

bölüm 7

Dr. Güçlü KALEAĞASI

İstanbul Esencan Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

BEL VE BACAK AĞRISI YAPAN
İNTRAPELVİK PATOLOJİLER

Obstetri ve jinekolojide özellikle bel ağrıları olmak üzere bel ve bacağı vuran ağrılara sık rastlanmaktadır.

Geçici nedenli ya da akut durumlarda en sık enfeksiyonlar ile karşılaşmaktadır. Endometrit, Salpinjit gibi daha çok üst genital sistem enfeksiyonların da kasıklara bele vuran ağrılar sıklıkla görülür. Yumurtalık kistleri, yumurtalık kist rüptürleri, leiomyomlar, adet sancıları (primer dismenore) serviks uteri stenozu gibi nedenlerle de pelvik bölge ağrıları görülür.

Gebelik boyunca bel ya da bacağı vuran ağrılar meydana gelebilir. Özellikle uterus kontraksiyonlarının başlaması (doğum, erken doğum) gebe tarafından bele vuran ağrı olarak hissedilir. Bunun yanında gebe de lokomotor sistemine bağlı bel ağrıları da sıktır, artan hormonların eklem bağlarını gevşetmesi, vücudun ağırlık noktasının değişmesi gibi etmenler sıklıkla bel ağrısı yapabilir. Gebe olan ya da olmayan bir kadın da büyük yumurtalık kistleri bacağı vuran ağrı meydana getirebilir.

Kronik Pelvik Ağrı (CPP)

Tam kabul edilmiş bir tanımı olmasa da 3- 6 aydan uzun süren ya da 6 ay ataklar halinde veya 3 ay kalıcı ağrı olması durumunda bu tür olguları kronik pelvik ağrı diye tanımlamaktayız. Akut bir hadise olduğu zaman genelde yeteri kadar klinik tabloyu açıklayacak doku zarar ve irritasyonu mevcuttur. Kronik pelvik ağrıda ise genelde ağrıyı açıklayacak yeterli patolojik doku değişimi bulunamayabilir. Genelde fiziksel aktivite kısıtlılığı, depresyona bağlı bedensel değişiklikler, ağrıyı algılayan sistemlerin duygu durum değişikliklerinden etkilenmeleri söz konusudur.

Kronik ağrının fizyolojisi*Periferik sinirler*

Ağrı algılanması serbest sinir sonlanmalarının ya da nosiseptörlerin stimülasyonu ile başlar ve sonuç olarak sensoriel liflerin aktivasyonu oluşur. Oluşan sinyal az myelinize olan ve soğuk ve mekanik uyarıların iletilmesinde görev alan keskin hızlı ağrının taşıyıcısı A delta lifleriyle, yine mekanik ve termal uyarı taşıyan ve sıcak ağrının iletilmesinde görevli C lifleri ile üst merkezlere iletilir. Periferik sinirler bu süreçte nörotransmitter olarak L-glutamat, substans P ve kalsitonin g-related peptidi kullanır. Bradykinin, arazişonik asid, potasyum gibi maddelerde endojen olarak ağrı da inflamasyona bağlı artan maddelerdir.

Santral sinir sistemi

Spinal korddan iletilen ve kordun dorsal bölgesindeki köklere gelen uyarı, vücudun diğer somatik ve visseral sinirlerin çekirdekleri olan bu bölgeye varır. Buradaki sinirler iletiyi spinotalamik yollar ile kompleks ve önemli bir sinaps sistemi ile N-methyl-D-aspartat (NMDA) reseptörlerine iletirler. İleti geldiğinde bu reseptörlerde büyük bir elektriksel aktivite oluşturur. Beynin en önemli görevlerinden biri uygunsuz reaksiyonlar oluşmaması için spinal korda doğru inhibitör sinyaller yaratmaktır. Bu iki sistem arasındaki dengenin şaşması hiperalji (ağrıya aşırı cevap) ve allodini (uyarıdaki ağrıyı, ağrı olarak hissetmemek) oluşturabilir.

Tedavi

Tedavi kord seviyesinde NMDA reseptörleriyle ilgilidir. Nöroleptikler, gabapentin gibi spinal korddaki

ikincil nöronların aşırı uyarılmasını engelleyen ilaçlar, yine bu mekanizmaları sağlayan karbamazepin, fenitoin ve klonazepam gibi ajanlar kullanılır. Gama aminobütirik asid gibi reseptörler elektrik stimülasyonu ile inhibe edilebilir.

Santral sistemde ağrı kontrolü dorsal köklere etki eden opiatlar kullanılarak ve SSRI grubu ilaçlarla serotonin etkinliğini arttırmaktır.

Kronik pelvik ağrı kadınlarda sık görülen ve tedavisi multidisipliner bir süreç gerektirebilen bir rahatsızlıktır. CPP jinekolojik muayeneye gelen 10 hastadan birinde, yapılan jinekolojik laparoskopilerin %15-40 olarak endikasyonlarında ve yapılan tüm histerektomi-

lerin ortalama %12 sinde neden olarak saptanır. 5325 kişi sayılı, jinekoloji polikliniğine başvuran hastalarda yapılan gallup araştırmasında, katılanların %16'sı pelvik ağrı tariflemekte, CPPya bağlı %11 hastanın evdeki aktivitesi kısıtlanmakta, %11,9 cinsel aktivite bozuklukları, %15,8 ilaç kullanmaya başvurmaktadır.

Özetlenecek olursa, CPPda genellikle gözükten klinik bulgular

- 6 aydan uzun sürmesi
- Çoğu tedavi ile semptomların giderilememesi
- Ev ya da iş yaşamında aksamalar
- Depresyon, anorexia, kilo kaybı gibi belirtilerin ortaya çıkması

Kronik pelvik ağrının sık görülen nedenleri ve sık eşlik eden durumlar

Jinekolojik	Ürolojik	Gastrointestinal	Kas-Eklem	Psikolojik
Endometriozis	İnterstisyel sistit	İrritable bağırsak sendromu	Myofasiyal ağrı	Depresyon
Endosalpingiosis	Üretral sendrom	Kronik apendisit	Pelvik duvar myaljieleri	Fiziksel ya da cinsel istismar
Adenomyozis	Kronik üriner enfeksiyon	Kabızlık	Sinir tuzak sendromları	Uyku düzensizlikleri
Pelvik adezyonlar	İdrar kesesi taşları	İnflamatuvar bağırsak hastalıkları	Mekanik bel ağrısı	Psikolojik stress
Yumurtalık kistleri			Disk rahatsızlıkları	Zararlı madde alışkanlıkları
Residüel yumurtalık send.			Herniler	
Ovaryan remnant send.				
Post histerektomi ağrısı				
Pelvik konjesyon sendromu				
Fibrioidler				
Vulvodinyi				

Kronik pelvik ağrının birçok nedeni vardır. CPP'da birçok jinekolojik patoloji yer almaktadır, yine de kronik ağrının ortaya çıkması çok faktörlüdür. Bu nedenle klinik değerlendirme medikal, cerrahi ve psikolojik değerlendirme temellerine dayanmalıdır. Örneğin disparoni ve ağrısı olan endometriosis tanılı bir hasta, ikincil olarak vaginismus ve vestibülit rahatsızlığına sahip olup daha sonraki aşamalarda ise abdominal, pelvik tetik noktaları olan ve iritabl bağırsak sendromu semptomları olup, sonunda da psikolojik belirtiler verebilir.

Kronik pelvik ağrı da, kadın hastalıkları ve doğum uzmanının görevi; akut bir hadise olup olmadığının tayini (rüptüre olmuş over kisti, dış gebeliğe bağlı tubal rüptür, strangüle olmuş bir herni), kronik pelvik ağrı yapan sebebin teşhisi ve tedavisi (endometriosis, ıbs), gerekli bir durumda hastanın üst merkeze sevkidir (CPP sendromuyla çalışan üst merkezler).

Hikaye alma, Muayene, Psikolojik değerlendirme

Kronik pelvik ağrıyı değerlendirmede iyi bir hikaye sorgulaması gereklidir. Ağrının sıklığı, kalıcılığı, yoğunluğu, ağrıyı artıran ve azaltan nedenler, idrar yapma ile menstruasyonla olan bağlantısı iyi araştırılmalıdır. Daha önce varsa olduğu ameliyatlar, fiziksel bedensel cinsel istismarlar, alkol ve diğer alışkanlıkları göz önünde bulundurulmalıdır.

Hastayı değerlendirmede bazı ipuçları bize yön verebilir;

- künt yaygın ağrı bize bağırsaklarla ilgili visseral bir ağrıyı düşündürür (bağırsaklar simetrik innerve olurlar)
- somatik ağrılar lokalizedir
- menstruasyonla beraber sıklık ağrılar endometriosis ya da adenomiyosizi düşündürür
- hamilelikle beraber başlayan ağrılar genelde kas iskelet sistemine bağlıdır
- dismenore ve disparoni daha çok endometriosisi düşündürür
- yansıyan ağrılar genelde yüzeyseldir
- sinir sıkışması ağrısı genelde sıcak, soğuk ya da elektrik çarpması gibidir
- ani sıkışmalarla beraber ağrılar genelde interstisyel sistit ile alakalıdır

- kilo kaybetme ile ilgili ağrılar malign nedenlere bağlı olabilir

Hastayı değerlendirirken iyi bir jinekolojik muayene gerekir

- Vulvada ağrı olası bir vulvodini anlaşılmalı
- Üretra palpe edilmeli, olası bir divertikulum atlanmamalı
- Uterusta kitleler, fibroidler ağrı sebebi olabilir. Özellikle uterus arka duvarında olanlar bele vuran ağrılar yapabilirler. Fibroidler büyüdükçe aldıkları kan akımları onlara yetmez ve dejenere olurlar, özellikle gebelikte dejenere olmaya hormonal ortam olarak yatkındırlar ve sık ağrı yaparlar. Adenomyosizde de büyümüş yumuşak ve hassas bir uterus mevcuttur, adet sırasında bol kanamalı menstruasyon bu olgularda sıktır.
- Adnekslerin değerlendirilmesinde genişleme büyüme varsa yumurtalık kistleri ve kitleleri akla gelmelidir. Büyük kistler bacağına vuran ağrı yaparlar. Hassasiyet artışı varsa pelvik inflamatuvar hastalık (en sık pelvik ağrı nedenlerinde biridir), endometriosis ve pelvik adezyonlar akla gelir.
- Geçirilmiş pelvik bölge ameliyatları olan ve endometriosisi olan hastalarda olası adezyonlar akla gelmelidir.
- Uterus prolapsuslarında uzun süre gün boyu ayakta kalan hastalarda ağrı olabilir, bele vurabilir.
- Pelvik nöropatiler, levator ani sendrom yüzeyel kas gruplarının palpasyonu ile anlaşılabilir, bu grup hastalarda anal sfinkter refleksi yoktur.

Tanı yöntemleri

İyi bir öykü almadan ve fizik muayeneden sonra uygun teşhis yöntemlerine başvurulmalıdır.

Görüntüleme yöntemleri

Transvajinal ultrason pelvik kitleleri ve adenomyosizi saptamada duyarlılığı yüksek bir yöntemdir. Ultrason ayrıca kistik kitleleri solid kitlelerden ayırmaya yarar. Dopler çalışmaları ise lezyonun vaskülaritesiyle ilgili bilgi verir.

Daha kompleks pelvik kitleleri değerlendirmede MRG kullanılabilir. Küçük implantların görülmesinde yetersiz olsada derin endometriosisin teşhisinde

bulgular verebilir. Adenomyozisin teşhisinde tercih edilebilecek bir yöntemdir.

Diagnostik laparoskopisi

Kronik pelvik ağrı sendromlu hastalarda yapılan diagnostik laparoskopisi serilerinde ortalama %40 hastada patolojik bulgu saptanmamıştır. Negatif laparoskopisi bulguları hastada organik kökenli bir hastalık olmadığını dışlamaz. Laparoskopisi sonucu anormal çıkanlarda %85 endometriozis ya da pelvik adezyonlar saptanmıştır. CPP'lı 100 kadında retrospektif olarak Kresh ve Coll yaptığı çalışmada, adezyonlar ve endometriozis ardışık olarak %51 ve %32 oranında saptanmıştır. Kontrol grubu olarak tüp ligasyonu yapılan 100 hastada %14 oranında adezyonlar saptanmıştır, CPP'da görülen adezyonlar mobiliteyi azaltan, dens ve organları da kapsayan nitelikte izlenmiştir.

Fiziksel muayenede izlenen bulgular, laparoskopik bulgular için bir öngörü vermeyebilir. Fiziksel muayenede negatif sonuçlar veren %50 ye kadar bir hasta grubunda anormal laparoskopik bulgular mevcuttur.

Laparoskopide panoramik olarak pelvisin izlenimi sağlanmalıdır. Bağırsaklar, appendiks, karaciğer, diafram ve üst abdomen dikkatli incelenmelidir. Uygun enstrümantasyon ile trendelenburg pozisyonunda ve uterus antevort konumunda iken peritoneal yüzeyler, overler, cul-de sac dikkatli incelenmelidir. Şüpheli lezyonlarda örnekleme yapılmalıdır. Pelvik venöz konjesyon sendromunu ayırt etmek için hasta trendelenburg pozisyonunda incelenmelidir.

Kronik pelvik ağrı nedenleri

Endometriozis

Endometriozis; endometrial gland ve stromanın endometrial kavite dışında olmasıdır. Etiyolojisi ve patogenezi bilinmemektedir. Ağır dismenore, dispareni klinikte sık görülür, bazen asemptomatik de olabilir. Hastalığın histolojik tanısı için endometrial gland ve stromanın beraber saptanması gerekir. Genel popülasyonda endometriozis insidansı %1-7 arasında değişmektedir. Kesin tanısı laparoskopisi ile konulur. CPP nedeniyle laparoskopisi uygulanan olgularda endometriozis prevalansı %30 olarak saptanmıştır. Kronik pelvik ağrı ve endometriozis ile bağlantı olmasına rağmen, endometriozisin ağrı yapan bir rahatsızlık olduğu direkt söylenemez. Endometriozisli olguların %45 kadarında ağrı izlenmez. Ağrı inflamasyona bağlı olduğu düşünülür fakat yine de mekanizma tam olarak

anlaşılamamıştır. Endometriozisin ağır seyretmesi her zaman ağrının da ağır olması anlamına gelmez.

Endometriozis ile ilgili CPP, östrojen-progestin kombine ilaçlarıyla, sadece progesteron içeren preparatlarla, GnRh agonistleriyle ve NSAİD ilaçlarla tedavi edilir.

Operatif laparoskopik girişimlerde adezyolizis, uterin sinir transeksiyonu, semptomları gidermede konservatif tedavilere göre daha etkilidir. Post operatif medikal tedavinin kanıtı dayalı olarak ağrıyı azalttığı tam olarak ispatlanamasa da, bazı yayınlarda 6 aya kadar etkili olabileceği ile ilgili bulgular mevcuttur.

Eğer fertilitate istenmiyorsa, medikal ve konservatif cerrahi tedavide etkisiz kalıyorsa, ooforektomi ile birlikte ya da sadece histerektomi gerçekleştirilebilir. Endometriozis de CPP'nın en etkili tedavisi histerektomidir. Yine de böyle bir radikal cerrahiden sonra %3 gibi endometriozis rekürens oranı mevcuttur. Olası mekanizmalar rezidüel over dokusu kalması ya da egzogen olarak hormonlar tarafından stimülasyondur.

Endosalpingiosis

Fallop tüplerinin silier epitelinin stroma dokusu olmadan ektopik orijinlerde olmasına verilen addır. Endometriozis gibi nedeni bilinmemektedir. Olası mekanizmalar çölemik metaplazi veya tubal epitel dokunun implantasyonudur. Lezyonların dağılımı ve gross görünümü endometriozisdeki gibidir. 1107 hastalık prospektif bir çalışmada laparoskopisi uygulanan hastalarda endosalpingiosis %7,6, endometriozis ise %27,5 ve beraber olarak da %4,4 olarak izlenmiştir. Endosalpingiosis pelvik ağrı olan hastaların %7,9 unda, ağrı olmayan kadınların ise %7,3 ünde mevcuttur.

Adenomyozis

Endometrial gland ve stromanın myometriumun iç kısmına gömülmesine adenomyozis denir. Etiyolojisi ve patolojisi bilinmemektedir. Uterus genellikle büyük ve yumuşaktır, adenomyozisin görülme sıklığı %5-%70 arasında değişmektedir. Özellikle doğurmuş 40-50 yaş arasındaki kadın grubunda sık görülür. Bütün adenomyozisli kadınlarda şikayet bulunmaz. Adenomyozisde en sık semptomlar pelvik ağrı, dismenore ve menorajdır.

Tanıda transvajinal ultrason yardımcı olabilir, birçok çalışma MRG'nin teşhiste etkili olduğunu göstermektedir. Tedavide GnRh agonistleri ve danazol kullanılabilir. Teşhis ve tedavide cerrahi altın standart-

tır. Semptomların giderilmesinde histerektomi altın standarttır, adenomyosiz myometriyumun ilk 3 mm sinde sınırlı histeroskopik ablyasyon etkili olabilir.

Adhezyonlar

Intraperitoneal adezyonlar çoğunlukla ameliyatlarda, endometriozide, pelvik inflamasyon ve enfeksiyonlarda meydana gelir. Kronik pelvik ağrılı hastaların %25-%50 kadarında adezyonlar saptanır. Diamond ve Freeman 269 kişilik kohort çalışmasında %69-%82 hastada adezyolizis işleminden sonra ağrı azalma saptamıştır. Kronik pelvik ağrılı ve laparoskopi ile pelvik adezyon saptanmış 48 hastada laparotomi ile adezyolizis (n=24) ve bekle gör tedavisine alınmıştır (n=24). Çıkan sonuçlarda adezyolizisin bekle gör yaklaşımından daha yararlı olmadığı görülmüştür. Sadece 15 tane vakada, ağır multipl ve organ tutulumu olan, ince bağırsağın serozasını ve de kolon ile ittisaklı adezyonları olan kadınlar, adezyon serbestleştirilmesinden fayda görmüştür. İntestinal sistemi tutan dens adezyonlarda adezyolizis gerçekleştirilebilir, hafif orta adezyonlarda ameliyat endikasyonu yoktur.

Pelvik inflamatuvar hastalık

PID sık görülen ve uzun dönem sonuçları olarak kronik pelvik ağrı sekeli bırakabilen bir hastalıktır. CPP PID sonrası %18-%33 kadında, antibiyotik rejimi hangi seçim olmasından bağımsız görülebilen durumdur. %5 kadında daha önce PID öyküsü yoktur.

Overyan kistler

Tek taraflı kronik pelvik ağrılar overyan kistlere bağlı olabilir. Genelde ağrı yapmazlar, etraftaki dokularla ittisaklar ağrı nedeni olabilir.

Rezidüel overyan sendrom

Histerektomiden sonra tekrarlayan pelvik ağrı ve kalıcı kitle ile giden bir sendromdur. Bir çalışmada 2561 histerektomiden sonra bir ya da iki yumurtalığı korunmuş %2,8 (73) hastada izlenmiştir. Bir ya da iki taraflı over korunmasıyla ROS gelişmesi arasında bir fark bulunmamıştır.

Pelvik konjesyon sendromu

Kronik pelvik ağrısı olan önemli bir grup hastada pelvik venlerin genişlemesi izlenir. Künt pelvik bir ağrı olarak hissedilebilir. Vulvada varisler de görülebilir. Dopler USG ve pelvik MRG ile tanı konulabilir.

Posthisterektomi CPP

CPP tüm histerektomi nedenlerinin %12'sini kap-

sar. 279 kişi sayılı bir çalışmada kronik pelvik ağrı nedeniyle histerektomi uygulanan hastalarda 1 yıl içinde %74 hastada ağrının tamamıyla çözüldüğü, %21 hasta ağrının azaldığını, %5 hasta ise şikayetlerinin geçmediğini söylemiştir.

Post histerektomi endometriozis

Histerektomi+BSO yapılan ve CPP nedeniyle laparoskopi yapılan %34 hastada endometriozis saptanır.

Uterus fibrioidleri

Uterusun kas dokusundan ortaya çıkan monoklonal tümörlere fibrioid (leiomyom) denilir. Bu tümörler genetik pleomorfizmin çevresel faktörlerle etkileşimi sonucu oluşabilecekleri düşünülmektedir. Dismore, pelviste basınç hissi çok görülse de, anlamlı pelvik ağrı var da diğer ağrı yapan nedenlerle de beraber görülebileceği unutulmamalıdır. Submukozal olanları rezeke etmek menoraji ve dismenore gibi semptomları iyileştirebileceği gibi, daha büyük ve semptomatik myomlar için myomektomi ya da histerektomi yapmak kronik ağrıyı azaltır.

Adneksiyal torsiyon

Adneksiyel torsiyon mekanik, hipoksik ve kimyasal değişiklikler sonucunda ağrı oluşturur. Tek taraflı CPP eğer sıklıkla mevcutsa, yumurtalık kistine bağlı olduğu düşünülür, ama kronik yumurtalık kistleri her zaman ağrı yapmaz.

Kronik pelvik ağrı da ürolojik ve gastrointestinal nedenler

Intertisyel sistit

Intertisyel sistit sebepleri iyi bilinmeyen, patofizyolojisi tam belirli olmayan, etkili tedavi yöntemleri henüz soru işaretleri olan, idrar kesesindeki kronik iltihabi durumdur. Olası nedenleri enfeksiyon, lenfatik ya da vasküler obstrüksiyon, immünolojik değişiklikler, toksik maddeler, sinirsel faktörler ve primer mast hücreleri hastalıklarıdır.

Birçok hasta pelvik ağrı ve idrar yapma semptomları ile gelir. Günde 8-15 kere az volümde idrar yapma mevcuttur. Ağrı pelviste her yerde, suprapubik bölgede, perine vulvada vajina ya da bele doğru olabilir. Ağrı cinsel aktivite sırasında veya ondan sonra artabilir. Semptomlar menstrüasyon ile beraber artabilir. Pre-menstrüel olarak artışa geçebilir (%18). CPP nedeniyle jinekoloğa başvuran %75 hastada ürolojik semptomlar mevcuttur.

CPP'lı hastalar ile yapılan 60 hastalık retrospektif bir çalışmada, hastalar L/S, sistoskopi ve idrar kesesinin hidrodistansiyonu ile değerlendirilmiştir. 60 kadının 58'inde interstisyel sistit saptanmıştır. Hastaların 48 tanesinde (%80) biopsi ile kanıtlanmış aktif endometriosis bulunmuştur. Endometriosis çoğunlukla CPP ile beraber olmakla beraber her zaman ağrının sorumlusu olmayabilir. Bu çalışmada hastaların %78'inde endometriosis ve interstisyel nefrit beraber saptanmıştır.

45 hasta sayılı, olguların L/S ve sistoskopi ile değerlendirdiği başka bir çalışmada, IC saptanma oranı %38 olarak bulunmuştur. 21 endometriosis saptanan hastanın 7 tanesinde IC (%33) gözlenmiş, 10 adezyon sapranan hastanın 4 tanesinde (%40) yine IC saptanmış ve 14 temiz laparoskopi bulguları olan hastaların 6 sında (%43) IC saptanmıştır. Böylelikle laparoskopi sonuçlarında endometriosis ya da pelvik ağrı yapacak nedenler bulunduğu sistoskopi gerekli değildir, laparoskopi sonuçları temiz ise yapılmalıdır.

Irritabl bağırsak sendromu

Erişkinlerin %15 i kadarında görülebilen, kadınlarda erkeklere göre iki kat fazla görülen bir hastalıktır. Hastalar karın ağrısı, şişkinlik, bağırsak alışkanlıklarında değişiklik ile gelirler, bu hastalığın patofizyolojisinde bağırsak motilitesindeki aksamalar, visseral hipersensivite ve psikosozyal faktörler yatar.

CPP ile gelen hastaların %50-80 kadarında IBS olduğu düşünülür. Birçok hasta Gastroenterologdan ziyade kadın hastalıkları ve doğum uzmanına başvurur. IBS'de de dispareni ve menstruasyon sırasında semptomların kötüleşmesi vardır, hastalara jinekolojik teşhisler yanlışlıkla konulabilir. Menoraji ve ara kanamaları sık olan kadınlarda IBS daha sık görülür.

IBS tanısı için hastanın şikayetleri en az 12 hafta devam etmeli ve en az listedeki 2 kriter olmalıdır;

- defekasyonla rahatlanan, ağrı ya da rahatsızlık hissi
- defekasyona çıkma sıklığı ile ağrının ya da rahatsızlık hissinin alakalı olması
- Dışkı görünümü ile ağrının ya da rahatsızlık hissinin alakalı olması

IBS de görülebilen ama tanı için gerekli olmayan bulgular

- anormal tuvalete gitme sıklığı
- pasajdan mukus gelmesi
- Dışkının forme çıkmaması

Abdominal distansiyon bulunan olgularda organik hastalıklar dışlanmalıdır. 45 yaşının üstünde rektal kanaması olan, kilo kaybı ve aile hikayesi bulunanlarda kolonoskopi, baryum enema yapılmalıdır, 40 yaşının altında aile hikayesi olmayan hastalar da sigmoidoskopi ile değerlendirilmelidir. Hastalar değerlendirilirken kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleri de kontrol edilmelidir.

Tedavide diyet değişiklikleri fayda verebilir. Diyetten laktoz, sorbitol ve fruktozun çıkarılması fayda verebilir. Hastaların %40 kadarında laktoz intoleransı vardır. Kafeinli ürünler, karbonatlı ürünler ve gaz oluşturabilecek yiyeceklerden kaçınılmalıdır.

Tedavi hastanın semptomlarına göre yapılır, spazm çözücü ilaçlar ve trisiklik ilaçlar kullanılabilir. Konstipasyon ön planda olan hastalarda diyetle posalı yiyeceklerin tüketilmesi, osmotik laksatiflerin kullanılması fayda verir.

Kronik ağrı yapan gastrointestinal ve ürolojik nedenler

Ürolojik	Gastrointestinal
İnterstisyel sistit	İrritabl bağırsak sendromu
İdrar kesesi disfonksiyonu	Kronik konstipasyon
Üretral hastalıklar	Divertikül hastalıkları
Mesane tümörleri	Inflamatuvar bağırsak hastalıkları
Kronik üriner sistem enfeksiyonları	Appendiks hastalıkları
Radyasyon sistiti	Meckel divertikül
Ürolithiasis	Neoplastik lezyonlar
	Kronik aralıklı bağırsak obstrüksiyonu

Psikolojik ve medikal tedavinin beraber kullanılması, sadece medikal tedaviye göre daha başarılı sonuçlar verir.

Kronik pelvik ağrılı bir kadını değerlendirmek için iyi bir jinekolojik, ürolojik, gastroenterolojik ve psikolojik değerlendirme gerekmektedir. Uygun değerlendirme hastanın en uygun tedaviyi alması için gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Finegold AA, Perez FM, Iadarola MJ. In vivo control of NMDA receptor transcript level in motoneurons by viral transduction of a short antisense gene. *Brain Res Mol Brain Res* 2001;90:17–25.
2. Finegold AA, Mannes AJ, Iadarola MJ. A paracrine paradigm for in vivo gene therapy in the central nervous system: treatment of chronic pain. *Hum Gene Ther* 1999;10:1251–7.
3. Constandil L, Pelissier T, Soto-Myoano R, Mondaca M, Saez H, Laurido C, et al. Interleukin-1 beta increases spinal cord wind-up activity in normal but not in monoarthritic rats. *Neurosci Lett* 2003;342:139–42.
4. Laurido C, Hernandez A, Constandil L, Pelissier T. Nitric oxide synthase and soluble guanylate cyclase are involved in spinal cord wind-up activity of monoarthritic, but not of normal rats. *Neurosci Lett* 2003;352:64–6.
5. Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990;33:130–
6. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, Lipschultz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996;87:321–7.
7. International Association for the Study of Pain. Classification of chronic pain; description of chronic pain syndromes and definitions of pain state. In Merskey H, editor. *Pain* 1986;(Suppl 3):S1.
8. Stratton P, Winkel C, Premkumar A, Chow C, Wilson J, Hearn-Stokes R, et al. Diagnostic accuracy of laparoscopy, MRI and histopathologic examination for the detection of endometriosis. *Fertil Steril* 2004;79:1078–84.
9. Takahashi K, Okada S, Kitao M, Imaoka I, Sugimura K. Studies on the detection of small endometrial implants by magnetic resonance imaging using a fat saturation technique. *Gynecol Obstet Invest* 1996;41:203–6.
10. Tanaka YO, Itai Y, Anno I, Matsumoto K, Ebihara R, Nishida M. MR staging of pelvic endometriosis: role of fat suppression T1-weighted images. *Radiat Med* 1996;14:111–6.
11. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: pitfalls with a negative laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996;4:85–94.
12. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984;64:672–4.
13. Barbieri RL. Etiology and epidemiology of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:565–7.
14. Howard FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993;48:357–87.
15. Rawson JMR. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med* 1991;36:513–5.
16. Kistner RW. *Gynecology: principles and practice*. Chicago: Year Book Medical Publishers; 1979. p. 447.
17. Prentice A, Deary AJ, Bland E. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester (England): Wiley.
18. Selak V, Farquhar C, Prentice A, Singla A. Danazol for pelvic pain associated with endometriosis (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester (England): Wiley.
19. Prentice A, Deary AJ, Goldbeck-Wood S, Farquhar C, Smith SK. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester (England): Wiley.
20. Moore J, Kennedy S, Prentice A. Modern combined oral contraceptives for pain associated with endometriosis (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 2, 2004*. Chichester (England): Wiley.
21. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind, controlled trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994;62:696–700.
22. Dmowski WP, Radwanska E, Rana N. Recurrent endometriosis following hysterectomy and oophorectomy: the role of residual ovarian fragments. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;26:93–103.
23. Hesselting MH, De Wilde RL. Endosalpingiosis in laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7:215–9.
24. Heinig J, Gottschalk I, Cirkel U, Diallo R. Endosalpingiosis—an underestimated cause of chronic pelvic pain or an accidental finding? A retrospective study of 16 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;103:75–8.

25. Bird CC, McElin TW, Manalo-Estrella P. The elusive adenomyosis of the uterus revisited. *Am J Obstet Gynecol* 1972;112:582–93. SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINES 796 AUGUST JOGC AOÛT 2005
26. Seidler D, Laing FC, Jeffrey RB Jr. Uterine adenomyosis: a difficult sonographic diagnosis. *J Ultrasound Med* 1987;6:345–9.
27. Mori T, Nagasawa H. Mechanisms of development of prolactin-induced adenomyosis in mice. *Acta Anat* 1983;116:46–54.
28. Reinhold C, Tafazoli F, Mehio A, Wang L, Atri M, Siegelman ES, et al. Uterine adenomyosis: endovaginal US and MR imaging features with histopathologic correlation. *Radiographics* 1999;19:147–60.
29. Peters AA, Trimbos-Kemper GC, Admiraal C, Trimbos JB, Hermans J. A randomized clinical trial on the benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:59–62.
30. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594–611.
31. Steege JF, Stout AL. Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis of adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:278–81.
32. Westrom L. Incidence, prevalence, and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138:880–92.
33. Ness RB, Soper DE, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sweet RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory diseases: results from the PID evaluation and clinical health (PEACH) randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:929–37.
34. Crogan RH. Residual ovary. *Obstet Gynecol* 1958;12:329–32.
35. Dekel A, Efrat Z, Orieto R, Levy T, Dicker D, Gal R, et al. The residual ovary syndrome: a 20 year experience. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;68:159–64.
36. Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:283–7.
37. Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1995;86:941–5.
38. Nezhat FR, Admon D, Seidman D, Nezhat CH, Nezhat C. The incidence of endometriosis in post hysterectomy women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994;1(2):S24–5.
39. Wesselmann U. Interstitial cystitis: a chronic visceral pain syndrome. *Urology* 2001;57(Suppl 6A):32–9.
40. Lentz GM, Bavendam T, Stenchever MA, Miller JL, Smalldridge J. Hormonal manipulation in women with chronic, cyclic irritable bladder symptoms and pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:1268–71.
41. Chung MK, Chung RR, Gordon D, Jennings C. The evil twin of chronic pelvic pain syndrome: endometriosis and interstitial cystitis. *J Soc Laparosc Surg* 2002;6:311–4.
42. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002;100:337–
43. O’Leary MP, Sant GR, Fowler FJ Jr, Whitmore KE, Spolarich-Kroll J. The Interstitial Cystitis Symptom Index and Problem Index. *Urology* 1997;49:58–63.
44. Lifford KL, Barbieri RL. Diagnosis and management of chronic pelvic pain. *Urol Clin North Am* 2002;29:637–47.
45. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594–611.
46. Gelbaya TA, El-Halwagy HE. Focus on primary care: chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Surv* 2001;56:757–64.
47. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. *Gut* 1999;45(Suppl 2):1–5. 27. Banerjee S, Farell RJ, Lembo T. Gastroenterological causes of pelvic pain. *World J Urol* 2001;19:166–72.
48. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*. 1991;100:405–7.