı belirtilerini değerlendirmek için muayene sırasında hastayla ilgilenen veeğitir.

#### Pelvik Muayene

Pelvik muayene sonra yapılır ve değerlendirilmesinin önemli bir bileşenidir. Pelvik muayene vulva muayenesi ve yüzeysel palpasyonu içerir. Vulvodinia, vulvaya Q-tip palpasyonu ile ağız alanlarını belirleyerek, cilt uykakta başlayan, labia majora ve minora doğru hareket ederek, klitoris ve klitoris başlığı, perine ve ağız genellikle lokalize olduğu vestibule odaklanarak doğrulanır. Pudendal nevrjaljinin tanısını koymada Nantes kriterleri daha önce tartışılmıştır.

Tinel'in işaretleri, pudendal nevrjalji tanısında yardımcı olabilecek bir muayene bulgusu olup, vajinal veya rektal muayenede iskiyal çıkıntının üzerinde palpasyonu ortaya çıkan tekrarlanabilir vulvar ağrı /parestezidir, ancak tanı için gerekli değildir. Utak mesafedeki pelvik taban miyofasiyal tetik noktaları tanımlamak için, yüzeysel ve derin transvers perine boyunca bulbocavernosus, levator ani (puborectalis, ilioceccocygeus vepubococcygeus'un oluşturdığı) ve obturator internus kaslarının, ye daha daksosis vepiriformis kasları boyunca proksimal olarak mono dijital transvajinal muayene gerekebilir. Proksimal pelvik taban kas sistemi tetik noktaları, endometrioziste benzer belirtilerle belirgin bir bütüngen derin dispareni semptomlarında sıklıkla görülür. Ağrı mesane spondromun muayene bulguları mesane tabanı ve üretra

boyunca transvajinal olarak tek taraflı hassasiyeti içerir. Eşlik eden pelvik taban kas sistemi tetik noktaları, özellikle obturator internus kaslarında, sıklıkla egzamanlı yapılan muayenede de bulunur. Uterusun palpasyonu ile yapılan bimanual pelvik muayene, uterus manipülasyonu, uterusun pozisyonu (antevert, retrovert) venterus mobilitesi ile birlikte ağız değerlendirmesinde yardımcı olur. Uterus manipülasyonu ile ağız, endometriozis, adenomyoz ve hatta dejenerer fibroidlerde mevcut olabilir. Büyümüş bir uterus uterus adenomyoz veya dejenerer fibroidler için aynı tanının doğrulanmasına yardımcı olabilir. Ek olarak, bimanual muayenede retrovert / retroflex sabit uterusun bulunması, endometriozise bağlı sekonder adeziv bulguları göstergesi olabilir. Muayene sırasında palpe edilebilen ağız sabit adeksiyal kiteller endometriomalara ilgilidir. Vajinal forniksler, cul desac, uterosakral ligamentler veya rektovajinal muayene boyunca palpe edilen hassas nodüller, derin infiltratif endometriozis dışındadır. Son olarak, spekulum muayenesinde herhangi bir vajinal nodül varlığı derin infiltratif endometriozis (DIE) ileyumlu olmaktadır (Figür 2). Bu tür muayene bulguları değerlendirilmede bir sonraki adım olarak görülmeyi isteyebilir.

**Tablo 3:** Klinik ipucu: Olası eşlik eden kronik pelvik ağrı bozukluğunun tanısı

#### Görüntüleme

Görüntüleme, muhtemelen son on yılda endometriozis tanısında en büyük gelişme olmuştur. Klasik öğretimin "görünümünün endometriozis tanılamadığı" olduğu bir zamanda beri, bu karmaşık hastağın derin veya yastık olduğunda "görülebilir". Peritoneal endometriozis hala görüntüleme kaçınılmaz, derin ve yumurtalık formları deneyimli ellerde tanımlanabilir vebu kesinlikle hastaların için tedaviyi yönlendirir (Tablo 4).

Yüksek kaliteli görüntüleme, adenomyozis gibi eşlik eden hastağın tanımlanmasına yardımcı olur. Mesane delin verir. Üyküde arlatılanlara göre hedefe yönelik görüntüleme sadece tanıya yardımcı olmakla kalmayacak (örneğin, abdominal skar endometriozis), diyafram /akçğer endometriozis), aynı diğer jinekolojik olmayan durumlarda (örneğin spinal disk hastağına bağlı sinir sıkışması, kronik gastrointestinal komplikasyonlar) tanımlamada yardımcı olacaktır.

#### Transvajinal Ultrasonografi

Transvajinal sonografi (TVS) tipik olarak endometriozis tanısı için ilk radyolojik değerlendirilmedir. Ultrason sırasında elde edilebilecek bulgulara odaklı heterojenlik olduğuna bilmek önemlidir. İlk olarak, şunda mevcut TVS teknoojisi ileperitoneal endometriozis tanımlanması mümkün değildir. İkincisi, birçok sonografi raporunda derin hastağı tanımlanmasında sınırlı uzmanlık nedeniyle endometriomalardan bahsedilecektir. Son olarak, endometriozis vakalarında genitouriner vega gastrointestinal sistemin genişletilmesi görünümü rutin "pelvik ultrason" ile ortaya çıkarmasıdır. Bununla birlikte, endometriozis görünümünde eğilimli bir uzman tarafından yapıldığında, dinamik TVS'le derin endometriozis kesin olarak teşhis etği gösterilmiştir. Uluslararası Derin Endometriozis Analizi (IDEA) grubu kısa süre önce endometriozis şüphesi olan kadınlarda pelvisin sonografik değerlendirilmesinde sistematik ve standart bir yaklaşım benimsenmesini istemeyi bir fikir birliği sunmuştur. Şüpheli endometriozis değerlendirilmesinde uterus ve adeksiyal değerlendirilmesinden başlayarak vedaşa sonra endometriozis "yumuşak belirtilerleri" için (uterin kama işaretleri, yumurtalık hareketliliği, endometriomalara varlığı, uterus retroversiyonu ve



sayılmaktadır. Öykü bizi endometriozisi düşünmeye yönlendirdiğinde, görüntüleme daha sonra DE (radyolojik bir endometriozis tanısı) teşhisine yardımcı olabilir. Görüntüleme deneyimli merkezlerde negeSise, uzman bir endometriozisi peritoneal altSinden şüphelenilebilir vebastalara ampirik tedavi seçenekleri veya tüm endometriozik lezyonların ekizyonu /ablasyonu dahil olmak üzere tanı ve tedavi için laparoskopik cerrahi önerilebilir.

### Özet

EAP'nin klinik teşhisine standart vebastır bir yaklaşıma uygulanması, praSiyemlerin, teşhisi gecikmeden tedaviye başlayarak hastalarının semptomlarını daha kolay çözmelerini sağlayabilir. Erken tanı vebastının sonuçları araç\_rılmaması, ancak, kızlık, potansiyel ağrı, merkezi hassasiyet ve kronik örtünen ağrı durumlarının gelişmesi dahil olmak üzere, bu hastaların uzun vadeli etkilerini potansiyel olarak önleyebilir.

Pelvik ağrı çeken bir hasta tedavi için başvurduğunda, bize müdahalelerinin ardında ne olacaklarının önemli bir öyküsü ve fiziksel kanı ile gelir. Pelvik ağrı ve/veya inferSile ile başlayan kadınlarda aynı tanı her zaman endometriozisi içermelidir. Hastayı dinlemek ve organize bir soru sormaya tar\_ınadabulunmak, klinisyenin yalnızca geçmişte olanları ayrıntılandırmaya iyi bilebileceğini sağlar. Bu klinik değerlendirme her zaman hastanın hedeflerini, ağrı deneyimlerini, \_bbi komorbiditelerine kişisel bakış açılarını ve değerleri içermelidir.

Daha sonra, büyüye göre dikkatli değerlendirme ve inceleme, altı yatan şikâyet anlamamıza yardımcı olur. Müayene sistematik olmak ve hastaya yönelik endişeleri içermelidir (örneğin "tam bütünü arıyor"). Deri, boya, kaslar, vajinal doku ve pelvik organları metodik müayenesinden ötürülecek çok şey vardır ve buraya neden eden temel bilgiler, herhangi bir görüntüleme yöntemine geçmeden önce ameliyat için ne kadar gerekli değildir. Bununla birlikte, klinisyenin hastanın ağrı semptomlarının karmaşık olduğunu iyi anlamasını sağlar (örneğin, miyofasiyal ağrı var mı? yoksa ağrı nodülün deri n palpasyonu üzerine posterior vajinal fokalizele mi?).

Görüntüleme, DIE ve endometrioma içeren vakalarda çok yardımcıdır. Bununla birlikte, görüntüleme, TVS veya MRI olsun, görüntüleyicisine kurulum deneyimine bağlıdır. Endometriozis için görüntüleme konusundaki gelişmeler hakkında artan bilgi, daha fazla radyolojilere izin verir vebastalar için tedavi planlamasında yardımcı olacaktır. Ek olarak, endometriozis teşhisi vebastaları için "basit" kan testleri için araç\_rmalar devam etmektedir. Hastaların heterojenitesi ve klinik sunumu klinik olarak yararlı tekkir testleri geliştirilmesinden büyük zorluk olacaktır.

**Şekil 1:** Ağrının kesilmesi için cilde kronik "sıcak piyese" uygulamasına bağlı dilt değişimleri

**Şekil 2:** Fizik muayenede vajinal endometriozis lezyonları (oklar) veson ekizyonu örneği

### Tablo 1

#### Klinik İpuucu -Endometriozis ile İlgili Ağrı Tarihçesi

#### Endometriozis düşünün:

- D'ler: Dismenore, Disparoni, Dizüri, Diskezi, Yaygın pelvik ağrı
- InferSile
- Pelvikteki periyodik /adetle semptomlar (örn. Akciğer, sinir, skar)
- Geçmişte kontrasepsiyon kullanılmıyken
- Aile öyküsü
- Geçmişte ameliyatları, ameliyatları ve cevap

#### Eşlik Eden Kronik Pelvik Ağrı ve Örtünen Kapalı Gözünde Bulunur:

- Endometriozis tedavisi nedeniyle ek seke tedaviye yetersiz cevap
- Doğusal bir alevlenmeden önce yaygın ağrı
- Fokale kaynakları (miyofasiyal, sinir, bağırsak /mesane, vulvar ağrı)

### Tablo 2

Klinik İpuucu: Ağrı belirtilerini değerlendirmek için muayenesi sırasında hastaya ilgilerin ve örneği.

Fiziksel muayene bulgusu	Tanım / tanı	Endometriozis ile ilgili
Allodini	Normalde ağrıya neden olmayan bir uyarana oluşan ağrı	Allodini, ağrı kadınlar daha sık ve daha fazla alanda tespit edildi. [36]
Hiperaleji	Normalde ağrıya neden olan bir uyarana artan ağrı tepkisi	Endometriozis ve ağrı olan kadınlar bölgesel hiperaleji daha sık görüldü.
Kas tetik noktası (kasin, pelvik taban)	Sürekli kontraktür durumunda kasin semptomatik ağrı gergin bantları	Endometriozis ve kronik ağrı kadınlarında sekonder olarak tanımlanan, ağrı deneyimi olan bölgeler.
Merkezi duyarlılık	Allodini, hiperaleji ve bahsedilen ağrı ile kendini gösteren, artan duyarlılık ve ağrı duyarlılık	Endometriozis ve ağrı ağrıda önemli mekanizma, ağrı periferik uyarandan bağımsız olabilir.

Tablo3

**Klinik ipucu: Sık görülen kronik pelvik ağrı bozuklukları**

\*Buliste tüm ağrı oluşturan noktaları veya şartlarını içermez

Kronik Pelvik Ağrı Durumu	İpucu Öykü	İpucu Fiziki Muayene
Myofasyal Ağrı Sendromu	Kramp, yaygın ağrı, hareketle kötüleşen	Kas tetikleme noktaları – kas ve bağ dokularının elle tutulur gergin bantları
Pudendal Nevralji	Narın Kriterleri: 1) Pudendal sinirin kilitöristen anusakadar uzanan dağılımında ağrı, 2) Oturarak kötüleşen ağrı, 3) Hastayı uykudan uyandırmayan ağrı, 4) Objektif duyuşsal bozukluk olmaması, 5) Anestezik sinir bloğu ile hafifleyen ağrı	Tinel'in İşareti: Vajinal veya rektal muayenede iskiyal çıkıntının üzerinde palpasyonla ortaya çıkan tekerlanabilir vulvar ağrı / parestezi (tanı için gerekli değildir.)
Vulvodini	Bellirlebilir bir sebep olmadan en az 3 ay süren vulvar ağrı	Vulvarın pamukla palpasyonu, pelvik taban tetik noktaları yaygındır.
Ağrı Mesane Sendromu	Tanımlanabilir diğer nedenlerden enfeksiyon olmadığı durumlarda mesane ile ilgili 6 haftadan uzun süren alt üriner sistem semptomlarıyla ilişkili ağrı, baskı, rahatsızlık hissi	Mesane tabanı ve üretra boyunca olan hassasiyet, pelvik taban tetik noktaları yaygındır.
İliohipogastrik/ İlioinguinal Nevralji	İyatrojenik yaralanma veya tuzaklanma sonrası sinir dağılımında hafif dokunma ile yanma / ağrı hissi	Çizik testi ile olan allodini.

Tablo 4

**Klinik ipucu: Şüpheli Endometriozis için Görüntüleme ve Biyobelirteçler**

- Ultrason, eşitimi vedeneşimli görümlüleme uzmanları tarafından derin endometriozis hastalarının tanımlanmasına yardımcı olabilir. Ultrasondaki yumuşak belirteçler, hastaların derin endometriozis için ekdeğerlendime vedeneşimli bakım sağlayabilen merkezlere yönlendirilmesine yardımcı olabilir.
- MR, derin endometriozis görüntülemesi için yardımcıdır vedaha ateşnik deneyim gerektirir. Bununla birlikte, MRG'nin tanısal yeteneği hala uygun bir protokolün benimsenmesine vebu görümlüleme yönteminin yorumlanmasına bağlıdır.
- Endometriozis için spesifik güvenilir bir biyobelirteç yoktur. Kan testleri pratikte kullanılabilişken, hiçbirinin öyküye, fizik muayeneye ve yüksek kaliteli görüntülemeye üstün yarar sağlamadığı gösterilmiştir.



ajını uyarınlara karşı daha hassas hale gelmesine neden olmaktadır. Meflokitiyöz veya peritoneal organ yaralanması gibi nedenlerle oluşan bir uyarıda, inhibitör mekanizmaların olaya dahil olamaması nedeni ile kadında endometriyözis ağırlaşabilecektir.

#### Medikal Tedavi

Ağrı yönetimi kişiselleştirilmelidir. Medikal tedavinin amacı inflamasyon ile birlikte lokal ve ovarian hormon üretimini azaltarak ağrıyı azaltmaktır. Endometriyözis ile ilgili ağrıyı rahatlama için dorjejenin tamamen basılanması çok gerekli olmayabilir. Medikal tedavi genellikle yıla sığdırılmaktadır fakat basılmaktadır. Semptomlar tedaviye devam edilmesinde durumlarında yeniden oluşmaktadır. Endometriyözisin tekrarlama oranı yüksek derecede değişkenlik göstermektedir. %4-74.

Başlangıç tedavisi kombine oral kontraseptif hapların kullanılmasıdır. Başlangıç ağrıyı azaltmada verimlilik sonrası sonrası hastaların tekrarlamasını önlemesinde etkilidir. Östrojeni tolere edemeyen ve kontraendokasyonu olan hastalarda medroksiprogesteron asetat, noretindron asetat veya levonorgestrel kullanılabilir. Ektopik endometriyumda uygunsuz gen ekspresyonu bazı hastalarda progesteron direncine neden olabilmektedir. Oral ilaçları tolere edemeyen hastalarda levonorgestrel salınımlı intrauterin araç (IUA) kullanılabilir. Fakat, levonorgestrel IUA ovulasyonu ve endometrioma nüksünü engellemektedir. Bahsedilen tüm buseçeneklerin başarısız olduğu hastalarda kemik kaybını ve diğer etkilerin önlenmesi amaçlı ile add-back tedavi ile birlikte GnRH kullanılması önerilmektedir. Endometriyözis nedeni ile GnRH alan hastalarda dinenç gelişebilecektir çünkü endometriyözis benzeri dokuda aromataz aktivitesi bulunmaktadır ve böylelikle dokü kendi östrojenini üretebilmektedir.

Bizim tecrübelerimiz GnRH antagonistleri, aromataz inhibitörleri ve konjuge östrojenlere eşlik eden bazodokülin ilaçlarıdır. Bazı hastaların ağrıya bu ilaçları ilaazmaktadır fakat bazı hastalar tedaviyi erkenden sonlandırmaktadır. Bunun nedeni ise ilaç etkisinin çok çabuk başlayacağına dair yüksek beklentilerdir.

Kaliforniya'da yasal hale gelmesinden sonra tetrahidrokannabiol ve kannabiol tek başına veya birlikte kullanılması alternatif bir seçenek sunmaktadır. Hastalar bu ilaçları opiodlere tercih etmektedir ve yan etkileri arasında bulantı ve kabızlık daha az görülmektedir. Tetrahidrokannabiol ve kannabiol kullanımı özellikle ameliyat sonrası ağrı yönetiminde yararlı olmaktadır ve opiod kullanımında olduğu gibi bağımlılık sorunu yoktur. Biz kuvvetli bir ameliyat sonrası iyileşme protokolü kullanıyoruz ve opiod kullanımını önemiyoruz.

Akupunktur ağrı tedavisinde kullanılan başka bir yardımcıdır. Ağrı yollarını inhibe ederken, inhibitör ağrı yollarını aktive etmektedir. Akupunktur ayrıca ağrı eğilimi yükseklikte ve dopamin, nitroksit, nöradrenalin, asetil kolin ve diğer nöro hormonal faktörlerin salınmasını sağlamaktadır.

Retrospektif bir çalışmada pelvik fizik tedavinin altı seans sonrası endometriyal ağrıya hastaların %33'ünde azaltığı gösterilmiştir. Derin basınçlı masaj, pelvik taban kaslarının esnetilmesi, eklem mobilizasyonu, köpük ruloları ve venefes egzersiz vevahatlama teknikleri fizik tedavinin bileşenleridir.

#### Cerrahi Tedavi

Cerrahi halen kesin tanının temel taşıdır. Robot yardımlı veya olmayan yüksek çözünürlüklü video laparoskopik standart başlangıç

yaklaşımdır. Bizim geniş tecrübemizde laparotomiye çok nadir gerek olmaktadır. İleri derecede aydınlatma ve gücündürülmüş videolu büyüme gücü lezyonların ve infiltratif lezyonların doruğunun tanımasını kolaylaştırmaktadır. Hastanın isteği, lezyonun yeri, uygun altierikullarılabilirdir, cerrahitecübeleri ile endometriyözis ektizyon, vaporizasyon veablayon gibi tekniklerle çok edilebilmektedir. Uzun dönem sonuçları için yukarıda bahsedilen yöntemler cerrahiye desteklemek amaçlı kullanılabilirler.

Yüzyıl endometriyözis tedavisi için yapılabilecek en iyi cerrahi yaklaşım halen tartışılmaktadır. 335kadının dahil edildiği randomize kontrollü çalışmalar ileyapılan bir meta analizde 32 aylık takip dönemi sonunda, dismenoreni, diskezin ve kronik pelvik ağrı azaltılmasında ektizyosun koagülasyonu daha üstün olduğu gösterilmiştir.

Lazer ablayon ilekat kat yapılan vaporizasyonun ağrı azaltmada %65 oranında etkili olduğu bulunuyorsa da tek başına tanısal amaçlıyapılan laparoskopide bu oran %22 olduğu gösterilmiştir.

Laparoskopik uteroskopi sinir ablayona ileeflert sinir liflerinin hasarlanması çalşımıy fakat yapılan çok sayıda randomize kontrollü çalışmada büyütmeyen endometriyözis ile ilgili ağrı azaltmada yararlı olmadığı gösterilmiştir. Büyütmeyen ameliyat sonrası uterin prolapsus ve uterin ağrı gibi geçilmesi gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Buna karşılık, laparoskopik presakral nörektomi şiddetli orta kat pelvik ağrıda %87 etkili olmuştur. Biz bu yaklaşımı hafif derecede endometriyözis olan hastalarda veya endometriyözis olmayan hastalarda etkili olduğunu düşünmekteyiz. Presakral nörektomi ile ilgili olumsuz etkiler konstipasyon, mesane veüner semptomlar olabilmektedir.

Çeşitli derecelerde hastalığı olan 981 kadını dahil edildiği prospektif, çok merkezli yapılan bir çalışmada laparoskopik ektizyon yapılan olgularında 36ay sonunda cerrahi sonrası semptomlarda iyileşme belirlenmediği olduğu gösterilmiştir. Enbelirgin iyileşme semptomlarında %57 oranında azalma ilodisemorode idenmiş; kronik pelvik ağrı ve dispareni %30 oranında azalmıştır. Tekrarlayan ağrıye bakıldığında hastaların %9 una ikinci bir cerrahi yapılmış vehistopatolojik olarak belirlenen endometriyözis %5 hastada tekrarlamıştır. Bu hastaların %7'si ise medikal tedaviden yarar görmüştür.

Abbott weak. Hasebo grubu ilekarşılaştırıldığında (%32) cerrahi yapılan gruptaki (%80) ağrı azalmasını anlamı olduğunu göstermiştir. İkinci laparoskopide hastaların ilerleme oranının %45, aynı kalmasını %33 ve iyileşme oranının %22 olduğunu bildirmiştir. Vakaların %20'sinde ise cerrahi yapılmamıştır. BCL6, kan, tükürük veendometriyal fonksiyon testleri benzeri çok sayıda girişimsiz olmayan tanı testleri kullanılmaya başlanmıştır. Bu testler asemptomatik infertilite hastaları ve mümkünse yumurta saklanması binediğimiz genç hastaları için özellikle önemlidir.

Ovarian endometriyözis veendometrioma yönetimini hastaları yapı, fertilitate istekleri, over kanseri açısından lehikeyesi ve endometriyomanın tipine dakeri aşarak kişiye özel olarak belirlemekteyiz. Birçok infertilite hastasında anatomik eski haline getirmeyi doğal yollarla korepsiyona yol açabilmekte veya yardımcı üreme tekniklerinde başanın artışı sağlamaktadır. Endometriyözis tedavisinin etkili olabilmesi için eksiksiz olması gerekmektedir. Biz ovulasyonu engellenmesi, inflamasyonu azaltılması veendometriyoma gibi görülmeyen fonksiyonel kistlerin alınmasını engellemek amaçlı, ameliyat öncesi dönemde medikal basılmaya tedaviyi önermekteyiz.

Cerrahi menopozun karınlanmaması östrojen ile tedavisi endometriyozisi alevlendirebilmektedir. Bilateral salpingoofektomi ile birlikte histerektomi yapan hastalarda ileriki dönemde endometriyozisin baskılanması amaçlı yapılabilecek kombine östrojen ve progesteron tedavisini hastaların tekrar açtıktan düşük riskli olduğunu (%4) tespit ettik. Bunun tersine progesteron kullanılmadığında tekrar %5-15 oranındadır.

Uterusun alınması gerekli ise total histerektomiyi subtotal histerektomiye tercih etmekteyiz. Bunun sebebi ise serviksiz endometriyal implantlarda sinir yoğunluğunun artması olmasıdır. Subtotal histerektomi yapılan hastalar ıyıklağak dörtte birine kanama veya pelvik ağrı nedeni ile trakelektomi yapılmaktadır. Tazir ve ark trakelektomisini esas patolojik endikasyonun endometriyozis olduğunu göstermişlerdir. Retrospektif bir derlemede, supservikal histerektomi sonrası hastaların %18'i pelvik ağrı, %10'u ise kalan serviksiz bağı dispareni bildirmişti. Bu hastalara sonunda trakelektomi yapılmıştır. Trakelektomi örnekleminin incelendiği bir derlemede, trakelektomi endikasyonu ağrı olan hastalarda, servikal sinir lifi yoğunluğunun diğer endikasyonlar ile trakelektomi yapılan hastalara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Supservikal histerektomi sonrası devam eden pelvik ağrıya olan hastalarda laparoskopik trakelektomi endikasyonu vardır.

Derin infiltratif endometriyozis süper veinferior hipogastrik pleksuslara, ayrıca semptik ve parasemantik sinirlere invazyon olabilmektedir ve cerrahi hasar çok daha ciddi etkilere yol açabilmektedir. Biz bağırsak mesane vesiküel organlara giden sinirleri korumak için tıko yöntemini kullanıyoruz. Bunun koruyucu beklekte kardinal ligamentin vanküler bölümü ayrılıp bağlanırken, pelvik splanmik sinirlerin dalları bırakılmaktadır. Daha önce bir miktar rektal histeal bırakılması ve ameliyat sonrası hormonal baskılama yapılmasını önermiştik. Bukalıcı kolostomi gerektirebilecek rektum vektütan nörosviküler yapılarında oluşabilecek hasarı azaltılmaktadır.

Endometriyozis damarlar açısından zengin vektin infiltratif özellikleri nedeni ile cerrahi tedavisi zorlayıcı olabilen bir hastalıktır. Diskrüsyon düzlemlerinin anatomisini bilmekteyiz hastaların yeterli şekilde tedavi etmek için cerrahın retroperitoneal alan diskrüsyonunda rahat olması gerekmektedir. Bizim tecrübelerimiz göre hormonal baskılama infarmasyonu azaltarak daha az diskrüsyon yapılmasını sağlamaktadır. İleri evre endometriyozis olan hastalarda cerrahi öncesi geçici hormonal baskılama öneriyoruz.

Ameliyat sonrası dönemde bu hastalar için kişisel leğitirilmiş hormon tedavisine ihtiyaç duyulmaktadır. Amaç mikroskopik ve rezidüel endometriyozisin yeniden oluşmasını engellemektir. GnRH agonistleri ve progesterinler ağrıya belgin olarak azzıtıgı bildirilmiştir. Ameliyat sonrası dönemde yapılacak tedavi hemöstrojen hem de progesteron içermelidir çünkü tek bağına östrojen mikroskopik hastalığın yeniden alevlenmesineneden olabilmektedir.

Özet olarak, endometriyozis hayat boyu devam eden venereyise her organı etkileyebilen bir hastalıktır. Hormonal denge sızıklar ve profilaktik ortam nöral sinir sistemlerinde değıkılık yaparak ağrı ağrısını değıktirmektedir. Kişileğitirilmiş yaklaşım gerekmektedir. Nadir görüle dahi endometriyozis odaklardan gelişebilecek kanser açısından yakın takip gerektirmektedir. Karşık ve multifaktöryel yapısı hastalık tedavisinde multidisipliner yaklaşım gerektirmektedir. Medikal, cerrahi, piktoteratik ve abmatif tedavilerin çeşitli kombinasyonları endometriyozis olan hastalarda hayat kalitesini iyileştirebilmektedir. Şuan için bilinen tüm veriler ve ileri cerrahiteknikler endometriyozis nedeni ilacı içinde olan hastaların iyileşmesinde kullanılabilmektedir.

## B DERNEĞİMİZDEN HABERLER

### YAPILAN AKTİVİTELER

#### KREDİLİ YURT LARKURUM PROJESİ

Derneğimizin **Kredili Yurtlar Kurumu** ile ortak bir projeye başlayarak ülkemizdeki yurtları tek tek gezerek genç kızlarımızı **"Kadın Sağlığı ve Hiyeni"** konulu seminerler düzenlemeye başladık. Aralık ayı sonu iSbari ile İstanbul, Ankara, Sakarya, Sinop, Adana, Amasya, Giresun, Samsun, Ordu, Antalya ve Tekirdağ olmak üzere toplam 40 yurta sunum gerçekleştirdik. Yönetim kurulumuz, danışma kurulundan hocalarımız ve genç grup üyelerimizin gönüllülük esas ile gerçekleştirdiğimiz projenin ülkemiz adına büyük bir sosyal sorumluluk projesi olacağından bu projenin yürütücüsülölmaktan büyük onur duyuyoruz.

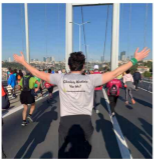






## 41. VODAFONE İSTANBUL MARATONU

3 Kasım Pazar günü 41. Vodafone İstanbul Maratonu'nda endometriozis farkındalığını artırmak için 15K koştuk. Bizimle maratona katılan herkese teşekkür ederiz!



## KERMES

12 Kasım'da İstanbul Raffles Otel'de Alaluxa'nın düzenlediği 'ADay ofTrends' kermesine katıldık. Standımızı ziyaret edenler kitaplarımızdan ve broşürlerimizden almaya başladılar. Kermese katılanlar endometriozis hakkında bilgilendirildi. Katılımcı sayısının yüksek olduğu keyifli bir kermese geçirdik. Nazik davetlerinden dolayı Alaluxa'ya çok teşekkür ederiz. Ayrıca standımızda bizi yalnız bırakmayan hastalarımıza ve de ilgili ziyaretçilerimize bize desteklerinden dolayı ayrı ayrı teşekkür ederiz.

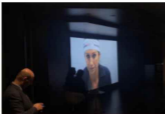


## ENDOSCHOOL2019

16-17 Aralık 2019 tarihlerinde İstanbul da 2.sini düzenlediğimiz **Second Interna\_onal Endometriosis School**, İstanbul uluslararası ka\_lımla gerçekleş\_Srildi. 23 konuşmacının yer aldığı toplan\_mızda **Alessandra DiGiovanni** endometriozisli hasta üzerinde canlı ultrasonografi demonstrasyonu ve ardından da **Mario Malzoni** tara\_ından Canlı olarak Laparoskopik Endometriozis Cerrahisi gerçekleş\_Srildi. Hem teorik anla\_m hem de uygulama imkânı bulacağız bu toplan\_mıza tüm meslektaşlarımızı bekliyoruz. İtalya, İngiltere, Hollanda, Romanya, Güney Afrika, Avusturya ve Irak gibi farklı ülkelerden ka\_lımcılarımız oldu. Teorik eğitimi 32, domuz üzerinde praSk uygulama eğitimi ise 28 ka\_lımcı katıldı.

**Endoschool web sitemize link'imizden ulaşabilirsiniz;**

[www.endometriosischoolistanbul.com](http://www.endometriosischoolistanbul.com) veya [www.endometriosischool.com](http://www.endometriosischool.com)





# 2<sup>nd</sup> International Endometriosis School Istanbul

December 16 - 17, 2019  
Medtronic Innovation Center, Istanbul - Turkey

Course Directors: *Engin Oral, Ertan Sandoğan*

Course Coordinators: *Taner Usta, Ercan Baştu*

[www.endometriozis.org/endometriozisokulu2](http://www.endometriozis.org/endometriozisokulu2)  
[www.endometriozisistanbul.com/endometriozisokulu2](http://www.endometriozisistanbul.com/endometriozisokulu2)

## 2<sup>nd</sup> International Endometriosis School Istanbul

December 16 - 17, 2019, Medtronic Innovation Center, Istanbul - Turkey

Course Directors: **Engin Oral, Ertan Sandoğan**

Course Coordinators: **Taner Usta, Ercan Baştu**



### Day I (December 16, Monday)

- 08:00 - 08:20** Registration
- 08:20 - 08:30** Opening: The aim and objectives of the International Endometriosis School  
Preschool Evaluation of The Participants (Keypad)  
**Ertan Sandoğan (UK)**
- Session I**
- 08:30 - 09:00** Chairs: **Yücel Karaman (Turkey), Banu Kumbak Aygün (Turkey)**  
Diagnosis, classification and staging of peritoneal disease, endometrioma and deep infiltrating endometriosis  
**Joerg Keckstein (Austria)**
- 09:00 - 09:30** Imaging in endometriosis and adenomyosis  
**Alessandra Di Giovanni (Italy)**
- 09:30 - 10:00** Endometriosis and infertility: reproductive outcomes  
**Hakan Yarah (Turkey)**
- 10:00 - 10:30** Current approach to management of adenomyosis  
**Joerg Keckstein (Austria)**
- 10:30 - 10:50** Discussion
- 10:50 - 11:10** Coffee Break
- Session II**
- 11:10 - 11:40** Chairs: **Ümit İnceboz (Turkey), Hale Göksever Çelik (Turkey)**  
Medical treatment options for patients with endometriosis  
**Ercan Baştu (Turkey)**
- 11:40 - 12:10** Pain management in endometriosis  
**Natasha Curran (UK) to be transmitted live from London, UK** 🇬🇧
- 12:10 - 12:40** Management of endometriosis at the extremes of reproductive years  
**Engin Oral (Turkey)**
- 12:40 - 12:50** Discussion
- 12:50 - 15:30** **Live Transmission Session From Acıbadem University Altunizade Hospital** 🇬🇧  
(This session consists of 2 parts; First: Ultrasonographic Live case demonstrations, Second; Live surgery transmission)  
Chair: **Ercan Baştu (Turkey)**  
Live Ultrasonographic Demonstration of Endometriosis Cases  
Expert Sonographer: **Alessandra Di Giovanni (Italy)**  
Live Surgery  
Surgeon: **Mario Malzoni (Italy)**
- Session III**
- 15:30 - 16:00** Chairs: **Fatih Şendoğ (Turkey), Onur Topçu (Turkey)**  
Surgical techniques for endometriomas  
**Bülent Urman (Turkey)**
- 16:00 - 16:30** Deep endometriosis: the road map  
**Taner Usta (Turkey)**
- 16:30 - 17:00** How can we prevent complications during endometriosis surgery: tips and tricks  
**Mario Malzoni (Italy)**
- 17:00 - 17:30** Management of recurrent endometriosis after surgical treatment  
**Ertan Sandoğan (UK)**
- 17:30 - 17:50** Discussion

## 2<sup>nd</sup> International Endometriosis School Istanbul

December 16 - 17, 2019, Medtronic Innovation Center, Istanbul - Turkey

Course Directors: *Engin Oral, Ertan Sandoğan*

Course Coordinators: *Taner Usta, Ercan Baştu*



### Day II (December 17, Tuesday)

#### Session IV

##### Guidelines, Bowel Endometriosis and Complications

Chairs: *Hulusi Zeyneloğlu (Turkey), Bülent Berker (Turkey)*

08:30 - 08:50 Useful anatomy for pelvic laparoscopic surgery

*Ahmet Kale (Turkey)*

08:50 - 09:20 Bowel endometriosis: indication and surgical techniques

*Bilgi Baca (Turkey)*

09:20 - 09:50 Current guidelines on endometriosis

*Ertan Sandoğan (UK)*

09:50 - 10:00 Discussion

#### Hands On Training

Coordinator: *Taner Usta (Turkey)*

Trainers: *Ahmet Kale (Turkey), Barış Mülayım (Turkey), Cem Demirel (Turkey),*

*Çağatay Taşkiran (Turkey), Onur Topçu (Turkey)*

10:00 - 10:30 Pig model for laparoscopy - Evaluation

10:30 - 12:30 **Training on live animal tissue**

*Practice of different energy types in live animal model*

*Bladder injury and repair*

*Dissection of the ureters and major pelvic vessels*

12:30 - 13:10 **Lunch**

13:10 - 16:00 **Training on live animal tissue**

*Ureteric injury and reanastomosis*

*Bowel injury and repair*

*Hysterectomy*

16:00 - 16:20 **Coffee Break**

16:20 - 17:20 **Wrap-up**

*Ertan Sandoğan (UK), Engin Oral (Turkey), Taner Usta (Turkey), Ercan Baştu (Turkey)*

End of the course - Delivery of Certificates of Attendance

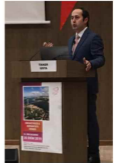
17:20 - 17:30 Postschool evaluation of the course by the participants (Keypad)

## ENDOAKADEMİ

Endoakademi toplantılarımızın 11. cisim 20 Ekim 2019 tarihinde İstanbul Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu'nda yapıldı. Yaklaşık 200 meslektaşımızın katıldığı toplantı büyük ilgi ile takip edildi.

Akademide Endometriozis ve Kronik Pelvik Ağrı konusundaki bakış açılan ile tartışılma fırsatı buldu. Avusturya'dan Sayın Gernot Hudelist 2 sunum ve Avusturya'dan yayınlanacak canlı cerrahi ile Akademimizde bizlere deneyimlerini aktardı.

Toplantı bitiminde dernek başkanımız Dr. Taner Usta geçen dönem başkanımız Dr. Yücel Karaman'a derneğimize katkılarından dolayı plaketini taktı.





## ENDOMETRİOZİS & ADENOMYOZİS DERNEĞİ

# XI. ENDOAKADEMİ 20 EKİM 2019

20 Ekim 2019 - Pazar

Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

ENDO AKADEMİ BAŞKANLARI: Ahmet Kale, Taner Usta

**Bilimsel Program**

08:30-08:50

**Kayıt**

08:50-09:00

**Açılış**

**Recep Demirhan - Kartal Lütüfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi  
Taner Usta - Endometriozis & Adenomyozis Derneği Adına**

**1.Oturum**

**Oturum Başkanı: Semra Kayataş Eser**

09:00-09:20

Adenomyozis Güncel Tanı ve Tedavi 2019

**Taner Usta**

09:20-09:40

18 yaşında ve 42 yaşında Endometriozisi Olanı Nasıl Yönetelim ? Fark Var mı?

**Engin Oral**

09:40-10:00

Endometriozis&Adenomyozis ve Obstetrik Sonuçlar

**Onur Topçu**

10:00-10:10

Tartışma

**1.Tartışma Oturumu - Endometriozisin Medikal Tedavisinde  
Hangisini Kullanalım?**

**Oturum Başkanı: Berna Haliiloğlu Peker**

10:10-10:25

Endometriozisin Medikal Tedavisinde OK kullanılmalı!

**Banu Kumbak Aygün**

10:25-10:40

Endometriozisin Medikal Tedavisinde Progesteron kullanılmalı!

**Ercan Baştu**

10:40-10:50

Tartışma

**10:50-11:10**

**Kahve Arası** 

**2.Tartışma Oturumu - KPA'ya Yaklaşım**

**Oturum Başkanı: Tervik Yıldırım**

11:00-11:15

Kronik Pelvik Ağrı'ya Psikiyatrik Yaklaşımı

**Cem Keçe**

11:15-11:30

Kronik Pelvik Ağrı'ya Jinekolog Yaklaşımı

**Ahmet Kale**

11:30-11:40

Tartışma

ENDOMETRİOZİS & ADENOMYOZİS DERNEĞİ

## XI. ENDOKADEMİ 2019

20 Ekim 2019 - Pazar, İstanbul



### Bilimsel Program

#### 3. Tartışma Oturumu: Endometriozis ve İnfertilite

##### Oturum Başkanı: Serhan Cevrioğlu

11:40-11:55

Ameliyat Edelim?

**Yücel Karaman**

11:55-12:10

IVF Yapalım?

**Bülent Ürman**

12:10-12:20

Tartışma

12:20-13:00

**Öğle Yemeği** 🍽️

#### 2. Oturum

##### Oturum Başkanı: Bülent Berker

13:00-13:20

Presurgical Diagnosis of Deep Endometriosis by Transvaginal Sonography (TVS) 📄

**Gernot Hudelist (Avusturya)**

13:20-13:40

Management of Deep Infiltrating Endometriosis 📄

**Gernot Hudelist (Avusturya)**

13:40-13:50

Tartışma

13:50-14:00

Firma sunumu

14:00-17:00

**Canlı Cerrahi (Sinir Koruyucu Derin İnfiltratif Endometriozis Cerrahisi)** 📄

**Moderatör: Tamer Usta**

**Cerrah: Gernot Hudelist (Avusturya)**

\* Avusturya'dan canlı olarak konferans salonuna aktarılmaktadır.

17:00

Kapanış



## WEO

Dünya Endometriozis Organizasyonu işbirliği içinde olduğu dernekler arasında derneğimizin de olduğunu duyurdu.



World Endometriosis  
Organisations

## ENDOMETRİOZİS DÜNYASINDAN HABERLER

### EEL (European Endometriosis League)

Bu yıl Prag'da yapılan 5. Avrupa Endometriozis Kongresi'nde Avrupa Endometriozis Derneği başkanı ve kurucu başkanımız **Dr. Engin Oral** ve Başkanımız **Dr. Taner Usta**, yönetim kurulu üyemiz **Dr. Bülent Urman** konuşmalarını gerçekleştiren, derneğimiz genç grubundan **Dr. Nura Fitnat Topbaş Selçuki** ve **Dr. Elif Cansu Gündoğdu** sözel sunum yaptılar. Derneğimizin standı yabancı meslektaşlarımızdan büyük ilgi gördü.



## ENDO DUBAI 2020

Kongre ile ilgili daha fazla bilgiye aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz  
<https://endo-dubai.ae/>



## 6.Th EMEL CONFERENCE ON ENDOMETRIOSIS AND UTERINE DISORDERS

Bu yıl 6.sı yapılacak olan toplantıda Kurucu başkanımız **Dr. Engin Oral** davetli konuşmacı olarak yer alacaktır.

Ayrıntılı bilgi için;

<http://www.cme-ksa.com/conferences/view/290/6th-Emel-Conference-in-Endometriosis-and-Uterine-Disorders>





# Endometriosis2020

## ENDOMETRIOSIS2020

Kongre ile ilgili ayrıntılı bilgiye aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.  
<http://endometriosis2020.com/>

Scientific and Organizational Committees  
 Endometriosis 2020

**Honorary Presidents**  
 Maurizio Altroz  
 Leila Adelman  
 Giovanni Scambia  
 Armand Hotzler

Auditorium Parco della Musica

**April 26 | 29 - 2020**  
 Rome - Italy

## 14. WORLD CONGRESS OF ENDOMETRIOSIS- WCE2020

Bu yıl yapılacak olan Dünya Endometriosis Kongresi'nde dernek olarak **pre-congress kurs** düzenleyecek olmanın heyecanını yaşıyoruz. Bu önemli kongrede ülkemizi gururla temsil etmek için çalışıyoruz.

Kongre ile ilgili daha fazla bilgiye aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.  
<http://endometriosis.ca/world-congress/wce2020/#2>



**WCE2020** Save US\$200 if you register by  
**SHANGHAI** 28 January 2020  
 8-11 MAY 2020 14<sup>th</sup> World Congress on Endometriosis



**WCE2020** | 14<sup>th</sup> World Congress on Endometriosis  
 SHANGHAI | Cracking the enigma

	Saturday 9 May 2020	Sunday 10 May 2020	Monday 11 May 2020							
07:00 - 08:00	Breakfast with the experts / industry symposium		Breakfast with the experts / industry symposium		Breakfast with the experts / industry symposium					
08:15 - 10:15	Seminar #1 <b>EXPERIMENTAL MODELS</b> Dingyao Fan (China) 3 best abstracts	Seminar #2 <b>ADENOMYOSIS</b> Sun Wan-Qun (China) 3 best abstracts	Seminar #3 <b>EPIDEMIOLOGY and RISK FACTORS</b> Linda Pastorek (USA) 3 best abstracts	Seminar #4 <b>SURGICAL APPROACHES</b> Rosaia Roman (France) 3 best abstracts	Seminar #5 <b>GENETICS, EPIDEMIOLOGY, TRANSCRIPTOMICS</b> Nicola Rombaldi (United Kingdom) 3 best abstracts	Seminar #1.2 <b>ADVANCES IN MEDICAL APPROACHES</b> Roshan Ramroo (United Kingdom) 3 best abstracts				
10:15 - 10:45	Introduction to poster session + exhibits									
10:45 - 11:15	Nominations lecture #1 <b>GLOBAL COLLABORATION: PIONEER IN NUMBERS</b> Graziela Moller (USA)		YOUNG INVESTIGATOR PRIZE PAPERS Best clinical abstract Best scientific abstract Top ten clinical posters Top ten scientific posters				Oral session #7 <b>TOPIC 7B</b> (3 abstracts)	Oral session #8 <b>TOPIC 7C</b> (3 abstracts)	Oral session #9 <b>TOPIC 7D</b> (3 abstracts)	Oral session #10 <b>TOPIC 7E</b> (3 abstracts)
11:15 - 11:45	Nominations lecture #2 <b>ARE SURGICAL RCTs FEASIBLE?</b> Jason Lambert (Australia)									
12:00 - 12:30	Special lunch session: <b>QUEST</b>		SPONSORED LUNCH SYMPOSIUM				SPONSORED LUNCH SYMPOSIUM			
13:15 - 14:15	Seminar #3 <b>PATHOMORPHOLOGY and AI TOOLKIT</b> Philippe Bourdoux (United Kingdom)	Seminar #4 <b>FERTILITY and FERTILITY PRESERVATION</b> Laura Bonaguidi (Italy)	Seminar #7 <b>MUSCULAR TARGETS for DRUG THERAPY</b> Annie Vanhols (Belgium)	Seminar #6 <b>PAIN and PAIN MECHANISMS</b> Paul Wang (Canada)	Nominations lecture #3 <b>CLONAL EXPANSION OF DYSPLASIA-ASSOCIATED MYOGENESIS</b> Sergio Ercolaso (Italy)					
					Nominations lecture #4 <b>NEW ORAL AND INTRA UTERINE IUS</b> Lisa Mouton (USA)					

## SEUD CONGRESS2020

Kongre ile ilgili ayrıntı laryakındapaylaşılabak\_r,aynı\_lıbilgi için;  
<https://seud.org/welcome-note-seud-meeting-2020/>



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

**MAY, 27-30**  
Stockholm, Sweden

**SEUD  
CONGRESS  
2020**

**UPDATE ON ENDOMETRIOSIS AND UTERINE DISORDERS:  
DISPELLING MYTHS, REMOVING STIGMA**

## D 'ENDO UZMAN' RÖPORTAJI

### Christian M. Becker, MD

Associate professor, Co-Director of the Oxford Endometriosis CoRe centre, Chairperson of the Guideline Development Group of the ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) Guideline for the Management of Women with Endometriosis, UK

Work Experience: **20+ years in obstetrics and gynaecology**



- Principal Investigator
- Consultant Gynaecologist & Subspecialist in Reproductive Medicine
- Lead Oxford BSGE Endometriosis Centre
- Lead Adolescent Gynaecology

Professor Becker's research as well as his clinical work focuses on endometriosis, a common disease in women mostly of reproductive age, which is associated with abdominal pain and subfertility.

### Kısa Özgeçmiş

Almanya, Berlin'deki hastalıklardan jeinekolojik konusundagenel eji5m addiktan sonra Profesör Becker, ABD'de Boston'daki Harvard Tıp Fakültesi'nde endometriozis için yeni tedavi yaklaşımları üzerinde çalışarak beş yıl geçirdi.2005 yılında Profesör Becker Oxford'da Üreme Tıbbi ve Cerrahisinde Klinik Direktör Görevlisi oldu. 2007'da John Radcliffe Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları Departmanı olarak atanmış ve 2014'te Oxford Üniversitesi'nde Doçent oldu. Profesör Becker, İngiltere'deki en büyük BSGE onaylı Endometriosis Merkezi olan Oxford Endometriosis Bakım Merkezi'nin Klinik Lideri'dir. Buna ekolarak, şurada John Radcliffe Hastanesi'nde Adolesan İnekoloji Klinik Lideri'dir.

### Dr. Pınar Yalçın Bahat'ın yapacağı röportaj:

**Merhaba, Profesör Becker. Öncelikle burğörportaj için size teşekkür etmek isterim. İlk sorum EPHect hakkında olacak. Bize EPHect'in ne olduğunu söyleyebilir misiniz?**

EPHect endometriozis, çoğunlukla şüpheli endometriozis, için laparoskopik cerrahiye gidecek kadınlar için olan 'Endometriozis ve Phenome and Biobanking Harmonisation Project' inkaatması. Bu proje birkaç yıl öncesinde Harvard ve Oxford işbirliği ile oldu. Krista Zondervan ve Stacey Missmer birlikte yürüttüğü için yapıyor ve Dünya Endometriozis Araştırma Vakfı ile birlikte örnek toplama yollarını standartize etmeye çalışıyor. Bu örnekler biyolojik örnekler olduğu gibi yine hastalardan toplanan intraperitoneal verileri de kapsıyor. Bundan birkaç yıl önce biyobelirteçleri araştırarak birkaç araştırma yapıyoruz. Bizimle sonuçların paylaşılması olduğunu gördük. Bunun neden böyle olduğunu düşündük ve bir sebep bulduk. Çoğunlukla çalışmalarda çok küçük örnekler vardiyen kontrol grupları kullanılmıyor. Aynı zamanda örneklerin nasıl toplandığı ve verilerin nasıl değerlendirildiği yönünde hiçbir standartizasyon yoktu. İşte bu sebeple bir çalışmayı diğerleriyle karşılaştırmak oldukça zordu.

Birçok potansiyel biyobelirteç bulduk ve bunları klinik olarak kullanıp kullanılmayacağına bakıyoruz. Araştırma yaparken en önemli cevap hayırdır çünkü bunlar küçük çalışmalarda geçerli bir belirsizlik yapmak için büyük rakamlara bakman gerekiyordu. Endometriozis heterojen bir hastalık ve hangi alt grubun hangi tedaviyi yanarlanacağına emin olabilmek için, ayrı ayrı hisse paylaşımı için çok fazla veriye sahip olmak zorundasınız. Bunu 20 hasta ve 20 kontrol yapamazsınız ki klinik çalışmalarda genellikle bu yapıyor.

Biz EPHect projesinde tüm bunları standardize etmeye çalışıyoruz. İkinci olarak kanıtemelili protokoller oluşturduk. Bu protokoller kanı hangi yoldan toplamanı, hangi hasta dönüştürme ve hangi saklama genetiği gibi süreçlere dair. Böylece EPHect standartları ile uyum duyuran birçok yerindeki başka giden hastaneler Oxford'daki hasta ile aynı şekilde çalışıyor ve bir yerindeki hasta ile başka şüphelenen geçişini biliyoruz. Bunun sayısında bu heterojenlik hastalığa biyobelirteçleri tespit etmemize yardımcı olacak büyük kapsamlı çalışmalar yapmamız kolaylaşacak.

### Endometriozis araştırmasında zorluklar nelerdir?

Öncelikle endometriozis peritoneal hastalık, ovarian endometriozis, derin endometriozis gibi geniş kategorilere koyma konusunda görüşe olarak aynıdır ve hastaların muhtemelen bundan biraz daha kompleks olduğunu söyleyebiliriz. Aynı moleküler belirteçler ve geniş klinik veri olduğunda daha iyi ilişkileri tanımlayabileceğimize çeşitli diğer durumlardan, belirli kanserlerden şüpheleniriz. Biz endometriozis için henüz bu veriye sahip değiliz. Muhtemelen bunun sonucu olarak verdiğimiz tedaviler tatmin edici olmayabilir. Bu muhtemelen kısmen hastalığın yeteri kadar aydınlanmadığı ve tekrar durum gibi davranmamızdan kaynaklı. Bu bir zorluktu.

Diğer bir zorluk ise, muhtemelen yine aynı sebepten, endometriozisin büyük bir çoğunluğunu oluşturan peritoneal hastalıkta teşhis dilemması yaşamamız ve doğrulamak yada ihtimali ortadan kaldırmak için laparoskopi yapmamız. Belli kibirçok insan şüpheli bir şekilde homömlarla empirik tedavi alıyorbu malignansiden çok endişelendiğimiz bir durum olmadı için. Buiyi bir yaklaşım ancak birçokkadere hala hastalığın gerçekten olup olmadığını bulmak için laparoskopiye gidiyor. Bubeleğin şekilde basit bir prosedür ancak sürekli yapmamıza rağmen belirgin bir mobilite, hatta mortalite riski bulunuyor. Budurum kişini laparoskopiye ihtiyaç duyup duymadığına karar verirken akıldızabulundurmamız gereken bir şey.

Bence bunlar ana ilki zorluk değildir bir zorluk iki temel semptomun, ağrı veinfertilite, kötü bir şekilde anlaşılması. Ağrı için genellikle endometriozis, lezyonların olduğu bir hastalık olarak görülür veonları yakmak veya cerrahi olarak kesmek şeklinde yaklaşım vesonra her şey yolunda olmalıdır. Bugüne kadar işe yarar ancak herkes için değil. Şuanda hangi yönetim yaklaşımından eniyi hangi hastanın fayda sağlayacağını bilmenin hiçbir yolu yok. İbudurum neden uygun cerrahiye gittikten sonra birçok hastanın semptomlarla bukadere çabuk geri döndüğünün sebeplerinden biri.

Aynı şekilde infertiliteyi detaylarıyla anlamış değiliz. Evet mekanik veanatomik adhezyonları olduğu ciddi bir hastalığın neden gebeliği zorlaştırıyor tahmin edebiliyoruz ancak sadece birtakım peritoniyol lezyonlar bu problemlere yol açıyor? yada peritoneal sıvının toksik etkilerinden dolayı mı? Bunu henüz anlayabildiğimizizaymıyorum.

**Endometriozis teşhisinde laparoskopi hala altın standart. Bununla birlikte biyobelirteçler gibi daha kolay teşhis teknikleri için devam eden çalışmalar var. Bir biyobelirteç bulabileceğimizi vebasit bir kantestiyel endometriozis tanısı koyabileceğimizi düşünüyor musunuz?**

Biz 2010-11'de bir sistematiik derleme yapıp vedaha yakın dönemde Yeni Zelanda veAvusturya'dan araştırmacılar2016'da derlemeler yaptık. Çok fazla aday buldular ancak çalışmalarınçoğu az sayıda örneklerle yapılmıştı vebu sebeple baktıkları, buldukları belirteçlerin gerçekle klinik bir yarar olup olmadığını bilmiyoruz. Problemlerden biri şu; sürekli küçük çalışmalar yapıyor veçalışmaları yayınlama şans bulursun diyorsun ki'bu fantastik bir haber ancak daha büyük çalışmalarda doğrulamaya yapmamız lazım' vesonra kimse bunu yapmıyor.

Orada büyük potansiyele sahip belirteçler olabilir veonların doğrulanması vebağmsız veri setleri ile doğrulamaya çalışmaları yapılması gerekir. Gelecekte bir şeylerin olacağını söyleyen birkaç basın bülteni var. Ben genel olarak buduyunlar konusunda biraz temkinliyim. Çünkü belirli bir belirteçte baktığımızda pilot çalışmalarda her şey yolunda gidiyor olabilir ancak bunu onaylamak vebağmsız veri kümeleri ile doğrulamak istediğimizde, çok daha zor hale geliyor. Buyüzden mevcut veriler hakkında bir şeyler söyleyene kadar beklerim.

**Sizce endometriozishastalarını kinikte yönetirken enzor veya önemli kısım nedir?**

Öncelikle, çoğu zamanda bualandı uzmanlaşmış bir kadın doğum uzmanına görene kadar birçok yıl beklemlerinden kaynaklanan öfke ile ilgilenmek. Çünkü buraya görünmek için durumlarından çok daanlamayan bir GPtarafından gönderiliyorlar. Orada mevcut bir öfke var. Günümüzde anladığımız kadarıyla ağrı, lezyonu çıkarmaktan çok daha karmaşık. Hastalara ağrının periferik vemekezi duyurulamayı içerdüğünü açıklamamız gerekiyor. Hastaya çok daha karmaşık olduğunu açıklamak için çalışıyoruz: 'Evet merkezi sinir sistemi veperiferik sistem devat. Ama basit bir kafanızda ilgili değil, çünkü insanları onlara daha önce söyledikleri şey buve çok bunu sizden dedularına daha sınırlı oluyorlar. 'Ah, sonunus kalamda olduğunu söyleyen başka bir doktor daha' diye düşünüyorlar. Gelecekteki daha kapsamlı bir yaklaşım olacağını düşünüyorum. Bize zaman ayrdığımız için teşekkür ederiz.

## E SON ÜÇ AYDA ÜLKEMİZDEN ÇIKAN ENDOMETRİOZİS MAKALELEİ

### 1. Therectalvaginalopacificationwithwaterandtheantiperistalticagentin magneticresonancescanningof the intestinalendometriosis

Cemil Gürses, Baris Mulyim, and Mete Çağlar. Turk. J Obstet Gynecol. 16(3): 208-212, 2019

#### Abstract

The diagnosis of deep intestinal endometriosis (mandatory to plan treatment and for follow-up; however, there is no consensus worldwide in the use of rectal/ vaginal opacification and anti-peristaltic agents for magnetic resonance imaging (MRI) scanning, being defined as an option for the examination. The transvaginal ultrasound images of previous MRI with the standard protocol, and recent MRI in our institution with rectal/vaginal opacification with water and the anti-peristaltic agent are presented in four cases for comparison, respectively. The technique in our institution seems to be more effective than routine pelvic MRI scans in the intestinal endometriosis.

### 2. The value of the neutrophil to lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio and ca-125 in differential diagnosis of ovarian endometriosis.

Mustafa Tas. Medicine Science 8(4):782-5, 2019

#### Abstract

The definitive diagnosis of the endometriosis relies on direct visualization at the surgery and the histopathological verification of the endometrial glands and stroma in biopsies of suspected lesions. Non-invasive tests to diagnose the endometrioma are required to avoid the complications of the laparoscopy. The present study was carried out to compare the neutrophil to lymphocyte ratio, platelet to lymphocyte ratio, and CA-125 level in patients with endometrioma and in women with other benign ovarian cysts. Retrospective medical data of 73 women who underwent open or laparoscopic surgery for ovarian cysts and 40 healthy controls were analyzed. Patients with endometriomas, other benign ovarian cysts and controls were compared with respect to age, CBC parameters, and CA-125 measurements to identify the factors associated with the presence of the endometrioma. There were no significant differences among the three groups with respect to leukocyte count, neutrophil, lymphocyte, platelet count, reticulocyte distribution width, hemoglobin level, platelet count, and mean platelet volume. The neutrophil to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio were also similar in all groups. However, CA-125 level was significantly higher in patients with endometrioma [86 (36-130) U/ml] compared to that of the benign ovarian cyst group [21.5 (6-62) U/ml] and the healthy controls [26.5 (9-51) U/ml]. ROC curve analysis provided that cut-off value of 44.5 U/ml could predict the presence of endometrioma with sensitivity of 97% and with specificity of 96%. Our findings clearly demonstrate that neither neutrophil to lymphocyte ratio nor platelet to lymphocyte ratio has any value in distinguishing women with endometrioma from those with other benign ovarian cysts or healthy controls. However, CA-125 levels might be used to identify patients with endometrioma, with high sensitivity and specificity.

### 3. The Effects of Leukocyte- and Platelet-Rich Plasma (L-Prp) and Pure Platelet-Rich Plasma (P-Prp) ana Rat Endometriosis Model

Ali Doğan Anı, İsmet Gün, Önder Sakin, Muzaffer Seyhan Çileman, Zehra Meltem Pirioğlu, Ahmet Kale, Kayhan Başak, Pinar Kaygan, Serpil Oğuztüzün. Biolojiv 802421, 2019

#### Abstract

Our aim was to investigate the effect of platelet-rich plasma (PRP) derivatives, which can be reproduced from the patient's own blood and have minimal side effects, on endometriosis. To the best of our knowledge, this is the first study in the literature that studies the relationship between PRP and endometriosis. Endometriosis foci were created in the first operation. In the second operation (30th day) groups were formed. Group 1 (n= 8) was administered saline, group 2 (n= 7) leukocyte- and platelet-rich plasma (L-PRP), and group 3 (n= 8) pure platelet-rich plasma (P-PRP). Group 4 (n= 10) was used to obtain PRP. In the last operation (60th day), the endometriotic foci were measured, and then excised. There was no statistically significant difference between the pre and post volumes of the endometriotic foci, between their volume differences and volume difference rates (p>.05). However, it was observed that existing implant volumes in all groups decreased statistically significantly within their own groups by the end of the experiment compared to the previous volumes (p<.05). When the implants were assessed through histopathological scoring terms of edema, vascular congestion, inflammatory cell infiltration, hemorrhage, epithelial line, and hemosiderin accumulation and immunohistochemical staining terms of p-EGF, there was no significant difference in the comparison between the groups. Although L-PRP and P-PRP generated more reduction in the endometriosis foci, they did not create any statistical differences.

## F KRONİK PELVİK AĞRI ÖZEL SAYISI

1. Kadın Hastalıkları ve Doğum - Prof. Dr. Ahmet Kale

2. Üroloji - Prof. Dr. Oktay Demirkesen

3. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - A. Prof. Dr. Zeynep Güven/B. Doç. Dr. Sibel Çağlar

4. Gastroenteroloji - Dr. ÖğreSm Üyesi Özdam Ersoy

5. Anestezi ve Reanimasyon - Dr. Tolga Ergüvenç

1. Kadın Hastalıkları ve Doğum - Prof. Dr. Ahmet Kale

### Özgeçmiş

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, Endometriozis ve Adenomyozis Derneği, Genel Sekreter

### Eğitim

- **Fakülte:** Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
- **Uzmanlık:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim
- **Doç. Dr.:** Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı (20
- **Prof. Dr.:** Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim veldari Sorumlu
- **Prof. Dr.:** Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim veldari Sorumlu

### Bilimsel Kuruluşlara Üyelik:

#### Ulusal:

- Jinekolojik Endoskopi Derneği
- Türk Jinekolojik Onkoloji Derneği,
- Türk Jinekolojik ve Obstetrik Derneği

#### Uluslararası:

- European Society for Gynaecological Endoscopy

#### Yurtdışı Deneyim:

- Posover International Medical Center, Zurich, Switzerland
- Urogynecology And Oncology Saint Louis University



Kronik pelvik ağrı (KPA) pelvik bölgede yada alt abdomende lokalize, gaydan fazla devam eden, kalıcı, şiddetli ağrı olarak tanımlanmaktadır. KPA'nın öreme çağındaki kadınlarda yaklaşık %6 ila %25'ini etkilediği bilinmektedir.

KPA jinekolojya yapılan bapvuruların %10'unun sebebi olup yapılan tüm histerektomilerin %20'sinin vevagoroskopik cerrahilerin %40'ından fazlasının nedenini oluşturmaktadır. Bununla birlikte yapılan tüm muayene, tetkik vevocahiler ağrı men vakaların %30'unda hiçbir sebep belirlenememektedir. KPA yönetiminde amaç iyileştirilebilir nedeni belirlemek vevocaut etkili tedaviyi uygulamaktır. KPA bir hastalık değil, sadece bir semptom'dur. Etiyolojide birçok faktör rol oynayabilmektedir. Ayrıca tanı da jinekolojik patolojiler yer alabileceği gibi kan-iskelet sistemi patolojileri, nörolojik, ürolojik, gastroenterolojik nedenler vevopkiyatrik bozukluklar dayer alabilmektedir.

Ağrıyı mekanizmasına göre, nöroseptif (viseral veya somatik), nöropatik ağrı olarak 2 gruba ayırılmaz mümkündür. Bir hastada üçüncü türü tek bapna olabileceği gibi, bazen birlikte gösterebilirler ki; budurum tanı vevodavi zorluklarına neden olabilmektedir. Örneğin endometriozise bağlı ağrı nöroseptif (viseral), nöropatik veya bunların kombinasyonu şeklinde gözlenebilir. Birden fazla ağrı türünün bir arada bulunması yada bir ağrı tipinin baskın olarak görülmesi hastaların uygulanan tedavilere farklı cevaplar vermesinin bir sebebi olarak görülebilir.

**Nöroseptif (viseral) ağrı;** ağrı oluşturan uyarıdan (doku travması, inflamasyon vb.) sensörleri sinek uçlarını uyandırdığında oluşur. Kann orta hatta kınt yada kramp şeklinde hissedilen ağrı şekildedir vevengellede iyi lokalize edilemez. Terleme, yorgunluk, bulantı vevokusma gibi otomatik semptomlar dabu tip ağrıya eşlik edebilir. Enak jinekolojik nedonları arasında endometriozis, geçirilmiş pelvik inflamabuar hastalık, over kistleri, batin içi adezyonlar, adenomyozis vevoleiomyomlar sayılabılır; remnant over sendroma, pelvik konjesyon sendroma, jinekolojik maligniteler, fallop tüpü prolapsusu, benign kistik mezotelyoma, postoperatif peritoneal kistler, müliyeriyen anamallerinde nadir nedenler olarak sıralanabilir.

**Nöroseptif (somatik) ağrı;** bu ağrı türü genel olarak daha iyi lokalize edilebilen vevodaha keskin bir ağrı şeklinde tarif edilir. Genellede

lezyon bölgesinde visceral ağrıya göre daha şiddetli hissedilen bir ağrıdır. Kısa sürede ortaya çıkar maksimum seviyeye ulaşabilir. Somaik afferent lifler belirli bir dermatoma göre düzenlenmiş olduklarından ağrının lokalizasyonu daha keskin sınırlarla yapılabilmektedir. Eklem, kas, ligament ve kemik ağrıları, myofasiyal ağrı, geçirilmiş cerrahilere bağlı ba\_n endüvan ağrıları buağrı türüne örnek verilebilir.

**Nöropati ağrısı** ağrı sporatik olarak ortaya çıkabilir. Bir dermatom boyunca yayılabilir; daha çok yanma,iglenme, elektriklenme gibi hisler oluşturan bir ağrı Spirik. Ağrı eşjü düğüğü için normalde ağrınsız olan uyan hastalarda ağrı oluşturabilir (allodini). Uyarana yanıt hem süreklî hem deamplitüd bakımından abar\_ı olabilir (hiperaljezi). Pudental nöralji, ilioinguinal nöralji, tuzak nöropatiler buağrı Spine örnek olabilir.

İlk değerlendirilmeye aynı\_ianamnez alınarak başlanmalıdır. Anamnezde ağrı ile ilişkili durumlar (bulan\_ı, berleme vb.), ağrıya agreve eden faktörler (mekansiyon vedefekasyon sırasında ar\_ı, ağrı şiddetinde gün içi nde veya pozisyon iledeğişiklik), ağrının karakteristiği (kramp, künt, yanma, batma tarzı vb.), yayılmış dermatomal ile ilişkisi) ağrının zamansaldeğişimi (süreklî, menstrüel siklus ile ilişkisi, geçirilmiş cerrahi yada doğum sonrası ar\_ı) sorgulanmalıdır. Pelvik muayene ile duyu muayenesi, hassas (teş) nokta değerlendirilmesi vepelvik taban kasları muayenesinde içerecek şekilde aynı\_ıolarak yapılmalıdır.

Tüm muayenelere ek olarak transvajinal ultrasonografi ileleziyom, over kistleri, hidrosalpenks gibi birçok organik jinekolojik patolojilerin tanısı konulabilir. Ayrıca transvajinal ultrason ile"derininflitans endometriozis (DIE)" saptanabilir. DIE'den şüphelenilen kadınlarda bu konuda deneyimli bir hekim tara'ından yapılan dinamik ultrasonografik değerlendirme ileanterior veposterior kompartmanlardayeteriş olan nodüllerin teşfS vadezyon varlığı %85'lik bir duyarlılık ve%96'lık bir özgüllük oranı iletespit edilebilir. Tüm bulık değerlendirilmeler yapıldıktan sonra hedefe yönelik tetkik veğrütütleme yöntemlerine başvurulmalıdır. Ayrıca laparoskopik, endometriozis vadezyon arğı baz KPA nedenleri olan kadınlarda hem tanı hem tedav için kullanılabilir.

KPA tedavisi kişiye özel planlanmalıdır. Tedavide medikal tedaviler (nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, kombin hormonal tedavi, progesteron içeren ilaçlar, progesteron içeren rahim içi cihazlar, anöströjenler vb.), fizik tedavi, girişimsel ağı uygulanan cerrahi tedaviler yer alır. KPA'nın multifaktöriyel etyolojisi nedeni ile etkin yönemi için aksf hasta ka\_ımı vemuşdisipliner bir yaklaşım gerekir.

## 2. Üroloji-Prof.Dr.OktayDemirkesen

SinharlıÇiftgeç, OktayDemirkesenİstanbulÜniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa TıpFakültesiÜrolojiADForTeÜrolojiMerkezi

### Öğecmiş

2 Mart 1962'de İstanbul'da doğdu. 1973-1980 yıllarında İstanbul Erkek Lisesi'nde ortaöğretimi bitirdikten sonra, 1981-1987 tarihlerinde İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi'nde\_p\_eğitimi tamamladı.

1987-1988'de Bingöl Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde Gay süreyle mecburi hizmet yap... 1988-1993, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi/Üroloji Anabilim Dalı'nda ihtisas yap\_ıyı yaptı. Bu arada 1993-1994'de Johannes Gutenberg Üniversitesi Üroloji Anabilim Dalı Mainz'da, Alman Akademik Değişim Kurumu'ndan(DAAD) burslu olarak 10ay süreli ihtisas sonrası eğSm gördü.

1996-2002 Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı'nda başaistan, 2002-2008 aynı yerdedocent olarak çalış... Şubat 2008'denberi deiyne aynkindikte profesör olarak görevini sürdürüyor.

Bu arada 2005-2007yılında CharlieÜniversiteHastanesi/Berlin'ileparoskopik eğıSmi tamamlamak için Japonya'yetgerçekleşti.

Nöroloji vektadın Üroloji ileRekonstrüksiyonÜroloji akademik olarak ilgilendiği vebasta praşj'nin önemli bir bölümünü oluşturan konularolarak öne çıkmaktadır.

Üroloji Cerrahi Demeğj (Kuzey Marmara Şubesi YöneSm Kurulu Üyesi), KorSanasDemeğj (YöneSm Kurulu Üyesi ve2. Başkan), Türk Endüroloji Demeğj, Amerikan Üroloji Demeğj (AUA-Uluslararası üye), Avrupa Üroloji Demeğj (EAU-AKSF Üye), Avrupa Genitöliner RekonstrüksiyonCerrahlar(ESGURS) veUluslararasıKorSanasDemeğj (ICS) üyelikleri bulunmaktadır.

### ÜROLOG GÖZÜYLE MESANE AGRISISENDROMU

Mesane ağrısı sendromu yada interstisyel sist (IAS/S); hastaları yaşam kalitesini ciddi şekilde bozan, tanısiz semptomaya dayalı olarak konulan kronik pelvik ağrının önemli bir nedenlerinden biridir. Zaman içinde çeşitli şekillerde tanımlanan bu hastalık için Uluslararası Non-Spasmodik İCS), belirli bir patoloji vekanıtlarımsüriner enfeksiyon olmadan, ekkikla sıkımsa veldıra çıkma sıklığında ar\_ı gibi alt üriner sistem yakımmalanın eşlik eeğj, mesaneyle ilgili saydan uzun süren rahatsızıcı duyu (ağrı, basınc, rahatsızlık) şeklinde klinik bir tanımlama yapmış r (1). Kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte ABD'de kadınlardaprevalanı %2,7-6,5 olarak değerlendirilmektedir.

Etyolojisiinde bakteriyel sist, otizmün hastalıklar, mesane travması veya ağın ditanıasyonu gibi faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörlermesane eptelinde hasara yol açmaktave mastüöre aksvasyonu, histamin salınımı gibi yanıtlaneden olmaktadır.



MAS/İS, bir yakınmalar toplamdır ve tanı genellikle benzer semptomlara yol açan diğer hastalıkları (bakteriyel sistit, mesane tümörü/karsinoma insitu, ağrı akciğer mesane, endometriyozis vb.) dışlanması sonucunda konulur(2). Bir hastada mesanenin idrarla dolmasıyla beraber artan ağrı, basınç, varoşatuzaklıhisinin yanında sık idrara çıama, noitürü, sıkıama gibi deplama semptomları varsa MAS/İS ten şüphelenilmelidir. Tanıdakiyü, fizik muayene, idrar analiziyükübirü, işeme günlükü kullanılmakabirlikte gerekidurumlarda ürodinami, sistoskopiy gibi İleri İncelemeler deayapılabilmektedir. Ürodinamide özellikle mesane kapasitesindeazalma vemesane duvarında ar\_ı (Hipersensitif mesane) Spikr (2). Sistoskopiy sırasında görülecek Hunner lezyonu vehidrodistanşiyon sonrası görülglomerülasyonlar tanıdayardıncolabilmektedir (3). Avrupaİnterşiyel Sistit Çalışma Derneği (ESSIC), aşağıda belirlen şekilde bir sınıflamanı hastaların tanı yetakibindeuygun olacağını İleri sarmaktadır. Bu sınıflamaya göre, "1, 2, 3" hidrodistanşiyonda yapılan sistoskopiy sonucunda artan "göde", "A, B, C" ise alınan biyopsi sonucuna göre hastaların artan ciddiyeşni belirtmektedir. "X" ise yapılmadığı anlamına gelmektedir (Tablo 1).

MAS/İS tedavisi konservatif,medikal (oral), intravazikal, nöromodülasyonu cerrahi olmak üzere beş basamak şekilde düzenlenebilir. Konservatif tedavide nöroenilen stres yönetimi (meditasyon), mesane üzerine lokal soğuk veya sıcak uygulama, pehiv taban egzersizleri, mesane eğişmi (günlük sıvı almanın azaltılması) ve mesane iritasyonlarından (kafeinli vealkohollü içecekler, yapay tatlandırıcılar,acı ve baharatlı yiyecekler) uzak durmanın yararlı anlamı semptomlarını azaltıgösterilmiştir(4).

Oral tedavide kullanılan ilaçları amritripşindir. Başlangıç dozu günde 10mg'dır veyavaş yavaş yavaş yükseltilir ancak yorgunluk, mide bulantısı, kabızlık, kilo kaybı gibi yan etkileri mevcuttur. Bir diğer oral ajan bir sentsik heparin analogu olan sodiyum pentosan polisülfatı (PPS). Mesane duvarındaki glikozaminoglikan tabakasınınbilyeşmeye neden olduğu düşünölmektedir. Günde 3kez100 mg şekilde kullanılır. Amritripşin vePPS, AvrupaÜroloji Derneği (EAU) tarafındanİneri dereceli A olarak önerilmektedir (5). Ayrıcaoral tedavideanŞistaminiklerde uzun yıllardır beri kullanılmaktadır(6).

İntrovezikal tedavidekullanılanmedisilafloksit (DMSO); anŞ-inflamatuar, analjetik, dükas gevşemesi ve mast hücre inhibisyonu gibi etkilerinedeniley tercih edilmiştir (7). Haljada 50ml, 6-8 ha boyunca lokal soğuk veya sıcak uygulanmaktadır. DMSO dışında heparin, hyaluronik asit ve lidokain gibi ajanlar veya bunların kombinasyonlarında kullanılabilmekte ve semptomlarda ciddi rahatlama veya sebep olabilmektedir. Bunların yanıadıntrovezikal olarak detrüsur kasınabotulinum toksin-A enjeksiyonun özellimedikal tedaviyedirencil hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir(8). Ayrıcasistoskopiyhidrodistanşiyon hasarlı duvarlı sinir ağlarının yeniden rekonstrüksiyonunamkân sağlayarak tedaviyekonusuğlamaktadır.

MAS/İS, bir kronik pelvik ağrı sendromu olduğu için özellikesakral nöromodülasyonu en etkili olabilir(9) gösterilmiştir(9).

Diğer tüm tedavi seçeneklerinin başarısız olduğu durumda, cerrahi tedavi akla gelmelidir ancak çok nadir bir hasta grubunda kullanılmaktadır (10). Suprapubik sistektomi ve sistoplasti tercih edilebilir ancak temiz aralık kateterizasyonu (TAK) kullanımı gerekebilir. Sistektomiyle beraber üriner diversiyon da cerrahi bir seçenek olarak düşünölmektedir.

#### Kaynaklar:

- Hanno P, Dinis F, Lin A, Nickel C, Nordling J, van Ophoven A, Ueda T. Bladder pain syndrome. In: Abrams J, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. Paris: ICDU-EAU; 2013a. p. 1583-649.
- van de Merwe JP, Nordling J, Bouchelouche P, Bouchelouche K, Cervigni M, Doha LK, et al. Diagnostic criteria, classification, and nomenclature for painful bladder syndrome/interstitial cystitis: AneşşİS proposal. Eur Urol 2006; Jan; 53(1):60-7.
- Hanno P, Nordling J, van OA. What is new in bladder pain syndrome/interstitial cystitis? Curr Opin Urol 2006; Jul; 18(4):353-8.
- Verghese TS, Riosal RN, Charapaneira R, Lazhe PM. Complementary therapies for bladder pain syndrome: A systematic review. Int Urogynecol J 2015; Dec 7.
- Lewi H. Medical therapy in interstitial cystitis: The Essex experience. Urology 2001; Jun; 57(6 Suppl 1):120-.
- Simmons JL. Interstitial cystitis: An explanation for the beneficial effect of amitriptyline. Journal of Urology 1961; 85:149-55.
- Roszbarger J, Fall M, Peaker R. Crisical ap- praisal of dimethyl sulfoxide treatment for interstitial cystitis: Discomfort, side-effects and treatment outcome. Scand J Urol Nephrol 2005; 39(1):73-7.
- Smith CP, Radziszewski P, Borowski A, Sosmogly GT, Boone TB, Chancellor NB. Botulinum toxin a has an anticholinergic effects in treating interstitial cystitis. Urology 2004; Nov; 64(5):871-3.
- Zemann DH, Weirich T, Wünderlich H, Reichelt O, Schubert J. Sacral nerve stimulation - Son for pain relief in interstitial cystitis. Urol Int 2000; 65(2):120-1.
- Hohenfellner M, Black P, Linn JF, Dahms SE, Thuroff JW. Surgical treatment of interstitial cystitis in women. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006; 11(2):313-9.

### Avrupa İnterşiyel Sistit Çalışma Derneği'nin mesane ağrısı sendromu tipleri için öngördüğü sınıflama

Yapılmamış	Hidrodistanşiyonlu Sistoskopiy				
		Normal	Glomerülasyonlar	Hunner lezyonu	
Biyopsi	Yapılmamış	XX	1X	2X	3X
	Normal	XA	1A	2A	3A
	Sonuçsuz	XB	1B	2B	3B
	Pozitif	XC	1C	2C	3C

### 3.A. Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon – Prof. Dr. Zeynep Güven

Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

#### Özgeçmiş

- 2011: Tıpta Uzmanlık Kurulu (Algoloji)
- 1992: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon
- 1985: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
- 1979: Notre Dame De Sion

#### İç Deneyimi:

- 2006: Acıbadem Sağlık Grubu
- 1992: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı

#### KRONİK PELVİK AĞRI DAKA İSKELET SİSTEM KAYNAKLI SORUNLAR VE YAKLAŞIMLARI

Kronik pelvik ağrı (KPA), enaz 3-6 ay boyunca, bir ayın en az 2 haftasında anatomik pelvis, umbilikus altında anterior abdominal duvar, gluteal bölgeler veya lumbosacral bölgede hissedilen, nonsistik, nonmenstrüel ağrıdır. Ağrı şiddetli düzeyden yaşam kalitesini olumsuz etkileyen şiddetli düzeyde kadarda değişikliğe girebilir, sürekli ciddi pelvik ağrı, intermenstrüel ağrı, keskin veya kramp tarzında ağrı, künt ağrı, basıncı hissi gibi farklı özelliklerde tanımlanabilmekte, ayrıca psikolojik ve sosyokültürel faktörlerden de etkilenebilmektedir. Prevalans kadınlarda %5.7 ile %26.6, erkeklerde ise %2 ile %16 arasında bildirilmektedir. KPA tek veya birden fazla faktörün etkileyebileceği tek bir doku, organ veya birden fazla organ sisteminden kaynaklanabilmektedir. Genelikle ürogenital, gastrointesinal, kasiskelet, nörolojik, endokrin sistemlerini etkilemekte bunlar arasında da etkileşimden olmaktadır. Artmış ağrı duyarlılığı, depresyon ve anksiyete gibi duygusal durum değişiklikleri, fiziksel ve psikolojik travma, somatizasyon, madde bağımlılığı, stres gibi faktörlerinde KPA ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Etiyopatogenezi genellikle karmaşık oluşu tanıda tedavide zorluklar ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte aynı tanıya yönelik tedavi planlaması yapılabilmesi için hastaların bireysel ve insiyetlerine göre spesifik olarak ele alınması, buna göre aynı ilave sistemdeki fiziksel kaynağına yönelik incelemelerin yapılması ve tedavilerinin bir değerlendirme yaklaşımıdır. Kas iskelet sisteminde KPA yeniden olan sorunların bir bölümü yapısal doku hasarları veya yetmezlikleri sonucu ortaya çıkabileceği gibi santral serotinin ile ilişkili farklı etyolojilerden de kaynaklanabilir (Tablo 1).

#### Tablo 1. Kronik Pelvik Ağrıya Neden Olan Kasiskelet Sistem Sorunları

- Dejeneratif hastalıklar, lomber spondiloz, lomber disk hernisi
- Faset dejenerasyonu
- Omurga yapıları ve çevresiyumuşak dokuların enfeksiyon ve nekrozları
- Pelvik stres/yetmezlikleri
- Koksitit
- Sakroiliak disfonksiyon
- Pelvik taban disfonksiyonu
- Pelvik taban prolapsu
- Pelvik kvadrant sendromu
- Levator ani sendromu
- Piriformis sendromu
- Ostial pubis
- Miyofasyal ağrı sendromu
- Fibromiyalji Sendromu
- Kalça osteoartriti

KPA (dahar bilimsel yaklaşım) aynı zamanda anamnez alınmasından sonra, hastanın değerlendirilmesi, interdisipliner yaklaşım gereken durumlarda ilgili diğer branş uzmanlarının görüşlerinin alınması ve uygun bir tedavi planı geliştirilmesi kapsamaktadır.

Anamnez öncelikle pelvik ağrının şiddet, yerleşim, süre, ritmik, yayılımı gibi özellikleri, ağrıya ilişkin veya azaltan faktörler, hareket ve pozisyonların sorgulanması içermelidir. Makro travma, tekrarlayan mikro travma, cinsel girişim, üriner enfeksiyon, mesane fonksiyonları, eşlik eden diğer subjektif yakınmalar, sistemik ve kronik hastalıklar, düzenli kullanılmayan ilaçlar, ağrı yakınmaları daha önce varsa yapılan tedaviler ve etkileri demografik hastaya sorulmalıdır. Vizüel analog skalaları yani ağrı değerlendirilmesine yönelik jenetik veya nöropatik ağrı gibi daha spesifik ağrı değerlendirme ölçütleri verimlilikle hastadan insan ölçütü grafiği üzerinde ağrı bölgelerinin veritelleşiminin izlenmesi de hasta ile ilgili görüşme sonrasında yapılabilmektedir detaylı parametresi olarak büyük önem taşımaktadır.

Fizik muayene inspeksiyon, hastanın postürü, yürüme paterni, tüm omurga, kalça ve diz eklemlerinin hareket açıklığı, kas test, motor kontrol, duyu, derin tendon refleksleri, patolojik refleksler, denge ve koordinasyon, kas tonusu ve diğer değerlendirilmesini içeren nörolojik muayene, kas ve diğer bağ dokularının gerilimi, manüel spesifik testler (diz kaçırma kaldırma, FADIR, FABER gibi), kemik dokunun duyarlılığı, tek veya hassas noktaların varlığı, suprapubik bölgeye uygulanan basıncı ile mesane hassasiyeti ve pelvik taban kas ve bağlarının değerlendirilmesi içermelidir.

Kronik pelvik ağrı yakınması olan hastaların %65'inde postural değişiklikler ve/veya kas iskelet sisteminin disfonksiyonu olduğu ve bu sorunların %14 ile %78'inin "Miyofasyal Ağrı Sendromu (MAS)" kaynaklı olduğu bildirilmektedir.





**3.B. Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon-Doç.Dr.Sibel Çağlar**  
Bakırköy Dr. Sadık Konuk Uygulama ve Araştırma Merkezi, Fiziksel Tıp ve  
Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul



**Özgeçmiş**

**Eğitim ve Akademik Pozisyon:**

- **1995- 2001:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
- **2001- 2005:** Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi, Erzurum
- **2005- 2010:** Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Asistanlığı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
‘Tez Çalışması: Serebral Palsi Hastalarında alt ekstremité botulinum toksin A  
ambulasyon kapasitesini etkisi.’
- **2010-** : Mecburi Hizmet, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği
- **2014-** : Manuel Terapi Diploması (MIM)  
Neural Terapi Diploması (BARNAT)

**Uluslararası Klinik Deneyimler:**

- **2013:** Institut für Anatomie und Zellbiologie Universitätsmedizin Greifswald, Germany, Neurotherapie bei Erkrankungen des  
Bewegungsapparates. Prof. Dr. Jürgen Giebel
- **2013:** Institut für Manual Medicine Berlin, Germany, Dr. Wolfgang von Heymann

**Major Clinical Interests:**

1. Menenkejmal stromal kök hücre uygulamaları
2. Lenfödem Rehabilitasyonu
3. Pediyatrik Rehabilitasyon ve Botulinum toksin A uygulamaları
4. Tanesal ve Girişimsel Kas İskelet Sistemi Ultrasonografisi
5. Manual Terapi

**PELVİK AĞRIYI FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON YAKLAŞIMI- 2**

Pelvik taban fiziksel tıp ve rehabilitasyon yaklaşımı pelvik ağrının kas iskelet sistemi ile ilgili nedenlerinin tedavisinde oldukça önem taşıyor. Kadın, erkek ve çocuk pelvik ağrısında pelvik tabana bütünsel yaklaşım pelvik tabanın ağrısının anlaşılması ve tedavisinde önemlidir.

Tedavilerle birlikte belirli manuel terapi yöntemleri, sinir mobilizasyonları, bağ doku ve eklem mobilizasyonları, myofasiyal gevşetme teknikleri, medikal tedaviler, davranış tedavileri, santral sensizasyon tedavisi, çeşitli fizik tedavi modaliteleri, biofeedback, ultrason, düşük doz lazer vebastanın işlenmesine göre hekim tarafından uygun görülen tedavi ajanları hastanın tedavisinin gelişimini tekrar tekrar değerlendirerek ilerlemek endoğru adımları olmaktadır. Hastanın fonksiyoneldeğerlendirilmede kullanılmak olan numerik ağrı skolası, mesane, bağ dokusu ve skeletal fonksiyoneldeğerlendirilmesinde önemli önem taşıyor. Her tedavisi sanis semptom ev programı vebak hastanın tedaviye katılması ve sonuç alınmasından büyük önem taşıyor.

**Myofasiyal Gevşetme ve Myofasiyal Teşhis Nokta Masajı**

Myofasiyal ağrı çoğunlukla myofasiyal teşhis nokta ile ilişkilidir. Bunoktalar kas, tendon, fasya içerisinde bulunan ve ağrı kliniklerinde %90'ın üzerinde tespit edilen ağrı nedenleridir. Teşhis noktaları uyarılabilir gergin bantlar içeren kas lifçikleridir. İyine bağ büyüklüğünden bezelye tanesi büyüklüğü kadar olabilen palpasyon ile ilgili olan yapılarıdır. Büyüklüğünden bağımsız olarak hastada şiddetli ağrı ve hassasiyete neden olabilirler. İçerisinde teşhis nokta bulunan kaslar zayıf, hareketleri kısıtlı, fizyolojik torusunda kısıtlanma olmuş kaslardır. Teşhis nokta içeren kaslar aynı fonksiyonları yerine getirebilmek için daha çok çalışmak, bu nedenle çevre kaslarında etkilenerek durutulmamalıdır.

Tespit edilen teşhis noktaları üzerine deneyimli eller ile yapılacak uzun süreli basıncı ile etkileme fasyasında oluşacak olan gevşemele teşhis noktaları rahatlatılır. Butelemler arasında teşhis noktası silme, vibrasyon, kısa germe teknikleri deklemlenerek daha etkin bir tedavi sağlanabilir. Aynı zamanda eklenecek nöromusküler fasilitasyon teknikleri, respiral inhaleasyon teknikleri detedavide katkı sağlayacaktır. Hekim tarafından uygulanacak enjeksiyon vebak tedavi ile etkintedavie katkı sağlamaktadır.

İnterdisipliner sistem, üretilen inkomünans durumlarında yapılan dijital muayene ile teşhis nokta tanı ve tedavisi sindir hastaların %80 üzerinde iyileşme göstermeleri Weis vebak (1) tarafından rapor edilmiş vebasta litotomi pozisyonunda iken vajinal veya rektal yol ile yapılan dijital muayene sonrasında bulunan teşhis noktaları germe vebak presiyon ile ardından yapılan postizometrik relaksasyon teknikleriyle hastaların fonksiyon ve günlük yaşam kalitelerinde olumlu değişimler sağlandığını bildirmişlerdir.

**Bağ Doku Mobilizasyonu**

Clidin yüzeyel tabakalarını mobilize etmeyi sağlayan kayma veyuvarlama hareketini içerir. Hasta sırtüstü yatarak kendine uygulayabileceği gibi hekim/terapist tarafından uygulanabilir. Butedavide amaç hem yüzeyel fasyadaki herde cilt-clitof dokuda ki kısıtlı olan rahatlatmak ve doku gerimini azaltmaktır.

Pelvik ağrıda genel olarak abdominal ve/veya pelvik bölgede alt ekstremité de değerlendirilerek adduktör kaslarda, bel vebak çada bağ doku anomaliler bulunur. Yapılan manuel terapilerinde dokuda kitansiyon azaltılmaları ve hareketlerde dokuda kitansiyonun azaltılmasıdır.

### Skar Doku Mobilizasyonu

Abdominal ve/veya pelvik operasyonlar sonrası, endometriozis, travma vb nedenlerle oluşan skar doku veya epiteliklar pelvik ağrıya neden olabilmektedir. Bu yapıların yerine göre çevre organları (mesane, bağırsak over ve uterus vb) etkileyebilir. Bunlardan bu bölgeler hareketlendirilmez veya epitelikların mobilizasyon teknikleri ile giderilebilir.

Uygulama hastaya ağrıyle birlikte veya hekim/terapist tarafından uygulanmalıdır. Parmaklar arasına alınan skar doku kaydırma ve oma hareketleri ile mobilize edilirken dokuda klajın azalması sağlanır.

### Viseral Manipülasyon

Pelvik taban kaslarının mesane uterus ve bağırsaklara taban oluşturduğu düğününde bu organlardaki disfonksiyonlar manipülasyonun konusu haline gelmiş ve pek çok ilikede uygulanır hale gelmiştir.

Pelvik operasyonlardan, travmalardan, enfeksiyonlardan sonra gelişen vasküler, nörojenik disfonksiyonlar organların kanlanmasını bozmakta ve özellikle akut ekstremitelerden önce pelvik ağrıyla birlikte semptomları nedeniyle olmaktadır.

Özellikle pelvik ağrıdan manipülasyonun ardından organ disfonksiyonları değerlendirilmekte ve edasyonlar, fiksasyonlar, organ pitozları ve spazmları fonksiyonel mobilizasyon ve manipülasyon ile tedavi amaçlanmaktadır.

### Eklem Mobilizasyonları

Pelvik bölgedeki eklem (symphysis pubis, sakroiliak eklem, lumbosakral alan ve kalça eklem) hipomobilitelerde daima pelvik ağrıya katkıda bulunabilecek bir disfonksiyon nedenidir. Bu bölgeye uygulanacak serbest yön testleriyle uygulanacak mobilizasyon ve manipülasyon teknikleri pelvik ağrıyı giderilmesinde önemli etkiler sahiptir.

Pelvik ağrı problemleri izole tam konulabilir değil çoğunlukla eklem ve vefalardan probleme eşlik ederlerdir. Dolayısıyla neden ne olması oluşan semptomlar arasında çoğunlukla kas iskelet sistemi ne ait bulgular bulunur ve tedavi edilebilir edilen budokular pelvik ağrıyı giderilmesinde önemli yer sahiptir.

### Davranış Tedavileri (Motor Kontrol ve Motor Eğitimi)

Pelvik kas egzersizleri vematör eklemler bağırsak mesane vesele fonksiyonların restorasyonunu sağlar ve pelvik ağrının giderilmesine katkıda bulunur. Pelvik ağrı, dispareni, işeme kontrol bozukluğu olan hastalar çoğunlukla ağrı aksiyon pelvik kaslara sahiptir. Budurum kasların kas lifleri kontrakte olmuş bağırsak dokunun oluşumuna katkıda bulunur ve pelvik bozukluğu ve ağrı döngüsünün devamına neden olur.

Hastalara örneğin kas germe-gevşeme egzersizleri, eksternal masaj, internal masaj aletleri hastanın pelvik kaslarının restorasyonunu sağlar. Stres yönetimi, pelvik kas relaksasyonu, nefes egzersizleri, sıcak banyo, yoga, meditasyon yapılması pelvik kaslardan relaksasyona sağlar.

Keçel egzersizleri özellikle çocuk kullanılarak pelvik kas egzersizidir ve etkili bir şekilde çalışır. Bu egzersizler incontinans durumunda pelvik taban kaslarını güçlendirmeye yardımcıdır; diğer hasta sadece pelvik ağrı çekiyorsa ve idrar kaçırıyor veya pelvik taban kaslarının zayıf olmaması, aksine kas ve germe olması muhtemeldir, vefalıkları budurumun ağrıya neden olur. İdrar veya dışkı kaçırılırsa, bu ağrı kaslarının manuel tedavisi ile azalması birçok durumda uygun hareketler ile idrar ve dışkı azalabilir.

### Mesane ve Bağırsak Eğitimi

Mesane ve bağırsak fonksiyonlarının düzenlenmesi, abdomino-pelvik ağrı tedavisinde önemli bir parçadır. Pelvik taban kaslarının mesane ve bağırsak boşalması sırasında gevşemesi gerekir ve hasta kendinde daha kontrakte eden bir yapı gösterirse, mesane ve bağırsak kaslarının yeniden eğitilmesi gerekebilir.

Hastaların rahat dışkılama için uygun bavalet kullanmaları dışkılama sırasında ayak altına konacak taburinin kısmi çömeliminin sağlanarak pelvik tabanın rahatlığı sağlanması ve esnada stres oluşturabilecek ortamın mümkün olduğunca oluşturulması önemlidir. Bu eğitimler ve uyan stresli ağrı aksiyon pelvik taban kasları büyük ölçüde olan hastalar için yararlı olabilir ancak sürdürülebilir eğitim başarının önemli bir parçasıdır.

Mesane eğitimi diyet, tahriye aciliyet oluşmasına neden olan gıdalardan uzak durma (alkol, kafein, gazlı içecekler) sıvı kısıtlaması ve ardından kontrol işeme vefalasyonu sağlanması mesane eğitimi açısından önemlidir. İşeme sırasında konulacak zaman mesane kapasitesinin artırılması mümkün olur. Bazı çalışmalar Keçel egzersizlerinin mesane refleksini inhibe etmeye yardımcı olduğunu göstermiştir. Ancak yine de, ağrı aksiyon pelvik taban kasları ile kasılma refleksinin artması pelvik taban kaslarında daha az etkili olabilir veya etkili olabilir.

Bağırsak eğitimi mesane kabızlık tankajını mabeslenme defli gıda ve su oranı artırılması günlük dışkılama sağlanması için uygun pozisyon (ayak altına taburine ile uygun kalçaları konununun sağlanması) ve relaksasyona önemlidir.

Seksüel fonksiyonların düzenlenmesi özellikle kadınlar için esnasında ağrı duyulmuş ve ağrı rahatsızlığında önemlidir. Pelvik kas fonksiyonlarında internal ve eksternal masaj, masaj ve masaj yardımcıdır; kasları gevşetir ve spazmı programın bir parçası olarak, edasyon ve dahilli masaj aletleri kasların tonusunu normalleştirir ve yardımcıdır ve duyarlılığı azaltır.

### Egzersizler

Keçel egzersizleri, germe-gevşeme egzersizleri, core stabilizasyon ve kardiyovasküler egzersizler kasları mekanik olarak güçlendirme, kas boyunda uzama, elastisiteyi artırma, doku adezyonlarını azaltma ve organ ligamanlarını güçlendirme vb etkiler gösterirken aynı

zamanla endorfin salınımı artırarak mental sağlığı ve farkındalığı artırarak tapelik ağrıya katkı sağlar. Egzersizler hakkında 5 kez 20 dk veya 4 kez 30 dk şeklinde planlanır.

Sonuç olarak pelvik taban fizik tedavisi pelvik ağrının biyo psikososyal yönününün etkili bir bileşenidir. Hastaların fiziksel ve psikolojik dengelerini yeniden kazanmalarına, güven ilişkilerini güçlendirmelerine veya bir yaşam sürmelerine yardımcı olur. Tedavi, multidisipliner ve bütüncül olmak, stres yönetimi, ağrı yönetimi, beslenme danışmanlığı, destek grupları ve psikolojik hizmetler içermelidir.

### Kaynaklar:

1. Weisz JM. Chronic pelvic pain and myofascial trigger points. *Pain Clin.* 2000;2(8):13-18.
2. Haefner HK, Collins ME, Davis GD, et al. The vulvodinia guideline. *J Low Genit Tract Dis.* 2005;9(1):40-51.
3. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. I: Background and patient evaluation. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(4):261-268.
4. FitzGerald MP, Kotarinos R. Rehabilitation of the short pelvic floor. II: Treatment of the patient with the short pelvic floor. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2003;14(4):269-275.
5. Weisz JM. Chronic pelvic pain and myofascial trigger points. *Pain Clin.* 2000;2(8):13-18.
6. Carlson AM. Assessment of chronic pain, aspects of the reliability and validity of the Visual Analogue Scale. *Pain.* 1983;16(1):87-101.
7. Bo K, Berghmans B, Morkved S, Jan Kampen M. Evidence-Based Physical Therapy for the Pelvic Floor. 1st ed. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone Elsevier; 2007.
8. Hilton S, Vandymen C. The puzzle of pelvic pain—a rehabilitation framework for balancing tissue dysfunction and central sensitization, pain physiology and evaluation for the physical therapist. *J Women Health Phys Ther.* 2011;35(3):103-113.
9. Zollner AM, Abilez DJ, Bol M, Kuhle E. Stretching skeletal muscle: chronic muscle lengthening through sarcomerogenesis. *PLoS One.* 2012;7(10):e45661.
10. Bözaga E, Serra AM, Buonafede G, et al. Long-term study on the effects of visual biofeedback and muscle training as a therapeutic modality in pelvic floor dysynergia and slow-transit constipation. *Dis Colon Rectum.* 2004;47(1):90-95.
11. Heymen S, Scarlez V, Jones K, Ringel Y, Drossman DJ, Hitehead WE. Randomized, controlled trial shows biofeedback to be superior to alternative treatments for patients with pelvic floor dysynergia-type constipation. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(4):428-441.
12. Taggart RE. The anal canal and rectum: their varying relationship and its effect on anal continence. *Dis Colon Rectum.* 1966;9(6):449-452.
13. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan C. Integration of myofascial trigger point release and paradoxical relaxation training treatment of chronic pelvic pain. *J Holot.* 2005;174(1):155-160.

### 4. Gastroenteroloji - Dr. Öğretim Üyesi Özdam Ersoy Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Gastroenteroloji Bölümü

#### Özdam Ersoy

#### Eğitim

- 2007: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji
- 2002: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları
- 1996: İstanbul Üniversitesi

#### İş Deneyimi:

- 2009- Halen: Acıbadem Sağlık Grubu
- 2007- 2009: Afyon Karahisar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2003- 2007: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2000- 2003: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- 2000- 2003: Meltem Hastanesi



#### GASTROENTEROLOJİ GÖZÜYLE KRONİK PELVİK AĞRIYA YAKLAŞIM

Kronik pelvik ağrı (KPA), say veya daha uzun süreli varolan pelvis, ümbiliks seviyesinin altındaki karına, lumbosakral bölgeye ve/veya kalçaya lokalize olarak fonksiyon bozukluğuna yol açan veya tedavi gerektirecek kadar şiddetli olan ağrı olarak tanımlanır. Hastalık gibi düşünülmede, zayıflama, iktiyoloji ile ilişkili, ayrıntıları hem hasta hem de doktor için zor olabilen bir semptomdur.

Jinekolojik konsültasyonların %10'unun, tanısal laparoskopilerin ise %30'unun, histerektomi endikasyonlarının da %18'inin sonu muş olan KPA'ın ayrıca tanınsa da gastrointestinal, ürolojik ve nörolojik sebeplerle bulunmaktadı. Kronik pelvik ağrı, gastrointestinal hastalıklara bağlı olan sebeplerinin diğer sebeplerden ayırılması, aynı zamanda yapılması oldukça zahmetli ve kompleks bir süreçtir. Bu sebeple öncelikle gastroenteroloji dışı branş doktorlarının pelvik ağrı sebebinin gastrointestinal sistem kaynaklı da

olabileceğini, gastroenteroloji branş doktorlarının dahastalarındaki kronik kann ağrısının kronik pelvik ağrı olabileceğini aklına getirebilmeleri oldukça önem taşıyor. Kronik pelvik ağrıya ağrının kendisinin tedavisinden ziyade, ağrıya yol açan sebebin saptanması ve sebebi yönelik tedavi yapılması hem hastayı hem de doktoru rahatlatıyor. Bütün busebeplerden dolayı pelvik ağrının herhangi bir diğer sistemlere ait yakınmaların çok iyi değerlendirilmesi, koordineli multidisipliner yaklaşımla birden fazla tedavi modalitesinin birlikte uygulanması gerekmektedir.

Pelvis bölgesindeki yoğun ortak sinir ağları gözünde tutulduğunda; vajen, serviks, uterus veadnoksler ilekalin bağırsak, rektum ve ince barsakların alt bölgeleri aynı viseral sinirleri paylaşır. İlgili reproduktif organlar ilegastrointesinal traktusa atılgımlar aynı dermatomlara yansıtılmaktadır. Gastrointesinal traktus vepelvisdeki diğer viseral organlara bağlı gelişen ağrı, genellikle yoğun, ve tam lokalizasyonu yapılamayan ağrılar olarak algılanır. Busebeple sadece hastanın yakınmalarını bölgelerini gözünden tutarak pelvik ağrının sebebinin belirlenmesi kolaydır. Ancak pelvik ağrının gastrointesinal kaynaklı bir ağrı olduğunu netleştirmesi, tedavi ve prognoz konularında oldukça önem taşıyor.

Kronik pelvik ağrıya sebep olan gastrointesinal patolojiler tablo 1'de özetlenmiştir. En sık olarak fonksiyonel barsak hastalıkları veağrı ile seyredilen anorektal komplikasyonlarakla gelmektedir. Fonksiyonel barsak hastalıkları içinde depelvik ağrıya en sık sebep olan hastalık irritable barsak sendromu'dur (İBS). Kronik pelvik ağrıya sebep olan diğer nadir fonksiyonel sindirim sistemi hastalıkları ise fonksiyonel defekasyon bozuklukları (disinerji) veya yetersiz kann itme gücü, anorektal bozukluklar (levator ani sendromu veya proktalji fugal), santral sinir sistemi kaynaklı gastrointesinal ağrı sendromu (Centrally-mediated abdominal pain syndrome-CAPS) ve nörolojik barsak sendromudur (Opoid-induced gastrointesinal hiperaljesi). Ancak İBS'ye bahsedilen fonksiyonel gastrointesinal hastalıklar dışında, kolonun diversküler hastalığı, inflamatuvar barsak hastalıkları (çoğunlukla Crohn hastalığı), enterokolik endometriozis, kolorektal kanserler, hemiler ve kronik apendisit de kronik pelvik ağrıya sebep olabileceği gözünde tutulup, aynı tarafta ağrı bulundurulmalıdır. Detaylı anamnez ve fonksiyonel kann ağrı sendromlarının tanı kriterlerinin iyi bilinmesi vebastada sorgulanması, pelvik ağrının enterokolik sebepli olup olmadığını da ilgilili hekime oldukça yardımcı olacaktır. Kronik pelvik ağrıya sebep olmuş bazı gastrointesinal patolojiler vebagrı jekillerini kısaca özetlemek gerekirse;

**Tablo 1. Kronik Pelvik Ağrının Gastroenterolojik Nedenleri**

V FONKSİYONEL BAĞIRSAK HASTALIKLARI
v İRITABLE BARSAK SENDROMU
v FONKSİYONEL ŞİŞKİNLİK/GERGİNLİK
v FONKSİYONEL KABIZLIK
v OPIOİD KULLANIMINABAĞLI KONSTİPASYON
V ANOREKTAL PATOLOJİLER
v FONKSİYONEL ANOREKTAL AĞRI
v LEVATOR ANİ SENDROMU
v PROKTALJİ FUGAL
v FONKSİYONEL DEFEKASYON SORUNLARI
v YETERSİZ İTME GÜCÜ
v DİSSİNERJİK DEFEKASYON
V SANTRAL KAYNAKLI GASTROİNTESTİNAL AĞRI SENDROMU
V NARKOTİK BAĞIRSAK SENDROMU
V AĞRILE SEYREDEN ANOREKTAL HASTALIKLAR KOMPLİKASYONLARI
v HEMORİDÖLER
v ANAL FİSSÜR
v PROKTİT (RADYASYON, İBİ, ENFEKSİYONLARA SEKÖNDER)
V BAĞIRSAK ENDOMETRİYOZİSİ
V NÖROLOJİK SENDROMU
V ORGANİK GASTROİNTESTİNAL PATOLOJİLER
v İNFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI
v ÇÖLYAK HASTALIĞI
v KOLOREKTAL KANSERLER
v KOLON DİVERTİKÜLLERİ
v APENDİSİT
v BAĞIRSAK ADHEZYONLARI

## İBS

Kadınların %20-40'ı kronik pelvik ağrıdan yakınıyor. Bu popülasyonun çoğunluğuna yakın kısmının ayrıca İBS yakınımları da mevcuttur. Oldukça sık görülen bir hastalık olup erişkin toplumun %10-20'sinde görülen vebastaların barbaerkeklerle göre 2-4 kat daha fazla saptanan İBS, tekrarlayarak ağrı, kannıda şişkinlik vebarsak alışkanlıklarında değışkenlikle kendisini gösteren bir klinik tablodur. İnekoloji polikliniklerine başvurusu kronik pelvik ağrı olanlarda İBS prevalansı yaklaşık %20'dir İBS'ye kronik pelvik ağrı birleğinde dismenore daha şiddetlidir, disparazi daha sık, vebistektomi oranı daha yüksektir. Roma IV kriterlerine göre İBS tanı kriterleri tablo 2'de gösterilmiştir. İBS ile stres arasında güçlü ilişki vebİBS'de görülen değışik santral sinir sistemi ileğyiden dolayı, yakın zamanda hastalık "beyin-barsak" hastalığı olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Patogenezini ise faktörlerdir. Hissetme/algı eğişiminde değışiklik, viseral ağrı şiddetinde artış vegeniş vebrosomatik ağrı bölgelerinin genişlemesi İBS'nun entegre patofizyolojik özellikleridir, İBS'de görülen ağrı ve kannıdaki rahatsızlıkların altında viseral ağrı hipersensitivite (viseral ağrı algı) olduğu düşünülmemektedir. İBS'deki ağrının önemi

**Kolonun Divertiküler Hastalığı**

Kolonun divertiküler hastalığı kas tabakasındaki bazı yetersizlikler nedeniyle mukozanın dışı doğru balonlaşmasıdır. Genellikle asemptomatik seyrettiği için insidansının belirlenmesi zordur. Semptomatik hastalarda en sık görülen yakınma karın ağrısıdır ve ağrı genellikle karın sol alt kadranda lokalizedir. Karın ağrısı birkaç saat sürdüğü gibi, günlerce sürdürebilmektedir. Ağrı yemelerden sonra artar, defekasyon veya flatus çıkarma sonrasında hafifleyen veya geçen tarafdır. Divertikülide inflamasyon/enfeksiyon gelişip divertikülit olabtuğunda, ağrı karında daha yaygın hassasiyet çekilini alıp şiddetlenir.

**Sentral Kaynaklı Gastrointestinal Ağrı Sendromu (Centrally Mediated Abdominal Pain Syndrome (CAPS) ve Narkotik Bağırsak Sendromu (Opioid-induced Gastrointestinal Hyperalgesia)**

Daha önceden, Roma kriterlerine göre fonksiyonel abdominal ağrı sendromu olarak adlandırılan, busendromunu içeşliki ağrısını diğer fonksiyonel sindirim sistemi hastalıklarından ayıreden özelliği, karın ağrısının sürekli /nereyeye sürekli olmasıdır. Ağrı karın bölgelerinde daha sık görülür. Ağrı yemek yemek yada tuvalet eylemleri iledeğmez ancak kişinin günlük yaşam aktivitelerine zararlar. Normal fizikal aktivitesinininagün pekilde algılanmaması sonucu geliştiği düşünülür. Ağrı tetikleyici veya kronik olabilir veotç;Lökositöz da ağrıyaşık edebilir. Fizik muayenede sol alt kadranda lokalize hassasiyet ilebirlikte defans yada rebound hassasiyeti debulunabilir. Narkotik bağırsak sendromunda, başlangıçta narkotik alımı ileharahatlaş-ğı farkedilen organik olmayan pelvik ağrı, ilaç kullanımı kronikleştikçe sürekli olarak kazanç veilaç kullanılmak üzere dayanılmaz düzeyde şiddetlenen (tarzda bir) ağrıdır. Heriki hastalıkta da, tanı konduktan sonra, güçlü güven verici doktor-hekim ilişkisi, sentral etkili farmakolojik ajanlar, davranışsal ve bağımsız tedavilerle iletiledi edilmeye çalışılır.

**Bağırsak Endometriozisi**

Pelvik endometriyozisi olanların %3-15'inde barsak endometriyozisi debulunur. En sık sigmoid kolonda olmak üzere %65), rektum, ileum, çekum, apendiks veince barsaklarda görülür. Enterokolik endometriozis'te periyodik rektal kanama, pelvik ağrı, karın ağrısı, konstipasyon, diyare, şişkinlik enbelirgin semptomlardır. Bumpisphem şikayetlerinin yanı sıra barsaklarda stenoz veakut karın gibi semptomlara dayalı açabilmektedir. Enterokolik endometriozis her zaman genital organ veperiton endometriyozisi ilebirlikte olduğu için çoğunlukla şiddetli karın/pelvik ağrıya sebep olur ancak yine debirçok semptomun şiddeti vakalar arasında değışimlik göstermektedir. İntestinal endometriozis tablosu Crohn hastalığı, appendisit, iskemik kolit, divertikülit, soliter rektal ülser ve maligniteleri taklit edebileceğinden, doğru teşhis geç konulabilmektedir. Pek çok intestinal endometriozis tarası laparoskopik yada laparotomi sırasında konulmaktadır. İntestinal endometriozisin tedavisi çoğunlukla cerrahidir. Değışik hormon süpresyon tedavilerine yanıtı genellikle iyi değıdir.

**Fonksiyonel Anorektal Ağrı**

Levator ani sendromu veproktal fujak olarak bilinen buağınlar anorektumda organik patolojiler (inflatuar bağırsak hastalığı, intramusküler absse ve fistül, tromboze hemoroid, leksigodini, majör yapsal bozukluklar, prostatit) olmaksızın rektum vemaakatta ve pelvisde kronik ağrıları sebep olur. Pelvik taban kaslarının ani den kasılması sonucu geliştiği düşünülür. Levator ani sendromunda dijital rektal muayenede puborektal kanta hassasiyet vardır. Levator ani sendromunda ağrı uzun süreli dir (saatlerce bazen günlerce sürer)li, sıkça tekrarlar veakut vasaflıdır. Proctalgia fugax'da ise ağrı yarım saatten kısa vasaflıdır,nadir gelişir ama oldukça şiddetlidir.

**Fonksiyonel Defekasyon Bozuklukları**

Defekasyonda yetersiz ilme gücü [Karın kaslarının verekütunun değıri ilme gücünün olmaması] yada dissinerjik defekasyon (defekasyon sırasında pelvik taban kaslarının kontraksiyonu yada gevşememesi) sorunları olan kişi, defekasyon eylemini gerçekleştiremez ve rektumunu tam boşaltamaz, budurum fonksiyonel kabızlık, bağırsaklarda şişkinlik, maakatta doluluk hissi vepelvisde sürekli ağrı yada huzursuzluğa sebep olur. Bulonik pelvik ağrıya defekasyon zorluğu ilelişkilendirilmeyiş, birçok hekime başvurarak organik sebepler bulunmasını talep eden pek çok hastanın olduğu unutulmamalıdır.

**Ağrıyla Seyreden Selim Organik Anorektal Sorunlar**

Hemoroidler, anal fissür veproktit araklı yada sürekli olarak kronik pelvik ağrıya sebep olabilirler. Tromboze eksternal hemoroidlerde açık rektal kanama olmasın çok şiddetli anorektal ağrıların olurken, ağrı özellikle defekasyonda tetiklenir yada defekasyona iliskili ise, ve kanama belginin olursa akla prolapse olmuş vasaflı internal hemoroidler yada anal fissürler gelmelidir. Heri kisinin dengelen de kabızlığın komplikasyonu olarak görülürler. İnflatuar barsak hastalığının sadece rektuma tuttuğu proktit durumunda dakronik pelvik ağrı görülebilir.

**Koksika Ağrı Sendromu (Koksigodinisi)**

Koksikste ağrı vespazın ilekarakterizedir.Etiyolojisi bilinmemektedir. Koksikisi saran kas vedokulunun spazmına bağılı olarak geliştiği düşünölmektedir. Levator kasi spazmı ilelişkilili değıdir.Travma vebağıka kemik hastalıkları dışlanarak tanıya varılabilir. Ağrı oturma pozisyonunda ayağıkalkarken artar. Nadrin görülür ancak gerçek insidansı bilinmemektedir.

**Kolorektal Kanserler**

Kolorektal kanserlerin en sık rastlanan belirtisi vebuğulan tablo 9'da gösterölmüştür. Butür belirtileri kolorektal kanserle iliskisi olabileceği akla tutulmalıdır ancak bubelirti vebuğular kolorektal kanser değında selim nedenlerle deortaya çıkabilmektedir veya kolorektal kanserler değı selim hastalıklarla da birliktede görülebilir. Karın ağrı vebasarak atışkanlıklarında değıtme, İBS'da dışkıyla görülen yakınmalardandır. Busebeple pelvik ağrı ayrıca tanısında, organik lezyon şüphesi varlığında, varlığının veya yokluğunun gösterilmesi önemli patolojiler şüphesiz kolorektal kanserlerdir. Karın ağrısı toklukta artar vegenellikle detürörün bulunduğu yere lokalizedir. Prekimal kolon kanserlerinde görülen belginin yakınmaları; anemi, iştahsızlık, bulantı, kusma vekarın ağrısıdır,distal kolon

tümleri ise rektalkanama, dışkı kuantında vepekünde değişme, rektalajrı vatemenzile ilşkilidir.

### **İnflamatuvarBarsak Hastalıkları (İBH):**

İnflamatuvar barsak hastalıkları, crohn hastalığı (CH) ve ülseratif kolit (ÜK) olmak üzere birbirinden farklılar gösteren iki Sp kronik noninfeksiyöz gastrointesinalinflamatuvar hastalığı kapsar. Her iki hastalık da akut, kronikpelvik ajrıyasebeb olan hastalıklardır. Baz İBH olan hastaların yakınımları İBS olan hastaların yakınmalarından ayırdedilemez. Sıklıkla, karındağerginlike defleksiyon sonrası tam bulamamış hissi her iki hastalıkta dağrıleberiyakınmalardır. İBH-semptomları kronik veaktakroniktir. Hem ÜK hem deCH'da yıl geŞişke kanser gelişme riski ar[ı] için erken tanı veüzemli kontrollerİBH'da oldukça önem taşır. Herkronik karın/pelvik ajrısının ayrıntısında,yakınmalarister sıklık ister şiddetli olsun, İBHyanıtandabulundurulmalıdır.

### **TANI**

Kronikpelvik ajrısı olan kişide yapılması gereken ilke önemli konu, ajrının selim ve/veya fonksiyonelgastrointesinalpatolojilere bağılı olduğunu belirtmeden önce etyolojide omahı gerekŞecek enfeksiyöz veya inflamatuvar sebepli akut ba\_n patolojilerini ve neoplazilere sekonder gelişmişajrınları dışlamak. r. Alam yakınmalarpelvik ajrı inflamatuvar her hasta da sorgulanmalıdır (50 yaş üzeri olmak, barsak ajrınajrındağjrm, iştahsızlık, istemsiz kilo kaybı,rektalkanamayada dışkıda gırlı kanpozİfili), anemi, karındağkütü varlığı,ve ailedelokolorektalkanservarlığı).

Ağrı yakınmasının detaylı hikayesinin alınması ajrının gastrointesinal kaynaklı olup olmadığına dair bilgi edinmek için oldukça önemlidir. Ajrının şiddeti, ağrı başlamadan önce olabilen olası durumların varlığı(geçirilmiş gastroenterit, stres faktörleri,yaşam tarzı değişiklikleri, herhangi sebeple alınan ilaç/ilaçlar, seyahat öyküsü, zorla defleksiyon gibi), ajrının karakteri, yeri vaejrının süresi (sürekli ağrı/intermittant ağrı/rekürren ağrı), ajrıyla eşlik edebilen diğer GIS yakınmalarınınvarlığı (barsak alışkanlığının yada dışkı şeklinin değişmesi, kabızlık, ishal, rektal kanama, fekal inkonŞnans veya kırlenme, karındağerginlik/işkililik, defleksiyon sırasında ağrı/ıkınma, defleksiyon sonrasında olabilen bİmemişlik hissi gibi) vaejrını azaltan yada ar\_ran faktörlerin varlığı (yemek yemekte, vücut pozisyonuyla, defleksiyonla, dinsel ilşiki ile, menstruasyon dönemi ileilşikliler) detaylı ca sorgulanmalıdır. Özelliklegastroenteroloji bölümlerinde fonksiyonelindirim bozulmalarına yönelikRoma4 kriterlerinin sorgulanması tanınkonulmasını kolaylaŞır. Kronikpelvik ajrı yakınması İlebaşvurmuş bir hastaya gastroenterolojikeliminin deidrar yapma, menstruasyon dönemi veeinsel fonksiyonlaraait olası yakınmaları sorgulaması, hastanın gastroenterolojide patolojileri atlamamasına yardımcı olur. Anamnezde ayrıca, varsa ajrıyla yönelikajrıyıyapımeolan tetkiklerigecirilmişajrı operasyonları vepatoloji sonuçları verilerini şiddetli sorgulanmak gerektir ve detaylıca sorgulanan aile hikayesi deözellekle inflamatuvar barsak hastalıkları, İBS, endometriyöz veeolonkanseriyaçısından önem taşır.

Ajrının hasta için anlamı (kanser korkusu, fekal inkonŞnans, kabızlık korkusu), ajrının günlük yaşam veeinsel aktivitelere, sosyal insan ilşkileri veiş haya\_üzere olan etkileri dearaŞ\_rılması, ajrının psikososyal boyutu veebebepleri unutulmamalıdır. Geçmiş veeöncelikle psikiyatrik trefaktörleri, damarici ilaç kullanımı sorgulanmalıdır.

### **FİZİK MUAYENE**

Özellikle akut ba\_n, karındağele gelen kütle, asit varlığı veya organomegali varlığı araŞ\_rılması dırlanmalıdır. Ajrının lokalizasyonu, şiddeti, lokalize veya yaygın olup olmadığı palpasyonla araŞ\_rılır. Lokal nokta hassasiyetleri visceral ajrıdan ziyade nöropatik veya muskuloskeletal kökenli ajrı olarak geŞirir. Aynı camiyofesyal kökenli karındağrılama atlamamak için abdominal kaslarda, hem fleksiyonda hem deeggenlik hassas nokta varlığı bakılmıdır (carnez test). Anorektum muayenesinde organik patolojiler araŞ\_rılırken, fonksiyoneldefleksiyon bozuklukları hakkında detaylı edinelebileceği unutulmamalı, dijital rektal muayene sırasında hastanın sıkma ve ıkınma manevralarını yapmaları istenmeli, puborektal kas ve koklekhassasiyeti araŞ\_rılmaktadır.

### **TETKİKLER**

Kronik pelvik ajrıyla sebep olabilecek organik gastrointesinal patolojilerin saptanması ve/veya alarm yakınmaları olanlarda faydalananacak girişimselileri tanı metodları tablo 3'de özetlenmiştir. Bunlar dışında dışkıda gırlı kan, dışkı mikroskopisi vedışkıda sindirim testleri bakılması, ruŞn biyokimyasal kantestikilleri kan sayımı, karaciğerböbrek veŞold fonksiyonları, gebeliktesti ve çölyak hastalığı şüphesi varlığında dağrıdan dağrıdan anŞ-endomisyum veeanŞ-trasğı utamiaz anŞkorian) bakılması dakronik pelvik ajrı ayrıntıda şüphelenilenları labi lekeştirelidir.

### **TEĞAVİ**

Detaylı anamnez ve fizik muayene ilebağlayıp ilgili tanı tetkikleriyle enterokolik sebebi bir pelvik ajrı patolojisi saptandığında, belirlenmiş ilavuzlar veeilçiler eşğinde hastalığa spesifik medikal yada cerrahi tedaviler başlanmalıdır. Belirgin organik sebep saptanmadığında ajrının psikososyal boyutunun aydınlanması için hasta, psikoterapi desteği ve/veya psikiyatrik tedavilere yönlendirilmeli, güçlü hasta-hekim ilşkisi ilğaven sağlanmaya çalışılmaktadır. İlaç tedavileri dışında özellikle fonksiyoneldefleksiyon patolojilerinde, pelvik taban veçevre kaslarını hastadaki fizik muayene bulgularına yönelik kişiselleŞtirilmiş egzersizler, çeşitli gelişlerde uygulanabilen (Görsel, iştah, ENG eşikli, elektriksel uyarılı) biofeedback tedavisi deneyimli hekim/fizyoterapist taraından yapılması gerektir. İlaç kullanımı engeleyecekŞ: Şiddetli pelvik veeanorektal ajrılarda pelvik taban kaslarında özellikle puborektal veeektomel sfinkterleri artmış tonusunda botulinum toksin, diŞizem veya inhaler salbutamol tedavileri dehastada o hafiflama sağayabilmektedir. Santral kaynaklı ajrılar dışlanıldığında teŞk notalarına yönelik ajrı-fizik tedavi veeahabilasyon kliniklerinden yardım alınabilir. Nöromodülasyon tedavileri de (sakral sinir Ştimülasyonu) KPA tedavisinde dikkatli seçilmiş baz hasta gruplarının tedavisinde yerini almış\_r.

**SONUÇ**

Enterokolik ağrı ile kronik pelvik ağrıyı birbirinden ayırmak diğer viseral vesomatik etyolojilerden dolayı kolay olmayabilir. Jinekolojik patolojilerden bağımsız kronik pelvik ağrı kadınlarda çok daha fazla görülmektedir; busebeple sinir ağrı, aynı tanı, komorbiditeler ve tedaviye yaklaşımdaki multidisipliner yaklaşımın anlaşılmasını oldukça önemlidir. Klinisyen kronik pelvik ağrısı olan hastanın detaylı hikayesini almak, alarm yakınmalarını iyice sorgulamak vataneda kullanılan testlerin özgülüğü ve özgülüklerini iyi bilmelidir. Fonksiyonel karn ağrısı sendromlarından olan İBSve fonksiyonel karn ağrısı sendromu kadınlarda sıklıkla görülür vataneda klinik kriterlerle konular. İBSve fonksiyonel karn ağrısı sendromu diğer viseral vesomatik ağrı bozuklukları, anksiyete vadepresyonla yakından ilişkilidir busebeple hastaların tedavisi, hastanın çok yönlü eğitimi vemu multimodal terapileri içermelidir.

**TABLO 2: ROMA KRİTERLERİNE GÖRE İBTSANISI****EN AZ 6 AY ÖNCE BAŞLAMIS VE SON 3 AY İÇİNDE, HAFTADA EN AZ 1 GÜN TEKRARLAYAN KARIN AĞRISIYLA BERABER****AŞAĞIDAKİ 3 KRİTERDEN İKİSİNİN OLMASI İBS TANIKRİTERİ OLARAK KABUL EDİLİR**

- 1) DEFEKASYONLA İLGİLİ (HAFİFLEMESİ)
- 2) DEFEKASYON SIKLIĞININ DEĞİŞMESİYLE BERABER OLMASI
- 3) GAİTANIN GÖRÜNÜMÜNDE DEĞİŞİKLİKLER BERABER OLMASI

**TABLO 3: TANIDA KULLANILAN GİRİŞİMSEL / İLERİ TETKİKLER**

Tüm Batın Ultrasonografisi  
 Transvajinal / Endoanal Ultrasonografi  
 Kontrastlı Batın BT / MR Görüntülemeleri  
 Kolonoskopi / Gastroskopi  
 Anorektal Fizyoloji Testleri (Kolon Transit Zamanı / Anorektal Manometre / Balon Alma Testi / Anal Duyarlılık Testleri / Rektal Barostat)  
 Konvansiyonel / MR Defekografi

**5. Anestezi ve Reanimasyon – Dr. Tolga Ergöncü**

Anesteziyoloji ve Yoğun Bakım Uzmanı, Akyazı Ağrı Merkezi Kurucusu ve Başkanı

E-posta: tolgaergoncugmail.com

**Klinik İlgili Alanlar**

- Ağrı kesici ilaç
- Girişimsel Kronik Ağrı Yönetimi
- Palyatif bakım
- Bilgisel Anestezi
- Kas-İskelet Ultrasonografisi
- Ultrason ve Floreskopi Rehberliğinde Girişimsel Ağrı Prosedürleri

**Özgeçmiş**

Dr. Ergöncü, ağrı yönetimi için ultrason rehberli müdahalelere ve bölgesel anesteziye özel ilgi duyan bir Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanıdır. 2000 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olan Dr. 2006 yılında anesteziye yoğun bakım uzmanı oldu. 2005 yılında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne katıldı ve anestezi ve yoğun bakım danışmanı oldu. 2014 yılında Akyazı Ağrı Merkezi'ni kurdu ve aynı Akyazı Ağrı Merkezi'ni başıdır. Tam zamanlı ağrı kesici ilaç ilaççısıdır. Farmakoterapi, terapötik ve santral müdahaleleri için vespikologlar, fizyoterapistler, ortopedi cerrahları ve beyin cerrahları ile yakın işbirliği gerektiren ağrı yönetimine multimodal bir yaklaşımın uygulanmasını yönlendirmiştir.

**Giriş**

Kronik pelvik ağrı (KPA): Gaydan daha uzun süren, umbilikusun altında pelvik bölgede hissedilen, sıklıkla olmayan, belbelik ilişkililik ağrı olarak tanımlanır. KPA, batın içinde yer alan organlardan (viseral) veya parietal peritoneumdan (somatik) kaynaklanabilirdiği gibi, santral sensitizasyon nedeniyle de gelişebilir. Her iki durumun birlikte görülmesi nadir değildir. Santral sensitizasyon ağrının kronikleşmesinde önemli bir mekanizma olup, nöseptif nöronların normal veya eşik değerin altındaki afferent uyarılara karşı, santral sinir sistemindeki



artmış ve etkili karakterizedir. Bugünlerde KPA'dan tanımlanabilir bir pelvik organ patolojisi tespit edilemeyebilir.

Toplamda bildirilen KPA prevalansı %4-16 arasında değişmektedir. Tedavi için başvuran hasta sayısı bu oranın ancak 1/3'ü kadardır. Bu oran olguların ağrının nedeni bulunamaz yeterince tedavi yapılamadığına ve bu nedenle yeterli gücü kaybetmiş sonuçlarıdır.

### ETYOLOJİ

Gastrointestinal ve ürolojik patolojiler, KPA tanımlanmış kadınlarda jinekolojik sorunlardan daha yaygın ve bu popülasyonda jinekolojik patolojiler sadece %20 oranında görülmüştür.

KPA için tek bir etyoloji veya kesin tanı tanımlamak genellikle mümkün değildir. İritabil bağırsak sendromu (İBS), interstisyel sist, endometriozis veya pelvik adezyonları gibi bir veya daha fazla neden olguların en az yarısında etyolojilerdir. Etiyolojilerinden fazla hastalığa sahip olan kadınlar, genellikle klinik bir hastalığa sahip olanlardan daha fazla ağrıya sahiptir. Bununla birlikte ağrının şiddeti, alza yatan patolojinin derecesi ile tutarlı bir şekilde ilişkili olmayabilir.

KPA, patofizyolojisi net olmayan, hiperestri, aladine vepelvik taban disfonksiyonunu içeren çok eksenli kompleks bir nöromüsküler psikososyal bozukluk olarak değerlendirilir.

Psikososyal yönü Sbarile KPA tanımlanan hastaları tanımladığına göre, fiziksel ve psiko-sosyal travma tespit edilmiştir.

Etyolojisi netleşirilememiş KPA, hasta ve hekim için bir sorun kaynağıdır. Bu hasta grubu santral sistemli Ssazyona bağlı gelişen kronik ağrı sendromu olarak sınıflandırılabilir. Uyku bozukluğu, kronik yorgunluk, ilehazza zayıflık ve/veya somatik şikayetlerin tabloya eşlik etmesi, kronik ağrı sendromu hastalarında sıkla gözlenir. Buolan yapam kalitesi veren sağlığındaki değişiklikler (depresyon, anksiyete) nedeniyle, kadınlar kişisel vermesi ile ilişkilerinde artan stresle ilgili sorun yaşayabilirler.

### TANI

#### Anamnez

KPA'da olan kadınlarda; anamnez vefizik muayene, laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleriyle birlikte değerlendirilmelidir. Ağrının şiddeti, karakteri, yeri ve yaygınlığı standartlaştırılmış ölçümlerle kayıtlı edilmelidir. Ağrının aryan vazalet faktörleri, ağrının günlük aktivite ile ilişkisi (deleksasyon, irinasyon, koitus, menstruel siklus, uyku) sorgulanmalıdır. Etiyolojide yer alabileceği, gastrointesinal, ürogenital ve/veya iskelet sisteminin hastalıkları ile ilişkili bozukluklara yönelik anamnez ihmal edilmemelidir. KPA'da olan kadınlar, yaşadıkları ağrı deneyimi hakkında konuşmaya hekimin kendilerine yeterince zaman ayırarak, ağrılarının anlamalarını isterler. Bulgı, kronik ağrı etyolojisindedir alan psikososyal nedenlere yönelik tedavilerinde başlangıcı oluşturun.

#### Muayene

KPA'da gastrointesinal ve ürogenital sistemin ayrıntılı muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Alza yatan ciddi bir hastalık olduğuna düşündüren anamnez/muayene bulguları "kırmızı bayrak" olarak tanımlanır. Hasta kırmızı bayraklara işaret eden bulgular açısından dikkatle değerlendirilmeli, herhangi bir kırmızı bayrak bulgusu tespit edildiğinde inceleme yanında derinleştirilmelidir. Kronik pelvik ağrı hastada kırmızı bayraklar Tablo 1'de yer almaktadır.

Uluslararası Pelvik Ağrı Derecesi, herhangi bir etyolojiesahip kronik pelvik ağrı kadınlarında değerlendirilmesi için ayrıntılı bir anamnez ve fizik muayene formu geliştirilmiştir<sup>1</sup>. Bu form KPA etyolojisindedir alan hastalara odaklanmıştır olup, beş ana eksenli değerlendirir; kas-iskelet sistemi (pelvik taban vepelvik kuşak), gastrointesinal sistem (iritabil bağırsak sendromu), ürolojik sistem (interstisyel sist/kronik ağrı mesane), genital sistem (kronik uterin ağrı bozukluğu, endometriozis, adenomyozis), peritonel nöropati. Form, hastanın tüm ağrı bölgele ilgili üzerindeki işaretlemesi için yaratılmıştır, tanı sürecinde hastanın ilaakS rol almasını destekler. KPA'nın yapam kalitesi üzerindeki etkili (Yapam Kalitesi Ölçeği) (YKÖ) gibi, Türkiye'de yaygın yapılmış bir anket ile değerlendirilmiştir<sup>2</sup>. Ağrının şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri ile olan ilişkisi, ağrı günlük tutularak kayıtlı olmalıdır. Busayede hastanın farkına varamadığı ağrı ilişkili durumları tespit yapabilir. Ağrı şiddeti, evrenseldir diğer kronik Ağrı Ölçeği (VAS) ile değerlendirilir. Bu ölçek hasta tarandıktan sonra değerlendirilebilir. Ağrı şiddeti, evrenseldir diğer kronik Ağrı Ölçeği (VAS) ile değerlendirilir. Bu ölçek hasta tarandıktan sonra değerlendirilebilir. Ağrı şiddeti, evrenseldir diğer kronik Ağrı Ölçeği (VAS) ile değerlendirilir. Bu ölçek hasta tarandıktan sonra değerlendirilebilir.

#### Tanılama Testleri

KPA'nın kendiliğinden laboratuvar testlerinde normallikle neden olmaz, testler hastada var olan semptomların ayrıntılı tanısını gerektirir. Laboratuvar testleri, tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, idrar analizi, gerekli durumlarda idrar ve vajen kültürü ile sınırlıdır. İtoloji kapsar. Gastrointesinal semptomları olan hastalarda bağırsak enfeksiyonunu dışlamak için dışkı testleri yapılabilir. CA-125 kan düzeyleri KPA etyolojisi ile ilişkili önemli bir yere sahip olan endometriozisin tanısında yardımcıdır<sup>3</sup>. KPA'nın yapısal nedenlerinin ortaya konulmasını görüntüleme yöntemlerine başvurulur. Pelvik yapılar hakkında detaylı bilgi veren, iyerize radyasyon içermeyen ve ekonomik olan ultrasonografi, muayenenin ayrıntılı bir parçasıdır, busayede gereksiz laparoskopik girişimlerin önüne geçmek mümkün olabilir. Manyetik rezonans görüntüleme (MR) tanıdayıcı ve/veya araştırma amaçlı olarak kullanılabilir. Bilgi sayarlı tomografi (BT) KPA etyolojisinin tespiti için daha arka sınırlarda yer alır. Laparoskopik girişim tanıyı yerini halen korumaktadır. Pelvik muayenesi normal olan KPA hastalarında laparoskopik girişim ile ilgili bulguların bulunma olasılığı saptanmıştır<sup>4</sup>. Laparoskopik hem tanı hem de tedavi amaçlı kullanılabilir. Endometriozis olgularında vadezyonu bulunan hastalarda etkin bir tedavi sağlayayan laparoskopik girişimlerin zamanlaması hekimin deneyimi ve hastanın beklentileri ile ilişkili değildir. Tanılama laparoskopisi, peritonel endometriozis vadezyonları güvenilir bir şekilde teşhis edilebilir için, geçmişi KPA tanısında "altın standart" olarak kabul edilmiştir<sup>5</sup>.

### TEDAVİ

Tedavinin hedefi, hastanın yapam konforunu sağlamak olmalıdır. Bu, alza yatan sebebi teşhis edilmesi vektin bir şekilde tedavi

edilmesini gerektirir. Öysa, KPA için gerçek etyolojiyi bulmak kesin tedaviyi tanımlamak her zaman mümkün değildir. Etiyolojisinde aynı anda birden fazla hastalığın bulunması nedeniyle KPA'da çoklu mekanizmalar devreye girmektedir. Bunelerde KPA için kanıtla dayalı tedavi seçenekleri sınırlı kalmaya devam etmekte ve genellikle semptomların hafifletilmesine odaklanılmaktadır<sup>15</sup>. Tedavinin başarısını belirleyen en önemli unsur bütüncül yaklaşımda gizlidir. Bütüncül yaklaşım sadece cerrahi tedaviyi değil, fiziksel, davranışsal, psikolojik ve sosyal komponentleri de kapsar<sup>16</sup>.

Akut yatan sebebin bulunabilmediği olgularda tedavi nedene yönelik gerçekleştirilir. KPA'da nedene yönelik yaklaşımda, birden fazla tedavi modalitesi bir arada kullanılabilir. Tedavi hastanın semptomları ve risk faktörünü göz önünde bulundurduğundan, her hasta için tek bir tedavi yaklaşımı tarif etmek oldukça zordur.

### Medikal Tedavi

Nonsteroidal anti-enflamatuar (NSA) ilaçlar ve parasetamol gibi analjezikler hastalar tarafından iyi tolere edilir, ancak bir Cochrane incelemesinde NSA ilaçların endometriozis ile ilgili kronik pelvik ağrı tedavisinde etkili olmadığı bildirilmiştir<sup>15</sup>. Endometriozis ile ilgili dismenore tedavisinde ovaryan supresyon için kullanılan kombinasyonlu oral kontraseptifler, progesteron, danazol veya GnRH analogları etkilidir<sup>17,18</sup>. GnRH analogları, progesteronlardan daha uzun etkilidir. KPA etyolojisini bilmeyen kadınlarda, progesteron ile tedavi, yan etki nedeniyle kısa süreli ağrı kontrolü ve düşük hasta memnuniyeti sağlar.

KPA etyolojisinde yer alan nöropatik ağrı, periferik veya santral sinir sisteminin bir kısmını zedeleyen, fonksiyonlarını bozulması veya yanabilirdiğinin değişimi ile ortaya çıkan vana nöropatik yanıt vermez veya çok düşük düzeyde olur ve/veya kombinasyonları kullanılması gerektirir. Bu ilaç kombinasyonları içerisinde trisiklik antidepressanlar, serotonin-nöradrenalin geri alımı inhibitörleri (venlafaksin, duloksetin), antikonvülsanlar (pregabalin, gabapentin) yer alır. Gabapentinin, trisiklik antidepressanlarla birlikte edilmesi, her iki ilacın tek başına kullanımından daha etkilidir ve daha az yan etki profili ile hasta tarafından daha iyi tolere edilebilir.

### Minimal İnvaziv Girişimsel Tedaviler

Akut nöropatik ağrı, geçirilen bir cerrahi veya duşan bir akut yaralanmadan sonra meydana gelir ve duşusal sinir dağılımına uyumlu olarak gelir. Cerrahi işlem geçiren vespasif bir periferik sinir ait tuzaklanma bulguları olan hastada, sinirdeki hasarı bir an önce giderilmesi temel hedef olmalıdır. Bunun için baya kapatmak için kullanılan dikişlerin serbestleştirilmesi veya sinir trasesine uyumlu olarak cerrahi sahnenin gözden geçirilmesi gerekebilir. Özellikle tarsal sinir bloğu uygulanarak, taraı teyid edilmiştir. Tarsal bloğu olumlu sonuç alınan olgularda, periferik sinirler yönelik radyofrekans (RF) uygulamaları ile nöropatik ağrı tedavisi tanımlanabilir.

Nöropatik ağrının, 3 aydan fazla süren durumunda kronik nöropatik ağrıdan bahsedilir. Cerrahi sonrası gelişen kronik nöropatik ağrı, KPA etyolojisinde önemli bir yere sahiptir. Sadece cerrahinin tipi veya bölgesi değil, ameliyat sonrası akut ağrının yönetimi başarısı ve genetik faktörler de ağrının kronikleşmesinde etkilidir. Türkiye'de yapılan bir çalışmada total abdominal hysterektomi sonrasında kronik ağrı gelişme sıklığı %30.1 olarak bildirilmiştir<sup>19</sup>. Cerrahi nedeniyle tuzaklanma bir periferik sinirin rol oynadığı kronik nöropatik ağrı, ultrasonografi kılavuzluğunda uygulanabilir hidrodiseksiyon işlemi ile tedavi edilebilir. Tuzaklanma periferik sinirin serbestleştirilmesi sağlanabilir. Hidrodiseksiyon, %5 Dextroz veya %0.9 NaCl kullanılarak sinirin uzun aksı boyunca, ultrasonografi eşliğinde gerçek zamanlı olarak, künt uçlu kanüller ile perineural alanda gerçekleştirilir. Hidrodiseksiyon sırasında ultrasonografiyle ilave olarak nörostimülatör ve enjeksiyon basıncını ölçen manometrelerin kullanılması komplikasyon riskini azaltır. İşlem, minimal invaziv olarak, ultrasonografi kılavuzluğunda gerçekleştirilmesi vetcürebilir. Her iki sinir dokusunda hasara yol açmaması nedeniyle gerektirildiğinde tekrarlanabilir. Hidrodiseksiyonu takiben, periferik sinire RF uygulanabilir. Hemsensoryel hem de motor sinirlere uygulanabilen Pulsed RF (PRF), nörodestrüksiyona sebep olmadan gerçekleştirildiği nöromodülasyon sayesinde uzun süreli ağrı kontrolü sağlar.

Periferik sinir tuzaklanmasında daha yavaş bir ağrı ile presente olan KPA'da, tekrarlayan gövde plan blokları uygulanabilir. Transversus abdominis plan bloğu vespasif kasyonları, hızlı etkili olmalarına rağmen, tekrarlayan uygulamaları gerektirmektedirler.

Süperior hipogastrik sinir vespasif ganglion blokları, çoğunlukla pelvik bölgenin maligün ağrılarında tercih edilmiyor olmasına rağmen, KPA'da hastalarda etkili bir ağrı tedavisi yöntemi olarak kullanılabilirler. Sakral sinir tutulumu olan KPA hastalarında, sakral sinir blokları ve sakral sinirlere RF uygulanması ağrı kontrolüne yardımcı olabilir. Tedaviye dirençli olgularda sakral sinir stimülasyonu daha ileri bir aşamalar olarak uygulanabilir.

Tetik noktalar; sert, palpasyona ağrılı, kaslarda yer alan ağrı duyarlı nodüllerdir. KPA'da hastalarda karni duvarında veya pelvik taban kaslarında sıklıkla tespit edilen tetik noktalar, ağrı, motor işlev bozukluğu ve bazen deotonomik semptomlarla ilişkilidir. Anormal nöromusküler depolarizasyonu sonucu oluştuğu düşünülen vemyofasiyalı ağrı ile ilişkili olan tetik noktaların lokal anestezi uygulanması, şikayetlerin gerilemesine yardımcı olur. Palpasyon ile veya ultrasonografi yardımı ile tespit edilen tetik noktaların, tekinliğine uygun yapılan enjeksiyonlar, lokal anestezi ajanı etki süresinden başlamış bir ağrı kontrolü sağlar. Uygulanması sıklığı ve süresi, kullanılan lokal anestezi cinsi, doz ve konsantrasyonu hastanın durumu veya vektörüne göre seçilmelidir. Unutulmamalıdır ki, ağrı-spazm ağrı kısır döngüsünün kırılması, birden fazla uygulama gerektirir. Tetik nokta enjeksiyonlarının, ultrasonografi kılavuzluğunda uygulanması, tedavi başarısını artırır gibi, istenmeyen komplikasyonların da önüne geçer. Ultrasonografi eşliğinde, in-plane yaklaşımla, gerçek zamanlı, iğne ucunun derinliği izlenerek yapılan enjeksiyonlar, karni içi organlar ve damarlar yapıları zarar vermeden işlemin gerçekleştirilmesine olanak tanır. İkili tetik nokta enjeksiyonlarında sonra, hastanın şikayetlerinde gerileme olması halinde, enjeksiyon işlemi haftada en az iki kez olacak şekilde tekrarlanabilir.

### Diğer Tedaviler

Egzersiz, periferik nöromodülasyon ve bilişsel davranışçı terapi gibi farmakolojik olmayan tedaviler, farmakolojik veya cerrahi tedavilerle birlikte uygulanabilir.

Egzersiz kronik ağrı tüm hasta gruplarında, ağır, yavaş kalitesi, fiziksel fonksiyon, ruh hali ve/veya konsantrasyonla ilgili olduğu bildirilmiştir. Her hasta için, yürüyüş, aerobik, yoga, pilates ve/veya egzersizlerinden birisi ile konsantrasyonlu egzersiz programı oluşturulabilir<sup>13</sup>. KPA tedavi programında yeterli taban egzersizleri denenmiş olup, çalışmalarında elektrosizmilasyon veya masajdan daha iyi bir ağrı kontrolüne bağlı olarak gösterilmiştir<sup>14</sup>.

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), hastanın düşünce ve davranışlarının ağrıyı algılamasına olan etkisini daha iyi anlaması için eğretilen problem odaklı, hedefe yönelik psikolojik bir terapidir. BDT, kronik ağrı tedavisinde etkili bir tedavi olabilir ve kanıtlanmış bir tedaviye rağmen KPA tedavisinde destekleyici olarak kullanılabilir<sup>15</sup>. Depresyon tanı almış olan kadınlarda, comahı girişimden sonra kronik ağrı riskinin, üçte beş kat daha fazla olduğu bildirilmiştir<sup>16</sup>. Bununla birlikte komorbid depresyonun tanı verildikten sonra KPA tedavisinin başlangıç için değeri tartışmalıdır.

Genel olarak vitamin B12 tedavileri içerinde yer alan kulak akupunkturunun endometriozis ile ilişkili jinekolojik ağrıda faydalı olabileceği gösterilmiştir<sup>17</sup>.

Erişkin kadın popülasyonunun al, da birini etkileyen KPA, etyolojisinde belirsizlikler olan, çoklu faktörler barındıran bir semptom olarak değerlendirilmelidir<sup>18</sup>.

Tüm kronik ağrılarda olduğu gibi KPA'da da fiziksel sebeplerin yanında, psikolojik ve sosyal faktörlerinde dikkatlice değerlendirilmesi gereklidir. KPA etyolojisinde, sınırlı tanımlanması veya İBS gibi jinekolojik olmayan birçok durum yer alabilir.

Hastanın arınması ve iyileşmesi için yeterli süre ayrılmalıdır. Ağrı günlük, ağrıyla ilişkili semptomların veya aktivite limitasyonlarının giderilmesini amaçlayan tedaviye göre hastanın tedavisinde öncelik verilmelidir. Etolojiyi tanımladıkça tedaviye başlanabilir. Ağrının etyolojisini tanımladıkça, nereden yönelik tedaviler, r. İBS gibi durumlar kendi özel bir tedavileri gerektirir. Ağrının etyolojisini tanımladıkça, nereden yönelik tedaviler, r. İBS gibi durumlar kendi özel bir tedavileri gerektirir. Ağrının etyolojisini tanımladıkça, nereden yönelik tedaviler, r. İBS gibi durumlar kendi özel bir tedavileri gerektirir. Ağrının etyolojisini tanımladıkça, nereden yönelik tedaviler, r. İBS gibi durumlar kendi özel bir tedavileri gerektirir.

### Kaynaklar:

- Engeler D, Baranowski AP, Borowicka J et al.; European Association of Urology. Guidelines on chronic pelvic pain. <http://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Chronic-Pelvic-Pain-2015.pdf>. Accessed September 25, 2019
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Prevalence and incidence of chronic pelvic pain in primary care: evidence from a national general practice database. *Br J Obstet Gynaecol* 1999; 106:1149.
- Br J Obstet Gynaecol. 1999 Nov;106(11):1156-61. Patients of diagnosis and referral in women consulting for chronic pelvic pain in UK primary care. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH.
- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, et al. Chronic pelvic pain in the community: symptoms, investigations, and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1149.
- Haggerty CL, Peipert JF, Weitzens, et al.; PID Evaluation and Clinical Health (PEACH) Study Investigators. Predictors of chronic pelvic pain in an urban population of women with symptoms and signs of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis*. 2005;32(5):293-299.
- Meltzer-Brody S, Leserman J, Zolnoan D, Steege J, Green E, Feicha. Trauma and posttraumatic stress disorder in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):992-998.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of chronic pelvic pain. May 2012. [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_41.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf). Accessed September 25, 2019.
- Pelvic Health Assessment Form. Version 2. 2019. <http://www.pelvicpain.org/Professional/ Documents-and-Forms.aspx> Accessed September 25, 2019.
- Erd B. Yavaş Kaliteli Ağrıların Türkiye'de Yaşayan Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi ve Geçirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010; 8(2): 83-74.
- Pizzaway DE, Douglas JW. Serum Ca-125 in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *FerS, Steril*. 1989; 51: 68-70.
- Vicdan K, Baştan S, Gökmen O. Kronik pelvik ağrıda laparoskopik pelvik miyom ve bulgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekolojik Obstetrik Dergisi*. 1992; 2:209-12.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Preventing entry related gynaecological laparoscopic injuries. Green-top Guideline No.49. London: RCOG; 2008 [http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/preventing-entry-related-gynaecological-laparoscopic-injuries-green-].
- Chong YC, Smetra G, Williams AC. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3(1):CD008797.
- Engeler DS, Baranowski AP, Dinis-Oliveira R et al.; European Association of Urology. The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development. *Eur Urol*. 2013;64(3):431-439.
- Allen C, Hopewell S, Prensce A, Gregory D. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for pain in women with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;2(2):CD004753.
- Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshino H, Terakawa H. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *FerS Steril*. 2008; 90(5):583-588.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The InvesSgSons and Management of Endometriosis. Green-top Guideline No. 24. London: RCOG; 2008 [http://www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/invesSgSons-and-management-of-endometriosis-green-top-24].
- Howard FM. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 24: 467-94.
- Bayaz SG, Coşak H, Ergüner T et al. Chronic postsurgical pain and neuropathic symptoms after abdominal hysterectomy: A pilot

epidemiol. Medicine [Baltimore]. 2016;95(33):e4484.

20. TuFF, Holt J, Gonzales J, Fitzgeald CM. Physical therapy evaluation ofpatients with chronic pelvic pain: acontrolled study. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(3):272. e1-272.e7.
21. Hartmann KE, MoC, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality oflife and sexual function after hysterectomy in womenwith preoperative pain and depression. Obstet Gynecol. 2004;104(4):701-709.
22. Geneen LJ, Moore RA, Clarke C, et al. Physical activity and exercise forchronic pain inadults: anoverview ofCochrane Reviews. CochraneDatabaseSyst Rev 2017; 4:CD011279.
23. Zhu X,Hamilton KD, McNicol ED. Acupuncture forpain inendometriosis. CochraneDatabaseSyst Rev. 2011;(9):CD007864.
24. Meisner K,Schweizer-Anau A,Limmer A,et al. Psychotherapy With Somatosensory Stimulation forEndometriosis-Associated Pain: ARandomized ControlledTrial. Obstet Gynecol2016; 128:1134.
25. Zondervan KT, Yudkin PL,Vessey MP, Jenkinson CP, Daves MG, Barlow DH, et al. The communityprevalence ofchronicpelvic pain in womenand associatedillness behaviour. Br J Gen Pract 200; 5: 541-7.

## G SOSYAL MEDYA

Bizi Sosyal medya'dan takip edebilirsiniz!

endometriozisturkiye



Endometriozis Türkiye Facebook sayfamızı ziyaret edebilirsiniz  
<https://www.facebook.com/endometriozisturkiye>

@endometriozistr



Twitter sayfamızı takip edebilirsiniz.  
<https://twitter.com/endometriozistr>

endometriozis\_tr



Instagram sayfamızı takip edin.  
[https://www.instagram.com/endometriozis\\_tr](https://www.instagram.com/endometriozis_tr)



Facebook grubumuza katılın  
<https://www.facebook.com/groups/1356727754385803>



Youtube Kanalımıza Abone Olun  
<https://www.youtube.com/channel/UCYpW45rWz6NTYJHtUBL3Q>

## ENDOMETRİOZİS İLE İLGİLİ MAKALE ÖZETLERİ

Demek sitenizde her ay Prof. Dr. Fatma Fenda Verit hocamız tarafından endometriozis ile ilgili makaleler düzenli olarak taranıp özetlenmekte ve web sitenizde ana sayfa da yer almaktadır. Endometriozis ile ilgili en güncel makalelere kolaylıkla ulaşabileceğiniz linkten de ulaşabilirsiniz. Makale Full text'leri Doç. Dr. Hale Gükşener Çelikköten tarafından yüklenmektedir.

<http://www.endometriozisidemegi.org/kituphane/makale-ozetleri>



## WEBSİTELERİMİZ

Endometriozis&Adenomyozis Derneği  
Web Sitesi  
([www.endometriozis.org](http://www.endometriozis.org))



# ENDO



# OKULDA

*Sağlıklı genç bireyler ile  
daha sağlıklı ve bilinçli bir  
toplum olmak için hep birlikte  
el ele...*

Okul Adı:.....

Okul Adresi:.....

Yetkili İsim:.....

Görevi:.....

Telefonu:.....

Talep Edilen Tarih ve Saatler:.....

Tahmini Katılımcı Sayısı:.....

\*Yukarıdaki formu [fabriselavim@endometriozis.org](mailto:fabriselavim@endometriozis.org) adresine gönderiniz, detaylı bilgi için 0532 515 89 89 no.lu telefondan bize ulaşabilirsiniz.

**BİLGİ:** Okulda veli, öğretmen yada eğitim görevlisi olabilirsiniz, okulunuzla bu projemizi paylaşıp yukarıdaki formu bize göndermelerini sağlamanız yeterli.