



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
ANABİLİM DALI

**KRONİK PELVİK AĞRIDA JİNEKOLOJİK, ÜROLOJİK,
PSİKİYATRİK ETKENLERİN ARAŞTIRILMASI: DİAGNOSTİK
LAPAROSKOPİNİN KRONİK PELVİK AĞRIDAKİ YERİ**

TEZ YÖNETİCİSİ
DOÇ. DR. BAHA ORAL

HAZIRLAYAN
DR. FUAT DEMİR

UZMANLIK TEZİ

ISPARTA 2006

İÇİNDEKİLER**Sayfa No**

İÇİNDEKİLER	I
ÖZET	II
SUMMARY	IV
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
3. MATERYAL VE METOD	34
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ	71
7. KAYNAKLAR	72

ÖZET

Çalışmamızda kronik pelvik ağrının jinekolojik, ürolojik ve psikiyatrik yönden etiyolojinin araştırılmasına yönelik olarak 02 Eylül 2005 ile 30 Mayıs 2006 tarihleri arasında kliniğimizde, kronik pelvik ağrı şikayeti ile yatarak tedavi alan 44 hasta ile kronik pelvik ağrısı olmayan ve kliniğimizde 01 Ocak 2002 ile 21 Haziran 2005 tarihleri arasında laparoskopik tuba ligasyonu yapılan 31 hastanın kayıtları değerlendirmeye alınarak tanısal laparoskopinin kronik pelvik ağrıdaki yeri araştırıldı.

Hasta grubu ile kontrol grubu laparoskopik gözlem sonuçlarına göre değerlendirildiğinde hasta grubunda 44 hastanın 38 (% 86.00)'inde laparoskopik pozitif bulgu mevcutken, kontrol grubunda 31 hastanın 13 (% 41.00)'ünde laparoskopik pozitif bulgu mevcuttu. Oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak ($p=0.001$) çok anlamlı idi.

Pelvik ağrı sendromları ile interstisyel sistit arasındaki ilişki değerlendirildiğinde interstisyel sistitin endometriozis, vulvadynea ve sebebi bilinmeyen kronik pelvik ağrılı hastalarla pozitif yönde karşılaştırılabildiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda hasta grubunda interstisyel sistit tanısını % 22.00 oranında, interstisyel sistitli hastalarda urgency % 100 oranında, noktüri % 70.00 oranında, frequency % 90.00 oranında bulduk. Vaka sayımızın azlığı devantaj olmakla beraber oranlar hemen hemen birbirine yakın olarak bulunmuştur. Yine hasta grubunda interstisyel sistit ile vulvar ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı saptanmıştır.

Hasta grubu psikiyatrik açıdan değerlendirildiğinde depresyonun % 29.00 oranında, anksiyetenin % 39.00 oranında, somatizasyon bozukluğunun % 6.80 oranında ve cinsel işlev bozukluğunun % 43.20 oranında olduğu görüldü. Hasta grubunun vizüel analog skalasına göre oluşturulmuş ağrı skoru ve ağrının şiddeti ile psikiyatrik bulgular değerlendirildiğinde ağrı skoru ile depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasında; ağrının şiddeti ile depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

Kronik pelvik ağrı, içerisinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı anlaşılması güç bir sendromdur. Jinekologlar tarafından her zaman iyi yönetilemeyen rahatsız edici ve yaygın bir hastalıktır. Hastalara sistematik olarak yaklaşılmalı, iyi bir anamnez ve fizik muayene yapılarak var olan ek hastalıklar eksiksiz olarak sorgulanmalıdır. Kronik pelvik ağrı için laparoskopi yapan cerrahlar örnek olarak hafif ve orta endometriozis, adhezyonlar, over kistleri, hidrosalpinks gibi hastalıklarda “gör

III

ve mücadele et” temeline dayanarak yeterli sürede ve iyi standartlarda laparoskopiyi tamamlayabilmelidir. Bundan başka cerrah ameliyat sonrasında hasta ile iletişimi koparmayarak takip etmeli ve multi disiplinler bir yaklaşımla gerektiğinde ağrı yönetimindeki diğer metodları anlatmalı ve ileri tetkikleri isteyebilmelidir.

SUMMARY

In this study, in order to investigate the role of laparoscopy in chronic pelvic pain, 44 patients with a diagnosis of chronic pelvic pain (study group) and 31 patients who have been performed laparoscopic tubal ligation (control group) at our clinic were evaluated and compared on the basis of gynecological, urological and psychiatric etiology.

When the study and control groups were compared with respect to laparoscopic observations, 38 cases (86 %) out of 44 patients in the study group had laparoscopically positive findings while there were 13 patients (41 %) with positive findings in the control group. The difference was highly significant ($p=0.001$).

When the relationship between pelvic pain and interstitial cystitis was taken in to consideration, it is seen that interstitial cystitis were correlated with endometriosis, vulvodynia and chronic pelvic pain of unknown etiology. In our study, the rates of patients with interstitial cystitis, urgency, nocturia and frequency were 22 %, 100 %, 70 % and 90 % respectively. The rates were comparable in spite of the low number of cases. There was also a significant correlation between the interstitial cystitis and vulvar pain in the study group.

In psychiatric evaluation, 29 % of the cases had depression, 39 % had anxiety, 6.8 % had somatization disorder and 43.20 % had sexual dysfunction. When the pain score and the severity of pain were compared with psychiatric findings, significant correlations were found between the pain score and depression and sexual dysfunction, between the severity of pain and depression, between anxiety and sexual dysfunction.

Chronic pelvic pain is a complex syndrome in which biological and psychosocial factors play various roles. It is a disturbing and common disease which can not be managed by gynecologists all the time. The patients should be approached systematically. A detailed history taking and physical examination is mandatory and accompanying diseases should be inquired. Surgeons who are planning a laparoscopy for chronic pelvic pain should perform the laparoscopy in optimal time and good standards in diseases such as mild and moderate endometriosis, adhesions, ovarian cysts and hydrosalpinx. Additionally, laparoscopist in a multidisciplinary approach should follow the patient after the operation, inform her on the other method and ask for some advanced tests.

GİRİŞ

Pelvik ağrı, batın alt kadranında ve pelviste hissedilen ağrıdır. Akut, siklik ve kronik pelvik ağrı kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran hastaların şikayetlerinin büyük bir kısmını oluşturmakla beraber hekimin karşılaşacağı en büyük sağlık problemlerden bir tanesidir.

Kronik pelvik ağrı, 6 (altı) ay ve daha uzun süren ağrıdır. Problemin kaynağı, kolaylıkla ortaya konamamakla beraber üreme, gastrointestinal, üriner, kas-iskelet sistemlerinin birçok organik ve fonksiyonel bozuklukları olabilir. Nörolojik yolların disregülasyonunun bu probleme katkıda bulunmasının yanında, 4 ile 6 ay süren ağrının kendisi de bir hastalık haline gelebilmektedir. Vücut ve beynin beraber fonksiyonel bir ünite olarak değerlendirilerek kronik pelvik ağrılarda olaya bütüncü bir yaklaşım ile bakmak gerekir.

Ağrı bozukluğunun 6 ayı aşkın bir süre devam etmesinden dolayı kronik olarak nitelendirilmekle beraber pratikte “kronik” kelimesi azalmış fonksiyon ve progresif davranışsal ve affektif değişiklikleri kapsayacak manada kullanılmaktadır. Bu tanımlama belli bir sınır oluştursa da, kronik hastalığa maruz kalan hastalardan bazıları bu özellikleri kısa sürede geliştirebilirken bazıları yıllarca ağrı çekmelerine rağmen şaşırtıcı olarak fonksiyonel kalarak uyum sağlayabilmektedir. Bu nedenle yaklaşık 25 yıldır literatürlere konu olan akut ve kronik pelvik ağrı bugün jinekoloji kliniklerinde en sık tanıda karışıklıklara yol açan durumlardan biri olmaya devam etmektedir (1,2). Böylece kronik tanısının kronoloji kısmı ele alınarak, davranışsal ve psikometrik kriterlerin de göz önünde bulundurulması ile tanı ve tedaviye daha iyi odaklanılabilir.

Hastalar kasık ağrılarının nedenlerini kendi kafalarında yorumlayarak bir hekime başvururlar. Ağrının psikojenik kökenli olduğunu düşünenler psikiyatriste giderken, organik patoloji olduğunu düşünenler çoğunlukla jinekologlara başvurular.

Jinekolojide bazı ağrılar bu hastalığa özelken, bazı ağrılar -ki bunlar çoğunluğu oluşturur- genel olup hekimin ilgi alanına göre değişir. Örnek olarak kronik pelvik inflamatuvar hastalıkla ilişkili olarak pelvik konjesyonla ilgilenen hekimler bu patolojiyi ve yine endometriozise karşı ilgili hekimler bu patolojiyi endometriozisle açıklamaya çalışmaktadırlar. Benzer şekilde nörologlar ve anestezi uzmanları ise pelvik ağrının nöropatik veya kas-iskelet sistemi ile ilgili olduğunu düşünürken, jinekologlar bu nedeni pek akıllarına getirmezl.

Kronik pelvik ağrıda yapılan konvansiyonel laparoskopi, saptanan bulgular ile her zaman aynı olmasa da etiyolojinin araştırılmasında en önemli tanı aracıdır. Aynı zamanda tedavi imkanı da sunduğundan pelvik ağrının teşhis ve tedavisinde sık başvurulan bir yöntemdir. Bu yüzden biz çalışmamızda kronik pelvik ağrı ile başvuran hastalara genel anestezi altında laparoskopi uygulayarak bu olguları kronik pelvik ağrı etiyolojisindeki diğer nedenleri de göz önüne alarak değerlendirdik.

GENEL BİLGİLER

Kronik pelvik ağrının kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Ama pek çok yazar, kronik pelvik ağrının 6 aydan uzun süren, siklik veya siklustan bağımsız, daha önce yapılan tedavilerle yetersiz rahatlama gösteren, doku hasarı ile orantısız ağrı, fiziksel fonksiyon kaybı, vegetatif depresyon belirtileri ve değişken aile dinamikleri olduğunu ifade eder. Bazı yazarlar mevcut ağrı süresini 3 veya 6 aydan fazla süren lokalize olabilen ağrılar olarak tanımlamıştır (3,4). Howard ise yine akut ağrının 1 aydan daha kısa sürede sebebinin bulunup tedavi edilmesine istinaden 1 aydan uzun süreli ağrılara kronik pelvik ağrı olarak bakılabileceğini belirtmiştir (5).

Kronik pelvik ağrı şikayeti ile gelen hastalarda yaşam kalitesinin olumsuz etkilediği gösterilmiştir, çünkü normal egzersizi kısıtlayabilir ve iş hayatında zaman kaybına neden olabilir. İlaç kullanımını arttırarak seksüel fonksiyon bozukluklarına ve normal ev yaşantısının bozulmasına neden olabilir. Bazı yazarlar siklik dismenoreyi ve epizodik disparoniye de kronik pelvik ağrı kapsamına almalarına rağmen bunlara tekrarlayan pelvik ağrı demek daha doğru olur. Bu hastaların birçoğu günlük fonksiyonlarını bozmadan yaşantılarını devam ettirerek depresyon bulguları göstermeyebilirler.

İnsidans ve Epidemiyoloji

Klinikte kronik pelvik ağrı sık görülmesine rağmen bu patolojinin kesin prevalansı bilinmemektedir. Ancak üreme çağındaki kadınlarda % 14.70 ile % 39.00 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Kronik ağrı çoğunlukla reproduktif çağda görülse de erken adölesan ve postmenopozal dönemde de görülebilir. Bu konuda yapılmış iki çalışmadan birincisinde Jamiesson ve Steege üreme çağındaki 581 kronik pelvik ağrısı olan hastaların % 39.10'i hayatının en az bir döneminde bu tür ağrılarının olduğunu, % 11.70'i her ay en az 5 gün ve daha fazla sürede bu ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir (6). İkinci bir çalışmada ise Gallup, 5325 kadında % 16.00 vakada kronik ağrı saptamış ve bunların % 11.00'ünde kronik kasık ağrısına bağlı günlük ev aktivitelerinin kısıtlandığını ve % 11,90 oranında seksüel disfonksiyon yaşadığını, % 15,80'inin tedavi aldığını ve % 3,90'unun her ay bir iş günü kaybının olduğunu saptamıştır (7). Amerika Birleşik Devletleri'nde histerektomilerin yaklaşık % 12.00'si pelvik ağrı için gerçekleştirilmekte olup ağrı kliniklerinde tedavi olmaya çalışan

hastaların % 30.00'u halihazırda histerektomi geçirmişlerdir. Tanısal laparoskopi endikasyonları arasında kronik pelvik ağrı % 40.00 oranında görülmektedir (5). İngiltere ve ABD'de popülasyona dayalı bir çalışmada reproduktif çağıdaki kronik pelvik ağrılı kadınların prevalansı % 14.70 ile % 24.00 oranında bulunmuştur. ABD'de reproduktif çağıdaki 9 milyondan fazla sayıdaki kadın kronik pelvik ağrı için mevcut kriterleri taşımış ve bunun direk maliyeti 555 milyon dolardan daha fazla olarak bulunmuştur (7).

Tarihçe ve Ağrı Teorileri

Son 50 yıl içinde kronik pelvik ağrısı olan hastalara yaklaşım büyük değişikliğe uğramıştır. Laparoskopinin gelişmesinden önceki çalışmalarda kronik pelvik ağrıların etiyolojisindeki en sık nedenlerden olan endometriozis ve adhezyonların anamnez ve jinekolojik muayene ile tanı konmasının zorluğunun yanında, pelvik ağrının psikolojik stres ile bağlantısını araştırmaya odaklanılmıştır. Bu nedenle 1950 ve 60'ların jinekologları, hastaya tanısal laparotomi açısından isteksiz bakmışlardır.

Bu dönemdeki revaçta olan ağrı algılama teorisi Cartesian teorisi (somatik teori) olup, Rene Decartes tarafından ortaya atılmıştır. Bu teoriye göre ağrı doku hasarı sonucu periferik ağrı nöronlarından beyine giden basit sinyallerle açıklanmıştır (8). Ağrının yoğunluğu periferdeki doku hasarı yoğunluğu ile doğru orantılı olup, bu teori akut ağrılar için geçerli olmakla beraber kronik ağrılar için geçersizdir. Doku hasarı yoksa ağrının psikolojik kökenli olduğu düşünülmüştür.

1965 yılında Melzack ve Wall ise "kapı-kontrol teorisi" ile ağrıyı algılamada yeni bir yol ileri sürmüşlerdir ve periferik nosiseptif sinyallerin duygu durumu ile bağlantılı olabilen nörotransmitterler tarafından düzenlendiğini söylemişlerdir (9). Bu nörotransmitterler serotonin ve endorfinler içerir. Bu yol direk doku hasarı ile karşılaştırıldığında depresif durumları açıklayabilir. Gerçekte şiddetli ağrılardan sonra affektif bozukluklar nadir değildir (10). Bu teoriyle fizik ve psikolojik parametrelerin entegrasyonu ile kronik ağrının akut ağrıdan farkı anlatılmaya çalışılmaktadır. Bu modelde ağrı bilgisinin periferik dokulardan alınan nosiseptif sinyallerin medulla spinalis yoluyla üst merkezlere iletilmesi ve inen yollar aracılığıyla omurilikteki nörotransmitterler ve nöronlar arası aktiviteyi etkileyerek periferik nosiseptif uyarıların iletilmesini kontrol edebilmesi yoluyla iki yönlü hareket ettiği belirtilmiştir. Böylece depresyon ve kasık ağrısı arasındaki ilişki bu teori ile açıklanabilir. Buna göre depresyondaki bozukluk santral sinir sistemindeki nörotransmitterlere duyarlılığı

arttırırken tam tersi olarak kronik pelvik ağrıdaki devamlı somatik uyarı santral sinir sistemindeki düzeni bozarak depresyona neden olabilir. Bu yüzden kronik pelvik ağrı depresyona veya depresyon kronik pelvik ağrıya neden olabilir (11,12).

Ağrı teorilerindeki bu gelişmeler yanında jinekologlar da laparoskopi alanındaki yeni çalışmaları arttırarak günden güne gelişme göstermişlerdir. Gözlemlerle beraber laparoskopi ve tıbbi tedavi ile kronik pelvik ağrının tedavi edebileceği umudu doğmuştur. Sonraki çalışmalarda laparoskopik olarak tanımlanan patolojilerin tedavisinde laparoskopinin yardımcı olacağı doğruysa da, klinik gerçeğin daha kompleks olduğu anlaşılmıştır. Çoğu zaman laparoskopide saptanan patolojinin rastlantısal olup, ağrı ile bağlantısı olmamakta veya patolojinin ağrı ile ilgisi olduğu hastalarda mevcut patolojinin kronik pelvik ağrıya yol açan diğer nedenlerin bir kısmı ile beraber olduğu görülmüştür.

Fiziksel ve cinsel suistimallerin yüksek prevalansını gösteren 1980'li yıllarda yapılan çalışmalardaki gözlemler sonucunda tacize uğrama, şahsı kronik pelvik ağrı geliştirmeye daha yatkın kıldığını veya ağrının spesifik nedeni olduğunu gösteren spekülasyonlar oluşmuştur. Pozisyon emisyon tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme teknikleri kullanılarak tacizin gerçekten de nörofizyolojik iz bıraktığı gösterilmiştir.

Sonuçta kapı kontrol teorisinin bile ağrının açıklanmasında yetersiz kaldığı gösterilmiştir. Melzack'ın tanımladığı nöromatriks teorisine ise santral sinir sisteminin nörofizyolojik davranışının deneyimlerle değişebileceğini ve ilerde nosiseptif uyarıların işlenme şeklini değiştirebileceğini öne sürmektedir. Her jinekolog mevcut doku hasarı ile orantısız ağrı duyan hasta ile karşılaşmış ve neden olarak geçirilmiş veya mevcut duygusal travma ve henüz anlaşılammış nosiseptif mekanizmaların sonucu olabileceği gibi, uzun süre ağrı uyarısına karşı omurilikteki internöronların duyarlılaşarak ağrı jeneratörüne dönüşmelerine de bağlı olabileceğini belirtmişlerdir.

Anatomi

İnsan vücudundaki ağrılar kökenlerine göre iki gruba ayrılabilir.

1-Visseral ağrılar: Barsak, mesane, rektum, uterus, overler, tubalar gibi karın içi organlardan gelen kasılma, gerilme, inflamasyon, hipoksi veya nekroza bağlı olarak ortaya çıkar.

2-Somatik ağrılar: Cilt, cilt altı dokuları, fascia ve kas dokularından kaynaklanan ağrılardır.

Visseral ağrı, somatik ağrının aksine iyi lokalize edilemez ve kesme, ezilme, yanma gibi somatik organlarda ağrı oluşturan sinirsel uyarılar visseral organlarda ağrıya yol açmaz .

Visseral organlarda ağrı şu şekillerde ortaya çıkabilir.

- İçi boş organın disfonksiyonu veya anormal muskuler kontraksiyonların oluşması
- Solid organ kapsüllerinin ani gerilmesi
- Hipoksi, nekroz
- Aljezik veya ağrı uçlarının kimyasal irritasyonu
- Damar veya ligamentlerin ani basısı
- İnflamasyon

Ağrı iletiminden sorumlu iki tip sinir lifi vardır.

- A delta lifleri: Myelinize olup hızlı iletim yaparlar.
- C lifleri: Yavaş iletim yaparlar.

Kadın pelvis organlarının visseral ağrılarının ağrı yolları esas olarak sempatik sinirlerdir. Karın ön duvarının alt bölgeleri ve vulvanın ön kısmı, klitoris, üretranın innervasyonu L₁ ve L₂'den çıkan mikst somatik sinir lifleri ile olmaktadır. Perine, anüs, alt vagenin innervasyonu pudental sinir lifleri ile olmakta ve bu da S₂ ve S₄ segmentlerinden köken almaktadır. Üst vagen, serviks, korpus, medial fallop tüpleri, broad ligament, üst mesane , çekum, apendiks, rektum, ve sigmoid kolondan çıkan ağrılı uyarılar torakolomber sempatikler içinde, vaginal, uterin ve hipogastrik pleksuslarla hipogastrik sinire; süperiör hipogastrik pleksus içinden lomber ve alt torasik sempatik zincire ulaşır. Daha sonra T₁₁, T₁₂, L₁ segmentlerinden spinal korda girer. Over ve tubanın dış 2/3 kısmı ve üreterlerin afferent lifleri ovaryen arterler boyunca giderek sempatik zincire ulaşır. T₉ ve T₁₀ seviyelerinden spinal korda girerler.

Visseral ve somatik ağrı yolları, medulla spinalis içindeki spinotalamik, spinoretiküler traktuslarda yol alır. Spinotalamik traktus, talamustaki çekirdeklerde sonlanır ve uyarı buradan somatik duyu korteksine iletilir. Spinoretiküler traktus beyin sapındaki retiküler formasyonda sonlanır.

ETİYOLOJİ

Kronik pelvik ağrının sebeplerini jinekolojik ve nonjinekolojik nedenler olarak iki kısımda inceleyebiliriz.

JİNEKOLOJİK OLMAYAN NEDENLER

Gastrointestinal nedenler

Uterus, serviks ve adnekslerin visseral innervasyonu ile rektum, sigmoid kolon ve ileum alt segmentleri benzer segmentlerden innerve olurlar. Bu nedenle ağrının kaynağını bulmak için alınacak ayrıntılı anamneze doğrultusunda ileri araştırmalar gerekebilir (13). Hastalarda diyete bağlı ağrı değişiklikleri, bulantı, kusma, kilo kaybı, şişkinlik, diyare ve konstipasyon atakları, gaitada mukus veya kan görülmesi durumunda ileri araştırmalar yapılmalıdır.

-İrritabl barsak sendromu: İrritabl barsak sendromu kronik pelvik ağrının en çok rastlanan gastrointestinal kökenli nedenidir (14). Genç kadınlarda yaygın olup disparoniye kapsayan birçok nonkolonik belirtilerle ilişkilendirilebilir. Yalnız hikaye ile tanı konulabilmesinin yanında gibi yapılan ileri araştırmalar, çoğunlukla negatif sonuç verirler. Genellikle hasta yakınmalarının diğer nedenleri ekarte edildikten sonra düşünülen, çıkarıma dayalı bir tanıdır (8). Yapılan bir çalışmaya göre irritabl barsak sendromlu birçok kadın, gastroenterologlardan ziyade jinekologlara başvurular. Fakat bu hastalarda nadiren jinekolojik patolojiye rastlanmıştır (15). Bu hastalık için semptom kriterlerine Roma kriterleri denmekle beraber hastalar üç şekilde başvururlar.

1-Kronik abdominal ağrı ve konstipasyon veya spastik kolon

2-İntermittan ağrısız diyare

3-Değişimli konstipasyon ve diyare ile birlikte abdominal ağrı.

Diğer semptomlar abdominal distansiyon, halsizlik, başağrıları ve irritabilitedir. Yine yapılmış bir araştırmada irritabl barsak sendromlu kadınlarda disparoni, menoraji ve intermenstrüel kanama şikayetlerinin sık görüldüğü belirtilmiştir (16). Menstrüasyon başlangıcıyla da irritabl barsak sendromu şikayetleri artabilir. Bu yüzden semptomlar dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir (17,18).

-Divertiküler hastalık: Suprapubik, pelvik veya sol alt kadranda ağrısıyla beraber ateş yüksekliği ve lökositoz saptandığında sigmoid kolon divertikülünden şüphe edilmelidir (19). Hastalığın kronik formu, kronik pelvik ağrıya neden olabilir. Hangi diagnostik testin kullanılacağı semptomların şiddetine bağlıdır. Bilgisayarlı tomografi en çok tercih edilen testlerden biridir.

-Kronik apandisit: Genellikle konservatif tedaviye yanıt vermeyen sağ alt kadranda lokalize ağrıyla hastalar başvururlar. Apendiksin inkomplet obstrüksiyonu, inflamatuvar hastalıkları, rekürren apandisit, kronik pelvik ağrıya neden olabilir (19).

Apandisit oluşumu sonrası oluşabilecek perforasyon, pelvik apse oluşumuna ve kronik pelvik ağrıya yol açabilir.

-İnflamatuvar barsak hastalığı: Ülseratif kolit veya Crohn hastalığına bağlı kolon ve rektumun inflamasyonu kronik pelvik ağrı ile ilişkili olabilir (13). Semptomlar şişkinlik, abdominal distansiyon ve tam boşalamama hissi gibi irritabl kolondakine benzer semptomlardır ancak burada semptomlar daha şiddetli ve bazen işten alıkoyacak düzeyde olabilir.

-Neoplazi: Kronik pelvik ağrının ayırıcı tanısında kolon ve rektum kanserleri de akılda tutulmalıdır. Gastrointestinal sistem kanserleri barsak motilitesinde bozukluk yaparak kronik pelvik ağrıya yol açabilir (20).

-Herniler: Pelvik ve perianal bölgedeki fitiklar nadir olmakla beraber kronik pelvik ağrıya neden olabilir (21). Syatik herni (sakrosiyatik herni, ischiatik herni, gluteal herni, ischiosel) peritoneal kavite ve içeriklerinin foramen ishiadicum majus ve minus arasından fıtıklaşmasıdır. Fıtıklar arasında en az görülen olmasına rağmen kronik pelvik ağrı için yapılan laparoskopilerde % 1.80 oranında bulunmuştur. Bu nedenle ayırıcı tanı da düşünülmelidir (22).

Ürolojik sebepler

Ortak embriyolojik orijin ve ağrı iletiminde pelvik organlarla olan yakın ilişkisi nedeniyle kronik pelvik ağrının etiyojisinde ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

-İnterstisyel sistit: Erkeklerle kıyasla kadınlarda daha sıkça görülen ve genellikle 40 ile 60 yaş arasında rastlanan bu hastalığın nedeni bilinmemekle beraber genel olarak otoimmün bir temeli olduğuna inanılmaktadır (23). İnterstisyel sistitin kesin bir tanımı yoktur. Hastayı rahatsız edecek noktüri, urgency, frequency, suprapubik ağrı gibi semptomların birlikteliği ile karakterizedir. Ağrı suprapubik, pelvik, üretral, vaginal veya perineal olabilir ve mesaneyi boşaltmakla kısmen azalabilir. Bu hastaların % 70.00'inde kronik kasık ağrısı vardır ve hastaların çoğunu hekime getiren bu türden semptomlardır (24).

İntersitisyel sistitin nedeni bilinmemekle beraber multifaktöryel olduğu düşünülmektedir. Otoimmün nedenler, enfeksiyonlar, nörojenik faktörler ve mesane duvarındaki glikoz amino-glikan tabakasındaki değişiklikler başlıca ileri sürülen nedenlerdir. Doğru tanı anestezi altında sistoskopi ve hidrodansiyonla konur. Distansiyondan sonra tipik sistoskopik bulgular peteşiyal kanamalara benzeyen glomerulasyonlar veya Hunner ülserleri adı verilen fissürlerin görülmesiyle ve

endometriozis, kronik veya eosinofilik sistit gibi nedenleri ekarte etmek amacıyla alınacak mesane biyopsileriyle konur (13).

-Kronik üriner sistem enfeksiyonları: İrritatif idrar yapmanın en sık nedeni olup 65 yaş üstü ve postmenopozal kadınlarda daha sık rastlanır. Hormon replasman tedavisinin üriner sistem enfeksiyonlarını azalttığı gösterilmiştir. Mevcut enfeksiyonun kronikleşmesi ve devamlı tekrarlayan enflamasyon, ağrı eşiğini düşürerek kronik pelvik ağrıya neden olabilir.

-Subüretral divertikülit: Geleneksel tedaviye yanıt vermeyen persiste eden alt üriner sistem semptomları olan hastalarda akla gelmekle beraber klasik semptom triadı dizüri, disparoni ve idrar yapma sonrası damlamadır (25). Tanı fizik muayenede ön vagende kitlenin tespiti veya ön vagen duvarının sıvazlanması sonrasında üretradan pürülan akıntı veya idrar gelmesiyle konur. Tedavisi cerrahidir.

-Üretral sendrom: Nedeni bilinmemekle beraber üretrada veya mesanede anormallik olmaksızın dizüri, idrara çıkmada sıklık ve sıkışıklık hissi, suprapubik hassasiyet ve sıklıkla disparoniden oluşan bir komplekstir. Etiyolojisinde üretral tıkanıklık, enfeksiyon, psikojenik ve alerjik faktörler düşünülmüştür (23). Sık idrara çıkma, urgency, suprapubik rahatsızlık hissi, yavaş ve ağırlı işeme anlamına gelen strangüri gibi belirtileri vardır. Bu bulguları olan hastalarda üretral sendrom da düşünülerek fiziksel ve nörolojik muayene yapılmalıdır. Anal refleks S₂₋₃₋₄ omurilik segmentlerinin etkilenmediğini göstermekle beraber anatomik anormallikler, hipoöstrojenizm, üretral karünkül ve pelvik relaksasyon değerlendirilmelidir (23). Üretral sendrom belirtileri ile beraber steril piyüri bulunursa klamidya enfeksiyonundan şüphelenilerek üretral kültür yapılmalıdır. Enfeksiyonun ekarte edilmesi bu sendromda çok önemlidir. Bu nedenle bakteriyel sistitin ekarte edilebildiği bu durumlarda antibiyotik tedavisi klamidya enfeksiyonuna yönelik verilebilir. Özellikle postmenapozal dönemde atrofik vaginitin olduğu durumlarda östrojen tedavisi endikedir (2 ay). Bu tedavilere yanıt alınamayan hastalarda üretral dilatasyon, biofeedback teknikleri, dimetil sülfoksit, antiinflamatuvarlar, kas gevşeticileri, terazosin hidroklorid veya doksazosin mesilat gibi alfa agonistler de kullanılabilir.

-Urolithiazis: Mevcut renal koliğe bağlı olarak ve ayrıca bu tür ağrıların tekrarlaması ile visserovisseral, visserocutaneus ve visseromotor reflekslerle kronik pelvik ağrı meydana gelebilir.

Muskuloskeletal Nedenler

Hem primer hem de sekonder olarak kas iskelet sistemine ait problemler önemli olup üzerinde durulması gerekir. Ürogenital sistem innervasyonu ile benzerlik nedeniyle kas iskelet sisteminden kaynaklanmış olabilecek nedenlerden dolayı kronik pelvik ağrı meydana gelmiş olabilir (26). Dolayısı ile kas iskelet sistemi değişiklikleri kronik pelvik ağrının primer nedeni olabileceği gibi pelvik ağrıya ikincil olarak da meydana gelebilir.

Dismenore, özellikle retrovert uterusu olan kadınlarda, alt bel bölgesinde ağrıya neden olabilmektedir. Bu yerleşimli ağrı yine cul de sac'ta mevcut bir endometriozise bağlı olabilir. Pelvik ağrıya neden olabilen kas problemi genellikle pelvik tabanın gerilim myaljisi sonucunda meydana gelmektedir. Aralıklı veya devamlı olarak levator plaklarının kontraksiyonları sonucunda psikofizyolojik problemler oluşabileceği gibi, vücudun diğer bölgelerinden kaynaklanmış ağrıya tepki olarak da levator plağında kontraksiyonlar oluşabilmektedir.

Lomber kaslarda ağrı primer probleme veya postür ve hareketlerdeki değişikliklere bağlı olarak olabilmekte ve klinik muayene ile tespit edilebilmektedir (Levator plağı, obdurator, priformis...). Priformis kası ağrının kaynağı olarak göz ardı edildiğinden klinik muayene ile değerlendirilmesi unutulmamalıdır. Dirence karşı bacağa eksternal rotasyon yaptırıldığında ağrılı spazmın oluşması ile priformis kas spazmı değerlendirilebilir. Yine anatomik varyasyon ile syatik sinirin priformis kasının üzerinden geçmesi durumunda bu kas spazmında siyatalji benzeri ağrı meydana gelebilir.

Mens ile kötüleşen ağrılar akla ürogenital bozukluğu getirirse de, geç lüteal fazda ve mens döneminde relaxin hormonunun etkisiyle kas iskelet sistemine ait mevcut patolojilerde instabilitenin artmasından dolayı ağrının da arttığı bildirilmiştir (27).

Kas iskelet sistemine ait olabilecek veya bu etiyojolojiyi düşündürebilecek klinik tespitlerden birisi de akşam saatlerinde ve uzamış postür bozukluğunda ağrının da artmasıdır. Pelvis ve sırttaki kas iskelet sistemi patolojilerinde disparoni artarken postürün düzeltilmesi ile disparonide rahatlama sağlanabilir.

-Koksidinia: En çok karşılaşılan nedenlerinden biri olarak sakrokoksigeal ligamentlerin çocuk doğumuyla ilişkili olarak hasar görmesi veya koksigeal travma ile S₁₋₄ innervasyonunun etkilenmesiyle pelvik ağrı meydana gelebilir. Kuyruk sokumu kemiğinde ağrı şikayeti olan hastalarda pelvik taban kaslarının spazmı ile beraber gerilim myaljisi meydana gelir. Çoğu vaka sakrokoksigeal ve çevre ligamentlere steroid enjeksiyonu ile tedavi edilmeye çalışılır.

-Sakrokoksigeal eklem disfonksiyonu: Kötü postür veya doğum travmasına bağlı olabilir.

-Dejeneratif eklem hastalığı

-Torakolumbar sendrom: Daha önceden lumbar fonksiyonu bozulmuş olan hastalarda torakolumbar eklemdaki hipermobilité sonucu oluşur.

-Levator ani sendromu: Hastada mevcut ağrıyı açıklama çalışmalarına rağmen kronik veya rekürren rektal ağrı, vaginal ağrı ve dispareni olan hastalarda levator ani sendromundan şüphelenilmelidir. Ağrı jinekolojik muayene sırasında olmakla beraber genellikle oturmakla artan bir acı ve rektumda bası hissi meydana gelir. Sıcak su oturma banyoları ve kas gevşeticilerden fayda görebilir.

-Myofasial ağrı sendromu: Myofasial ağrı sendromu veya spesifik myofasial ağrı sendromu stimüle edildiklerinde lokalize bir ağrıya veya anatomik lokalizasyondan farklı yerleşimli noktada yansıyan ağrıya veya her ikisine birden neden olan bir sendrom olup hastaların % 15.00'inde görülmüştür (28). Hastaların fizik muayeneleri çok önemlidir ve bu muayenede visseral ve kas kökenli, patojenik otonomik refleks ile tetiklenen noktalar belirlenebilir (29,30). Hastanın semptomlarının ortaya çıkarmak için her abdominal duvar dermatomuna tek parmakla uygulanan basınç ile tetikleyici noktalar bulunabilir. Her hastada vulva, vagen, serviks, paraservikal doku ve dorsal sakral bölgenin dikkatli palpasyonu yapılmalıdır. Slocumb ve arkadaşlarının 177 adet kronik pelvik ağrısı olan hastada yaptıkları çalışmada % 74.00 oranında abdominal kas dokusu üzerindeki fasyada tetik noktaları bulunmuş ve % 71.00 oranında parasevikal alanda Frankheuser pleksusunun bulunduğu alanda tetik noktaları tespit edilmiştir (29).

Fokal alt abdominal karın ağrısının nedeni olarak genitofemoral ve ilioinguinal sinirlerde sıkışmaya bağlı oluşabileceği Applegate tarafından belirtilmiştir (31). Ayrıca bu sıkışma çoğu kez phannensteil kesi sonrası oluşabilmektedir. Karın duvarı komponentleri ağrının primer etkeni olabilirse de uzun süreli ağrıya cevap olarak da oluşabilmektedir. Reiter ve Gambone kronik pelvik ağrı etiyolojisini saptamak üzere laparoskopi uyguladıkları 122 hastada, laparoskopi negatif olgularda geçirilmiş cerrahi insizyona bağlı olarak myofasial ağrı saptamışlardır (32).

Fizyopatolojisinde bir dermatoma uyan tetik noktasının, kasın veya daha derindeki yapıların medulla spinaliste ikinci bir ortak nöron paylaşmalarına bağlı olarak meydana gelebileceği düşünülmektedir (29). Kronik pelvik ağrısı olan hastalarda etiyoloji saptanamadığında psikolojik, hormonal ve biyomekanik olmak üzere değişik

faktörlerin myofasial sendromun kronik hale gelmesinde yatkınlık oluşturduğu da bildirilmiştir (30,33).

Ağrıyı ortaya çıkaran nedenler arasında, pelvisin yapısal bozuklukları, uzamış hareketsizlik, B kompleks vitamin eksiklikleri, mineral eksiklikleri, metabolik ve endokrinolojik bozukluklar (tekrarlayan hipoglisemi atakları, hipotroidi, östrojen yetersizliği) enfeksiyonlar ve psikososyal nedenleri de sayabiliriz.

Bu hastalarda radyolojik incelemeler ve EMG (Elektromyografi) bulguları normal olup refleks değişiklikleri ve duyuşsal değişiklikler yoktur.

Tedavisinde tetikleyici noktaların uyarılması ile oluşun refleks mekanizma göz önünde bulundurulmalıdır. Tetikleyici noktalara lidokain, salin enjeksiyonu veya enjeksiyon yapılmadan sadece iğne ile tetikleyici noktaya ponksiyon yapılabilir. Diğer bir yöntem ise kasın çekilmesi ve sıkılmasıdır.

Mononöropati ve tuzak nöropatiler

Abdominopelvik ağrı yapan nöropatiler içinde en sık görüleni tuzak nöropatisi olup sinirin, geçtiğı kanal içinde, ligamentler ve fasyal band altında basısı veya iskemisi sonucu oluşabilir. Operasyona sekonder oluşabildiğı gibi operasyon geçirmeyen kadınlarda da görülebilir.

Abdominal cerrahi sırasında pelvik ağrıya en fazla ilişkili olan sinirler ilioinguinal, iliohipogastrik ve genitofemoral sinirlerdir. Obturator sinir yakınındaki abdominal kaslar ve obturator internus kasının gerilmesi kasık ve anterior baldırda ağrı yapabilir.

Nöropati tanısında elektrofizyolojik çalışmalar nöropatinin yeri ve derecesi hakkında bilgi verebilir.

Sinir blokajı hem tanısal hem de geçici rahatlama sağlayan yöntemlerden biri olup anatomik bozukluk veya tehlike durumlarında transkutanöz nörolizis yapılabilir. Yine ayrıca etiyolojide sinirin mekanik gerilimi düşünülüyorsa myofasial gevşetme teknikleri kullanılabilir.

Abdominal Migren

Migren genellikle başağrısı şeklinde rahatsızlık oluştursa da, migren ataklarında bulantı, kusma, ishal, karında şişkinlik ve ağrı gibi bulgular meydana gelebilir. Bazı hastalarda abdominal bölge ile ilgili şikayetler özellikle çocuklarda daha şiddetli olabilir (34).

Abdominal Epilepsi

Özellikle çocuklarda daha sık görülen akut veya kronik olabilen, santral sinir sisteminden kaynaklanarak tüm batına yayılabilir (35,36). Paroksizmal ağrı sonrası yorgunluk, davranış değişiklikleri ve EEG (Elektroensefalografi) anomalileri ile karakterizedir.

Psikojenik Faktörler

Psikojenik bakış açısından kronik pelvik ağrısı olan hastaların ağrıya verdiği anlam, endişe, dikkati başka yöne çekebilme, kişilik, ruh hali, deneyim ve ağrıyı azaltan ve arttıran destekleyici bağlantılar gibi birçok faktör ağrının kronikleşmesine neden olabilir (37).

Kişilik etkisi: Uzun zamandır kronik pelvik ağrı ile kişilik şekli arasında bağlantılar araştırılmıştır. Bazı preliminere çalışmalarda kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadınlarda cinselliği ilgilendiren kişilik çatışmaları, predominant şizoid özellikleri, tatminsiz ilişkilerle beraber görülen kişilik bozuklukları bildirilmiştir. Hasta seçimindeki ön yargılar ve yetersiz kontrol grupları psikojenik faktörlerin etkinliği konusunda karmaşa yaratsa da, kişilik bozuklukları özellikle de borderline kişilik bozukluğu şiddetli kronik pelvik ağrılı hastalarda daha sık görülmektedir.

Minnesota Multifazik Kişilik Anketi (MMPI) çalışmalarında kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda yüksek oranda konverjans “V” profilinde (hipokondri, histeri ve depresyon skalasında) yüksek skorlar aldıkları gösterilmektedir. Kronik pelvik ağrısı olan ve laparoskopi negatif olan hastaların endometriozise bağlı ağrısı olan hastalarla ve kontrol grubuyla karşılaştırdığı çalışmalarda MMPI profilleri belirgin organik bulguları olan hastalardan farklı bulunmamıştır, ancak her iki ağrı grubu kontrollerden farklılık göstermiştir.

Çevresel baskılar ve stres altındaki kadınlarda daha çok pelvik ağrı şikayeti görülürken, erkeklerde göğüs ağrısı ve epigastrik ağrı şeklinde kendisini belli edebilir.

Depresyon: Depresyon ve ağrı arasında yakın bir ilişki saptanmıştır (38). Ağrı ile ilişkili en yaygın psikiyatrik bozukluk depresyondur. Kronik pelvik ağrının depresyonun ön bulgusu mu yoksa depresyonun sebebi mi olduğu tartışmalıdır.

Depresif hastalarda beraberinde ağrı mevcut olduğunda, depresyonun ağrının eşliğini düşürerek ağrının daha şiddetli hissedilmesine yol açar ve ağrıya olan hassasiyeti artırır.

Diagnostik laparoskopi yapılan kronik pelvik ağrı hastalarında Walker ve arkadaşları laparoskopik bulgu olsun veya olmasın majör depresyon, madde bağımlılığı,

erişkin cinsel disfonksiyonu ve somatizasyon bozukluklarının kontrol grubuna göre daha sık olduğunu belirtmişlerdir (39). Yine Stovt ve Steege pelvik ağrı kliniğine başvuran 294 kadından % 59.00'nun Center for Epidemiologic Studies Depression skalasında 16'nın üstü skor alarak depresyon tanısı aldıklarını göstermişlerdir (40). Slocumb ve arkadaşları kronik pelvik ağrılı hastaları Hopkins semptom listesinde değerlendirmişler ve anksiyete, depresyon, öfke ve somatizasyon skalalarından puan aldıklarını bildirirler de almış oldukları örneklerdeki bireylerin % 56.00'sinin tüm skalalarda normal olduğunu göstermişlerdir. Rosenthal'ın yaptığı bir çalışmada kronik pelvik ağrısı olan hastaların % 65.00'inde depresyon saptanmış ve yine Nolon ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kronik pelvik ağrılı hastaların % 51.00'inde depresif bulguların var olduğu anlaşılmıştır (11,41). Depresyon ile kronik pelvik ağrı ilişkisini zaman içinde inceleyen çalışma olmadığından depresif semptomların mı uzun vadede kronik pelvik ağrıya neden olduğu ya da ağrı sonucu olarak depresyonun oluştuğunu belirlemek pek olası değildir.

Somatizasyon: Herhangi bir fiziksel bulgu olmadan uzun süreli somatik semptomların olduğu bu hastalığın en sık görülen formu konversiyon bozukluğudur. Somatizasyon gösteren hastalarda hastanın primer kazancı şikayeti yansıtmaktır. Böylece kısmen çözüm bulunur. Örnek olarak ise seksüel disfonksiyon yaşayan hastanın kasık ağrısının olduğunu söylemesidir. Hastanın sekonder kazancı ise yakınlarının desteğini alarak sorumluluktan kaçmaktır (42).

Cinsel İstismar Öyküsü: Kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda cinsel travmaya sıklıkla rastlanır. Reiter'in bir çalışmasında kronik pelvik ağrılı 106 hastanın % 48.00'inin psikososyal travma öyküsüne sahip olduğu bulunmuştur (28). Buna karşıt olarak Rapkin, kronik pelvik ağrısı olan hastalarda çocukluk ve erişkin cinsel istismar prevalansının artmamış olduğunu görmüştür (43). Kronik pelvik ağrısı olan hastalarda çocukluk dönemindeki cinsel istismar öyküsünün olması insidansı yüksek olarak bildirilmiş ise de bu kronik pelvik ağrı ile cinsel istismar arasında tek ve birebir ilişki olarak değerlendirilmemeli ve istismara uğramış kadınlarda birçok ağrılı durumun kronikleşmesine zemin oluşturduğu düşünülmelidir. Bununla ilgili olarak Morrison cinsel istismar ile birçok değişik patolojik durum arasında ilişki olduğunu belirtmiştir (44). Jamieson ve Steege primer yardım kliniğine başvuran 581 kadının % 28.00'inin çocukken ve % 26.00'sinin ise erişkin dönemde cinsel istismara uğradığını belirtmiş ve bu çalışmada sadece çocukken istismara uğramış hastaların kronik pelvik ağrı ve diğer

ağrı bozukluklarının sadece erişkin dđnemde istismara uğramış olanlara gđre daha az olduğunu gđrmuřtđr (45).

Cinsel Disfonksiyon: Kronik pelvik ağrı ile başvuran kadınlarda evlilik distresi, cinsel disfonksiyon ve disparoni insidansı yđksek olarak bildirilmektedir. Stout ve Steege 220 evli kadına uyguladıkları Locke-Wallace ve Marital Adjustment Skala'sında kadınlardan % 56.00'sinde evlilik distresi yaşadıklarını bildirilmişlerdir (40).

JİNEKOLOJİK NEDENLER

Endometriozis

Endometriozis, endometriumun normal olarak olması gereken yerden farklı bir lokalizasyonda olmasıdır.

Endometriozisin birçok semptomu olmasına rağmen en sık beraber olduğu semptom ağrıdır. Bu semptom endometriozisli hastaların % 75.00'inde gđrđlđr. Menarştan menapoza kadar pelvik ağrı yakınması olan tđm olgular endometriozis açısından risk taşımaktadırlar. Bu hastalığın tđm yaş gruplarında ve ırklarda sosyoekonomik dđzey fark etmeksizin gđrđldđđi bilinmektedir.

Endometrioziste gđrđlen pelvik ağrı dismenore, disparoni ve kronik, siklik olmayan pelvik ağrı olabildiği gibi gastrointestinal sistemin tutulumuna bağlı diyare, ağrılı defekasyon (46), ayrıca ũriner sistem (47) ve pulmoner sistem (48) tutulumları ile ilgili Şikayetler gđrđlebilir.

Pelvik

- Dismenore
- Disparoni
- Kronik pelvik ağrı
- Siyatik
- Premenstruel lekelenme

Gastrointestinal sistem

- Konstipasyon
- Daire
- Diskezi
- Tenesmus
- Hematokezya

ũriner sistem

- Yan ağrısı
- Sırt ağrısı
- Abdominal ağrı

Urgency
Frequency
Hematuri

Solunum sistemi
Hemoptizi
Göğüs ağrısı
Pnömotoraks

Endometriozis kronik pelvik ağrı değerlendirilmesi için hastalara yapılan laparoskopilerin % 15-40'ında bulunmaktadır (49). Endometriozisin genel popülasyondaki oranı % 1-7 arasında değişmektedir (50,51). Genel popülasyondaki oran ile kronik pelvik ağrılı hastalardaki bu oran karşılaştırıldığında pelvik ağrı ile endometriozis arasındaki beraberliğin olduğu ortaya çıkar. İngiltere ve ABD'de laparotomi yapılan hastaların % 10-25'inde endometriozis olduğu Jelfcoate tarafından rapor edilmiştir (52). Verkauf'un yaptığı prospektif bir çalışmada ise infertil kadınların % 38.50'i endometriozis tanısı alırken fertil kadınlarda % 5.20 bulunmuştur. İnfertil kadınlarda endometriozis sıklığı fertil kadınlara göre 10 kat daha fazla bulunmuştur ve diğer çalışmalarla da ispatlanmıştır (53).

Pekçok çalışmada endometriozisin ailesel etiyolojisinin olduğu rapor edilmiştir. Bu hastalığın poligenik ve multifaktöryel olduğu sanılmaktadır. Simpson ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada endometriozisli hastaların 1. derece akrabalarında endometriozis görülme oranı % 6.90 bulunmuş, kan bağı olmayan kontrol grubunda ise bu oran % 1.00 olarak bulunmuştur (54).

Endometriozisin orjini ile ilgili çok tartışmalar olmasına rağmen gelişim mekanizması tam olarak bilinmemektedir. Endometriozis ile ilişkili histogenez teorileri şunlardır:

- 1-Tubal regürjitasyon ya da menstrüasyon
- 2-Endometriotik hücrelerin direkt implantasyonu
- 3-Çöломik epitel metaplazisi
- 4-Lenfatik disseminasyon
- 5-Hematojen yayılım
- 6-Embriyonik hücrelerin reaktivasyonu
- 7-Wolf kanalı artıklarının reaktivasyonu
- 8-Ürothelium metaplazisi
- 9-Herediter faktörler

10-İmmunolojik faktörler.

Endometriozisle ilgili olarak en sık görülen semptomlar dismenore, disparoni, pelvik ağrı ve infertilite olmakla beraber bu semptomların hiçbiri hastalığa spesifik değildir. Dismenore en sık görülen semptom olup hastaların % 50-91'inde görülmektedir (51,55,56,57). Disparoni ise genellikle penisin derin girişi sırasında meydana gelir (51,56,58). Mevcut disparoninin genellikle menstrüasyon öncesinde arttığı ve pozisyonla değiştiği ileri sürülmüştür (59). Kronik kasık ağrısı ise genellikle ileri evre endometriozislerde görülür (56).

Endometriozisin sebep olduğu ağrının mekanizması hakkında az şey bilinmektedir. Endometriozis hafif enflamatuvar bir reaksiyona yol açar (60). Fakat ağrının açıklanmasında yalnız inflamasyon sorumlu olmayıp, adhezyona, nöral doku invazyonuna, basınca, artmış prostoglandin, sitokin ve büyüme faktörlerinin seviyelerine ve fizyolojik faktörlere de bağlanmıştır. Hastalığın yeri ve ağrı belirtileri arasında bir bağlantı yoktur (55,61). Mevcut sınıflamalar hastalığın derecesi ile ağrı arasında tam bir ilişkinin kurulmasına yetmemektedir. Aynı zamanda ağrının görülme sıklığı ve şiddeti ile endometriotik lezyonların evresi arasında da bir ilişki yok gibi görülmektedir. Hastalığın evresi ne olursa olsun, hastaların % 30-50'sinde ağrı yoktur ve hastaların % 40-60'ı muayenede hassasiyet göstermezler (61). Rektovaginal septumun derin infiltrate edici lezyonları ağrı ile ilişkili bulunmuştur (63,64). Ancak bu ağrının büyük olasılıkla nöropatik kaynaklı olduğu belirtilmiştir. Hafif, düşük evreli hastalıkta bulunan peteşiyel implantlarda, daha ileri evrelerde bulunan mavi kahverengi, barut yanığı ve siyah implantlara kıyasla PGE, PGF_{2α} üretiminin daha fazla olduğu ve fizyolojik olarak daha aktif olduğu bulunmuştur (64). Buna göre prostaglandin üretiminin düşük evreli hastalarda ağrının kaynağı olabileceği varsayımı kullanılabilir. Yine endometriozisin total volümü ağrının şiddeti ile doğru orantılı değildir (55). Endometrioziste ağrı ile evre arasında ilişki kurabilmek için lezyon tipini, yerini, derinliğini ve büyüklüğünü incelemek gereklidir.

Evreleme (Klasifikasyon)

İlk kez 1979 yılında evrelenmiş olan endometriozisin bu sınıflamasında sekel, ağrı ve infertilite ile ilgili gerçek relatif riski ortaya konulmadığından 1985'de standardizasyonun sağlanması amacıyla klasifikasyonu tekrar düzenlenmiştir (65,66).

(Tablo 1)

Tablo 1: Amerikan Fertilité Topluluđunun Oluşturduğu Deđiřtirilmiř Endometriozis Kalsifikasyonu.^a

Endometriozis	<1cm	1-3 cm	>3 cm
Periton			
Süperfisial	1	2	4
Derin	2	4	6
Over			
Sağ Süperfisial	1	2	4
Sağ Derin	4	16	20
Sol Süperfisial	1	2	4
Sol Derin	4	16	20
Posterör Cul-De-Sac Obliterasyonu	Parsiyel 4		Komplet 40
<hr/>			
Adhezyon	<1/3 çevrili	1/3 – 2/3 çevrili	>2/3 çevrili
Over			
Sağda İnce	1	2	4
Sağda Yoğun	4	8	16
Solda İnce	1	2	4
Solda Yoğun	4	8	16
Tuba			
Sağda İnce	1	2	4
Sağda Yoğun	4 ^b	8 ^b	16
Solda İnce	1	2	4
Solda Yoğun	4 ^b	8 ^b	16

^a -Ağırlık planlama sistemini temel alan, endometrium tutulumunun derece veya evresinin gösterilmesi. Puanlama sistemine göre:

Evre I (Hafif hastalık) 1-5 puan

Evre II (İlmli hastalık) 6-15 puan

Evre III (Orta Dereceli hastalık) 16-40 puan

Evre IV (şiddetli hastalık) >40 puan

^b - Fallop tüpü sonundaki fimbrialar tamamen kapalıysa puanlama 16 ile değiştirilir

Bu yeni düzenlenmiş AFS skorlaması, evreleme kriterlerinin uygulamasındaki uyumsuzluklar ve tedavide uygulanan farklılıklar nedeniyle çok sağlıklı değildir. Ayrıca sınıflama şeması fallop tüplerini, ince barsakları ve üriner sistemi içermemekte ve hastalığın o anki aktivite ve gelişim durumunu içeren bir parametre de bulunmamaktadır.

1996 yılında AFS'nin alt grubu olan Endometriozis Sınıflama Komitesi hastalığın yerleşim ve yayılımı ile ilgili önerilerde bulunmuştur (67). Endometriotik kistin konfirmasyonunda 12 cm nin altında olması, pelvik yan duvarlara adhezyonun bulunması, over yüzeyinde endometriotik odakların bulunması ve koyu, yoğun çikolata kıvamında kist içeriğinin bulunmasının sorgulanması gerektiğini belirtmişlerdir. Yine cul de sac obliterasyonu tanımı için uterosakral ligament altında periton alanının görülüp görülmediğinin önemli olduğunu ve lezyonların kırmızı, beyaz, siyah olarak renginin belirtilmesi gerektiği açıklanmıştır.

Yine de patofizyolojik değişikliklerle endometriozisin oluşturduğu semptomlar hakkındaki bilgilerin sınırlı olması ve mevcut hastalığa karşı verilen tedavilerin ve alınan cevapların farklı olması tam bir sınıflamayı engellemektedir.

Endometriozisin tanısı cerrahi inceleme ve histopatolojik doğrulama ile konur (68). Laparatomik ve laparoskopik olarak cerrahi işlem yapılabilir. Ancak günümüzde laparoskopinin laparotomiye göre daha fazla avantajlarının olması dolayısıyla laparoskopi kullanılmaktadır. Bu avantajlar lezyonun 4-8 kat daha büyük hale gelmesi, laparoskopinin uygulama tekniğiyle beraber mevcut kamera açısının douglası, over altını ve üst batını daha kolay görünür hale getirmesi, insizyonun küçük, enfeksiyonun daha az olması sayılabilir. Birçok jinekolog ise tanının sadece gözlemlerle laparoskopi ile konulabileceğini belirtmiştir (69,70,71).

Laparoskopik gözlemlerde endometriozis ile ilişkili tipik lezyonlar siyah kahverengi, siyah, gri mavi, barut yanığı şeklindedir. Atipik lezyonlar ise beyaz plaklar, peteşial lezyonlar, pigmentsiz berrak veziküller ve aleve benzer lezyonlardır. Çalışmalarda hastaların 1/3'ünde sadece atipik lezyonların görüldüğü belirtilmiştir (72). Peritoneal defektlerin görülmesi de endometriozisle ilişkilidir ve endometriozisin değişik bir formu olup hastaların % 20.00'sinde gösterilmiştir (73). Peritoneal defektlerin varlığı ve genellikle endometrial implantları örten skar dokusunun olması Allen-Masters Sendromu olarak bilinir.

Görüntüleme teknikleri olarak pelvik ve transvaginal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonanstan faydalanılabilir. Düşük maliyet ve yüksek etkinliği

nedeniyle klinikte en çok ultrasonografiden yararlanılır. Ultrasonografinin bir dezavantajı peritoneal yüzeyel tutulumunun olduğu vakalarda bu lezyonların belirlenmesinde yetersiz olmasıdır.

Hastalığın tanı ve takibinde CA125 değeri kullanılmıştır. Bir araştırmada CA125 ölçümleri düşük sensitivite ve spesifite gösterirken ileri evrede yararlı olduğu belirtilmiştir (74). Barbie ve arkadaşları endometriozisli hastalarda 35 U/ml' den daha yüksek değer için pozitif prediktif değeri 0.58, negatif prediktif değeri 0.96 olarak bulmuşlardır (75). CA125 yalnız endometrioziste değil bundan başka pelvik inflamatuvar hastalık, adenomyozis, myoma uteri, menstrüasyon, gebelik, epitelial over kanserleri, pankreatik ve kronik karaciğer hastalıklarında da yükselir. Pittaway'in CA125 ile ilgili başka çalışmasında ise kronik pelvik ağrısı ve endometriozisi olan hastaların % 80.00'inde CA125'i 16 U/ml'den yüksek bulurken endometriozisi olmayan kronik pelvik ağrısı olan hastaların sadece % 6.00'sında CA125 seviyesini yüksek bulmuştur (76). CA125'in tedavi ile düştüğü gözlenmiştir, ancak klinik cevap ile uyumlu değildir. Yine diğer bir tümör markeri olan CA19-9'un da endometriozis varlığında yükseldiği gösterilmiştir.

Endosalpingozis

Endosalpingozis tuba uterina epitelinin ektopik lokalizasyonda olmasıdır. Genellikle tanı konamaz. Nedeni lezyonların histolojik incelemesi yerine ablazyona uğramasıdır. Kronik pelvik ağrı ile ilgili Keltz ve arkadaşlarının yaptığı 51 hastalık bir seride 23 hastada (% 45.00) endometriozis, 2 hastada (% 4.00) endosalpingozis saptanırken 4 hastada (% 8.00) endometriozis ve endosalpingozis birlikte saptanmıştır (77). Etiyolojisinde geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık, önceden geçirilmiş tubal cerrahi (tuba ligasyonu, salpingostomi...) düşünülmüştür.

Adhezyonlar

Kronik pelvik ağrı için yapılan diagnostik laparoskopilerde adhezyonlar en sık görülen bulgulardandır. Laparoskopi ile belirlenen adhezyonlar sıklıkla pelvik ağrının olduğu abdominal bölgede bulunmaktadır (78). Adhezyonlar kasık ağrılı bayanlarda sık görülmesine rağmen ağrısı olmayan kadınların laparoskopileri esnasında da bulunmuştur (5). Bununla beraber ne adhezyonların spesifik lokalizasyonları (yani adneksial yapılar, parietal visseral periton ya da intestinal sistem) ne de mevcut adhezyonların yoğunluğu ağrı belirtilerinin varlığı ile ilişkili bulunmamıştır (79). Kronik pelvik ağrılı hastalarda görülme sıklığı Steege ve arkadaşlarının 2615 hastada yaptıkları laparoskopi sonucunda % 6.00 ile % 55.00 arasında bulunmuştur (80).

Hastanın mevcut ağrısı cinsel ilişki veya hareketle artabilen, nonsiklik bir ağrı şeklinde olup ağrının adhezyonlara ait spesifik bir paterni yoktur. Barsağı ilgilendiren lezyonlar kısmi veya tam barsak obstrüksiyonuna neden olarak bununla ilgili semptomlara yol açabilirler.

Hasarlı dokulardan gelen nosiseptif sinyaller medulla spinalisten geçerek diğer üst merkezlerde yorumlanır. Mevcut doku hasarının anatomik olarak stabilizasyonundan sonra da bununla bağlantılı ağrının şiddeti artmaya devam ederek, kronik dönemde fiziksel, duygusal ve bilişsel mekanizmaları da işin içine katarak ağrının mekanizmasını daha da karmaşıklaştırabilmektedir.

Bugün için dünyada en çok kabul edilen görüş ise bazı adhezyonların ağrı yaparken bazılarının yapmamasıdır. Adhezyonlardaki ağrı mekanizması olarak organın immobilizasyonu, lokal doku hasarının bozulması, sinir irritasyonu veya sinirlere bası olarak ileri sürülmektedir.

Adhezyolizisin yapıldığı bir çalışmada endişe, depresyon, somatizasyon bulguları ve sosyal sorunları olan kadınların adhezyolizise yetersiz yanıt verdiği belirtilmiştir. Bu belirtilerin olmadığı grupta hastaların ağrılarında anlamlı bir azalma saptanmıştır (80). Başka bir prospektif çalışmada ağrının üç değerlendirme yönteminin ikisi ile ölçüldüğünde, yalnız adhezyonların yoğun ve barsağı ilgilendiren durumlarda adhezyolizis ile ağrıda anlamlı bir azalma olduğunu göstermişlerdir (81). Rapkin'in yaptığı bir çalışmada adhezyonlar infertil grupta % 39.00 oranında, kronik pelvik ağrılı hastalarda % 26.00 oranında rastlanmıştır (79). Konnieks'in yaptığı bir çalışmada ise adhezyonlar infertil grupta % 48.00, kronik pelvik ağrılı grupta % 47.00, infertilite ve ağrının beraber olduğu grupta ise % 70.00 oranında bulunmuştur (63). Burada adhezyonların infertilite ve barsak obstrüksiyonlarındaki rolü kesin iken kronik pelvik ağrıdaki rolü tartışmalıdır (82).

Adhezyonların pelvik ağrıdaki kesin rolü belli olmadığından dolayı adhezyolizis yapmadan önce ayrıntılı bir multidisipliner yaklaşım ile psikosomatik ve davranışsal yanıtları da ele alacak entegre bir tedavi yaklaşımı belirlenmelidir.

Pelvik Relaksasyon

Pelvik relaksasyon 60-70'li yaşlarda oluşmaktadır. Ağrı kliniklerine daha çok genç hastaların başvurması pelvik ağrı probleminde pelvik relaksasyonun az bir yer kapladığını düşündürmektedir.

Pelvik relaksasyona sahip hastalarda daha çok baskı tarzında ağrı, sarkma duygusu ve acı gibi şikayetler vardır.

Hastalar sarkmakta olan organların yerini tutabilmek için levator kaslarında gerilmeyi arttırmakta ve bu da ağrıya neden olmaktadır. (Özellikle ilişki ve günlük aktiviteler sırasında) İlişki esnasında da idrar kaçırmasının olması veya bunun korkusu ve beraberinde olabilen ağrı cinsel yanıtın bozulmasına neden olabilir.

Doğum sonrası veya uterin ligamentlerin travmaya bağlı yırtılması sonucunda oluşan pelvik organların aşırı mobilitesi Allen-Masters sendromu olarak tanımlanır ve kronik pelvik ağrıya neden olan nedenlerden biridir (83).

Uterus retroversiyonu ise özellikle derin disparoni yaparak kronik pelvik ağrıya yol açan çelişkili lezyonlarından birisidir.

Pelvik Konjesyon

1954'te Taylor, stresin düz kas spazmı yaptığını ve ayrıca overler ve uterusu drene eden venlerin konjesyonu ile otonomik sinir sisteminde disfonksiyona yol açacağını belirtmiştir (84).

Pelvik varikosite ve konjesyonla beraber disparoni ve pelvik ağrının meydana gelmesine pelvik konjesyon sendromu (Taylor Sendromu) denir. Pelvik venlerdeki staz ve konjesyon, bacadaki variköz venlerin yaptığı gibi ağrıya neden olurlar. Pelvik venöz sistemin konjesyonu özellikle günün ilerleyen saatlerinde artan, premenstrüel dönemde ve orgazmsız ilişkilerden sonra daha da belirgin olan künt abdominal ağrıya neden olabilir. Nadiren tek taraflı ve genellikle multipar kadınlarda görülür.

Gebe ve postpartum kadınlarda da konjesyone venler belirgin olduğundan dolayı konjesyonla ağrı ilişkisi net olmayıp ağrı mekanizmasında rol alan nörotransmitterler bilinmemektedir. Patolojik distresin de eş zamanda çoğu kez bulunması ve bu hastalık için spesifik tanı kriterlerinin olmamasından dolayı etiyoloji net değildir ve jinekologlar arasında tartışmalara yol açar.

Beard'ın yaptığı bir çalışmada kronik pelvik ağrılı hastalarda transuterin venografi ile variköz venler % 91 oranında, kontrol grubunda ise % 11 oranında bulunmuştur. Bir venokonstrüktör olan dihydroergotamine kullanılması ile hastaların pelvik konjesyona bağlı ağrılarında anlamlı oranda azalma görülmüştür (85).

Transuterin venografi tanı için standart yöntemdir. Pozisyon ve sıvı yüklenmesi nedeniyle laparoskopi esnasında venler güvenilir bir şekilde değerlendirilemeyebilir ve tanıda kullanılmaz.

Tedavi çeşitli olup medroksiprogesteron asetat 30 mg (86), oral kontraseptifler, GnRH analogları ve bununla beraber multidisipliner bir yaklaşımla psikoterapi ve davranışsal ağrı tedavileri uygulanması gerekir.

Adenomiyozis

Tanısı histopatolojik olarak endometriuma ait stroma ve diğer dokuların myometrium içinde ve endometrial yüzeyin en az 2-3 mm altında görülmesi ileidir. Sıklığı % 10-26 arasında değişmekle birlikte en çok dördüncü ve beşinci dekatlarda görülür. Kadınların % 35.00'i asemptomatiktir. Kendisini menometroraji, dismenore, disparoni ve pelvik ağrı bulgularıyla gösterir. Tanısında ultrasonografi ve histerosalpingografi faydasız olup manyetik rezonans kullanılabilir. Diğer pelvik patolojilerle beraber görülebilir (Myoma uteri, endometrial hiperplazi, endometriozis gibi) (87). Tedavisinde histerektominin faydalı olduğu belirtilmiştir.

Myoma Uteri

Uterusun kas ve bağ dokusundan kaynaklanmış tümörler olup kadın genital sisteminde rastlanan en sık tümörlerdir. Kadınların ortalama % 20-25'inde saptanmaktadır (88,89). Çoğu asemptomatik olup en sık bulgusu menometrorajidir. Beraberinde infertilite ve ağrıya neden olabilir.

Leomyomların ağrıya neden olmasındaki mekanizmalar olarak dejenerasyon, hızlı büyüme, torsiyon ve menopozda olduğu gibi kanlanmasında değişiklikler sayılabilir. Ağrı beraberinde basınç hissi de yapabilir. Basınç tipinde olan ağrı daha çok lezyonun lokalizasyonuna ve büyüklüğüne bağlıdır. Böyle hastalarda kronik pelvik ağrı etiyolojisini araştırırken adenomiyozis, endometriozis, interstisyel sistit ve iritabl kolon yönünden mutlaka incelenmelidir.

Kronik Endometritis ve Servisit

Endometrium ve serviksin enfeksiyonu kronik pelvik ağrıya neden olabilir. Sıklıkla alınan kültürler negatif olarak bulunur. Yine de tetrasiklinler ya da eritromisin gibi antibiyotiklerle 2-4 haftalık tedavi disparoni gibi semptomların hafiflemesinde faydalı olabilir.

Ovaryen Kalıntı Sendromu

Ooferektominin yapıldığı düşünülen hastalarda görülür. Bir over artığının neden olduğu siklik pelvik ağrılarda düşünülmesi gerekir. Bu ağrının overlerde folikül gelişiminin etkisiyle olduğu söylenebilir. Tanısında daha önce overlerinin alındığını söyleyen kadında FSH ve LH düzeylerinin normal olduğu durumlarda düşünülmesi gerekir. Son yıllardaki çalışmalarda sıklığının arttığı söylenmektedir (90). Ovaryen kalıntı sendromu mevcut artık overe bağlı pelvik ağrıdan, üreter ve barsak obstrüksiyonuna kadar gidebilen semptomların görüldüğü bir sendrom olup patolojisi fibrovasküler dokudan malignensiye kadar geniş bir yelpaze gösterir (90,91).

Bırakılmış Over Sendromu

Histerektomi sonrasında overi bırakılmış hastalarda pelvik ağrı, disparoni veya pelvik kitle ile karşımıza çıkabilen ovaryen remnant sendromuna benzer bir klinik tablodur. Gragon ve Duncan'ın yaptığı bir çalışmada bu sendromun insidansı % 4.90 olarak bulunmuştur (92). Semptomlar arasında alt karın ağrısı ve pelvik ağrı en sık görülürken derin disparoni, dizüri ve idrar yolu enfeksiyonları da görülebilir (93).

Aksesuar ve Fazla Sayıda Over Sendromu

İki farklı şekilde karşımıza çıkabilir. Birincisi normal yerindeki overden ayrı olup folikülleri mevcuttur ve normal anatomik planda uterus ve overi tutan bağlarla bir bağlantısı yoktur. İkinci şekli ise normal over dokusuyla bağlantılı olan over yerleşimidir. Genellikle asemptomatik olup böyle durumlarda overe ait patolojiler bunlarda da görülebilir (94).

Adneksiyel Kitleler

Visseral innervasyonun zengin olmasına rağmen volum değişiklikleri ağrı yapmaz, kronik pelvik ağrının nadir bir nedenidir. Buna rağmen literatürde ovaryen kistlerin ağrı yaptığına dair yayınlar bulunmaktadır (5,95). Mekanik bası veya rüptür sonrası meydana gelebilecek adhezyonlar ya da nadir bir durum olan aralıklı parsiyel ovaryen torsiyon ağrıya neden olabilir.

Servikal Stenoz

Akkiz olarak enfeksiyon, radyoterapi, koterizasyon, kriyoterapi, senil atrofi ve servikal cerrahilere bağlı olarak oluşabilen servikal stenoz konjenital olanlara göre daha sık kronik pelvik ağrı nedenidir (96). Barbie ve ark. kronik pelvik ağrısı ve servikal stenozu olan 25 hastalık çalışmalarında hastalardan 2 tanesinde stenozun endometriozise bağlı olduğunu açıklamışlardır (97).

Pelvik İnflamatuvar Hastalık

Pelvik inflamatuvar hastalık cinsel yolla bulaşan bakterilerle başlayarak aerob ve anaerob bakterilerin asendan yayılımı ile ortaya çıkan enfektif bir tablodur. Akut, kronik ve tekrarlayan ataklar halinde ortaya çıkabilir. Atipik, kısmi ve yetersiz olarak tedavi edilmiş pelvik inflamatuvar hastalıklarda ateş ve peritoneal bulgular görülmeyebilir. Kronik pelvik inflamatuvar hastalıklar çoğunlukla adhezyon, mikroskopik tubal inflamasyon gibi anatomik bozukluklara bağlı olarak geliştiği düşünülen bir hastalıktır. Özellikle gonokokkal bir pelvik inflamatuvar hadisenin gelişmesi aynı hastada daha sonra bu hastalığın tekrarlama olasılığını artırır (98). Bu duyarlılığın mekanizması tam

olarak anlaşılamamış olsa da tuba uterina ve serviksin mikroorganizmalara karşı doğal dirençlerinin azaldığı gösterilmiştir.

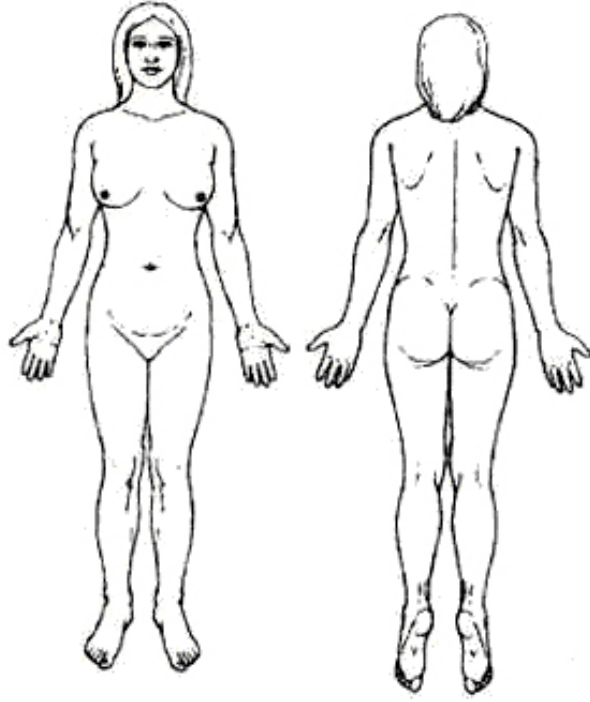
Pelvik inflamatuvar hastalık, kronik pelvik ağrı etiyojijisinde önemli bir yer tutarak mevcut hastalığın sekeli olarak karşımıza çıkmaktadır. Pelvik inflamatuvar hastalık nedeniyle hastanede tedavi görmüş hastaların % 24.00'ünde kronik pelvik ağrı gelişmiştir (99). Pelvik inflamatuvar hastalık sonrası kronik pelvik ağrı gelişen hastaların laparoskopilerinde en sık rastlanan bulgu tuba ve overlere ait adhezyonlardır.

Bu sayılan faktörler dışında rektal prolapsus, levator ani sendromu, koksidynia, proctalgia fulgax pelvik yapıdaki bozukluklardan dolayı kronik ağrıya neden olabilir.

Kronik Pelvik Ağrılı Hastalarda Tanı

İyi alınmış bir anamnez kronik pelvik ağrılı hastaları değerlendirmede en önemli ve tanının konmasında en faydalı yöntemdir. Yapılacak laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri daha iyi bilgi edinmemizi sağlar. Anamnezin iki hedefi vardır. Tanı koymaya çalışırken hastanın problemini anlamak ve iyi bir hasta doktor ilişkisi kurmaktır. Anamnezin bu yolda sistematize edilmesi özellikle hastaların duyu ve düşüncelerini, hatta endişelerini daha iyi ifade etmede faydalı olabilir. Bu amaca yönelik hazır bir sorgulama formu "International Pelvic Pain Society" derneğinin web sitesinde bulunmaktadır. Hastayla ilk görüşmede çeşitli sistem kategorilerine göre (jinekolojik, gastrointestinal, muskuloskeletal, myofasial, psikolojik, üriner sistem...) hazırlanmış anketin doldurması istenebilir. Hastanın evde doldurulmasının istenmesi zaman tasarrufu ve detaylı bilgi edinilmesi açısından faydalıdır.

Hastanın tüm cerrahi sonrası ameliyat notları ve patoloji raporları yanında bunların hastalar tarafından onaylanması önemlidir. Hastanın ağrılarının yoğunluğu, lokalizasyonu ve dağılımının belirlenmesi ve bununla ilgili olarak vücut haritasının kullanılması faydalıdır (Şekil 1). Böyle bir haritada ağrının birçok durumda farklı bölgelerde işaret edildiği görülmüştür. Bununla ilgili olarak kronik pelvik ağrılı hastaların % 60'ında başağrısı, % 90 kadarında da bel ağrısı tespit edilebilmektedir (100).



Şekil 1: Kronik pelvik ağrıda kullanılabilen bir ağrı haritası gösterilmiştir.

Ağrının başlama süresi yanında, ağrının şiddetinin belirlenmesi de bu hastaların değerlendirilmesinde önem taşımaktadır. Hafif, orta veya şiddetli ağrı gibi kavramların kullanılması yeterince etkili ve duyarlı kavramlar olmayıp bunların değerlendirilmesinde daha duyarlı testlerin kullanılması objektif takip için de önemlidir. Bunun için günümüzde bazı ağrı skalaları kullanılmaktadır. Bu ağrıların ne kadar sürdüğü kişinin hayatını ve aktivitesini ne kadar etkilediği de öğrenilmeli ve kaydedilmelidir.

Ağrının başlangıç zamanı, başlatan faktörler, azaltan ve arttıran sebepler, buna yönelik daha önce yapılmış cerrahi ve medikal tedaviler, bu tedavilere alınan yanıt ve bununla birlikte ağrıya eşlik eden diğer semptomlar belirlenmelidir.

Hastaların ağrıyla ilişkili olarak önemli etkenlerden biri olabilen mens durumunun, siklus düzeyinin belirlenmesine de katkıda bulunan aylık ağrı takvimleri kullanılabilir. Ağrının şiddeti 0-10 skalasına göre belirlenerek tipi işaretlenebilir. Böylece hastanın tedavi öncesi ve sonrası ağrısı objektif olarak değerlendirilebilir.

Mensle ilişkili ağrılar daha çok jinekolojik kökenli ağrıları gösterse de intestinal, ürolojik veya muskuloskeletal kaynaklı ağrılar da mensle ilgili olabilir. Daha önce de belirtildiği üzere hastanın önceden geçirmiş olduğu cerrahi tedaviler kronik pelvik ağrı

etiolojisinde önemlidir. Örnek olarak kolelithiazis nedeniyle opere edilen hastanın operasyon esnasında taşların batına dökülmesine sekonder olarak gelişen kronik pelvik ağrı olguları vardır (62). Yine geçirilmiş MMK operasyonu sonrası osteitis pubis veya osteomyelit gelişebilir. Serviks cerrahisine bağlı hematometra kronik pelvik ağrıya neden olabilir.

Hastaların değerlendirilmesinde fiziksel ve cinsel taciz olasılığının yanında aile anlaşmazlıkları, ebeveyn kaybı, boşanma ve diğer psikososyal nedenler de araştırılmalıdır. Bunun için hazırlanmış özellikle evde doldurulmak üzere verilebilen formlar kullanılabilir. Bu tip formlara “Beck Depresyon Envanteri” ilave edilebilir. Hastaların mental sağlık durumu da soruşturulmalıdır. Depresyon ve diğer ruhsal değişiklikler hastanın yaşadığı fiziksel ağrıya katkıda bulunarak kronik pelvik ağrı tanısını ve tedavisini komplike edebilir. Ayrıca verilecek olan tedaviye yanıtı da önemli derecede etkileyebilir.

Fizik Muayene

Detaylı bir anamnez sonrasında yapılacak fizik muayene çok önemlidir. Muayeneye herhangi bir sistemden başlanılabilir. Ancak sıralı ve sistematik olarak gitmek her hekim için çok faydalıdır.

Muskuloskeletal sistemle ilgili olarak hastanın postural muayenesi, aktif ve pasif hareket genişliği, kas germe testleri ve nörolojik muayenesi yapılabilir. Örnek olarak obez hastalarda lomber lordozun artması ağrının kaynağı olabilir. Lomber anterior pelvik tilt postürü kronik pelvik ağrılı kadın popülasyonunda en sık görülen postürdür (101). Hastanın skolyozunun mevcudiyeti, lomber ve alt torasik kasların palpasyon hassasiyeti önemli olup kaydedilmelidir. Genel olarak lokalizasyonu göstermek için hastanın tek parmağıyla veya yaygın el hareketiyle göstermesi ağrının kaynağı açısından önemlidir. Abdominal duvarda veya kalça vb. kas grupları boyunca veya kasın fasyasında hiperirritan noktalar şeklindeki tetikleyici noktalar aramak ve bulmak için girişimde bulunulmalıdır. Bu tür muayenelerin, jinekolojik muayenenin bir parçası olması bazı yazarlar tarafından savunulmaktadır (102). Duyular, kas kuvveti ve reflekslerin değerlendirilmesini içeren ayrıntılı nörolojik muayene yapılması unutulmamalıdır. Kemik pelvis, inflamatuvar hadiselerin tespiti yönünden araştırılmalı ve daha önce doğum yapmış hastalarda kemik pelvisin stabilitesi değerlendirilmelidir.

Yine hastaların özgeçmişlerinde daha önce geçirmiş olduğu cerrahi tedaviler ve insizyon bölgeleri gözden geçirilmelidir. İnsizyonel veya insizyonel olmayan herniler

atlanmamalıdır. İnsizyon bölgelerinde herniler dışında ağrılara yol açabilecek nöromalara da dikkat edilmelidir.

L₁-L₂ nöropatiler bilateral inguinal kanala doğru yayılan ağrılara yol açabilirler. Visseral organ kökenli ağrı dorsal kök ganglionik refleks yoluyla ciltte yansıyan ağrılara neden olabilir. Jinekolojik organlardan uterus hipogastrik bölgede, overler inguinal alanda, serviks iliak fossada yansıyan ağrılara neden olabilir. Abdominal kaslar fleksiyona getirilerek yapılan fizik muayene ağrının kökenini ayırt etmemize yardımcı olabilir. Özellikle böyle durumlarda myofasial segmentlerdeki tetik noktalarını araştırmak önemli olup mevcut noktaların lokal anestezikle bloklanması tanı ve tedavi için önemlidir.

Fizik muayene sırasında hastaya ne olacağı, nelerin rahatını arttıracığı detaylı olarak anlatılmalı ve paylaşımcı olunmalıdır.

Jinekolojik Muayene

Önce inspeksiyonla başlanarak eksternal genitalyadaki kızarıklıklar, akıntı, apse, ekskoriasyonlar, kondilomlar, fistül veya fissürler, atrofik değişiklikler ve travmaya ait izler dikkatli şekilde kaydedilmelidir. Dokunma testleri ile perinedeki duyarlı bölgeler tespit edilmelidir. Bulbokavernöz ve anal reflekslere bakılmalıdır. Ucu pamuklu çubuklarla lokalize hassas bölgeler varsa vulvar vestibülit açısından tespit edilmelidir. Daha önce yapılmış vulvar ve vaginal tarama testleri cerrahi alanlardaki tetik noktaları ortaya konmalıdır. Pelvik relaksasyon açısından hasta ayakta ve jinekolojik muayene masasında ayrıntılı değerlendirilmelidir.

Spekulum muayenesinde vagen strüktür yönünden iyi değerlendirilmeli ve servisit düşünülen vakalarda steril çubuklarla kültür alınmalıdır. Ucu pamuklu çubuklarla serviks ve forniksler hassasiyet açısından değerlendirilmelidir.

Vaginal palpasyonda yapılacak muayenede ilk olarak vaginismus ekarte edilmelidir. Daha sonra levator kasları palpe edilmeli pelvik taban ağrısının olup olmadığına bakılmalıdır. Normalde sadece bası hissi oluşturan bu muayene ile pelvik taban ağrısı olan bu hastalarda şiddetli ağrı tespit edilir. Hastalardaki bu mevcut durumdan kronik pelvik ağrı sorumlu olabileceği gibi endometriozis ve interstisyel sistite sekonder olarak da meydana gelebilir. Priformis sendromu veya pelvik taban myaljisi denilen durumda vaginal muayene sırasında pubokoksigeal kas sıkıca kasılmıştır ve hatta vulvanın inspeksiyon ile muayenesinde bile fasikülasyonlar görülebilmektedir. Bu hastalar pelvik taban kaslarını istemli olarak gevşetemezler ve hastalar Kegel egzersizleri, diatermi, sakral sinir stimülasyonundan fayda görebilirler.

Palpasyonla ayrıca üreter, mesane tabanı ve trigon bölgesi ayrıntılı değerlendirilmelidir. Bu bölgelerde hassasiyet, akıntı, kalınlaşma, üriner sistemle ilgili olarak kronik üretrit, kronik üretral sendrom, üretral divertikulum, trigonitis, interstisyel sistit ihtimalini akla getirmeli ve böyle vakalarda sistoskopi önerilmelidir.

Serviks ve paraservikal dokular ile forniks hassasiyetinin, tekrarlayan servikal travmalar, endometriozis, pelvik enfeksiyon veya üretral ağrılara bağlı olabileceği unutulmamalıdır.

Bimanuel yapılan pelvik muayenede uterusun şekli, yönü, büyüklüğü, mobilitesi ve hareketle hassasiyeti araştırılmalıdır. Uterusun hareketsiz, fikse olması ağır endometriozis veya daha önce geçirilmiş operasyon ya da enfeksiyonlar sonucu oluşmuş pelvik adhezyonlar sonucu olabilir. Uterusun hassasiyeti adenomyozis, pelvik enfeksiyon veya pelvik konjesyon sendromunu gösterebilir. Uterosakral ligamentlerdeki nodulariteler derin endometriozis lehine bir bulgu olup hastalarda mutlaka kitle ve hassasiyet yönünden adneksler değerlendirilmelidir. Muayenede koksiks değerlendirilmeli ve 30° den az hareketle ağrını olmayacağı bilinmelidir. Ağrının mevcudiyeti koksidynea lehine yorumlanabilir.

Jinekolojik muayene mutlaka rektal muayene ile birleştirilmeli ve irritabl barsak sendromuna ait bulgular kaydedilmelidir. Douglas, rektovaginal septum ve sakrouterin ligamentler değerlendirilmelidir.

Laboratuvar

Dikkatli alınmış anamnez ve sonrasında yapılan fizik muayene hangi laboratuvar tetkiklerinin isteneceği konusunda temel oluşturur. Laboratuvar çalışmaları hastaya göre düzenlenmelidir.

Çoğu kez kronik pelvik ağrılı hastalarda laboratuvar tetkiklerinin çalışılması hasta hekim arasında güveni arttırmakla beraber umulduğu kadar ek bilgi sağlamaz. Eğer hastanın öyküsü ve fizik muayenesi, vaginal ve idrar kültürü, biokimyasal serum analizleri ve elektrolit ölçümünü gerektiriyorsa yapılmalıdır. Kronik pelvik ağrılı hastalarda klamidya, gonore, mikoplazma, ureoplazma kültürleri istenmekteyse de çoğu kez negatif sonuç alınmaktadır. Böyle hastalarda şüphe olduğu takdirde ampirik antibiyotik tedavisi uygulanabilir. Kronik bir hastalık durumu mevcut ise eritrosit sedimentasyon ölçümünden faydalanılabilir.

Görüntüleme Yöntemleri

Kronik pelvik ağrı tanısının konmasında klinisyenlerin en çok kullandığı yöntem transvaginal ve transabdominal ultrasonografidir. Noninvaziv bir görüntüleme yöntemi

olmasının dışında özellikle vaginal ultrasonografi overin fonksiyonel kistlerinin tespitinde ve ayrıca endometriotik kistler ve hidrosalpinks gibi patolojik durumların tespitinde kullanılabilir. Klinik olarak endikasyon varlığında intravenöz pyelografi ve baryumlu gastrointestinal tetkikler kullanılabilir. Alt üriner sistemin enfeksiyonunun ekartasyonunda ve pelvik ağrı semptomlarının lokalizasyonun alt üriner sisteme ait olduğu durumlarda sistoskopi kullanılabilir. Kolonoskopi kolonda enflamasyon durumunda faydalı olabilir. Pelvik konjesyon sendromunda pelvik venografi kullanılabilir. BT ve MRG pelvik kitlesi olan ve bu kitlenin orjininin ayırımında önemli olmakla birlikte pelvik USG'ye göre çok pahalı olup kronik pelvik ağrı tanısında pek az kullanılan bir tetkiktir. HSG uterin anomali, endometrial polip, Asherman sendromu düşünülen hastalarda faydalı olabilir.

Laparoskopi

Kronik pelvik ağrının hem tanısında hem de tedavide kullanılabilmesinden dolayı üreme organlarının incelenmesinde laparoskopi sık kullanılan bir inceleme yöntemlerinden biridir. Yapılan laparoskopi operasyonlarına ait serilerde kronik pelvik ağrıda kullanımı yaklaşık % 40 oranındadır (5). Yapılan anamnez, fizik ve jinekolojik muayene bulguları ile laparoskopi arasında % 70-90'a varan korelasyon saptansa da normal fizik muayene bulguları olan hastaların % 50'sinde anormal laparoskopi bulgularına rastlanmıştır (103). Kronik pelvik ağrısı olmayan hastaların yapılan laparoskopilerinde % 28 oranında patoloji görülürken, kronik pelvik ağrılı hastalarda bu oran % 65'e kadar yüksek bulunmuştur.

Akut pelvik ağrıda yapılan tanısal ve operatif laparoskopinin mevcut avantajlarının açık olmasına karşılık, kronik pelvik ağrılarda ise süre olarak 6 ay geçmesi gerekli görülmüştür (79,104). Bazı otörler ise sürenin önemli olmasının yanında ağrının karakterinin, lokalizasyonunun, sürekliliğinin ve mevcut medikal tedavilere alınan cevabın laparoskopi kararının verilmesinde önemli olduğunu vurgulamışlardır. Buna göre siklik, nonsiklik, intermestruel ağrı, derin disparoni, ağrının devamlı aynı lokalizasyonda olması ve narkotik analjeziklere cevap alınamaması gibi kriterleri öne sürmüşlerdir (4,103,104,105). Bununla birlikte bu tanımlamaların hiçbirisi yol gösterici değildir. Bazı yazarlar laparoskopinin erken yapıldığı taktirde patolojiyi değerlendirmede yetersiz kaldığını, bazıları ise geç kalındığında mevcut doku hasarına bağlı olarak tedaviye yanıtın azalacağını belirtmektedirler. Mevcut laparoskopinin amacı somatik veya visseral patolojinin sebeplerinin bularak tedavi etmek olmalıdır (5).

Laparoskopinin kontrendikasyonları:

-Laparoskopinin kesin kontrendikasyonları

I-Olguyu İlgilendiren

- A)Anestezi riski
- B)Kardiovasküler – pulmoner risk
- C)Gastrointestinal obstrüksiyon – ileus
- D)Kanama diyatezleri
- E)Aşırı hemoperitoneum
- F)Jeneralize peritonit
- G)Herni

II- Uygulamayı Yapanları İlgilendiren

- A)Deneyimsiz operatör
- B)Deneyimsiz anestezi

-Laparoskopinin Relatif Kontrendikasyonları

- A)Belirgin obezite
- B)Karın, pelvis ve göğüs deformiteleri
- C)16 haftanın üzerinde gebelik
- D)Karın ön duvarında kanser metastazlarının bulunması (Peritonitis karsinomatoza).
- E)Büyük pelvik – abdominal kitleler
- F)Önceden geçirilmiş abdominal operasyonlar
 - 1-Operasyon sayısının çokluğu (Adhezyon açısından)
 - 2-Geçirilmiş laparatomide evisserasyon
- G)Şok (106)

Laparoskopinin Komplikasyonları

I-Laparoskopi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

- A)Ekstraperitoneal insuflasyon
- B)Subkutaneal amfizem.
- C)Mediastinal amfizem.
- D)Pnömotoraks.
- E)Pnömo-omentum.
- F)İçi boş organ zedelenmeleri.

G)Kan damarları zedelenmeleri.

H)Gaz embolisi.

I)Karaciğer , dalak delinmeleri.

II-Trokar ve kanül uygulaması sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

A)Karın ön duvarında kanama.

B)Kan damarı zedelenmesi.

C)İçi boş organ zedelenmesi.

D) Karaciğer , dalak zedelenmesi.

III-Operatif laparoskopi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

A)Kanama

B)Mekanik travma

C)Elektrik akımı nedenli zedelenmeler

IV-Diğer zedelenmeler

A)Tenekulum sahasından kanama

B)Uterus perforasyonu

C)Omuz ağrısı

D)İnsizyonel herni

E)Gaz patlaması

F)Enfeksiyon

1-Karın insizyonu enfeksiyonu

2-Pelvik inflamatuvar hastalık

3-Peritonit

V-Laparoskopi anestezisi sırasında oluşabilecek komplikasyonlar

A)Genel anestezi ile ilgili komplikasyonlar

1-Myalji

2-Kardiak aritmiler

3-Aspirasyon

B)Lokal anestezi ile ilgili komplikasyonlar

VI-Başarısız laparoskopi (Uygulamanın tamamlanamaması)

A-Hastaya ait nedenler

1-Aşırı şişmanlık

2-Adhezyon vb. nedenlerle pnömoperitoneum yapılamaması

B)Operatöre ait nedenler

1-Deneyimsizlik

C)Aletlere bağlı nedenler

1-Işık kaynak yetersizliği, yedek kaynak yokluğu

2-Diğer teknik yetersizlikler. (Gaz kaçırma, kısa devre, alet bozukluğu)(106)

Laparoskopinin Diğer Yöntemlere Göre Avantajları

1-Etiyolojide jinekolojik ve jinekolojik olmayan sebepleri ayırt etmekte faydalıdır.

2-Ciddi malign hastalıkları ekarte etmede kullanılır.

3-Tanı doğruluğunu artırır.

a-Endometriozis, adhezyon ve pelvik inflamatuvar hastalık için en iyi tanı yöntemidir.

b-Görüntüyü 6-8 kat büyütebilir.

c-Posterior cul de sac, ovarian fossa, yukarı abdomenin görüntülemesini kolaylaştırır.

d-Histolojik tanı için biopsi alınabilir.

4-İşlem sırasında cerrahi tedavi olasılığı vardır.

a-Laparotomiye olan ihtiyacı azaltır.

b-Hastanede kalış süresi kısalmır.

c-Denovo adhezyon formasyonu azalmır (42).

MATERYAL ve METOD

Çalışmamızda 02 Eylül 2005 ile 30 Mayıs 2006 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'nde, kronik pelvik ağrı şikayeti ile yatarak tedavi alan 44 hasta ile kronik pelvik ağrısı olmayan ve kliniğimizde 01 Ocak 2002 ile 21 Haziran 2005 tarihleri arasında laparoskopik tuba ligasyonu yapılan 31 hastanın kayıtları değerlendirmeye alındı.

Bu çalışmada pelvik ağrısı olan hastalar psikiyatrik, ürolojik ve jinekolojik yönden değerlendirildi. Hastalara ameliyathane şartlarında genel anestezi altında tanısal laparoskopi ve sonrasında sistoskopi işlemi uygulandı. Kontrol grubunun demografik bilgileri, jinekolojik muayeneleri ve yapılan ameliyatlara ait bilgilerine hastanemiz arşiv dosyalarından ve kliniğimiz ameliyat notlarından ulaşıldı.

Hasta seçiminde morbid obesitesi, ciddi hipertansiyonu, daha önceden bilinen koroner arter hastalığı olanlar, akut bronşiti olanlar, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olanlar, pulmoner hipertansiyon gibi laparoskopik müdahale için yüksek risk taşıyan ve tam idrar tetkiki normal olmayan hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların daha önce batin operasyonu geçirmiş olması, çalışma grubundan çıkarılması için gerekçe sayılmadı. Her hastaya, yapılan çalışma, laparoskopi ve sistoskopi işlemleriyle ilgili ayrıntılı bilgi verilerek yazılı onamları alındı.

Hastaların preoperatif hazırlık aşamasında bir hafta öncesinden polikliniğimizde preoperatif hazırlık için gerekli olan tam kan, rutin biokimyasal tetkikler, sedimentasyon, CRP, EKG, akciğer grafisi, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki ve tümör markerları çalışılarak Anestezi Anabilim Dalı konsültasyon hekiminden operasyon onayı alındı. Ayrıca hastalara evde doldurulmak üzere etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği ve Arizona Cinsel Yaşantı Ölçeği anketi verildi ve anketin bizzat hasanın kendisi tarafından doldurulması istendi.

Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine yatan hastaların klinik protokolü gereği ayrıntılı anamnezleri, sistemik ve jinekolojik muayeneleri tekrarlandı. Hastalara araştırmacı tarafından yine daha önce etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış "International Pelvic Pain Society" derneği tarafından hazırlanmış olan anket uygulandı.

Ayrıntılı anamnez ve sistemik ve fizik muayene sonrasında araştırmacı tarafından hastalara üriner sistem şikayetinin olup olmamasına bakılmaksızın KCl testi uygulandı. Sonuçlar dikkatli bir şekilde hasta dosyasına kaydedildi.

Hasta grubunda tanısal ve operatif laparoskopi araştırmacı tarafından ilgili öğretim üyesi ile birlikte uygulandı. Sistoskopi işlemleri ise Üroloji Anabilim Dalı konsultan hekimleri tarafından yapıldı.

Hastalar genel anestezi aldıktan sonra litotomi pozisyonuna alınarak vulva, vagen, perine, povidon iyot solüsyonu ile temizlenerek mesane sondası uygulandı. Steril örtülerle örtölen hastalara, göbekte altı 3-4 mm lik vertikal insizyon yapıldıktan sonra verres iğnesi ile batına girildi. İğnenin batında olup olmadığı serum fizyoojik testi ile kontrol edildikten sonra batına CO₂ gazı verilerek batın distansiyonu sağlandı. Yeterli distansiyon elde edildikten sonra vertikal kesi 1-2 cm kadar genişletilerek 10 mm lik trokar batına yerleştirildi. Ve hasta yaklaşık 20-25° Trendelenburg pozisyonuna getirildi. Pelvik organların manüplasyonunun ve vizüalizasyonunun daha iyi sağlanması açısından suprapubik olarak ikinci bir 5 mm lik trokar ile batına girildi. Optik ile 10 mm lik trokardan girilerek öncelikle ilk trokar giriş yerinden meydana gelmiş olabilecek kanama gibi komplikasyonlar görölmeye çalışıldı. Daha sonra pelvik haritalandırma işlemine geçildi.

Pelvik haritalandırma işleminde ilk olarak iç organlarda karaciğer, safra kesesi, dalak, omentum ve barsaklar incelendi. Daha sonra hastanın genital organlarına yönelik uterus, bilateral tubalar ve overler incelendi. Uterosakral ligamentler, douglas ve rektovajinal septumda noduler bir patolojinin olup olmadığına bakıldı, uterusu tutan bağlar ayrıntılı olarak incelenerek mevcut patolojiler kaydedildi. Yine her iki overle bağlantılı olarak fossa ovarikalar, ayrıca her iki parakolik bölge ve appendiks değerlendirildi.

Laparoskopi sonrasında hastalara sistoskopi yapıldı. Sistoskopi yine genel anestezi altında hidrodansiyon ile uygulandı. Sistoskopun 30°C sıcaklıkta olmasına dikkat edildi. Mesane 70-80 cm H₂O basınçta steril su ile dolduruldu ve 2 dk tutuldu. Daha sonra mesane drene edilerek maksimum mesane kapasitesi ölçöldü. Sistoskop üretradan tekrar uygulanarak mesane mukozasında tüm kadranlar dikkatlice gözlemlendi. Hunner ülseri, glomerölasyonlar ve lineer yarıklaşma açısından dikkatlice incelendi ve patolojik bulgular not edilerek, şüpheli lezyonlardan biopsi alındı.

Araştırmanın analizi SPSS 9. 05 istatistik programı kullanılarak yapıldı. İstatistik analizde tanımlayıcı istatistik, student t test, Mann-Whitney U testi, ki-kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine—02 Eylül 2005 ile 30 Mayıs 2006 tarihleri arasında pelvik ağrı tanısıyla yatırılan 44 hastaya tanısız laparoskopi uygulandı. 01 Ocak 2002 ile 21 Haziran 2005 tarihleri arasında yine kliniğimizde laparoskopik tuba ligasyonu uygulanan 31 hastanın laparoskopi kayıtları ise kontrol grubu olarak alındı.

Hasta grubunun ağrı süresi en az 6 ay, en çok 120 ay olup ortalama 31.7 ay olarak bulundu.

Hasta grubunun yaşları 17 ile 53 arasında olup ortalama 35.6 ± 9.9 iken kontrol grubundaki hastaların yaşları 26 ile 47 arasında olup ortalama 38.8 ± 4.2 idi. Hasta grubu ile kontrol grubunun yaşlarına arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Hasta grubunun medeni hal ve mesleklerine göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Hasta Grubunun Medeni Hal ve Meslek Durumu.

Özellikler		Sayı	%
Medeni hal	Evli	38	86.40
	Bekar	6	13.60
Meslek	Ev hanımı	35	79.50
	Öğrenci	3	6.80
	Memur	6	13.60

Hasta grubunun yaş, boy, kilo, BMI ve gebelik öykülerine göre bazı özellikleri Tablo 3’ de verilmiştir. Hasta grubu ile kontrol grubunun gebelik ve parite sayıları incelendiğinde ikisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.05$). Hasta grubunun gebelik sayısı ile ağrı skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

Tablo 3: Hasta Grubunun Yaş, Boy, Kilo, Vücut Kitle İndeksi, Gebelik Öyküleri.

Özellikler	Minimum	Maksimum	Ortalama	SD
Yaş	17	53	35.65	9.93
Boy	1.50	1.75	1.62	0.6570
Kilo	42.0	96,0	67.18	11.27
VKI	17.9	35,2	25.441	4.269
Gebelik	0	8	2.43	,525
Parite	0	6	1.84	0.6570
Abortus	0	4	0.38	11,277
Küretaj	0	3	0.14	4,269

Doğum komplikasyonları açısından incelendiğinde hasta grubunun % 22.70'inde epizyotomi, % 11.40'ında vaginal laserasyon, % 4.50'sinde sezeryan, % 6.80'inde zor doğum öyküsü, % 2.30'unda postpartum kanama bulundu. Kontrol grubunda ise hastaların % 28.80'inde epizyotomi, % 9.70'inde vaginal laserasyon, % 6.50'sinde sezeryan, % 6.50'sinde zor doğum öyküsü, % 3.20'sinde postpartum kanama geliştiği bulundu. Hasta grubu ile kontrol grubu, doğum komplikasyonlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (Tablo 4).

Hasta grubunun daha önce geçirmiş olduğu cerrahi tedavilere bakıldığında pelvik ağrıyla ilgili olarak 2 hastanın (% 4.50), ağrıdan farklı bir nedenle batın içi ameliyat olan 7 hastanın (% 15.90) ve batın dışı operasyon geçiren 3 hastanın (% 6.80) mevcut olduğu görüldü. 32 hastanın (%72.70) ise geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Kontrol grubunda ise geçirilmiş batın operasyon olan 1 hasta (% 3.20) olup batın dışı operasyon geçiren 3 hasta (% 9.70) ve operasyon öyküsü olmayan 27 hasta (% 87,10) mevcuttu. Kontrol grubu ve hasta grubu geçirilmiş cerrahi öykü yönünden incelendiğinde fark ilişkisi istatistiksel olarak anlamsız bulundu. (Tablo 4)

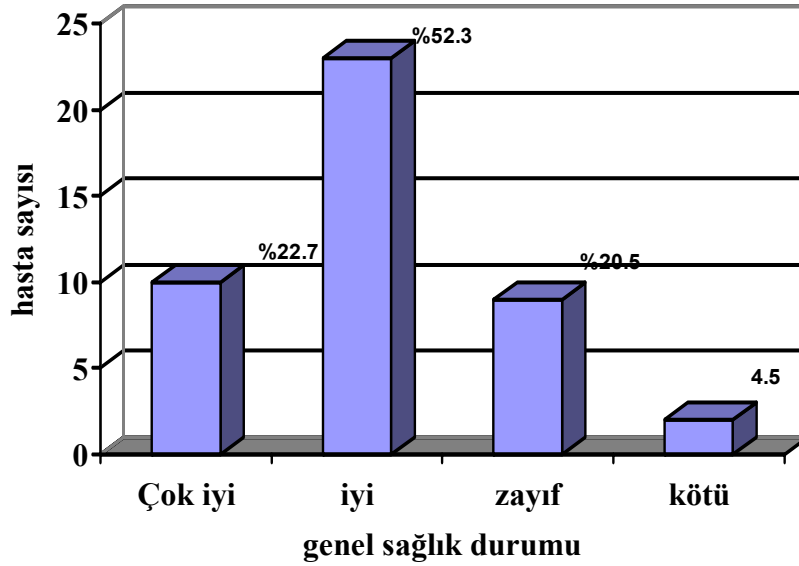
Tablo 4: Doğum Komplikasyonları ve Geçirilmiş Cerrahi Tedavi Öyküsüne Göre Hasta ve Kontrol Grubunun Dağılımı

Özellikler		Hasta Grubu		Kontrol	
		Sayı	%	Sayı	%
Doğum komplikasyonları	Epizyotomi	10	22.70	8	28.80
	Vaginal laserasyon	5	11.40	3	9.70
	Sezaryen	2	4.50	2	6.50
	Zor doğum öyküsü	3	6.80	2	6.50
	Postpartum kanama	1	2.30	1	3.20
Geçirilmiş cerrahi öyküsü	Ağrı nedeniyle	2	4.50	0	0.0
	Ağrıdan farklı batın operasyonu	7	15.90	1	3.20
	Batın dışı operasyon	3	6.80	3	9.70
	Operasyon öyküsü yok	32	72.70	27	87.10

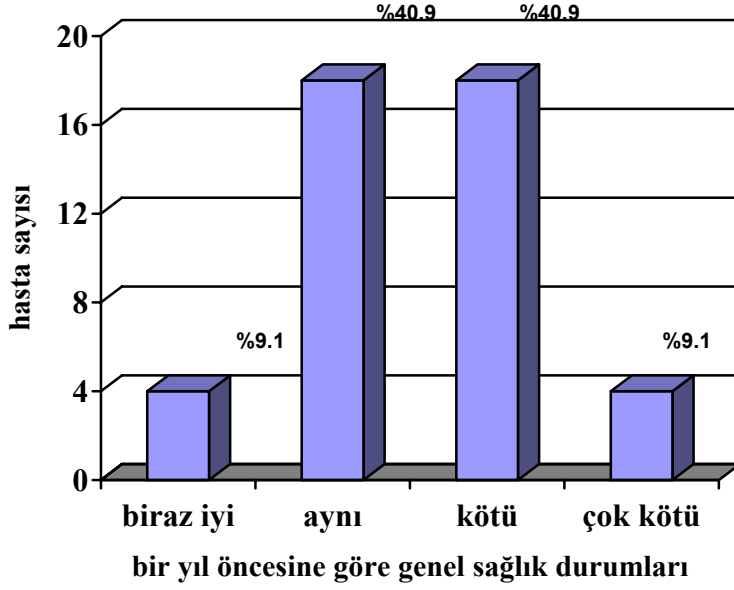
Hasta grubu ile kontrol grubu, daha önce geçirilmiş cerrahi öyküsü, ağrının şiddeti ve psikiyatrik bulgular yönünden karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu.

Hasta grubunun genel sağlık durumlarına göre dağılımı incelendiğinde çok iyi olanlar % 22.70, iyi olanlar % 53.20, zayıf olanlar % 20.50, kötü olanların % 4.50

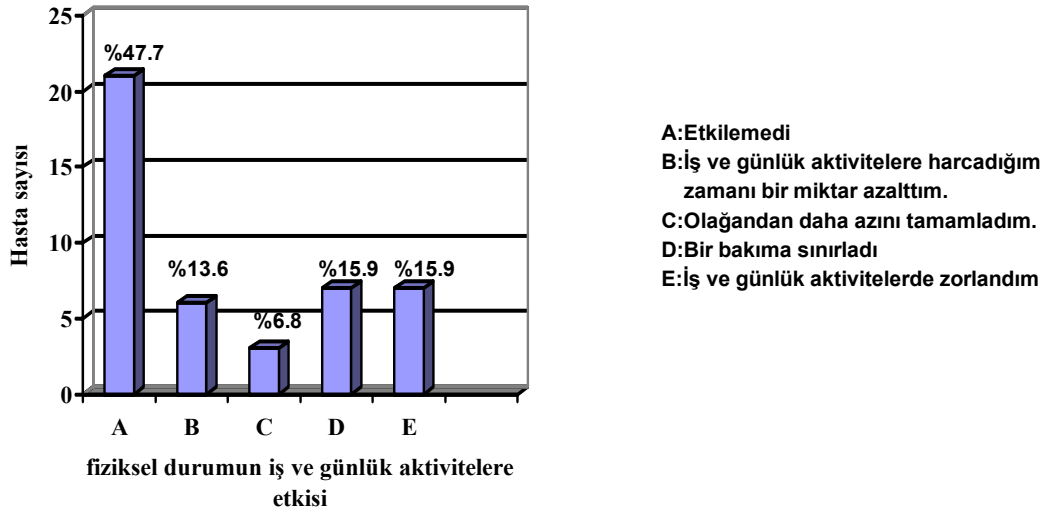
olduğu bulundu. Hastaların genel sağlık durumlarının 1 yıl öncesine göre dağılımı incelendiğinde ise % 9.10'unun biraz iyi, % 81.80 'inin aynı veya daha kötü, % 9,10'unun ise çok kötü olduğu bulundu (Şekil 2,3). Hastaların fiziksel ve emosyonel durumlarının kendilerinin iş ve diğer günlük aktivitelere etkisi Şekil 4 ve 5'te gösterilmiştir. Hastaların son 4 haftada bedensel ağrılarının Şiddeti ile bu ağrılarının normal iŐlerine engel olup olmaması açısından incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($x^2=33.109^a$, $p<0.05$).



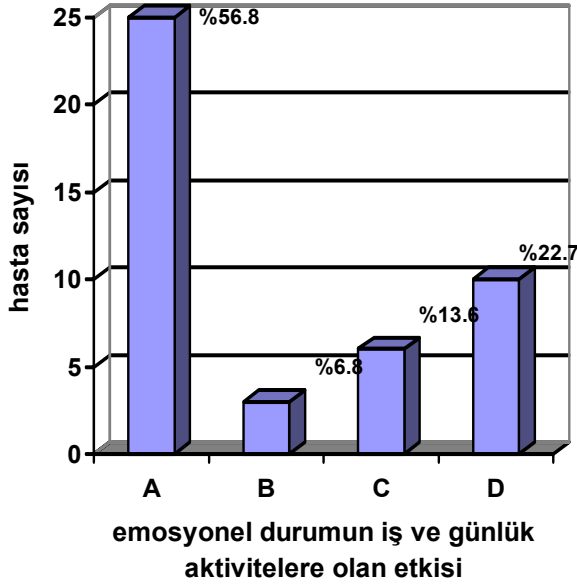
Şekil 2: Hastaların genel sağlık durumlarına göre dağılımı



Şekil 3: Hasta grubunun son 1 yıl öncesine göre genel sağlık durumlarının gösterilmesi



Şekil 4: Hasta grubunun fiziksel durumlarının, iş ve günlük aktivitelerine etkisi



A:Etkilemedi
B:İş ve günlük aktivitelere harcadığım zamanı bir miktar azalttım.
C:Olağandan daha azını tamamladım.
D:İş ve diğer aktivitelere yeterince dikkatli olmadım.

Şekil 5: Hasta grubunun emosyonel durumlarının, iş ve günlük aktivitelere olan etkisi

Hastaların ağrılarının, kendi fiziksel aktivitelerini sınırlandırma derecelerine bakıldığında; kuvvetli aktivite, koşma, ağırlık kaldırma gibi aktivitelerin 24 hastada (% 54.50); masa hareketi, ev süpürme gibi orta aktivite gereken işlerin 20 hastada (% 40.90); hafif yük taşıma gibi işlerin 17 hastada (%20.50); birçok merdiven çıkmanın 9 hastada (% 20.50), bir km den fazla yürümenin 2 hastada (% 2.60), birkaç apartman bloğu yürümenin 1 hastada (% 2.30) sınırlandığı görülürken; bir bir merdiven çıkma, bir blok yürüme, banyo yapma ve kendi kendine giyinme gibi fiziksel aktivitelerde sınırlandırma yaşayan hasta olmadı (Tablo 5).

Tablo 5: Hasta Grubunda Ağrının Günlük Fiziksel Aktivitelere Etkisi

Özellikler *	Fiziksel Aktivitelerin Sınırlandırılması Konusunda Verilen Cevaplar			
	Etki var		Etki yok	
	Sayı	%	Sayı	%
Kuvvetli aktivite, koşma, ağırlık kaldırma	24	54.50	20	45.50
Orta aktivite, Masa hareketi, ev süpürme	18	40.90	26	59.10
Bakkal eşyalarını taşıma gibi hafif yük taşıma	17	28.60	27	61.40
Birçok merdiven çıkma	9	20.50	35	79.50
Bir merdivenden çıkma	0	0.0	44	100.00
Eğilme, çömelme	1	2.30	43	97.70
Bir km den fazla yürüme	2	2.60	42	95.50
Birkaç apartman bloğu yürüme	1	2.30	43	97.70
Bir blok yürüme	0	0.0	44	100.00
Banyo veya kendi kendine giyinme	0	0.0	44	100.00

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta grubunda ağrıya faydalı olan faktörlerin dağılımı Tablo 6’de verilmiştir. Buna göre ağrısı olan kadınların % 50.00’si istirahat etmektedir. Sıcak uygulama % 40.90, peroral ağrı medikasyonu % 27,30, sıcak banyo ve enjeksiyon % 25,00 oranında uygulamaktadır.

Tablo 6: Hasta Grubunda Ağrıya Faydalı Olan Faktörlerin Dağılımı

Ağrıya Faydalı Olan Faktörler*	Hasta Grubu	
	Sayı	%
Meditasyon	1	2.30
Masaj	6	13.60
Relaksasyon	5	11.40
Buz	1	2.30
Ağrı medikasyonu	12	27.30
Dışkılama	10	22.70
Laksatifler	2	4.50
Mesaneyi boşaltma	5	11.40
İstirahat	22	50.00
Sıcak uygulama	18	40.90
Enjeksiyon	11	25.00
Müzik	3	6.80
Sıcak banyo	11	25.00

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta grubunda ağrıyı şiddetlendiren faktörler değerlendirildiğinde en çok ilişkinin % 47.70 oranında ağrıyı arttırdığı görülmektedir. Daha sonra ise ayakta durmanın % 38.60, mesane doluluğunun % 29.50 ve egzersizin % 22.70 oranında arttırdığı bulunmuştur. Diğer faktörler Tablo 7’de ayrıntılı olarak görülmektedir.

Tablo 7: Hasta Grubunda Ağrıyı Şiddetlendiren Faktörlerin Dağılımı

Ağrıyı Şiddetlendiren Faktörler*	Hasta Sayısı	
	Sayı	%
İlişki	21	47.70
Dışkılama	4	9.10
Yürüme	7	15.90
Orgazm	3	6.80
Elbise teması	3	6.80
Mesane doluluğu	13	29.50
Egzersiz	10	22.70
Öksürme,aksırma	4	9.10
Stres	9	20.50
İşeme	4	9.10
Yemek yeme	4	9.10
Ayakta durma	17	38.60

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta grubu ağrı tiplerine göre incelendiğinde kramp tarzı ağrılar hastaların % 87.30'inde, sızlar tarzı veya hassasiyet oluşturan ağrı % 79.50, bıçak saplanır tarzı ağrı % 75.00, keskin tarzda ağrı % 69.20, kemirici tarzda ağrı % 59.10, sıcak-yanıcı ve biktirici-yorucu tarzda ağrı % 47.70, yarma tarzı ağrı % 45.50, kusturucu tarzda ağrı % 22.70 ve korku veren ağrı % 9.10 oranında bulundu (Tablo 8).

Tablo 8: Hasta Grubunun Ağrı Tiplerine Göre Dağılımı

Ağrı tipi*	Sayı	%
Bıçak saplanır	33	75.00
Keskin	30	69.20
Kramp	34	87.30
Kemirici	26	59.10
Sıcak,yanıcı	21	47.70
Sızlar	35	79.50
Hassasiyet	35	79.50
Yarma tarzı	20	45.50
Biktirici,yorucu	21	47.70
Kusturucu	10	22.70
Korku veren	4	9.10
Dayanılmaz	8	18.20

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta grubunun pelvik ağrı nedeniyle daha önce almış olduğu tedaviler incelendiğinde en çok analjezi (% 77.30), oral kontraseptif (% 50.00), masaj (% 29.50), bitki tedavisi (% 25.00) ve antidepresan tedavi (% 22.70) aldığı bulundu (Tablo 9).

Tablo 9: Hasta Grubunun Daha Önce Almış Olduğu Tedavilerin Dağılımı

Daha Önce Almış Olduğu Tedavi*	Sayı	%
Antidepresanlar	10	22.70
OKS	22	50.00
GnRH analogu	1	2.30
Bitki tedavisi	11	25.00
Analjezik	34	77.30
Masaj	13	29.50
Meditasyon	5	11.40
Nutrisyon	4	9.10
Psikoterapi	1	2.30
Romatolojist	2	4.50
Cerrahi	2	4.50
Antibiyoterapi	2	4.50
Tedavi almayanlar	4	9.10

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kronik pelvik ağrılı hastalar doğum kontrol yöntemlerine göre incelendiğinde ise % 34.10'luk kısmının herhangi bir korunma yöntemi kullanmadığı, kullanan hastaların ise kondom % 18.20, takvim yöntemi ve geri çekme % 13.60, rahim içi araç % 9.1, oral kontraseptif % 6.80, diafram ve tuba ligasyonunun ise % 2.30 oranında olduğu bulundu (Tablo 10).

Tablo 10: Hasta Grubunun Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemlerinin Dağılımı

Doğum Kontrol Yöntemi	Sayı	%
Yok	15	34,10
RİA	4	9,10
Takvim	6	13,60
Diafram	1	2,30
tuba ligasyonu	1	2,30
Kondom	8	18,20
geri çekme	6	13,60
OKS	3	6,80
Toplam	44	100,0

Tablo 11: Hasta Grubunun Ağrı Şiddeti Durumuna Göre Dağılımı

Ağrı Şiddeti	Sıklık	%
Hafif	16	36,40
Orta	12	27,30
Ağır	16	36,40
Toplam	44	100,0

Pelvik ağrılı hastalarla kontrol grubu arasındaki laparoskopik batın gözlemlerine bakıldığında pelvik ağrılı grupta 6 hastada gözlem sonucu normal olarak bulunurken kontrol grubunda 18 hastada normal olarak bulundu. Her iki grup arasında laparoskopik bulgular arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2=34.964^a$, $p<0.05$) (Tablo 12). Hasta grubunda endometriozis görülme oranı % 31.80 iken kontrol grubunda % 16.10 oranında idi. Adhezyon ise hasta grubunda % 36.40, kontrol grubunda % 9.40 idi. Sırayla diğer laparoskopik bulguların oranları hakkında bilgi verecek olursak hidrosalpinks hasta grubunda % 9.10, kontrol grubunda % 3.20; myoma uteri hasta grubunda % 11.40, kontrol grubunda % 6.5; retrovert uterus hasta grubunda % 9.10, kontrol grubunda % 12.90; basit overyal kist hasta grubunda % 22.70, kontrol grubunda % 0.0, kronik pelvik inflamatuvar hastalık hasta grubunda % 4.50, kontrol grubunda % 6.50 oranında bulundu.

Tablo 12: Hasta Grubu ile Kontrol Grubu Hastaları Arasında Laparoskopik Gözlem Sonuçlarının Karşılaştırılması

Laparoskopik Tanı*	Kontrol	Hasta Grubu	Toplam
Normal	18	6	24
Adhezyon	1	5	6
Endometriozis	3	5	8
AdhezyonpozitifMyom	0	1	1
EndometriozispozitifAdhezyon	0	6	6
AdhezyonpozitifRetrovert Uterus	0	1	1
Retrovert Uterus	2	2	4
Polikistik Over	0	1	1
Basit Ovaryan Kist	0	6	6
Myom	0	2	2
EndometriozispozitifBasit Ovaryel KistpozitifAdhezyon	0	2	2
Retrovert Uterus pozitifBasit Ovaryel Kist	1	1	2
HidrosalpenkspozitifKronik Pelvik Inflamasyon	0	1	1
MyompozitifBasit Ovaryel Kist	0	1	1
Hidrosalpenks	1	1	2
HidrosalpenkspozitifMyom	0	1	1
EndometriozispozitifHidrosalpenkspozitifAdhezyon	0	1	1
Kronik Pelvik Enflamasyon	1	1	2
Retrovert UteruspozitifEndometriozis	1	0	1
MyompozitifEndometriozis	1	0	1
AdhezyonpozitifKronik Pelvik Inflamasyon	1	0	1
AdhezyonpozitifMyom	1	0	1
Toplam	31	44	75

*p=0.028

Hastalara yapılan laparoskopi sonucunda 2 olguda (% 4.50) hafif endometriozis, 5 olguda (% 11.40) orta endometriozis, 7 olguda (% 15.90) ağır endometriozis olmak üzere 14 hastada endometriozis saptandı. Kontrol grubunda ise 4 hastada (% 7.90) hafif endometriozis, 1 olguda (% 3.20) orta endometriozise rastlanırken ağır endometriozis olgusu görülmedi. Bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($\chi^2 = 8.625$, $p=0.035$) (Tablo 13).

Tablo 13: Hasta ve Kontrol Grubundaki Endometriozis Görülen Hastaların Derecelendirilerek Değerlendirilmesi

Endometriozis Derecesi	Hasta Grubu		Kontrol		p
	Sayı	%	sayı	%	
Hafif	2	4.50	4	7.90	0.035
Orta	5	11.40	1	3.20	
Ağır	7	15.90	0	0.00	
Toplam	14	31.80	5	11.10	

Hasta grubuna yapılan tanısal laparoskopiler sonucunda endometriozis saptanan olgularda endometriozisin derecesine göre CA125 değerleri arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyon vardı (Spearman korelasyon, $r=0.334$, $p=0,028$).

Pelvik ağrısı olan hastalara yapılan laparoskopi sonucunda endometriozis saptanan hastaların endometriotik odaklarının yerleşimi Tablo 14’te verilmiştir. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında bu yerleşim yeri açısından istatistiksel olarak kuvvetli anlam bulunmuştur ($p=0.001$).

Tablo 14: Hasta ve Kontrol Grubunda Tanısal Laparoskopi Sonucuna Göre Mevcut Endometriotik Odakların Yerleşimi

ENDOMETRIOZIS ODAKLARININ YERLEŞİMİ*	Hasta Grubu		Kontrol	
	SAYI	%	SAYI	%
over yerleşimli derin endometriozis	4	9.10	1	3.20
fossa ovarika'da yüzeysel odaklar pozitif parsiyel douglas tutulumu	1	2.30	0	0.0
bilateral overyel >3 cm endometrioma	2	4.50	0	0.0
tam douglas obliterasyonu pozitif bir overde endometrioma	1	2.30	0	0.0
tek taraflı sakroueterin lig tutulumu	1	2.30	0	0.0
bilateral >3 cm endometrioma pozitif bir overde yüzeysel tutulum	1	2.30	0	0.0
bilateral >3 cm endometrioma ve fossa ovarika tutulumu	1	2.30	0	0.0
tek taraflı 1-3 cm lik endometrioma pozitif parsiyel douglas kapalı	1	2.30	0	0.0
tam douglas kapalı pozitif lig ovarii proprium tutulumu	1	2.30	0	0.0
tam douglas kapalı pozitif bilateral ovaryen endometrioma	1	2.30	0	0.0
her iki fossa ovarikada 1-3 cmlik odaklar	0	0.00	1	3.20
mesane önünde ve tek taraflı sakro uterusinde odaklar	0	0.00	1	3.20
parsiyel douglas kapalı pozitif tek taraflı overde yüzeysel odaklar	0	0.00	1	3.20
bilateral over yüzeysel pozitif proprium ovarii ve fossa ovaride odaklar	0	0.00	1	3.20

*p<0.05

Tablo 15'te belirtildiği gibi genel anestezi altında kronik pelvik ağrılı hastalara yapılan tanısal laparoskopi sonucunda 37 hastada operasyona devam edilerek 8 hastaya laparoskopik kist eksizyonu, 9 hastaya laparoskopik endometrioma eksizyonu, 8 hastaya laparoskopik adezyolizis, 1 hastaya laparoskopik salpenjektomi, 1 hastaya laparoskopik endometriozis koterizasyonu yapılırken laparatomik olarak 3 hastaya TAH + BSO, 3 hastaya adezyolizis, 1 hastaya myomektomi, 3 hastaya kist eksizyonu uygulandı (Tablo 15).

Tablo 15: Hasta Grubuna Yapılan Operasyon Türlerinin Dağılımı

Özellikler	LSK kist eksizyonu	LSK endometri oma eksizyonu	LSK adezyolizi s	LSK salpenjek tomi	LSK endometr iozis koterizas yonu	TAH + BSO	Myomekt omi	laparatom ik adezyolizi s	laparatom ik kist eksizyon u
Kronik pelvik ağrı	8 %18.20	9 %20.50	8 %18.20	1 %2.30	1 %2.30	3 %6.80	1 %2.30	3 %6.80	3 %6.80

Hasta grubunun ağrı lokalizasyonları Tablo 16’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Hasta grubunun ağrı lokalizasyonları, laparoskopik tanıları ile karşılaştırıldığında endometriozis ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$). Ağrı lokalizasyonları ile sistoskopi sonucuna göre sistit bulunan hastalar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 16).

Tablo 16: Hasta Grubunda Ağrılan Bölgelerin Laparoskopik, Sistoskopik Bulgularına Göre Dağılımı

Ağrı Lokalizasyonları	Laparoskopik Tanılar								Sistoskopi
	Endometriozis	Adhezyon	Hidrosalpinks	Myom	Retrovert Uterus	Basit Ovaryel Kist	KPI	PCO	Sistit
Bilateral inguinal bölge	1	3	1	2	1	5	1	0	5
Sağ inguinal bölge	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Sol inguinal bölge	0	0	1	1	0	0	0	0	0
Suprapubik	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Vulva	0	1	0	1	0	0	0	0	0
Sağ inguinal ve sağ bel bölgesi	2	2	1	0	0	1	0	0	0
Tüm batın ve bel bölgesi	1	2	0	0	0	1	0	0	0
Bilateralinguinal bölge ve sırt bölgesi	1	2	0	0	0	0	0	0	1
Tüm karın	2	2	0	0	0	0	0	0	1
Tüm karın, bel ve vulva	3	2	0	0	0	0	0	0	1
Sağ inguinal bölge ve vulva	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Bilateral inguinal bölge, sırt ve vulva	1	1	0	0	0	0	0	0	1
Bilateral inguinal bölge ve vulva	1	1	1	1	1	2	0	0	1
Tüm karın ve vulva	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Suprapubik ve vulva	0	0	0	0	1	1	0	0	1
Toplam	14	16	4	5	4	10	2	0	13
p	.005	.234	.644	.422	.227	.552	.069	.082	.422

Tablo 17’de hasta grubunun ağrı lokalizasyonları ile psikiyatrik bulgular ve ağrı şiddeti incelendiğinde hastaların ağrılan bölgeleri ile psikiyatrik tanılar içinde yalnızca somatizasyon bozukluğu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=33.507^a$, $p=0.001$). Ağrı lokalizasyonlarına göre ağrı şiddeti değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görüldü.

Tablo 17: Hasta Grubunda Ağrıyan Bölgelerin Psikiyatrik Bulgular ve Ağrı Şiddetine Göre Dağılımı

Ağrı Lokalizasyonları	Psikiyatrik Bulgular					Ağrı Şiddeti		
	Normal	Depreyon	Anksiyete	SB	CİB	Hafif	Orta	Ağır
Bilateral inguinal bölge	8	4	7	0	7	5	5	5
Sağ inguinal bölge	0	1	1	0	2	0	1	1
Sol inguinal bölge	1	0	1	0	2	1	0	1
Suprapubik	0	0	0	1	1	1	0	0
Vulva	0	1	1	0	1	0	1	0
Sağ inguinal ve sağ bel bölgesi	0	1	1	1	2	0	0	2
Tüm batın ve bel bölgesi	3	0	0	0	0	1	2	0
Bilateralinguinal bölge ve sırt bölgesi	3	1	0	0	0	3	1	0
Tüm karın	3	1	0	0	0	2	0	1
Tüm karın, bel ve vulva	3	2	2	0	1	1	1	1
Sağ inguinal bölge ve vulva	1	0	0	0	0	1	0	0
Bilateral inguinal bölge, sırt ve vulva	1	0	1	0	0	0	0	1
Bilateral inguinal bölge ve vulva	4	1	2	0	2	1	0	3
Tüm karın ve vulva	1	1	0	0	1	0	0	1
Suprapubik ve vulva	1	0	1	1	0	0	1	0
Toplam	22	13	17	3	19	16	12	16
p	.397	.647	.385	.001	.079	0.439		

Bizim çalışmamızda hasta grubundaki 10 (% 22.40) kadına interstisyel sistit tanısı koyduk. Hasta grubuna yapılan sistoskopi sonucunda 13 kadının (% 29.50) pozitif sistoskopi bulguları mevcuttu; 18 kadında (% 40.90) ise frequency veya noktüri ve urgency gibi klinik semptomlar vardı. Pozitif sistoskopi bulguları ile, üriner

semptomların varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Üriner semptomları olan 18 kadından 11'inde pozitif sistoskopik bulgu mevcutken, üriner semptomları olmayan 26 kadından yalnızca 2 tanesinde pozitif sistoskopik bulgu mevcuttu ($\chi^2=14,581$, $p<0.05$).

Hasta grubunun interstisyel sistit tanısı ile laparoskopik bulguların sonuçları karşılaştırıldıklarında ve özellikle endometriozis ve adhezyon için ele alındığında endometriozisi olan 14 hastadan yalnızca 2'sinde laparoskopik olarak adhezyon tanısı konan 16 hastadan ise yalnızca 1'inde interstisyel sistit görüldü. İnterstisyel sistit ile laparoskopik bulgular arasındaki bağlantı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

İnterstisyel sistit ile psikiyatrik faktörler değerlendirildiğinde hasta grubunda depresyon belirtileri gösteren 13 hastanın 5'inde, anksiyete belirtisi gösteren 17 hastanın 5'inde, somatizasyon bozukluğu gösteren 3 hastanın 1'inde ve cinsel işlev bozukluğu gösteren 19 hastanın 4'ünde interstisyel sistit tanısı konuldu, fakat istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 18).

Tablo 18: Hasta Grubunda İnterstisyel Sistit Tanısı ile Laparoskopik ve Psikiyatrik Tanıların Karşılaştırılması

Özellikler		İnterstisyel Sistit Tanısı*		Toplam
		Evet	Hayır	
Laparoskopik tanımlar	Endometriozis	2	12	14
	Adhezyon	1	15	16
	Hidrosalpinks	0	4	4
	Myom	1	4	5
	Retrovert uterus	2	2	4
	Basit overyal kist	2	8	10
	Kr. PİD	1	1	2
Psikiyatrik tanımlar	Depresyon	5	8	13
	Anksiyete	5	12	17
	Somatizasyon bzk.	1	2	3
	Cinsel işlev bzk.	4	15	19

* $p>0.05$

Hasta grubunda kronik pelvik ağrının ürolojik yönden etiyojisinin araştırılmasına yönelik olarak tam idrar tetkiki normal olan bu hastalara önce KCl testi daha sonra intraoperatif laparoskopi sonrası sistoskopi uygulandı. Hasta grubunun KCl testi ve sistoskopi bulgularının dağılımına bakıldığında KCl testi sonucunda hastaların % 79.50'i normal bulunurken, % 20.50'sinde sistit ile uyumlu bulgular saptandı. Hasta grubunun sistoskopi bulgularına göre ise %70.50'si normal, %29,50'si ise sistit ile uyumlu bulundu. Sistoskopi ile KCl testi karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı olarak bulundu ($\chi^2=26.980^a$, $p=0.001$) (Tablo 19).

Tablo 19: Hasta Grubunun KCl Testi ve Sistoskopi Bulgularının Dağılımı

Ürolojik Değerlendirme*	Hasta Grubu			
	Sistit ile uyumlu hasta sayısı	%	normal	%
KCl Testi	9	20.50	35	79.50
Sistoskopi	13	29.50	31	70.50

* $\chi^2=26.980^a$, $p=0.001$

Hasta grubunda laparoskopik sonuçlar ile daha önce geçirilmiş cerrahi tedaviler χ^2 testi ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak çok anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20: Hasta Grubunun Daha Önce Geçirmiş Olduğu Cerrahi Tedavilerle Yapılan Tanısal Laparoskopisi Sonucu Arasındaki Bağlantı

Laparoskopik Tanılar	Geçirilmiş Cerrahi Öyküsü		
	Yok	Batın İçi Operasyonu Olanlar	Toplam
Normal	6	0	6
Adhezyonpozitifmyom	0	1	1
Adhezyon	1	4	5
Endometriozis	4	0	5
Endometriozispozitifadhezyon	5	1	6
Adhezyonpozitifretrovert uterus	1	0	1
retrovert uterus	2	0	2
Pcos	1	0	1
basit ovaryan kist	5	0	6
Myom	2	0	2
Endo.pozitifadhezyonpozitifbasit kist	2	0	2
retrovertpozitifbasit kist	1	0	1
hidrosalpenkspozitifKPI	1	0	1
myompozitifbasit kist	0	0	1
Hidrosalpenks	0	1	1
hidrosalpenkspozitifmyom	1	0	1
endopozitifhidrosalpenkspozitifadhe.	0	1	1
Kronik pelvik inflamasyon	0	1	1
Toplam	32	9	44

* p=0.006

Hasta grubu incelendiğinde 3 hastanın cinsel taciz gördüğü, 14 kişinin şiddete maruz kaldığı ve 4 kişinin hayati tehdit gördüğü bulundu. (Tablo 21)

Tablo 21: Hasta grubunun Cinsel Taciz, Şiddete Uğrama ve Hayati Tehdit durumları

Özellikler	Var	%	Yok	%
Cinsel Taciz	3	6.80	41	93.20
Şiddete Uğrama	14	31.80	30	68,20
Hayati tehdit	4	9.90	40	90.10

Kronik pelvik ağrılı hastalar psikiyatrik yönden değerlendirildiğinde hastalardan 19 (% 43.20)'unda cinsel işlev bozukluğu, 17 (% 38.60) sinde anksiyete, 13 (% 29.50)'ünde depresif bulgular ve 3(% 6.80)'ünde somatizasyon bozukluğu görüldü (Tablo 22).

Tablo 22: Hasta Grubunun Mevcut Psikiyatrik Bulguları

Psikiyatrik değerlendirme	Sayı	%
Depresyon	13	29.50
Anksiyete	17	38.60
Somatizasyon bozukluğu	3	6.80
Cinsel işlev bozukluğu	19	43.20

Hasta grubunda vizüel analog skalası ile göre hastaların ağrı skorlarıyla ile psikiyatrik tanıları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde depresyon ve cinsel işlev bozukluğu ile pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu. Ağrı şiddetlerine göre depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu arasında yine pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu (Tablo 23).

Tablo 23: Hasta grubunun ağrı skoru ve ağrı şiddetlerinin psikiyatrik tanılarla karşılaştırılması

Özellikler		Psikiyatrik Tanılar			
		Depresyon	Anksiyete	Somatizasyon Bozukluğu	Cinsel İşlev Bozukluğu
Ağrı skoru	r	0.540*	0.246	0.050	0.297*
	p	0.000	0.107	0.748	0.049
Ağrı şiddeti	r	0.526*	0.657*	0.000	0.592*
	p	0.000	0.000	1.000	0.000

Tablo 24: Kronik Pelvik Ağrılı Hastaların Laparoskopik Gözlemlerinin Psikiyatrik Yönden Birbirleriyle Karşılaştırılması

Laparoskopik Tanı*		Psikiyatrik Tanı*			
		Depresyon	Anksiyete	Somatizasyon Bozukluğu	Cinsel İşlev Bozukluğu
Endometriozis	r	0.331*	0.071	0.177	-0.033
	p	0.028	0.645	0.251	0.832
	n	7	6	2	6
Adhezyon	r	0.132	0.115	-0.017	-0.277
	p	0.394	0.459	0.913	0.068
	n	6	5	1	4
Hidrosalpinks	r	-0.032	0.074	-0.086	0.203
	p	0.839	0.634	0.581	0.186
	n	1	2	0	3
Myoma Uteri	r	0.082	0.157	-0.097	0.266
	p	0.596	0.308	0.532	0.081
	n	2	3	0	4
Retrovert Uterus	r	-0.032	0.074	0.228	0.044
	p	0.839	0.634	0.136	0.779
	n	1	2	1	2
Basit Overyal Kist	r	-0.232	0.015	0.284	-0.035
	p	0.129	0.922	0.062	0.822
	n	2	4	2	4
Kronik Pelvik Inf.	r	0.337*	0.051	-0.059	0.250
	p	0.025	0.743	0.703	0.101
	n	2	1	0	2
PCO	r	-0.099	-0.121	-0.041	-0.133
	p	0.524	0.434	0.790	0.390
	n	0	0	0	0

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Hasta grubunun laparoskopik gözlemlerinin, psikiyatrik tanılarla karşılaştırıldığında, endometriozis ve kronik pelvik inflamasyon ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Kronik pelvik ağrı, kadınlarda acı, ızdırıp ve yetersizlik oluşturan önemli nedenlerden biri olup aynı zamanda yüksek sağlık bakımı ve sosyal maliyetle de ilişkilidir. Etiyolojisi kompleks ve sıklıkla karanlıktır. Klinik çalışmalar çoğunlukla negatif sonuç verir (7,100,107). Bu nedenle kronik pelvik ağrının çözümü klinisyenler için zor bir durumdur.

Kronik pelvik ağrının gerçek prevalansını belirtmek zor olsa da ABD’de 18 ile 50 yaş arasındaki populasyon bazlı incelemelerde % 14.70 oranında olduğu; çalışanların % 15.70’sinin işinde zaman kaybı yaşadığı ve % 45.00’nde de iş yükünün azaltıldığı rapor edilmiştir (7). ABD’de kronik pelvik ağrı nedeniyle hastane veya klinikte aynı günde ayaktan tedavi ve taburcu edilen hastaların medikal maliyeti yıl başına 881.5 milyon dolardır. İngiltere’de posta ile gönderilen anket formunun doldurulması ile yapılan çalışmada reproduktif çağıdaki kadınların % 24.00’nde kronik pelvik ağrı rapor edilmiştir (107). Bu rakamlara bakıldığında kronik pelvik ağrının önemi daha iyi anlaşılmaktadır.

Kronik pelvik ağrılı hastaların değerlendirilmesinde anamnez ve fizik muayene çok önemlidir. Fakat fizik muayenenin normal olduğu hastaların % 50.00’sinde laparoskopik bulgu mevcuttur (103,104). Laparoskopinin minimal invaziv bir yöntem olması ve saptanan anomalilerin tedavisinde kullanılabilir olması nedeniyle reproduktif organların incelenmesinde sık kullanılan bir yöntemdir (108).

Biz bu çalışmada kronik pelvik ağrısı olan 44 hastaya jinekolojik nedenlere yönelik olarak genel anestezi altında tanısal laparoskopi, ürolojik semptomlara yönelik sistoskopi ve operasyondan 1 hafta önce de özel anketlerin doldurulması suretiyle psikiyatrik değerlendirme yaptık. Kontrol grubunda ise pelvik ağrısı olmayan laparoskopik tuba ligasyonu yapılan hastaların kayıtlarını aldık. Her iki grubun karşılaştırılmasında yaşta istatistiksel olarak anlamlı fark bulduk ($p<0.05$). Bu farkın yaş ilerledikçe pelvik inflamatuvar hastalık, adhezyon gibi problemlerin artmasına bağlı olduğunu düşündük. Gravida oranlarında ise yine istatistiksel anlamda fark saptandı ($p<0.05$). Bundaki sebebi hasta grubunda infertil hastaların % 11.00 oranında olması ve bekar olanların ise % 13.00 oranında olması, kontrol grubunda ise hastaların tamamının evli ve infertil olmamasından kaynaklandığı düşünüldü.

Bu çalışmada hasta grubunun ağrılı dönemlerde ağrısına faydalı olan faktörler Tablo 6’da sunulmuştur. Bu faktörler endometriozis açısından incelendiğinde

endometriozis tanısı alan hastaların meditasyon, masaj, enjeksiyon tedavisi ile istatistiksel olarak anlamlı beraberlik gösterdiği bulundu ($p<0.05$). Literatürde ise geleneksel tedaviler dışında destekleyici tedavi olarak akupunktur, geleneksel çin tıbbı, bitkisel tedavi, immunoterapi, yoga, meditasyon, hipnoz gibi tedavi şekillerinin minimal hastalıkta yararlı olduğu belirtilmektedir (109). Hasta grubundaki adhezyonların varlığı ile ağrıya faydalı faktörler arasında enjeksiyon tedavisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Bizim çalışmamızda hasta grubunun fiziksel durumlarına göre % 15.90'unun iş ve günlük aktivitelerde zorlandığı, % 15,90'ının bu aktivitelerde bir bakıma zorlandığı, % 6.80'inin olağandan daha azını tamamladığı bulunmuştur. Yine hasta grubunun emosyonel durumunun, % 22.70 oranında hastaların iş ve diğer günlük aktivitelerle dikkat göstermesinde zorlanmaya sebep olmuştur. Gallop'un yaptığı bir çalışmada ise, 5325 kadında % 16.00 vakada kronik ağrı saptamış ve bunların % 11.00'unda kronik kasık ağrısına bağlı günlük ev aktivitelerinin kısıtlandığını ve % 11.90 oranında seksüel disfonksiyon yaşadığını, % 15,80'inin tedavi aldığını ve % 3.90'mın her ay bir iş günü kaybının olduğunu saptamıştır (7).

Hasta grubu doğum komplikasyonları açısından incelendiğinde % 22.70'inde epizyotomi, % 11.40'ında vaginal laserasyon, % 4.50'sinde sezeryan, % 6.80'inde zor doğum öyküsü, % 2.30'unda postpartum kanama bulundu. Hasta grubunda geçirilmiş sezeryan operasyonu, abortus ve küretaj öyküsü ile siklik olmayan pelvik ağrı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Latthe P. ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ise siklik olmayan kronik pelvik ağrı ile geçirilmiş sezeryan operasyonu ve abortus arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur. Diğer taraftan küretaj sayısı ile anlamlı bir korelasyon saptanamamıştır. Buradaki farklılık bizim hasta grubumuzdaki siklik olmayan pelvik ağrılı hastaların 9 hasta ile (% 20.00) sınırlı olmasından kaynaklanıyor olabilir (110).

Hasta grubunun ağrı lokalizasyonları incelendiğinde bunun için hastalara hazırlanmış bir vücut haritası üzerinde ağrıyan bölgelerinin işaretlenmesi istenmiştir. Böyle bir haritada sonuçta hastaların çoğunda ağrıyan bölgelerin başka bölgelerde de olduğu görülebilmektedir. Bizim çalışmamızda % 36.00 oranında bel bölgesi ve % 15.00 oranında sırt bölgesinin işaretlendiği görülmüştür. Yine bu vücut haritasının kullanıldığı bir çalışmada kronik pelvik ağrılı hastalarda % 60.00'ında baş ağrısı, % 90.00 kadarında da bel ağrısı tespit edilmiştir (100). Buradaki farklılık, seçilen hasta popülasyonunun ve hasta sayısının farklı olmasından kaynaklanabilir.

Hasta grubunda pelvik ağrı nedeniyle veya ağrıdan farklı nedenle batın operasyonu geçiren hasta sayısı 9 iken (% 20.00), kontrol grubunda ise 1 hastada batın operasyonu mevcut idi. Kontrol grubunda 31 hastada 13 (% 41.00) laparoskopik pozitif bulgu mevcuttu. Hasta grubunda ise 44 hastada 38 (% 86.00) laparoskopik pozitif bulgu mevcuttu. Oranlar arasındaki fark istatistiksel olarak ($p=0.001$) çok anlamlı idi.

Literatürde genel anestezi altında yapılan tanısal laparoskopilerde kasık ağrısı olmayan kadınlarda laparoskopik bulgu olmayanların oranı % 72.00 iken, bizim bu çalışmamızda ise bulduğumuz oran % 59.00'dur. Ayrıca literatürde pelvik ağrısı olmayan hastalarda adhezyon oranı % 17.00 iken, bizim çalışmamızda % 9.70, endometriozis oranı literatürde % 5.00 iken bizim çalışmamızda % 16.00, myoma uteri oranı literatürde % 2.00 iken bizim çalışmamızda % 6.50, kronik pelvik inflamatuvar durum ise literatürde % 1.00 iken bu çalışmada % 6.50 olarak bulunmuştur. Adhezyon oranının düşük olması ve endometriozis, myoma uteri ve kronik pelvik ağrı oranlarının yüksek olması seçilen popülasyonda geçirilmiş operasyonun olmaması, seçilen popülasyonun farklılığı ve endometriozisin derecesinin düşük olmasına bağlı olduğu düşünüldü (Tablo 20).

Tablo 24: Literatürde Konvansiyonel Laparoskopi İle Kasık Ağrısı Olmayan Hastaların Laparoskopi Bulgularının Karşılaştırılması (112).

Çalışmayı Yapan	Hasta Sayısı	Patoloji Bulunmayanların %'Si	Endometriozis %	Adhezyon %	Myoma Uteri %	Over Kisti %	Kr. PID %	Pelvik Varikozite	Diğer %
Drake ve Grunert 1980	43	76	5	12	7	-	-	-	-
Strathy 1982	200	74	2	7	6	-	2	-	9
Kresch 1984	50	56	15	14	-	-	-	15	-
Trimbos 1990	200	74	3	14	5	2	2	-	-
Stout 1991	12	42	25	25	8	-	-	-	-
Mahmood 1991	598	72	6	22	-	-	-	-	-
Toplam	1103	72	5	17	2	-	1	-	2

Literatürde kronik pelvik ağrısı olan kadınların laparoskopi bulgularının bizim çalışmamızdaki genel anestezi altında yapılan laparoskopi bulguları ile karşılaştırıldığında literatürde laparoskopi sonrası herhangi bir patoloji saptanamayanların oranı % 35.00 iken, bu çalışmada laparoskopi bulgusu bulunmayanların oranı % 13.60 idi. Adhezyon görülme oranı bizim çalışmamızda % 36.40 iken, literatür ortalamalarında % 24.00 bulunmuş. Buradaki fark bazı otörler tarafından geçirilmiş laparatominin laparoskopi için kontrendikasyon kabul edilmesinden kaynaklanabilir. Çünkü bizim çalışmamızda 9 hastanın (% 20.00) geçirilmiş batın operasyonu mevcuttu. Bizim çalışmamızda adhezyonlarla, ağrı şiddeti arasında bağlantı değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. Bu tür araştırmalardan biri olan Rapkin'in çalışmasında ağrısız infertil kadınlarla, kronik pelvik ağrılı kadınlar arasında adhezyon prevalansları açısından bir fark bulunmamıştır (79). Yine aynı çalışmada ağrının ciddiyeti ve lokalizasyonu ile, adhezyonların ciddiyeti ve yerleşimleri arasında bir korelasyon bulunmamıştır. Yapılan adezyolizisin ağrının giderilmesinde ne derecede etkili olduğu konusundaki tartışmalar da devam etmektedir.

İlerlemiş endometriozis ve barsağı tutan dens adhezyonların kronik pelvik ağrı yapabileceği konusunda çok az çelişki vardır. Bizim çalışmamızda da endometriozis ile adhezyon arasında istatistiksel anlamda çok kuvvetli beraberlik mevcuttu ($p=0.001$).

Endometriozisin görülme sıklığı bu çalışmada % 31.80 olup literatür ortalaması olan % 33.00 oranına yaklaşık olarak bulunmuştur. Burada laparoskopi esnasında endometriozis tanısı gözlem ve patoloji ile beraber kondu. Birçok jinekolog endometriozis tanısının konulmasında ve ekarte edilmesinde visuel bulguların % 90.00'dan fazla oranda doğru olduğunu belirtmişlerdir (69-71). Ancak başka bir çalışmada atipik lezyonların endometriozisin üçte birini oluşturduğu ve pigmentsiz lezyonların endometriozisin % 15.00'ini oluşturduğu gösterilmiştir (72). Martin'in bir çalışmasında biyopsi yapılarak atipik lezyonlara daha fazla tanı konulmuş ve laparoskopi doğruluğu % 47.00'den % 72.00'ye çıkmıştır (72). Bazı yayınlarda ayrıca sadece gözle bakmakla yanlış olarak yüksek oranda endometriozis tanısı konulabileceği belirtilmektedir. Neden olarak da hemanjiomlar, ektopik gebelik, daha önceki cerrahiye bağlı karbon depozit birikimi, normal periton, submezotelyal mikrokanama, endosalpingozis ve over kanserine yanlılıkla endometriozis tanısı konulabileceği bildirilmiştir (72). Peritoneal defektler endometriozisin diğer bir klinik görünümü olup endometriozis tanısı olan hastaların % 20.00'sinde peritoneal poş vardır ve tanı için

kesin eksizyonel biyopsi şarttır (71). Bizim çalışmamızda ise 8 hastada laparoskopik endometrioma eksizyonu sonrası, 1 vakada laparatomik kist eksizyonu sonrası, 3 hastada TAH + BSO ve 1 hastada laparatomik adezyolizis sonrası toplam 13 vakada operasyon materyallerin patolojik değerlendirmesi ile endometriozis tanısı kondu. Yalnızca 1 vakada laparoskopik olarak endometriozisten şüpheli odakların koterizasyonu yapıldı, patolojiye herhangi bir materyal gönderilmedi. Sonuç olarak kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda cerrahi sırasında tanı konulan endometriozis sıklığının % 32.00 civarında olduğu kabul edilmektedir (103). Ancak bu oran için % 15.00'lerden (51) % 80.00'lere (111) kadar değişen oranlar mevcuttur. Gerek gözlemi yapan hekimin tecrübesi, gerekse kronik pelvik ağrı tanı kriterlerinin katı olarak konulmasının bu değişen oranlarda etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde kronik pelvik ağrılı hastaların laparoskopi bulguları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 25: Literatürde Kronik Pelvik Ağrısı Olan Hastaların Laparoskopi Bulguları (112).

Çalışmayı Yapan	Hasta Sayısı	Patoloji Bulunmayanlar %	Endometriozis %	Adhezyon %	Kr. PID %	Over Kisti %	Pelvik Varikosite %	Myoma Uteri %	Diğer %
Renaer (1981)	108	58	20	0	21	0	0	0	0
Kresch (1984)	100	9	32	51	0	0	3	0	5
Rosenthal (1984)	60	25	17	40	-	-	-	-	18
Levitan (1985)	186	92	2	3	4	0	0	0	0
Rapkin (1986)	100	36	37	26	0	1	0	0	0
Bahary (1987)	130	18	5	2	29	15	1	4	25
Longstreth (1990)	76	36	20	36	4	17	0	5	7
Vercellini (1990)	126	37	32	18	6	2	0	0	3
Koninckx (1991)	227	3	74	52	2	0	0	0	0
Peters (1991)	49	65	8	18	0	4	2	2	0
Mahmood (1991)	156	57	15	28	0	0	0	0	0
Howard (1994)	65	8	38	34	3	6	0	2	9
Carter (1994)	141	0	80	13	0	0	0	3	2
Toplam	1524	35	33	24	5	3	<1	<1	4

Bizim çalışmamızda hasta grubunda dismenore, derin disparoni ve non menstrüel ağrıya göre laparoskopik bulgular değerlendirildiğinde özellikle endometriozis ve adhezyon, bu ağrı tipleri karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu konuda yapılmış Milingos ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kronik pelvik ağrısı olan infertil 369 hastada özellikle şiddetli dismenore ile endometriozis mevcudiyeti arasında birliktelik saptanırken, adhezyonlar ile siklik olmayan ağrılar arasında da bir beraberlik bulunmuştur (113). Bu bulgular 1997’de Muzii ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ile uyumlu bulunmuştur ve buna göre endometriozisin derecesiyle dismenore şiddetinin arttığı saptanmıştır (114). Başka bir çalışmada infertil kadınlarda over endometriomasının şiddetli adet sancısı ve pelvik ağrı yapan tek sebep olduğu belirtilmiş ve ağrılarının genellikle steroid hormon konsantrasyonlarındaki dalgalanmalarla uyumluluk gösterdiği ileri sürülmüştür (56,115).

Endometriozis ile ağrı arasında bu kadar yoğun ilişkinin ortaya konulmasına karşın, endometriozisin derecesi ile ağrı şiddetini araştıran çalışmaların sonuçları şaşırtıcı ve tartışmalıdır. İlk defa 1970’li yılların sonlarında Buttram ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ağrı şiddeti ile endometriozis arasında herhangi bir korelasyon olmadığı saptanmıştır (116). Daha sonra yapılan bazı çalışmalarda Amerikan Fertilité Cemiyeti’nin (AFS) belirlediği evreleme sistemi ile ağrı şiddeti arasındaki korelasyonun beklenildiği gibi olmadığı ortaya konulmuştur. Fedele ve arkadaşlarının yaptığı 160 vakalık prospektif çalışmada dismenore, pelvik ağrı ve disparoninin varlığı ve şiddeti ile Amerikan Fertilité Cemiyeti’nin hastalık evreleme sınıflandırılması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ovaryen lezyonu olan hastaların ağrı profilleri, ovaryen ve peritoneal hastalığı olanlarla benzer bulunmuştur. Tersine aynı grup tarafından sonraki bir çalışmada ovaryen endometriomaların infertil hastalardaki dismenore ve pelvik hastalık ile ilişkili tek lezyon olduğu bildirilmiştir (55,56). Başka bir çalışmada endometriozisin evresiyle ağrı arasında korelasyon iyi olmamakla birlikte derin lezyonlarla (62) özellikle rektovaginal endometriozis ile (117) ve total endometrial implantların sayısı (118) ile korelasyon gösterdiği saptanmıştır.

Önceki yayınlar incelendiğinde gözlenen önemli hataların ağrısız kadınlarla çalışmaların karşılaştırılmaması ve hasta durumu hakkında endoskopist tarafından körleme yapılmaması olması (gözlemci biası) olduğu görülmektedir. Ağrısız kadınlardaki yapılmış az sayıdaki araştırmaların birinde endometriozis sıklığının, pelvik

ağrısı olmayan kadınlardan farklı olmadığı tespit edilmiştir (29). Balash ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise infertilite, kronik pelvik ağrı ve tüp ligasyonu amacıyla yapılan laparoskopilerde endometriozis sıklığının benzer olduğu belirtilmiştir (119). Bizim çalışmamızda ise hasta grubu ile kontrol grubu arasında endometriozis sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($\chi^2=8,625^a$, $p=0.035$). Yine bu çalışmada hasta grubunda endometriozis derecesi ile ağrı skoru arasında pozitif yönde, orta kuvvette, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır (Spearman korelasyon, $r=0.404$, $p=0.007$). Bu konu tartışmalı olmakla birlikte seçilen hasta popülasyonuna bağlı olarak da bu farklılıkların oluştuğunu söyleyebiliriz.

Endometriozis ile subfertilite arasındaki ilişki çoğu kez kabul edilmekle beraber genel olarak endometriozisin orta ve ağır şiddette olduğu durumlarda, overleri içine alan, ovaryen ve tubal motiliteyi etkileyen adhezyonlar fertilitiyi büyük oranda etkiler (66). Bu konuda sayısız mekanizmalar ortaya atılsa da, fertilitite ile minimal ve hafif endometriozis arasındaki ilişki hala tartışmalıdır (66,120). Pelvik ağrısı olmayan ve tuba ligasyonu yapılan hastalardaki endometriozis prevalansının endometriozisli infertil kadınlardan yüksek olmadığı görülmüştür. İnfertil olmayan kadınlarda % 80.00 oranında hafif veya minimal, % 20.00 oranında ise orta ve ciddi endometriozis tespit edilmiştir (121-126). Çalışmamızdaki infertil olan 5 hastadan 1 tanesinde orta endometriozis saptandı. Tuba ligasyonu yapılan herhangi bir şikayeti olmayan kontrol grubumuzda 31 hastadan 4 hastada hafif endometriozis 1 hastada ise orta endometriozis saptandı. Bu bulgular literatür bilgisi ile uyumlu olmakla beraber infertilite ile endometriozis arasındaki bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p<0.05$).

Çalışmada hasta grubunun ağrı tiplerinin laparoskopik tanılarla karşılaştırılmasında endometriozis derecesiyle bıçak saplanır, keskin, bıkırtıcı yorucu, korku veren, dayanılmaz tipte ağrılarla pozitif yönde, orta kuvvette istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur.

CA125, çöломik kaynaklı bazı epitel hücrelerinin oluşturduğu bir glikoprotein olup, şiddetli endometriozis vakaların over kanserleri kadar olmamakla birlikte seviyelerinin arttığını görmekteyiz. Hastaların büyük kısmında CA125 ölçümleri tek başına endometriozisin varlığını saptamada yeterli olamaz (127-129). CA125 seviyelerinin ileri evre endometriozisle beraber arttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda hasta grubunun tanısal laparoskopisi sonucunda endometriozis tanısı alanlarda endometriozisin derecesiyle CA125 değerleri arasında pozitif yönde, orta

kuvvette, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulunmuştur (Spearman korelasyon, $r=0.384$, $p<0.05$). Başka bir çalışmada pelvik ağrılı ve endometriozisli kadınların % 80.00'inde skor 16'dan fazla bulunmuştur (130,131). Bu çalışmada ise bu oran % 62.00'dir.

Over kistlerinin kronik pelvik ağrı nedeniyle yapılan laparoskopilerdeki oranı oldukça değişmektedir. Burada bir etken olarak birçok hastanın normalde gözükken benign fonksiyonel over kistlerini yanlış olarak kronik kasık ağrısının sebebi olarak görmeleri ve daha ileri tetkik yaptırmamaları olarak düşünülmüştür. Bizim çalışmamızda hasta grubu ile kontrol grubu arasında basit over kistleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulduk ($p<0.05$). Fonksiyonel over kistlerinde ağrı olduğunu bildiren çalışmalar olsa da (5,132) kronik over kistleri pek ağrı yapmaz. Overin zengin visseral innervasyonuna rağmen over boyutlarındaki yavaş artış ağrı yapmaz. Bunu destekleyen en önemli hipotez ileri evre over kanserlerinde bile ağrı olmamasıdır. Bizim çalışmamızdaki bu farklılığı örnek sayısının azlığına ve alınan hasta popülasyonuna bağlayabiliriz.

Genel anestezi ile laparoskopi esnasında intraabdominal basınç yüksekliği ve Trendelenburg pozisyonuna bağlı venöz drenaj olması sebebiyle venöz distansiyonun azalmasına ve yanlış negatif tanı konmasına neden olabileceğinden dolayı bizim çalışmamızdaki hasta grubunun laparoskopik gözlem bulgularına göre pelvik konjesyon tanısını koymadık.

Myomlarda ağrı genellikle dismenore veya basınç tipindedir. Myomlardaki basınç tipi ağrı genellikle kronik pelvik ağrı yapar. Myomlarda olan ağrının etiyolojisine beraberinde bulunabilecek endometriozis ve adhezyonlar katkıda bulunabilir. Bizim çalışmamızda da hasta grubu ile kontrol grubu arasında myoma uteri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

İnterstisyel sistit, urgency, frequency, noktüri ve pelvik ağrı ile karakterize bir sendrom olup kadınlarda bu hastalığın prevalansı iyi çalışılmış değildir. ABD'de interstisyel sistit prevalansı 10-67/100000 olarak belirlenmiştir (133-134). İnterstisyel sistit tanısı klasik olarak yukarıda sayılan semptomlarla sistoskopik bulguların kombinasyonu sonucu konulur. Bu çalışmada biz 1)urgency, 2)frequency veya noktüri, 3)pozitif sistoskopi bulgularının kombinasyonu mevcut olan hastalara interstisyel sistit tanısını koyduk. Sistoskopinin bir tanı kriteri olarak kullanılmasının yanında hidrodistansiyonla yapılan sistoskopi sonrasında üriner şikayetleri olan hastaların % 70.00'inin faydalı olduğunu ifade etmesi sistoskopinin bir tedavi modeli olarak

düşünülmesi gerektiğini göstermektedir. Sistoskopik bulgu olarak glomerulasyonlar, Hunner ülserleri, fibrosis ve lineer çatlakların görülmesini çalışmamızda interstisyel sistit için pozitif bulgu olarak aldık. Bu konuda Clemons ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada 45 kronik pelvik ağrısı olan hastanın 17'sinde interstisyel sistit saptamışlar ve oranını % 38.00 olarak bulmuşlardır (135). Bizim çalışmamızda ise bu oranı % 22.00 olarak bulduk. Bu konudaki prevalans çok iyi bilinmese de Clemons ve arkadaşları buldukları % 38.00 oranını yüksek olarak bildirerek nedeninin rastgele seçim ve araştırmanın genel jinekoloji hekimleri tarafından yapılmasına bağlamışlardır. Bu konuda % 20.00 ile % 80.00 arasında değişen oranlar verilmektedir.

Yapılan bir çalışmada interstisyel sistiti olan hastaların % 91.00'inde urgency, % 91.00'inde frequency, % 70.00'inde pelvik ağrı, % 60.00'inde dizüri, % 37,00'sinde ilişkiden günler sonra ağrı ve % 22.00'sinde hematüri görülmüştür. Hastaların % 55.00'i devamlı sürele ağrılarının olduğunu ve % 57.00'si şiddetli ve ızdırap verici tipte ağrılarının olduğunu belirtmişlerdir (136). Bizim çalışmamızda da hastaların tamamında urgency, noktüri % 70.00 oranında, frequency % 90.00 oranında görülmüştür. Vaka sayımızın azlığı devantaj olmakla beraber oranlar hemen hemen birbirine yakındır.

Pelvik ağrı sendromları ile interstisyel sistit arasındaki ilişki değerlendirildiğinde interstisyel sistitin endometriozis, vulvadynea ve sebebi bilinmeyen kronik pelvik ağrılı hastalarla pozitif yönde mukayese edilebilir olduğu görülmektedir. Tekrarlayan çalışmalarla beraber bütün pelvik ağrısı olan kadınlarda interstisyel sistitin altta yatan sebep olarak ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini göstermiştir (135). Bir çalışmada, etiyojisi tam ortaya konamayan kronik pelvik ağrılı hastalarda % 75.00 oranında bulguların interstisyel sistit ile uyumlu olduğu bulunmuştur (138). Başka bir çalışmada endometriozise bağlı pelvik ağrısı olan hastalarda interstisyel sistit ile uyumlu bulguların insidansının yüksek olduğu bildirilmiştir (137). Clemons ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise interstisyel sistit ile endometriozis arasında istatistiksel olarak anlamlı bir beraberlik bulunmamıştır. Bizim çalışmamızda da endometriozis ile interstisyel sistit arasında istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır. Kronik pelvik ağrılı hastalarda etiyojije yönelik olarak tanısal laparoskopi yapılan ve endometriozis saptanan hastalara sistoskopi de yapılmalıdır. Laparoskopi negatif çıkan hastalarda interstisyel sistit tanısı dışlanarak sistoskopinin yapılmamasından kaçınılmalıdır.

Vulvar vestibulit daha önce sadece dermatolojik durumlarla birlikteliği söz konusu iken interstisyel sistit ile olan ilişkisinin farkına varılmıştır (139). İnterstisyel sistit mesanenin kronik nörojenik inflamasyonu ile vulvadaki kutanöz damarlardan plazmanın ekstrasvazasyonuna yol açmasının yanı sıra kutanöz duyarlılık ve trofik değişikliklerle subcutan dokunun kalınlaşmasına yol açar (140). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda interstisyel sistit ile vulvar ağrı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir bağlantı saptanmıştır ($x^2=4.314$, $p<0.05$).

KCl testi veya potasyum sensitivite testi birçok ürolog tarafından interstisyel sistit için klinik marker olarak kullanılmıştır (141). Bu testte intraveziküler olarak 0.4 M KCl verilerek mesanedeki ağrı ve rahatsızlık hissi değerlendirilir (142). Bizim çalışmamızda da KCl testi pozitifliği ile sistoskopik olarak sistit görünümü ve interstisyel sistit tanısı alan hastalarla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

İnterstisyel sistitin psikiyatrik tanılardan özellikle depresyonla ilişkili olduğuna dair birçok yayın bulunmaktadır. Wu ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada interstisyel sistitli hastalarda depresyon ve anksiyetenin interstisyel sistiti olmayanlara göre daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (143). Rabin ve arkadaşları ise interstisyel sistitteki ağrı seviyelerinin kronik pelvik ağrının diğer nedenlerine göre daha fazla olduğunu yine bununla birlikte depresyon seviyelerinin interstisyel sistitli hastalarda, normal popülasyona ve kronik pelvik ağrılı diğer popülasyonlara göre daha fazla olduğunu bulmuşlardır (144). Başka bir çalışmada ise interstisyel sistitin şiddeti ile fiziksel ve sosyal hayat arasında büyük oranda anlamlı bir bağlantı olduğu belirtilmiş, fakat yaşam alanının niteliği ile depresif semptomlarla uyumsuz olduğunu bildirmişlerdir (145). Novi ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise irritabl barsak hastalığı ve depresyon birlikteliği interstisyel sistiti olan hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla bulunmuştur (146). Bizim çalışmamızda interstisyel sistitli hastaların yaklaşık % 40.00'ında depresif semptomlar ve yine hastaların % 30.00'unda anksiyete bulguları görülmüştür. Fakat bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu farklılığı kontrol grubundaki hastaların psikiyatrik yönden değerlendirilememesi ve interstisyel sistitli hasta sayısının az olmasına bağlayabiliriz. Sonuç olarak interstisyel sistitin erken tanı ve tedavisi gereksiz, aşırı işlem ve tedavileri engelleyebilir ve hastanın yaşam kalitesini iyileştirebilir. Üriner semptomları olan bütün kadınlarda mesane kökenli pelvik ağrı mutlaka düşünülmeli ve ayırıcı tanısı yapılmalıdır.

Kronik pelvik ağrı nedeniyle refere edilen hastaların yaklaşık olarak % 60.00'ına psikiyatrik tanılar konulabilmektedir. Bunlar arasında en çok major depresif bozuklukları içeren affektif bozukluklar başta gelmektedir. Bu psikiyatrik tanıların primer olarak mı yoksa pelvik ağrıya sekonder olarak mı geliştiği tartışmalıdır. Bir çalışmada pelvik ağrılı hastaların % 75.00 inde ağrı semptomundan önce depresyon bulunmuştur. Burada ağrı ve duygudurum değişikliklerini birbirinden bağımsız, ayrı ayrı ele almak yerine her iki durumun birbirini arttıran bir kısır döngü olarak düşünmek ve ona göre değerlendirmek gerekir.

Konuyla ilgili olarak Russo ve arkadaşları pelvik ağrının organik nedenleri olmadığı durumlarda hastaların hayatlarında pelvik ağrının anksiyete bozuklukları, agorafobi ve nörotisizm dereceleri ile lineer korelasyon gösterdiklerini belirtmişlerdir (147). Walker ve arkadaşları medikal olarak açıklanamayan fiziksel semptomların psikiyatrik sıkıntılardan kaynaklanabileceğine ışık tutmuştur (148). Bu nedenle pelvik ağrılı hastalarda pratik olarak psikopatolojisinin de olduğu değişik medikal sistemler gözden geçirilmeli ve medikal ve psikolojik terapilerin uygunluğu sağlanmalıdır. Kronik pelvik ağrıda görülebilen psikiyatrik tanılar Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26: Kronik Ağrıda Psikiyatrik Tanıların Oranlarının Dağılımı

Psikiyatrik Tanı	Kronik Pelvik Ağrıdaki Prevalansı
Depresyon	% 25.00-50.00
Somatoform hastalıklar	% 10.00-20.00
Anksiyete hastalıkları	% 10.00-20.00
Disosiasyon hastalıkları	% 5.00
Yeme hastalıkları	< % 5.00
Obsesif kompulsif nevroz	< % 5.00
Narsistik kişilik	< % 5.00
Borderline kişilik	< % 2.00
Paranoid şizofreni	< % 1.00
Multiple psikiyatrik tanı	% 20.00-30.00
Psikiyatrik tanı almayan	% 30.00-50.00

Bizim çalışmamızda hasta grubu psikiyatrik açıdan değerlendirildiğinde depresyonun % 29.00 oranında, anksiyetenin % 39.00 oranında, somatizasyon bozukluğunun % 6.80 oranında ve cinsel işlev bozukluğunun % 43.20 oranında olduğu görüldü.

Ağrı ve depresyon birbirleriyle yakından ilişkili olabilen iki klinik durumdur ve bu yakın bağlantı iki durumunda benzer mediatörleri kullanmasından kaynaklanıyor olabilir (157). Nolan ve arkadaşları pelvik ağrısı olan 71 hastanın 51'sinde (% 72.00) uyku bozuklukları, 72 hastanın 37'sinde (% 51.00) Beck Depresyon Ölçeği tarafından klinik olarak depresyon saptamışlardır (41). Slocumb ve arkadaşları ise pelvik ağrısı olan jinekolojik hastalarda kontrol grubuna göre daha fazla oranda anksiyete, depresyon, saldırganlık ve somatik semptomlar bulmuşlardır (149). Bizim çalışmamızda kontrol grubunun kayıtları retrospektif olarak incelendiğinden dolayı kontrol grubunda psikiyatrik değerlendirme yapılamamıştır. Ancak hasta grubunun vizüel analog skalasına göre oluşturulmuş ağrı skoru ve ağrının şiddeti ile psikiyatrik bulgular değerlendirildiğinde ağrı skoru ile depresyon ve cinsel işlev bozukluğu arasında; ağrının şiddeti ile depresyon, anksiyete ve cinsel işlev bozukluğu arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon görülmüştür. Laparoskopik bulgular ile psikiyatrik bulgular karşılaştırıldıklarında depresyon ile endometriozis ve kronik pelvik inflamasyon arasında pozitif yönde, orta kuvvette, istatistiksel olarak anlamlı korelasyon saptanmıştır. Kronik pelvik ağrı ile depresyon arasındaki bu yakın ilişkiye rağmen depresif semptomların ağrı gelişiminden önce veya sonra mı olduğu sorusu halen tartışmalıdır.

Kronik pelvik ağrılı hastalarda artmış oranda üst abdominal ağrı, diyare, konstipasyon, sırt ağrısı, dispareni, dismenore, bulantı, şişkinlik, nefessizlik, soluk alamama, baş dönmesi güçsüzlük ve menstrüal irregülerite gibi somatizasyon bulgularına rastlanılabilir. Bu çalışmada somatizasyon bozukluğuna % 6.80 oranında rastlanmıştır.

Ağrının algılanmasında önemli faktörlerden biri olan fiziksel ve cinsel taciz hikayesinin içinde olduğu sosyoçevresel faktörler incelendiğinde hasta grubunda cinsel tacizin % 6.80 oranında, şiddet içeren eyleme maruz kalma % 31.80 oranında ve hayati tehdit ise % 9.90 oranında olduğu görüldü. Kontrol grubundaki hastalar sosyoçevresel faktörler açısından incelenememekle beraber kronik pelvik ağrısı olmayan kadınlarla yapılmış çok sayıda karşılaştırmalı çalışmalarda pelvik ağrısı olan kadınlarda fiziksel ve adult dönemdeki taciz hikayelerinin daha sık olduğu ve % 52.00 ile % 12.00 arasında

değiştığı gösterilmiştir (39,100,102). Reiter'in kronik pelvik ağrısı olan 106 kadını içeren çalışmada hastaların % 48.00'inde major psikoseksüel travma öyküsü mevcut olup bu da 92 kişilik ağrısız kontrol grubundaki % 6.50 değerinden anlamlı ölçüde farklı bulunmuştur (28). Bizim çalışmamızda bu farklı yüzdeler toplumlar arası sosyokültürel farklılıktan oluşabilecek hastaya ait çekinme, yalan söyleme gibi faktörlerden kaynaklanıyor olabilir. Bunun ötesinde bu taciz hikayesiyle, madde bağımlılığı, depresyon ve seksüel disfonksiyon arasında yakın ilişkili olduğu unutulmayarak hastalar buna yönelik olarak hastalar ayrıntılı ele alınmalıdır.

Jinekolojik tanısal laparoskopilerin % 40.00'ı kronik pelvik ağrılı hastalarda etiyolojiye yönelik olarak yapılmaktadır. Kronik pelvik ağrının tanısında laparoskopi altın standart olarak bilinmesinin yanında laparoskopinin etkinliği ile ilgili olarak yeni sorgulamalar ve tartışmalara gidilmektedir. Howard'ın yaptığı bir çalışmada kronik pelvik ağrılı hastalardaki laparoskopi sonucunda hastaların % 61.00'inde endometriozis, pelvik adhezyon, pelvik inflamatuvar hastalık ve ovarian kist bulunmuştur. İnfertilitesi olan asemptomatik kadınlarda yapılan laparoskopiler sonucunda benzer bulguların bu hasta grubunda % 28.00 oranında görüldüğü bulunmuştur (5). Bu nedenle yazar çalışmada kesin olmamakla birlikte laparoskopinin etiyoloji araştırmalarında en son kullanılacak yöntem olmaması gerektiğini bildirmiştir. Pelvik ağrılı hastalara yapılan laparoskopilerde anormal bulguların insidansı % 35.00 ile % 83.00 arasında değişmektedir (150). Bu bulgular arasında en sık endometriozis ve adhezyon yer almaktadır. Böylece kronik pelvik ağrıda laparoskopi yapılmasının amaçlarından birinin endometriozis ve pelvik adhezyonları göstermek veya ekarte etmek olması gereken önemli bir konudur. Bizim çalışmamızda da hasta grubunda laparoskopik gözlem sonucunda % 86.40 oranında pelvik patolojiye rastlanırken, % 13.60 oranında normal olarak bulunmuştur. Kontrol grubunda ise % 41.90 oranında patolojik bulguya rastlanırken, hastaların % 58.10'inde laparoskopik olarak patolojik bulguya rastlanmamıştır. Pelvik ağrılı hasta grubunda endometriozisli hastaların oranı % 31.80, adhezyonlu hastaların oranı ise % 36.40 idi. Hasta grubunda ise endometriozis % 16.10, adhezyon ise % 9.70 oranında bulundu. Hasta grubunun % 84.00'üne operatif tedavi uygulandı.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki pelvik ağrılı hastalarda endometriozis ve adhezyonun gösterilmesi birebir oranda ağrının altında yatan patolojiyi göstermemektedir (103,151,152). Endometriozis asemptomatik kadınlarda % 44.00-49.00 arasında teşhis edilmiştir. Başka bir ifade ile endometriozisin dökümente edildiği

kadınların % 50.00'sinden fazlasında pelvik ağrı bulunmamıştır (153,152). Daha önce de belirtildiği gibi endometriozis ve adhezyonların prevalansının ağrısı olmayan ve laparoskopi yapılan infertil ve tubal sterilizasyon vakalarında kronik pelvik ağrılı kadınlardan farklı olmadığı gösterilmiş olması (51,116,118) ve pelvik ağrılı hastalarda jinekolojik olmayan hastalıkların sık görülmesi (102) laparoskopinin kronik pelvik ağrıdaki sensitivite ve spesifitesini düşürmüştür. Endometriozisin tedavisinde medikal tedavi ile cerrahi tedaviyi karşılaştıran randomize çalışma olamamakla beraber Walker ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada pelvik ağrı nedeniyle yapılan laparoskopilerde endometriozis saptanan hastalara cerrahi müdahale yapılmayarak postoperatif 6 ay süreyle GnRH analogu verilmiştir. 2 yılın sonunda ağrının rekürrensine % 28.00 oranında rastlanmıştır. Başka bir çalışmada kronik pelvik ağrılı kadınlarda yapılan laparoskopi ile endometriozis bulunan ve endometriozis odaklarına laser ablasyon uygulanan hastaların bir bölümüne postoperatif GnRH analogu, bir bölümüne ise plasebo verilmiştir. İki yıl sonra plasebo verilenlerin % 57.00'si, GnRH analogu verilenlerin ise % 31.00'i ek tedavi istemişlerdir. Buna göre pelvik ağrının ve endometriozisin tedavisinde GnRH analoglarının da etkili olduğu belirtilmiştir.

Raymond ve arkadaşları 70 kronik pelvik ağrısı olan hasta ile yaptıkları çalışmalarında tanısal laparoskopi sonucunda 60 hastada % 85.70 oranında patolojik bulguya rastlamışlardır. Postoperatif olarak hastaları dikkate değer ölçüde uzun (3 yıl) takip etmişler ve kronik ağrısı olan hastaların yönetiminde diagnostik ve terapötik laparoskopiyi güvenli ve efektif bir yaklaşım olarak görmüşlerdir. Yapılan agresif terapötik laparoskopiler sonucunda (adezyolizis, apendektomi, kolesistektomi ve herni tamiri) hastaların ağrılarında % 70.00 oranında iyileşme bulmuşlardır (154). Evre I, II ve III endometriozisi bulunan 63 hastadan oluşan çalışmada laparoskopik cerrahi tedavi uygulanan hastalarda kontrol grubuna göre daha iyi sonuçlar alınmış, hasta grubunda 32 hastanın 20'sinde ağrının giderilmesi konusunda başarılı olunurken kontrol grubunda ise 31 hastanın 7'sinde başarı sağlanmıştır (155). Elcombe ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada ise tanısal laparoskopinin bazı psikososyal mekanizmaların sonucu olarak kronik pelvik ağrılı kadınlarda plasebo etki ile faydalı olduğu bulunmuştur (150). Baker ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise tanısal laparoskopinin bu plasebo etkisinin periton insuflasyonu, anestezi ve ağrı kesicilere de bağlı olabileceğini belirterek hastaların yarısında 6 aya kadar semptomatik düzelme sağlandığı bildirilmiştir (156).

Pelvik ağrılı hastalara laparoskopik yaklaşımın bir diğer avantajı özellikle medikal tedaviye yanıt vermeyen şiddetli dismenorede ve endometriozisle ilişkili olarak orta hat pelvik ağrılarda laparoskopik uterin sinir ablasyonu (LUNA) ve presakral nörektomi (PSN) uygulanabilmesidir. Ayrıca laparoskopi sırasında gereken durumlarda Douglas bölgesinden, fallop tüplerinden ve adneksiyel apselerden alınan materyellerle mikrobiyolojik çalışmalar yapılarak uygun antibiyotik başlanabilir (157).

Noninvaziv yöntemlere olan artmış ilgiye rağmen kronik pelvik ağrının araştırılmasında genel anestezi altında laparoskopi halen önemini korumaktadır. Rektovaginal septum ve pelvik retroperitoneal alanlar gibi bazı anatomik bölgeler laparoskopi ile kolay inspekte edilen yerler olmamasına rağmen yüksek rezolüsyonlu transvaginal ultrasonografi ve gerektiğinde manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile yanlış negatiflik oranı da azalacaktır. Bununla birlikte belki de daha önemli konulardan biri laparoskopiyi kimin yapacağı ve bilgilerin dikkatli bir şekilde kaydedilmesinin zorunlu olmasıdır. Kronik pelvik ağrı için laparoskopi yapan cerrahlar örnek olarak hafif ve orta endometriozis, adhezyonlar, over kistleri, hidrosalpink gibi hastalıklarda “gör ve mücadele et” temeline dayanarak yeterli sürede ve iyi standartlarda laparoskopiyi tamamlayabilmelidir. Bundan başka cerrah ameliyat sonrasında hasta ile iletişimi koparmayarak takip etmeli ve multi disiplinler bir yaklaşımla gerektiğinde ağrı yönetimindeki diğer metodları anlatmalı ve ileri tetkikleri isteyebilmelidir (158).

Günümüzde ilerleyen teknoloji ve iletişim sistemleriyle hastalar kendi hastalıklarıyla ilgili olarak daha iyi bilgilenmektedir. Bu ise hasta doktor ilişkisini giderek değiştirmekte ve hastalar kendi hastalıklarının yönetimi ile ilgili olarak pasif olmaktansa katılımcı olmayı tercih etmektedir. Hastanın yaşamını iyileştirmek yanında hastalığın doğasını hastayla paylaşmak ve anlamasını sağlamak rezidüe ağrıya toleransı daha da kolaylaştırmaktadır. Bu nedenle hastalara yapılan laparoskopiler sonrasında anatomik yapıların videoya kaydedilerek izlemelerini sağlayarak ağrı yönetiminde daha başarılı sonuçlar da alınabilir.

SONUÇ

Kronik pelvik ağrı, içerisinde biyolojik ve psikososyal faktörlerin rol oynadığı anlaşılması güç bir sendromdur. Jinekologlar tarafından her zaman iyi yönetilemeyen rahatsız edici ve yaygın bir hastalıktır. Hastalara sistematik olarak yaklaşılmalı, iyi bir anamnez ve fizik muayene yapılarak var olan ek hastalıklar eksiksiz olarak sorgulanmalıdır. Kronik pelvik ağrısı olan bütün hastalarda probleme farklı açılardan multidisipliner bir ekiple yaklaşarak bakılması zorunludur. Gambone ve arkadaşları, bu hastaların genitouriner sistem üzerinde bilgisi olan jinekolog, psikolog, anesteziolog, ürolog ve gastroenterolog tarafından beraberce değerlendirilmesini önermişlerdir (159).

Kronik pelvik ağrılı hastalara yaklaşımda doktor, tedavi edici, destekleyici, sıcak ve samimi olmalıdır. Hastaların ağrılarının devam etmesi veya tekrar kuvvetlenmesi göz önüne alınarak bir takip planı oluşturulmalıdır. Stratejilerin relaksasyon teknikleri, stres yönetimi, seksüel ve evlilik danışmanlığı ve diğer psikoterapötik yaklaşımları içermesi gerekmektedir. Bu tip bir multidisipliner yaklaşımın pelvik ağrılı hastalarda % 85.00 oranında başarılı olduğu gösterilmiştir (160). Organik patolojilerin ekarte edildiği hastalarda akupunktur, transkutanöz elektriksel stimülasyon, hipnoz, egzersiz, biofeedback tedavi ve yoğun psikoterapinin içinde olduğu diğer alternatif tedavi şekillerinin ağrının azaltılmasında % 71.00 oranında başarılı olduğu bulunmuştur (161). Anksiyete ve depresyon tedavisi hastaların psikososyal fonksiyonların iyileştirmede, iş hayatında, seksüel aktivitenin artmasında etkili olabilir.

Buna rağmen her hastada multidisipliner takım yardımına rağmen her zaman tam bir kür sağlanamayabilir. Bu durumlarda bir dereceye kadar ağrı kalsa bile hastanın yaşam kalitesini en üst düzeye çıkarmak hedef alınarak en iyi çözüm bulunmaya çalışılmalıdır. Bunu uygularken hasta izni, bilgi paylaşımı ve dürüstlük çerçevesinde hareket edilmelidir. Zaten bu tutum pelvik ağrı probleminin de bir parçasıdır.

KAYNAKLAR

1. Jacobson L, Weström L: Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*, 105:1088, 1969.
2. Kresch AJ, Kresch SB: Sexual problems in gynecology patients: Guidelines for office practice. *Clin Obstet Gynecol* 19: 465, 1976.
3. Reiter RC, Gambone JC. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med*. 1991; 36: 253-259.
4. Steege JF, Stout AI. Resolution of chronic pelvic pain after laparoscopic lysis at adhesions. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 278-21.
5. Howard FM. The role of laparoscopy in the evaluation of chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Survey* 1993; 48: 10-46.
6. P Jamiesson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritable bowel syndrome primary care practices. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 55-58.
7. Mathias SD, Kupperman M, Liberman RF, et al. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 321-7.
8. Gelbaya TA, El-Halwagy EH. Focus on primary care: Chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol Survey* 2001; 56: 757-64.
9. Melzack R. Neurophysiologic foundations of pain. In: Sternbach RA, ed. *The Psychology of Pain*. New York: Raven Pres, 1986, pp 1-24.
10. Schaffer CB, Donlon PT, Bittle RM. Chronic pain and depression: A clinical and family history survey. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 118-20.
11. Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clinics NA* 1993; 20: 627-42.
12. Walker EA, Sullivan MD, Stecneher MA. Use of antidepressants in the management of women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clinics NA* 1993; 20: 743-51.
13. Rapkin AJ, Mayer EA. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 663-83.
14. George FL. Irritable bowel syndrome and chronic pelvic pain. *Obstet and Gynecol Survey* 1994; 49: 505-507.

15. Prior A, Whorwell PJ. Gynaecological consultation in patients with the irritable bowel syndrome. *Gut* 1989; 30: 996-8.
16. Prior A, Wilson K, Whorwell PJ et al. Irritable bowel syndrome in the gynecological clinic. Survey of 798 new referrals. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1820-4.
17. Whitehead WE, Cheskin LJ, Heller BR et al. Evidence for exacerbation of irritable bowel syndrome during menses. *Gastroenterology* 1990; 98: 1485-9.
18. Whitehead WE, Schuster MM. *Gastrointestinal Disorders: Behavioral and Physiologic Basis for Treatment*. San Diego, CA: Academic Pres; 1985, pp 155-177.
19. Ambrosetti P, Robert JH, Witzig JA, et al. Acute left colonic diverticulitis: a prospective analysis of 226 consecutive cases. *Surgery* 1994; 115: 546-50.
20. Guillem JG, Forde KA, Treat MR, Nevgut AL, O'Toole KM, Diamond BE. Colonoscopic screening for neoplasms in asymptomatic first-degree relative of colon cancer patients. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 523-25.
21. Coli RL, Pitsch RM, Blatchfer GJ. Rare pelvic floor hernias. Report of a case review of the literature. *Dis Colon Rectum*. 1992; 35: 604-12.
22. Miklos JR, O'Reilly MJ, Sage WB. Sciatic hernia as a cause of chronic pelvic pain in women. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 998-1001.
23. Karram MM. Frequency, urgency, and painful bladder syndromes. In: Walters MD, Karram MM, eds. *Clinical Urogynecology*. St. Louis: Mosby, 1993: 285-98.
24. Summi L. Urogynecologic causes of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20 (4): 685.
25. Garry EL, and Tamara GB. Female urethral diverticula. *Urology* 1987; 15: 407-415.
26. King Baker P: Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 719.
27. MacLennan AH, Green RC, Nicholson R, Bath M: Serum relaxin and pelvic pain of pregnancy. *Lancet* 1986; 2: 243.
28. Reiter RC. Occult somatic pathology in women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 154-60.
29. Slocumb JC. Neurological factors in chronic pelvic pain: trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 536-43.

30. Travell J. Myofascial trigger points: clinical view. *Adv Pain Res Ther* 1976; 1: 919-26.
31. Applegate WV. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Surgery* 1972; 71: 188.
32. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 428.
33. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 719-42.
34. Lundberg PO. Abdominal migraine-diagnosis and therapy. *Headache* 1975; 15: 122-125.
35. Zarling EJ. Abdominal epilepsy and usual cause of recurrent abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 1984; 79(9): 687-8.
36. Peppercon MA, Herzos AG, Dichter MA, et al. Abdominal epilepsy a cause of abdominal pain in adults. *JAMA* 1978; 240(22): 2450-1.
37. Rapkin AJ, Reading AE. *Curr Probl Obstet Gynecol Fertil* 1991; 14(4): 99-137.
38. Wood DP, Weisner MG, Reiter RC. Psychogenic chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 179-95.
39. Walker EW, Katon W, Harrop-Griffiths J, et al. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood sexual abuse. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 75.
40. Stout AL, Steege JF. Psychosocial and behavioral self-reports of chronic pelvic pain patients. Presented at the meeting of the American Society for Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Houston, TX, March 1991.
41. Nolan TE, Metheny WP, Smith RP. Unrecognized association of sleep disorders and depression with chronic pelvic pain. *South Med J* 1992; 85(12): 1181-3.
42. Özdiller O. Lokal anestezi altında kronik kasık ağrısı olan hastaların mikrolaparoskopi ile laparoskopik bulgularının kasık ağrısı olmayan tüp ligasyonu isteği olan veya infertil hastaların laparoskopik bulguları ile karşılaştırılması. *Uzmanlık Tezi. Erzurum* 2002; 9.
43. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, et al. History of physical and sexual abuse in women with chronic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 92.
44. Morrison J. Childhood sexual histories of women with somatization disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146: 239.

45. Jamieson DJ, Steege JF. The association of sexual abuse with pelvic pain complaint in a primary care population. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 1408-1412.
46. Badaway S, Freedman L, Numan P, et al. Diagnosis and management of intestinal endometriosis: a report of five cases. *J Reprod Med* 1988; 33: 851-55.
47. Kerr WJ. Endometriosis involving the urinary tract. *Clin Obstet Gynecol* 1966; 9: 331-57.
48. Horsfield K. Catamenial pleural pain. *Eur Respir J* 1989; 2: 1003-4.
49. Vercellini P, Fedele L, Molteni P, Arcaini L, Bianchi S, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 32: 261-67.
50. Barry AR, Daniel CM. Endometriosis and chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin NA* 1993; 20: 709-717.
51. Mahmood TA, Templeton AA, Thomson L, et al. Menstrual symptoms in women with pelvic endometriosis. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 555-63.
52. Jeffcoate T. *Principles of gynecology*. London: Butterworth, 1975.
53. Verkauf BS, The incidence, symptoms and signs of endometriosis in fertile and infertile women. *J Fla Med Assoc* 1987; 74: 671.
54. Simpson JL, Elias S, Malinak LR, et al. Heritable aspects of endometriosis. I. Genetic studies. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 137: 325.
55. Fedele L, Parazzini F, Bianchi S, et al. Stage and localization of pelvic endometriosis and pain. *Fertil Steril* 1990; 53: 155-8.
56. Fedele L, Bianchi S, Bocciolona L, et al. Pain symptoms associated with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1992; 75: 767-69.
57. Shaw R. Nafarelin in the treatment of pelvic pain caused by endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 574-76.
58. Vercellini P, Bocciolone L, Vendola N, et al. Peritoneal endometriosis morphologic appearance in women with chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 1991; 36; 533-6.
59. Galle P. Clinical presentation and diagnosis of endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 29-42.
60. Hill JA, Anderson DJ. Lymphocyte activity in the presence of peritoneal fluid from fertile women and infertile women with and without endometriosis. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 861-4.

61. Fukaya T, Hoshiai H, Yajima A. Is pelvic endometriosis always associated with chronic pelvic pain? A retrospective study of 618 cases diagnosed by laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169; 719-22.
62. Cornillie FJ, Oosterlynck D, Lauweryns JM. Deeply infiltrating pelvic endometriosis: histology and clinical significance. *Fertil Steril* 1990; 53: 978-83.
63. Koninckx RP, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 55: 759-65.
64. Vernon MW, Beard JS, Graves K, Wilson E. Classification of endometriotic implants by morphologic appearance and capacity to synthesize prostaglandin F. *Fertil Steril* 1984; 46: 801-6.
65. American Fertility Society. The classification of endometriosis. *Fertil Steril* 1979; 32: 633.
66. American Fertility Society. Revised American Fertility Society classification of endometriosis: 1985. *Fertil Steril* 1985; 43: 351.
67. American Society for Reproductive Medicine. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril* 1997; 67: 817.
68. Muse K. Clinical manifestations and classification of endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1988; 31:813-22.
69. Goldstein DP, Dechelnoky C, Emons SJ, et al. Laparoscopy in the diagnosis and management of pelvic pain in adolescents. *J Reprod Med* 1980; 24: 251.
70. Fayeza JA, Vogel MF. Comparison of different treatment methods of endometriosis by laparoscopy. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 660-665.
71. Chatman DL, Zbella EA. Biopsy in laparoscopically diagnosed endometriosis. *J Reprod Med* 1987; 32: 855-7.
72. Martin DC, Hubert GD, Van der Zwaag R, et al. Laparoscopic appearances of peritoneal endometriosis. *Fertil Steril* 1988; 51: 63.
73. Chatman DL, Zbella EA. Pelvic peritoneal defect and endometriosis further observations. *Fertil Steril* 1986; 46: 711-712.
74. Lanzone A, Marane R, Muscatello R, et al. Serum CA-125 levels in the diagnosis and management of endometriosis. *J Reprod Med* 1991; 36: 603.

75. Barbieri RL, Niloff JM, Bast RC Jr et al. Elevated serum concentrations of CA125 in patients with advanced endometriosis. *Fertil Steril* 1986; 45: 630.
76. Pittaway DE. CA125 in women with endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989; 16: 237.
77. Keltz MD, Kliman HJ, Arici AM, et al. Endosalpingiosis found at laparoscopy for chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 1995; 64: 482-5.
78. Stout AL, SteegeJF, Dodson WC, Hughes CL. Relationship of laparoscopic findings to self-report of pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 73-9.
79. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. *Obstet Gynecol* 1986; 68; 13-5.
80. Steege JF, Stout AL. Resolution of chronic pelvic pain following laparoscopic adhesiolysis. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 278.
81. Peters AAW, Trimbos-Kemper GCM, Admiral C, Trimbos JB. A randomised clinical trial on benefit of adhesiolysis in patients with intraperitoneal adhesions and chronic pelvic pain. *Br J Obstet Gynecol* 1992; 99: 59-62.
82. Drake TS, Grunert GM. The unsuspected pelvic factor in the infertility investigation. *Fertil Steril* 1980; 34: 27-31.
83. Allen WM, Masters WH. Traumatic laceration of uterine support. *Am J Obstet Gynecol* 1977; 128: 566-70.
84. Taylor HC Jr. Pelvic pain based on a vascular and autonomic nervous system disorder. *Am J Obstet Gynecol* 1954; 67:1177-96.
85. Reginald PW, Kooner JS, Samorage SU, et al. Intravenous dihydroergotamine to relieve pelvic congestion with pain in young women. *Lancet* 1987; 8: 351.
86. Farquhar CM, Rogers V, Franks S, Pearce S, Wadsworth J, Beard RW. A randomized controlled trial of medroxyprogesterone acetate and psychotherapy for the treatment of pelvic congestion. *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 1153-62.
87. Titus OO, Ronald CS. Adenomyosis. *Obstet Gynecol* 1977; 50: 424-7.
88. Thomas GS, Frank WL, Donald AC. Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 676-9.
89. Buttrom VC, Reiter RC. Uterine leiomyomata etiology, symptomatology and management. *Fertil Steril* 1981; 36: 433-45.
90. Steege JF. Ovarian remnant syndrome. *Obstet Gynecol* 1987; 70(1): 64-7.
91. Shemwell RW, Weed JC. Ovarian remnant syndrome. *Obstet Gynecol* 1970; 36: 299-303.

92. Grogan RH, Duncan CJ. Ovarian salvage in routine abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1955; 70: 1277-83.
93. Bukovsky I, Liftshitz Y, Langer R, et al. Ovarian residual syndrome. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167(8): 132-134.
94. Lawrence RW. Two cases of super numerary ovary and one of accessory ovary with analysis of previously reported cases. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 78: 1101-19.
95. Stone SC, Swartz WJ. A syndrome characterized by recurrent symptomatic functional ovarian cysts in young women. *Am J Obstet Gynecol* 1979; 139: 310-4.
96. Nagele F, O'Connor H, Davies A, et al. 2500 outpatient diagnostic hysteroscopies. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 87-92.
97. Barbieri RL. Stenosis of the external cervical os an association with endometriosis in women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 1998; 70: 571-3.
98. Sweet RL, Gibbs RS. Pelvic inflammatory disease. In: Sweet R, Gibbs RS, eds. *Infectious Disease of the Female Genital Tract (Part 1)*. Baltimore: Williams & Wilkins, 1985; 53-77.
99. Safring S, Schacter J, Dahrouge D, et al. Long term sequelae of acute PID. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1300-5.
100. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol*. 2003 Mar; 101(3): 594-611.
101. Baker PK. Musculoskeletal origins of chronic pelvic pain in contemporary management of chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1994; 20: 663-684.
102. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, et al. Abuse history and chronic pain in women II: Multivariate analysis of abuse and psychological morbidity. *Obstet Gynecol* 1994; 75: 428-32.
103. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, et al. Laparoscopy in the evaluation of 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 672.
104. William IL, Jack EW, John EM. Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1972; 39: 767-70.
105. Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 130.

106. Hassa H: Jinekolojide laparoskopji. T.C. Anadolu Üniversitesi Eğitim, Sağlık, Bilimsel Araştırma Çalışmaları Vakfı Yayınları. No 54, Eskişehir, 1987.
107. Zonderman KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, et al. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behaviour. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 541-7.
108. Roseff SJ, Murphy AA. Laparoscopy in the diagnosis and therapy of chronic pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1991; 164: 495-496.
109. Abdalla H, Rizk B. Endometriosis, Fast Facts, H P Limited, 1998,7-65.
110. Latthe P, Mignini L, Gray R, et al. Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ* 2006; 332: 749-55.
111. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patients with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 2: 43-47.
112. Fred M, Howard MS. The role of laparoscopy as a diagnostic tool in chronic pelvic pain. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2000; 14(3): 467-94.
113. Milingos S, Protopapas A, Kallipolitis G, et al. Laparoscopic evaluation of infertile patients with chronic pelvic pain. *Reprod BioMed* 2006; 12(3): 347-353.
114. Muzii L, Marana R, Pedulla S et al. Correlation between endometriosis associated dysmenorrhea and the presence of typical and atypical lesions. *Fertil Steril* 2004; 68: 19-22
115. Fedele L, Bianchi S, Viezzoli T, et al. Gestrinone versus danazol in the treatment of endometriosis. 1989: 781-5.
116. Buttram VC, Reiter RC. Surgical treatment of the infertile female. Baltimore: Williams & Wilkins. 1985;95.
117. Koninckx PS, Martin DC. Deep endometriosis: a consequence of infiltration or retraction or possibly adenomyosis externa? *Fertil Steril* 1992; 58: 924-8.
118. Perper MM, Nezhad F, Goldstein H, et al. Dysmenorrhea is related to the number of implants in endometriosis patients. *Fertil Steril* 1995; 63: 500-3.
119. Balasch J, Creus M, Fabregues F, et al. Visible and nonvisible endometriosis at laparoscopy in fertile and infertile women and in patients with chronic pelvic pain : A prospective study. *Hum Reprod* 1996; 11: 387-91.
120. Haney AF. Endometriosis-associated infertility. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1993; 7: 791-812.

121. Liu DTY, Hitchcock A. Endometriosis: its association with retrograde menstruation, dysmenorrhoea and tubal pathology. *Br J Obstet Gynaecol* 1986; 93: 859-62.
122. Moen MH. Endometriosis in women at interval sterilization. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 451-4.
123. Kirshon B, Poindexter AN, Fast J. Endometriosis in multiparous women. *J Reprod Med* 1989; 215-7.
124. Mahmood TA, Templeton A. Prevalence and genesis of endometriosis. *Hum Reprod* 1991; 6: 544-9.
125. Moen MH, Muus KM. Endometriosis in pregnant and non-pregnant women at tubal sterilization. *Hum Reprod* 1991; 6: 699-702.
126. Waller KG, Lindsay P, Curtis P, Sahw RW. The prevalence of endometriosis in women with infertile partners. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 48: 135-9.
127. Memarzadeh S, Muse Jr KN, Fox MD. Endometriosis, *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment, International Edition, USA, 2003*; 767-75.
128. Brosens I, Donnez J. The Current Status of endometriosis, research and management, *Partenon Publishing Group, UK, 1992*; 337-45.
129. D'Hoodghe TM, Hill JA. Endometriosis, *Novak Jinekoloji, ed. A. Erk, baskı, Nobel Tıp Kitabevi 1998*; 887-914.
130. Bariberi RI. Etiology and epidemiology of endometriosis, *AJOG, 1990*; 502-14.
131. Pittaway DE, Douglas JW. Serum CA125 in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 1989; 68-70.
132. Ramahi AJ, Richardson DA. A practical approach to the painful bladder syndrome. *J Reprrod Med* 1990; 35: 805-9.
133. Speizer FE, Hunter DJ, Curhan SG, Stampfer MJ. Epidemiology of interstitial cystitis: A population based study. *J Urol* 1999; 161: 549-53.
134. Held P, Hanno P, Wein AJ. Epidemiology of interstitial cystitis: 2. In: Hanno Pm, Staskin DR, Krane RJ, Wein AJ, eds. *Interstitial cystitis. New York: Springer-Verlag, 1990*; 29-48.
135. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet and Gynecol* 2002; 100: 337-41.

136. Walker EA, Katon WJ, Hansom J, et al. Psychosomatic diagnoses and sexual victimization in women with chronic pelvic pain. *Psychosomatics* 1995; 36(6): 531-40.
137. Chung MK, Chung RR, Gordon D, Jennings C. The evil twins of chronic pelvic pain syndrome: Endometriosis and interstitial cystitis. *JSLs* 2002; 6: 311-4.
138. Parsons CL, Bullen M, Kahn BS, et al. Gynecologic presentation of interstitial cystitis as detected by intravesical potassium sensitivity. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 127-32.
139. Kennedy CM, Nygaard IE, Saftlas A, et al. Vulvar disease: A pelvic floor pain disorder? *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 1829-34.
140. Ishigooka M, Zermann D, Doggweiler R, Schmidt R. Similarity of distributions of spinal c-fos and plasma extravasation after acute chemical irritation of the bladder and prostate. *J Urol* 2000; 164: 1751-6.
141. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, et al. The prevalence of interstitial cystitis in gynecologic patients with pelvic pain as detected by intravesicular potassium sensitivity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1395-400.
142. Parsons CL. Potassium sensitivity test. *Tech Urol* 1996; 2: 171-3.
143. Wu EQ, Birnbaum H, Mareva M, et al. Interstitial cystitis: Cost, treatment and co-morbidities in an employed population. *Pharmacoeconomics* 2006; 24(1): 55-65.
144. Rabin C, O'Leary A, Neighbors C, Whitmore K. Pain and depression experienced by women with interstitial cystitis. *Women Health*. 2000; 31(4): 67-81.
145. Rothrock NE, Lutgendorf SK, Hoffman A, Kreder KJ. Depressive symptoms and quality of life in patients with interstitial cystitis. *J Urol*. 2002 Apr; 167(4): 1763-7
146. Novi JM, Jeronis S, Srinivas S, Srinivasan R, Morgan MA, Arya LA. Risk of irritable bowel syndrome and depression in women with interstitial cystitis: a case-control study. *J Urol*. 2005 Sep; 174(3): 937-40.
147. Russo J, Katon WJ, Sullivan H, et al. Severity of somatization and its relationship to psychiatric disorders and personality. *Psychosomatics* 1994; 35: 546-56.

148. Walker EA, Gelfand AN, Gelfand MD, et al. Chronic pelvic pain and gynaecological symptoms in women with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1996; 17: 39-46.
149. Slocumb JC, Kellner R, Rosenfield RC, et al. Anxiety and depression in patients with abdominal pelvic pain syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 1989; 11:48-53.
150. Gunter J. Chronic pelvic pain: An integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 615-23.
151. Rawson JMR. Prevalence of endometriosis in asymptomatic women. *J Reprod Med* 1991; 77: 740-4.
152. Moen MH. Is mild endometriosis a disease? Why do women develop endometriosis and why is it diagnosed? *Hum Reprod* 1995; 10: 8-11.
153. Martin D, Ling F. Endometriosis and pelvic pain. *Clin Obstet Gynecol* 1999; 42: 664-92.
154. Onders RP, Mittendorf EA. Utility of laparoscopy in chronic abdominal pain. *Surgery* 2003; 134: 549-54.
155. Sutton CJG, Even SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomised, double-blinded trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1994; 62: 696-700.
156. Baker PN, Symonds EM. The resolution of chronic pelvic pain after normal laparoscopy findings. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 835-6.
157. Ghaly AFF, Chien PFW. Chronic pelvic pain: clinical dilemma or clinician's nightmare. *Sex Transm Inf* 2000; 76: 419-25.
158. Ledger WL. Laparoscopy for investigation of pelvic pain: new approaches? *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2003; 15: 257-8.
159. Gambone JC, Reiter RC. Non-surgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 205.
160. Rapkin AJ, Kames LD. The pain management approach to chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 1987; 32: 323-7.
161. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multi-disciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 643-61.