

## PELVİK KONJESYON SENDROMU

Ergin ARSLANOĞLU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Pelvik variköz venler ve sebep olduğu hastalık ilk olarak Louis Alfred Richet tarafından 1857 yılında altı aydan uzun süren pelvik ağrı, baskı ve ağırlık hissi olarak tanımlanmıştır. Daha sonra 1947 yılında Howard C. Taylor tarafından pelvik konjesyon sendromu terimi tanımlanarak literatüre kazandırılmıştır. (1)

Etiyoloji rol oynayan faktörler arasında;

- Hormonal faktörler; östrojenin vazodilatör etkisi bağlı oluşur.
- Anatomik faktörler; obstrüksiyon ve basıya bağlı oluşan (May Turner, Nutcracker) ya da venöz kapak yetersizliği ve yokluğu bağlı oluşur.
- Psikosomatik faktörler
- İyatrojenik faktörler; geçirilmiş cerrahi bağlı adezyonlar, hormon tedavileri sayılabilir. (2,3)

Risk faktörleri arasında gebelik öncesi pelvik cerrahi girişimler, östrojen tedavisi, obezite, geçirilmiş flebit, ağır kaldırma ve uzun süreli ayakta durma, Nutcracker sendromu, May-Turner sendromu, vena kava inferior trombozu, endometriozis, fibroidler, cerrahi veya enfeksiyonlar sonrası adezyonlar, pelvik tümörler, uterus leiomyomları, gestasyonel trofoblastik neoplazmlar, over solid tümörleri, mezenterik tümörler, genetik (FOXC2, NOTCH3, trombomodulin geni) sayılabilir. (4,5)

Ürolojik nedenler arasında; ağırlı mesane sendromu, interstisyel sistit, üretral ağrı sendromu, enfektif sistit, üretrit, prostatit, epididimoorşit bulunur.

Jinekolojik nedenler arasında; endometriozis, vajinal ağrı sendromu bulunur.

Anorektal nedenler arasında; anorektal ağrı sendromu, anismus, hemoroid, anal fissür bulunur.

Nörolojik nedenler arasında; pudental ağrı sendromu, sakral ve omurilik sinir patolojileri bulunur.

Musküler nedenler arasında; perineal ağrı sendromu, pelvik taban kas ağrısı bulunur.

Psikiyatrik nedenler arasında; depresyon ve somatizasyon akılda tutulmalıdır. (6,7)

Ovaryan arterler, aortadan renal arterlerin altında çıkmaktadır. Sol ovaryan ven genellikle vena renalis'e dökülürken, sağ renal ven ise doğrudan inferior vena cava'ya dökülür. Fakat venöz kapaklarda yetmezlik olması sonucu venöz staz ve reflü oluşabilir. Daha nadir olarak ovaryan venlerde kapak yokluğuna bağlı konjesyon görülebilir. Doğuştan veya sonradan ovaryan ve pelvik venlerde kapakların yokluğu veya yetmezliği venöz staz ve venöz reflü neden olur. Normal ovaryan ven çapı 3,8mm-7,5mm arasında olmakla beraber konjesyon durumunda bu çap atarak şikayetlere neden olur. (9)

<sup>1</sup> Op. Dr. Ergin ARSLANOĞLU, SBÜ Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, erginarslanoglu@gmail.com

%38-47 oranında hastada asemptomatik olduğu görülmüştür. (19)

Yine tanısal laparoskopisi eskiden tanı amacıyla yapılsa da günümüzde terk edilmiştir. (18)

## VAKA

Vakamız 37 yaşında kadın hasta bize gebelikleri sırasında belirgenleşen vulvar varisler ve pelvik ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastanın gravidası 5 paritesi 4'tür. Normalde aktif olarak kendi ev işlerini yaptığını yürüyüşlerini yaptığını söyleyen hastanın son zamanlarda artan pelvik ağrı ve bacak ağrısı nedeniyle hareketlerinin kısıtlandığını öğrenildi. Hastanın travma öyküsü bulunmamaktadır. Bu süre zarfında NSAİİ (Nonsteroid anti-inflamatuar ilaçlar) kullanımı olan hastanın semptomlarında gerileme olmamış. Hastaya pelvik ve alt ekstremitelere yönelik çekilen dopplerde ileri derecede reflü ve dilate variköz venler saptandı. Hastaya külotlu venöz kompresyon çorabı ve hesperidin tedavisi başlandı. Hastanın bir ay sonraki takibinde ağrısının azaldığı ve günlük işlerini yapabileceği kabiliyetinin arttığı öğrenildi.

## TARTIŞMA

Pelvik konjesyon sendromunda tedaviyi medikal, girişimsel ve cerrahi olmak üzere üç grupta inceleyebiliriz.

Medikal tedavide kullanabileceğimiz ilaçların başında GnRH analogları (goserelin), bazı hormon yapısında ilaçlar (Medroksiprogesteron asetat (MPA) ve diosmin + hesperidin venöz stazı azaltmak ve reflüyü engellemek için kullanılabilir. Fakat bu ilaçların tedavideki etkinliği sınırlıdır. Yine NSAİİ'ler semptomatik olarak ağrıyı azaltmak için kullanılabilir. (19)

Venöz kompresyon tedavisinin hasta semptomları azalttığı bilinmektedir. Venöz kompresyon tedavisi ucuz ve yan etkisinin az olması sebebiyle avantajlıdır. Tek dezavantajı hasta uyumsuzluğudur. Yine yaşam tarzı değişiklikleri semptomları azaltmada etkili olabilir. Uzun süre ayakta kalmaktan ve oturmaktan kaçınmak, egzersiz yapmak ve elevasyon yaşam kalitesini artırır. (20)

Girişimsel tedavide ovaryan ven ünilateral veya bilateral olarak coil ile embolize edilerek

semptomların gerilemesi beklenir. İşlemin komplikasyonları arasında coil migrasyonu, ven laserasyonu ve lokal flebit sayılabilir. (21)

Cerrahi tedavide ise histerektomi, ooferektomi ile uterusun ve overlerin alınarak veya ovaryan ven tek taraflı ya da bilateral laparoskopik veya açık cerrahi metodla bağlanarak pelvik konjesyon giderilmeye çalışılır.

Tüm bu tedaviler sonrası hastaların %20 sinde şikayetler devam etmekte %30 unda şikayetler daha sonra tekrarlamaktadır. O yüzden hastalar klinik seyir hakkında detaylı bilgilendirilmelidir. Endovasküler tedavinin başarı oranı %58-78 olup seriler arasında farklılık göstermektedir. Pelvik konjesyon sendromunda girişimsel tedavilerin sonucu yüz güldürücü olsa da konvansiyonel tedaviler mutlaka öncesinde denenmelidir. (22,23)

PKS günlük yaşam kalitesini ciddi oranda düşürür. Ve etiyojisi çok geniş spektruma sahiptir. Girişimsel tedavisi popüler ve yüz güldürücü olsa da konvansiyonel tedaviyi denemek gereklidir. Fayda görmeyen hastaları girişimsel tedavi etmek gerekir. Çünkü girişimsel tedavi sonrası rekkürrens ve semptomların devam etmesi mümkündür.

## KAYNAKLAR

1. Taylor HC Jr. Vascular congestion and hyperemia; their effect on function and structure in the female reproductive organs; etiology and therapy. *Am J ObstetGynecol*1949;57:654-68.
2. Oklu R, Habito R, Mayr M, Deipolyi AR, Albadawi H, Hesketh R, et al. Pathogenesis of varicose veins. *J VascIntervRadiol*. 2012 Jan;23(1):33-9; quiz 40. PubMed PMID: 22030459. Epub 2011/10/26
3. Phillips D, Deipolyi AR, Hesketh RL, Midia M, Oklu R. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management. *J VascIntervRadiol*. 2014 May;25(5):725-33. PubMed PMID: 24745902
4. Tu FF, Hahn D, Steege JF. Pelvic congestion syndrome-associated pelvic pain: a systematic review of diagnosis and management. *ObstetGynecolSurv*. 2010 May;65(5):332-40. PubMed PMID: 20591203
5. Borghi C, Dell'Atti L. Pelvic congestion syndrome: the current state of the literature. *ArchGynecolObstet* 2016; 293: 291-301.
6. Phillips D, Deipolyi AR, Hesketh RL, Midia M, Oklu R. Pelvic congestion syndrome: etiology of pain, diagnosis, and clinical management. *J VascIntervRadiol* 2014; 25: 725-33
7. Ekin EE, Kurtul Yildiz H. Pelvic Venous Congestion in the Differential Diagnosis of Chronic Pelvic Pain. *JAREM* 2017; 7: 70-3. Chung MH, Huh

8. Ganeshan A, Upponi S, Hon LQ, Uthappa MC, Warakaulle DR, Uberoi R. Chronic pelvic pain due to pelvic congestion syndrome: the role of diagnostic and interventional radiology. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2007;30:1105–11.
9. CY. Comparison of treatments for pelvic congestion syndrome. *Tohoku J Exp Med* 2003;201:131–8
10. Nicholson T, Basile A. Pelvic congestion syndrome: who should we treat and how? *Tech Vasc Intervent Radiol* 2006;9:19–23.
11. Taylor HC. Life situations, emotions and gynecologic pain associated with congestion. *Res Publ— Assoc Res Nerv-Ment Dis.* 1949 Dec; 29:1051–6. PMID: 14854348
12. Nasser F, Cavalcante RN, Affonso BB, Messina ML, Carnevale FC, de Gregorio MA. Safety, efficacy, and prognostic factors in endovascular treatment of pelvic congestion syndrome. *Int J Gynecol Obstet.* 2014 Apr 1; 125(1):65–8.
13. Koc Z, Ulsan S, Oguzkurt L. Association of left renal vein variations and pelvic varices in abdominal MDCT. *Eur Radiol.* 2007 May; 17(5):1267–74 <https://doi.org/10.1007/s00330-006-0440-x> PMID: 17039365
14. Venbrux AC, Chang AH, Kim HS, et al. Pelvic congestion syndrome (pelvic venous incompetence): impact of ovarian and internal iliac vein embolotherapy on menstrual cycle and chronic pelvic pain. *J Vasc Interv Radiol* 2002;13(2): 171–178
15. Beard RW, Reginald PW, Wadsworth J. Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol.* 1988, Feb;95(2):153–61. PubMed PMID: 3349005.
16. Ascitutto G, Ascitutto KC, Mumme A, Geier B. Pelvic Venous Incompetence: Reflux patterns and treatment results. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2009; 38: 381–6
17. Meneses LQ, Uribe S, Tejos C, Andía ME, Fava M, Irarrazaval P. Using magnetic resonance phase-contrast velocity mapping for diagnosing pelvic congestion syndrome. *Phlebology.* 2011 Jun;26(4):157–61. PubMed PMID: 21690172.
18. Smith PC. The outcome of treatment for pelvic congestion syndrome. *Phlebology.* 2012 Mar;27 Suppl 1:74–7. PubMed PMID: 22312071
19. Taskin O, Uryan I I, Buhur A, Burak F, Erden F, Atmaca R, Wheeler M. The Effects of Daflon on Pelvic Pain in Women with Taylor Syndrome. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 1996 Aug;3(4, Supplement):S49
20. MH Meissner 1 and K Gibson 2. Clinical outcome after treatment of pelvic congestion syndrome: Sense and nonsense. *Phlebology* 2015, Vol. 30(1S) 73–80 DOI: 10.1177/0268355514568067
21. Kwon SH, Oh JH, Ko KR, Park HC, Huh JY. Transcatheter ovarian vein embolization using coils for the treatment of pelvic congestion syndrome. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2007;30:655–61.
22. Matthew T. Menard. Nutcracker Syndrome: When Should It Be Treated and How? *Perspect Vasc Surg Endovasc Ther.* 2009 21: 11’7
23. Greiner M, Dadon M, Lemasle P, Cluzel P. How does hepato-physiology influence the treatment of pelvic congestion syndrome and is the result long-lasting? *Phlebology.* 2012 Mar;27 Suppl 1:58–64