

T.C.
GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**KRONİK PELVİK AĞRI SENDROMLU HASTALARIN
PSİKİYATRİK HASTALIKLAR AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Ali Metehan Celep

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Feryal Çam Çelikel

**TOKAT
2007**

TEŐEKKÖR

Asistanlık eğitimim süresince ve tez çalıŐmalarım sırasında yakın ilgi ve desteğini gördüğüm, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım hocam Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mücahit Eğri, psikiyatri bölümünde birlikte çalışma fırsatı bulduğum, gerek uzmanlık eğitimim gerekse tez çalıŐmamda bana sabırla yol gösteren ve hiçbir yardımını esirgemeyen Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Yrd. Doç. Dr. Feryal am elikel'e ve tez çalıŐmamda bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Üroloji Anabilim Dalı'ndan Yrd. Doç. Dr. Fikret Erdemir'e saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalıŐmamda yardımlarını, desteğini hiçbir zaman benden esirgemeyen aileme teşekkür ediyorum.

Dr. Metehan Celep.

Ađustos 2007

ÖZET

Epidemiyolojik veriler kronik pelvik ağrı sendromunun (KPAS) önemini ortaya koymaktadır. KPAS, pelvik bölgede işeme ile ilişkili veya işeme ile ilgisi olmayan sürekli ağrı hissedilmesi ile karakterize bir hastalıktır. KPAS'ın sebebi net olarak ortaya konamadığı için tedavi girişimleri sıklıkla başarısızla sonuçlanmaktadır. Psikolojik sorunlar etyolojik bir faktör olarak belirtilse de literatürde stres ve ağrı ilişkisini ortaya koyan çalışmalar yetersiz kalmaktadır. KPAS'da psikosomatik faktörler genel olarak ihmal edilmiştir.

Çalışmamızda KPAS'da altta yatan psikolojik faktörleri araştırmayı amaçladık. Araştırmaya KPAS tanısı alan 40 hasta ile demografik karakteristikleri benzer 35 kişilik erkek kontrol grubu katıldı ve hasta ve kontrol grubunun psikiyatrik açıdan karşılaştırılması yapıldı. KPAS hastalarında SCL-90R'nin alt ölçeklerinden depresyon, anksiyete, obsesyon-kompulsiyon ve somatizasyon puanları anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Yapılandırılmış psikiyatrik görüşmelerden (SCID-I) elde edilen verilere göre KPAS hastalarında kontrol grubuna oranla anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik tanı konmuştur. Pelvik ağrı düzeyini ölçen VAS ile SCL-90R'ye ait alt ölçeklerden somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, anksiyete, fobik anksiyete ile HADÖ'nün anksiyete alt ölçeğinde anlamlı düzeyde pozitif korelasyon saptandı. Sonuçlar, KPAS hastalarında emosyonel sorunların yoğun olduğu ve bu hastalar değerlendirilirken psikolojik belirtilere dikkat edilmesi gerektiğine dikkat çekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik pelvik ağrı sendromu, pelvik ağrı, depresyon, anksiyete, somatizasyon.

ABSTRACT

Epidemiologic data have demonstrated the significance of chronic pelvic pain syndrome (CPPS) which is a syndrome characterized by persistent pelvic area pain in men with or without voiding symptoms. Its causes are poorly understood and evidence-based treatments are lacking. Therapeutic attempts have frequently produced unsatisfactory results. Although psychological distress has been proposed as an etiological factor, the literature lacks prospective studies using standardized measures. Psychosomatic factors have often been neglected in CPPS. This study examined men with CPPS (n=40) and a control group of men (n=35) equivalent on demographic characteristics, and all were compared on psychological measures. CPPS patients had significantly higher scores on depression, anxiety, obsessive-compulsive and somatization subscales of the SCL-90-R, compared to controls. Besides, the CPPS patient group had significantly higher frequency of a psychiatric disorder using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders (SCID-I). VAS scores showed significant and positive correlations with somatization, obsessive-compulsive, anxiety, phobic anxiety subscales of the SCL-90-R. The results indicate that psychosocial distress is common among CPPS patients, which shows the need for careful evaluation and attention to psychological symptoms.

Keywords: Chronic pelvic pain syndrome, pelvic pain, depression, anxiety somatization.

İÇİNDEKİLER

	SAYFA
TEŞEKKÜR	2
ÖZET	3
ABSTRACT	4
İÇİNDEKİLER	5
SİMGELER ve KISALTMALAR	6
ŞEKİL VE TABLOLAR	7
GİRİŞ	8
GENEL BİLGİLER	
A. Prostatın Anatomisi	9
B. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Hastalarında Epidemiyoloji	10
C. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Hastalarının Etyolojisinde Nöral Disregülasyon Teorisi	10
D. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Hastalarının Etyolojisinde Psikolojik Etkenler	11
E. Prostat İnflamasyonu İçin Sınıflama	13
F. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Hastalarında Klinik Tablo	14
G. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu Hastalarında Tedavi	15
MATERYAL METOD	16
BULGULAR	21
TARTIŞMA	28
SONUÇ	37
KAYNAKLAR	38

SİMGELER VE KISALTMALAR

BPH	Benign Prostat Hiperplazisi
BSI	Brief Symptom Index
CPPS	Chronic Pelvic Pain Syndrome
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
GSI	Global Symptom Index: "Genel Belirti Düzeyi"
HADÖ	Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
İL-10	İnterlökin-10
İL-6	İnterlökin-6
İBS	İrritabl Barsak Sendromu
KGİ1	Klinik Global İzlenim Ölçeği
KPAS	Kronik Pelvik Ağrı Sendromu
MADDÖ	Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği
MMPI	Minnesota Multifazik Personality:"Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri"
NIH-CPSI	National Institutes of Health Chronic Prostatit Symptom Index
NIH	National Institutes of Health
PSDI	Positive Symptom Distress Index: "Pozitif Belirti Düzeyi"
PST	Positive Symptom Total: "Pozitif Belirti Toplamı"
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders
SCL-90-R	Belirti Tarama Listesi
TAÖ-20	Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği
VAS	Vizüel Analog Skala

ŞEKİL VE TABLOLAR

Şekil	Sayfa
1.1. Mesane, prostat, seminal veziküller, penis, üretra ve skrotal içeriklerin komşulukları	9
Tablo	Sayfa
1.1. NIH'ın Prostatit Sınıflandırması	14
1.2. Kronik prostatit ile başvuran hastanın tedavisinde önerilen algoritm	15
1.3. Kronik Pelvik Ağrı Sendromu tedavisinde önerilen medikal tedaviler	16
2.1. Grupların Sosyodemografik, Psikiyatrik Bilgi ve Tıbbi Komorbidite Açısından Karşılaştırılması	22
2.2. Grupların DSM-IV-TR Tanı Kriterlerine Göre Tanı Dağılımları	23
2.3. Grupların SCL-90-R Testi Genel Belirti Düzeyi ve Alt Ölçek Ortalama Puanlarına Göre Karşılaştırılması	24
2.4. Grupların TAÖ Alt Ölçekleri ve TAÖ Toplam Ortalama Puanlarına Göre Karşılaştırılması	25
2.5. Grupların Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ) ve Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ) ile Ortalama Puanlarına Göre Karşılaştırılması	25
2.6. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği ile Ortalama Puanlarına Göre Karşılaştırılması	26
2.7. KPAS Hasta Grubunun Vizüel Analog Skala (VAS) Değerinin TAÖ, SCL90-R, HADÖ alt ölçekleri ile korelasyon analizleri	27

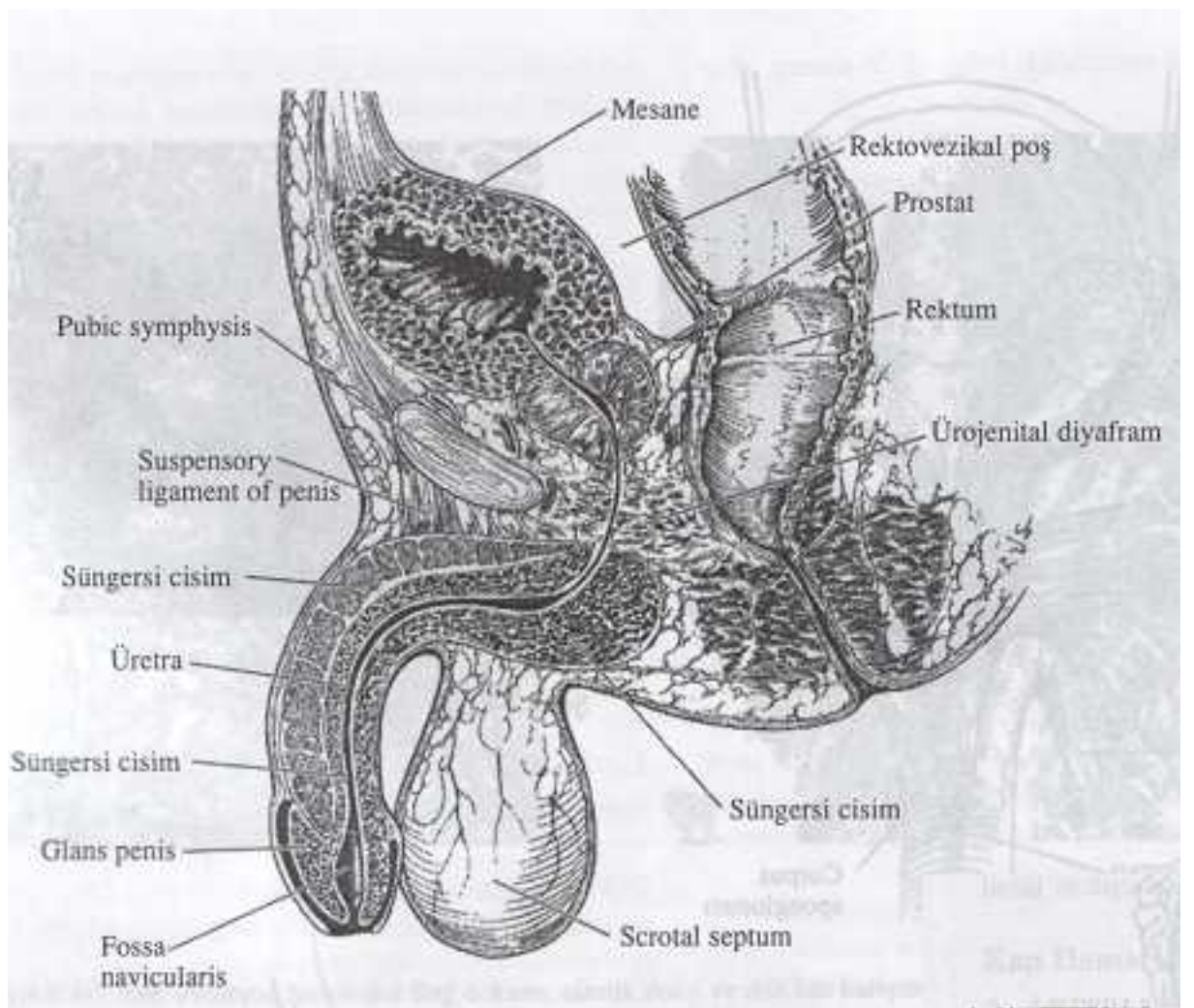
1-GİRİŞ

Prostatit, kelime anlamı olarak prostat bezinin inflamasyonudur. Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) terimi, alt üriner sistem semptomları, enflamasyon ve prostat kökenli olduğu düşünülen ağrıyı içeren ve etyopatogenezi tam anlaşılamamış bir klinik tabloyu tanımlamak için kullanılmıştır.¹ Prostatit, sık görülen bir sağlık sorunudur. Çoğunlukla üçüncü ve beşinci dekatlarda olmak üzere tüm yaş grubundan erkekleri etkileyebilmektedir, insidans ve prevalansı %5-8 arasında bildirilmiştir.² Erişkin erkeklerin yaklaşık %15'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde bu durumdan yakındıkları bilinmektedir.³ Kronik prostatit üroloji polikliniklerine başvuran 50 yaş öncesi erkeklerde, en sık görülen ürolojik hastalıktır. Üroloji polikliniğine başvuran 50 yaşın üzerindeki erkeklerde ise, benign prostat hiperplazisi (BPH) ve prostat kanserinden sonra üçüncü en sık konulan tanı prostatittir.⁴ Prostatitler 1999 yılında National Institutes of Health (NIH) tarafından yeniden sınıflandırılmış ve kronik abakteriyel prostatit yerine KPAS terimi kullanılması kararlaştırılmıştır.⁵ Klinik prostatit hastalarının %90-95'i KPAS olarak sınıflandırılmaktadır.⁶ KPAS gelişiminde ve artmasında psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. KPAS psikopatolojisini değerlendiren bazı araştırmacılar bu sendromun psikosomatik bir hastalık olarak değerlendirilmesi gerektiği kanısına varmışlardır.^{8,10,11} Ağrılı hastalarda psikolojik etkenlerin rolü ve klinik tabloya eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığı uzun süreden beri araştırılmaktadır. Kronik ağrılı hastalarda rastlanan en yaygın ruhsal bozukluğun depresyon olduğu bilinmektedir.⁷ KPAS semptomları başlamadan önce hastaların psikolojik profilleri bilinmediği için nedensellik saptanamamaktadır. Bundan dolayı KPAS semptomlarının mı psikiyatrik hastalığa, psikiyatrik hastalığın mı KPAS semptomlarına yol açtığı bilinmemektedir.⁹ Bugünkü bilgilerimize göre, ülkemizde KPAS hastalarının psikiyatrik yönden değerlendirilmesi amacı ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamış olup, bu araştırmada amacımız, KPAS hastalarının psikiyatrik hastalıklar açısından değerlendirilmesi olarak belirlenmiştir.

II) GENEL BİLGİLER

A. Prostatın Anatomisi

Kraniokaudal boyutu yaklaşık 4 cm, ön arka boyutu yaklaşık 2,5 cm ve sağ-sol boyutu yaklaşık 3 cm olan prostat, mesanenin inferior kısmında yerleşimli olan ve erkek üretrasının proksimal kısmını çevreleyen fibromusküler ve glandüler bir organdır. Şekli klasik olarak ters çevrilmiş ve sıkıştırılmış koni olarak tarif edilir. Anatomik olarak gerçek pelvis içinde simfiz pubis ile rektumun ampullası arasında bulunur. Erişkinde normal ağırlığı 20 gram kadardır.¹²



Şekil 1. Mesane, psrostat, seminal veziküller, penis, üretra ve skrotal içeriklerin komşulukları¹²

B. KPAS Hastalarında Epidemiyoloji

Prostatit prevalansı, diğer iki majör prostat hastalığı BPH ve prostat kanseriyle rekabet edecek düzeylerde. ABD’nde doktor muayeneleri sonucunda yılda 2 milyon prostatit tanısının konulduğu saptanmıştır.¹³ 1992-1996 yılları arasında hekimlerin prostatit teşhisinin toplam prevalansı %11 bulunmuştur.¹⁴ 5000 pratisyen hekim ve 545 üroloğun katıldığı bir Kanada çalışmasında toplam prevalans %9,7 olarak bulunmuş ve daha önce prostatit tanısı konmuş hastalarda sonraki prostatit atağı için kümülatif insidans 40, 60 ve 80 yaşlarında sırasıyla %40, %60 ve %80 olarak belirlenmiştir.¹⁵ Kuzey Finlandiya’da yapılan epidemiyolojik bir çalışmada toplam prevalans %14 olarak bulunmuş olup bunların %27’sinin en az bir yıl önce prostatit atağı geçirdiği ve %16 oranında süregelen semptomları olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Prostatit genç erkeklerin hastalığı olarak bilinmesine karşın epidemiyolojik çalışmalarda prostatitin BPH ve prostat kanserinin aksine tüm yaş gruplarında görüldüğü gösterilmektedir. Yaşa özgü prevalans incelendiğinde en sık 20-49 yaş aralığında görüldüğü ve 70 yaş ve üzerinde yeniden artış gösterdiği ortaya konmuştur.¹⁷

C. KPAS Hastalarının Etyolojisinde Nöral Disregülasyon Teorisi

Bazı araştırmacılar sensoryal ve motor rahatsızlıkların ayrı ayrı ya da beraberce alt üriner traktusun nöral disregülasyonu ile birlikte olduğunu ve bu durumun santral sinir sisteminin edinilmiş bozukluklarından biri olabileceğini ileri sürmektedirler.¹⁸ KPAS hastalarında, somatik innervasyonu olan pelvik taban kaslarındaki bilinçli kontrolün yetersiz olduğu gösterilmiştir.¹⁹ Bu bulgular, santral sinir sistemi ile periferik hedef olan pelvik taban kasları arasında fonksiyonel bir bozukluk olduğunu düşündürmüştür.

D. KPAS Hastalarının Etiyolojisinde Psikolojik Etkenler

KPAS gelişmesinde ve artmasında psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığı düşünülmektedir.⁸ Seksen altı KPAS hastası ile yapılan bir çalışmada fonksiyonel somatik sendromlar %65.1 olarak tanımlanmıştır. Tanımlanan diğer fonksiyonel somatik sendromlar ve görülme oranları sırasıyla şöyledir: irritabl barsak sendromu %35, kronik baş ağrısı %36, fibromyalji %4.5 ve non-spesifik romatolojik ve dermatolojik semptomlar %21.²⁰ KPAS'lı hastalarda depresyon ve psikolojik rahatsızlıklar, kronik ağrısı olmayan erkeklere göre daha sık görülmüştür.²¹ KPAS'lı hastaların, kronik bel ağrılı hastalarla karşılaştırıldığı çalışmada KPAS olgularında majör depresyon sıklıkla bel ağrılı hastalarda somatik odaklı depresyon ve anksiyete sık bulunmuştur.¹⁶ Psikolojik stresin prostat dokusunda ölçülebilir düzeyde biyokimyasal değişikliklere yol açtığı ve KPAS hastalarında psikolojik faktörlerin, immün nörolojik ve endokrin sistemin disfonksiyonun karşılıklı etkileşimi ile belirtilerin oluşabileceği bildirilmiştir.²² Otoimmün prostatite sahip sıçan modellerinde uzun süreli stres uyarısı ve prostatik inflamasyonu arasında bağlantı olabileceğini göstermiştir.²³ Prostatta otonomik sinir ağrı sistemi ile prostat bezinin uyarılması prostatik sıvı sekresyonuna ve prostatik kas kasılmasına neden olur. Otonomik sinir sistemi stress ile uyarılınca, zincirleme bir etkiyle tüm prostat dokusu diğer organlardan daha çok etkilenecektir.²⁴ Hücresel ve moleküler değişiklikler, psikolojik zorluklar ve stres nedeniyle oluşur ve hastalık oluşumunda rol alır. Kontrol grubuna oranla depresif hastalarda periferik kandaki mononükleer hücrelerindeki interlökin-10 (İL-10) seviyesi daha düşüktür.²⁵ KPAS hastalarında daha düşük seminal plazma İL-6 ve İL-10 konsantrasyonuna rastlanmıştır. Birçok diğer uyarıya ek olarak, örneğin sitokinler, bakteriyel toksinler ve hipoksi, mast hücresi strese cevap olarak içeriklerini salgılar.²⁶ Fiziksel hastalıklar ve psikiyatrik rahatsızlıkların birlikteliği vardır ancak hangisinin katkısının ne kadar olduğu sıklıkla tam ortaya konamaz.²⁷ Psikolojik rahatsızlıklar veya stresle oluşan fiziksel semptomlarda biyokimyasal temelin olduğunu gösteren birçok çalışma vardır. Örneğin, serotonerjik yolağın kesintiye uğraması non-ülser dispepsiye, irritabl barsak sendromuna, kronik yorgunluk sendromuna ve premenstrüel sendroma neden olabilir.²⁰ Limbik ağrı sendromlarının anlaşılması, ağrı konusunda hassas deneylerin yapılmasına olanak sağlar. Bu deneyler kompleks nörobiyolojik mekanizmaları

açıklamaya yardımcı olur. Bu tedaviye dirençli ağrı şikayetleriyle ruh durumu, uyku, enerji, libido, hafıza, konsantrasyon, davranış ve stres intoleransındaki bozulmaları açıklayabilir.²⁸ KPAS hastalarının psikolojik özelliklerinin incelendiği birkaç çalışmada en az dört farklı kişilik patolojisine rastlanmıştır (örneğin, psikosomatik kişilik, aleksitimik kişilik, borderline kişilik ve narsisistik kişilik). Bu çalışmalarda göze çarpan özellikler, anksiyete, depresyon, duygusal hassasiyet, bağımlı kişilik, borderline kişilik olarak tanımlanmıştır.⁸ Psikolojik faktörlerin KPAS hastalığının etyolojisindeki rolü kesindir. Çünkü kişilik bozukluğunun başlangıcı erken çocukluk dönemine kadar iner.²⁹ KPAS semptomları başlamadan önce hastaların psikolojik profilleri bilinmediği için nedensellik saptanamamaktadır. Bundan dolayı KPAS semptomlarının mı psikiyatrik hastalığa, psikiyatrik hastalığın mı KPAS semptomlarına yol açtığı bilinmemektedir.⁹ Benzer şekilde, diğer ağrı sendromlarında gözlemlendiği gibi fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalık birlikteliği vardır ve hangisinin hastalığa ne ölçüde katkıda bulunduğu ölçülememiştir.²⁷ KPAS semptomları arasında depresif reaksiyon psikosomatik faktör olabilir. Depresyonun başlıca belirtileri keder, sıkıntı hissi, melankoli ve ümitsizliktir. Ayrıca hastalarda ilgi kaybı, olumsuz düşünceler, suçluluk duygusu ve gelecek korkusu bulunabilir.³⁰ Bir araştırmada 163 KPAS hastasından 126 (%78)'sında minör veya majör depresyon bildirilmiş ve 8 (%5) hastada intihar girişimi olmuştur.³¹ Egan ve Krieger, depresyon tanısı ya da tedavisi almamış KPAS hastalarının %60 oranında depresyon kriterlerini karşıladığını bildirmektedir.¹⁶ Kore'de yapılan bir çalışmada³² rastgele seçilen 20 yaşındaki erkekler Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir. Ağrı ve üriner semptomların puanı arttıkça depresyonlu hasta sayısı da artmıştır. Aynı çalışmada anksiyete puanlarının, ağrısı ve üriner belirtileri olan gruplarda farklı olmadığı gösterilmiştir. Bu sonuca bakarak KPAS hastalığının erken evrede iken anksiyete ile ilişkili olmayabileceğini, ancak sonraki evrelerinde var olan dirençli belirtilerin anksiyeteye bağlı olabileceğini belirtmişlerdir.

Sonuçlar depresyonun, erken evre KPAS benzeri semptomlarla ilgili olabileceğini düşündürmüştür.³³ Hipokondriyak rahatsızlığın başlıca belirtileri, 6 aydan uzun süre ile fiziksel bir hastalığı olduğuna inanmak, sabit bir düşünceyle ve bu fiziksel belirtileri ile doktora gitmek ve fiziksel bir hastalığı olmadığına inanmakta güçlük çekmektir.³⁰ Diğer çalışmalar da hipokondriyazisin KPAS

hastalarında önemli olarak telaffuz edilmeye başlandığını doğrulamaktadır.¹⁶ KPAS hastalarında 2 yıllık izlemlerde hastaların kişilik özelliklerinin değişmediği ancak psikososyal (anksiyete, sosyal iletişim, iş stresi) ve somatik sorunlarının devam ettiği görülmüştür.³⁴ Finlandiya’da yapılan çalışmada KPAS hastalarının %17’sinde belirlenemeyen prostat kanseri olabileceği korkusu bulunmuştur. Sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında, cinsel yolla geçen hastalıkların olabileceğine dair korku KPAS hastalarında daha fazladır.³⁵ Konversiyon, çözülmemiş ruhsal çatışmaların beden dili ile anlatılması olarak tanımlanır.³⁰ KPAS’ın çözülmemiş cinsel sorunların dışavurumu olabileceği öne sürülmüştür.³⁶ KPAS hastalarında kontrol grubuna göre histeri görülme oranı daha fazla bulunmuştur.²¹ KPAS hastalarda sağlıklı kontrol grubuna göre cinsel işlev bozukluğu daha fazladır.³⁷ KPAS hastalarının %52’sinde tam veya periyodik impotans saptanmıştır.³⁸ KPAS hastalarında 2 yıllık izlemlerde cinsel problemlerin arttığı gösterilmiştir.³⁹

Kronik ağrı çeken her hastada olduğu gibi, KPAS’lı hastalarda da tedaviyi planlarken psikiyatrik yön gözardı edilmemelidir. Tedavi, organik ruhsal ve sosyal boyutlarıyla bir bütündür. Tedavi için başvuran hastanın öncelikle iyileşme için yeterli motivasyonu sağlanmalıdır. Eşlik eden depresyon, anksiyete bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar etkili şekilde tedavi edilmelidir. Hastanın ağrı ile ilişkili psikososyal stres etkenleri azaltılmaya çalışılmalı ve kişinin sorunlarına bakabilmesi sağlanmalıdır. Ağrının kontrolüne yönelik programların amacı, ağrının algılanmasını, şiddetini değiştirmekten çok yetersizlik ve acı çekme ifadesinin değiştirilmesidir. Amaç, hastayı işlevsel ve bağımsız duruma getirmektir.⁴⁰ KPAS hastalarında da yaşam değişiklikleri örneğin diyet, egzersiz, seks ve stresin azaltılması tamamlayıcı tedaviler, örneğin psikoterapi, başa çıkabilme becerisinin öğretilmesi ve küçük manevralar, örneğin yuvarlak yastık üzerine oturmak hastalıkla başa çıkmada ve belirtilerin iyileşmesinde önemli bir etkiye sahiptir.⁴¹

E. Prostat İnflamasyonu için Sınıflama

NIH tarafından 1995’te yapılan yeni sınıflama⁴² Tablo 1’de özetlenmiştir. Bu sınıflamadaki hastaların çoğu KPAS (Kategori 3) olan hastalardır. KPAS, inflamatuvar (Kategori 3A) ve non inflamatuvar (Kategori 3B) olarak ikiye ayrılmıştır.

Tablo 1.1: NIH'in Prostatit Sınıflandırması

KATEGORİ

I Akut bakteriyel prostatit

II Kronik bakteriyel prostatit

III Kronik pelvik ağrı sendromu

IIIA İnflamatuvar kronik pelvik ağrı sendromu

IIIB Non-İnflamatuvar kronik pelvik ağrı sendromu

IV Aseptomatik inflamatuvar prostatit

F. KPAS Hastalarında Klinik Tablo

KPAS hastalarının yaşadıkları semptomlar geniş bir şekilde Krieger ve ark. tarafından çalışılmıştır. Tüm bu çalışmalarda belirgin semptom çoğunlukla perine, suprapubik bölge ve peniste olan ancak testis, kasık ve belde de olabilen ağrı semptomudur. Ejakulasyon sırasında ya da sonrasındaki ağrı hastaların çoğunda saptanan bir bulgudur. Ani işeme hissi, pollaküri, ıkınarak ve kesik kesik idrar yapma gibi irritatif ve obstrüktif işeme bulguları çoğu hastada bu sendromla birlikte dir. Erektile disfonksiyon KPAS hastalarında bildirilmiştir ancak bu sendromun patognomonik bir bulgusu değildir. Tanım olarak bu sendrom, 3 aylık bir süreden sonra kronik olmaktadır. Semptomların zamanla artma ve azalma eğilimi vardır ancak KPAS'da semptom kompleksinin yıllar içindeki doğal gidişatı bilinmemektedir.⁴³

G. KPAS Hastalarında Tedavi

KPAS hastalarında antimikrobiale tedavi üç mekanizma ile hastaların semptomlarında düzelme sağlamaktadır; güçlü plasebo etkisi, kültürde gösterilemeyen mikroorganizmaların eradikasyonu ya da supresyonu.⁴⁴ Yapılan çalışmalara göre sadece antibiyotik tedavisi ile hastaların %40'ında semptomatik bir düzelme izlenmektedir.⁴⁵ Antibiyotiklerle yapılan karşılaştırılmalı bir çalışmada semptomların düzelmesinde adele gevşeticilerle anlamlı bir farklılık izlenmemiştir.⁴⁶ KPAS hastalarında antibiyotiklerle kombine edilen alfa adrenerjik reseptör blokerleri ile tedavide başarılı sonuçlar elde edilmiştir.⁴⁷ Yapılan klinik çalışmalar, çok az sayıda KPAS hastasının antiinflamatuvar ilaçlar, steroidler ve immunsupresif ajanlarla tedaviye yeterli cevap verdiğini göstermiştir.⁴⁸ KPAS hastalarında finasterid ve plasebo ile yapılan bir çalışmada plaseboya göre finasterid grubunda işeme ile ilgili semptomlarda istatistiksel olarak anlamlı bir düzelme saptanmasına rağmen her iki grup arasında ağrının tedaviye cevabı izlenmemiştir.⁴⁹

Tablo 1.2. KPAS Tedavisinde Önerilen Algoritim⁵⁰

KATEGORİ IIIA	KATEGORİ IIIB
1-Antimikrobiyaller (4 hafta)	1-Analjezik Antiinflamatuvar ve/veya Kas Gevşeticiler
2-Prostatik Masaj (+/-antimikrobiyaller)	-Alfa Blokerler
3-Alfablokerler	-Diazepam/Baklofen
4-Antiinflamatuvarlar	2-Fizik Tedavi
5-Fitoterapi	-Biofeedback
6-Finasterid ya da Pentosanpolisulfat	-Perine/pelvik taban masaj
7-Cerrahi (endike ise)	-Tetik noktası gevşeme
8-Mikrodalga Isı Tedavisi (son çare)	3-Cerrahi (Endike ise)
	4-Rahatlama, Psikolojik Destek

Tablo 1.3. KPAS Tedavisinde Önerilen Medikal Tedaviler⁵⁰

Tedavi Türü	Spesifik Tedavi	Doz	Tedavi Süresi (Hafta)
Antibiyotik	SMX-TMP	160/800 mg/bid	12
	Norfloksasin	400 mg/bid	4-12
	Siprofloksasin	500 mg/bid	4-12
	Ofloksasin	300 mg/bid	4-12
	Lomefloksasin	400 mg/bid	4-12
Alfa Bloker	Fenoksibenzamin	10 mg/bid	12
	Alfuzosin	2.5 mg tig	6
	Terazosin	5 mg qd	4-52
Fitoterapi	Polen ekstresi	1 tab tig	24
	Quercetin	500 mg bid	4
Antiinflamatuvar	Nimesulid	100 mg bid	2-4
	Diğer NSAID		2-4
	İndometasin		
	Diklofenak İbuprofen		
	Rofekofcsib	25-50 mg qd	6
	Pentosan polisulfat	100 mg tid	24
Hormonal	Finasterid	5 mg OD	24
Diğer	Allopurinol	300-600 mg qd	24-30

NSAID, Nonsteroid Antiinflamatuvar Drug., RCT Randomize Plasebo Kontrollü Çalışma, SMX-TMP Sulfametoksazol Trimetoprim

MATERYAL VE METOD

Mart 2006 - Mayıs 2007 yılları arasında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Polikliniğine başvuran ve KPAS tanısı alan toplam 60 hasta belirlendi. 6 hastaya verdiği adres bilgilerinden ulaşamadı. Telefonla ulaşılabilen ve çağrılan 54 KPAS tanısı almış hastanın 10 tanesi çalışmaya katılmayı kabul etmedi, 4 hasta görüşme tarihinden önceki 3 ay içinde depresyon tanısı alıp antidepresan ilaç kullandığı için çalışma dışında bırakıldı. Kontrol grubu olarak KPAS hasta grubu ile benzer sosyodemografik özelliklere ve komorbiditeye sahip 35 kişi dahil edildi. Tüm hasta ve kontrol grubu ayrıntılı psikiyatrik muayeneye alındı. KPAS tanısı alan hastalardan çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden toplam 40 hastaya ve 35 bireyden oluşan kontrol grubuna bilgilendirilmiş gönüllü olur formu imzalatıldı. Görüşme ve klinik olarak değerlendirilmelerinin ardından Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R), Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI-1) ve Vizüel Analog Skala (VAS) uygulandı.

Dahil etme kriterleri: Şikayetleri 3 aydan daha uzun süredir devam eden erişkin yaştaki erkek hastalar ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip kontrol grubu çalışmaya dahil edildi.

Dışlama kriterleri: Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlıktan dolayı halen medikal tedavi alanlar veya 3 ay öncesine kadar almakta olanlar, görüşme yapmayı ya da ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde bedensel bir hastalığı ya da bilişsel bir yetersizliği olan hastalar, üriner sistem taş hastalığı, üretra darlığı, benign prostat hiperplazisi, ürogenital tümörü olan hastalar, pelvik radyoterapi alanlar, transüretal endoskopik cerrahi girişim uygulananlar, mesaneye intrakaviter uygulama yapılanlar, son bir ay içinde üriner retansiyon hikayesi olan hastalar, son 3 ayda herhangi bir genitoüriner hastalık tanısı alanlar, perirektal inflamatuvar hastalık veya inflamatuvar barsak hastalığı tanımlayan, önemli kardiyak, endokrin, nörolojik hastalığı ya da diğer sistemik bir sorunu olanlar çalışma dışında bırakıldı.

İstatistiksel analiz

Çalışmada kullanılan sürekli değişkenler normal dağılım yönünden Kolmogorov-Smirnov normallik testiyle incelendi ve tüm değişkenlerin hasta ve kontrol grupları arasındaki karşılaştırmasında 2 ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. Sonuçlar ortalama ve standart sapma ile ifade edildi. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmalarında ki-kare testi kullanıldı. Değişkenler arasındaki ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon analizi ile incelendi. Sonuçlar gözlem sayısı ve yüzde ile ifade edildi. $p < 0,05$, istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Hesaplamalar istatistik paket programı ile yapıldı. (SPSS 15.0 demo, SPSS inc, Chicago, Illinois)

Ölçme Araçları

Sosyodemografik Veri Formu: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik bilgilerini almak amacı ile araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form kullanıldı. Bu formda yaş, eğitim, medeni durum, ekonomik durum, başka tıbbi hastalığın varlığı, geçmişte psikiyatrik bozukluğun varlığı, ailede psikiyatrik bozukluk öyküsünü araştıran sorulara yer verildi.

DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I; Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders): Majör DSM-IV eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş ve Amerikan Psikiyatri Birliği (APA 1994) tarafından yayımlanmış, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir.⁵¹ Geçerli ve güvenilir Türkçe uyarlaması kullanılmıştır.⁵²

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADÖ, Hospital Anxiety and Depression Scale): Bedensel hastalığı olan hastalar ve birinci basamak sağlık hizmetine başvuranlarda anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.⁵³ Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁵⁴ Toplam 14 soru içermekte ve bunların yedisi (tek sayılar) anksiyeteyi ve diğer yedisi (çift sayılar) depresyonu ölçmektedir. HADÖ'nin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10, depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır. HADÖ,

bedensel belirtilere ilişkin madde içermemesi nedeniyle yeğlenmiştir.⁵⁵ Ölçeğin iç tutarlılığı yüksek (Cronbach's alfa 0.90) bulunmuş olup test-yeniden test güvenilirliği 0.92 bulunmuştur.⁵³

Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği (MADDÖ): Görüşmecinin değerlendirdiği toplam 10 maddeden oluşmaktadır ve ağırlıklı olarak depresyonun bilişsel ve emosyonel belirtilerini içermektedir. Hastada depresyonun çekirdek belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçer.⁵⁶ Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁵⁷ MADDÖ, 0 ile 6 puan arasında puan verilen 10 maddelik ankettir. Toplam puanlaması 0 ile 60 arasında değişir. Çeşitli çalışmalarla güvenilirliği 0.76 ile 0.95 arasındadır.^{56,58} Olgularımızda depresyonu değerlendirmek amacı ile MADDÖ'yü kullanmamızın nedeni, MADDÖ'nün ağırlıklı olarak depresyonun bilişsel ve emosyonel belirtilerini daha iyi belirleyebilmesidir.⁵⁷

Yirmi Maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ): Kişinin kendi duygu ve heyecanlarını tanımaması olarak tanımlanan aleksitimiyi araştıran ölçektir. Likert tipi, 1-5 arası puanlanan, 20 maddeden oluşmuş bir kendini değerlendirme ölçeğidir.⁵⁹ Duygularını tanımada güçlük (TAÖ-F1), duygularını söze dökmeye güçlük (TAÖ-F2), dışa-dönük düşünme (TAÖ-F3) alt ölçekleri vardır. Yüksek puanlar yüksek aleksitimik seviyeyi gösterir. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak, güvenilirliği 0.76 olarak belirlenmiştir.⁶⁰

Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R): Kendini değerlendirmeye dayalı bir psikiyatrik belirti tarama aracıdır. Ölçek psikiyatrik belirti ve yakınmaları içeren 90 maddesi ile 9 ayrı belirti boyutunda (somatizasyon, obsesif kompulsif özellikler, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke, paranoid düşünce, psikotizm, yeme ve uyku bozuklukları) değerlendirme yapmak üzere yapılandırılmıştır.⁶¹ Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.⁶² Ölçeğin asıl işlevselliğini sağlayan ve genel belirti düzeylerini farklı yaklaşımlarla gösteren üç genel göstergesi bulunmaktadır. Bunlar, "Genel Belirti Düzeyi" (Global Symptom Index: GSI), "Pozitif Belirti Toplamı" (Positive Symptom Total: PST) ve "Pozitif Belirti Düzeyi"

(Positive Symptom Distress Index: PSDI) dir. GSI, boş bırakılanlar hariç tüm maddelere yapılan derecelemelerin ortalaması olup 0.00 ile 4.00 değerleri arasında değişebilen en önemli göstergedir. PST, "hiç" seçeneğiyle işaretlenenler hariç diğer maddelerin ham sayı toplamı olup, 0 ile 90 değerleri arasında değişebilen ve kişinin kendisinde ne kadar çeşitli belirti algıladığını anlatan bir göstergedir. PSDI ise, "hiç" olarak işaretlenenler haricindeki maddelerin puanları (1-4 puan) toplamının PST'ye bölünmesiyle elde edilen ortalama puan olup 0.00 ile 4.00 değerleri arasında değişir. Bu da, kişinin kendisinde var olduğunu algıladığı belirtilerin ağırlıklı bir ortalamasını oluşturmasıyla GSI'nın düzeltilmiş bir alternatifi olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin el kitabına⁶¹ göre, 18 maddeden fazlasına cevap verilmemiş olması genel göstergeleri geçersiz kılarken, bir alt ölçeğin maddelerinin en az %40'ına cevap verilmemiş olması o alt ölçeğin puanını geçersiz kılmaktadır. SCL-90-R'nin psikiyatrik bir örneklem üzerinden toplanan verilere göre iç tutarlığının çeşitli alt ölçekleri için 0.77 ile 0.90 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bir hafta arayla alınan test-tekrar test güvenilirliği ise yine çeşitli alt ölçekleri için 0.78 ile 0.90 arasında değişmektedir. Ölçeğin tümünün Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı ise 0.97 olarak hesaplanmıştır.⁶²

Vizüel Analog Skala (VAS): Hastada ağrının şiddetini ölçmektedir. Bu ölçek 10 cm uzunluğunda olup vertikal veya horizontal hat üzerinde iki ucu farklı olarak isimlendirilmiştir. (0 = ağrı yok, 10 = en şiddetli ağrı). Hastadan, bu hat üzerinde kendisinin hissettiği ağrı şiddetine karşılık gelen bir noktayı işaretlemesi istenir. İşaret konulan nokta ile hattın en düşük ucu (0 = ağrı yok) arasındaki mesafe santimetre olarak ölçülür ve bulunan sayısal değer hastanın ağrı şiddetini gösterir.⁶³

Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI-1): Klinik çalışmalarda hastaların değerlendirilmesi ve takip sırasındaki değişiklikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Klinisyen gözlemine göre hastalık şiddetini (1 - normal hasta değil, 7 - en ileri derecede hasta olarak) derecelendiren bir ölçektir.⁶⁴

BULGULAR

Çalışmayı KPAS tanısı alan 40 hasta ile kontrol grubundan 35 kişi tamamladı. Çalışmaya katılan iki grubun sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 2.1'de gösterilmektedir. İki grup arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). (Tablo 2.1).

Tıbbi komorbiditesi olan 10 hastada eşlik eden hastalıklar ve oranları şöyledir: KPAS hastası olan grupta 3 hastanın bel ağrısı, 2 hastanın gastriti, 2 hastanın diyabeti, 1 hastanın baş ağrısı, 1 hastanın koroner kalp hastalığı ve 1 hastanın kolelitiazisi vardı. Kontrol grubunda 3 hastanın bel ağrısı, 1 hastanın baş ağrısı, 1 hastanın koroner kalp hastalığı, 1 hastanın gastriti, 1 hastanın diyabeti ve 1 hastanın kolelitiazisi vardı.

Tablo 2.1. Grupların Sosyodemografik, Psikiyatrik Bilgi ve Tıbbi Komorbidite Açısından Karşılaştırılması

		Hasta Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=35)		
		ort±SS	ort±SS	t	p
Yaş (yıl)		40.10 ±10.12	39.68 ± 9.83	-0.179	0.858
Okula Devam Süresi (yıl)		11.37±3.66	12.34 ± 4.45	1.032	0.306
		n (%)	n (%)	χ^2	p
Medeni Durum	Evli	36 (%90)	32 (%91.4)	0.450	1.000
	Bekar	4 (%10)	3 (%8.6)		
Meslek	Sabit ücretli	30 (%75)	26 (%74.3)	0.005	1.000
	Serbest	10 (%25)	9 (%25.7)		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	10 (%25)	8 (%22.5)	1.262	0.738
	Lise	15 (%37.5)	14 (%4)		
	Üniversite	15 (%37.5)	13 (%37.1)		
Psikiyatrik Özgeçmiş	Var	8 (%2)	6 (%17.1)	0.100	0.776
	Yok	32 (%8)	29 (%82.9)		
Psikiyatrik Soygeçmiş	Var	5 (%12.5)	0 (%0)	4.688	0.057
	Yok	35 (%87.5)	35 (%1)		
Tıbbi Komorbidite	Var	8 (%20)	10 (%29)	1.294	0.319
	Yok	32 (%80)	25 (%71)		

Tablo 2.2’de grupların DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre tanı dağılımları verilmiştir. Hasta ve kontrol grubu ile SCID-I’e uygun yapılan görüşme sonrasında 40 kişilik hasta grubunun 15’sinde (%37.5), 35 kişilik kontrol grubunun 3’ünde (%8.6) psikiyatrik bir bozukluk olduğu saptandı ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.05$).

Tablo 2.2. Grupların DSM-IV-TR Tanı Kriterlerine Göre Tanı Dağılımları

	Hasta Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=35)	x ²	p
Anksiyete Bozukluğu	6 (%15)	1 (%2.9)	3.189	0.671
Depresyon	3 (%7.5)	2 (%5.7)		
Obsesif Kompulsif Bozukluk	2(%5)	0 (%0)		
Uyum Bozukluğu	2(%5)	0 (%0)		
Sosyal Fobi	1 (%2.5)	0 (%0)		
Panik Bozukluk	1 (%2.5)	0 (%0)		
Tanı Almayan	25 (%67.5)	32 (%91.4)	10.988	0.01*
Tanı Alanlar	15 (%37.5)	3 (%8.6)		

* $p<0.05$

Hasta ve kontrol gruplarının SCL-90-R ölçeği ortalama puanlarına göre karşılaştırılmaları Tablo 2.3'de gösterilmiştir. Somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete alt ölçeklerinde ve PSDI hasta ve kontrol grupları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 2.3. Grupların SCL-90-R Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Hasta Grubu (n=40) ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) ort±SS	t	p
Somatizasyon	1,13 ± 0,76	0,74 ± 0,63	-2.389	0.019*
Obsesif Kompulsif	1,27 ± 0,75	0,84 ± 0,54	-2.832	0.006*
Kişilerarası Duyarlılık	1,02 ± 0,75	0,82 ± 0,65	-1.228	0.223
Depresyon	1,01 ± 0,61	0,72 ± 0,62	-1.989	0.050*
Anksiyete	0,92 ± 0,69	0,58 ± 0,56	-2.321	0.023*
Öfke	0,92 ± 0,75	0,75 ± 0,74	-0.940	0.350
Fobik Anksiyete	0,43 ± 0,51	0,33 ± 0,39	-0.915	0.363
Paranoid Düşünce	1,01 ± 0,83	0,78 ± 0,74	-1.283	0.204
Psikotizm	0,67 ± 0,56	0,55 ± 0,51	-0.948	0.346
SCL-90-R Ortalaması	0,93 ± 0,59	0,68 ± 0,51	-1.954	0.055
Genel Belirti Düzeyi	0,95 ± 0,59	0,71 ± 0,50	-1.867	0.066
PST	46,12 ± 23,55	40,48 ± 24,59	-1.013	0.314
PSDI	1,82 ± 0,51	1,42 ± 0,41	-3.714	0.001*

* $p<0.05$; SCL-90-R:Belirti Tarama Listesi; PST:Pozitif Belirti Toplamı; PSDI:Pozitif Belirti Düzeyi

Hasta ve kontrol gruplarının hem toplam hem alt ölçek ortalama puanlarına göre karşılaştırması Tablo 2.4'de gösterilmiştir. TAÖ toplam ve TAÖ alt ölçeklerinden elde edilen ortalama puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 2.4. Grupların TAÖ Alt Ölçekleri ve TAÖ Toplam Puanları Açısından Karşılaştırılması

	Hasta Grubu (n=40) ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) ort±SS	t	p
TAO-F1	15,35 ± 6,33	14,82 ± 5,77	-0.371	0.712
TAO-F2	12,57 ± 4,12	11,82 ± 3,60	-0.829	0.410
TAO-F3	21,12 ± 3,03	21,11 ± 4,10	-0.013	0.990
TAO-TOT	48,42 ± 11,50	47,77 ± 9,89	-0.262	0.794

TAO-F1: Duygularını tanımada güçlük; **TAO-F2:**Duygularını söze dökmede güçlük **TAO-F3:**Dışa-dönük düşünme; **TAO-TOT:**Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplamı

Hasta ve kontrol gruplarının MADDÖ ile HADÖ ortalama puanlarına göre karşılaştırılması tablo 2.5'de gösterilmiştir. MADDÖ, HADÖ anksiyete ve HADÖ depresyon alt ölçeklerinden elde edilen ortalama puanlar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü ($p>0.05$).

Tablo 2.5. Grupların MADDÖ ve HADÖ Açısından Karşılaştırılması

	Hasta Grubu (n=40) ort±SS	Kontrol Grubu (n=35) ort±SS	t	p
MADDÖ	9,05 ± 8,49	7.25 ± 8.97	-0.888	0.377
HADÖ-ANKS.	6,95 ± 3,89	6,48 ± 4,08	-0.503	0.616
HADÖ-DEPR.	6,00 ± 3,38	5,82 ± 3,31	-0.221	0.826

MADDÖ:Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği; **HADÖ-ANKS:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeği; **HADÖ-DEPR:** Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Ölçeği.

Tablo 2.6’da grupların KGI-1 Ölçeği açısından karşılaştırılması gösterilmiştir. Hasta grubunun KGI-1 ortalama puanı 2.40; kontrol grubunun ise 1.51’dir. ($p < 0.001$).

Tablo 2.6. Grupların Klinik Global İzlenim Ölçeği Açısından Karşılaştırılması

	Hasta Grubu (n=40)	Kontrol Grubu (n=35)	z	p
KGI-1 (Ort±SS)	2.40 ± 1.17	1.51 ± 0.88	-3.570	<0.001
KGI-1 (Median(min-max))	2.00 (1.00-5.00)	1.00 (1.00-4.00)		

KGI-1: Klinik Global İzlenim Ölçeği

Tablo 2.7’de KPAS hasta grubuna uygulanan ölçekler ile korelasyon analizleri gösterilmektedir.

SCL90-R Alt Ölçekleri ile VAS arasında somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, öfke, fobik anksiyete ve SCL-90-R genel belirti düzeyi ortalaması ile pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($0 < r < 0.5$, $p < 0.05$).

HADÖ anksiyete alt ölçeği ile VAS arasında pozitif yönde kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r = 0.527$, $p < 0.05$)

HADÖ depresyon alt ölçeği ile VAS arasında pozitif yönde zayıf istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($r = 0.154$, $p < 0.05$).

Tablo 2.7. KPAS Hasta Grubunun VAS Değerinin TAÖ, SCL90-R, HADÖ Alt Ölçekleri ile Korelasyon Analizleri

Ölçekler	VAS	
	r	p
TAO		
TAO-F1	0,236	0,143
TAO-F2	0,132	0,416
TAO-F3	0,280	0,080
TAO-TOT	0,257	0,109
SCL-90-R		
Somatizasyon	0,377	0,017*
Obsesif Kompulsif	0,319	0,045*
Kişilerarası Duyarlılık	0,290	0,069
Depresyon	0,293	0,066
Anksiyete	0,330	0,038*
Öfke	0,377	0,016*
Fobik Anksiyete	0,336	0,034*
Paranoid Düşünce	0,188	0,245
Psikotizm	0,244	0,128
SCL-90-R Ortalaması	0,345	0,029*
Genel Belirti Düzeyi	0,398	0,011*
PST	0,256	0,111
PSDI	0,319	0,045*
HADÖ		
HADÖ-ANKS.	0,527	0,0001**
HADÖ-DEPR.	0,230	0,154

*0.05, p<0.05'den küçük değerler; **0.01, p<0.01'den küçük değerler; **SCL-90-R**:Belirti Tarama Listesi; **PST**:Pozitif Belirti Toplamı; **PSDI**:Pozitif Belirti Düzeyi; **HADÖ-ANKS**: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Anksiyete Alt Ölçeği; **HADÖ-DEPR**: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği Depresyon Alt Ölçeği; **TAO-F1**: Duyularını tanımada güçlük; **TAO-F2**:Duyularını söze dökmeye güçlük **TAO-F3**:Dışa-dönük düşünme; **TAO-TOT**:Toronto Aleksitimi Ölçeği Toplamı; **VAS**:Vizüel Analog Skala

TARTIŞMA

Tüm prostatitlerin %90-95'ini oluşturan KPAS, tedavi ve etiyopatogenezindeki zor bir hastalık grubunu oluşturmaktadır. Bu grupta sistemik infeksiyon bulguları ya da tekrarlayan üriner infeksiyon öyküsü bulunmamaktadır. Ağrı en önemli yakınma olup en sık perine ve suprapubik bölgede, ikinci sıklıkla ise testis, inguinal bölge, penis ve kalçada tarif edilmektedir.⁶⁵ KPAS'ın sebebi bilinmediğinden tedavisi de sıklıkla başarısız olup hiçbir tedavi yaklaşımı yeterli kanıtla desteklenmemektedir.⁶⁶

ABD'de yapılan bir çalışmada ortalama belirti süresi 83 ay olan 75 kronik prostatit hastası değerlendirilmiştir. Psikiyatrik görüşmeyi kabul eden 17 kronik prostatit hastasının 9'unda major depresyon kriterleri karşılanmıştır. Bu çalışma diğer etyolojik nedenlerin yanında psikolojik faktörlerin tedavi açısından gözönünde bulundurulması gerektiğini gösteren bir çalışmadır.⁶⁷

Japon ürologlar arasında yapılan ankette (n=720) infeksiyöz bir hastalık olmadığını düşünmelerine karşın birçok ürolog birincil tedavi olarak antimikrobiyal ilaçları kullanmışlardır. Yarısından çoğu (%52) KPAS'ın etyolojisindeki belirsizlik ve çok sayıdaki belirtiden dolayı BPH ve prostat kanseri tedavisinden daha zor olduğunu ve tedavi konusunda kötümser düşüncelere sahip olduğunu belirtmektedir.⁶⁸

Fransa'da 124 ürolog arasında düzenlenen yakın tarihli bir ankette KPAS tedavisinin %73'ünün sıklıkla infeksiyon kanıtı olmasa dahi antibiyotikleri reçete ettikleri, %89'unun alfa blokör ajanlar, %89'unun non-steroidal antiinflamatuvar, %81'inin analjezikler, %52'sinin anksiyolitikleri KPAS tedavisinde kullandıklarını ortaya konmuştur.⁶⁹

KPAS'lı hastaların tekrarlayan fiziksel belirtilerinin yanı sıra birçok psikolojik problemleri de vardır. KPAS hastalarında antibiyoterapinin sonuçları yeterli tedaviden uzak olduğu için, psikolojik faktörlerin hastalığa olası katkısı hastalığın oluşumunda önemli rol oynayabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.³⁰

Rusya'da yapılan ve 149 KPAS hastasının katıldığı bir çalışmada, standart tedaviye ek olarak psikoterapi uygulanan hastalarda tedavinin etkinliği artmış ve bu durum, hastaların psikolojik durumunun iyileştirilmesine yardımcı olmuştur.⁷⁰

Çin’de yapılan bir çalışmada 165 KPAS hastasının tip 3A olanlarına antibiyotik ve alfa 1 reseptör inhibitörü ile, tip 3B olanlarına alfa 1 reseptör inhibitörü ile diazepam ve diğer narkotik ilaçlarla 6 ve 8 hafta arasında süren tedavi uygulanmıştır. Ayrıca, olguların tümü psikolojik tedavi almıştır. Altı haftanın sonunda vakaların %73’ünde önemli derecede iyileşme, %16’sında orta dereceli iyileşme görülmüş %11’i tedavilere cevap vermemiştir. Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak kombine tedavi yöntemlerinin KPAS hastalarında etkili olabileceği gösterilmiştir.⁷¹

Çin’de yapılan diğer bir çalışmada 236 KPAS hastası hastalık süresi 6 aydan fazla olanlar (n=31) ve 6 aydan az olanlar (n=205) olarak 2 gruba ayrılmıştır. Hastalara NIH-CPSI ve SCL-90 ölçekleri uygulanmış, 56 KPAS hastası psikoterapi aldıktan sonra ölçeklerle tekrar değerlendirilmiştir. Psikoterapi uygulanmadan önce 236 KPAS hastasının SCL-90 ölçekleri normal gruba göre anlamlı olarak yüksek olarak bulunmuştur. 107 (%45) KPAS hastasının SCL-90 alt ölçeği pozitif bulunmuştur. Bunların 27 (%25)’sinde depresyon, 80 (%75)’inde anksiyete puanları pozitifdir. Otuz sekiz (%16) vakada SCL-90 ölçeğinin 2 alt ölçeği pozitifdir. NIH-CPSI ile SCL-90 skorlarının pozitif korelasyon gösterdiği gösterilmiştir. Psikoterapiyi kabul eden 56 KPAS hastasından 46’sında psikoterapiden sonra SCL-90 ve NIH-CPSI ölçek skorlarının anlamlı derecede azaldığı bildirilmiştir.⁷²

Ağrılı hastalarda psikolojik etkenlerin rolü ve klinik tabloya eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sıklığı uzun süreden beri araştırılmaktadır. Kronik ağrılı hastalarda rastlanan en yaygın ruhsal bozukluğun depresyon olduğu bilinmektedir. Kronik ağrılı hastalarda depresif semptomların oranı çeşitli çalışmalarda %30 ile %54 arasında bulunmuştur.^(7,73-76)

Çin’de 1426 KPAS hastası ile Zung Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada depresyon düzeyleri kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha yüksek olduğunu ve 309 (%22) hastanın depresyon belirtilerini karşıladığı ve bunların 176 (%12)’sında hafif, 114 (%8)’ünde orta, 9 (%13)’unda ciddi düzeyde depresyon belirlenmiştir. Depresyon düzeyleri, NIH-CPSI skoru, yüksek tedavi maliyeti, uzamış hastalık süresi ile ilişkili iken hasta yaşı ile ilişkisiz bulunmuştur.⁷⁷

Kore’de yapılan bir çalışmada, 20 yaşındaki 150 erkek toplumdan rastgele seçilmiş ve KPAS benzeri semptomları (NIH-CPSI ile), ağrı derecesi ve üriner

belirtiler ölçülmüştür. Hastalara Beck Depresyon Ölçeği ve Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri uygulanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre ağrı ve üriner belirtiler arttıkça depresyon puanları artmış, anksiyete puanlarında artma saptanmamıştır. Bu çalışma depresyonun erken evre prostatit benzeri semptomlarla ilgili olabileceğini önermiştir.⁷⁸

Almanya'da yapılan bir çalışmada toplumda rastgele 770 erkek değerlendirilmiş 60 (%8)'inin KPAS kriterlerini karşıladığı gösterilmiştir. Bu hastalarda cinsel fonksiyon (özellikle erektil disfonksiyon ve libido kaybı) yaşlılarına göre daha fazla bulunmuştur. Yine hastaların büyük çoğunluğunda ek bir ağrının (özellikle sırt ve eklem ağrısı) ve kronik yorgunluğun olduğu gösterilmiştir. KPAS ile birlikte görülen hastalıkların değerlendirilmesi, yeni tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesini zorunlu kılmaktadır.⁷⁹

ABD'de 224 KPAS hastasıyla yapılan çalışmada algılanan stres, ağrı yoğunluğu ve ağrı ile ilişkili yetiyitimi 1., 3., 6. ve 12. aydaki vizitlerde ölçülmüştür. KPAS hastalarında algılanan stresteki artış ile birlikte ağrı yoğunluğunun da arttığı ve bunun da daha fazla yeti yitimine neden olduğu gösterilmiştir.⁸⁰

Depresyon, bedensel, bilişsel ve duygusal belirtileri ile karmaşık bir psikobiyolojik sendromdur. Depresyonda bulunan belirtiler bütünü, kronik ağrılı hastalarda da rastlanan bir dizi belirtiyeye benzerdir.⁷⁴ Depresyon ve kronik ağrı arasındaki ilişki iki yönlü ele alınabilir: Ağrı, kişinin ruhsal iyilik durumunu bozabilir ya da ruhsal durumdaki düzensizlikler doğrudan ağrının algılanmasını ve ağrı yaşantısını etkiler. Ağrı ve depresyon, hastada birlikte görüldüğünde ya kronik ağrının depresyona yol açtığı ya da depresif hastaların ağrı yakınması ile başvurduğu akla gelmektedir.⁸³ Psikiyatrik belirti veya klinik durumların varlığının, ağrının şiddetini ve tedavisini olumsuz etkilediği bilinmektedir.^(7, 81-83)

Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grubu ile SCID-I'e uygun yapılan görüşme sonrasında, 40 kişilik hasta grubunun 15'inde (%37.5), 35 kişilik kontrol grubunun ise 3'ünde (%8.6) psikiyatrik bir bozukluk olduğu saptandı ve aradaki fark, istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Hasta grubunda %15 hastada anksiyete bozukluğu, %7.5 hastada depresyon, %5 hastada obsesif kompulsif bozukluk, %5 hastada depresif uyum bozukluğu, %2.5 hastada sosyal fobi, %2.5 hastada panik bozukluk saptanmıştır. Hasta ve kontrol grupları SCL-90-R açısından

karşılaştırıldığında, somatizasyon ($p=0.019$), obsesif kompulsif bozukluk ($p=0.006$), depresyon ($p=0.050$), anksiyete ($p=0.023$) alt ölçeklerinde her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur. Hasta grubunun pozitif belirti düzeyi istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.0001$). Gruplar, MADDÖ ve HADÖ açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel düzeyde anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Alexander ve Trissel'in yaşları 21 ile 74 arasında değişen 163 KPAS hastasında yaptığı çalışmada, grubun %78'sinde minör veya majör depresyon tanısı konmuş, %5'inde ise KPAS hastalığından dolayı intihar girişimi öyküsü belirlenmiştir.³¹

Potts ve arkadaşlarının yaş ortalaması 53.5 olan 86 KPAS hastasında yaptığı çalışmada, %65.1 oranda fonksiyonel somatik sendrom tanımlanmıştır. Bunlar arasında, tanılar ve oranları sırasıyla şöyledir: IBS (%35), kronik baş ağrısı (%36), fibromyalji (%5) ve non-spesifik romatolojik ve dermatolojik semptomlar (%24). Hastaların %48'ine depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, alkolizm tanısı konmuştur. 20 (%23) hastada seksüel disfonksiyon saptanmıştır.²⁰

Mehik ve arkadaşlarının yaşları 20 ile 59 arasında değişen 1832 hastayla yaptığı popülasyon tabanlı çalışmada, hastaların 311 (%17)'inde prostat kanseri olabileceği korkusu, 40 (%2.2)'inde cinsel yolla geçen hastalıkların olabileceğine dair korku, 58 (%3.2) hastada ise intihar eğilimi olduğu saptanmıştır. Sağlıklı insanlarla karşılaştırıldığında, cinsel yolla geçen hastalıkların olabileceğine dair korku ve intihar düşüncesi KPAS'lı hastalarda daha fazladır. KPAS hastalarının sinirli ve titiz kişilik yapılarının olduğu, %17'sinin evlilik sorunları, %7'sinin akrabaları ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde sorunlar olduğu, %42'sinin erektil disfonksiyon sorunu olduğu, %21'inin libidosunun azaldığı bildirilmiştir.³⁵

Keltikangas-Jarvinen ve arkadaşları, yaşları 21 ile 58 arasında değişen 42 kronik prostatit hastasına yapılandırılmamış psikiyatrik görüşme uygulamış ve hastaların %64'ünde anksiyete, %33'ünde depresyon, %52'sinde erektil disfonksiyon tanısı koymuştur. Ayrıca, Minnesota Multifazik Kişilik Envanteri (MMPI) ile değerlendirilen hastaların %30'unda kişilik bozukluğu, %50'sinde şizofreni, %48'inde hipokondriyazis, %20'sinde ise histeri puanlarını daha yüksek bulunduğunu göstermiştir.³⁷ Aynı araştırmacıların yaş ortalaması 36.8 olan 56 kronik

prostatitli hastada yaptığı diğ er bir çalışmada, dört farklı kişilik patolojisine rastlanmıştır; bunlar, psikosomatik kişilik, aleksitimik kişilik, borderline kişilik ve narsisistik kişiliktir.⁸

Berghuis ve arkadaşları'nın yaptığı bir çalışmada, 51 KPAS hastası ile kronik ağrısı olmayan 34 erkek psikolojik özellikleri açısından incelenmiş ve MMPI ve Brief Symptom Inventory (BSI) uygulanmıştır. KPAS hastalarının MMPI'a göre hipokondriyazis, depresyon ve histeri puanlarının daha yüksek, BSI'ye göre somatizasyon ve depresyon puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Hastaların %43'ünün artmış MMPI skorlarına sahip olduğu gösterilmiştir. Bu sonuçlar KPAS hastalarının psikolojik belirtiler açısından dikkatlice değerlendirilmesi gerektiğini gösteren bir çalışmadır.²¹

Keltikangas-Jarvinen ve arkadaşlarının diğ er bir çalışmasında daha önce pratisyenler tarafından tedavi görmüş ve yaşları 21-58 arasında değı şen 40 kronik prostatit hastasında %40 oranda anksiyete, %40 oranda depresyon saptanmıştır. MMPI ile değı rlendirdiğı hastaların %25'inin histeri puanlarını yüksek bulmuştur. %26 hastada Rorschach Inkblot Testiyle cinsel problemler saptanmıştır. 2 yıllık izlemeden sonra hastalarda anksiyete ve seksüel problemler artarken depresyon ve histeri oranları değı şmemiştir.³⁹

De la Rosette ve arkadaşları 50 kronik prostatit hastası ve vazektomi geçiren 50 kontrol hastasıyla yaptığı çalışmada, prostatitli hastaların depresyon ve somatizasyona daha eğ ilimli olduğunu göstermiştir.⁸⁴

ABD'de yapılan çalışmada kronik prostatiti ve pelvik ağrısı olan 20 hastaya MMPI uygulanmış ve yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılmıştır. Kontrol grubu olarak da yaşı, eğitim durumu benzer olan 20 sırt ağrısı tanılı hastalar dahil edilmiştir.¹⁶ Kronik pelvik ağrısı olan hastalarda cinsellikle ilgili ve evlilik ilişkilerinde sorunlar olmasına karşın, sırt ağrısı olan hastaların öncelikli sorunlarının çalışma yaşamı ile ilgili olduğunu göstermiştir. Kronik pelvik ağrısı olan hastalar %60 oranında majör depresyon kriterlerini karşılarken, sırt ağrısı olan hastaların daha çok somatik şikayetleri içeren depresif ve anksiyeteli hastalar olduğunu gösterilmiştir. Cinsel işlev bozuklukları ve depresyonu olan kronik prostatit hastalarının, çeşitli tıbbi tedavi ve uzun süreli antibiyotik tedavisi almasına rağmen şikayetlerinin devam ettiği ve etkin tedavi edilemediğı bildirilmiştir. Kronik pelvik

ağrısı olan hastaların psikolojik açıdan ele alınmalarının, eşleri ile birlikte konsülte edilmelerinin ve depresyon tedavilerinin düzenlenmesinin tamamlayıcı yaklaşım olarak hastanın tedavisinde önemli rol oynayabileceği önerilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna göre kronik pelvik ağrısı olan hastaların psikiyatrik görüşmeyi kabul eden grubunun psikiyatrik olarak değerlendirilmesi gerektiği, çünkü bu hastaların çoğunda cinsel ve psikolojik rahatsızlıklar görüldüğü bildirilmiştir.¹⁶ Bizim çalışmamızda, 3 (%8) KPAS hastasında bel ağrısı ve 1 (%10) KPAS hastasında kronik başağrısı şikayeti mevcuttu.

Ku ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada popülasyondan rastgele olarak seçilen 20 yaşındaki 80 kişinin depresif semptomlarının ağrı ve üriner semptomlarla korelasyon gösterdiği, anksiyete semptomlarının ağrı ve üriner semptomlarla korelasyon göstermediğini belirtilmiştir.³²

Aleksitimi, duyguları tanıma onları ayırt etme ve tanımlama güçlüğü olarak bilinen bir kişilik özelliğidir.^{85,86} Kronik ağrılı hastalar aleksitiminin temel özelliklerini gösterirler. Örneğin, problemlerini teşhis etmede öznel duygularını anlatmada güçlük, düşünce yeteneğinde fakirleşme, fiziksel semptomlarla birlikte fazlaca kaygı taşıma görülür. Birçok çalışmada ağrılı hastalarda yüksek prevelansta aleksitimi bulunsa da aleksitiminin ağrı oluşumuna muhtemel etkisi tam olarak aydınlatılamamıştır.^{87,88} Aleksitimik kişilerin duygularını tanımlamada ve anlatmadaki güçlüğü, çeşitli mekanizmalarla semptomları artırabilir. Bu hastalar benign somatik duylara odaklanma ve somatik duyumsamalarını yanlışlıkla fiziksel hastalığın belirtisi olarak algılama eğilimindedir.⁸⁷⁻⁸⁹ Daha önce aleksitiminin, klasik psikosomatik hastalıklarda ortaya çıkarıcı bir etken olabileceği inancı yaygınken, günümüzde bu görüş tıbben açıklanamayan belirtilerde aleksitiminin hazırlayıcı bir etken olabileceği haline gelmiştir.⁸⁷ Aleksitiminin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğuna ilişkin görüşler giderek güç kazanmaktadır. Sağlıklı topluluklarda yapılan çalışmalar bu görüşü desteklemektedir. Aleksitimi ciddi bedensel hastalıklara ikincil olabileceği gibi, ruhsal bozukluklara da ikincil olabilir.^{85,90,91} Daha önceki çalışmalar somatoform bozuklukta olduğu gibi fonksiyonel somatik belirtilerin gelişmesinin aleksitimi ile ilişkisi olduğunu gösteren kanıtlar bulmuşlardır. Diğer taraftan aleksitimi ciddi ve kronik hastalıklara ikincil olarak da oluşabilir.⁹²⁻⁹⁶

Aleksitimi ve somatoform ağrı ortak klinik özellikler taşısa da farklı yapılarıdır. Aleksitimi ciddi fiziksel belirtilere neden olur, yaşam kalitesini azaltır, günlük aktivitelerin kısıtlanmasına yol açar. Aleksitimi kişilik özelliği olabileceği gibi ikincil bir reaksiyon olarak da görülebilir.^{75,89,92,97,98.}

Bizim çalışmamızda hasta ve kontrol grupları, TAÖ alt ölçekleri ve TAÖ toplam ortalama puanlarına göre karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Hasta grubundan elde edilen VAS değerinin TAÖ alt ölçekleri ve TAÖ toplam ortalama puanları ile ilişkisine bakılmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

DSM-IV-TR ağrı bozukluğu, ağrının varlığının klinik olarak baskın özellik olduğu durumlar için tanımlamıştır.⁹⁹ Kronik ağrı bozukluğunda hasta fiziksel etyoloji olmadan veya altta yatan hastalığın semptomlarını açıklamakta yetersiz kaldığı durumlarda kronik ağrıdan şikayetçi olur. Ağrı, sosyal ve iş hayatında uyumsuzluğu neden olur. Psikolojik faktörler ağrının başlamasında, şiddetinde, ağırlaşmasında veya devamında önemli role sahiptir.⁷⁵ Kronik ağrı hastalarında öfkeyi anlatım biçimi, hastalığın gelişmesinde ve sürmesinde etkili olabileceğinden, üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Araştırmalar, öfkeyle baş etme biçiminin ve anlatım biçiminin önemine değinmektedir. Yoğun öfke bastırılırken kronik ağrının gelişmesine neden olmakta ve içe dönük öfke puanları sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmaktadır. Somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanan öfkenin hastalığın kronikleşmesinde de rol oynadığı belirtilmektedir.¹⁰⁰ Sağlıklı kontrol grubuna göre hastaların öfkeyi bastırma puanları yüksek bulunmakta, bu sonucun ağrının ve yetersizliğin şiddetine bağlı olduğu görülmektedir.¹⁰¹ Öfke ve bastırılmış düşmanlık, somatizasyon gelişiminde çok önemli bir etken olarak tanımlanmıştır.¹⁰² Barsky ve arkadaşları, bedenselleştirmede merkezi yatkinlaştırıcı etken olarak bedensel duyumları büyütme (somasensory amplification) görüşünü ortaya atmışlardır.¹⁰³ Bu görüşe göre bedenselleştiren bireyler, normal bedensel duyumlarını yoğun, zararlı ve rahatsız edici biçimde algılama eğilimindedirler.^{104,105}

Tripp ve arkadaşları¹⁰⁶ KPAS hastalarında depresyon düzeyleriyle ağrının şiddetinin tahmin edebileceğini ortaya koymuşlardır.

Bizim çalışmamızda, KPAS hasta grubunun VAS değerleri aleksitmi düzeyleri ile anlamlı düzeyde ilişki göstermedi ($p<0.05$). Yine VAS değerinin SCL90-R alt ölçekleri ile korelasyon analizinde somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, öfke, fobik anksiyete ve SCL-90-R'nin GSI ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif ve zayıf bir korelasyon ($0<r<0.5$) belirlendi ($p<0.05$). SCL90-R alt ölçeklerinden kişiler arası duyarlılık, depresyon, paranoid düşünce ve psikotizm ise KPAS hastalarının VAS değerleri ile anlamlı ilişki göstermemiştir ($p>0.05$).

VAS değerleri ile HADÖ puanlarına bakıldığında, anksiyete alt ölçeğinin anlamlı düzeyde pozitif kuvvetli bir korelasyon ($r=0.527$) gösterdiği ($p<0.001$), depresyon alt ölçeğinin ise yine anlamlı düzeyde pozitif zayıf korelasyon ($r=0.154$) gösterdiği ($p<0.05$) belirlenmiştir.

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmayı KPAS tanısı alan 40 hasta ile kontrol grubundan 35 kişi tamamlamıştır. Hasta grubunda kontrol grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla psikiyatrik bozukluk belirlenmiştir. Grupların SCL-90-R ölçek puanları karşılaştırıldığında, somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, depresyon, anksiyete alt ölçeklerinde ve PSDI puanında her iki grup arasında anlamlı düzeyde fark bulunmuştur. Hasta ve kontrol gruplarının aleksitimi yönünden ve MADDÖ ve HADÖ ile ölçülen depresyon ve anksiyete düzeyleri açısından karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olmadığı görüldü. KPAS hasta grubunun VAS değerinin diğer ölçeklerle ilişkisine bakıldığında, SCL90-R alt ölçeklerinden somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, anksiyete, öfke, fobik anksiyete ve genel belirti düzeyi ile anlamlı derecede pozitif, HADÖ ile ölçülen anksiyete düzeyi anlamlı düzeyde pozitif, yine HADÖ ile ölçülen depresyon düzeyi anlamlı düzeyde pozitif korelasyon göstermiştir. KPAS hasta grubunun VAS değeri ise aleksitimi ile anlamlı ilişki göstermemiştir. KPAS hastalarının psikiyatrik olarak daha doğru değerlendirilmesi için daha fazla KPAS hastasının katılımıyla ve daha uzun süreli izlemlerle değerlendirilen çalışmalara ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. Roberts RO, Jacobsen JC, Rhodes T. A community based study on the prevalence of prostatitis. *J Urol* 1997; 157:242.
2. Dennis LK, Lynch CF, Tomer JC. Epidemiologic association between prostatitis and prostate cancer. *Urology* 2002; 60(1):78-83.
3. Roberts RO, Bergstralh EJ, Bass SE, et al. Prostatitis as a risk factor for prostate cancer. *Epidemiology* 2004; 15(1):93-9.
4. Nickel JC. Prostatitis. In: Muiholland SG (ed) *Antibiotic therapy in urology*. Lippincott-Raven, Philadelphia, 1995, s.57.
5. Krieger JN, Riley DE. Bacteria in the chronic prostatitis-chronic pelvic pain syndrome: Molecular approaches to critical research questions. *J Urol* 2002; 167: 2574-83.
6. De la Rosette JJ, Hubregtse MR, Meuleman EJ, Stolk-Engelaar MV, Debruyne FM. Diagnosis and treatment of 409 patients with prostatitis syndromes. *Urology* 1993; 41(4):301-7.
7. Ruoff GE: Depression in the patient with chronic pain. *3 Fam Pract* 1996; 43 s.25-34.
8. Keltikangas-Jarvinen L, Ruokolainen J, and Lehtonen T: Personality pathology underlying chronic prostatitis. *Psychother Psychosom* 1982; 137:87-95.
9. McNaughton Collins M. The impact of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome on patients. *World J Urol* 2003; 21: 86-89.
- 10- Mendlewich J, Schulman CC, De Schutter B, Wilmotte J: Chronic prostatitis Psychosomatic incidence. *Psychother Psychosom* 1971; 19:118-25.
11. Mellan J, Raboch J, Kohlicek J: The problem of prostatic neurosis. *Cesk Psychiatr* 1973; 69:112-17.
12. EA Tanagho, JW McAninch, Çeviri editörü G Kazancı: *Ürogenital Sistem Anatomisi Smith Genel Üroloji Nobel Tıp Kitabevi Onaltıncı Baskı*, 2004, s.1-17.
13. McNaughton-Collins M, Stafford RS, O'Leary MP, Barry MJ. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. *J Urol* 1998; 159:1224-28.
14. Thomas U, Schaeffer AJ. The role of cytokines in prostatitis. *World J Urol* 2003; 21:95-9.

15. Mehik A, Leskinen MJ, Helstrom P. Mechanisms of pain in chronic pelvic pain syndrome: influence of prostatic inflammation. *World J Urol* 2003; 21(2):90-4.
16. Egan KJ, Krieger JN. Psychological problems in chronic prostatitis patients with pain. *Clin J Pain* 1994; 10(3):218-26.
17. Schaeffer AJ. Diagnosis and treatment of prostatic infections. *Urology* 1990; 36 (5 Suppl):13-7.
18. Zermann DH, Ishigooka M, Doggweiler R, Schmidt RA. Chronic prostatitis: A myofascial pain syndrome? *Infect Urol* 1999; 12:84-8.
19. Zermann DH, Schmidt RA. Neurophysiology of the pelvic floor: its role in prostate and pelvic pain. in Nickel JC (ed): *Textbook of Prostatitis*. Oxford, United Kingdom, ISIS Medical Media, 1999, s. 95-105.
20. Potts JM, Moritz N, Everson D, et al. Chronic abacterial prostatitis: a functional somatic syndrome? *J Urol* 2001 165 s.104A.
21. Berghuis JP, Heiman JR, Rothman I, Berger RE. Psychological and physical factors involved in chronic idiopathic prostatitis. *J Psychosom Res* 1996; 41:313-25.
22. Pontari MA, Ruggieri MR. Mechanisms in prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004; 172 (3):839-45.
23. Gatenbeck L, Aronsson A, Dahlgren S, et al. Stress stimuli-induced histopathological changes in the prostate: an experimental study in the rat. *Prostate* 1987; 11:69-76.
24. Vaalasti A, and Hervonen A. Autonomic innervation of the human prostate. *Invest Urol* 1980; 17: 293-97.
25. Borish L, Schmalting K, Diclementi JD, et al. Chronic fatigue syndrome: identification of distinct subgroups on the basis of allergy and psychologic variables. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102:222-30.
26. Spanos C, Pang X, Ligris K, et al. Stress-induced bladder mast cell activation: implications for interstitial cystitis. *J Urol* 1997; 157: 669-72.
27. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychother Psychosom* 1994; 61: 4-24.
28. Rome HP, and Rome JD. Limbically augmented pain syndrome (LAPS): kindling, corticolimbic sensitization, and the convergence of affective and sensory symptoms in chronic pain disorders. *Pain Med* 2000; 7-23.

29. Kernberg OA: A psychoanalytic classification of character pathology. *J Am Psychoanal Assoc* 1970 18:800-22.
30. JH Ku, SW Kim, JS Paick. Quality of life and psychological factors in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Urology* 2005; 66:693-701.
31. Alexander RB, and Trissel D. Chronic prostatitis: results of an internet survey. *Urology* 1996 48:568-74.
32. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, et al: Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36:296-301.
33. Hochreiter W, and Bader P. Etiopathogenesis of prostatitis. *Urologe A* 2001; 40: 4-8.
34. Khatami M, and Rush AJ: A one year follow-up of the multimodal treatment for chronic pain. *Pain* 1982; 14:45-52.
35. Mehik A, Helstrom P, Sarpola A, et al. Fears, sexual disturbances and personality features in men with prostatitis: a population-based cross-sectional study in Finland. *BJU int* 2001 88:35-38.
36. Schneider H, Wilbrandt K, Ludwig M, et al. Prostate related pain in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *BJU int* 2005; 95:238-243.
37. Brahler E, Berberich H, and Kupfer J: Sexualität und Psychosomatik der chronischen Beckenbeschwerden des Mannes, in Seikowski K, and Starke K (Eds): *Sexualität Des Mannes*. Pabst Lengerich, Sence Publisher, 2002, s.81-90.
38. Keltikangas-Jarvinen L, Jarvinen H, and Lehtonen T: Psychic disturbances in patients with chronic prostatitis. *Ann Clin Res* 1981; 3:45-49.
39. Keltikangas-Jarvinen L, Mueller K, and Lehtonen T: Illness behavior and personality changes in patients with chronic prostatitis during a two-year follow-up period. *Eur Urol* 1989; 16:181-84.
40. Çam-Çelikel F: Dahili Tıp ve Psikiyatri IV – Kronik Ağrı, Depresyon, Anksiyete ve Somatoform Bozukluklar, Elbi-Mete H (ed). Okuyan Us Yayıncılık, İstanbul, Ekim 2003.
41. Nickel JC: Prostatitis: evolving management strategies. *Urol Clin North Am* 1999; 26:737-51.
42. Nickel JC: Prostatitis and related conditions. In Walsh, Vaughan ED, Wein AJ(eds): *Campbell's Urology*, Eight edition, Vol.1, WB Saunders, 2002, s.603-30.

- 43-Krieger JN, Egan KJ, Ross SO, et al. Chronic pelvic pains represent the most prominent urogenital symptoms of "chronic prostatitis". *Urology* 1996; 48:715-21.
44. Kaplan AS, Volpe AM, Alexis ETE. A prospective, 1- year trial using saw palmetto versus finasteride in the treatment of category III prostatitis/Chronic pelvic pain syndrome. *J Urol* 2004;171:284-8.
45. Tanner MA, Shoskes D, Shahed A, et al. Prevalence of eoryne bacterial 16S rRNA sequences in patients with bacterial and non-bacterial prostatitis. *J Clin Microbiol* 1999;37:1863-70.
46. Simmons P, Thin R. Minocycline in chronic abacterial prostatitis:A double-blind prospective trial. *Br J Urol* 1985; 57:43-45.
47. Barbalias GA, Nikiforidis G, Liatsikos EN. Alpha-blockers for the treatment of chronic prostatitis in combination with antibiotics. *J Urol* 1998; 159:883-7.
48. A Ergen, M Sofikerim. Prostatitis:Treatment and Results. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2005; 1(1), s.12-14.
49. Leskinen M, Lukkarinen O, Marttilla T. Effects of finasteride in patients with inflammatory chronic pelvic pain syndrome: A double-blind, plasebo controlled, pilot study. *Urology* 1999; 53:502-5.
50. Campbell's Urology, Patrick C.Walsh, MD Original ISBN:0-7216-9058-0, Saunders, Çeviri Editörleri:Prof.Dr.M.Kadri Anafarta, Doç Dr. M Önder Yaman, Cilt 1, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi, Öncü Basımevi. s.603-30.
51. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington D.C.: American Psychiatric Press (1997).
52. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen Danacı A, Köroğlu E. DSM-IV eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, (1999); 12: 233-36.
53. Zigmond AS, Snaith PR. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70.
54. Aydemir Ö, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formu'nun Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1997; 8:280-7.

55. L Gülseren, Ş Gülseren, Z Hekimsoy, Z Bodur, S Kültür. Major Depresif Bozukluğu Olan Diabetes Mellituslu Hastalarda Fluoksetin ve Paroksetinin Depresyon-Anksiyete, Yaşam Kalitesi, Yeti Yitimi ve Metabolik Kontrol Üzerine Etkisi: Tek-Kör, Karşılaştırmalı Bir Çalışma 1997; 9:255-57.
56. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change, Br J Psychiatry 134, (1979), s.382-89.
57. Özer SK, Demir B, Tugal Ö, Kabakçı E, Yazıcı MK. Montgomery ve Asberg depresyon değerlendirme ölçeği: Değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2001; 12:185-94.
58. Davidson J, Turnbull CD, Strickland R, Miller R, Graves K. The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity, Acta Psychiatr Scand 73 (1986) s.544-48.
59. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ . The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res 1994; 38:23-32.
60. Sayar K, Güleç H, Ak İ. Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. İstanbul; 37. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı 2001. s.130.
61. Derogatis LR SCL-90: Administration, Scoring and Procedure Manual-I for the revised version. Baltimore, MD: John Hopkins Univ., Clinical Psychometrics Unit. (1977)
62. Dağ İ Belirti tarama listesinin (SCL-90-R) üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. Türk Psikiyatri Dergisi, (1991), 2:5-12.
63. Price DD, Grath PA, Rafii A, Buckingham B. The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for choronic and experimental pain. Pain (1983), 17:45-56.
64. Beneke M, Rasmus W. "Clinical Global Impressions"(ECDEU): some critical comments. Pharmacopsychiatry(1992), 25:171-76.
65. Weidner W, Schiefer HG. Inflammatory disease of prostate:Frequency and pathogenesis. In: Garraway M, editor. Epidemilogy of prostate disease; Heildeberg Berlin: Springer; 1995. s.85-93.
66. Mc Naughton Collins M, MacDonald R, and Wilt Tj:Diagnosis and treatment of chronic abacterial prostatitis:a systematic review. Ann intern Med 2000 133:367-81.

67. Krieger JN, Egan KJ. Comprehensive evaluation and treatment of 75 men referred to chronic prostatitis clinic. *Urology*. 1991; 38(1):11-9.
68. Kiyota H, Onodera S, Ohishi Y, Tsukamoto T, Matsumoto T. Questionnaire survey of Japanese urologists concerning the diagnosis and treatment of chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome. *Int J Urol*. 2003; 10(12):636.
69. Delavierre D. [Chronic prostatitis and chronic pelvic pain syndrome: A survey of French urologists]. *Prog Urol*. 2007; 17(1):69-76.
70. Kochetov AG, Golubchikov VA, Ivanov AO, Sitnikov NV, Groshilin SM, Glinskii VM. [Psychophysiological characteristics of patients with chronic prostatitis]. *Urologia*. 2003; (5):26-31.
71. Xu S, Qi G, Tang P, Li Y. [Combined therapy for the chronic pelvic pain syndrome]. *Zhonghua Nan Ke Xue*, 2004; 10(6):429-33.
72. Chen Q, Wang CH, Yan ZQ, Shen MH, Gu ZH. [Analysis of mood factors in prostatitis and Molida therapy]. *Zhonghua Nan Ke Xue*. 2003; 9(9):676-8.
73. Krishnan KRR, France RD, Davidson. Depression as a psychopathological disorder in chronic pain. France RD, Krishnan KRR (eds): *Chronic Pain*. American Psychiatric Press, 1988, s.195-218.
74. Türk DC, Okifuji A. Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports. *Behav Res Ther(England)* 1994; 32(1):9-16.
75. Roth RS. Psychogenic models of chronic pain-a selective review and critique. Massie MJ (ed): *Pain-What Psychiatrists Need to Know*. Review of Psychiatry, Volume 19. Washington, DC, American Psychiatric Pres, 2000, s.89-131.
76. Okasha A, İsmail MK, Khalil AH, El Fiki RE, Snliman A ve ark: A psychiatric study of nonorganic chronic headache patients. *Psychosomatics* 1999; 40:233-38.
77. Wu LX, Liang CZ, Hao ZY, Guo QK, LiuC, Tang ZG. Epidemiological study of chronic prostatitis patients with depression symptoms. *Zhonahua Nan Ke Xue*. 2006; 12(7):583-6.
78. Ku JH, Jeon YS, Kim ME, Lee NK, Park YH. Psychological problems in young men with chronic prostatitis-like symptoms. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36(4): 296-301.
79. Beutel ME, Weidner W, Brahler E. Chronic pelvic pain and its comorbidity *Urologe A*. 2004; 43(3):261-7.

80. Ullrich PM, Turner JA, Ciol M, Berger R. Stress is associated with subsequent pain and disability among men with nonbacterial prostatitis/pelvic pain. *Ann Behav Med.* 2005; 30(2):112-8.
81. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain (Netherlands)* 1994; 56:289-97.
82. Yücel B, Kora K, Ozyaldın S, Alcalar N, Ozdemir O, Yücel A: Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache (United States)* 2002; 42(3):194-9.
83. Özdemir Ö, Eğrilmez A, Karatepe A, Budak F: Migren ve gerilim baş ağrısı hasta gruplarında depresyon ve anksiyete düzeylerinin karşılaştırılması. *Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi Dergisi* 1993; 31(3):360-5.
84. De la Rosette JJ, Ruijgrok MC, Jeuken JM, et al. Personality variables involved in chronic prostatitis. *Urology* 1993; 42:654-62.
85. Kooiman CG. The status of alexithymia as a risk factor in medically unexplained physical symptoms. *Compr Psychiatry*, 1998; 39:152-9.
86. Taylor GJ. Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2001; 45:134-42.
87. Mendelson G. Alexithymia and chronic pain: Prevalence, correlates and treatment results. *Psychother Psychosom* 1982; 37:154-64.
- 88 Cox BJ, Kuch K, Parker JD, et al. Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *J Psychosom Res* 1994; 38(6):523-7.
89. Bach M, Bach D: independency of alexithymia and somatization. A factor analytic study. *Psychosomotfes* 1996; 37(5):451-8.
90. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatization: a quantitative review of the literature. *J Psychosom Res* 2003; 54:425-34.
91. Deary U, Scoot S, Wilson JA. Neuroticism, alexithymia and medically unexplained symptoms. *Personal Individ Differ* 1997; 22:551-64.
92. Lumley MA, Asselin LA, Norman S. Alexithymia in chronic pain patients. *Compr Psychiatry* 1997; 38(3):160-5.
93. Lumley MA, Tomakowsky J, Torosian T: The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics* 1997; 38:497-502.

94. Barsky AJ: Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics* 1992; 33:28-34.
95. Mufson MJ: What is the role of psychiatry in the management of chronic pain. *Horv Ment Health Lett* 1999; 16(3):8.
96. Bach M, Bach D: Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. *Psychother Psychosom* 1996; 65(3):150-2.
97. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. *Disorder of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness* Cambridge, MA: Cambridge University Press; 1997.
98. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F: How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996; 41(6):505-18.
99. Sadock BJ, Sadock VA: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003.
100. Sayar K, Bilen A, Ankan M. Kronik ağrı hastalarında öfke, benlik saygısı ve aleksitimi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri* 2001; 2:36-42.
101. Greenwood KA, Thurston R, Rumble M, Waters SJ, Kefe FJ. Anger and persistent pain: current status and future directions. *Pain* 2003; 103:1-5.
102. Koh KB. Anger and somatization. *J Psychosom Res* 2003; 55:113.
103. Barsky AJ, Goodson JD, Iane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988; 50:510-9.
104. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiatr Res* 1990; 24:323-34.
105. Sayar K, Kirmayer LJ, Taillefer SS. Predictors of somatic symptoms in depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25:108-14.
106. Tripp DA, Nickel JC, Landis JR, et al. Predictors of quality of life and pain in chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: findings from the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. *BJU int* 2004; 94: 1279-1282.