

KRONİK PELVİK AĞRI

Aslıhan Alp ÖZTÜRK¹

GİRİŞ

Kronik pelvik ağrı pelvik organlardan ve yapılarından kaynaklanan tipik olarak 6 aydan uzun süren, kalıcı, siklik olmayan ağrı olarak tanımlanır (1). Prevelansı %6-27 arasında değişmektedir (2). Açık etiyolojik sebep yokluğunda, kronik pelvik ağrının, kronik bölgesel ağrı sendromu veya fonksiyonel somatik ağrı sendromu ile uyumlu karmaşık bir nöromüsküler-psikososyal bozukluk olarak tanımlanabileceği ileri sürülmüştür (1-3).

Patofizyolojisi halen net değildir, ancak hiperestezi, allodini ve pelvik taban disfonksiyonu ile ilişkilendirilebilir (1-3). Genellikle olumsuz bilişsel, davranışsal, cinsel ve duygusal sonuçların yanı sıra alt üriner sistem, genital, bağırsak, pelvik taban, miyofasiyal veya jinekolojik işlev bozukluğunu düşündüren semptomlarla birlikte görülmektedir (1). Uzun süreli aktivite kısıtlamasına yol açarak fiziksel bozulmaya neden olabilir. Devam eden korku, endişe, sıkıntı, ruh halinde ve sosyal ilişkilerde uzun vadeli bozulmaya yol açabilir (1,4).

HASTANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Pelvik ağrının değerlendirilmesi için tarama anketleri ile ürogenital ve gastrointestinal sis-

temlerin kapsamlı bir incelemesi yapılmalıdır. Tablo 1’de spesifik tanımlarla ilişkili öykü ve fizik muayene bulguları listelenmiştir (4). Postkoital ve postmenopozal kanama veya postmenopozal ağrı başlangıcı, açıklanamayan kilo kaybı, pelvik kitle ve hematüri malignensi açısından şüphelen-dirmelidir (4,5).

Anamnez

Hasta anamnezi ağrıyı arttıran ve hafifleten durumlar hakkında soruları içermelidir. Daha önceki uygulanmış tedavilere yanıt, adet, cinsel aktivite, idrar çıkarma ve defekasyon sırasındaki ağrının şiddeti hakkında bilgi alınmalıdır. Hasta ağrıyı vücudun görsel bir haritası üzerinde lokalize etmelidir. Böylece hastanın ağrı yaşadığı diğer alanları tanımlayabilir veya visseral olmayan bir ağrı kaynağını düşündüren dermatom dağılımı ortaya çıkarabilir. Bunlar haricinde nöromusküler, gastrointestinal ve ürojinekolojik sistem muayeneleri ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (1,4).

Fizik Muayene

Fizik muayenenin amacı, hastanın ağrı semptomlarını oluşturan dermatom, doku, sinir, kas ve organları belirlemektir. Kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda bulgular nadiren normaldir. An-

¹ Dr. Öğr. Üyesi Aslıhan Alp ÖZTÜRK, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, aslihan.alpozurk@gop.edu.tr



BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ NOKTALAR

1. 6 aydan daha uzun süren ağrı,
2. Siklik olmayan ağrı,
3. Pelvis, karın ön duvarı, umblikus altı ve lumbosakral sırt bölgesinde lokalize ağrı,
4. Fonkiyonel kayba neden olup tedavi gerektiren ağrı,
5. En sık sebebi jinekolojik nedenlerdir.
6. Jinekolojik nedenler içerisinde endometriozis ve adezyonlar en sık görülen sebeplerdir.
7. Nonjinekolojik nedenler içerisinde irritabl bağırsak sendromu en sık görülen sebeptir.
8. Reprodüktif yaş grubunda kronik pelvik ağrı, dispareni ve infertilite mevcut ise akla endometriozis gelmelidir.
9. Endometriozisin yaygınlığı ile semptomlarının şiddeti arasında pozitif korelasyon vardır.
10. Endometriozis semptomlarının şiddeti ile pelvik ağrı arasında pozitif korelasyon vardır.
11. Pelvik adezyonların ne lokalizasyonu ne de yoğunluğu ile pelvik ağrı arasında korelasyon yoktur.
12. Ovaryan artık sendromu ooferektomi sonrasında in situ olarak kalmış ovaryan kortikal doku kalıntısından kaynaklanan pelvik ağrıdır.
13. Kronik pelvik ağrı tedavisi multidisipliner yaklaşım gerektirir.
14. Cerrahi tedavi ancak tıbbi ve psikolojik tedavilere dirençli olgulara saklanmalıdır.
15. NSAİİ'lara cevap vermeyen olgularda laparoskopik değerlendirme yapılmalıdır.
16. Laparoskopi ile adezyolizis ve endometriozis tedavisi yanında presakral nörektomi, laparoskopik uterin sinir ablasyonu ve ligamentopeksi gibi girişimler uygulanabilir.
17. Histerektomi, yüksek morbiditesi ve sınırlı faydası nedeniyle tedaviye dirençli persiste ağrısı olup fertilesini tamamlamış hastalarda son çare olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Chronic pelvic pain: ACOG practice bulletin, number 218. Obstetrics and gynecology. 2020;135:98-09.
2. Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain physician. 2014;17:141-7.
3. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol. 2010;57:35-48.
4. Speer L, Mushkbar S, Erbele T. Chronic pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2016;93:380-7.
5. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of chronic pelvic pain. 2012.
6. Nasr-Esfahani M, Jarrell J. Cotton-tipped applicator test: validity and reliability in chronic pelvic pain. Am J Obstet Gynecol. 2013;208:52-1.
7. Ortiz D. Chronic pelvic pain in women. Am Fam Physician. 2008;77:1535-42.
8. Meredith SM, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Diagnostic accuracy of transvaginal sonography for the diagnosis of adenomyosis: systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2009;201:107-1.
9. Cody Jr RF, Ascher SM. Diagnostic value of radiological tests in chronic pelvic pain. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14:433-66.
10. Jacobson TZ, Duffy JM, Barlow DH, Koninckx PR, Garry R. Laparoscopic surgery for pelvic pain associated with endometriosis. Cochrane Database Syst. Rev. 2009;4.
11. Kang S-B, Chung HH, Lee H-P, Lee J, Chang Y-S. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of chronic pelvic pain. Surg Endosc. 2007;21:916-9.
12. Sharp HT. Myofascial pain syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. Clin Obstet Gynecol. 2003;46:783-8.
13. Barbieri RL. Etiology and epidemiology of endometriosis. Am J Obstet Gynecol. 1990;162:565-7.
14. Odobasic A, Pasic A, Iljazovic-Latifagic E, Arnautalic L, Odobasic A, Idrizovic E, et al. Perineal endometriosis: a case report and review of the literature. Tech Co-



- loproctol. 2010;14:25-7.
15. Canis M, Donnez JG, Guzick DS, Halme JK, Rock JA, Schenken RS, et al. Revised american society for reproductive medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*. 1997;67:817-21.
16. Duffy D, DiZerega G. Adhesion controversies: pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing them. *Int J Reprod Med*. 1996;41:19-26.
17. Kho RM, Abrao MS. Ovarian remnant syndrome: etiology, diagnosis, treatment and impact of endometriosis. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2012;24:210-4.
18. Ball E, Khan K, Meads C. Does pelvic venous congestion syndrome exist and can it be treated? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:525-8.
19. Liddle A, Davies A. Pelvic congestion syndrome: Chronic pelvic pain caused by ovarian and internal iliac varices. *Phlebology*. 2007;22:100-4.
20. Kies D, Kim H. Pelvic Congestion Syndrome: A Review of Current Diagnostic and Minimally Invasive Treatment Modalities. *Phlebology*. 2012;27:52-7.
21. Workowski K. Centers for Disease Control and Prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *MMWR Recommendations and Reports*. 2015;61:759-62.
22. Rapkin A, Mayer E. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20:663-83.
23. Whitmore K, MD J, PhD C. Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome as a Cause of Sexual Pain in Women: A Diagnosis to Consider. *J Sex Med*. 2007;4:720-7.
24. Harada T, Momoeda M, Taketani Y, Hoshiai H, Terakawa N. Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: A placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Fertil Steril*. 2008;90:1583-8.
25. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;12:CD008475.
26. Cheong YC, Smotra G, Williams AC de C. Non-surgical interventions for the management of chronic pelvic pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;3:CD008797.
27. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20:643-61.
28. Baker PN, Symonds EM. The resolution of chronic pelvic pain after normal laparoscopy findings. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166:835-6.
29. Parsons LH, Stovall TG. Surgical management of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1993;20:765-78.
30. Hartmann KE, Ma C, Lamvu GM, Langenberg PW, Steege JF, Kjerulff KH. Quality of life and sexual function after hysterectomy in women with preoperative pain and depression. *Obstet Gynecol*. 2004;104:701-9.