



Konu Yazarı

Doç. Dr. Faik Mümtaz
KOYUNCU

Yazışma adresi

Celal Bayar
Üniversitesi Kadın,
Doğum Anabilim Dalı
MANİSA

**KRONİK PELVİK AĞRIDA
YÖNETİM**

Ağrı, Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygudur (IASP).

Kronik Pelvik Ağrı (KPA), altı ay veya daha uzun süreli devam eden menstruasyon dışında ve hafif veya ciddi ölçüde fonksiyon kaybına neden olan, çeşitli medikal veya cerrahi tedaviyi gerektiren bir ağrı biçimidir. Yapılan çalışmalarda 15-75 yaş arası kadınların yaklaşık %4 ünde görüldüğü iddia edilir. Bu oran; migrende %2.1, Astım bronşialde %3.5, Sırt ağrısında %4.1 dir. Benzer şekilde yapılan bir başka çalışmada ise KPA, jinekologlara refere edilen olgular arasında %10, tüm histerektomi endikasyonları içerisinde %12 ayrıca diagnostik L/S endikasyonları içerisinde ise %40 lık orana sahiptir.

Pelvik Ağrıda Etiyoloji

KPA'nın etiyojisi sıklıkla kesin olarak bilinemez. KPA ya aşağıdaki organların tümünün veya ayrı ayrı her birinin hastalıkları neden olabilir; Üreme (PID, Pelvik konjesyon send., Endometriozis, Peritoneal adezyon, Diğer: Gebeliğe bağlı komp., Ovarian remnant send.), Gastro- intestinal (İrritabl Barsak Send., Divertikulitis, Regional ileitis Diğer: Kr.apandisitisi), Ürolojik (Uretral send., İnterstisyel sistitis, Diğer Pelvik böbrek, Renal calculi), Kas-iskelet (Sinir sıkışması, Myofascial pain, trigger point., Low back pain send.) ve Psikonörolojik sistem (Fizik/seksüel abuse, Depresyon, Anksiyete, Tecavüz, Kişilik bozuklukları). Bunlardan şayet bir tanesi KPA ya neden oldu ise tedavideki başarı yüksektir. Ancak olaya, genellikle birden fazla sistem karışır. Bu durum, tanıyı ve dolayısı ile tedaviyi karmaşık ve başarısız hale getirir. Bunlara en güzel örnek Endometriozis ve İrritabl barsak sendromudur.

Ağrının nörofizyolojisi

AĞRI YOLLARI, İnsan sinir sistemi ağrılı (noxious) uyarınları algılayan ve cevap veren mekanizmalar içerir. Bu sistemler uyarınları tanıyan reseptörler, bunları üst merkezlere iletmek için gerekli yollar, bir santral mekanizma ve bir cevap mekanizması içermektedir. Cevap mekanizması; geri çekme refleksleri, hareketten kaçınma, bilgi edinme ve otonom cevabı içerir.

AĞRI İLETİŞİ, reseptörlerin primer afferent sinir lifinde aksiyon potansiyel oluşturması ile sağlanır. İki türlü olur:

- Membranın mekanik deformasyonu...
- Doku hasarı sonucu reseptör, membranın özelliklerini

etkileyen kimyasal. maddeler salar.

(K, Bradikinin, Subst. P, Prostaglandin, Serotonin)

VİSSERAL AĞRI İLETİŞİ; Visserlerdeki reseptör sayısı cilttekinden çok daha azdır ve farklı bir aktivasyon şekli gösterirler. Visseral organların kesilmesi ve yakılması klinik ağrı oluşturmazken traksiyon, distansiyon veya iskemi ağrıya neden olur. Bu ağrı genellikle yaygındır, zor lokalize edilir ve önemli bir otonomik komponenti vardır. Visseral ağrı lifleri, sıklıkla sempatik liflerle (B-lifleri) taşınır.

AĞRI MEKANİZMALARI

Periferik Mekanizmalar

Primer afferent nosiseptörler

Nosiseptif süreçlerin başlangıç noktası primer afferent nosiseptörlerdir. Bunlar mekanik, termal ve kimyasal uyarınlara yanıt veren sinir uçlarıdır. Ağrı bilgisinin yayılımı ile ilgili reseptörler iki sınıfta ele alınabilir: A delta mekanotermal ve C polimodal reseptörler. Birçok ağrı tipi primer afferent nöronların, özellikle C polimodal nosiseptörlerin uyarılması ile başlar. Ancak nosiseptör aktivasyonu sürecinde başka etkenler de işin içine girer. Örneğin cildin çizilmesi bu bölgede inflamatuvar süreçleri de başlatır ve buna bağlı çeşitli maddeler salgılanır. Doku harabiyeti inflamasyonu ve dolayısı ile nosiseptörlerin daha fazla uyarılmasına yol açar. Normal koşullarda mekanik, termal ve kimyasal uyarınları yüksek eşik değerlerdeki nosiseptörleri harekete geçirirler.

Uyarılma aşamaları

Ağrılı uyarınları dört aşamada üst merkezlere doğru bir yol izler.

- transdüksiyon
- transmisyon
- modülasyon
- persepsiyon

a. Transdüksiyon

Bir enerjinin başka bir enerjiye dönüşmesidir.

b. Transmisyon

Nosiseptörler tarafından algılanan ağrı bilgisinin daha üst merkezlere doğru iletilmesidir. Bu iletimde ince myelinli A delta ve myelinsiz C lifleri rol oynarlar.

Myelinli A delta lifleri hızlı iletilen, sensitizasyona açık, termal ve mekanik uyarılarla uyarılan liflerdir. Myelinsiz C lifleri ise polimodal bir özellik gösteren, her türlü uyarana karşı duyarlılığı olan, yavaş ileten liflerdir.

c. Modülasyon

Temel olarak medulla spinalis seviyesinde gelişen bir olaydır. 1965 yılında Wall ve Melzack tarafından ileri sürülen Kapı Kontrol Teorisi ile ağrılı uyarının medulla spinaliste ciddi bir engelle karşılaştığı ortaya çıkmaktadır. Ağrılı uyarın burada değişikliğe uğramakta ve bu değişim sonucunda daha üst merkezlere iletilmektedir.

d. Persepsiyon

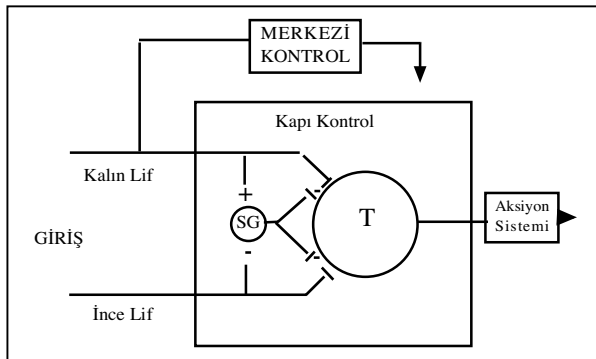
Medulla spinalisten geçen uyarının çeşitli çıkan yollar aracılığı ile üst merkezlere doğru iletilip ağrının algılanmasıdır.

Kapı Kontrol Teorisi

Deriden gelen uyarınlar spinal kordda üç değişik sisteme iletilir. Dorsal kolon, arka boynuz santral transmisyon hücreleri (T hücreleri) ve substansia gelatinoza hücreleri.

Substansia gelatinozadaki kapı hücreleri presinaptik inhibisyona yol açarlar. Bu hücreler kalın ve ince sinir uçlarını inhibe ederler. İnce lifler uyarı olmadan iletebilirler. Kuvvetli uyarınlar özellikle kalın lifler üzerine etki eder. Bunlar kapı hücrelerini uyararak T hücrelerine transmisyonu etkiler.

Melzack ve Wall ince liflerin kapı hücrelerini inhibe ettiğini, kapıyı açık tuttuğunu ileri sürmektedir. Uyarın uzadığı zaman kalın lifler adapte olmakta ve ince lifler baskın çıkmaktadır. Böylelikle kapı açılmakta ve T hücrelerinden akım artmaktadır.



Periferik Sensitizasyon

İnflamatuvar sürecin bir paçası olarak tahrir olan bölgelerde makrofaj, lenfosit ve mast hücrelerinden çeşitli

intraselüler maddeler salgılanır. Nosiseptif uyarının kendisi de nörojenik bir inflamasyon cevabı oluşturarak P maddesi, nörokinin A, kalsitonin gen related peptide (CGRP) salgılanmasına yol açar. Bu peptidlerin salgılanması sensoryal ve sempatik sinir liflerinde uyarılmada değişikliğe, vazodilatasyona, plazma proteinlerinin ekstrasvazasyonuna ve inflamatuvar hücrelerin çeşitli kimyasal medyatörler salgılamasına yol açar. Bu şekilde K⁺, serotonin, P maddesi, nitrik oksit, siklooksijenaz ve lipooksijenaz yollarındaki inflamatuvar medyatörlerin salgılanması yüksek eşik değerdeki nosiseptörleri uyararak periferik sensitizasyon denilen olayı meydana getirirler.

Sensitizasyondan sonra düşük şiddetteki mekanik uyarınlar normalde ağrıya yol açmazken ağrılı olarak algılanmaya başlarlar. Aynı biçimde hasar bölgesinde ısı uyarınına karşı yanıtta da artış meydana gelir.

Santral Mekanizmalar

Arka boynuz primer afferentlerin sonlandığı merkezdir. Burada afferent lifler, bölgesel spinal nöronlar ve beyinden inen liflerin birleştiği karmaşık bir yapı vardır. Primer afferent nosiseptörler genellikle Lamina I, II ve V'te sonlanırlar. Burada arka boynuzdaki ikinci sıra nöronlarıyla bağlantı kurarlar. Bazı lifler Lissauer traktüsü içerisinde belirli segmentler boyunca inep çıkarak daha üst merkezlere doğru giden nöronlarda sonlanırlar.

İki tip ikinci sıra arka boynuz nöronu vardır. Birinci tip nöronlar nosiseptif spesifik ya da yüksek eşik değerde, ikinci tip ise wide dynamic range (WDR) nöronlar olarak isimlendirilirler. Her iki tip nöron arka boynuzda farklı bölgelerde bulunur ve farklı uyarınlara yanıt verirler. WDR nöronlar genellikle daha derin laminalarda yer alır ve hem ağrılı hem ağrısız uyarınlara yanıt verirler.

Nörotransmitterler

Arka boynuzdaki ağrı sürecinde çeşitli nörotransmitterler ve nöromodülatörler yer almaktadır. Özellikle glutamat ve aspartat gibi eksitator aminoasitler arka boynuzda ağrılı uyarın iletiminde rol alırlar. N-Metil D Aspartat (NMDA) ve non NMDA reseptörleri ve glutamat reseptörleri için içerisine girmektedirler. Primer afferentlerden salgılanan çeşitli peptidler nosisepsiyonda rol alırlar. Bunlar P maddesi, nörokinin A, CGRP'dir. P maddesi nörokinin reseptörleri üzerinde etki eder. Nosiseptif transmisyon ya da modülasyonda yer alan başka reseptörler de vardır. Bunlar opioid (mü, kappa), gama amino bütirik asit (GABA), alfa adrenerjik,

serotonin (5HT) ve adenozin reseptörleridir.

Spinal Düzeyde Modülasyon

Ağrılı uyarın iletiminin çeşitli seviyelerinde, bu arada arka boynuzda da çeşitli modülasyonlara uğrar. Arka boynuzda ulaşan afferent uyarılar çeşitli inhibitör mekanizmaları harekete geçirirler ve böylelikle diğer uyarınların etkisini azaltmaya çalışırlar. İnhibisyon aynı şekilde lokal inhibitör nöronlar ve inen yollarla da artırılmaya çalışılır. Arka boynuzda gelen ağrılı uyarınlar pre- ve postsinaptik bölgelerde yer alan opioid, alfa adreno, GABA ve glisin reseptörleri tarafından endojen ve eksojen ajanlar aracılığı ile modülasyona uğrarlar.

PELVİK AĞRININ SINIFLAMASI

1. AKUT PELVİK AĞRI; (birkaç dk – birkaç gün) Enfeksiyon, Over kisti, Ektopik geb.vb.
2. KRONİK PELVİK AĞRI; (uzun süreli / sürekli veya aralıklıdır) Dismenore, Endometriozis, Adezyon, Adenomyozis, diğer..

Tedavideki başarımın olgulara göre değişiklik göstermesindeki en önemli neden; visseral sinirlerdeki farklılık yanında merkezi ağrı algılamasındaki değişikliklere bağlıdır.

Pelvik ağrı acil cerrahi veya hastanede yatırılmayı gerektirecek ciddiyette olabilir; Buna örnek, appendisit, ektopik gebelik veya rüptürdür.

Pelvik ağrı bazen tedaviye ihtiyaç gösterebilir fakat acil değildir; Örnek, endometriozis veya gelişmekte olan bir fibroid ile kronik pelvik ağrıdır.

Pelvik ağrı bazen üreme organlarının normal fonksiyonları sonucu oluşabilir; Örnek, fonksiyonel over kistidir.

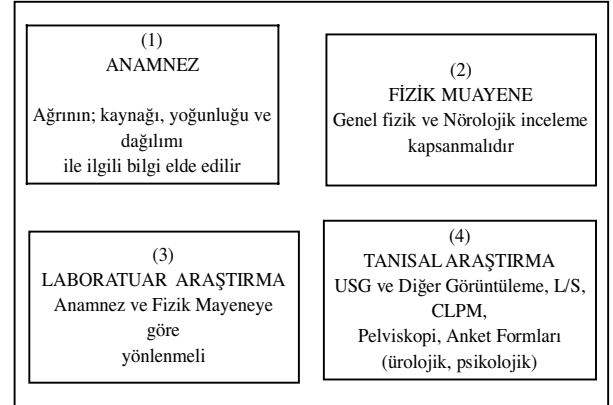
Pelvik ağrıda aşağıdaki özellikler daima dikkate alınmalıdır:

- Sık ve genel bir yakınma söz konusudur.
- Etiyoloji karışıktır
- Tanıda zorluklar vardır
- Gerçek tedavi nedene bağlıdır.

TANI

Çok zaman ve dikkat gerektiren bir süreçtir. Anamnez ile veya yapılan bir anket çalışması ile hiç beklenmedik bir şekilde etiyojiye ulaşmak mümkün olabilir. Aşağıdaki düzen içerisinde ve kişiye çok değer verildiği hissettirilerek

araştırma yapılmalıdır.



KPA tanısında öykü ve fizik muayene olmazsa olmaz kuraldır. Ağrının tanısının konması bazı durumlarda tedavinin de aynı anda gerçekleştirilmesini mümkün kılabilir. Tanı ve hatta tedavi için yaklaşımda öykü ve fizik muayene mutlaka gereklidir ve uygun şekilde yapılmalıdır.

Öykü

Pelvik ağrı için kullanılan bir sorgulama formu öykünün daha detaylı alınmasını sağlar. Uluslar arası Pelvik Ağrı Topluluğunun bu alanda geliştirdiği bir ağrı formu vardır ve ücretsiz olarak elektronik ortamda http://www.pelvicpain.org/pdf/FRM_Pain_Quetionnaire.pdf. adresinden ücretsiz olarak yüklenebilir. Ancak herkesin kendi deneyimine göre bir form hazırlayabileceği de bilinmelidir. Ağrı sorgulaması aşağıdaki düzen içerisinde yapılırsa daha yönlendirici olacaktır;

Obstetrik öykü

Gebelik ve doğum, özellikle kas-iskelet sistem (özellikle pelvis ve sırt) için travmatiktir ve KPA ya neden olabilir. Doğumun şekli, annenin gebelikte aldığı kilo, fetusun kilosu ile geliş biçimi mutlaka sorgulanmalıdır. Ayrıca doğumun zor olup olmadığı, süresi yanında vakum veya forseps kullanılıp kullanılmadığı öğrenilmelidir. Öyküde kadının belirli bir süre gebe kalamadığı söz konusu ise özellikle endometriozis yönünde sorgu genişletilmelidir. Ayrıca, geçirilmiş PID nin de adezyonların varlığı ile birlikte olacağı nedeni ile araştırılması gerekir.

Ağrının bölgeselleştirilmesi

Ağrının yerini kişinin işaret etmesi ile ağrı haritasını çıkarması son derece yararlıdır. Ağrı haritasının bir diğer yararı başka bir ağrının ortaya çıkarılmasını da sağlayabilir

(örn; baş ve sırt ağrısı). Aynı şekilde nonvisseral (dermatom, myotom vs) dağılımı da ortaya çıkarabilir. Abdomino-pelvik visseral ağrının orijinin gösterilmesi çok kolay değildir ve özellikle jinekolojik, ürolojik ve barsak kaynaklı visseral ağrılar hastalar tarafından kolayca lokalize edilemez. Visseral olup iyi ayırt edilemeyen ağrıların da ortaya çıkarılmasında önemli kolaylık sağlayabilir.

Ağrının zamanı

Özellikle ağrının sürekli veya geçici patternde olması dikkate alınmalı. Siklik olup menstruasyonla ilintili olanlar jinekolojik bir ağrıyı düşündürse de patognomonik değildir. Özellikle irritabl barsak sendromuna bağlı ağrıda premenstrual dönemde artış görülür.

Geçirilmiş cerrahi öykü

Bu son derece önemli bir sorgulamadır. Örn: kollektektomi sırasında kesenin açılıp sıvının yayılması buna neden olabileceği gibi perfore apandisit veya kist rüptürü de ileride KPA ya yol açabilir. Yine daha önce uygulanan MMK operasyonları da KPA ya neden olabilir.

Sosyal öykü

Eğitilmiş veya daha düşük eğitilmiş olsun herkesten psiko-sosyal öykü alınmalıdır. Özellikle depresyon iyice araştırılmalıdır. Depresyon, olgunun gerek tanı ve gerekse tedavideki katılımını olumsuz etkileyebilir. Bu alandaki sorular anket formunda mutlaka yer almalıdır.

Bu sorgulama sırasında aşağıdaki noktalara da özellikle dikkat etmek gereklidir:

Ağrının şiddeti: Çeşitli düzeylerde sınıflandırılır. Belirli sorular sorularak aşağıdakilerle tarif etmesi istenir: Hafif, Rahatsız ediyor, Sıkıntı veriyor, Canımı yakıyor, Dayanılmaz..

Bunlar ve görsel gösterge ile edilenler sonucunda ağrının şiddeti ile ilgili kaniya varılır.

Fizik muayene

Buradaki en önemli amaç, hassas olan bölgelerin ortaya çıkarılması ve bunların ağrının kaynağı ile ilişkisini kurabilmektir. Bu da sistematik muayene ile gerçekleşebilir. Bu araştırma; kas-iskelet, gastro-intestinal, üriner ve nörolojik sistem üzerinde olmalıdır. Özel olarak ve detaylı bakılacağı için üreme sistemi bu esnada ele alınmamalıdır.

Fizik muayene ayakta, oturur, sırt üstü yatar ve

litotomi pozisyonlarında gerçekleştirilmelidir. Her sisteme ait araştırmanın çok dikkatlice yapılması gerektiği mutlaka akılda tutulmalıdır. Abdominal palpasyon ile başlamalı ve olası bir hiperestezi veya hiperalgeia lı bölgeler not edilmelidir. Bundan sonra myofasial yapılar tek parmak ile daha derin ve inguinal bölgeyi de kapsayan biçimde incelenmelidir. Bu hedef noktaların araştırılmasından sonra dikkatlice sistemik muayene yapılmalıdır.

Litotomi pozisyonunda muayene: Eksternal genital organların muayenesi önce iyi bir inspeksiyon ile başlamalıdır. Vestibul veya gerek duyulan alandan kültür-antibiyogram için sürüntü alınmalıdır. Elle perineal ve vaginal muayene tek parmak ve işaret parmağı ile yapılmalıdır. Vagen ve M. Levator ani dikkatlice palpe edilmelidir. Pelvik taban ağrılarında yol açması nedeni muayene; “Pelvik taban myalji”, “Priformis sendrom”, “Levator ani spasm sendrom”, “Diaphragma pelvis spastica” ve “Coccydynia” araştırması şeklinde genişletilmelidir.

Tanısal testler

Anamnez ve fizik muayeneye göre yönlendirilmelidir. GİS’ e bağlı hastalıkları ayırt etmek için baryumlu lavman yanında üst GİS radyolojik veya endoskopik taraması da yapılabilir.

Üro-genital sistem araştırmasında IVP veya USG uygulanabilir.

Tam kan sayımı ve sedimantasyon özellikle enfeksiyon araştırması için gerekli olabilir. Bunların dışında öyküde ortaya çıkabilen çeşitli durumlara göre spesifik bazı tetkikler araştırmaya ilave edilebilir.

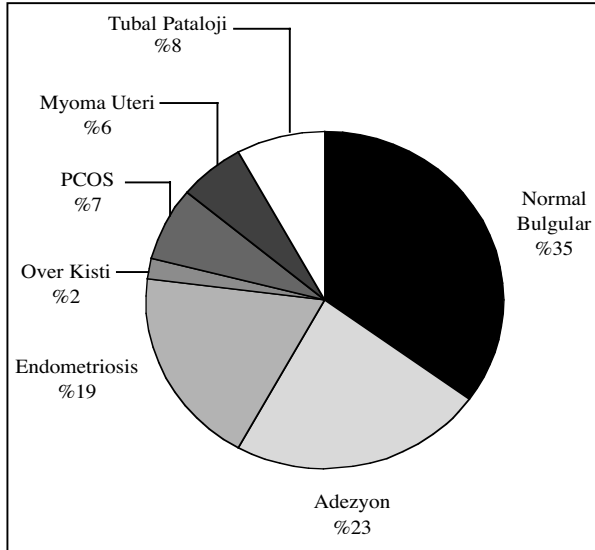
Laparoskopi

KPA da olguların %40 ından fazlasına uygulanır. Laparoskopik uygulanan KPA lı olguların %85 indeki tanı; endometriozis veya adezyondur. Son zamanlarda uygulamaya giren pelviskopi de bu alanda anlamlı bir yer tutacağına benzemektedir.

Tanısal laparoskopik uygulamasında yeni bir yaklaşım “Bilinçli Laparoskopik Ağrı Haritası” (Conscious Laparoscopic Pain Mapping) dir. İşlem olgu uyanıkken ve belli bir süreç içerisinde yapılır. Laparoskopide ulaşılan her noktada kişinin ağrı duyup duymadığı ve varsa şiddeti sorulur. Böylece daha gerçekçi bir lokalizasyon saptanır. Ancak visseralde ağrıların yansması (referral pain) nedeni ile zaman zaman karışıklıklara yol açabilir. Pelvik ağrıda L/S hala altın standart olma özelliğini sürdürmektedir.

Tablo I: Laporoskopik girişimlerde endikasyonlarımız

Endikasyon	Sayı
1 İnfertilite	135
2 Tuba Ligasyonu	99
3 Endometriosis	36
4 Over Kisti	22
5 Ektopik Gebelik	12
6 Kronik Pelvik Ağrı	11
7 PCOS	10
8 LAVH	6
9 Küretaj komplikasyonu	4
10 Pelvik relaksasyon	2
11 Primer ovarian yetmezlik	2
12 Stress İnkontinans	1



TEDAVİ YAKLAŞIMI

Tedavi edilmeyen AĞRI kişinin günlük aktivitesi, duygusal yaşamı, motivasyonu, aile ve yakınları ile etkileşimi ve GENEL YAŞAM KALİTESİ üzerine olumsuz olarak büyük etki yapmaktadır.

Klinik uygulamada yaklaşım iki türdür

- 1) Ağrının sadece kendisi giderilir.
- 2) Ağrı, kendisine neden olan hastalığın ortadan kaldırılması sonucu giderilir.

Bir çok olguda her iki seçenek de birlikte uygulanır.

Ağrı tedavisinde, ağrının moleküler ve biyolojik dağılımını iyi bilmek gerekir. Bu anlayış içerisinde KPA tedavisindeki yaklaşım aşağıdaki gibi olmalıdır:

- 1) Farmakolojik

- 2) Psikolojik
- 3) Nöroablasyon
- 4) Endoskopik veya açık cerrahi

1) Farmakolojik tedavi yaklaşımları

Ağrının gelişi, iletili ve kabulüne dayalıdır. Bunlara birçok nöral bağlar ve çeşitli transmitterler girer. İlaçlar ağrının bu düzeydeki iletilisinde değişiklikler yaparak KPA'nın şiddetinin azalmasına yardım ederler.

a) analjezikler; En sık başvuru farmakolojik tedavi seçeneğidir. Periferik etkili analjeziklerden aspirin, non-steroidal antiinflamatuarlar ve asetaminofenler sayılabilir. Klinik olarak bunlar 1. basamak analjeziklerdir ve etkilidirler.

b) Opioidler: Santral etkili analjeziklerdir. Akut ağrılarda çok etkin olmalarına rağmen kronik ağrılardaki etkileri tartışmalıdır. Kronik opioid tedavisi normal fonksiyonların yerleşmesini sağlarken önemli bir yan etki yaratmazlar.

2) Psikolojik tedavi yaklaşımları

KPA da çok dikkatli bir anamnez alındıktan sonra kişilerin çeşitli psikolojik sorunlarının olduğu saptanabilir. Bunlar başlıca; seksüel disfonksiyon, uyumsuz evlilik, hafif kişilik bozuklukları, zor ilişki kurmak ve aile içi tartışmanın olduğu durumlardır.

3) Nöroablatif tedavi yaklaşımları

Nörolitik tedaviler, cerrahi olarak iletimin veya sinirin kesilmesi ile yapılırken, nörotoksik maddelerin enjeksiyonu veya nöral dokuları yıkmak için çeşitli ve yeterli enerjiler kullanılır (sıcak, soğuk veya lazer). Başlıca öneriler; presakral nöroktemi, superior hipogastrik pleksus sinir blok, paraservikal denervasyon ve inferior hipogastrik pleksus eksizyonu olarak sayılabilir.

4) Endoskopik veya Açık cerrahi

Özellikle bazı spesifik nedenlere bağlı hastalıklarda cerrahi yaklaşım gerekli olabilir.

Ağrı yönetimi prensipleri

İlk pozitif yaklaşım:

- Ağrıyı araştırmak için plasebo kullanmayız
- Plasebo etkiden ancak ek olarak yararlanılmalıdır.

Erken dönem araştırmada psikolojik faktörler göz önünde bulundurulmalıdır

- Eşlik edebilen uyku bozuklukları ve depresyon araştırılmalıdır

- Psikolojik ağrı diğer tanılar dışlanarak konulmamalıdır. Endikasyonlar varsa konulmalıdır

Alta yatan neden biliniyorsa tedavisi mutlaka yapılmalıdır:

- Ağrı reseptörleri adaptasyon göstermez. Bazı düşük eşik değerli reseptörler hiperaljeziye sebep olurlar

Ağrıyı tam ve sürekli olarak tedavi edin

- Ağrıyı etkin olarak tedavi eden ve olguda tekrar ağrı duyusunun olmaması en iyi sonuçları verir (Örn. Post op PCA kullanılması). Hastanın sık ve belirli aralıklarla takip edilmesi gerektiğinde bize başvurmasından daha etkindir.

Çoğul tedavi modalitelerinin sinerji içerisinde kullanımı

- Farklı tedavi metodları farklı yollarla uygulanabilir (gevşeme teknikleri transkutaneoz elektriksel sinir uyarısı 'TENS', fizik tedavi, biofeedback)
- Tedaviler arasındaki farklılıklar bilinmelidir (etki yeri, ted. Yapılma yeri, etkileşimleri)
- Birlikte verilen ilaçların sedasyonu artırırken analjezik etkiyi değiştirmeyeceği akıldta tutulmalıdır.

Narkotik ilaçlar dikkatle kullanılmalıdır

- Uzun süreli kullanımda bağımlılık ve tolerans gelişebilir.
- Diğer tedaviler etkili değilse Narkotikler BIRAKILMAMALIDIR(?).

SPESİFİK HASTALIKLARDA TEDAVİ

Pelvik enflamatuvar hastalık

•Uterus, Tuba uterina ve Overlerin polimikrobial enfeksiyonudur. •Ağrı sürekli dir veya Cinsel ilişki ile birliktedir. •Vaginal akıntı gözlenebilir •Sistemik enfeksiyona yol açabileceği gib Mesane enfeksiyonu ile de birlikte olabilir. En sık rastlanan etkenler;

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoea
- Mycobacterium tuberculosis dir.

Tanı için; Vag/serv kültür antibiogram yararlı olabilir. Tedavideki yaklaşımda; akut olgularda antibiyotik uygun olabilmekle birlikte kronik olgularda L/S altın standarttır. Fitz-Hugh-Curtis Send daima hatırdta tutulmalıdır. Biz de yaptığımız bir çalışmada 7 Fitz-Hugh-Curtis sendromlu olgunun 5 tanesinde geçirilmiş PID ve 2 tanesinde ise ektopik gebelik olduğunu saptadık.

Nes R B ve arkadaşlarının 831 olguyu kapsayan randomise ederek yaptıkları bir çalışmada; hastaneye yatırılarak uygulanan Cefoxitin (IV)+Doxycyclin tedavisi ile ayaktan Cefoxitin (IM)+Doxycyclin uygulaması arasında üreme sağlığı açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir.

Endometriozis

En sıklıkla görülen belirtileri; Sekonder dismenore, Şiddetli disparenü, Ağrı (hemen her gün), DUK?, İnfertilitedir. Ağrı, hastalığın genişliği ile korele değildir.

Medikal veya cerrahi olarak tedavi edilebilir. Cerrahi tedavi kişinin deneyimi ile ilgilidir. Laparotomi ile de uygulama yapılabileceği gibi, Laparoskopi birçok olguda altın standarttır.

Endometriozisli olgularda presakral ve uterosakral nörektomi, ağrının iyileşmesinde önemli etkiye sahip olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Medikal tedavi seçenekleri içerisinde GnRh analogları, Danazol, Medroxyprogesteron, Düşük doz OKS ler sayılabilir. Cochrane kütüphanesi (Issue 1, 2004) verilerine göre; hafif, orta ve şiddetli endometriozisli olgularda ağrının giderilmesi için uygulanan tedavi yaklaşımında L/S laser ablasyon, adezyolizis ve uterin sinir ablasyonlarının benzer sonuçlara sahip oldukları bildirilmiştir.

Adezyonlar

Kronik pelvik ağrılı olguların yaklaşık %25 inde vardır. Rolü ve etki mekanizması ile ilgili tartışma ise halen devam etmektedir. Laparoskopi veya pelviskopi ile tanı koymak ve hatta aynı anda tedavi etmek mümkündür. Bu esnada adezyolizis veya anti-adeziv maddelerden yararlanılır. Medikal tedavinin ise hiçbir yeri yoktur.

Cochrane kütüphanesi (Issue 1, 2004) verilerine göre; absorbe edilebilen adezyon bariyerlerinden Interceed'in yeni ve tekrar adezyon oluşmasında insidansı çok azalttığı bildirilmiş olmasına karşın gebelik oranlarını iyileştirdiklerini bildiren çalışmalar çok yetersizdir. Aynı verilere göre Gore-Tex, İnterceed'e daha üstün bulunmuş ancak suture edilen ve daha sonra alınmaları gerekmesi nedeni ile kullanımı güç olduğu bildirilmiştir. Yine bu verilere göre Seprafilm'in adezyon önlemedeki başarısını gösteren kanıtlar henüz yeterli görülmemektedir. Bizler son zamanlarda anti-adeziv kullanımında Seprafilm uygulamaktayız ancak sonuçları ile ilgili yorum yapmak için sürenin çok erken olduğunu bildirmek isteriz.

Pelvik konjesyon sendromu

Pelvik ven dilatasyonu ile karakterize vasküler yapı bozukluğudur. Özellikle ayakta kalmakla artış gösteren ve pelvik bölgede sızı şeklinde ağrı ile karakterize bir klinik durumdur. Tanıda; Doppler USG, Venografi ve L/S den yararlanılır. Tedavide selektif vazokonstriktörlerden yararlanmak mümkün olmasına karşın son zamanlarda ovarien ven embolizasyonunun da yararlı sonuçlar verdiğini bildiren çalışmalar bildirilmektedir.

İrritabl barsak sendromu

KPA lı kadınların yaklaşık %50 sinde İrritabl barsak sendromuna bağlı belirtiler görülür. Anemnez içerisinde yönelildikten sonra bunlara bağlı spesifik tanı ve tedavi yöntemlerinden yararlanılmalıdır. Bunlar içerisinde en önemlileri diyetten Laktoz, Sorbitol ve Fruktozun çıkarılması olmalıdır. Sakız çiğnenmesi veya sigara içimi ile bolca hava yutulabileceği ve buna bağlı sıkıntıların olabileceği akılda tutulmalıdır. Yanıt alınmazsa medikal tedaviye başvurulmalıdır.

İnterstisyel sistitis

Mesanenin kronik inflamatuvar hastalığıdır. Tanımı ve tanısı kesin olarak konamamasına karşın aşağıdaki üçleme ile klinik tanısı yapılabilir.

- 1) İrritatif işeme bulguları
 - 2) Bu bulgulara neden olan bir başka hastalığın gösterilememesi
 - 3) Mesanedeki sistoskopi sonucu 'glomerulasyon' saptanması
- Sistoskopi bulguları;
kategori A
diffüz glomerulasyon (10/her kadran) (en az 3 kadranda klasik Hunner ülseri)
kategori B
mesanede ağrı
urgency
pollakuri (8/gündüz, 2/gece)

Sistoskopi sırasında KCl uygulanması ile ağrı şiddetleniyorsa hemen İnterstisyel sistitis akla getirilmelidir. Tanıda çok etken olan Problem İndeks ve Semptom İndeks formları doldurulmasıdır ve her biri için 5 ve üzerindeki skorun sensitivitesi %75-90 arasındadır.

Sistoskopi tanı ve tedavide altın standarttır. Tedavi yaklaşımında mesane içerisine "Dimethylsulfoxide" (FDA

tarafından kabul edilmiştir) veya ikincil olarak "Capsaicin" uygulaması önerilir.

Uretral sendrom

IC deki erken stage bulguları ile aynıdır. Ağrı, mesaneden çok üretraldir. Üratradaki bezlerin enfeksiyonuna bağlı üretra genişir. Sıklıkla üretral divertikül gibi anatomik bozukluklar görülür. Pelvik taban bozuklukları da sıktır.

Nedenler

subklinik enf., hipoöstrojenemi, uretral obstruksiyon, soğuk, stres, psikolojik ve allerjiktir

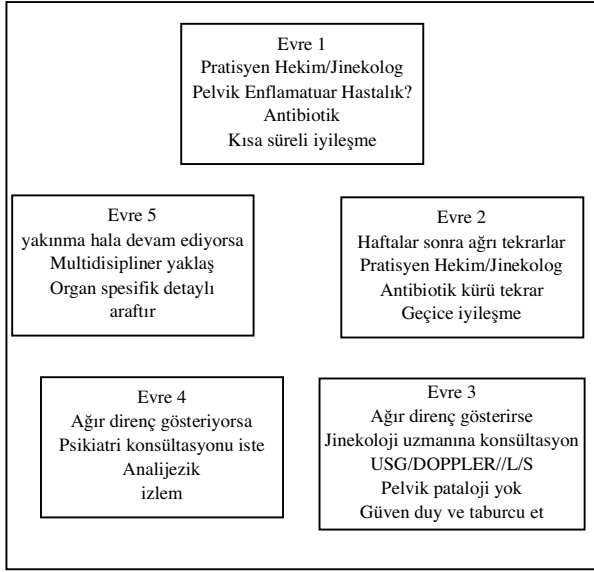
Tedavi; erken stage IC de olduğu gibi konservatifdir.

SONUÇ

Kronik pelvik ağrının tanısı ve tedavisinde çok çeşitli zorluklar vardır. Kronik pelvik ağrısı olan hastaların tedavisinde aşağıdaki noktalar mutlaka akılda tutulmalıdır:

- Malinite kuşkusu ortadan kaldırılmalıdır. Girişimlerin en aza indirilmesi için iyi bir öykü alınmalıdır.
- Şayet endometriozis, İnterstisyel sistitis veya İrritabl barsaktan kuşulanılıyorsa uygun tedavi seçilmelidir.
- Ağrının etiyojisi belli değilse; çalışmaya NSIDs, O K, Uzun etkili progesteronlar veya GnRh analogları ile başlanılmalıdır. Narkotik kullanımı zorunlu olmadıkça tercih edilmemelidir.
- Algoloji ve Fizik tedavi gibi bilim dalları başta olmak üzere multidisipliner yaklaşım göz ardı edilmemelidir.
- Masaj gibi alternatif gevşetici tekniklerden de gerektiğinde yararlanılmalıdır.
- Anket formlarından mutlaka yararlanılmalıdır.
- Tanıyı ilk hasta visitinde konması gerektiği baskısı hissedilmemelidir, gerekirse hasta sık aralıklarla çağırılmalıdır. Özet: Her basamakta çalışan biz hekimleri sıkıntıya sokan ve bazen başımızdan atabilmek için çareler aradığımızı kronik pelvik ağrıya yaklaşımı aşağıdaki beş madde ve algoritma ile vurgulamak mümkündür

1. Öyküyü detaylı al..
2. Etiyojijiyi araştır..
3. Psikolojik faktörlere diğerlerini dışlamakla ulaşma..
4. Multidisipliner yaklaş..
5. Gereksiz girişimden uzak dur..



KAYNAKLAR

- The Cochrane Library, Issue 1,2004.
- Speroff L., Glas R H., Kase N G.: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility (Fifth Ed.), Williams&Wilkins, Baltimore, 853-873,947-967;2000.
- Scierra JJ, Drogemueller W.: Gynecology and Obstetrics Revised Edition, JB Lippincot Co. Philadelphia,1990.
- Atasü T., Şahmay S.: Jinekoloji (Kadın Hastalıkları) Üniversal Dil Hizmetleri AŞ. İstanbul, 513-517;1996.
- Gillenwater JY., Grayhack JT., Howards SS., Mitchell ME.: Adult and Pediatric Urology (Forth Ed.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Ch 28, 1245-1271;2002.
- Walters MD., Karam MM.: Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery (Second Ed.), Mosby Inc., Ch. 27, 341-355;1999.
- Wessellmann U, Burnett A L.: Genitourinary Pain. In Textbook of Pain (Fourth edition) Patric D. Wall, Ronald Melzack (Eds) Churchill Livingstone, Edinburgh, 689-709;1999.
- McDonald J S, Rapkin A J.: General Considerations. In Bonica's Management of Pain (Third edition) John D. Loeser (Ed.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1351-1387;2001.
- Rock J A, Jones H W.: TeLinde's Operative Gynecology (Ninth Edition) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Ch. 27-28,661-705;2003.
- McDonald J S, Eliot M L.: Gynecologic Pain Syndromes. In Bonica's Management of Pain (Third edition) John D. Loeser (Ed.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1415-1447;2001.
- McDonald J S, Aló K M.: Pelvic and Perineal Pain of Urologic Origin. In Bonica's Management of Pain (Third edition) John D. Loeser (Ed.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1448-1461;2001.
- McDonald J S, Loeser J D.: Pelvic and Perineal Pain Caused by Other Disorders. In Bonica's Management of Pain (Third edition) John D. Loeser (Ed.) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 1462-1472;2001.
- Beltrutti D., Lamberto A, Varrassi G.: Pelvik Perineal Ağrı. In Ağrı (İkinci Baskı) Serdar Erdine (Ed.) Nobel Matbaacılık, İstanbul, 355-367;2002.
- Rapkin A J.: Chronic Pelvic Pain. In Textbook of Pain (Fourth edition) Patric D. Wall, Ronald Melzack (Eds) Churchill Livingstone, Edinburgh, 641-659;1999.
- Ross J.: Pelvic inflammatory disease. Review.BMJ. Mar 17;322 (7287):658-9;2001.
- Koyuncu F M., Önoğlu A S., Sadık S., Çetintaş N., Derin G., Isparta T.: Pelvik Enfeksiyonun Perihepatik Adezyon ile ilişkisi. SSK İzmir Eğitim Hastanesi Tıp Dergisi 2;1,11-14,1995.
- Walker E., Katon W., Harrop-Griffiths J., et al.: Relationship of Chronic Pelvic Pain to Psychiatric Diagnosis and Childhood Sexual Abuse. Am J Psychiatry 145:75-80,1988.
- Clemons J L., et al.: Diagnosing Interstitial Cystitis in Women with Chronic Pelvic Pain. Obstet Gynecol August 100:337-41,2002.
- Ghaly A F., Chien P W.: Chronic Pelvic Pain: Clinical Dilemma or Clinician's Nightmare. Sex Transm Inf 76:419-25,2000.
- Fox S.: Chronic pelvic pain in women. ProQuest Medical Library 86;1:9,2003.
- Laçın S., Kuşçu K., Oruç S., Kızılkaya S., Koyuncu F M.: Laparoskopide deneyimlerimiz. KI Bilim&Doktor 7:2,35-41,2001.
- Walling A D.: Chronic pelvic pain? Think interstitial cystitis Am Family Physician; Nov 15; 66, 10; Health Module 1976;2002.
- Ghaly A F., Chien F W.: Chronic pelvic pain: Clinical dilemma or clinician's nightmare Sex Transm Inf, 76:419-25;2000.
- Doyle D F., Li T C., Richmond M N.: The prevalence of continuing chronic pelvic pain following a negative laparoscop Journal of Obstetrics and Gynaecology; 18, 3;Health Module 252; May 1998.