

KRONİK PELVİK AĞRIDA MULTİSİPLİNER YAKLAŞIM

Dr. Nergis KÜÇÜK*
Dr. Mustafa KÜÇÜK**

ÖZET :

Bu yazıda, kronik pelvik ağrının multidisipliner yönetiminde teorik ve dogmatik esaslar gözden geçirildi. Bir değerlendirme ve yönetim modeli sunuldu. (ekip oluşumu, hedefe yönelik tedavi planının hazırlanması, ve özgül müdahaleler gibi). Mevcut veriler, sonuçları yönünden değerlendirildi. Kronik pelvik ağrının tam bir değerlendirmesi, belirgin fizik bulgular olsa dahi, hastanın emosyonel ve psikososyal durumunu da içermelidir. Depresyon, somatizasyon, hipokondriasis ve ilaç bağımlılığı kronik pelvik ağrı sendromlarının komplikasyonları olabilir.

GİRİŞ

Kronik Pelvik Ağrı (KPA) da semptomlar fiziksel veya mental olabilir. Belirgin bir hastalık yoksa fakat hastanın şikayeti devam ediyorsa ağrının sebebinin araştırmak gerekir. Cerrahi uygulaması ile sorunu çözilemeyen bazı hastalarda psikiyatri yardımcı olabilir. Bu durumda hasta kızabilir ve kendini daha da kötü hissedebilir. Çoğunlukla bazı hastalar psikiyatrik yardım kabul etmek istemezler ve somatik bir tedavi için araştırmaya devam ederler. Ağrının araştırılmasında çok yararlı teorik bir çerçeve çalışması "ağrının geçit teorisi"dir (1). Bu, spesifik olarak emosyonel faktörleri kapsadığı gibi kişinin ağrı deneyimini de içine alır. Bu teoride rahatsızlık verici nosiseptif sinyallerin birkaç periferik fiber içine geçişi söz konusudur. Ek olarak motive edici ve etkileyici durumlar periferik nosiseptif sinyalleri değiştirebilir. Bazı olgularda çeşitli nörotransmitterler rol oynayabilir ki bunlara endorfinler ve serotoninler dahildir (2). Son çalışmalar KPA'lı hastaların serumlarında beta endorfin seviyesinin kontrollere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (3). Dahası, subjektif ağrı seviyeleri ile serum beta endorfin seviyeleri arasında ters bir ilişki vardır ki daha fazla ağrıda daha düşük endorfin seviyesi vardır (4).

Hastaya ağrısının fiziksel veya mental olduğunun sorulmasının bir yararı yoktur. Ağrı depresyona neden olabilir, depresyon ise tek başına fizik ağrı olarak ortaya çıkabilir veya her ikisi birlikte olabilir. Aynı durum diğer emosyonel du-

* Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Öğretim Üyesi, Yard. Doç.

** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D. Öğretim Üyesi, Doç.

rumlar için de geçerlidir. Ağrının başlangıcından itibaren somatik, psikolojik, diyetel, çevresel ve psikoterapötik 1 yıldan daha fazla tedavi edilen hastanın hastanın jinekolojik muayenesinde laparoskopi dahil her türlü araştırma yapılmalıdır. Ağrı yakınmaları esasen subjektiftir. Kişiler arasında ağrıyı tolere edebilmeleri açısından çok farklılıklar vardır (3,5).

Çok sayıda çalışmada KPA'lı kadınların psikiyatrik olarak baskı altındaki kadınlar olduğu gösterilmiştir (6,7).

Bu konuda etkili olabilmek için hekim, hastanın nasıl olduğunu ve ağrısının önemini anladığını belirtmelidir.

İlaç bağımlılığı ve ilaç alışkanlığı da kronik ağrı sendromları da muhtemel faktörler arasında düşünülmelidir. Bazı olgularda ilaç alışkanlığı, ağrı problemini izah edebilir.

Kronik ağrının en yaygın yansımalarından birisi depresyondur (5). Depresyon tedavi edildiği zaman ağrı çoğunlukla düzelir. Ekseri ağrı ve depresyon birlikte bir diğer hastalığı alevlendirebilir. KPA'lı kadınlarda belirgin olarak daha fazla oranda, ömür boyu süren depresyon bulunmuştur. Depresyondan şikayet eden hastaların % 75'inde daha önceden kronik ağrının başlamış olduğu bilinmektedir (8,9).

Kronik ağrılı hastaların çoğunda ailesel bir düzensizlik hikayesi alınabilir. Ebeveynin erken kaybı, boşanma % 90 olguda görülebilir. % 53'ünde ise alkolik aile söz konusudur.

Hipokondriasis, obsesif bir durum ile karakterizedir. Somatik olaylardan ayırımı güçtür. Hipokondriasis muhtemelen depresyon ile ilişkilidir ve hipokondriak hastalarda ailesel hikaye de bulunabilir. Tedavi edici yönlendirmelerde komşuluk geliştirme ve sosyal etkinliklere katılma önerilebilir. (Tablo I)

Tablo I: Psikososyal Ağrı Yönetimi:	
Amaç	Müdahale
Ağrı kontrolü	Relaksasyon teknikleri Stres yönetimi
Olumsuzluğu azaltmak	Aktivitenin artırılması İş değiştirme Madde bağımlılığı tedavisi
İyilik sağlama	Yeme ve beslenme alışkanlığı Uyku düzeni Fizik aktiviteleri
Psikososyal hastalığın tedavisi	Anksiyete ve depresyonun tedavisi Eş ve aile danışmanlığı Seksüel tedavi

Somatizasyon bozukluğu/Briquet sendromu:

Sıklıkla psikolojik stresler somatik belirtiler olarak kendini gösterebilir. Bunlar da pelvik ağrıdan başka abdominal ağrı, diyare, konstipasyon, bel ağrısı, disparonia, dismenore, bulantı, gaz ve şişkinlik, nefes darlığı, halsizlik, düzensiz menstrüel period ve bazen de 2'den fazla menstrüel siklus gerilemesi ortaya çıkabilir (7,10,11). KPA'lı hastalar jinekoloji dışı hastalara göre daha fazla cerrahi müdahalelere maruz kalmaktadırlar. Hipokondriaklar gibi bazı hastalarda da sık sık ziyaret emosyonel destek oluşturabilir.

Madde alışkanlığı:

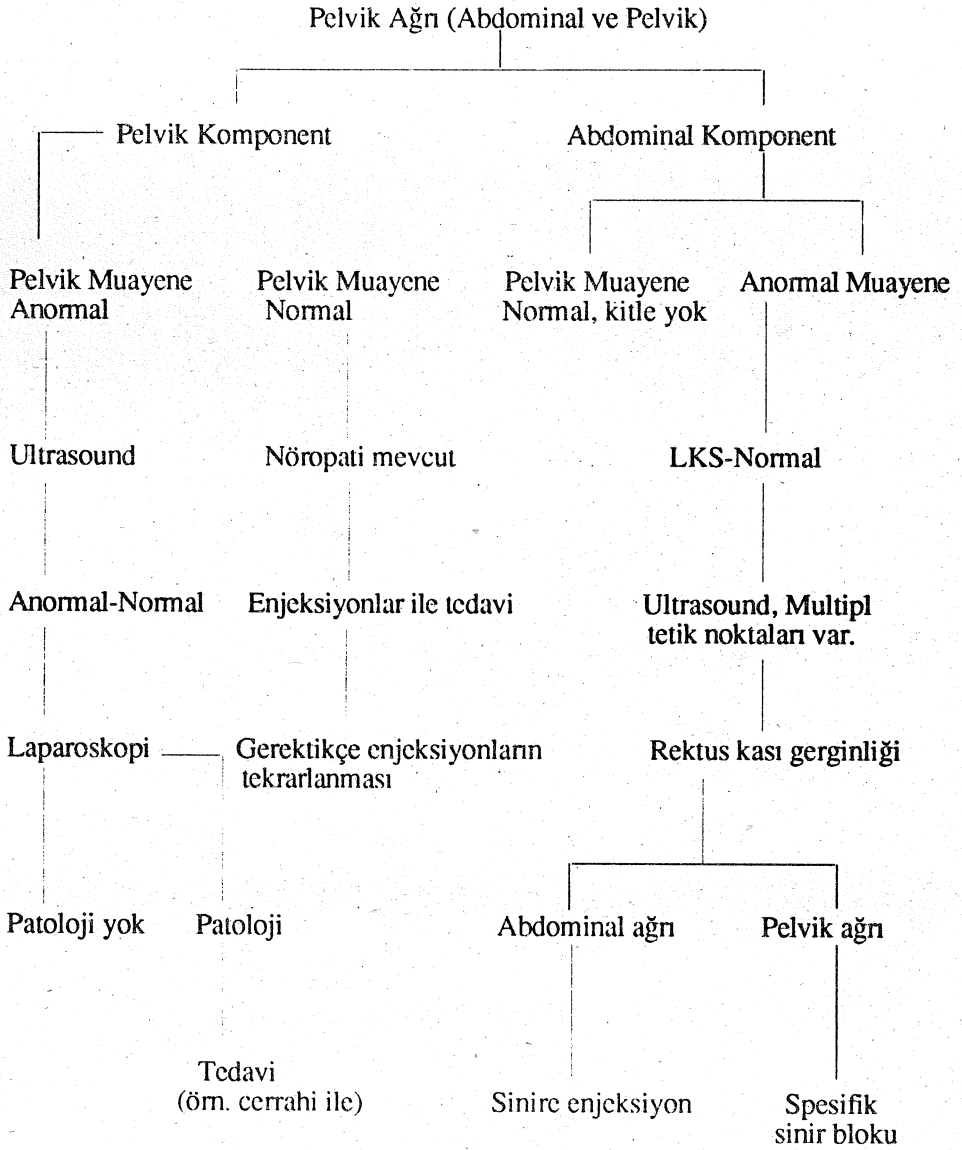
Populasyonda bir maddenin alışkanlığının insidansı ve prevalansı çok az bilinmektedir (12,13). Bir çalışmada 35 kadının % 3 ünde kimyasal madde bağımlılığı bulunmuştur (13). İlaç alışkanlığı veya bağımlılığı olan kadınlar multidisipliner ağrı kliniklerinde tedavi edilebilirler. Genelde, ilaç bağımlılığı herhangi bir kronik ağrı sendromunun muhtemel komplikasyonudur. Kronik ağrılı hastalarda bağımlılık yapan ilaçların kullanımını en aza indirmek son derecede önemlidir. Bunlar narkotikler ve anksiyolitiklerdir. KPA'lı hastalar heterojen bir gruptur (12,13). Bu bozukluk ırksal, eğitimsel ve sosyoekonomik problemleri içerebilir.

Kronik Pelvik Ağrıya Multidisipliner Yaklaşım:

KPA en az 6 ay süren non-siklik, abdominal ve pelvik ağrı olarak tanımlanır. Amerika Birleşik Devletleri'nde uygulanan histerektomilerin % 12-16 sında endikasyon kronik pelvik ağrıdır ki bu yılda 80.000 olgudur. KPA pelvik konjestiyon gibi uterus retrofleksiyonu, uterus deşensusu ve broad ligament defektleri gibi değişik durumlarda ortaya çıkabilir (4).

Laparoskopik işlemlerin kullanılması ile endometriosis ve pelvik adezyonlara bağlı KPA'da kolaylıkla ortaya çıkarılabilmektedir (14,15). Yeni bazı araştırmalarda bazı kadınlarda irritabl barsak sendromu gibi semptomatik bozuklukların da KPA'lı kadınlarda bulunabildiği gösterilmiştir. Şekil 1'de pelvik-abdominal ağrılı hastaya yaklaşım planı görülmektedir.

Şekil I: Pelvik abdominal ağrılı hastaya yaklaşımın şematik rehberi. (Mc Donald JS.'den)



Ağrı algılama modelleri:

Kronik tıbbi modelde (Certesian modeli de denir) ağrı idrakı direkt olarak doku travmasının bir sonucudur ve ağrının şiddeti direkt olarak travmanın yaptığı hasarla orantılıdır. Geçit-Kontrol teoride ise, kortikal değişkenler ile periferik uyarıların integrasyonu şeklinde tanımlanır (16,17). Bu modelde örneğin ağrı, depresyonun bir sonucu olarak anlaşılmaz.

Ağrı şiddetinin belirleyicileri, depresyon, alışkanlıklar, eş sorumluluğu, evlilik durumu ve iş durumudur. Ağrının biyopsikososyal modeli, multidisipliner ağrı tedavisinin esasının interdisipliner bir ekiple oluşturulabileceğini ortaya koymaktadır.

Kronik Pelvik Ağrıda Araştırmalar:

1-Tıbbi değerlendirme

KPA'nın araştırmasında hedef potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir patolojinin dışlanmasıdır. Örneğin kanser veya intihar eğilimi olan depresyon gibi...

2- Laparoskopi

Konvansiyonel olarak KPA'nın değerlendirilmesinde ve araştırılmasında altın standart olarak kabul edilmiştir. Esas olarak peritoneal defektler, serozal pigmentasyon, adezyonlar veya dilate venler laparoskopik olarak tespit edilebilen çeşitli KPA sebepleridir (6,8). Dahası eğer laparoskopi negatif ise somatik olarak bir hastalık dışlanabilir. Bununla beraber, bu bulguları destekleyici objektif veriler yoktur.

3- Klinik değerlendirme

Tüm hastalarda detaylı bir fizik muayene yapılmalıdır. Gerekli laboratuvar testleri yapılmalıdır. Ürolojik teşhisler (kronik üretritis, trigonitis, detrusor spazmı, interstisyel sistitis ve sistitis) hastaların % 4'ünü oluşturmaktadır. İnflamatuvar barsak hastalığı, multipl skleroz, progressif retroperitoneal fibrozis, interstisyel sistitis ve pelvik nörofibromatozis gibi daha az sayıda tanılar da buna yol açar. Hastaların % 5 inde herhangi bir semptom belirlenememektedir (18,11).

4- Psikososyolojik değerlendirme

KPA'lı bir kadının araştırması tıbbi incelemelerin yanında psikososyal değişimleri de içine almalıdır.

Kronik Pelvik Ağrıda tedavi:

KPA'lı hastanın tedavisi multidisipliner bir merkezde yapılmalıdır. Klinik hemşiresi, jinekolog ve psikiyatrist kronik ağrının değerlendirilmesinde ve yöne-

timinde rol almalıdırlar. KPA'nın esas amacı belirlenebilen ve şikayet edilen semptomların giderilmesidir.

İlaç tedavisi:

1- Psikotropik ilaç tedavisi:

Trisiklik antidepressanlar, artritis, diabetik nöropati, baş ağrısı, bel ağrısı ve kanser ağrısında ve çok sayıda kronik ağrı sendromlarında kullanılmıştır (13). Trisiklik antidepressanlar ağrı toleransında iyileşme sağlamakta, normal uykuya dönüşü sağlamakta ve depressif semptomları da azaltmaktadırlar. (Tablo II). Trisiklik antidepressan tedavisine imipramin, amitriptilin veya doxepin ile yatarken 10-25 mg dozlarda başlanır. Bu doz gerekirse 50-75 mg'a değiştirilebilir. Tam antidepressan doz (günde 300 mg) büyük bozukluklara saklanmalıdır. Her sabah 20 mg Prozac etkili ve ağır hastalar için alternatif bir ilaçtır. Prozac tek başına veya düşük doz trisiklik antidepressanlar ile kombine kullanılabilir.

Tablo II: Kronik Pelvik Ağrıda İlaç Tedavisi	
Sınıf/Endikasyon	Jenerik isim
Analjezikler	Ibuprofen
	Naproksen
	Mefenamik asid
TCA (Trisiklik antidepressanlar)	İmipramin
	Amitriptilin
	Doxepin
Dismotilite bozuklukları	Psyllium mucilloid
Lokal anestezi	Simethikon
Ovarium supresyonu	Oral Kontraseptifler
	Medroksiprogesteron

Benzodiazepinlerin bağımlılık yapıcı etkileri nedeni ile kullanılmaması daha doğru olur (19,20).

2- Oral Analjezikler:

Tedaviye en ucuz prostaglandin sentetaz inhibitörü ile başlamalıdır. (Örn. Ibuprofen) (Tablo II). Semptomlar başlamadan önce alındığında analjezikler daha etkili olduğundan gerekirse kronik ağrıda dozaj ayarlanmalıdır. Uzun süren kronik ağrının tedavisinde (3 aydan daha fazla) narkotik analjezikler tavsiye edilmemektedir. Bu ilaçlar güçlü düz kas gevşetici etkileri nedeni ile motilite bozukluklarını, bilhassa konstipasyonu artırır. Sedasyon ise normal fonksiyonun işleme-

sini sınırlandırabilir.

3- Lokal Anestezikler:

KPA'lı yansıyan ağrısı olan kadınlarda batında bir tetik noktası sıklıkla tespit edilebilir. Bunların transkütanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS), akupunktür, ve bazı maddelerin infiltrasyonu ile tedavisi mümkün olabilmektedir (17).

Serum fizyolojik enjeksiyonu ile iğne lokalizasyonun (akupunktür veya hip-serstimülasyon analjezisinin) de masaj tedavisi gibi etkili olduğu bilinmektedir.

4- Over Supresyonu Yapan Ajanlar:

KPA'lı kadınlarda olduğu gibi fonksiyonel siklus ağrısı genellikle antipros-taglandin tedavisi ile veya siklusun supresyonu ile tedavi edilebilir. Bu nedenle oral kontraseptifler ve progestinler fonksiyonel jinekolojik ağrının primer tedavisi-nde tercih edilir . (Tablo II). Bununla beraber gonadotropin releasing hormon agonistlerine (Gn-RH-A) dirençli olgular sınırlıdır (3,11).

5- Antibiyotikler:

Standart antibiyotik tedavisi (doxycycline 100 mg günde 2 defa 10 gün süre ile) semptomları giderebilir. Üretral irritatif semtomlar ile karakterize kronik üretral sendrom (idrar sıkışması, sık idrar yapma, disüri ve suprapubik ağrı) KPA'lı kadınların % 5'inde bildirilmiştir ki bunlarda bakteriüri yoktur.

Cerrahi Tedavi Sonuçları:

KPA 'li hastaların tedavisinde cerrahinin rolü sınırlıdır. Uterus ve adneks-lerin çıkarılması sıklıkla görüldüğü üzere etkili değildir (1,4). Dahası KPA'lı kadınlarda yapılan yapılan histerektomi predispozan fiziksel faktörleri gidereme-mektedir.

SUMMARY

MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO CHRONIC PELVIC PAIN

In this review, the theoretic and empiric basis for multidisciplinary manage-ment of chronic pain is discussed. One model of assesment and management is presented, including team composition, formulation of a goel oriented treatment plan, and specific interventions. Available data regarding outcomes are reviewed. The complete evaluation of chronic pelvic pain includes a thorough assessment of the patient's emotional and psychosocial status, even if there are definite physical findings. Depression, somatization, hypochondriasis, and drug dependence may be complications of chronic pelvic pain syndromes.

KAYNAKLAR:

- 1- Dicker, RC, Greenspan JR, Straus LT, et al: Complications of abdominal and vaginal hysterectomy indications and the quality among women of reproductive age in the United States. *Am J Obstet Gynecol* 144: 841, 1982
- 2- Gambone JC, Reiter RC, Lench JB, et al: Impact of a quality assurance process on the frequency and confirmation rate of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 163: 545, 1990
- 3- Flor H, Fydrich T, Turk DC: Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic flow. *Pain* 49: 221-230, 1992.
- 4- Peters AA, van Dorst E, Jellis B, et al: A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 77: 740, 1991.
- 5- Gambone JC, Reiter RC: Nonsurgical management of chronic pelvic pain: a multidisciplinary approach. *Clin Obstet Gynecol* 33: 205, 1990
- 6- Stenchever MA: Symptomatic retrodisplacement, pelvic congestion, universal joint, and peritoneal defects: Fact or fiction? *Clin Obstet Gynecol* 33: 161, 1990
- 7- Reiter RC, Gambone JC: Nongynecological somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 36: 253, 1991.
- 8- Reiter RC, Gambone JC: Demographic and historical variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 75: 428, 1990
- 9- Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, et al: History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 76: 92, 1990
- 10- Slocumb JC: Neurologic factors in chronic pelvic pain: Trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 68: 13, 1986
- 11- Malonc MD, Strube MJ: Meta-analysis of non-medical treatments for chronic pain. *Pain* 34: 231, 1988
- 12- Gambone JC, Lench JB, Slesinski MJ, et al: Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process. *Obstet Gynecol* 73: 1045- 1089.
- 13- Kvinesdal B, Molin J, Froland A: Imipramine treatment of painful diabetic neuropathy, *JAMA* 251: 1727, 1984.
- 14- Kresch AJ, Scifer BD, Sacks LB: Laparoscopy in evaluation of 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 64: 672, 1984.

- 15- Slocumb JC: Operative management of chronic pelvic pain. Clin obstet Gynecol 33: 196, 1990
- 16- Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE: Laparoscopy in the evaluation of pelvic pain. Obstet Gynecol 42: 872, 1973.
- 17- Rapkin AJ: Adhesions and pelvic pain. A retrospective study. Obstet Gynecol 68: 13, 1986.
- 18- Hogston P: Irritable bowel syndrome as a cause of chronic pelvic pain in women attending a gynecology clinic. Br Med J 294: 934, 1987
- 19- Reiter RC: A profile of women with chronic pelvic pain. Clin Obstet Gynecol 33: 130, 1990
- 20- Thomson H, Francis DMA: Abdominal wall tenderness: A useful sign in the acute abdomen. Lancet 2: 1053, 1977
- 21- Mc Donald JS: Management of Chronic Pelvic Pain. IN: (Ed) Ling FW. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 20: 4, 1993.