



## KPA'LI OLGULARDA PELVİK MUAYENE, ULTRASONOGRAFI VE LAPAROSKOPI İLE TANI KOYMA DUYARLILIKLARININ KARŞILAŞTIRILMASI<sup>1</sup>

*Hasene ÖZÇAM<sup>1</sup>, Ertunç MEGA<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği*

*<sup>2</sup>Jinekoloji ve Doğum Kliniği(JDK),İstanbul*

**Özet:** Etiyolojisindeki pek çok farklı patoloji nedeniyle tanı ve tedavisinde güçlükler yaşanmaktadır. Laparoskopi ile % 86.6 oranında patoloji izlendiği halde, pelvik muayene ile % 10, ultrasonografi ile % 16.7 oranında patoloji tespit edilmiştir. USG ve pelvik muayenenin KPA'lı kadınlarda tanı koyma başarısı oldukça düşük bulunmuştur. Yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen kronik pelvik ağrıyı açıklayacak bir tanı konması oldukça zordur. Bu olgularda laparoskopi rutin bir tanı aracı olmalıdır.

**Anahtar Kelimeler :** Kronik Pelvik Ağrı, Laparoskopi, Pelvik Muayene

## COMPARING THE SENSITIVITY OF DIAGNOSING CASES WITH KPA WITH PELVIC OPERATION, ULTRASONOGRAPHY AND LAPAROSCOPY

**Abstract:** Because of many different pathology in its etiology, there are difficulties in its diagnose and treatment. Although %86.6 pathology was seen with laparoscopy,, %10 was seen with pelvic operation, and %16.7 was seen with ultrasonography. Diagnosing success in women with KPA by using USG and pelvic operation was found comparatively low. Diagnosing chronic pelvic pain which affect the quality of life negatively is quite difficult. In these cases, laparoscopy should be the regular diagnosing tool.

**Key Words:** Chronic Pelvic Pain,Laparoscopy,Pelvic Operation

### GİRİŞ

Etiyolojisindeki çok sayıda farklı patoloji oluşu, bimanuel pelvik muayene ve transvajinal ultrasonografinin tanı koymadaki yetersizliği karşısında jinekologların iç organları görme isteği ve gelişen teknolojinin de yardımıyla laparoskopi bugün tüm dünyada tanı ve tedavi yöntemi olarak jinekolojideki yerini almıştır. Nitekim jinekoloji kliniklerinde KPA için yapılan tanısal laparoskopilerin oranı;

1987'de % 17 iken, 2004'te bu oran % 40'lara ulaşmıştır (1,2,3). Günümüzde gerek tanı, gerekse tedavi amaçlı kullanılan minimal invaziv cerrahi bir teknik olan laparoskopinin KPA'nın visseral orjinli patolojilerini belirlemede en önemli tanı aracı olduğu düşünülmektedir (2,3,4).

### KRONİK PELVİK AGRI (KPA)

Kadınlarda kronik pelvik ağrı sık görülen ve günlük yaşamı önemli şekilde etkileyen bir rahat-

<sup>1</sup> Bu çalışma birinci sırada yer alan Uzm.Dr.Hasene ÖZÇAM'ın Tıpta Uzmanlık Tezinden Türetilerek Hazı - lanmıştır.

sızlıktır. Kronik pelvik ağrı sendromu (KPAS) sık konulan bir tanı olup tam olarak anlaşılamamış bir durumdur (5). Kronik pelvik ağrının (KPA) kabul edilmiş bir tanımı olmamakla beraber, sadece menstrüasyon ve cinsel birleşmeyle ilişkili olmayan, alt abdomen ve pelvise lokalize, en az 6 ay süreyle devam eden sürekli ya da ara ara ortaya çıkan, ağrıdır. Yapılan jinekolojik muayene ve laboratuvar değerlendirmelerinde nedeni saptanamayan ağrılar “kronik pelvik ağrı sendromu” olarak tanımlanır(6).

Kronik pelvik ağrının kabul edilmiş bir tanımı yoktur. Ama pek çok yazar, kronik pelvik ağrının 6 aydan uzun süren, siklik veya siklutan 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 (7).

### **KPA’LI OLGULARDA TANI YÖNTEMLERİ (8)**

KPA çalışması iyi tasarlanmış bir anamnez ile başlamalıdır. Bu amaçla sistematize edilmiş formların kullanımı yararlıdır. Olgunun ağrısının şiddeti ve tekrarlama sıklığı, menslerle ilişkisi önemli olduğundan, siklus günleri ve tarihi içeren aylık ağrı takvimleri verilebilir. Detaylı bir anamnez sonrası kronik pelvik ağrı nedeni olabilecek sistemlere yönelik fizik muayene yapılmalıdır. Anamnez ve fizik muayene, hekim için hangi laboratuvar testle-

rinin isteneceği hakkında yol göstericidir. Ancak KPA’lı olgularda laboratuvar ve radyolojik tetkikler umulduğu kadar ek bilgi sağlamaz. Subakut ve kronik enfeksiyonlarda sedimentasyon hızının arttığı bilinmektedir. Ancak olguda enfeksiyon ve kanama yoksa, hemogram ve sedimentasyon hızı bilgi sağlamaz. KPA’lı olgularda klamidyay, gonore, mikoplazma, üreoplazma kültürleri çoğu kez rutin olarak istenmekte, genellikle sonuçlar negatif gelmektedir.

Pelvik muayene bulgusu normal olan olgularda transvajinal ultrasonografinin çok fazla bir katkısı yoktur. Osteoartriküler bir neden düşünüldüğünde, lumbosakral direkt grafiler istenebilir. Nadiren intrauterin patolojileri, tubal durumu değerlendirmek için histerosalpingografi gerekebilir. Çift kontrastlı radyografiler, MR, CT, seçilmiş vakalarda yarar sağlayabilir. Yine olgunun şikayetlerine göre sistoskopi, kolonoskopi, sigmoidoskopi tanı yöntemi olarak kullanılabilir. Anamnez ve fizik muayene ışığında jinekolojik etyoloji düşünüldüğünde ise halen altın standart laparoskopidir (8).

### **AMAÇ**

Bu çalışmanın amacı, KPA’lı olgularda pelvik muayene, ultrasonografi ve laparoskopi ile tanı koyma duyarlılıklarının karşılaştırılmasını yaparak en uygun yöntemin belirlemektir.

### **KAPSAM**

Ekim 2004 - Eylül 2005 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne kronik pelvik ağrı yakınmasıyla başvuran olgular arasından 30 olgu çalışma kapsamına alındı. Her olgunun anamnez ve fizik muayenesi tamamlanıp kaydedildi. Ağrının jinekolojik orjinli olmadığı



düşünülen olgular, gastroenteroloji, üroloji, nöroşirurji klinikleri ile konsülte edilerek bu olgular çalışma dışında bırakıldılar.

## METOD

Jinekopatoloji düşünülen kronik pelvik ağrılı olgulara, vizuel analog skala ile ağrılarını 0'dan 10'a kadar bir rakam ile ifade etmeleri istendi. Bu ağrı ölçüm skalasında 0 puan ağrısızlığı, 10 puan olabilecek en şiddetli ağrıyı tanımlamaktadır. Ağrısını 6 ve daha üzeri puanlarla tanımlayan olgular çalışma kapsamına alındı. Bu olgulara yapılacak girişim ve komplikasyonları hakkında bilgi verilerek onayları alındı. Tüm olgular operasyondan bir gün önce kliniğe yatırılarak sistemik fizik ve jinekolojik muayeneleri yapıldı, transabdominal pelvik ve transvajinal ultrasonografi ile değerlendirildiler. Hemogram, rutin biyokimya, tam idrar tetkiki, hepatit göstergeçleri, elektrokardiyografi, kanama pıhtılaşma zamanı, sedimentasyon hızı, akciğer grafileri incelendi ve anestezi konsültasyonu ile operasyon açısından uygun olup olmadıkları değerlendirildi.

## VERİLERİN ANALİZİ

Pelvik ağrı yakınması olan olgular Uluslararası Pelvik Ağrı Topluluğu'nca hazırlanmış anket formu ile değerlendirildiler. Çalışmada elde edilen

bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma ve frekanslar) yanısına niceliksel verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare ve tanı tarama testleri (duyarlılık, özgüllük vb.) kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi.

## BULGULAR

Kronik pelvik ağrı şikayetiyle hastane kliniğine başvuran 30 olgu çalışma kapsamına alınmıştır. Olgularımızın yaşları 23-45 arasında değişmekte olup yaş ortalamaları  $34.93 \pm 6.50$ 'dir. Ağırlıkları 53-86 arasında ve kilo ortalamaları  $65.23 \pm 7.94$ 'tür. Gravida sayıları 0-13 arasında (ortalama  $2.28 \pm 2.70$ ) ve pariteleri 0-7 arasındadır (ortalama  $1.61 \pm 1.55$ ). Eğitim düzeyleri açısından; % 60'ı ilkokul ( $n = 18$ ), % 20'si ortaokul ( $n = 6$ ), % 20'si lise ( $n = 6$ ) mezunudur. Medeni halleri sorgulandığında % 90'ının ( $n = 27$ ) evli, % 6.7'si ( $n = 2$ ) bekar, % 3.3'ünün ( $n = 1$ ) dul olduğu öğrenilmiştir. Olgularımızın demografik özellikleri ile ilgili bilgiler Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1: Olguların Demografik Özellikleri**

		Min. – Max.	Ort. ± SD
	Yaş	23 - 45	34,93 ± 6,50
	Kilo	53 - 86	65,23 ± 7,94
	Gravida	0 - 13	2,28 ± 2,70
	Parite	0 - 7	1,61 ± 1,55
		n	%
Eğitim Durumu	İlkokul	18	60
	Ortaokul	6	20
	Lise	6	20
Medeni Durum	Evli	27	90
	Bekar	2	6,7
	Dul	1	3,3

Olgularımızın Pelvik Ağrı Değerlendirme Formundaki bireysel özelliklerine ve ağrıyla ilgili öykülerine göre verdikleri cevaplar Tablo 2’de özetlenmiştir.

**Tablo 2: Olguların Kontrasepsiyon, Adet Düzeni, Disparoni, Ağrının Süresi, Operasyon Öyküsü, Daha Önceden Doktora Başvurma ve İlaç Kullanımına Göre Dağılımı Tablosu**

		n	%
Gebelikten korunma	Korunuyor	6	21,4
	Korunmuyor	22	78,6
Adet Düzeni	Düzenli	20	66,7
	Düzensiz	8	26,7
	Menopoz	2	6,7
Disparoni *	Var	19	67,9
	Yok	9	32,1
Ağrı Süresi	6 ay – 1 yıl	9	30,0
	1 – 2 yıl	11	36,7
	2 yıl ve üzeri	10	33,3
Operasyon Öyküsü	Var	9	30,0
	Yok	21	70,0
Daha önce doktora başvurma	Var	22	73,3
	Yok	8	26,7
İlaç Kullanımı	Var	21	70,0
	Yok	9	30,0

\* 2 olgu virgodur.



Fizik muayeneleri yapılan olguların pelvik muayeneleri sonucunda % 90'ın (n = 27) pelvik muayenesi normal, % 10'un (n = 3) pelvik muayenesi patolojik olarak değerlendirilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3: Olguların Pelvik Muayene Sonuçları**

		n	%
Pelvik Muayene	Normal	27	90,0
	Patolojik	3	10

Pelvik muayene ile; (virgo olan 2 olguda rektal tuşe yapıldı) uterus: 12 olguda (% 40) retrovert, 18 olguda (% 60) antevert ve tümünde normal cesamette olarak değerlendirilmiştir. Uterusla ilgili, pelvik muayenede patoloji düşünülmemiştir.

Adneksler: 1 olguda (% 3.3) sağ over, 2 olguda (% 6.66) sol over palpabl olup bu olgulardaki pelvik muayene ile patolojik tanı over kisti lehine değerlendirilmiştir. 27 hastada (%90) adneksiyal patoloji tespit edilmemiştir. Douglasta palpe edilebilir bir kitle hissedilmemiştir. Rektal tuşe ile olgularımızda patolojik bir bulgu tespit edilmemiştir. Pelvik muayene sonrasında tüm olgularımız transvajinal ve tansabdominal (virgolarıda) ultrasonografi ile değerlendirilmiştir. % 83.3 'ünde (n = 25) normal genital bulgular izlenirken, %16.7'sinde (n = 5) patolojiktir (Tablo 4).

**Tablo 4: Olguların Ultrasonografik Değerlendirme Sonuçları**

		n	%
USG	Normal	25	83,3
	Patolojik	5	16,7

Ultrasonografi ile; 4 olguda (13.3) overde kitle,

1 olguda (% 3.33) uterus corpus posteriorunda yaklaşık 2 cm'lik myom izlendi. Laparoskopik değerlendirmede; Olguların % 13.3' ün (n = 4) laparoskopik bulgusu normal iken, % 86.7'si (n = 26) patolojiktir (Tablo 5).

**Tablo 5: Laparoskopi Sonuçları**

		n	%
Laparoskopi	Normal	4	13,3
	Patolojik	26	86,7

Çalışma grubumuzu oluşturan kronik pelvik ağrılı 30 olgunun laparoskopik gözlem sonuçları Tablo 6'dadır.

**Tablo 6: Olguların Laparoskopik Bulguları**

	n	%
Adezyon	12	40,0
Endometriozis	5	16,7
Kronik PID	4	13,3
Over kisti	2	6,7
Pelvik Variköz Venler	2	6,7
Myoma Uteri	1	3,3
Normal Pelvik Görüntü	4	13,3

Laparoskopi bulgularımızı özetlersek;

**Uterus;** 1 (% 3.3) olgumuzda sağ ligamentum rotundumda yaklaşık 2 cm'lik intraligamenter myom nodülü saptanmıştır. 1 (% 3.3) olgumuzda uterus serozası ile çevre dokular arasında adezyonlar mevcuttur. 3 (%10) olguda da yine uterus serozasında endometriotik implantlar izlendi. 2 (% 6.7) olguda uterus serozası üzerinde hiperemi ve veziküller izlendi.

**Adneksler;** 1 (%3.3) olguda sağ overde yaklaşık 4x5 cm'lik, 1 (%3.3) olguda sol overde yaklaşık

2x2 cm'lik endometrioma, 3 (%10) olguda da her iki over ve tubada endometriotik odaklar izlenmiştir. Yine 2 (%6.7) olguda sol overde yaklaşık 3x4 cm'lik (basit görümlü kistik yapıda) over kisti tespit ettik. 12 (% 40.0) olguda over-tubalar ve çevre dokular arasında adezyonlar izlendi. 4 (% 13.3) olguda tubalarda bilateral hiperemi konjesyon, uterus ve tubaları örten visseral periton üzerinde veziküller izlenmiş olup kronik pelvik inflamatuvar hastalık lehine yorumlanmıştır. 2 (% 6.7) olguda da ovarian venler ve uterin venlerde

dilatasyon izlendi.

**Douglas;** 3 olguda (%10) endometriotik implantlar, 3 olguda (% 10) adezyonlar izledik.

**Sakrouterin ligamentler;** 3 olguda (% 10) endometriotik implantlar izlenmiştir. 4 (% 13.3) olguda ise laparoskopide patoloji görülmemiştir. Pelvik muayene, ultrasonografi ile patoloji olduğu düşünülen olgularımızın laparoskopik tanılarını Tablo 7'dedir.

**Tablo 7: Pelvik Muayene-USG İle Patoloji Şüphesi Olan Olguların Laparoskopik Tanıları**

	Pelvik Muayene	USG	Laparoskopi
<b>Olgu 1</b>	Over Kisti	Over Kisti	Over Kisti
<b>Olgu 2</b>	Over Kisti	Over Kisti	Over Kisti
<b>Olgu 3</b>	Over Kisti	Endometrioma	Endometrioma
<b>Olgu 4</b>	Normal Genital Bulgu	Over Kisti	Endometrioma
<b>Olgu 5</b>	Normal Genital Bulgu	Myoma Uteri	Myoma Uteri

Laparoskopide izlenen sol overdeki yaklaşık 3x4 cm'lik over kistleri olan 2 olgu pelvik muayene ve USG ile tanınabilmiştir. 1 olguda sağ overde izlenen ~ 4x5 cm'lik endometrioma, pelvik muayenede over kisti, USG'de endometrioma lehine değerlendirilerek tanınabilmiştir. Ancak 1 olguda

sol overde izlenen ~ 2x2 cm'lik endometrioma pelvik muayene ile belirlenememiş, USG ile görülmüştür. Yine pelvik muayenede normal olduğu düşünülen 1 (%3.3) olguda laparoskopide intraligamenter myom izlenmiştir.



**Tablo 8: Pelvik Muayene İle KPA Tanısı**

Pelvik Muayene	Laparoskopik Tanı		Toplam
	Normal	Patolojik Görünüm	
Normal	4	23	27
Patolojik	0	3	3
Toplam	4	26	30
<b>Duyarlılık (sensitivite)</b>			
		11.54	
<b>Özgüllük (spesifisite)</b>			
		100.00	
<b>Pozitif Kestirim Değeri</b>			
		100.00	
<b>Negatif Kestirim Değeri</b>			
		14.81	
<b>Doğruluk</b>			
		23.33	

Laparoskopik tanı ve pelvik muayene bulguları karşılaştırıldığında (Tablo 8) pelvik muayene ile 3 olguda patolojik bulgu saptanırken, bunların da 3'ünde laparoskopide patolojik görünüm izlenmiştir (pozitif kestirim değeri % 100). Pelvik muayene bulgusu normal olan 27 hastanın yalnızca 4'ünde laparoskopide bulgusu normaldir (negatif kestirim

değeri % 14.81). Pelvik muayenenin kronik pelvik ağrılı olgularda tanı koymadaki duyarlılığı % 11.54, (laparoskopide patoloji izlenen ve pelvik muayenede de patoloji olduğu düşünülen) özgüllüğü ise % 100'dür (laparoskopide normal görünüm izlenen ve pelvik muayenede de normal olduğu düşünülen).

**Tablo 9: Ultrasonografik KPA Tanısı**

USG	Laparoskopik Tanı		Toplam
	Normal Pelvik Görünüm	Patolojik Görünüm	
Normal	4	21	25
Patolojik	0	5	5
Toplam	4	26	30
<b>Duyarlılık (sensitivite)</b>			
		19.23	
<b>Özgüllük (spesifisite)</b>			
		100.00	
<b>Pozitif Kestirim Değeri</b>			
		100.00	
<b>Negatif Kestirim Değeri</b>			
		16.00	
<b>Doğruluk</b>			
		30.00	



Tablo 9’da görüldüğü gibi; laparoskopiyeye göre ultrasonografinin kronik pelvik ağrılı olgularda tanı koymadaki duyarlılığı % 19.23, özgüllüğü % 100, pozitif kestirim değeri % 100, negatif kestirim değeri % 16 ve doğruluğu % 30’dur. Tablo 8 ve 9’da kronik pelvik ağrılı olgularda pelvik muayenenin tanı koymadaki başarısı % 23.33’ken, USG’nin % 30’dur. Bu sonuçlar doğrultusunda pelvik muayene ve USG’nin bizim çalışmamızda tanı koyma oranının oldukça düşük olduğu görüldü. Özellikle adezyonlar, minimal endometriotik implantlar, kronik PID, pelvik variköz venlerin pelvik muayene ve USG ile tanısı mümkün olmamıştır. Yanlızca over kistleri ve endometriomalar tanınabilmiştir.

## TARTIŞMA

KPA, jinekologların en sık karşılaştıkları problemlerden biri olmakla beraber (9,10) etyolojisindeki pek çok farklı hastalık nedeniyle tanı ve tedavisinde güçlükler yaşanmaktadır. Çalışmamızda olgularımızın yaşları 23-45 arasında değişmekte ve ortalama  $34.93 \pm 6.50$  olup literatüre benzer şekilde reproduktif çağıdaki kadınlardır. Olgularımızın % 90’nı evli, % 6.7’si bekar, % 3.3’ü eşinden ayrılmıştı. Literatürdeki gibi KPA yakınmasıyla başvuran olgularımızın çoğu evli kadınlardan oluşmaktadır.

Çalışma grubumuzu oluşturan vakaların % 73.3’ü daha önceden pelvik ağrı yakınmasıyla en az bir kere doktora başvurmuş ve % 70’i analjezik antibiyotiklerden oluşan medikal tedaviler olmaktadır. 30 olgunun 19’u (% 67.9) disparoniden şikayet etmiştir. Laparoskopide normal ve patolojik bulgular izlenen olgulardaki disparoni sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Laparoskopik

tanısı normal genital bulgu olanların hiçbirisinde disparoni yokken, patoloji tespit edilenlerde disparoni sıklığı % 79.2’dir.

Goldstein ve arkadaşlarının 140 olguluk adolesan çağıdaki genç kadınları kapsayan serisinde laparoskopi ile % 90 oranında pelvik patoloji saptanmıştır. Bu araştırmacıardan Kresch % 83, Lundberg % 60, Pent % 53, Gillibrand % 37 oranında laparoskopide pelvik patoloji belirlemişlerdir (11,12,13,14,15). Bu farklı sonuçların nedeni ise; Gillibrand, Pent ve Lundberg’in çalışmalarında pelvik ağrı için belirli kriterlerine bağlı kalmamalarına, Kresch ve Goldstein’in ise sadece sürekli aynı lokalizasyonda pelvik ağrı öyküsü veren, kesintisiz veya intermittan türde olabilen en az 6 aydır ağrısı devam eden kadınları seçerek ağrı skorlama sistemleri kullanarak belirli kriterlere uyan olgulara laparoskopi uygulamalarıdır.

1981 – 1994 yılları arasında ABD’deki jinekoloji kliniklerindeki istatistiksel bilgilere göre, 28679 hastaya laparoskopik girişim uygulanmış ve bunlardan 12653’ü (% 44) kronik pelvik ağrılı kadınlara tanı amaçlı yapılmıştır (3). KPA etyolojisinde spesifik tanıları söz konusu olduğunda en sık patolojiler endometriozis, adezyonlar, irritabl barsak sendromu ve intersitisyel sistit’tir. Ayrıca aynı olguda farklı iki sisteme ait patolojiler bir arada alabilmektedir (30,22,23,16).

Kronik pelvik ağrısı olan kadınlara yapılan laparoskopilerde en sık karşılaşılan 2 jinekopatoloji endometriozis ve pelvik adezyonlardır. Diğer jinekopatolojiler; Kr.PID, over kistleri, ovarian kalıntı sendromu, pelvik vasküler konjesyon sendromu, myoma uteridir (3,1,2,9). Howard FM, 1981 – 1984 yılları arasında yayınlanan çeşitli araştırmacıların laparoskopi serilerinde %





2-80 arasında (~ % 33) endometriozis izlendiğini ifade etmiştir (3).

Farklı oranlar ilk zamanlar endometriozisin sadece kahverengi, siyah tipik lezyonlarına tanı konulurken, daha sonraki yıllarda atipik lezyonların tanımlanmasından kaynaklanmaktadır. Bu atipik lezyonlara % 15-30 sıklıkta rastlanır ve renksiz, beyaz, kırmızı, sarı renkte olabilirler. Bu yeni gelişme nedeniyle şüpheli alanlardan biyopsi alma ve histopatolojik tanı koyma sıklığı artmıştır (24,25,26,27). Bizim çalışmamızda 30 olgunun 5'inde (% 16.7) endometriozis izledik. 1 (% 3.3) olguda sağ overde yaklaşık 4x5 cm'lik, 1 (% 3.3) olguda sol overde yaklaşık 2x2 cm'lik endometrioma, 3 olguda (% 10) douglas, mezosalpenks, overler, uterus serozası, tubalar üzerinde birçok endometriotik odak vardı. Bu endometriotik odaklar tipik olarak siyah renkliydi ve histopatolojik inceleme ile tanı doğrulanmıştır. Endometriotik odakları olan 3 (% 10) olgu pelvik muayene ve ultrasonografi ile tespit edilememiş olup kesin tanı ancak laparoskopi ile mümkün olmuştur. Bizim çalışmamızda 30 olgunun 5'inde (%16.7) endometriozis izlenmiştir. Bu oran literatürdeki araştırmacıların sonuçları ile benzerdir.

Çalışmamızda 2 (% 6.7) olguda over kisti izlenmiş olup literatür rakamlarıyla benzerdir. Her iki olgununda 6 ay oral kontraseptif tedavisine rağmen kist çapında gerileme olmamış ve aynı zamanda 6 aydan uzun süredir devam eden pelvik ağrısı mevcuttu. Laparoskopik kist ekstirpasyonu yapıldı ve patolojik inceleme sonucu iyi huylu saptandı. KPA'lı kadınlarda izlenen bir diğer patolojide pelvik venöz konjesyon sendromudur. Pelvik variköz venlere transuterin pelvik venografi ve retrograd ovarian venografi ile tanı konabilir (28,20). Bu

iki teknik ters trandelenburg pozisyonunda ve kontrast madde ile yapıldığından potansiyel morbidite riskine sahiptir. Ayrıca pahalıdır. El-Minawi MF, bu teknik ile kronik pelvik ağrılı 83 olguya transuterin venografi uygulamış ve şüpheli olguları laparoskopik gözlem ile değerlendirmiştir. Bu çalışmada kesin tanı için laparoskopinin gerekliliği vurgulanmıştır (29).

KPA'nın ayırıcı tanısında pelvik muayene bulguları ve laparoskopi bulgularının ne derecede örtüştüğü ve preoperatif fizik muayenenin tanı koyma etkinliğinin araştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmıştır. Literatürde KPA için yapılan pelvik muayene bulgularının ~ % 50 oranında laparoskopi bulguları ile uyumlu olduğu bildirilmektedir (19). Howard FM ve arkadaşlarının bir çalışmasında preoperatif pelvik muayenesi normal olarak değerlendirilen KPA'lı kadınların % 56 'sında laparoskopide pelvik patoloji saptanmış olup, özellikle adezyonlar ve pelvik variköz genişlemelerin pelvik muayene ile öngörülemediğini vurgulamıştır (3).

Bülent Berker ve arkadaşlarının 67 olguluk çalışmasında tüm kadınların pelvik muayenesi normal olarak değerlendirildiği halde vakaların % 68.6'sında laparoskopik patoloji tespit edilmiştir (17). Cüneyt E.Taner ve arkadaşlarının çalışmasında pelvik muayenesi normal olan 35 olgunun 24'ünde (% 68.6) laparoskopide patoloji izlenmiştir (18). Bizim çalışmamızda pelvik muayenesi normal genital bulgular lehine değerlendirilen 27 hastanın, 23'ünde (% 85) laparoskopide patoloji izlenmiştir. 26 hastada (% 86.6) laparoskopide patoloji görülürken, pelvik muayenede bunların yalnızca 3'ü (% 19) farkedilebilmiş olup pelvik muayenenin tanı koymadaki sensitivitesi %

11.54'tür. Pelvik muayenenin toplam doğru tanı koyma oranı (doğruluk) % 23.33'tür.

Al - Suleiman bir çalışmada pelvik muayene ve laparoskopi arasında % 21 - 61 arasında tutarsızlık olduğunu bildirmiştir (21). Ultrasonografi ile de yalnızca over kisti ve myomu olan olgular tanınabilmiştir. USG'nin KPA'lı olgulardaki doğru tanı koyma oranı (doğruluk) yalnızca % 30'dur.

## SONUÇ

Çalışma kapsamına aldığımız 30 olguya yapılan pelvik muayene, USG ve laparoskopi sonucunda KPA'yı açıklayabilecek pelvik patoloji % 86.7 vakada tespit edilebilmiş, % 13.3 olguda normal genital bulgular izlenmiştir. Çalışma sonucunda normal ve patolojik bulgular saptanan olgular arasında yaş, adet düzeni, ağrının süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmamakla beraber, laparoskopide patoloji izlenen olgularda dispanoni daha sıktır.

Pelvik muayene ile olguların yalnızca % 10'unda, USG ile % 16.7'sinde patoloji tespit edilebilmiştir. Sonuç olarak KPA'lı kadınlarda pelvik muayene, USG gibi noninvaziv metodlarla kesin tanı konması bugün için olanaksızdır. Laparoskopik inceleme ile çoğu olguda pelvik patoloji ortaya konabilecek ve etyolojiye yönelik tedavilerle daha iyi sonuçlar alınabilecektir.

## KAYNAKLAR

- 1-Howard FM: The Role of Laparoscopy in the Chronic Pelvic Pain Patient. Clinical Obstetrics and Gynecology 2003: 46 (4): 749 – 766
- 2-Georgine Lamvu, Frank Tu, Sawsan As – Sanie,

Denniz Zolnoun, John F.Steege The role of laparoscopy in the diagnosis and treatment of conditions associated with chronic pelvic pain. Obstet Gynecol Clin N Am 31 (2004) 619 –630

- 3- Howard FM: The role of laparoscopy as a diagnostic tool in CPP Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 2000 : 14 (3) : 467 – 494
- 4- Howard FM: The role of laparoscopy in CPP: promise and pitfalls Obstet and Gynecol Survey 1993; 48: 357 – 387
- 5-Kekilli,O.: Kronik Pelvik Ağrı Sendrom'lu Erkeklerdeki Seminal Plazma Tümör Nekrozis Faktör Alfa Ve İnterlökin 1 Beta Düzeylerinin, Tanı Ve Tedavi Yanıtıyla İlişkisi, Uludag Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Bursa, 2005
- 6-Bayrak,Ş.G.: Kronik Pelvik Ağrı Şikayeti Olan Hastalarda Tibial Sinir Uyarısı Tedavisinin (Nöromodülasyon) Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, 2008
- 7-Demir,F.: Kronik Pelvik Ağrıda Jinekolojik, Ürolojik, Psikiyatrik Etkenlerin Araştırılması: Diagnostik Laparoskopinin Kronik Pelvik Ağrıdaki Yeri, Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Isparta, 2006
- 8-Prof.Dr. Haldun Güner. Kronik Pelvik Ağrı. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi Güneş Kitabevi 2005; 777
- 9- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP. Chronic pelvic pain in the community: Symptoms, investigations and diagnoses Am J Obstet



- Gynecol 2001; 184: 1149 – 55
- 10-**Mahmood TA, Templeton AA, Thompson L, Fraser C. Menstrual Symptoms in women with pelvic endometriosis Br J Obstet Gynecol 1991; 98: 558 – 563
- 11-** Goldstein D, de Chohnoky C, Leventhal J, et al. New insights into the old problem of CPP. J Pediatr Surg 1979, 14: 675
- 12-**Kresch Arnold J, David B Seifer, Lewis B, Sachus. Laparoscopy in 100 women with CPP. Obstet Gynecol 1984: 64 (5): 672-4
- 13-** Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE: Laparoscopy in the evaluation pelvic pain. Obstet Gynecol 1973; 42: 872
- 14-**Pent D; Laparoscopy; It's role in private practice. Am J Obstet Gynecol 1972; 113: 459
- 15-**Gillibrand PN: Investigation of pelvic pain. Communication at the Scientific Meeting of CPP. A Gynaecologic Headache, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, May 1981
- 16-**Longstreth GF, Preskill DB, Youkeles L. Irritable bowel syndrome in women having diagnostic laparoscopy or hysterectomy Relation to gynecologic features and outcome. Dig Dis Sci 1990; 35: 1285-90
- 17-**Bülent Berker, Cihan Kabukçu, Yusuf Üstün, Yaprak Engin, Fulya Dökmeci, Kronik Pelvik Ağrıda Diagnastik Laparoskopinin Yeri. Gynecology Obstetrics and Reproduction Medicine 2001, 7 (2): 135-136
- 18-**Cüneyt E Taner, Meral Aban, Nafi Yılmaz, Arif Güngören. Kronik Pelvik Ağrılı Olgularda Laparoskopi Bulguları. Türk Fertilite Dergisi 1996; 4 (2): 164-168
- 19-**Roseff SJ, Murphy AA. Laparoscopy in the diagnosis and therapy of CPP. Clin Obstet Gynecol 1990; 33: 137-141
- 20-**Beard RW Highman JH Pearce S. et al. Diagnosis of pelvic varicosities in women with CPP. Lancet 1984; 946
- 21-**Al-Suleiman SA: Laparoscopy in the management of women with CPP. Aust NZ J Obstet Gynecol 1991; 31: 1: 63-65
- 22-**Prior A, Whorwell PJ. Gynaecological consultation in patients with the irritable bowel syndrome. Gut 1989; 30: 996.
- 23-**Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Patterns of diagnosis and referral in women consulting for CPP in UK primary care, Br J Obstet Gynaecol 1999; 106: 1156-61
- 24-**Adamson GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 568 – 569
- 25-**Jansen RP, Russel P. Nonpigmented endometriosis: Clinical, laparoscopic and pathologic definition. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 1154-1159
- 26-**Martin DC, Hubert GD, Vander Zwaag R. et al. Laparoscopic appearance of peritoneal endometriosis. Fertility and Sterility 1989; 51:63
- 27-** Martin DC, Ahmic R, El-Zeky FA, et al. Increased histologic confirmation of endometriosis. J Gynecol Surg 1990; 162: 568 – 569



**28-**Beard RW,Reginald PW & Wadsworth J.Clinical features of women with chronic lower abdominal pain and pelvic congestion British Journal of Obstetrics and Gynecology 1988; 95: 153

**29-**El- Minawi MF& El-Minawi AM. Laparoscopy in CPP. Presented at the International Congress of Gynecologic Endoscopy AAGL.

26<sup>th</sup> Annual Meeting Seattle, Washington, 23-28 September 1997

**30-**Mathias SD, Cupperman M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. CPP prevalence health related quality of life and economic correlates Obstet – Gynecol 1996; 87 :321 – 327