

KRONİK PELVİK AĞRI KILAVUZU

(Sınırlı metin güncelleme Nisan 2010)

M. Fall (başkan), A.P. Baranowski, S. Elneil, D. Engeler, J. Hughes, E. J. Messelink, F. Oberpenning, A.C. de C. Williams

Eur Urol 2004;46(6):681-9

Eur Urol 2010;57(1):35-48

KPA tanı ve sınıflandırılması

Kronik (persistan olarak da bilinir) ağrı en az 3 ay sürer. Akut yaralanma dışında, ağrı algısını sürdürecektir merkezi sinir sistemi (MSS) değişiklikleri ile ilişkilidir. Bu değişiklikler ayrıca algıyı artırabilir ve böylece ağrısız uyarılar da ağrılı olarak algılanır (allodini) ve ağrılı uyarılar beklenenden daha ağrılı hale gelebilir (hiperaljezi). Temel kaslar, örn., pelvik kaslar multipl tetik noktası bulunan hiperaljezik kaslar haline gelir. Diğer organlar da duyarlı hale gelebilir; örn., uterusu dispareni veya dismenore veya bağırsaklarda irritabl bağırsak semptomları görülebilir.

MSS içindeki değişiklikler tüm nörolojik eksen boyunca ortaya çıkar ve bunun yanı sıra görülen duysal değişiklikler ile birlikte hem fonksiyonel değişikliklere (örn., irritabl bağırsak semptomları) hem de yapısal değişikliklere (bazı mesane ağrı sendromlarında nörojenik ödem) neden olabilirler. Merkezi değişiklikler ayrıca ağrı mekanizmalarını kendi başlarına değiştirebilen psikolojik sonuçlardan da sorumlu olabilirler.

‘İyi tanımlanmış’ patolojileri ayırt etmek için temel tetkikler yapılır. Sonuçların negatif olması ‘iyi tanımlanmış’ patolojilerin dışlandığını gösterir. Daha ileri tetkikler yalnızca özgül endikasyonlar için örn., bir ağrı sendromunun alt grubunu

saptamak için yapılır. EAU kılavuzunda kanıta dayalı olmayan tanısal terimlerden kaçınılmaktadır, çünkü bu tür tanımlar uygunsuz tetkikler, tedaviler ve hasta beklentileri ve nihayetinde kötü bir prognoz demektir.

Tablo 1'deki sınıflandırmada ürolojik ağrı sendromlarına odaklanılmıştır. Bu tabloda farklı patolojiler arasında mekanizma ve semptomlar bakımından örtüşme olduğu kabul edilmekte ve tedavilere multidisipliner yaklaşım getirilmektedir.

Tablo 1'deki sınıflandırmayı kullanan bir doktor tablo 1'in solundan başlamalı ve sağa doğru, ancak ve ancak ağrının uygun sistem ve organda algılandığını güvenilir biçimde doğruladıktan sonra geçmelidir. Çoğu zaman 'pelvik ağrı sendromu'ndan daha ileri bir tanımlama yapmak mümkün olamamaktadır. Tablo 2'de KPA'da kullanılan terminoloji tanımlanmaktadır.

Şekil 1'de KPA tanımı ve tedavisi için bir algoritma oluşturulmuştur. Algoritmadaki doğru sütunlara atıf yaparak aşağıdaki basamakları 1'den 6'ya kadar takip ediniz (tablo 3) (şekil 1).

Tablo 1: Kronik pelvik ağrı sendromlarının sınıflandırılması

Eksen I Bölge		Eksen II Sistem	Eksen III Hx, Ex ve Ix ile tanımlanmış end organ ile ilişkili ağrı sendromu		
Kronik pelvik ağrı	Pelvik ağrı sendromu	Ürolojik	Mesane ağrı sendromu	(Bakınız ESSIC sınıflandırması Tablo 5)	
			Üretral ağrı sendromu		
			Prostat ağrı sendromu	Tip A inflamatuvar	
				Tip B non-inflamatuvar	
			Skrotal ağrı sendromu	Testiküler ağrı sendromu	
				Epididimal ağrı sendromu	
		Post-vazektomi ağrı sendromu			
		Penil ağrı sendromu			
		Jinekolojik	Endometriyozis ile ilişkili ağrı sendromu		
			Vajinal ağrı sendromu		
	Vulvar ağrı sendromu		Jeneralize Vulvar ağrı sendromu		
			Lokalize vulvar ağrı sendromu	Vestibüler ağrı sendromu	
				Klitoral ağrı sendromu	
	Anorektal				
Nörolojik	Örn., pudendal ağrı sendromu				
Musküler					
Pelvik olmayan ağrı sendromu	Örn., nörolojik	Örn., Pudendal nöralji			
	Örn., ürolojik				

Hx = öykü, Ex = muayene; Ix = tetkik

Eksen IV Başvuru özellikleri	Eksen V Zamansal özellikler	Eksen VI Özellik	Eksen VII Eşlik eden septomlar	Eksen VIII Psikolojik septomlar
Suprapubik İnguinal Üretral Penil/klitoral Perineal Rektal Sırt Kalçalar	BAŞLANGIÇ Akut Kronik SÜRMEŞİ Sporadik Siklik Süreкли ZAMAN Doldurucu Boşaltıcı Erken Post Geç post UYARILMIŞ	Zonklayıcı Yancı Saplanma Elektrik Diğer	ÜRİNER Sık idrar Noktüri Duraksama Zayıf akım Terminal damlama Sıkışma Sıkışma tipi idrar kaçırma Diğer JİNEKOLOJİK Örn., Menstrüel CİNSEL örn. Kadında disparöni impotans Gastrointestinal MUSKULER Hiperajjezi KÜTANÖZ Allodini	ANKSİYETE Ağrı veya ağrının varsayımsal nedeni ile ilgili Diğer DEPRESYON Ağrı/Ağrının etkisine bağlanan Diğer nedenlere bağlanan veya bir nedene bağlanmayan UTANMA, SUÇLULUK, açıklanmış veya açıklanmamış cinsel deneyimler ile ilişkili, PTSD SEMPTOMLARI Yeniden deneyim Kaçınma Aşırı uyarılma

Tablo 2: Kronik ağrı pelvik ağrı terminolojisi

Terminoloji	Tanım
<i>Kronik pelvik ağrı</i>	Erkeklerde veya kadınlarda pelvis ile ilişkili yapılarda algılanan malign olmayan ağrı. Kronikleşen nosiseptif ağrı varlığının kanıtlanması durumunda, ağrı en az 6 ay süreyle sürekli veya rekürren olmalıdır. Akut olmayan ve merkezi duyarlılığa bağlı ağrı mekanizmalarının varlığı kanıtlanırsa, o zaman ağrı süresinden bağımsız olarak kronik kabul edilebilir. Tüm olgularda ağrıya eşlik eden olumsuz algısal, davranışsal, cinsel ve emosyonel sonuçlar söz konusudur.
<i>Pelvik ağrı sendromu</i>	Alt üriner sistem, cinsel, bağırsak veya jinekolojik disfonksiyon düşündüren semptomların eşlik ettiği persistan veya rekürren nöbet şeklinde pelvik ağrı. Kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji yoktur (ICS 2002 raporundan uyarlanmıştır).
<i>Mesane ağrı sendromu</i>	Subrapubik ağrı mesanenin dolması ile ilişkilidir ve buna gündüz ve gece idrara çıkma sıklığında artışı gibi diğer semptomlar eşlik etmektedir. Kanıtlanmış üriner enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji yoktur. Bu terim, “ağrılı mesane sendromu” teriminin kullanıldığı ICS 2002 raporundan uyarlanmıştır; diğer ağrı sendromu, terminolojileri ile uyumlu olması için bu terim mesane ağrı sendromu olarak değiştirilmiştir. Avrupa IC/PBS Çalışmaları Derneği (ESSIC) yayını mesanede algılanan ağrı üzerine büyük vurgu yapmaktadır.

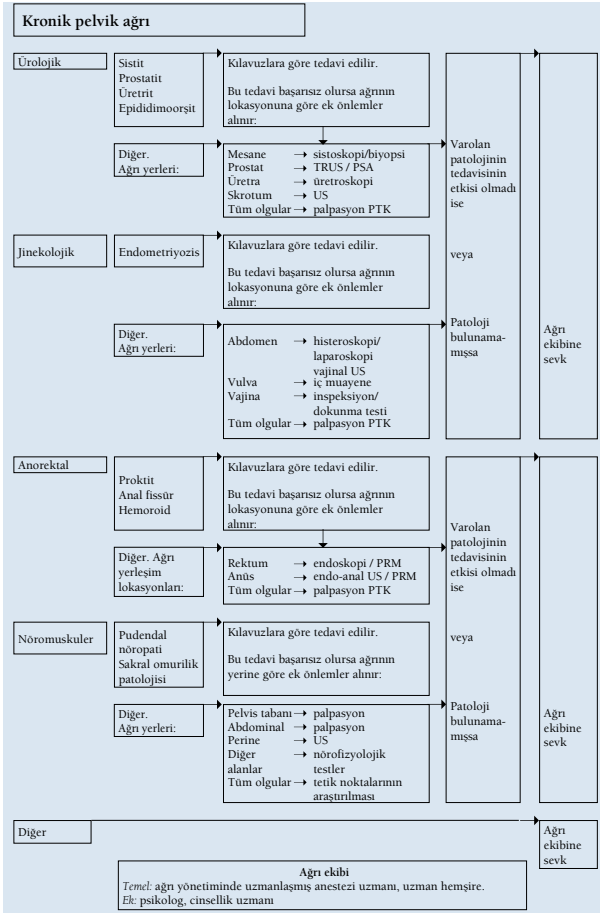
<i>Üretral ağrı sendromu</i>	Genellikle işemede görülen rekürren nöbet şeklinde üretral ağrı, beraberine gündüz idrara sık çıkma ve nokturi de vardır Kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji yokluğu.
<i>Penil ağrı sendromu</i>	Primer olarak üretrada olmayan penil ağrı. Kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji yokluğu.
<i>Prostat ağrı sendromu</i>	Üriner sistem disfonksiyonu ve/veya cinsel disfonksiyon düşündüreren semptomların eşlik ettiği persistan veya rekürren nöbet şeklinde prostat ağrısı. Kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji yokluğu. Tanım Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) prostatit tanım ve sınıflandırma uzlaşmasını temel almaktadır ve 'kronik pelvik ağrı sendromu' olarak tanımlanan patolojileri içermektedir. NIH sınıflandırma sistemi kullanılarak, prostat ağrı sendromu tip A (inflamatuvar) ve tip B (non-inflamatuvar) olarak alt gruplara ayrılabilir.
<i>Skrotal ağrı sendromu</i>	Üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon düşündüreren semptomların eşlik ettiği persistan veya rekürren nöbet şeklinde skrotal ağrı. Kanıtlanmış epididimo-orsit veya diğer belirgin patoloji yoktur.

<i>Testiküler ağrı sendromu</i>	Üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon düşündüren semptomların eşlik ettiği, muayene sırasında testise lokalize olan persistan veya rekürren nöbet şeklinde ağrı. Kanıtlanmış epididimo-orşit veya diğer belirgin patoloji yoktur. Bu skrotal ağrı sendromundan daha özgül bir tanımdır.
<i>Post-vazektomi ağrı sendromu</i>	Vazektomiyi izleyerek ortaya çıkan skrotal ağrı sendromu.
<i>Epididimal ağrı sendromu</i>	Muayenede epididime lokalize persistan veya rekürren nöbet şeklinde ağrı. Üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon düşündüren semptomlar eşlik etmektedir. Kanıtlanmış epididimo-orşit veya diğer belirgin patoloji yoktur (skrotal ağrı sendromundan daha özgül bir tanımdır).
<i>Endometriyozis ile ilişkili ağrı sendromu</i>	Endometriyozun mevcut bulunduğu; fakat tüm semptomları açıklamadığı kronik veya rekürren pelvik ağrı.
<i>Vajinal ağrı sendromu</i>	Üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon düşündüren semptomların eşlik ettiği persistan veya rekürren nöbet şeklinde vajinal ağrı. Vajinal enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji saptanmamıştır.
<i>Vulvar ağrı sendromu</i>	İşeme siklusu ile ilişkili veya üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon semptomlarının eşlik ettiği persistan veya rekürren nöbet şeklinde vulva ağrısı. Kanıtlanmış enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji saptanmamıştır.

<i>Jeneralize vulvar ağrı sendromu</i>	Noktasal (formal olarak ucunda pamuk bulunan aplikatör ile basınç 'haritalaması' veya benzer disestetik vulvodini) cihaz ile istikrarlı biçimde ve noktasal olarak lokalize edilemeyen vulva yanması veya ağrısı. Vulvar vestibülde ağrı olabilir; fakat rahatsızlık vestibül ile sınırlı değildir. Klinik olarak, ağrı provokasyon (basma, basınç veya sürtünme) ile veya bunlar olmadan ortaya çıkabilir.
<i>Lokalize vulvar ağrı sendromu</i>	Vulvanın bir veya daha fazla kısmına noktasal basınç haritalaması ile istikrarlı biçimde ve noktasal olarak lokalize edilebilen ağrı. Klinik olarak, ağrı genellikle provokasyon (dokunma, basınç veya sürtünme) sonucunda ortaya çıkar.
<i>Vestibüler ağrı sendromu</i>	Vulva vestibülünün bir veya daha fazla kısmında noktasal basınç haritalaması ile lokalize edilebilen ağrı (eski adı vulva vestibüliti).
<i>Klitoral ağrı sendromu</i>	Klitorise noktasal basınç haritalaması ile lokalize edilebilen ağrı.
<i>Anorektal ağrı sendromu</i>	Bağırsak disfonksiyonu semptomları ile ilişkili ve eşlik eden rektal tetik noktaları/ hassasiyetin mevcut olduğu persistan veya rekürren nöbet şeklinde rektal ağrı. Enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji kanıtlanmamıştır.
<i>Pudental ağrı sendromu</i>	Rektal, üriner sistem veya cinsel disfonksiyon semptom ve bulguları ile birlikte pudental sinir dağılım bölgelerinde ortaya çıkan nöropatik tipte ağrı. Kanıtlanmış belirgin patoloji yoktur (bu sendrom iyi tanımlanmış pudental nöralji ile aynı değildir).

<i>Perineal ağrı sendromu</i>	İşeme siklusu ile ilişkili veya üriner sistem disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyonu düşündüreren semptomların eşlik ettiği persistan veya yineleyen, nöbet şeklinde, perineal ağrı. Enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji kanıtlanamamıştır.
<i>Pelvik taban kası ağrı sendromu</i>	İşeme siklusu ile ilişkili veya üriner sistem, bağırsak disfonksiyonu veya cinsel disfonksiyon düşündüreren semptomların eşlik ettiği tetik noktaları bulunan persistan veya rekürren, nöbet şeklinde, pelvik taban ağrısı. Enfeksiyon veya diğer belirgin patoloji kanıtlanmamıştır.

Şekil 1. KPA tanı ve tedavi algoritması



PRM = parmakla rektal muayene; US = ultrason; PTK = pelvis tabanı kasları

Tablo 3:KPA tanı ve tedavisi için şekil 1'deki algoritmayı kullanma kılavuzu

Basamak	Eylem	Algoritma
1	Semptomların ilk olarak algılandığı organ sistemi dikkate alınarak başlanır.	1. sütun
2	Sistit gibi 'iyi tanımlanmış' patolojilerin tanısı konulmalıdır ve ulusal veya uluslararası kılavuzlara göre tedavi edilmelidir	2. sütun ve 3. sütunun üst bölümü
3	Tedavinin ağrı üzerinde etkisi olmazsa ek tetkikler (örn., sistoskopi veya ultrason) yapılmalıdır.	3. sütunun alt kısmı
4	Testler herhangi bir patoloji ortaya koyarsa bu patoloji uygun biçimde tedavi edilmelidir.	4. sütun
5	Tedavinin etkisi olmazsa hasta ağrı ekibine sevk edilmelidir.	5. sütun
6	İyi tanımlanmış bir patoloji yoksa veya ek testler ile başka bir patoloji bulunamazsa hasta yine bir ağrı ekibine sevk edilmelidir.	5. sütun

Prostat ağrı sendromu (PAS)

Ulusal Diyabet ve Sindirim ve Böbrek Hastalıkları Enstitüsü (NIDDK) terimi olan kronik prostatit/kronik pelvik ağrı sendromu yerine, daha genel bir tanıma dayanarak (bakınız tablo 2), prostat ağrısı sendromu (PAS) terimi kullanılmıştır. PAS, pelvis bölgesindeki inatçı rahatsızlık veya ağrıdır; bu ağrı sırasında alınan örneklerin kültürleri sterildir ve prostata özgül örneklerde (yani, semen, prostat salgıları ve prostat masajından sonra elde edilen idrar) lökosit sayısı anlamlı düzeyde olabilir veya olmayabilir. İnflamatuar ve noninflamatuar alt türleri ayırt eden klinik olarak önemli tanısal veya terapötik sonuçlar söz konusu olmadığı için, PAS tek bir antite olarak kabul edilebilir.

Tanı üç aydır genitoüriner ağrı öyküsü varlığı ve diğer alt üriner sistem patolojilerinin yokluğuna dayanarak konulur. İki kap veya pre-post-masaj testi (PPMT) ile tanı etkin biçimde konulabilir, hastaların %96'sına kesin tanı konulabilir.

PAS etiolojisinin bilinmemesi tedavinin sıklıkla kişiye özel olduğu anlamına gelir. Hastaların çoğunda ana semptomları hedefleyen ve komorbiditeleri dikkate alan multimodal tedavi gereklidir. Randomize kontrollü çalışmaların son bulguları farklı tedavi seçeneklerine ilişkin bilgide ilerleme sağlamıştır (tablo 4).

Mesane ağrısı sendromu/inserstisyal sistit (MAS/IC)

Bu heterojen yelpazesi bulunan bozukluk hala iyi tanımlanamamıştır. Enflamasyon hastaların yalnızca bir kısmında önemli bir özelliktir. MAS, mesane bölgesinde ağrı algılanmasını tanımlarken, IC mesanenin özel bir kronik inflamasyon türünü tanımlar.

Tablo 4: Prostat ağrı sendromu (PAS) tanısı

İlaçlar	KD	ÖD	Yorum
• α -blokerler	-	-	En son büyük ölçekli randomize kontrollü çalışmaya göre etkili değil
• Antimikrobiyal tedavi	3	B	Yalnızca daha önce tedavi edilmemişse sadece kinolonlar verilir; 2-3 hafta sonra yeniden değerlendirilir; süre 4-6 hafta
• Opioidler	3	C	Ağrı klinikleri ile işbirliği içinde tedaviye refrakter ağrı için çok yönlü tedavinin bir parçası olarak.
• Nonsteroidal antiinflatuar ilaçlar	1b	B	Uzun dönemli yan etkiler dikkate alınmalıdır.
• 5- α -redüktaz inhibitörleri	1b	B	Benign prostat hiperplazisi varsa
• Fitoterapi	1b-3	B	
• Biyo-feedback, gevşeme egzersizleri, yaşam tarzı değişiklikleri, masaj tedavisi, şiropraktis (elle tedavi), akupunktur ve meditasyon.	2a-3	B	Destekleyici olarak, ikinci basamak tedaviler

KD: kanıt düzeyi; ÖD: öneri derecesi; NIH-CPSI: NIH prostat semptom indeksi.

1980'lerin sonlarında NIDDKK uzlaşma kriterleri gibi farklı tanımlamaların oluşturulmasındaki güçlük nedeniyle çok çeşitli tanı kriterleri kullanılmıştır. Avrupa IC/PBS Çalışmaları Derneği (ESSIC) kısa süre önce farklı çalışmaların karşılaştırılmasını kolaylaştırmak amacıyla standardize tanı kriterleri önermiştir. ESSIC tarafından MAS tanısının mesanede algılanan ağrı ve buna örneğin gündüz ve/veya gece idrara sık çıkma gibi en az bir diğer semptomun eşlik etmesi temelinde konulması önerisi getirilmiştir. Semptomlara neden olabilecek, karıştırılabilecek hastalıklar ayırt edilmelidir. Hidrodistanziyon ile sistoskopi ve biyopsi endike olabilir (tablo 5).

Tablo 5: ESSIC hidrodistanziyonlu sistoskopi ve biyopsiler temelinde MAS sınıflandırması

Hidrodistanziyonlu sistoskopi

Biyopsi	Yapılmamış	Normal	Glomerulasyonlar (derece 2-3)	Glomerulasyonlu veya Glomerulasyonsuz Hunner lezyonları
• Yapılmamış	XX	1X	2X	3X
• Normal	XA	1A	2A	3A
• Sonuçsuz	XB	1B	2B	3B
• Pozitif*	XC	1C	2C	3C

* Histolojide, inflamatuvar infiltratlar ve/veya detrusor mastositozu ve/veya granülasyon dokusu ve/veya intrafasiküler fibroz görülmektedir.

Tanı semptomlarının değerlendirilmesi, muayene, idrar tahlili, ve hidrodistanziyon ve biyopsiyle birlikte uygulanan sistoskopi ile konulur (şekil 2). Hastalar tipik olarak ağrı ve sık idrar yakınmalarıyla gelir. Bu belirtiler bazen şiddetlidir ve daima nokturi vardır. Ağrı temel semptomdur. Mesanenin dolma düzeyi ile ilişkilidir, tipik olarak mesane doldukça artar ve suprapubik yerleşimlidir. Bazen kasıklara, vajina,

rektum veya sakruma yayılır. Ağrı işeme ile ortadan kalkar, ancak kısa süre sonra geri döner.

İki ana antitenin, klasik Hunner ve ülser dışı hastalığın, farklı klinik belirtileri ve yaş dağılımı vardır. İki tip tedaviye farklı yanıt verir ve farklı histopatolojik, immünolojik ve nörobiyolojik özellikleri vardır. MAS-IC tedavi önerileri tablo 6 ve 7'de yer almaktadır.

Tablo 6: MAS/IC Medikal tedavisi

İlaç	KD	ÖD	Yorum
• Analjezikler	2b	C	Daha ileri tedavi bekleyen olgular ile sınırlı
• Hidroksizin	1b	A	RKÇ'de sınırlı etkinlik gösterilmiş olmasına karşın, standart tedavi
• Amitriptilin	1b	A	Standart tedavi
• Pentozanpolisülfat sodyum (PPS)	1a	A	Standart tedavi; veriler çelişkilidir
• Siklosporin A	1b	A	RKÇ, PPS'den üstün olduğunu göstermiştir ama yan etkileri daha fazladır

KD = kanıt düzeyi; ÖD = öneri derecesi; RKÇ= randomize kontrollü çalışma; IC = interstisyel sistit; PPS = pentozanpolisülfat sodyum.

Tablo 7: MAS/IC intravezikal, girişimsel, alternatif ve cerrahi tedavileri

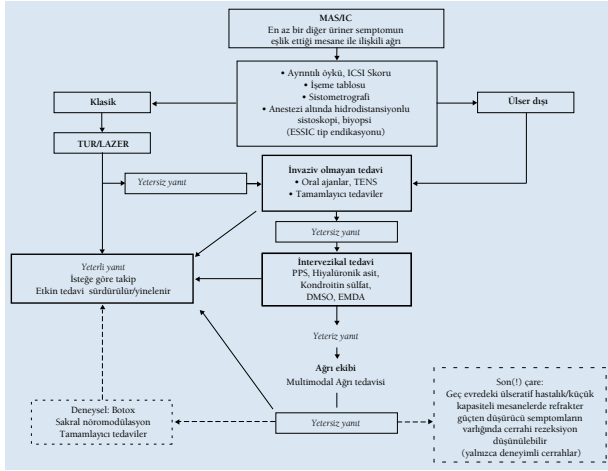
Tedavi	KD	ÖD	Yorum
• İntravezikal PPS	1b	A	
• İntravezikal hiyaluronik asit	2b	B	
• İntravezikal kondroitin sülfat	2b	B	
• İntravezikal DMSO	1b	A	
• Mesane distansiyonu	3	C	
• Elektromotiv ilaç uygulaması	3	B	
• Transüretral rezeksiyon (koagulasyon ve lazer)	NA	NA	Yalnızca Hunner lezyonları. Metne bakınız
• Sinir blokajı/epidural ağrı pompaları	3	C	Kriz girişimi için; yalnızca ağrıyı etkilemektedir
• Mesane eğitimi	3	B	Az ağrısı olan hastalar
• Manüel ve fizik tedavi	3	B	
• Psikolojik tedavi	3	B	
• Cerrahi tedavi	NA	NA	Veriler çok değişken, son çare, yalnızca deneyimli cerrahlar. Metne bakınız.

KD = kanıt düzeyi; ÖD = öneri derecesi; sistit;

PPS = pentozanpolisülfat sodyum; DMSO = dimetil sülfoksit;

NA = kanıt türü geçerli değildir; çünkü bu tür cerrahi işlemlerde RKÇ'ler etik değildir.

Şekil 2: MAS/IC için tanı ve tedavi akım şeması



Skrotal ağrı sendromu

Skrotumun her komponentinin nazikçe palpasyonunu, prostat ve pelvik taban kası anormallikleri için rektal muayeneyi içeren fizik inceleme daima yapılmalıdır. Ağrının nedenini bulma bakımından skrotum ultrasonunun değeri sınırlıdır. Skrotum ağrısı pelvik taban veya alt karın kaslarındaki tetik noktalarından kaynaklanabilir.

Üretral ağrı sendromu

Üretral ağrı sendromu iyi tanımlanamamış bir antitedir. Bulgular palpasyonda üretral duyarlılık veya ağrı, ve endoskopi sırasında üretra mukozasında inflamasyon gözlenmesidir. Hastalar üriner enfeksiyon bulunmamasına karşın idrar ya-

parken ağrı ve rahatsızlık hissi ile başvururlar. ‘Üriner enfeksiyon yokluğu’ ifadesi tanısız sorunlara yol açmaktadır; çünkü üriner enfeksiyonu saptamada için kullanılan tipik yöntemler duyarlı değildir. Tedavi üzerinde bir uzlaşma yoktur. Tedavi multidisipliner bir yaklaşımı gerektirebilir.

Jinekolojik uygulamada pelvik ağrı

Tedavi edilebilecek herhangi bir nedeni saptamak için tam klinik öykü, muayene ve uygun tetkikler (örn., genital bölgeden sürüntü alınması, pelvik görüntüleme ve tanısız laparoskopi) gereklidir. Ancak, hastaların %30’unda neden bulunmamaktadır. En sık görülen jinekolojik ağrı durumları dismenore, pelvik enfeksiyonlar ve endometriyozistir. Pelvis enfeksiyonları sıklıkla antibiyotik tedavisine yanıt verir; fakat uzun süren durumlarda cerrahi gerekebilir. Jinekolojik malign hastalıklar sıklıkla MAS’ye benzer semptomlar gösterir.

Pelvik ağrı ile ilişkili cinsel disfonksiyon özel dikkat gerektirebilir. Erkek cinsel disfonksiyonu EAU kılavuzunun başka bir bölümünde ayrıntılı biçimde ele alınmıştır. Kadın cinsel disfonksiyonunun tedavisi daha zordur; fakat erkek partnerin sorunlarından etkilenir. Kadının bir cinsel tıp merkezinde, çiftin tedavisinin parçası olarak değerlendirilmesi gereklidir.

Nörojenik durumlar

KPA, lokal pelvik patoloji ile açıklanamazsa, her türlü konus veya sakral kök patolojisi ayırıcı tanısı için nöroloji uzmanına danışılmalıdır. Nöral doku ve bunu çevreleyen yapıları göstermede için seçkin tanı aracı manyetik rezonans görüntülemesidir. Tüm muayeneler ve tetkikler sonucunda bir anormallik ortaya çıkmazsa, fokal ağrı sendromu düşünülmelidir (örn., pudental sinir sıkışması). Her bir patoloji için tedavi kişiye özel düzenlenmelidir.

Pelvik tabanı fonksiyonu ve disfonksiyonu

Pelvis tabanının üç fonksiyonu vardır: destek, kasılma ve gevşeme. Pelvis tabanı disfonksiyonu uluslararası Kontinans Derneği (ICS) tarafından yayınlanan ‘pelvis tabanı kas fonksiyonu ve disfonksiyonu terminoloji standardizasyonu’na göre sınıflandırılmalıdır. Tüm ICS standardizasyon belgelerinde olduğu gibi, sınıflandırma semptom bulgu ve patoloji triadına dayanmaktadır. Semptomlar hastaların size söyledikleridir; bulgular fizik muayenede bulduklarınızdır. Pelvik taban kaslarının kasılma ve gevşemesini değerlendirmek için palpasyon kullanılır. Sonuçlar temelinde, pelvis taban kasları fonksiyonu normal, aşırı aktif, az aktif veya işlev görmeyen şeklinde sınıflandırılır. Aşırı aktif pelvik taban kasları KPA’ya neden olabilir.

Tekrarlayan veya kronik kas yüklenmesi, kasta tetik noktalarını aktive edebilir. Tetik noktaları, gergin bir lifte aşırı duyarlı palpe edilebilir nodüllerin eşlik ettiği aşırı duyarlı noktalar olarak tanımlanır. Tetik noktalarından köken alan ağrı belli hareketlerle artırılır ve belli pozisyonlarda giderilir. Tetik noktasına basınç yapınca (örn., cinsel ilişkiyle ilişkili ağrı) ve kalıcı veya yineleyen kontraksiyonlar ile (örn., işeme veya defekasyon ile ilişkili ağrı) ağrı artacaktır. Fizik muayenede, tetik noktaları palpe edilebilir. Bu noktaların kompresyonu, lokal ve yansıyan ağrı oluşturacaktır. KPA bulunan hastalarda, tetik noktaları sıklıkla karın, gluteal ve priformis kasları gibi pelvis ile ilişkili kaslarda saptanır.

KPA’da, pelvik taban aşırı aktivitesinin tedavisi düşünülmelidir. Özelleşmiş fizyoterapi pelvis fonksiyon ve koordinasyonunu iyileştirebilir.

KPA'daki psikolojik faktörler

Psikolojik faktörler persistan pelvik ağrı gelişmesi ve sürmesini, ağrıya uyarlanmayı ve tedavi sonucunu etkiler. Ağrı, sızıntıya ve aktivite kısıtlamasına neden olur. Hastalar ayrıca hasar, hastalık ve uzun süreli ızdırap çekmekten endişelidir. Ağrı olgusunda algısal ve emosyonel süreçlerin yer aldığına ilişkin güçlü kanıtlar vardır. Alternatif, yaygın somatizasyon/somatoform ağrı bozukluğu modeli için herhangi bir veri tabanı yoktur. Önemli fizik bulgu olmaması, nedenin psikolojik olduğuna kanıt teşkil etmez.

KPA bulunan kadınlarda anksiyete, depresyon ve cinsel sorunlar sıktır ve mutlaka değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Cinsel veya fiziksel suistimal öyküsü oldukça sıktır; fakat bu diğer bozukluklarda da görülen bir bulgudur ve neden-sonuç ilişkisi bir bağlantı olması olası değildir. Erkeklerde, depresyon ürolojik semptomlar ile ilişkili bulunmuştur ve anksiyete ve depresyon, normal aktivitelerden uzaklaşmaya yol açabilir; cinsel sorunların olması da olasıdır.

Klinisyen, bir psikolog veya dengi bir uzmandan destek alabilirse psikolojik değerlendirme (tablo 8) çok daha kolaydır. Hastaya neyin yanlış gittiğine veya neyin kendini endişelendirdiğine ilişkin doğrudan sorular yöneltilmesi, anksiyete anketi kullanılmasından daha yararlıdır. Depresif hal sergileyen ve bunu ağrıya bağlayan bir hasta psikolojik temelli ağrı tedavisine yanıt verebilir. Çocukluktaki fiziksel ve cinsel suistimalin açığa çıkarılması ağrı tedavisini etkilemez. Güncel fiziksel veya cinsel suistimal varsa, kişi hemen uygun servislere sevk edilmelidir. Tüm tedaviler yaşam kalitesi üzerindeki etkiler bakımından değerlendirilmelidir.

Çok az psikolojik tedavi çalışması yapılmıştır. Kadınlardaki pelvik ağrıda önemli oranda spontan semptom remisyonu görülür. Hem erkeklerde hem de kadınlarda fiziksel ve psikososyal tedavilerin her ikisinin de kullanılması, en iyi sonuçları sağlayacaktır (tablo 9).

Tablo 8: KPA değerlendirmesinde psikolojik faktörler

Değerlendirme	KD	ÖD	Yorum
Ağrının nedenine ilişkin anksiyete: sorunuz, ‘ağrıya neyin neden olabileceği konusunda endişelendiniz mi?’	1a	C	Yalnızca kadınlarda çalışmalar yapılmıştır; erkeklerin anksiyetesi incelenmemiştir.
Ağrıya bağlı depresyon: sorunuz, ‘ağrı yaşamınızı nasıl etkiledi?’, ‘ağrı duygusal olarak nasıl hissetmenize neden oldu?’	1a	C	Yalnızca kadınlarda çalışmalar yapılmıştır; erkeklerin anksiyetesi incelenmemiştir.
Multipl fiziksel semptomlar/genel sağlık	1a	C	
Cinsel veya fiziksel suistimal öyküsü	1a	C	Güncel/kısa süre önceki suistimal önemlidir.

KD = kanıt düzeyi ÖD = öneri derecesi

Tablo 9: KPA yönetiminde fiziksel ve psikolojik tedavi

Tedavi	KD	ÖD	Yorum
Ağrıyı azaltmak için gerilim azaltma; gevşeme	1b	A	Gevşeme +/- Biyofeedback +/- Fizik tedavi; Başlıca erkek pelvik ağrı.
İyilik durumu için multidisipliner ağrı yönetimi	(1a)	(A)	Pelvik ağrı bulunan hastalar psikoloji temelli ağrı yönetimi ile tedavi edilir; birkaç özgül pelvik ağrı çalışması vardır.

KD = kanıt düzeyi ÖD = öneri derecesi

KPA Genel Tedavisi

KPA'da analjezik ve ko-analjezik kullanım, lehine çok az kanıt vardır. Buradaki öneriler KPA'nın muhtemelen somatik, viseral ve nöropatik ağrıya benzer mekanizmalar ile modüle edildiği varsayılarak, genel kronik ağrı literatüründen elde edilmiştir. Tablo 10'da genel tedavi özetlenmektedir.

Basit analjezikler

Parasetamol iyi tolere edilmektedir ve çok az yan etkisi vardır. NSAID'lere alternatif olabilir veya birlikte verilebilir. KPA'da NSAID'lerin kullanımına ilişkin kanıt çok azdır. Pek çok analjezik çalışmasında NSAID'lerin plasebodan ve muhtemelen parasetamolden üstün olduğu dismenore durumu araştırılmıştır.

Nöropatik analjezikler ve trisiklik anti-depresanlar

Sinir hasarı veya merkezi duyarlılık olası ise, şekil 3'teki algoritmayı dikkate alınız. Trisiklikler nöropatik ağrıda etkindir. Selektif serotonin geri alım inhibitörleri için mevcut kanıtlar sınırlıdır ve diğer anti-depresanlar için kanıtlar yetersizdir.

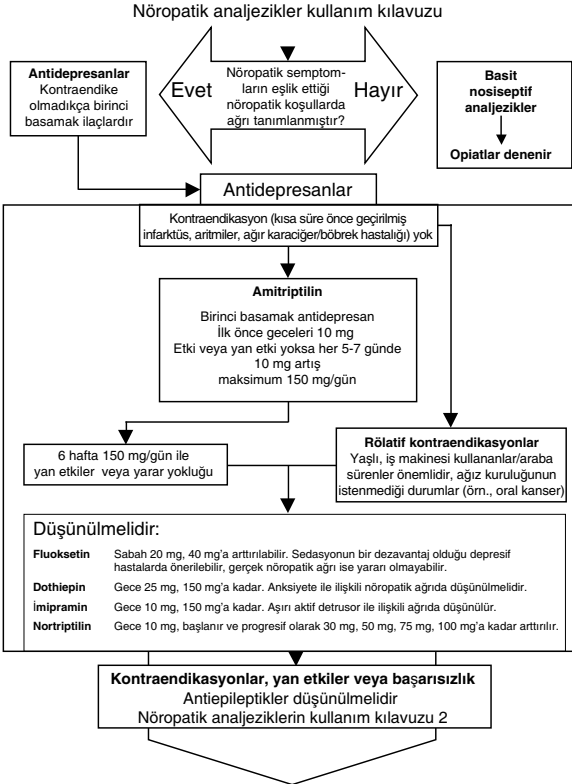
Antikonvülsanlar

Antikonvülsanlar ağrı tedavisinde yıllardır kullanılmaktadır. Nöropatik veya merkezi duyarlılığa bağlı ağrıda yararlı olabirirler. Gabapentin bazı ülkelerde kronik nöropatik ağrı için ruhsat almıştır. Gabapentinin ciddi yan etkileri diğer daha eski antikonvülsanlara nazaran çok azdır. Antikonvülsanların akut ağrıda yeri yoktur.

Opioidler

Ürogenital ağrıda opioid kullanımı iyi tanımlanmamıştır bir meta-analizde klinik olarak önemli yararları olabileceği öne sürülmesine karşın nöropatik ağrıda kullanımı çok açık değildir.

Şekil 3: Nöropatik analjezik kılavuzu



Tablo 10 : KPA Farmakolojik tedavisi

İlaç	Ağrı tipi	KD	ÖD	Yorum
Parasetamol	Somatik ağrı	1b	A	Yararı sınırlıdır ve artritik ağrı temeline verilmektedir
COX2 antagonistleri		1b	A	Kardiyovasküler risk faktörleri bulunan hastalarda kaçınılmalıdır
NSAID'ler	Dismenore	1a	B	Plasebodan daha iyidir ancak farklı NSAID'ler arasında ayırım mümkün değildir
Trisiklik antidepresanlar	Nöropatik ağrı	1a	A	
	Pelvik ağrı	3	C	Kanıtlar pelvik ağrının nöropatik ağrıya benzer olduğunu göstermektedir
Antikonvülsanlar Gabapentin	Nöropatik ağrı	1a	A	
Opioidler	Kronik, malign olmayan ağrı	1a	A	Uzun dönemli veriler sınırlıdır; yalnızca deneyimli olan klinisyenler tarafından kullanılmalıdır
	Nöropatik ağrı	1a	A	Muhtemelen yarar klinik olarak anlamlıdır. Yukarıda olduğu gibi, ihtiyatlı kullanılmalıdır

KD = kanıt düzeyi; ÖD = öneri derecesi; COX = siklooksijenaz; NSAID = non-steroidal anti-inflamatuar ilaç

Sinir blokları

Sinir blokajı, anestezi birikimi olan ağrı uzmanı tarafından genellikle tanı ve/veya tedavi için kullanılır. Tanısal blokların yorumlanması güçtür; çünkü bir blokun etki edebileceği pek çok mekanizma vardır. Tüm sinir blokları mümkün olduğu kadar güvenli biçimde yapılmalıdır. Gerekli becerilere sahip destek personeli kullanılmalıdır ve yeterli monitorizasyon ve resistüasyon ekipmanı mevcut olmalıdır. İşlem için doğru ekipman kullanılmalıdır, özellikle doğru blok iğneleri, sinir lokasyon cihazları kullanılmalı ve görüntüleme seçimi doğru olmalıdır (yani X-ışını görüntü yoğunlaştırıcı, ultrason veya tomografi).

Suprapubik transkütanöz elektriksel sinir uyarısı (TENS)

60 hastayı (33 klasik IC, 27 ülsersiz hastalığı bulunan hasta) içeren en büyük ölçekli suprapubik TENS çalışmasında, klasik IC bulunan hastaların %54'ünde TENS yararlı olmuştur. Ülsersiz IC'de daha az olumlu sonuç elde edilmiştir. MAS/IC'de TENS'in etkinliğinin doğru biçimde değerlendirilmesi güçtür. Özgül bölgelere çok uzun zaman dönemlerinde yüksek yoğunluklu uyarı verilmekte olduğu için kontrollü çalışmaların düzenlenmesi güçtür.

Pelvik ağrı sendromlarında sakral nöromodülasyon

Nöropatik ağrı ve kompleks bölgesel ağrı sendromları dorsal sütunların ve periferik sinirlerin nörostimülasyonu ile başarılı biçimde tedavi edilmiştir. KPA'da nöromodülasyonun rolü olabilir.

Özet

Kronik pelvik ağrı çok sayıda klinik belirti ve patolojiyi kapsar. Etiyoloji ve patogenezi sıklıkla belirgin değildir. Başarılı

tedavi için ayrıntılı öykü alınmalı, dikkatli fizik muayene uygun laboratuvar testleri ile birlikte değerlendirilmeli ve tedavi için ihtiyatlı tutum benimsenmelidir; bu bağlamda belirlenen algoritmalara göre daha az zararlı tedavilerden daha invazif işlemlere geçilmelidir ve cerrahi yalnızca tüm diğer seçenekler başarısız olduğunda planlanmalıdır.

Bu kısa kitapçıkta daha kapsamlı EAU kılavuzu (ISBN 978-90-70244-91-0) temel alınmıştır ve Avrupa Üroloji Derneği üyeleri websitelerinde - <http://www.uroweb.org> bu kılavuza erişebilir.