



KPA'LI OLGULARA TANI KOYMADA LAPAROSKOPI UYGULAMASININ ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI¹

Hasene ÖZÇAM¹, Ertunç MEGA¹

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Jinekoloji ve Doğum Kliniği (JDK), İstanbul

Özet: Kronik pelvik ağrı reproduktif çağıdaki kadınların jinekoloğa başvurma nedenlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Etiyolojisindeki pek çok farklı patoloji nedeniyle tanı ve tedavisinde güçlükler yaşanmaktadır. Çalışmamızda kronik pelvik ağrılı kadınların demografik özellikleri ve bu olgulardaki patolojiler araştırılmıştır. Bu amaçla kliniğimize başvuran KPA kriterlerine uyan 30 kadına diagnostik laparoskopi uygulanmıştır. Araştırma sonucunda sırasıyla, adezyon (%40), endometriozis (% 16.7), Kr. PID (%13.3) over kisti (% 6.7), pelvik venlerde genişleme (%6.7) ve myoma uteri (%3.3) olmak üzere % 86.6 oranında pelvik patoloji saptadık. 4 (%13.3) olguda ise normal genital bulgular izlenmiştir. 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.

Anahtar Kelimeler : Kronik Pelvik Ağrı, Laparoskopi, Pelvik Muayene

RESEARCHING THE LAPAROSCOPY OPERATION IN DIAGNOSING THE CASES WITH KPA

Abstract: Chronic pelvic pain constitutes an important part of reasons for women in reproductive age consulting to gynecologist. Because of many different pathologies in its etiology, there are difficulties in its diagnose and treatment. In our study, demographic features of women with chronic pelvic pain and pathologies in this case are researched. For this purpose, 30 women coming to our clinic and who have the KPA case were applied diagnostic laparoscopy. As a result of the research, we diagnosed pelvic pathology with the rate of %86.6; adhesion (%40), endometriosis (% 16.7), Kr. PID (%13.3) ovarian cyst (% 6.7), extension in pelvic veins (%6.7) and myoma uteri (%3.3). Normal genital findings were seen in 4 (%13.3) cases. 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.

Key Words: Chronic Pelvic Pain, Laparoscopy, Pelvic Operation

¹ Bu çalışma Uzm.Dr. Hasene ÖZÇAM'ın Tıpta Uzmanlık Tezinden Türetilerek Hazırlanmıştır.

GİRİŞ

Ağrı latince “poena” (ceza, intikam, işkence) sözcüğünden gelen tanımı oldukça güç bir kavramdır. Uluslararası Ağrı Araştırma Derneği Taksonomi Komitesi tarafından yapılan en geçerli tanımlamaya göre “Ağrı vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle de ilgili, hoş olmayan bir emosyonel duyumdur (1).

Ağrının giderilmesi hastanın hekimden talep edebileceği en zorlayıcı isteklerden biridir. Jinekolojik hastalıklarda çoğunlukla ağrının nedeni ve tedavisi açıktır. Fakat bazı klinik durumlarda tanı koymak zordur. Kronik pelvik ağrı (KPA) bu durumlardan birisidir. KPA'nın genel kabul görmüş bir tanımı olmamakla beraber, döngüsel olmayan en az 6 ay veya daha uzun süredir devam eden, anatomik pelvis, umbilikus altına uyan anterior abdominal duvar, lumbosakral bölge ve kalçalarda hissedilen, yaşam kalitesini bozan, medikal yardıma ihtiyaç hissettirecek kadar şiddetli ağrıdır (2,3,4,5,6).

KPA şikayetinin doğurduğu fonksiyon kaybı, iş gücü yitimi, hatta evlilik yaşamındaki mutsuzluklar gibi birçok olumsuz durum nedeniyle etyolojisinin doğru belirlenip, tedavisinin planlanması şarttır (5). Bu çalışmanın amacı, bu olgulara tanı koymada laparoskopik uygulamasının etkinliğinin araştırılmasıdır.

KPA-KRONİK PELVİK AĞRI

KPA sıklığı belirlemede günümüze dek geçen sürede en kapsamlı araştırma 1996'da Mathias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. 5263 kadın telefon görüşmeleriyle sorgulanmış ve KPA pre-

valansı % 14,7 olarak bildirilmiştir. Buna göre Amerika'da yaklaşık 9.2 milyon kronik pelvik ağrı şikayeti olan kadın vardır (9). Başka bir araştırmada yine ABD'de Jamieson ve Steege tarafından yapılmış (10) araştırmanın sonuçlarına göre; sağlık birimlerine başvuran kadınların % 39'u pelvik ağrıdan şikayet etmektedir. Jinekoloğa başvurma yakınmalarının % 10'unu KPA oluşturmaktadır.

Zondervan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 15-73 yaş arası kadınlarda görülen tüm hastalıklar göz önüne alındığında KPA % 3.8 gibi bir oranla, migren (%2.1) ve astım (% 3.7)'dan bile daha sıktır. Aynı çalışmaya göre reproduktif çağıdaki kadınlarda jinekolojik yakınmalar arasında KPA yakınması % 12-39 oranında değişmektedir (11). ABD'de histerektomilerin % 12'si, tanısal laparoskopilerin de % 40'ı kronik pelvik ağrı endikasyonu ile gerçekleştirilmektedir (9,12,13). Bu kronik problem ciddi ekonomik yüke de sebep olmaktadır. KPA tedavisi ABD'ye yıllık 2.8 milyon dolara mal olmaktadır. Tanı çalışmaları, cerrahi girişimler, hastanede yatma ve işten geri kalan günler nedeniyle uğranan zarar da hesaplanırsa bu rakam yaklaşık 555 milyon dolara yükselmektedir (9).

KPA yakınması olan olguların demografik özelliklerine bakıldığında en sık görülen yaş gurubu 27-29 yaş olup, ortalama semptomların devam süreleri 2.5 yıldır (14). Reproduktif çağda daha sık olmakla beraber anlamlı risk faktörü tanımlanmamıştır (11). KPA ile en sık ilişkisi olduğu düşünülen 4 patoloji; endometriozis: adezyonlar irritabl barsak hastalığı intersitisyel sistit'tir (2,3).



KPA TEDAVİSİ

Tedavinin amacı tespit edilebilir semptomları ve eşlik eden psikolojik morbiditeyi düzeltmek, normal fonksiyonu sağlamak, yaşam kalitesini arttırmak ve kronik semptomların rekürrensini önlemektir. Etiyolojisindeki çok sayıda patoloji nedeniyle KPA tedavisinde de pek çok farklı yol tercih edilebilmektedir.

1. Medikal Tedavi; KPA'da ilk denenmesi gereken ilaç oral analjeziklerdir. Aspirin, asetaminofen, NSAID kullanılabilir. Hafif ve orta dereceli ağrılarda etkilidirler (22). Diğer bir grup analjezik de opioidlerdir. Klinik deneyimle opioidlerin akut ağrılara göre kronik ağrılarda daha etkili olduklarını göstermiştir. Yine bir çok olguda normal fonksiyonların yerine gelmesinde diğer tedavilerden daha üstün oldukları öngörülmektedir (23). Opioidlerle ilgili temel problem tolerans ve bağımlılık gelişmesidir. Kronik ağrısı olan ve düzenli opioid kullanan hastaların yaklaşık % 3-16'sında bağımlılık gelişmektedir (24). Antibiyotikler, KPA'sı ve pelvik muayenede uterin hassasiyeti olup, standart endometritis veya salpenjitisin klinik kriterleri taşımayan bazı olgularda, servikal kültür ya da endometrial biyopsi; subakut üst genital kanal enfeksiyonunu gösteriyorsa kullanılabilirler (22). Antidepresanlar (TSA, SSRI gibi) da KPA tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Bunlar ağrı eşiğini yükseltir, uyku paternini düzeltir, ağrıya bağlı olabilecek deprese duygu durumunu azaltır (25).

2. Cerrahi Tedavi; Histerektomi, laparoskopik uterin sinir ablasyonu (LUNA), presakral nörektomi (PSN) ve adezyolizisi içermektedir. Histerektomilerin yaklaşık %18'i KPA endikasyonu ile yapılmaktadır (26). Çok merkezli,

kohort, prospektif bir çalışmada KPA nedeniyle histerektomi yapılan 308 kadın cerrahi sonrası 1 yıl takip edilmiş ve olguların % 74'ünde ağrının tamamen kaybolduğu, %21'inde ağrının azaldığı, % 5'inde ise ağrının hiç geçmediği ya da arttığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada, histerektominin leiomyom, yaygın endometriozis, anormal uterin kanama gibi KPA'ya eşlik eden diğer patolojiler varsa tercih edilmesinin daha uygun olacağı ifade edilmiştir (27). Laparoskopik uterin sinir ablasyonu, şiddetli dismenore ve endometriozisle ilişkili pelvik ağrılarda serviks birleşme yerinden sakrouterin ligamentlerin rezeksiyonu veya ablasyonu, superior hipogastrik pleksustan gelen sempatik ve S₂₋₃₋₄'ten gelen parasempatik liflerin blokajını sağlar. Yapılan bir çalışmada KPA'lı 21 hastaya yapılan LUNA sonrası % 81'nin ağrısında azalma tespit edilmiştir (28).

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, KPA'lı olgulara tanı koymada laparoskopik uygulamasının etkinliğinin ortaya konulmasıdır. Bu sayede pelvik ağrı şikayetiyle başvuran olgulara kesin tanı konularak, gereksiz laparotomi, antibiyoterapi, analjezik kullanımından kaçınmak, hastanede yatılan gün sayısı ve iş gücü kaybını azaltarak ülke ekonomisini korumak, belki de en önemlisi etyolojisi belirlenemeyen pelvik ağrılarının psikolojik olduğuna karar verebilmek açısından önem taşımaktadır.

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 göstergeleri, elektrokardiyografi, kanama pıhtılaşma zamanı, sedimentasyon hızı, akciğer grafileri incelendi ve anestezi konsültasyonu ile operasyon açısından uygun olup olmadıkları değerlendirildi.

VERİLERİN ANALİZİ

En az 6 ay ve daha uzun süredir devam eden 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 ± 6.50 'dir. Ağırlıkları 53-86 arasında ve kilo ortalamaları 65.23 ± 7.94 'tür. Gravida sayılan 0-13 arasında (ortalama 2.28 ± 2.70) ve pariteleri 0-7 arasındadır (ortalama 1.61 ± 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.

Gebelikten korunma yöntemi olarak 1 olgu RIA, 1 olgu tüp ligasyon, 2 olgu bariyer yöntemleriyle, 2 olgu oral kontraseptifler ile korunmaktadır. 22 (% 73.3) olgu en az 1 kez olmak üzere kronik pelvik ağrı şikayetiyle doktora başvurmuş olup farklı zamanlarda antibiyotik ve analjeziklerden oluşan medikal tedaviler almıştır.

Halen ilaç kullanımı sorgulandığında 21 olgu (% 70.0) çeşitli analjezik ve kas gevşeticiler kullandıklarını ifade etmişlerdir. Ağrılarını vizuel analog skalaya (VAS) göre puan vermesi istenen 30 hastanın, VAS ağrı düzeyleri 6 ile 8 arasında değişmekte olup, ortalama VAS skoru 6.90 ± 0.84 'tür. Olgularımızın tamamının laboratuvar sonuçları normaldir. Fizik muayeneleri yapılan



olguların pelvik muayeneleri sonucunda % 90'ın (n = 27) pelvik muayenesi normal, % 10'un (n = 3) pelvik muayenesi patolojik olarak değerlendirilmiştir. 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. Doğularda palpe edilebilir bir kitle hissedilmemiştir. Rektal tuşe ile olgularımızda patolojik bir bulgu tespit edilmemiştir. Pelvik muayene sonrasında tüm olgularımız transvajinal ve tansabdominal (virgolar) ultrasonografi ile değerlendirilmiştir. % 83.3 'ünde (n = 25) normal genital bulgular izlenirken, %16.7'sinde (n = 5) patolojiktir. 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) laparoskopi bulgusu normal iken, % 86.7'si (n = 26) patolojiktir.

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. **Doğulas**; 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.

Tablo 1: Laparoskopik Tanılar ve Ağrı Sürelerinin Karşılaştırılması

		Laparoskopik Tanı				Test ist.; p
		Normal Pelvik Görüntü		Patolojik Bulgu		
		n	%	n	%	
Ağrı Süresi	6 ay-1 yıl	2	50.0	7	26.9	$\chi^2: 0.883;$ $p:0.643$
	1-2 yıl	1	25.0	10	38.5	
	> 2 yıl	1	25.0	9	34.6	

χ^2 : Ki-kare testi

Tablo 1’de görüldüğü gibi laparoskopi bulgularının dağılımlar arasında istatistiksel olarak anlamlı normal veya patolojik olmasına göre ağrı süresi bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 2: Laparoskopik Tanılar ile Olguların Adet Düzeni İlişkisi

		Laparoskopik Tanı				Test ist.; p
		Normal Pelvik Görüntü		Patolojik Bulgu		
		n	%	n	%	
Adet Düzeni	Düzenli	4	100.0	16	61.5	$\chi^2: 2.308;$ $p:0.315$
	Düzensiz	-	-	8	30.8	
	Menopoz	-	-	2	7.7	

χ^2 : Ki-kare testi

Tablo 2’de görüldüğü gibi laparoskopi bulguların adet düzeni dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p>0.05$).

Tablo 3: Laparoskopik Tanılar İle Disparoni İlişkisi

		Laparoskopik Tanı				Test ist.; p
		Normal Pelvik Görüntü		Patolojik Bulgu		
		n	%	n	%	
Disparoni	Var	-	-	19	79.2	$F\chi^2: 9.528;$ $p:0.006^{**}$
	Yok	4	100.0	5	20.8	

$F\chi^2$: Fisher’s Exact Ki-Kare Testi

$** p<0.01$ ileri düzeyde anlamlı

Tablo 3’de görüldüğü gibi laparoskopi bulgusu ile disparoni arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.01$). Laparoskopi bulgusu normal olan hiçbir olgu

disparoniden şikayet etmezken, laparoskopi bulgusu patolojik olan olguların % 79.2’si disparonisi olduğunu ifade etmiştir.

**Tablo 4: Laparoskopik Tanılar ile Yaş İlişkisi**

		Yaş		Test ist.; p
		Ort.	SD	
Laparoskopi	Normal	33.75	2.75	Z: -0.428;
	Patolojik	35.11	6.91	p:0.669

Z: Mann Whitney U testi

Tablo 4'te görüldüğü gibi laparoskopik olarak normal ve patolojik tanıları alan olguların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Laparoskopik tanılar ve pelvik muayene bulguları karşılaştırıldığında 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 laparoskopi 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).

Laparoskopiye 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. 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. Yalnızca over kistleri ve endometriomalar tanınabilmektedir.

TARTIŞMA

Kronik pelvik ağrısı olan kadınları kapsayan pek çok çalışma yapılmıştır. Howard FM ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada KPA'lı kadınların sıklıkla reproduktif çağda ve yaş ortalamalarının 27-29 arasında olduğu bildirilmiştir. Yine bu kadınlarda aynı yaşlardaki ağrısız kadınlardan farklı oldukları ve ortalama semptom sürelerinin 2.5 yıl olduğu belirtilmiştir (4).

Mathias SD ve arkadaşlarının telefon görüşmeleriyle 18-50 yaş arası kadınlarla yaptığı çalışmada da yaş, eğitim düzeyi, etnik köken bakımından aynı yaşlardaki ağrısız kadınlardan farklılık göstermedikleri ifade edilmiştir(9). Bir başka çalışmada da KPA'lı kadınların yaş ortalamaları 36.1 ± 8.5 olup, sosyal sınıfları, medeni durumları açısından ağrısız kadınlardan farklı olmadıkları bildirilmiştir(11). Bizim çalışmamızda da olgularımızın yaşları 23-45 arasında değişmekte ve ortalama 34.93 ± 6.50 olup literatüre benzer şekilde reproduktif çağdaki kadınlardır. Olgularımızın % 90'nı evli, % 6.7'si

bezar, % 3.3'ü eşinden ayrılmıştır. Literatürdeki gibi KPA yakınmasıyla başvuran olgularımızın çoğu evli kadınlardan oluşmaktadır.

Ağrı sürelerine bakıldığında; olgularımızın ortalama semptom süreleri 6 ay-4 yıl arasında değişmektedir. İngiltere'de yapılan bir çalışmada KPA'nın % 30.8'i üriner sistem, % 37.7'si gastrointestinal sistem, % 20.2'si jinekolojik ve % 11.3'ünün diğer sebeplere bağlı olabileceği ifade edilmiştir (29).

Etyolojisindeki farklı patolojiler nedeniyle jinekologların tanı koyma başarıları noninvaziv metodlarla oldukça azdır. Bu nedenle KPA'lı kadınlar tanı amaçlı laparoskopi kullanımı yıllardır artarak süregelmektedir (6,7,8). Laparoskopinin pelvik ağrılı olgulardaki pelvik patolojiyi tespit etme başarısı yıllardır pek çok çalışma ile araştırılmıştır. Bu konudaki ilk araştırmalar; Goldstein, Kresch, Pent, Lundberg ve Gillibrand yapmıştır. Goldstein ve arkadaşlarının 140 olguluk adolesan çağdaki genç kadınları kapsayan serisinde laparoskopi ile % 90 oranında pelvik patoloji saptanmıştır. Bu araştırmacılarından Kresch % 83, Lundberg % 60, Pent % 53, Gillibrand % 37 oranında laparoskopide pelvik patoloji belirlemişlerdir (30,31,32,33,34).

KPA endikasyonu ile yapılan diagnostik laparoskopi serileri kombine olarak değerlendirilirse; % 33 (% 2-8) endometriozis, % 24 (% 2-52) adezyon, % 5 (% 3-29) Kr.PID, % 3 (% 1-17) over kistleri, % 1 (% 1-3) pelvik variköz venler, % 1 (% 2-4) myoma uteri, % 35 (% 3-92) normal genital bulgular izlenmiştir (7). Endometriozis reproduktif yaş kadınların yaklaşık % 10'nu etkiler (25). Kronik pelvik ağrılı kadınlara yapılan diagnostik laparoskopi serilerinde; Konnickx, PR; % 74,

Kontoravdis ve ark.; % 24.6, Marana R; % 29, Mara M; % 20.4, Vercellini P; % 18, Abu Rafeh B; % 4, Redecha M; % 25.6, Newham AP; % 16, Berker B; % 12, Taner C; % 20, Arslan S; % 32.1; Tıraş B; % 37 oranında endometriozise rastlamışlardır (15, 35,36,37,38,39,40,41,42,43, 44,45).

Howard FM, 1981 – 1984 yılları arasında yayınlanan çeşitli araştırmacıların laparoskopi serilerinde % 2-80 arasında (~ % 33) endometriozis izlendiğini ifade etmiştir (7).

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 (16,17,18,19). 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.

Laparoskopi serilerinde sık rastlanan diğer bir KPA sebebi olduğu düşünülen patoloji de pelvik adezyonlardır. Adezyon oluşumunda rol oynayan en önemli faktör geçirilmiş cerrahi operasyonlardır. Bunun yanı sıra, PID öyküsü, endometriozis, perfore apandisitler gibi pelvik inflamatuvar süreçler adezyon oluşumunda etkili olmaktadır (20,21).Stovall ve arkadaşlarının çalışmasında;



adezyonu olan kadınların % 50'sinin daha önceden geçirilmiş öyküsü olduğunu, % 50'sinin ise cerrahi girişim geçirmediği bildirilmiştir. Pelvik muayene ile olguların hiçbirisinde adezyon varlığının öngörülemediği, kesin tanının ancak vizuel diağnoz ile konulabileceği ifade edilmiştir (20). Son yıllarda adezyonların postoperatif komplikasyonları (KPA, infertilite, barsak obstrüksiyonu gibi) nedeniyle daha az yapışıklığa yol açan yeni cerrahi yöntemler popülerite kazanmaya başlamıştır (46,47,48).

Filmar ve arkadaşları, fareler üzerinde yaptıkları çalışmada laparotomi ve laparoskopi ile uterusu makasla mekanik travma oluşturmuşlar, laparoskopik grupta daha az yapışıklık oluşumu rapor etmişlerdir (49). Marana R ve arkadaşları tavşan modelinde konservatif over cerrahisi için laparotomi ve laparoskopi arasında yapışıklık oluşumu açısından, anlamlı fark saptamışlar ve laparotominin çok daha fazla yapışıklık oluşumuna neden olduğunu saptamışlardır (50). Pelvik adezyonların tanısında laparoskopik yaklaşım, laparotomiye göre minimal doku hasarı dolayısıyla yeni adezyon oluşturulmaması ve aynı anda adezyolizis imkanı tanınması bakımından popülerdir (46).

Literatürde kronik pelvik ağrılı olgulara yapılan diağnostik laparoskopi serilerinde pek çok çalışmada adezyonlar en sık saptanan patolojidir. Kontoravdis A. ve arkadaşları 736'sı (% 31.1) akut, 1629'u (%68.9) kronik pelvik ağrı endikasyonu ile 2365 kadına diağnostik laparoskopi uygulamışlardır. Akut pelvik ağrılı grupta 168 (% 22.8) ve kronik pelvik ağrılı grupta 577 (% 35.4) olguda adezyon izlenmiş olup her iki grup için de en sık patolojinin adezyon olduğu

saptamışlardır (35). Marana R.'nin, KPA'lı 127 kadının diağnostik laparoskopide % 55 (n = 70) ile 1. sıradaki patoloji adezyon olarak bildirmiştir (36). Yine; Mara M; % 22.3, Abu-Rafeh B; % 19, Newham AP; % 40, Taner C; % 27.3, Carter JE; % 48, Roseff SJ; % 31 oranlarıyla en sık adezyon tespit etmişlerdir (37,39,41, 43,51,52).

Bizim çalışmamızda yukarıdaki araştırmacıların, sonuçlarıyla uyumlu olarak % 40 (n = 12) oranla en sık adezyon izlenmiştir. Bu yüksek oranda adezyon izlenen 12 olgunun 9'unun (%75) alt batın ile ilgili geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü olması rol oynamıştır. 3 olguda (%25) ise adezyon oluşumunda geçirilmiş pelvik enfeksiyonların etkili olduğu düşünülmüştür. İnflamatuar olayların proteolitik enzimlerin salınmasına yol açarak afferentlerin ağrı eşiğini düşürdükleri ve ağrıya neden oldukları ileri sürülmektedir (32).

4 (% 13.3) olgumuzda laparoskopide normal genital bulgular izlenmiştir. Araştırmacılar pelvik ağrı kriterleri iyi belirlenirse negatif laparoskopi, yani normal pelvik organlar bulma olasılığının azalacağını belirtmişlerdir. Howard FM; % 35, Kontoravdis A; % 24, Marana R; % 20, Mara M; % 17.7, Abu - Rafah B; % 3, Redecha M; %29, Newham AP; % 30, Berker B; % 31.3, Taner C; % 27.27, Arslan S; % 45.2, Tıraş B; % 21.7, Roseff SJ; % 18.9 oranında normal genital bulgular izlemişlerdir (7,35,36,37,39,40,41,42 ,43,44,45,52). 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 (52).

SONUÇ

Laparoskopik gözlem sonucunda izlenen en yaygın pelvik patoloji adezyon (% 40) olup, adezyon izlenen 12 olgunun 9'unun (% 75) alt batın ile ilgili geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü vardır. Olguların %16.7'sinde endometriozis, % 13.3'ünde Kr.PID, % 6.7'sinde over kisti, % 6.7'sinde pelvik venlerde genişleme, % 3.3'ünde myoma uteri izlenmiştir. 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. 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 dispareni daha sıktır.

KAYNAKLAR

- 1- Yegül İbrahim: Ağrı ve Tedavisi, Yapım Matbaacılık, İzmir 1993, sf.19-20
- 2- ACOG Practice Bulletin No.:51 Chronic Pelvic Pain Obstetrics & Gynecology 2004 March; 103 (3):589-605
- 3- Howard FM: Chronic Pelvic Pain The American Collage of Obstetricians and Gynecologists. 2003 March; 101 (3) 594 – 611
- 4- Howard FM: The Role of Laparoscopy in the Chronic Pelvic Pain Patient. Clinical Obstetrics and Gynecology 2003; 46 (4): 749 – 766
- 5- The American College of Obstetricians and Gynecologists. CPP.Vol: 101 No:3 March 2003
- 6- 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
- 7- Howard FM: The role of laparoscopy as a diagnostic tool in CPP Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology 2000 : 14 (3) : 467 – 494
- 8- Howard FM: The role of laparoscopy in CPP: promise and pitfalls Obstet and Gynecol Survey 1993; 48: 357 – 387
- 9- 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
- 10- Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain and irritabl bowel syndome in primary care practices. Obstet Gynecol 1996; 87: 55- 8
- 11- Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP. Chronic pelvic pain in the community: Symptoms, investigations and diagnoses Am J Obstet Gynecol 2001; 184: 1149 – 55



- 12- Lee NC, Dicker RC, Rubin GL, Ory HW. Confirmation of the preoperative diagnosis for hysterectomy Am J Obstet Gynecol 1984; 150:283 –287
- 13- Dicker RC, Greenspan JR, Straus LT et al. Complications of abdominal and vaginal Lysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am J Obstet Gynecol 1992; 144 : 841 – 848
- 14- Reiter RC, Gambone JC. Demografic and historical variables in women with CPP. Obstet Gynecol 1990; 75: 428 – 432
- 15- Konnickx PR, D’Hoodge TD, Oosterlynck D. Response to letter to the editor. Fertil Steril 1991; 56 –590
- 16- Adamson GD. Diagnosis and clinical presentation of endometriosis Am J Obstet Gynecol 1990; 162: 568 – 569
- 17- Jansen RP, Russel P. Nonpigmented endometriosis: Clinical, laparoscopic and pathologic definition. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 1154-1159
- 18- Martin DC, Hubert GD, Vander Zwaag R. et al. Laparoscopic appearance of peritoneal endometriosis. Fertility and Sterility 1989; 51:63
- 19- Martin DC, Ahmic R, El-Zeky FA, et al. Increased histologic confirmation of endometriosis. J Gynecol Surg 1990; 162: 568 – 569
- 20- Stovall TG, Elder RF, Ling FW. Predictors of pelvic adhesions. J Reprod Med 1989; 62: 696 – 700
- 21- Duffy D, Gere S. Pelvic pain as a cause of adhesions, crystalloids in preventing then. J Reprod Med 1996; 41: 19-26
- 22- Prof. Dr. Haldun Güner. Kronik Pelvik Ağrı. Jinekolojik ve Obstetrikal Cerrahi Güneş Kitabevi 2005; 777
- 23- Portenoy RK, Foley KM, Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain. Report of 38 cases pain 1986; 25:171-186
- 24- Miatta K, Compton P, Ling W, Conolly M. Diagnosing addictive disease in chronic pain patients. Psychosomatics 1996; 37: 223-35
- 25- Schreiber S, Vinokur S, Shavelzon V, Pick CG, Zahavi E, Shir Y. A randomized trial of fluoxetine versus amitriptyline in musculoskeletal pain. Isr J Psychiatry Relat Sci 2001; 38: 88-94
- 26- Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. Jr The maine Women’s Health Study. I outcomes of hysterectomy. Obstet Gynecol 1994; 83: 556-65
- 27- Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The effectiveness of hysterectomy for CPP. Obstet Gynecol 1995; 86 (6): 941-945
- 28- Linchten EM, Bombard J. Surgical treatment of primary dysmenorrhea with LUNA. J Rep Med 1987; 32: 37-41
- 29- 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

- 30-** Goldstein D, de Cholnoky C, Leventhal J, et al. New insights into the old problem of CPP. *J Pediatr Surg* 1979, 14: 675
- 31-** Kresch Arnold J, David B Seifer, Lewis B, Sachus. Laparoscopy in 100 women with CPP. *Obstet Gynecol* 1984; 64 (5): 672-4
- 32-** Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE: Laparoscopy in the evaluation pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1973; 42: 872
- 33-** Pent D; Laparoscopy; It's role in private practice. *Am J Obstet Gynecol* 1972; 113: 459
- 34-** Gillibrand PN: Investigation of pelvic pain. Communication at the Scientific Meeting of CPP. A Gynaecologic Headache, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, May 1981
- 35-** Kontoravdis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlan PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acut and CPP. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics* 1996: 52; 243-248
- 36-** Marana R, Paielli FV, Muzli L, Dell Acquan, Mancuso S. The role of laparoscopy in the valuation of CPP. *Minerva Ginecol* 1993 Jun; 45 (6): 281-6
- 37-** Mana M, Fucikova Z, Kuzel D, Dohnolava A, Haakova L, Ziruny J. Laparoscopy in CPP *Ceska Gynekol* 2002 Jan; 67 (1): 38-46
- 38-** Vercellini P, Fedele L, Arcaini L, Bianchi S, Rognoni MT, Candiani CB. Laparoscopy in the diagnosis of CPP in adolescent women. *J Reprod Med* 1989 Oct 34 (10): 827-30
- 39-** Abu Rafeh B, Vilos GA, Misra M. Frequency and laparoscopic management of ovarian remnant syndrome *J Am Assoc Gynecol Laparoscopy* 2003 Feb; 10 (1): 33-37
- 40-** Redecha M, Niznanska Z, Korbell M, Borovsky M, Chabadova J. Laparoscopic findings in women with CPP. *Bratisl Lek Listy* 2000; 01 (8): 460-464
- 41-** Newham AP, Van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with CPP. *S Afr Med J.* 1996 Sep; 86: 1200-1203
- 42-** Bülent Berker, Cihan Kabukçu, Yusuf Üstün, Yaprak Engin, Fulya Dökmeci, Kronik Pelvik Ağrıda Diagnostics Laparoskopinin Yeri. *Gynecology Obstetrics and Reproduction Medicine* 2001, 7 (2): 135-136
- 43-** Cüneyt E Taner, Meral Aban, Nafi Yılmaz, Arif Güngören. Kronik Pelvik Ağrılı Olgularda Laparoskopik Bulguları. *Türk Fertilite Dergisi* 1996; 4 (2): 164-168
- 44-** Selçuk Arslan, Levent Alaybeyoğlu, Hakan Yalçın, Hüseyin Yeşilyurt, Mete Güngör, Sertaç Batioğlu. Adölesanlarda Kronik Pelvik Ağrı Tanısında Laparoskopinin Yeri. 1998; 4 (2): 315 – 317
- 45-** Bülent Tıraş, Rıfat Gürsoy, Mülazım Yıldırım, Adnan Kaya, Onur Karabacak, Zeki Taner. Türk Kadınlarında Uygulanan 1000 Diagnostics Laparoskopinin Sonuçları. *Türk Fertilite Dergisi* 1995; 3 (2) : 135-141
- 46-** Tittel A, Treutner KH, Titkova S, Ottinger A, Schumpelick V. New adhesion formation after laparoscopic and conventional adhesiolysis. *Surg Endosc* 2001; 15: 44-46



- 47-** Neudecker J, Junghans T, Zeimer S et al. Effect of laparoscopic and conventional colorectal resection on peritoneal fibrinolytic capacity: a prospective randomized clinical trial. *Int J Colorectal Dis.* 2002; 17: 426-429
- 48-** Lundorff P, Hahlin M, Thorburn J. Adhesion formation after laparoscopic surgery in tubal pregnancy: a randomized trial versus laparotomy. *Fertil-Steril* 1991; 55: 911-915
- 49-** Filmar S, Gomel V, McComb PF. Operative laparoscopy versus open abdominal surgery: a comparative study on postoperative adhesion formation in the rat model. *Fertil Steril* 1987; 48: 486-489
- 50-** Marana R, Luciana AA, Muzii L. et al. Laparoscopy versus laparotomy for ovarian conservative surgery: a randomized trial in the rabbit model. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 861-864
- 51-** Carter JE Laparoscopic finding in patients with CPP. *J Am Assoc Gynecol Laparoscopy* 1994 Nov; 2 (1): 43-47
- 52-** Roseff SJ, Murphy AA. Laparoscopy in the diagnosis and therapy of CPP. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 137-141