



## KONGRE KİTABI

# “ Bütünsel Yaklaşım ”

## Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda Multidisipliner Yaklaşımlar

### — 2. Uluslararası Katılımlı Kongre —

**Tarih:** 6-8 Ekim 2023

**Yer:** Yeditepe Üniversitesi İnan Kıraç Konferans Salonu

**Onursal Başkan:**

Prof. Dr. Canan Aykut Bingöl

**Kongre Başkanları:**

Prof. Dr. Erkut Attar, Prof. Dr. Feryal Subaşı

[www.pelvikagri2023.org](http://www.pelvikagri2023.org) / [info@pelvikagri2023.org](mailto:info@pelvikagri2023.org)



# KONGRE KİTABI

## EDİTÖR

PROF. DR. ERKUT ATTAR

PROF. DR. FERYAL SUBAŞI

## YARDIMCI EDİTÖRLER

UZM. FZT. MEHMET ALPEREN PEKDAŞ

UZM. FZT. EDA URHUN

UZM. FZT. EDA ASLAN

2023

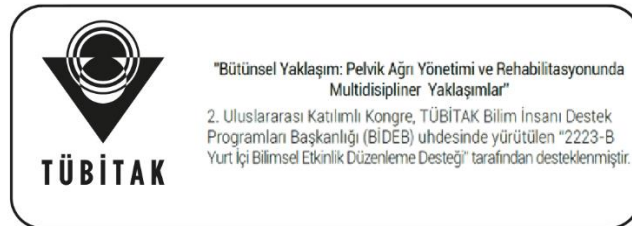
İSTANBUL

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

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

[www.pelvikagri2023.org](http://www.pelvikagri2023.org)

[info@pelvikagri2023.org](mailto:info@pelvikagri2023.org)





**İÇİNDEKİLER**

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

<b>Serebral Palsili Çocuklarda Fonksiyonel Seviyelerine Göre Üriner İnkontinans Şiddeti ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi.....</b>	<b>44</b>
<b>Üniversite Öğrencilerinde Kinezyo Bantlama Uygulamasının Premenstrual Sendrom Belirtileri ve Ağrı Üzerindeki Etkinliğinin Araştırılması. ....</b>	<b>45</b>
<b><i>Vaka Sunumları</i> .....</b>	<b>46</b>
<b>Sezaryen ile Myomektomi Yapılması Sonrası Gelişen Postpartum Kanama, Batın İçi Apse, Pelvik Ağrı, Relaparotomi ve Histerektomi : Vaka Sunumu .....</b>	<b>46</b>
<b>Laparoskopik Endometriozis Cerrahisinde İzole Vulva Amfizemi.....</b>	<b>47</b>
<b>TeleRehabilitasyon ile Gebelikle İlişkili Pelvik Kuşak Ağrısının Yönetimi: Vaka Sunumu.....</b>	<b>48</b>
<b>Kronik Pelvik Ağrıda Pelvik Taban Egzersizleri ile Kombine Edilen Nefes Egzersizlerinin Klinik Etkileri: Vaka Sunumu.....</b>	<b>49</b>
<b>Koksidini Tanısı Almış Hastada Pelvik Taban Kas Rehabilitasyonunun Etkinliği.....</b>	<b>50</b>
<b>Total Laparoskopik Histerektomide Batına İlk Giriş Komplikasyonlarından Bağırsak Perforasyonu ve Sonrasında Atelektazi Yönetimi Olgusu.....</b>	<b>51</b>

**ONURSAL BAŞKAN**

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

**KONGRE BAŞKANLARI**

**PROF. DR. ERKUT ATTAR**  
*YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ, Kadın Hastalıkları ve Doğum ANABİLİM DALI, Pelvik Ağrı ve  
Endometriozis Derneği*

**PROF. DR. FERYAL SUBAŞI**  
*YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü*

**KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI**

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe ÇİL SERTÖZ

Dr. Öğr. Üyesi Mert YEŞİLADALI

Uzm. Fzt. Nilüfer CERBEZER

## ORGANİZASYON KOMİTESİ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## BİLİMSEL KOMİTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



*Anabilim Dalı*

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

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

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

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

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

*Anabilim Dalı*

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

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

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

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

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

## DAVET

Sayın Meslektaşlarımız;

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

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

Düzenleme Kurulu Adına

Kongre Başkanları

**Prof. Dr. Erkut ATTAR**

**Prof. Dr . Feryal SUBAŞI**

## KONGRE PROGRAMI

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

Eğitmen: Uzm. Fzt. Burçin Özyürek

### • 7 Ekim 2023, Cumartesi

08.00 - 08.30 Kayıt

08.30 - 09.00 Açılış Konuşmaları

#### OTURUM - I

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

09.00 - 09.20 Endometriosis Associated Pelvic Pain: Surgical and Medical Approach  
Prof. Dr. Simone Ferrero

09.20 - 09.40 Pelvik Ağrı Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi  
Prof. Dr. Erkut Attar

09.40 - 10.00 Endometriozise Bağlı Pelvik Ağrı  
Prof. Dr. Bülent Yılmaz

10.00 - 10.15 Tartışma

10.15 - 10.30 Kahve Arası

#### OTURUM - II

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

10.30 - 10.50 Kronik Pelvik Ağrıda Kanıtı Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon  
Prof. Dr. Feryal Subaşı

10.50 - 11.10 Fizyoterapist Tarafından Pelvik Ağrının Değerlendirilmesi  
Dr. Öğr. Üyesi Ayça Aklar

11.10 - 11.30 Kronik Pelvik Ağrıda Çoklu Risk Faktörlerinin Belirlenmesi:  
Kas İskelet Sistemi ve Biyomekanik Faktörler  
Prof. Dr. H. Serap İnal

11.30 - 11.45 Tartışma

11.45 - 12.30 Uydü Sempozyumu: Kronik Pelvik Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı  
Bir Alternatif Olarak Elektromanyetik Stimülasyon Cihazı Kullanımı  
Fzt. Duygu Kaya

12.00 - 13.00 Öğle Arası

#### OTURUM - III

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

13.00 - 13.20 Kronik Pelvik Ağrıda Tıbbi Yaklaşımlar: Cerrahi ve İnvaziv Yöntemler  
Dr. Öğr. Üyesi Melike Aslan

13.20 - 13.40 Pelvik Ağrıda Algolojik Yaklaşımlar  
Prof. Dr. İlhan Öztekin

#### OTURUM - IV

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

**13.40 - 14.00 Kronik Pelvik Ağrıda Kanıtı Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyona Genel Bakış**

Dr. Fzt. Emine Baran

**14.00 - 14.20 Pelvik Ağrı Yönetiminde Manuel Teknikler**

Dr. Öğr. Üyesi Şule Badıllı Hantal

**14.20 - 14.40 Pelvik Ağrı Yönetiminde Elektrofiziksel Ajanlar**

Uzm. Fzt. Gamze Nalan Çınar

**14.40 - 14.55 Kronik Pelvik Ağrı Yönetiminde Tamamlayıcı Alternatif Yöntemler**

Prof. Dr. Ümmühan Baş Aslan

**14.55 - 15.15 Tartışma**

**15.15 - 15.35 Kahve Arası**

## OTURUM - V

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

**15.35-17.00 Vaka Sunumu ve Tartışma**

• 8 Ekim 2023, Pazar

## OTURUM - I

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

**09.00 - 09.20 Pelvik Ağrı Tanısı ve Güncel Görüntüleme Teknikleri**

Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladali

**09.20 - 09.40 Teknoloji ve İnovasyon: Mevcut Durum ve Gelecekteki Fırsatlar**

Dr. Öğr. Üyesi Tacha Serif

**09.40 - 10.00 Pelvik Ağrının Yönetiminde Telerehabilitasyon Klinik Uygulamalara Entegre Edilebilir mi?**

Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz

**10.00 - 10.15 Tartışma**

**10.15 - 10.30 Kahve Arası**

## OTURUM - II

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

**10.30 - 10.50 Gebelikte Pelvik Ağrı**

Doç. Dr. İlhamı Rafıg Gızi Mustafayeve

**10.50 - 11:10 Gebelik Sonrası Dönemde Pelvik Ağrı**

Prof. Dr. Özlem Moraloğlu Tekin

**11.10 - 11.30 Gebeliğe Bağlı Ürojinekolojik Değişikliklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon**

Uzm. Fzt. Aygöl Köseoğlu Kurt

**11.30 - 11.50 Gebelikte Pelvik Ağrıya Yönelik**

Koruyucu Önlemlerin Planlanması

Doç. Dr. Nuriye Özengin

**11.50 - 12.10 Doğum Sonrası Egzersiz Programının Planlanması**

Doç. Dr. Esra Atılğan

**12:10 - 12.25 Tartışma**

### OTURUM - III

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

12.25 - 13.00 Sözlü Sunumlar

13.00 - 14.00 Öğle Arası

### OTURUM - IV

**Oturum Başkanları:** Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu  
Doç. Dr. İlhamı Rafıg Gızı Mustafayeva,

14.00 - 14.20 Ürojinekoloji ve Kronik Pelvik Ağrı

Doç. Dr. Gökhan Çulha

14.20 - 14.40 Kronik Pelvik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım

Doç. Dr. Serhat Tunç

14.40 - 15.00 Menopoza Bağlı Pelvik Ağrı

Prof. Dr. Şahin Zeteroğlu

15.00 - 15.15 Tartışma

15.15 - 15.30 Kahve Arası

### OTURUM - V

**Oturum Başkanı:** Prof. Dr. Erkut Attar

15.30 - 16.00 PANEL

**Klinik Uygulamalarda Pelvik Ağrının Multidisipliner  
Olarak Yönetimi: Zorluklar ve Fırsatlar**

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

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

### OTURUM- VI

16.00 - 16.30 Ödül Töreni ve Kapanış

Prof. Dr. Erkut Attar



**7 Ekim 2023 Oturum-I**

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

**Endometriosis Associated Pelvic Pain: Surgical and Medical Approach**

*Prof. Dr. Simone Ferrero*

*Genova Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Genova*

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

***Kaynaklar:***

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

## Pelvik Ağrı Yönetiminde Multidisipliner Yaklaşımın Önemi

*Prof. Dr. Erkut Attar*

*Yeditepe Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı*

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

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

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

### **Kaynaklar:**

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

**Oturum-II**

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

**Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyon**

*Prof. Dr. Feryal Subaşı*

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

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

**Kaynaklar:**

1. Baranowski, A.P., Chronic pelvic pain. Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 2009. 23(4): p. 593-610.
2. Vincent, K. and E. Evans, An update on the management of chronic pelvic pain in women. Anaesthesia, 2021. 76: p. 96-107.
3. Gutke, A., K. Sundfeldt, and L. De Baets, Lifestyle and Chronic Pain in the Pelvis: State of the Art and Future Directions. J Clin Med, 2021. 10(22).
4. Jia, S.Z., et al., Health-related quality of life in women with endometriosis: a systematic review. J Ovarian Res, 2012. 5(1): p. 29.
5. Almousa, S., E. Lamprianidou, and G. Kitsoulis, The effectiveness of stabilising exercises in pelvic girdle pain during pregnancy and after delivery: A systematic review. Physiotherapy Research International, 2018. 23(1).
6. No, G.T.G., The initial management of chronic pelvic pain. 2012(41): p. 1-16.
7. Cheong, Y.C., G. Smotra, and A.C. Williams, Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. Cochrane Database Syst Rev, 2014(3): p. CD008797.
8. Nygaard, A.S., et al., Group-based multimodal physical therapy in women with chronic pelvic pain: A randomized controlled trial. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2020. 99(10): p. 1320-1329.
9. Siqueira-Campos, V.M., et al., Current Challenges in the Management of Chronic Pelvic Pain in Women: From Bench to Bedside. Int J Womens Health, 2022. 14: p. 225-244.
10. Haugstad, T.S., et al., Somatocognitive therapy for chronic pelvic pain. Tidsskr Nor Laegeforen, 2012. 132(3): p. 272-3.

**Fizyoterapist Tarafından Pelvik Ağrının Değerlendirilmesi****Dr. Öğr. Üyesi Ayça Akkar*****Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü,  
İstanbul***

Pelvis önde, arkada ve yanlarda os koxsa ve sakrum ile çevrelenmiştir. Majör ve minör pelvis olarak iki bölüme ayrılırken minör pelviste ürogenital sistem organları yer almaktadır. Bu organlar aşağıda diyafragma pelvis denen bir yapı ile desteklenmektedir. Bu yapı çizgili kaslar ve onları örten fasyalardan oluşmuştur ve perinede dış genital sistem organları ile sonlanır. Diyafragma pelvis içinde bulunan kaslar bu pasif yapıların etkisi altındadır. Kasların boyu onları saran fasyalar tarafından etkilendiğinde kasın kasılma kuvveti değişebilir. Pelvik taban kaslarını değerlendirmek için farklı yöntemler kullanılmaktadır. Biyofeedback bu uygulamalardan biri olarak kas aktivasyonunu ölçmektedir. Biyofeedback'in çift kanal kullanımı ve manometre gibi basınç ölçen cihazlarla kullanımı pelvik taban kaslarının kuvveti hakkında daha doğru bilgi edinmemizi sağlayabilir. Özellikle pasif yapıların boy değişimi ile birlikte aktivasyonun ölçülmesi kasların boy değişiminden nasıl etkilendiği konusunda bilgi sahibi olmamızı sağlar.

Pelvik taban ultrasonu kuvvet hakkında bir bilgi vermese de kasların fonksiyonunu gözlemlemek için en uygun değerlendirme yöntemidir. Modifiye Oxford skalası ise dijital palpasyon ile fizyoterapist veya hekim tarafından yapılan bir değerlendirmedir. Palpasyon sırasında aktif kas kasılması izlenir, 0-5 arasında değer verilir. Pelvik ağrı için kasların hassasiyeti ayrıca değerlendirilmelidir. Saat yöntemi ile yapılan bu değerlendirme periferik sensitizasyon hakkında bilgi edinmemizi sağlayabilir.

***Kaynaklar:***

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



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

*Prof. Dr. H. Serap İnal*

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

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

**Kaynaklar:**

- 1- Kiapour A, Joukar A, Elgafy H, Erbulut DU, Agarwal AK, Goel VK. Biomechanics of the sacroiliac joint: anatomy, function, biomechanics, sexual dimorphism, and causes of pain. *International journal of spine surgery*. 2020 Feb 1;14(s1):S3-13.
- 2- Neumann, D. *Kinesiology of the Musculoskeletal System*. Foundation for Rehabilitation, 2017 Human Kinetics.
- 3- Wang, X., Ding, N., Sun, Y., Chen, Y., Shi, H., Zhu, L., ... & Liu, Z. (2022). Non-pharmacological therapies for treating chronic pelvic pain in women: A review. *Medicine*, 101(49)
- 4- Wojcik, M., Jarzabek-Bielecka, G., Merks, P., Plagens-Rotman, K., Pisarska-Krawczyk, M., Kedzia, W., ... & Wilczak, M. (2022). The role of visceral therapy, Kegel's muscle, core stability and diet in pelvic support disorders and urinary incontinence—including sexological aspects and the role of physiotherapy and osteopathy. *Ginekologia Polska*, 93(12), 1018-1027.
- 5- Gyang, A., Hartman, M., & Lamvu, G. (2013). Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 645-650.
- 6- Wong M, Sinkler MA, Kiel J. *Anatomy, Abdomen and Pelvis, Sacroiliac Joint*. In: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2022. PMID: 29939578

**Oturum-III**

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

**Pelvik Ağrıda Algolojik Yaklaşımlar**

**Prof. Dr. İlhan Öztekin**

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

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

- 1.Basamak: Nonopioid +/- Adjuvan
- 2.Basamak: Zayıf Opioid +/- Nonopioid +/- Adjuvan
- 3-Basamak: Kuvvetli Opioid +/- Nonopioid +/- Adjuvan
- 4.Basamak: Girişimsel Ağrı Tedavileri

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

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

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

Pelvik ilerlemiş kanserlerinde ağrı kontrolü için kullanılan epidural ve intratekal kateter ve portlar ile yapılan opioidlerin etkinliklerinin kanıt düzeyi ilk 6 ayda kuvvetli (level-I), sonra ise orta düzeyde bulunmuştur (7). Endometriosisin semptomlarını ortadan kaldırmak için pek çok tamamlayıcı tedaviler kullanılmıştır, ancak yalnız akupunktur sonuçlar üzerinde anlamlı düzelme göstermiştir (8). Akupunkturun ağrıyı ve serum CA 125 seviyelerini azalttığını belirtmektedir (9). Akupunktur primer dismenoreli kadınlarda da etkili ve emniyetli bir tedavi olarak kullanılabilir (10).

**Kaynaklar:**

- 1-Bredow J, Bloess K, Oppermann J, et al. Conservative treatment of nonspecific chronic low back pain. Evidence of the efficacy- a systematic literature review. *Orthopade*. 2016 Jul;45(7):573-8.
- 2- S Khodaverdi, M R Alebouyeh, K Sadegi, A Mehdizadehkashi, M Kaveh , S R Entezari , H Mirzaei, M Khaleidi, M Khodaverdi. Superior hypogastric plexus block as an effective treatment method for endometriosis-related chronic pelvic pain: an open-label pilot clinical trial. *Clinical Trial J Obstet Gynaecol*. 2021 Aug;41(6):966-971. doi: 10.1080/01443615.2020.1820468. Epub 2020 Nov 26.
- 3- R Plancarte, O A de Leon-Casasola, M El-Helaly, S Allende, M J Lema. Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer. *Clinical Trial Reg Anesth*. 1997 Nov-Dec;22(6):562-8.
- 4- S A Mohamed, D G Ahmed, M F Mohamad. Chemical neurolysis of the inferior hypogastric plexus for the treatment of cancer-related pelvic and perineal pain. *Clinical Trial Pain Res Manag*. 2013 Sep-Oct;18(5):249-52. doi: 10.1155/2013/196561. Epub 2013 May 28.
- 5- T Kitoh, S Tanaka, K Ono, Y Ohfusa, H Ina, T Otagiri. Combined neurolytic block of celiac, inferior mesenteric, and superior hypogastric plexuses for incapacitating abdominal and/or pelvic cancer pain. *Clinical Trial J Anesth*. 2005;19(4):328-32. doi: 10.1007/s00540-005-0342-0.
- 6- D F Hetta, A A Mohamed, R M A Eman, F A Abd El Aal, M E Helal. Pulsed Radiofrequency of the Sacral Roots Improves the Success Rate of Superior Hypogastric Plexus Neurolysis in Controlling Pelvic and Perineal Cancer Pain. *Randomized Controlled Trial Pain Physician*. 2020 Mar;23(2):149-157.
- 7-Boswell MV, Trescot AM, Datta S. et al. Interventional techniques. Evidenced-based practice guidelines in the manangement of chronic spinal pain. *Pain Physician*. 2007, Jan; 10(1):7-111.
- 8- T A A Mira, M M Buen, M G Borges, D A Yela, C L Benetti-Pinto. Systematic review and meta-analysis of complementary treatments for women with symptomatic endometriosis. *Review Int J Gynaecol Obstet*. 2018 Oct;143(1):2-9. doi: 10.1002/ijgo.12576. Epub 2018 Jul 9.
- 9- Y Xu, W Zhao, T Li, Y Zhao , H Bu , S Song. Effects of acupuncture for the treatment of endometriosis-related pain: A systematic review and meta-analysis. *Review PLoS One*. 2017 Oct 27;12(10):e0186616. doi: 10.1371/journal.pone.0186616. eCollection 2017.
- 10- Hye Lin Woo, Hae Ri Ji, Yeon Kyoung Pak, Hojung Lee, Su Jeong Heo, Jin Moo Lee, Kyoung Sun Park. The efficacy and safety of acupuncture in women with primary dysmenorrhea: A systematic review and meta-analysis. *Review Medicine (Baltimore)*. 2018 Jun;97(23):e11007. doi: 10.1097/MD.00000000000011007.

**Oturum-IV**

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

**Kronik Pelvik Ağrıda Kanıta Dayalı Fizyoterapi ve Rehabilitasyona  
Genel Bakış**

**Dr. Fzt. Emine Baran**

**Hittit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Çorum**

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



**Kaynaklar:**

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

## Pelvik Ağrı Yönetiminde Manuel Teknikler

*Dr. Öğr. Üyesi Şule Badıllı Hantal*

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

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

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

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

### **Kaynaklar:**

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

## Pelvik Ağrı Yönetiminde Elektrofiziksel Ajanlar

*Uzm. Fzt. Gamze Nalan Çınar*

*Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Fakültesi, Ankara*

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

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

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

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

**Kaynaklar:**

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

**Oturum - V**

***Oturum Başkanları: Doç. Dr. Ünal Türkay, Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz***  
***“Vaka Sunumu ve Tartışma”***

**8 Ekim 2023 Oturum-I**

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

**Pelvik Ağrı Tanısı ve Güncel Görüntüleme Teknikleri**

**Dr. Öğr. Üyesi Mert Yeşiladalı**

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

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

**Kaynaklar:**

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

## **Pelvik Ağrının Yönetiminde Telerehabilitasyon Klinik Uygulamalara Entegre Edilebilir mi?**

*Dr. Öğr. Üyesi Elif Tuğçe Çil Sertöz*

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

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

**Kaynaklar:**

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



**Oturum-II**

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

**Gebelikte Pelvik Ağrı**

**Doç. Dr. İlhamı Rafiğ Gizi Mustafayeva**

**Nahcivan Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı, Nahcivan**

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

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

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

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

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

**Kaynaklar:**

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

## Gebeliğe Bağlı Ürojinekolojik Değişikliklerde Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

*Uzm. Fzt. Aygül Köseoğlu Kurt*

*Pelvik Ağrı ve Endometriozis Derneği, İstanbul*

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

**Kaynaklar:**

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

## Doğum Sonrası Egzersiz Programının Planlanması

*Doç. Dr. Esra Atılgan*

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

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

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

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

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

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

### **Kaynaklar:**

- 1 Akbayrak, T., & Kaya, S. (2016). Kadın sağlığında fizyoterapi ve rehabilitasyon. Kalkan Matbaacılık, Ankara,
2. Akbayrak, T., & Kaya, S. (2020) Gebelikte ve gebelik sonrası dönemde fiziksel aktivite ve egzersiz, Hipokrat Yayınevi, Ankara.
3. Mullins, E., Sharma, S., & McGregor, A. H. (2021). Postnatal exercise interventions: A systematic review of adherence and effect. *BMJ open*, 11(9), e044567.)
4. Aguilar-Cordero, M. J., Sánchez-García, J. C., Rodriguez-Blanque, R., Sánchez-López, A. M., & Mur-Villar, N. (2019). Moderate physical activity in an aquatic environment during pregnancy (SWEP study) and its influence in preventing postpartum depression. *Journal of the American Psychiatric nurses association*, 25(2), 112-121.
5. Carter, T., Bastounis, A., Guo, B., & Jane Morrell, C. (2019). The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Archives of Women's Mental Health*, 22, 37-53.

**Oturum-III**

*Oturum Başkanları: Prof. Dr. Rukset Attar, Dr. Öğr. Üyesi Elif Develi*  
**“Sözlü Sunumlar”**

**Oturum-IV**

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

**Ürojinekoloji ve Kronik Pelvik Ağrı**

*Doç. Dr. Gökhan Çulha*

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

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

**Kronik Pelvik Ağrıya Biyopsikososyal Yaklaşım****Doç. Dr. Serhat Tunç*****Yeditepe Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, İstanbul***

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

***Kaynaklar:***

1. Sandler MD, Ledesma B, Thomas J, Ben-Ezra L, Lokeshwar SD, Paz LA, White J, Ramasamy R, Masterson TA. Biopsychosocial approach to male chronic pelvic pain syndrome: recent treatments and trials. *Sex Med Rev.* 2023 Sep 17:qead038. doi: 10.1093/sxmrev/qead038. Epub ahead of print. PMID: 37717957.
2. Yildirim N, Özkan M. Kronik pelvik ağrı ve pelvik taban bozukluklarında psikiyatrik sorunlar ve tedavisi. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine*, 2020;83(2):162-167.
3. As-Sanie S, Clevenger LA, Geisser ME, Williams DA, Roth RS. History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210(4):317.e1-317.e8.

### Sözlü Sunumlar

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

Şeyma Ocak<sup>1</sup>, Deniz Aslan<sup>1</sup>, Elif Tuğçe Çil Sertöz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

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

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

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

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



## **Premenstrüel Sendromlu Kadınlarda, Psikososyal ve Postüral Durumun Arasındaki İlişkinin Araştırılması**

Selin Emeklioglu<sup>1</sup>, Elif Tuğçe Çil Sertöz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

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

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

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

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

## **Magnetoterapi'nin Menstrüasyon Dönemindeki Ağrıya Etkisinin İncelenmesi**

Sena ERDAT<sup>1</sup>, Eda URHUN<sup>2</sup>, Eda ASLAN<sup>2</sup> Rasmi MUAMMER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pamukkale Üniversitesi Hastanesi, Denizli

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

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

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

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

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

## Primer Dismenoreli Kadınlarda, Konnektif Doku Masajının Kısa Dönem Etkisinin Araştırılması

Mümine ÇAVDAR<sup>1</sup>, Eda URHUN<sup>2</sup>, Eda ASLAN<sup>2</sup>, Elif DEVELİ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fizyofom Fizyoterapi Danışmanlık Merkezi, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

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

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

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

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

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

Sezin Değirmenci<sup>1</sup>, İmge Nas<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> İstanbul Kültür Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup> İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,  
İstanbul

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

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

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

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

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

Duygu ŞAHİN ALTAÇ<sup>1</sup>, Aslı YERAL<sup>2</sup>, Eda ASLAN<sup>2</sup>, Rasmi MUAMMER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul, Türkiye

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

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

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

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

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

Özge Deniz Göymen<sup>1</sup>, Fatma Sağlam Karaođlan<sup>1</sup>, İleriş Yaman<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

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

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

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

## Laparoskopik Endometriozis Cerrahisinde İzole Vulva Amfizemi

Mert Talay<sup>1</sup>, Meltem Çırak<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Laparoskopik endometriozis cerrahisinde diseksiyonlar nedeniyle oluşabilecek komplikasyonların önceden tanınması ile vaka esnasında ve sonrasında karşılaşılan durumlar daha kolay yönetilebilir. Endometriozis gibi hastalıklarda normalden daha fazla doku diseksiyonu gerekebilir ve sonucunda vakamızda olduğu gibi periton altına gaz sızarak izole vulva ödeme neden olabilir. Bu vaka sunumunun amacı da abdominal laparoskopik jinekoloji cerrahilerinde gelişebilen komplikasyonlardan biri olan izole vulva amfizemini göstermek ve meslektaşlarımızın bunu tanımalarını sağlayarak kendi tecrübeleri esnasında benzeri ile karşılaşmaları halinde durum yönetimlerine yardımcı olabilmektir.

**Olgu:** 46 yaş kadın hasta, vajinal doğum, bilinen huzursuz bacak sendromu dışında hastalığı, geçirilmiş operasyonu ve kullandığı ilacı yoktu. Hastanemize adet dönemlerinde fazla kanama ve ağrı şikayeti ile başvurdu. Dış merkez takiplerinde 1 yıl önce takılmış ve halen bulunan mirena öyküsü vardı, smear ve probe küretaj patoloji raporunda malignite bulgusu yoktu. IV kontrastlı pelvik MR raporunda uterusu en büyüğü 45x37 mm olan multiple myomlar ve adenomyozis, sol overde 12 mm hemorajik natürde kist olduğu yazılıydı. Spekulum ile collum multipar vasıfta, bimanuel muayene olağandı. TVUSG ile mirena uterin kavitede, uterusu en büyüğü corpus posteriorda 51 mm olmak üzere multiple myomlar izlendi. Sol overde 37 mm endometrioma ile uyumlu kistik yapı izlendi. Hastaya tedaviye dirençli anormal uterin kanama ve endometrioma endikasyonu ile total laparoskopik histerektomi, bilateral salpenjektomi ve sol over kist eksizyonu planlandı. Operasyona başlandığında batın içi adezyonlar ve batın arka duvarındaki parietal periton dahil yaygın endometriotik odaklar izlendi. Uterus, tuba ve overler birbirine ve batın içerisine dens yapıştı. Keskin ve künt diseksiyonlar ile adezyonlar ayrıştırılarak total laparoskopik histerektomi ve bilateral salpingooferektomi uygulandı. Vaka sırasında piyes çıkarıldıktan sonra sağ labium majusta spontan cilt altı amfizem gelişti. Palpasyon ile krepatasyon alınıyor ve labium içerisindeki gaz batın içerisine geri boşaltılabiliyordu. Pnömooperitoneum bittikten sonra labium içerisindeki gaz aynı şekilde boşaltıldı ve labium eski haline getirildi. Ligamentum rotundum uterusu başlayıp inguinal kanaldan geçerek labium majusta sonlanan bir bağıdır. Jinekolojik cerrahilerde bu bağ kesilir, gerekli diseksiyon yapılır. Özellikle endometriozis hastalığı bulunanlarda ihtiyaç duyulan fazla diseksiyon sonrası basınç etkisi ile peritoneal boşluklar oluşabilir. Pnömooperitoneum için kullanılan batın içerisindeki gaz da inguinal kanalı kullanarak labium majusa ulaşabilir ve spontan amfizem yaratabilir.

**Sonuç:** Bu tip bir komplikasyon doku diseksiyonu yapılan hastalarda görülebilir, zararsız ve hızlı şekilde geri döndürülebilirdir. Hangi hastalarda karşılaşılabileceğimizi öngörmek, karşılaşıldığında tanımak ve yönetebilmek gerekir.

## TeleRehabilitasyon ile Gebelikle İlişkili Pelvik Kuşak Ağrısının Yönetimi: Vaka Sunumu

Esra Karacan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serenite Sağlıklı Yaşam Merkezi, Kırklareli

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

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

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

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



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

Merve Can Kalan<sup>1</sup>, Zuhal Didem Takinacı<sup>2</sup>, Pelin Özdemir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Topkapı Üniversitesi, Plato Meslek Yüksekokulu, Fizyoterapi Bölümü, İstanbul

<sup>2</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum, İstanbul

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

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

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

## Koksidini Tanısı Almış Hastada Pelvik Taban Kas Rehabilitasyonunun Etkinliği

Melis Ünal<sup>1</sup>, Halil Tuğtepe<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Uropelvic Solutions, Pelvik Taban Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul

<sup>1</sup>Tuğtepe Çocuk Ürolojisi ve Cerrahisi Kliniği, Uropelvic Solutions, Pelvik Taban Rehabilitasyon Merkezi, İstanbul

**Giriş:** Koksidini veya kuyruk sokumu ağrısı omurganın alt ucundaki kemik yapının (koksiks) içinde veya çevresinde meydana gelen ağrıları tanımlamaktadır. Semptomların yönetilmesinde medikal ve fizik tedavi yaklaşımları ve algoloji yöntemleri bulunmaktadır. Çalışmamızın amacı koksidini tanısı almış hastada pelvik taban kas (PTK) rehabilitasyonunun etkinliğini araştırmaktır.

**Olgu:** 02.01.2023 tarihinde kliniğimize dahiliye ve üroloji bölümü yönlendirilmesi ile gelen 26 yaşındaki erkek hasta 5-6 ay önce oturma sırasında kuyruk sokumunda başlayan ağrıdan ve konstipasyondan şikayetçiydi. Hasta ağrının seviyesi gün içinde değiştiğini, oturma sonucunda arttığını tanımlıyordu. Aynı zamanda hastanın konstipasyon ve defekasyon sırasında ağrısı vardı. Demografik özellikleri incelendiğinde 176 cm, 65 kg, bekar, online çalışan profil karşımıza çıkıyordu. Hastanın bir tedavi ya da cerrahi geçmişi bulunmuyordu fakat kronik hipotiroidi olduğu ve daha önce anksiyete ve gelecek kaygısı ile ilgili problemler yaşadığı biliniyordu. Hastanın idrar tahlili ve kültürü, kolonoskopi sonuçları ve nörolojik değerlendirmesi normaldi. Ultrasonografide puborektal kas dissinerjisi gözlenmişti. EMG- üroflovo testinde ise hem miksiyon sırasında PTK aktivasyonu hem de stakkato miksiyon paterni ortaya çıkmıştı. Ayrıca üroflovo sonrası rezidu idrar miktarı anlamlı bulunmuştu. Hastanın mesane ve bağırsak günlükleri, üroflovo eğrisi, PTK kuvvet, fonksiyon ve aktivasyonu, postürü, ağrı skalası, depresyon anketi hem tedavi öncesi hem de sonrası ilgili hekim ve fizyoterapist tarafından değerlendirilmiştir. Hasta toplamda 10 hafta, haftada 1 fizyoterapi seanslarına katılmıştır. Seansların içeriğinde hasta eğitimi, manuel terapi teknikleri, PTK ve diyafram solunum egzersizleri, beden farkındalığı çalışmaları bulunmaktadır. Seans programları ev egzersizleri düzenlenerek desteklenmiştir. Ayrıca hasta yönlendirme yapılarak 12 hafta süren mindfulness eğitimine katılmıştır. Kaygılı yapısından dolayı psikoloğa da yönlendirilmiştir fakat kişisel tercihlerinden dolayı gitmek istememiştir. Tedavi sürecinde hekim tarafından konstipasyona yönelik laksatif tedavisi başlanmıştır.

**Sonuç:** Koksidini problemi yaşayan hastada biyopsikososyal bir yaklaşımı içeren PTK rehabilitasyonunun uygulanmasının ağrı ve konstipasyon semptomları azaltmada etkili olduğu görülmüştür. Çalışmamızda tedavi sonrasında kabızlık semptomlarında, ağrı ve depresyon skalasında, üroflovo bağırsak günlüğü parametrelerinde olumlu yönde gelişmeler olduğu gösterilmiştir. Limitasyonlar arasında tedavi sonrası endoanal ultrasonografi yapılmamış olması ve ağrının çok sübjektif bir yöntem ile değerlendirilmesi bulunmaktadır. Hastanın psikolojik destek almayı reddetmesi bir diğer limitasyon olurken, mindfulness ve meditasyon gibi yöntemleri hayatına dahil etmesi güçlü yanlarını oluşturmaktadır. Medikal tedavi, fizik tedavi yaklaşımları ve meditasyon yöntemlerinin birleşmesi ile kişinin yaşam kalitesinde artış, depresyon ölçeğinde azalma gözlenmiştir.

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

Can Tercan<sup>1</sup>, Elif Şağban Gedik<sup>1</sup>

<sup>1</sup>T.C.Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

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

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

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



# “ Bütünsel Yaklaşım ”

Pelvik Ağrı Yönetimi ve Rehabilitasyonunda  
Multidisipliner Yaklaşımlar

— Uluslararası Katılımlı Kongre —

Pelvik Taban Egzersiz Eğitimi ve Atölye Çalışması

Tarih: 6 Ekim 2023 Saat: 10.00 - 16.00

Yer: Yeditepe Üniversitesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Laboratuvarı

**Eğitmenler:** Uzm. Fzt. Burçin Özyürek

Yeditepe Üniversitesi Hastaneleri Pelvik Taban Merkezi

**Dr. Öğretim Üyesi Özdal Ersoy**

Acıbadem Hastanesi Atakent

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

## PROGRAM AKIŞI

### PELVİK TABAN EĞİTİMİ VE ATÖLYE ÇALIŞMASI

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



YEDİTEPE  
ÜNİVERSİTESİ





**YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ**

