

GİNEKOLOJİDE KRONİK BEL VE KASIK AĞRISI

TOPUZ, A., DOLGAY, E., ERTEN, G.

ÖZET: Ginekolojik hastalıklarına başvuran hastaların 1/3'ünün başlıca şikayesi pelvik ağrıdır. Akut pelvik ağrının medikal veya cerrahi tedavi ile dramatik bir iyileşme sağlar. Ancak ağrı kronik hale geldiğinde hasta ve hekim arasındaki birçok çatışmalar ortaya çıkar. Kronik bel ve kasık ağrılarının değerlendirilmesinde Ortopedi, Nöroloji, Üroloji, Psikiyatri ve İç Hastalıkları uzmanları ile konsültasyonları %70'e varan oranla etyolojik faktörü ortaya çıkarır. Bu çalışmada ginekolojide rastlanılan kronik bel ve kasık ağrısı oluşturan nedenleri ve tedavisi için gerekli yöntemleri literatür ışığında tartıştık.

ABSTRACT: Akut pelvic pain is the chief complaint of one third of the patients on admission to our department as pelvic pain. Treatment of acute pelvic pain by medical or surgical means ends in dramatic cure. Many frustrations occur in terms of patients' and doctors when pain becomes chronic. Consultations with Orthopedists, Neurologists, Urologists, Psychiatrists and Internal Medicine Specialists disclose etiologic factors in 70 percent of the cases in the treatment of pelvic and low back pain. In this review we evaluated causes of chronic pelvic and low back pain and methods of diagnosis and treatment in the light of the literature.

Main complaint of one third of the patients on admission to our department as pelvic pain. Treatment of acute pelvic pain by medical or surgical means ends in dramatic cure. Many frustrations occur in terms of patients' and doctors when pain becomes chronic. Consultations with Orthopedists, Neurologists, Urologists, Psychiatrists and Internal Medicine Specialists disclose etiologic factors in 70 percent of the cases in the treatment of pelvic and low back pain. In this review we evaluated causes of chronic pelvic and low back pain and methods of diagnosis and treatment in the light of the literature.

Anahtar sözcükler: Pelvik ağrı, kronik ağrı, ginekolojik hastalıklar.
Key words: Pelvic Pain, Low back pain, gynecologic disorders

ÖZET: Ginekolojik hastalıklarına başvuran hastaların 1/3'ünün başlıca şikayesi pelvik ağrıdır. Akut pelvik ağrının medikal veya cerrahi tedavi ile dramatik bir iyileşme sağlar. Ancak ağrı kronik hale geldiğinde hasta ve hekim arasındaki birçok çatışmalar ortaya çıkar ve ağrı ağrı-

Dr. Öğretim Üyesi A. Topuz, Doç. Öğretim Üyesi E. Dolgay, Öğretim Üyesi G. Erten, Etiler Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

lanması daha kompleks hale gelir(1). Kronik bel ve kasık ağrılarının %70'i ekstremital (ortopedik, nörolojik, ürolojik, psikiyatrik, iç hastalıkları) nedenlerden ancak %30'u jinekolojik hastalıklardan kaynaklanmaktadır.

Kadında bel ağrılarının erkeğe oranına çok daha fazla görüldüğü onun anatomik yapısı ile ilgilidir. Kadının columna vertebralisinde ileri derecede lordoz hali vardır. Pelvis boşluğu daha geniştir. Promontoriumun pelvis içine doğru olan çıkıntısı azdır. Sakrumun lumbal sathidir, senfiz altı açısı geniştir, kemikler incedir, kaslar daha zayıf ve gevseyebilir durumdadır, karın boşluğu ise büyüktür.

Kadın vücudu cinsel olgunluk yaşlarında devamlı olarak fizik değişikliklere uğramakta ve pelvis eklemi her ay premenstrüel olarak hormonal değişikliklerle pregravidik değişiklikler göstermektedir. Özellikle eklemelerde ağrısızlık derecede gevşeme olur ve bir çok kadının gebelik ettiği premenstrüel ve menstrüel bel ve sırt ağrılarının nedeni budur. Hala gebelik anında bütün dokular; pelvis kemiklerinin meydana getirdiği kemik halka ve buna aşağıdan kaplayan perine kasları ve doğum kanalını doğrudan doğruya kolaylaştırmak için gevşemeye başlar, karın boşluğu genişler ve vücut aksı öne kayar. Ağarlık aksının bu istikamet değiştirilmesi ileri derecede lordoz ile kompanse edilmeye çalışılır. Bunun için tüm iskelet kasları (özellikle sırt ve karın kasları) ileri derecede çablamak zorundadır(2);

KRONİK BEL VE KASIK AĞRILARININ SINIFLANDIRILMASI

Kronik Ağrıları: A) Epizodik kronik ağrılar

B) Sürekli kronik ağrılar olmak üzere iki gruba

toplanabiliriz.

A) Epizodik Kronik Ağrı:

1. Disparoni: Kütu iyileşmiş ağrılı epizyotomi insizyonu, enfekte urethral divertikül, Bartholin bezi kisti veya abseleri gibi fiziksel problemler her jinekoloğun arada bir göreceği introital disparoni nedenleridir. Fakat daha sıklıkla rahatsızlığın nedeni aşağıda tanımlanacağı üzere zindir reaksiyon nedenlerinden birini araştırmakla veya hastanın yaşadığı yaşamının dikkatli olarak incelenmesi ile bulunabilir.

Vaginismus genelde bilinmeden daha sık olarak görülür. Pelvik muayene esnasında introital kas kontrolü zayıf olan kadın koitus esnasında istemli relaksasyonu daha az istemle sağlayabilmektedir. Buna hafif versiyonlar sadece koitus esnasında mevcuttur ve dikkatli bir anamnezle tanımlanabilir. Lambert kendi serisinin %22'sinde vaginismusun duruma bağlı olduğunu bildirmiştir (pelvik muayene esnasında olmayıp sadece koitus esnasında mevcuttur) (3).

Vaginitisün koitus karşı bir defada rekonsitması olarak düşünülme-
ye rağmen, son zamanlarda ağrılı vaginal lezyonlara veya vaginal
tıkanıklıkta ağrı korkusuna bağlı bir gırtlak cevap olarak
anılır(2). Vaginal relaksasyon egzersizleri kullanılarak vagen
arabın istemli kontraksiyonu kazandırılması modern tedavinin önemli
noktasıdır(3). İnkontinans cerrahi tedavisi sadece gereklidir ve
bu durumda uygulanması kullanılarak sadece bu durumu kuvvetlen-
mekle kalır.

Derin disparenia daha sıklıkla endometriosis veya kronik pelvik
iltihap hastalığı gibi patolojik olaylara bağlıdır. Bazı olgularda da
bu reaksiyonunun bir parçasıdır.

Dittelachner: Sürekli olarak ortaya çıkan kısa süreli adnektal ağrı
30 yaşta genellikle folikülerde regülasyon süresinde başlamasına bağlıdır.
Bu tür ağrı genellikle adet öncesi ve sonrası günleri ve son süreriler
ile ilişkili hastalar için önemli bir problem teşkil eder.

Primer dismenore: Menstruasyon ile birlikte görülen alt abdominal
ve veya sırt ağrısı organik bir patoloji yoksa primer dismenore
olarak tanımlanır. Uzun süre patolojik veya psikosomatik şekilde olduğu
gösterilmiştir. Son zamanlarda endometriosisde üretilen prostaglandin
üretiminin kontraksiyon sırasında ağrılı uterus kontraksiyonlarına yol
açtığı gösterilmiştir. Metonamin, aspirin, naproksen, ibuprofen, asetik
asit gibi prostaglandin sentezin inhibitörleri veya köhine
östrojen tedavileri ile tedavi son derece etkilidir. Ancak kliniyanın
teşhisinin kesinleşmesi için ayakkabı gerekir.

Sekonder dismenore: Yıllarca süren düzenli menstruasyondan sonra
başlayan dismenorenin en sık nedeni endometriosisdir. Başlangıçta ağrı
süresiyle ilgili olan süreklilik kazanacak şekilde artan gösterir.

Adenomyosis veya uterus duvarı derinliğinde endometrial glandların
ağrı ile ilişkili yığılı 30 ve daha yukarı olan kadınlarda sekonder
menstruasyon sıklıkla rastlanan nedenidir. Pelvik muayenede yumuşak,
ik kıvrımlı, hafif derecede büyük bir uterus bulunur.

Lüteal faza progesteronlarla tedavi veya köhine östrojen-
estrogen tedavisi palyatif olabilir. Endometriosis tedavisinde
iltihap devam etmiyorsa, lokalize hastalığın cerrahi resek-
tionundan sonra veya önce hormonal rejim tatbiki uygulanmalı; total
ektomi ve bilateral salpingoferektomi ancak ailesini tamamlamış
kadınlarda ağrının ortadan kaldırılması için seçilecek tedavi olmalıdır.
Bu tedavi ve son zamanlarda kullanıma giren Gonadotropin
releasing hormon analogları ile tedavi büyük oranda diğer hormonal
tedavilerin yerini almıştır.

Fibroidler sekonder dismenorenin diğer bir nedenidir. Çoğunlukla
subseröz lezyonlarda görülür, buna karşın dejenerasyon büyük bir fibroidde
akut ağrılı bir iskemik nekroz ortaya çıkabilir.

Asherman sendromu veya intrauterin sineşiler; konizasyon veya radyasyonu takiben ortaya çıkan servikal stenoz pelvik ağrının daha nadir nedenidir. Her ikisinde servikal dilatasyonla tedavi edilir. Sineşiler Küretaj veya histeroskopik olarak kontrollü lizis ile ortadan kaldırılabilmektedir.

B) Sürekli Kronik Ağrı:

Anatomik değişiklikler ve hastalığın akut döneminin artıkları kronik ağrı sendromunun komponentleri haline gelebilir. Bir veya daha fazla akut pelvik iltihabi hastalık ataklarını takiben oluşan ikar dokusu, kronik endometriosis veya bir seri pelvik laparotomi başlıca örneklerdir. Ek olarak pelvik yapıların destek dokusunun kaybı ağrı problemlerine katkıda bulunacak şekilde duyum hissin.

1. Adesyonlar: Adesyonların ağrıya yol açıp açmadığı sorusu cerrahi literatürde sürekli bir tartışma konusu olmuştur. Sadece minimal adeziv hastalığı olan hastalarca iddia edilen yoğun ağrılara karşın masif adeziv hastalığı olan hastaların ağrısının olmayışı birçok klinisyende adesyonların ağrıya neden olacak yeterli bir patoloji olmadığı şüphesini yaratmıştır.

Ağrının subjektif natüru, klinik ağrı ölçümünde güvenilir yöntemlerin bulunmaması ve birçok jinekolojik araştırmacının psikometrik testlerle aşına olmamaları bu karmaşaya katkıda bulunmuştur. Postoperatif adesyon oluşumunu ölçen veya doğru olarak gözlemleyen non-invaziv yöntemlerin olmayışı da ortaya güç bir problem çıkarmıştır. Akut pelvik iltihabi hastalığı olan hastaların %20'sinde adesyonlarla ilişkisi olduğu sanılan kronik ağrı ortaya çıkmaktadır(7).

Adesyonların tedavisi genellikle umut verici değildir. Fosa tırcakan laksatifler ve barsak irritabilitesini azaltan uygun diyet değişiklikleri pelvik adesyonlardan kaynaklanan barsak motilitesinin sınırlılığının yol açtığı ağrıyı azaltabilir; sıcak banyo, lokal ısı uygulamaları ve rektal diatermi zaman içinde değer kazanmış paliyatif yöntemlerdir. Zarar görmüş tubaların tamiri için mikrocerrahi yöntemlerinin geliştirilmesi adeziv hastalığa cerrahi tedavisine yeni boyutlar kazandırmıştır. Kortikosteroidler, antihistaminikler ile kombine veya yalnız, yüksek molekül ağırlıklı dekstran solüsyonunun etkinliği hakkında iyi deliller mevcuttur. Tubal mikrocerrahi sonrası laparoskopik olarak pelvis anatomiyi değerlendiren bir çalışma, %32'lik Dekstran-70'in adesivizitesi takiben adesyonların reformasyonunu engellemeye etkin olabileceği yolunda teşvik edici deliller ortaya koymuştur.

bu tür bir ağrıyı ayırtılamayacağını göstermiştir(12,13). Açık bir şekilde uzun bir süre devam eden basit bir ağrı hastada bazı psikolojik rahatsızlıklar yaratabilir(14,15).

KRONİK PELVİK AĞRININ REAKSIYONU SENDROMU

Ağrı probleminin kronolojisinin dikkatli incelenmesi birbirini kaybetmeden ve birbirleri ile etkileşen bir seri faktörü ortaya koyar.

a) Vaginit-Vaginismus sendromu: Herhangi bir vaginal enfeksiyon ağrı veya tekrarlayan disparonia ile birlikte ise vaginal introital ve levator kaslarında istemsiz kasılmaya neden olabilir. Bu durum ilişkiyi imkansız kılacak kadar aşırı olabilir.

b) Vaginismus-Urethral sendrom: Ürologlara başvuran kadınların büyük bir bölümünde intermitten veya daimi pollakiuri, urgency, dizüri mevcuttur. Bu hastalarda bakteriyüri bulunmamaktadır. Intravenöz Pyelografi sonucu normaldir. Sistoskopi herhangi bir enfeksiyonu göstermemektedir. Bu hastalar uzun süreli antibiyotik, antispazmotik, analjezik ve bazen uretral dilatasyon ile tedavi edilebilmektedir. Fakat birçoğu eşlik eden vaginismus ile sürebilir(16).

c) Servisit-"Bump" disparonia: Servisit olgularında ilişkide derin penetrasyon esnasında serviks dokunulduğunda ağrı meydana gelebilir. Uygun antibiyotik veya kriocerrahi tedavisi enflamasyonu genellikle uzaltır. Tedaviden sonra hastada ağrı devam ederse bu psikolojik olarak ilk ağrılara bağlı olabilir veya servisit tekrarlamıştır.

d) Pelvik konjesyon-Derin disparonia: Derin disparonia pelvik konjesyonun sık rastlanılan bir nedenidir. Orgazmsızlık ve ağrı pelvik konjesyon probleminin bir nedeni ve etkisinin bir parçası olabilir(12). Analjezik, lokal ısı, dinlenme, pelvisin yüksekte tutulması gibi semptomatik tedavinin yanısıra bu hastalarda seksual konular üzerinde odaklanmış danışma ve terapi uygulanmalıdır.

KRONİK AĞRI PROBLEMİNİN DEĞERLENDİRME YONTEMLERİ

a) Anamnez: Sorunun organik veya psikolojik-sosyal olup olmadığının anlaşılmasında yardımcıdır.

b) Fizik muayene: Rutin fizik muayene dışında hastaya vaginal introital kaslarını koyması söylenir. Eğer hasta introital kaslarını kontrol edemiyorsa anamnez ile birlikte vaginismus teşhisi konabilir. Urethra ve mesane boyunca dikkatli palpasyon trigonit ve urethritin tipik hassasiyetini gösterebilir. Serviks hareketlerinde ağrı, parametriumda, broad ligamentlerde patolojiyi düşündürür.

c) Psikolojik değerlendirme: Kişinin hayatı, ilişkileri, cinsel hayatı alınmalıdır. Bu işler hastalık ekarte edildikten sonra değil, diğer incelemelerle beraber yürütülmelidir. Böylece hem muayene azaltılmakta hem de zaman kısaltılmaktadır.

d) Konsültasyon: Ortopedi, nörolog, nöroşirürjiyat ve Ürolog tarafından konsültasyonlar bu karmaşık olguların bulgularını açıklamada yardımcı olabilir.

- 1) Laboratuvar tetkikleri: Lökosit, sayımı, sedimentasyon ve idrar tekniği rutina yapılmalıdır.
- 2) Diğer tetkikler: Histerektomi, histerosalpingografi, pelvik ultrasonografi, anestezi altında muayene, ultrasonografi ve laparoskopi gibi yöntemlerine başvurulabilir. Özellikle endometriosis sigulari ile ilgili hiçbir organik hastalığa bağlanamamış kronik ağrıda laparoskopik tarama önemli yer tutmaktadır. Pelvik venografi, overyan ven üzerine vertebral transvers çıkıntısı basısı olduğunu gösterebilirki bu da pelvik dokusunda pleksus venleri üzerine de bası olduğunu gösterir(17).

AYNAKLAR

1. Zatzchni, IG.: Daly, JM., Scierra, JJ.: Gynecology and Obstetrics: The evaluation and treatment of women with pelvic pain. Revised Edition 1987; 6: 87, 1-11.
2. Canga, Ş., Önder, I.: Kadın Hastalıkları (Jinekoloji); Kadında bel ağrıları. Yargıçoğlu Matbaası; 1979; 5.Baskı: 669-680.
3. Lamont, JA.: Vaginismus. Am J Obstet Gynecol 1978; 131: 632-636.
4. ...: Nature and treatment of vaginismus. Urol Cutan Rev 1948; 2: 128-130.
5. Foroney, DS.: Dyspareunia and vaginismus. Clin Obstet Gynecol 1978; 21: 205-221.
6. Hengli, MR. et al.: A new perspective on dysmenorrhea: The role of prostaglandin inhibitors. J Report Med 1980; 25(Suppl 4): 191-242.
7. Westrum, L.: Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. Am J Obstet Gynecol 1980; 138: 888-892.
8. Christ, JE., Loize, EC.: The residual ovary syndrome. Obstet Gynecol 1975; 46: 551-556.
9. Grogan, BH.: Reappraisal of residual ovaries. Am J Obstet Gynecol 1967; 97: 124-125.
10. Alison, WM., Masters, WH.: Traumatic laceration of uterine support. Am J Obstet Gynecol 1955; 70: 503-513.
11. Duncan, CH., Taylor, HC.: A psychosomatic study of pelvic congestion. Am J Obstet Gynecol 1952; 64: 1-12.
12. Castelnovo-Tedesco, P., Kraut, BM.: Psychosomatic aspects of chronic pelvic pain. Int J Psychol Med 1970; 1: 109-126.
13. Sidro-Frank, L., Gordon, T., Taylor, HC.: Pelvic pain and female identity. Am J Obstet Gynecol 1960; 79: 1184-1202.
14. Sternbach, RA.: Pain patients. New York, Academic Press, 1971.
15. Woodford, JM., Meruskey, H.: Personality traits of patients with chronic pain. J Psychosom Res 1972; 16: 167-172.
16. Steega, JF., Kaplan, DL.: The urethral syndrome: Sexual components. Sexuality Disabil 1987.
17. Beard, RW., Reginald, PW., Pearce, S.: Pelvic pain in women British Medical Jour 1986; 293: 1160-1162.