

**T.C.**  
**Sağlık Bakanlığı**  
**Haydarpaşa Numune Eğitim ve**  
**Araştırma Hastanesi**  
**Aile Hekimliği**  
**Koordinatör:Prof.Dr.Tuncay KÜÇÜKÖZKAN**

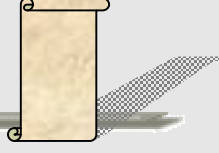
**AKUT PELVİK AğRI NEDENİ İLE HAYDARPAŞA**  
**NUMUNE EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KADIN**  
**HASTALIKLARI VE DOğUM SERVİSİNDE 2000—2005**  
**DÖNEMİNDE YATAN HASTALARIN**  
**YAŞ,ETYOLOJİ,YATIŞ SÜRESİ,UYGULANAN TEDAVİ VE**  
**SONUÇLARI AÇISINDAN DEğERLENDİRİLMESİ**

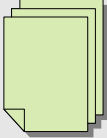

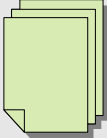

**( Uzmanlık Tezi )**

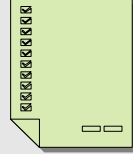
**Dr.Cem Yenicesu**

**İstanbul--2005**

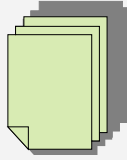
## İÇİNDEKİLER:



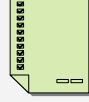
●	<b>AKUT PELVİK AĞRI...(GİRİŞ):</b> .....	:0-1
●	<b>AKUT PELVİK AĞRIDA AYIRICI TANI:</b> .....	:5
●	<b>EKTOPIK GEBELİK:</b> .....	:7
	<b>Etyoloji</b> .....	:10
	<b>Belirtiler - sınıflama</b> .....	:13
	<b>Bulgular</b> .....	:14
●	<b>OVER KİST RÜPTÜRÜ:</b> .....	:20
	<b>Semptomlar</b> .....	:20
	<b>Bulgular</b> .....	:21
	<b>Tanı</b> .....	:21
	<b>Tedavi</b> .....	:21
●	<b>ADNEKS TORSİYONU:</b> .....	:22
	<b>Semptomlar</b> .....	:22
	<b>Bulgular</b> .....	:22
	<b>Tanı</b> .....	:23
	<b>Tedavi</b> .....	:23
●	<b>AKUT SALPİNGOOOFORİT:</b> .....	:23
	<b>Semptomlar</b> .....	:23
	<b>Bulgular</b> .....	:24
	<b>Tanı</b> .....	:24
	<b>Tedavi...</b> .....	:24



● **PELVİK İNFLAMMATUAR HASTALIK:**.....:25



Tanı.....	:26
Epidemiyoloji.....	:27
Etyoloji.....	:27
Patogenez.....	:28
Asendan enfeksiyonlar.....	:28
Desendan enfeksiyonlar.....	:28
Tedavi.....	:29

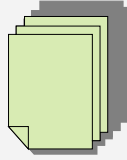


● **TUBA-OVARYAN APSE:**.....:30

● **DİSMENORE:**.....:30



İnsidans.....	:31
Primer dismenore.....	:31
Fizyopatoloji.....	:32



Klinik.....	:32
Ağrı mekanizması.....	:33
Tedavi.....	:34
Sekonder dismenore.....	:37
Etyoloji.....	:38

● **ENDOMETRIOZİS:**.....:39

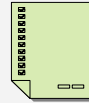


Tanı.....	:39
Tedavi.....	:40

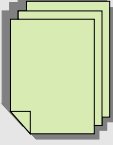

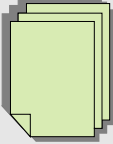

● **MYOMA DEJENERASYONU:**.....:40



Bulgular.....	:40
Tanı.....	:40
Tedavi.....	:40



● **GİS KAYNAKLI AKUT PELVİK AĞRI:**.....:41

	Apandisit.....	:41
	Bulgular.....	:42
	Appandisit tanısı.....	:42
	Appandisit tedavisi.....	:42
●	<b><u>AKUT DİVERTİKÜLİT:</u></b> .....	:43
	Semptomlar.....	:43
	Bulgular.....	:43
	Tedavi.....	:43
●	<b><u>BARSAK OBSTRÜKSİYONU:</u></b> .....	:43
	Semptomlar.....	:43
	Bulgular.....	:43
	Tanı.....	:44
	Tedavi.....	:44
●	<b><u>ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVİK AĞRI:</u></b> .....	:44
	Semptomlar.....	:44
	Bulgular.....	:44
	Tanı.....	:45
	Tedavi.....	:45
●	<b><u>AKUT PELVİK AĞRI DA TANI YÖNTEMLERİ:</u></b> .....	:45
●	<b><u>MATERYAL VE METOD:</u></b> .....	:48
●	<b><u>TABLolar-BULGULAR:</u></b> .....	:49
●	<b><u>SONUÇLAR-TARTIŞMA:</u></b> .....	:79
●	<b><u>KAYNAKLAR:</u></b> .....	:97

## **JİNEKOLOJİDE AKUT PELVİK AĞRI**

Kadınlar , acil olarak jinekologlara ağrı ve/veya kanama şikayetleri nedeniyle gelirler.Ağrının etyolojisi, çeşitli olup , akut , siklik ve kronik olmak üzere jinekolojik yakımların büyük bir kısmını kapsar.Örneğin , dismenore , jinekolojide rastlanan en sık medikal sorunlardan birisidir.Kasık ve bel ağrısının genital organlardan kaynaklandığını düşünerek, sıklıkla jinekologlara başvuran bayanlar, bu ağrılarının sadece, jinekolojik problemlere bağlı olmayıp üriner, gastrointestinal veya ortopedik nedeni olabileceği gibi fonksiyonel veya psikosomatik sebebli olabileceğini genellikle de akıllarına getirmezler (1).Bu açıdan, teşhiste gecikme ve belirsizlik, sık karşılaşılan durumlar olarak göze çarpmaktadır.

Ağrı yakınması ile başvuran hastadan, iyi bir anamnez alınmalı, ve ağrının özellikleri öğrenilmelidir.Bunlar ağrının başlama şekli, ağrının niteliği ve şiddeti ,lokalizasyonu ve yayılma şeklidir. Akut başlangıçlı ağrılar ile, kronik ağrılarının nedeni oldukça değişik şekilde kendini gösterir (2).Akut başlangıçlı ağrılarda;akut pelvik iltihabi hastalıklar,over kisti rüptürü over kist torsiyonu, dış gebelik, akut appandisit, divertikülit, gastroenterit, ileus, üriner sistem infeksiyonu ya da taşları gibi hızla başlayan ve gelişen olaylar düşünülmelidir.Kronik ağrılarda ise endometriozis,adenomyozis, over kisti, kronik pelvik iltihabi hastalık, barsağın kronik iltihabi hastalıkları, spastik kolon, kronik sistem infeksiyonları, kifoza, skolyoz,disk hernisi, spondilit veya psikojenik nedenler düşünülmelidir (3).

Akut ağrı, yoğundur ve ani başlangıç, keskin bir şekilde yükseliş ve kısa süreli varlığı ile karakterizedir.Siklik ağrı,menstrüel siklüs ile ilişkili oluşan ağrı olarak bilinmektedir.Dismenore, yada ağrılı menstrüasyon, en sık rastlanan siklik ağrı fenomenidir.İlgi-

li anatomik patolojiye göre , primer veya sekonder olarak sınıflandırılmaktadır(1).Kronik pelvik ağrı, 6 aydan uzun süren ağrı olarak tanımlanmaktadır(2).Akut ağrı sıklıkla, kısa süreli, yoğun, keskin, genellikle batıcı karakterde kendini göstermekle beraber kronik ağrıdan birçok özelliği ile ayrılmaktadır (4).

Akut ağrı sıklıkla bulantı, kusma, terleme ve fenalık hissi gibi, ciddi otonomik özellikte refleks yanıtları ile birlikte ortaya çıkmakla beraber, kronik pelvik ağrıda, aşikar otonomik refleks yanıtları, görülmemektedir.Ayrıca, akut pelvik ağrı sıklıkla ateş ve lökositoz gibi inflamasyon veya infeksiyon belirtileri ile beraber iken, kronik ağrı halinde bunlar bulunmamaktadır. Akut pelvik ağrının patofizyolojisi, enfeksiyon, iskemi, veya, kimyasal irritasyon sonucu yüksek konsantrasyonlarda bulunan inflamasyon medyatörlerini içerir (3,4).Buna karşın, kronik pelvik ağrının nedeni sıklıkla gizlidir.Buna ek olarak, kronik ağrı, akut ağrı ile ilgili olanlardan farklı fizyolojik, afektif ve davranış yanıtları ile karakterizedir (5).

Ağrıların adet kanaması ile olan ilgisi, mutlaka sorulmalıdır.Menarştan beri ağrılı adet gören primer dismenoreli kadınlarda, sıklıkla ek bir organik patoloji gözlenmez. Buna karşın, sonradan adet görmeye başlayan sekonder dismenoreli kadınlarda endometriozis, adenomyozis, over kisti gibi organik bir patoloji olasılığı yüksektir. Siklüsün ortasında ritmik olarak görülen, tek taraflı ağrılar, ovulasyon sırasında, periton içine olan hafif kanamaya, ( juvenil corpus luteum kanaması ) bağlıdır , ve ovulasyon ağrısı ( Mittelschmerz ) olarak adlandırılır.Ovulasyona bağlı olan bu ağrılar , genellikle birkaç saat süreli olup,nadiren günlerce sürebilir.Böyle durumlarda, dış gebelikle karıştırılabılır (4).Ektopik gebelik, her zaman ekarte edilmesi gereken durumdur.

Ağrının niteliği de, tanıda yardımcı olabilir.İçi boş organların hastalıklarında ağrı , genellikle kolik tarzındadır, organın kasılması ile ağrı çok şiddetlenir , gevşeme sırasın-

da hafifler.Kolik veya şiddetli kramplı ağrılar, sıklıkla, barsak veya uterus gibi, içi boş bir organda tıkanma, veya kasların kasılması ile ilişkilidir.Tüm karında hissedilen ağrı, peritoneal boşluk içinde, irritan bir sıvıya verilen yaygın bir reaksiyonu düşündürmektedir (4).Üriner sistem taşlarında, ve enfeksiyonlarında , gastroenteritlerde rüptüre olmamış dış gebeliklerde ve düşüklerde ağrılar böyledir. Keskin, bıçak saplanır tarzında şiddetli ağrı dış gebelik rüptüründe, bazen de akut salpenjit ve torsiyone over kistinde görülür.Künt ağrılar ise daha yavaş gelişen kronik olaylara bağlıdır (2).

Ağrının lokalizasyonu ve yayıldığı yerler, kaynaklandığı organ hakkında ipucu verebilir.Over ve tuba kaynaklı hastalıklarda ağrı daha çok hipogastrik bölgededir,ararsa uyluğun iç yüzüne de yansıyabilir(5).Pelvik patolojilere bağlı bel ağrıları çoğunlukla orta hatta olmak üzere sakral vertebralar düzeyindedir ; daha yukarı bölgedeki ağrılar ise daha çok ortopedik ve ürolojik kaynaklı olarak karşımıza çıkar(5).

Cinsel ilişki sırasında, ağrı duyulması (disparoni), organik veya psikojenik nedenli olabilir.organik nedenler arasında, endometriozis ,vaginadaki nedbeler ve çok sayıdaki doğumlara bağlı genital organ bağlarının yırtıkları (*Allen-Masters Sendromu*) sayılabilir.

Kadınlarda, fonksiyonel yada psikosomatik nedenlerle bel ve kasık ağrıları da oldukça sık görülür. Bunlar, genellikle ruhsal yönden ek problemleri olan heyecanlı ve doyumsuz kadınlardır.Ağrıyı belirli bir yere lokalize edemezler,sürekli olarak künt bir ağrıdan yakınır, ağrının yayıldığı belirli bir yer yoktur.Ancak bir hastadaki ağrıya psikojenik damgasını vurmadan önce, iyi bir inceleme ve tetkik ile organik nedenler mutlaka ekarte edilmelidir(6).

İntrauterin araçların kullanımı, genellikle uterus aktivitesinde artışa yol açar.RİA'nın uterus kavitesindeki pozisyon değişiklikleri veya başka nedenler ile hasta bu kontrak-

siyonları ağrı olarak hissedebilir. Bu ağrı, bazen kramp şeklindedir ; bazen ise batıcı niteliktedir.Bu durum, over kisti gibi diğer pelvis patolojileri ile karıştırılmamalıdır.Memeler de hissedilen ağrı (mastalji) , siklik olabileceği gibi devamlı da olabilir.Bu ağrıların , hormon aktivasyonu ile ilgisi vardır(7).Bu yüzden hormonal aktivasyon, ayırıcı tanıda oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

Her zaman belirtildiği gibi teşhiste ayrıntılı alınmış bir anamnez oldukça önemli yer tutmaktadır.Son defekasyon, son idrar, ilaçlar, beslenme, ağrının seyri bulantı ve kusma , önceki operasyon hikayesi antikoagülasyon (operabilite, intra ve retroperitoneal kanama) ,siklus (dismenore, ovulasyona bağlı ara sancısı ) ve son adet tarihi (ekstra uterin gebelik), dikkatli bir şekilde sorgulanmalıdır (2).

Lokalize edildiğinde, yansıyan ağrı olarak tanımlanan ağrı, organlardan kaynaklanan, ve yüzeysel karakterde kendini gösterir(4).Dağılımı, ilgili organı innerve eden omurilik segmentinin dermatomu, veya sinir dağılımına bağlıdır.Yansıyan ağrının yeri, primer hastalık sürecinin yerine ışık tutar.

Akut pelvialjilerin değerlendirilmesinde, innervasyonunun dağılımının iyi bilinmesi kaçınılmazdır.Dolayısı ile ağrının lokalizasyonunu iyi bir şekilde kavramak, teşhise doğru olarak yaklaşımda kaçınılmaz faktörlerden bir tanesidir.Pelvik organların innervasyonu,Tablo-1’de özet halinde belirtilmiştir (3).

Akut pelvialjiye neden olabilecek durumları tanıyabilmek, uygun tedavinin uygulanması için mutlak gerekli olup,ilk aşamada hızlı ve mümkün olduğu kadar detaylı bir anamnez, ve sonrasında veya hastanın bilinci anamnez verecek düzeyde değilse , ilk aşamada yerinde bir fizik muayene, akut pelvialjiye yaklaşan hekim tarafından mutlak bilinmelidir (4).

Dolayısı ile akut pelvialjiye yaklaşımda ayırıcı tanı, oldukça önemli olup, ayırıcı tanı için yapılacak fizik muayene, hızlı ve doğru olarak yerine getirilmelidir.Özellikle, rektal muaye-

ne ve ateş ölçümü unutulmamalıdır (Tablo-2).

Akut pelvik ağrının değerlendirilmesinde, erken teşhis kritiktir, çünkü gecikme, morbidite ve mortaliteyi arttırabilir. Doğru bir anamnez, doğru tanının anahtarıdır(4). Son ve bir önceki menstrüel periyodların tarihi ve karakteri ve anormal kanama veya akıntının varlığı, belirlenmelidir. Menstrüel, seksüel, ve kontraseptif anamnez geçmişte seksüel yolla bulaşan hastalık hikayesi, ve önceki jinekolojik bozukluklar, önemlidir (4). Hasta, geçmiş medikal hikayesi ve, önceki olası cerrahi operasyonlar hakkında sorgulanmalıdır. Gastrointestinal belirtiler (iştahsızlık, bulantı, kusma, kabızlık, gaz çıkartamama, gerginlik) veya idrar yolu ve enfeksiyon belirtilerini içeren bir ağrı anamnezi alınmalıdır.

#### ✓ **AKUT PELVİALJİDE AYIRICI TANI-ÖZET FİZİK MUAYENE:**

**Palpasyon:** Ağrı bölgesi dikkatli ve yumuşak şekilde palpe edilir. *Peritoneal bölgede tahrişin işareti* > Kas direnci kontraksiyonu, baskı kalkınca ağrı, vurunca, ağrı, öksürükle ağrının artması. Fıtık noktalarının muayenesi

**Oskültasyon:** Mekanik ileusta metalik tonda “*yükselen*” bağırsak sesi, bağırsak paralizisinde ”ölüm sessizliği“.

**Perküsyon:** Meteorizm? (*ileus* için delil).

**Jinekolojik muayene :** *Ekstrauterin gebelik, Adneksit, sapı dönen ovaryum, adneks tümörü?*

**Rektal muayene:** *Rektum Ca, Apandisit, Douglas boşluğuna basmakla oluşan ağrı, Douglas apsesinde flüktüasyon. Mezenterial infarkt, hemoroid ve tümörlerde, eldivene gelen kan oldukça önem taşır.*

**Temperatür:** *Rektal ve aksiller ateş ölçümü (28).*

**TABLO-2: Akut pelvik ağrı ayırıcı tanıda muayene özeti**

<b><u>ORGAN</u></b>	<b><u>OMURİLİK</u></b>	<b><u>İNNERVASYON</u></b>
<b>PERİNE, VULVA, ALT VAJEN</b>	<b><u>S2-S4</u></b>	<b>PUDENDAL, İNGUİNAL, GENİTO FEMORAL, POSTEROFEMORAL KUTANÖZ SİNİRLER</b>
<b>ÜSTVAJEN, SERVİKS, ALT UTERİN SEGMENT POSTERİOR URETRA, MESANE TRİGONU, UTERO SAKRAL VE KARDİNAL BAĞLAR, REKTOSİGMOİD, ALT URERTERLER</b>	<b><u>S2-S4</u></b>	<b>PELVİK PLEKSUSTAN GEÇEN SAKRAL AFFERENTLER</b>
<b>UTERİN FUNDUS, PROKSİMAL FALLOP TÜPLERİ, YAPRAKSI BAĞLAR, ÜST MESANE, CEACUM, APPANDİKS, TERMİNAL KALIN BARSAK</b>	<b><u>T-11</u> <u>T-12</u> <u>L-1</u></b>	<b>UTERİN VE HYPOGASTRİK SİNİRLER</b>
<b>FALLOP TÜPLERİNİN ÜST 2/3'Ü, ÜST ÜRETER</b>	<b><u>T9-10</u></b>	<b>MEZENTERİK PLEKSUSTAN TORAKOLUMBAR SPLANKNİK SİNİRLER</b>
<b>OVERLER</b>	<b><u>T9-10</u></b>	<b>RENAL VE AORTİK PLEKSUS, COELİAC VE MEZENTERİK GANG- LİONLAR YOLUYLA OVER DAMAR LARI İLE SEYREDEN TORAKOLUM- BAR SPLANKNİK SİNİRLER</b>
<hr/>		
<b>TABLO—2 GENİTAL ORGANLARIN İNNERVASYONU (3)</b>		

**TABLO (3) –Akut pelvik ağrıda ayırıcı tanı:**

**A-) Jinekolojik hastalık veya bozukluk:**

**1- Gebelik komplikasyonu:**

- a-)Rüptüre ektopik gebelik
- b-)Düşük tehdidi veya inkomplet
- c-)Leiomyoma dejenerasyonu

**2- Akut enfeksiyonlar:**

- a-)Endometrit
- b-)Pelvik inflammatuar hastalık (PID)
- c-)Tuba-overyan abse (TOA)

**3-Adneksial bozukluklar:**

- a-)Hemorajik fonksiyonel over kisti
- b-)Adneks torsiyonu
- c-)Dönmüş paraovaryen kist
- d-)Fonksiyonel veya neoplastik over kisti rüptürü

**B-) Gastrointestinal Sistem kaynaklı olanlar:**

- 1- Gastroenterit
- 2-Appandisit
- 3-Barsak tıkanıklığı
- 4-Divertikülit
- 5-İnflammatuar barsak hastalığı
- 6-İrritabl barsak sendromu

**C-) Genitoüriner kaynaklı olanlar:**

- 1-Sistit
- 2-Pyelonefrit
- 3-Üreteral litiazis

**D-) Kas iskelet kaynaklı olanlar:**

- 1-Karın duvarı hematomu
- 2-Herni

**E-) Diğerleri:**

- 1-Akut porfiri
- 2-Pelvik tromboflebit
- 3-Anevrizma
- 4-Abdominal angina

Pelviste akut ağrı nedenlerine kısaca bakıldığında ; peritoneal irritasyona bağlı, olan ağrılar ,Ektopik gebelik , tubal rüptür , tubal abortus , ovaryal kist rüptürü ,hemoraji , kist sıvısının yayılımı , dermoid kist içeriğinin yayılımı , uterus perforasyon, abse açılması gibi durumlar olup , torsiyona bağlı olanlar ; normal adneks torsiyonu over tümörü torsiyonu , paraovaryal kist torsiyonu , pediküllü myom torsiyonu şeklinde olabilir.Tümöral hemoraji veya infeksiyona bağlı olanlar ise , over kisti , solid over tümörü , myoma uteri , post operatif komplikasyon gibi olgular olarak kabul edilmektedir (8).

Organlar ağrıya göreceli olarak duyarlı değildirler.Organ ağrısının ilk olarak algılanması uygun otonomik refleks yanıtları ile birlikte belli belirsiz, derin ve zorluklokalize edilebilen bir duyumsama şeklinde olup,lokalize edildiğinde yansıyan ağrı adımı alır.Tanımlanan bu ağrı , oldukça iyi lokalize edimekle beraber yüzeysel özellik gösterir(7).

**EKTOPIK GEBELİK:**

Ektopik gebelik, fertilize olmuş olan ovumun, normalde implante olması gereken yer dışında başka bir yere yerleşmesi olarak tanımlanır. Normal fertilizasyon,tuba uterinanın ampulla kısmında olur.Fertilize ovum, uterus kavitesine doğru ilerler iken gelişimini sürdürür,ve kaviteye implantasyon olgunluğuna ulaşarak erişir.Fertilize

ovumun tuba uterinadaki bu yolculuğuna mani olan herhangi bir etken, implantasyon erginliğine erişmiş, fertilize ovumun bulunduğu yere implante olması ile sonuçlanır (9).

Normal fertilitede, ovum, uterus içinde endometriumda oluşmuş bulunan, desidua tabakasına yerleşir. Ektopik gebelik, eş anlamında kullanılan "ekstrauterin gebelik" terimi, ovumun normal yerinden, başka bir yere implante olması anlamına gelmekle beraber, aslında kornual dış gebelik dışındaki ektopik gebelikleri tanımlamak tadır(10). Ülkemizde, her iki durum için de yaygın olarak, dış gebelik terimi kullanılmaktadır. Zamanında tedavi edilmez ise, fatal sonuçlanabilmektedir. Bazı ülkelerde, maternal mortalitenin, önemli nedenlerinden birisi olmakla beraber, gelişmiş ülkelerde, dış gebelikten dolayı ölüm vakası, artık pek gözlenmemektedir (10).

Değişik yayımlara göre tüm gebelikler içerisindeki ektopik gebelik insidansı 1/150 ile 1/1000 arasında değişmektedir. Pelvik enfeksiyonların sık görüldüğü bazı az gelişmiş ülkelerde, bu insidansın, 1/28'e kadar yükselebildiği gözlenmiştir. Son yıllarda, dış gebelik insidansının, artış göstermesine rağmen, maternal mortalitenin özellikle gelişmiş ülkelerde azaldığı bilinmektedir. Çoğu araştırmacı, dış gebeliğin artık, maternal mortalite nedenleri arasında olmaması gerektiğini savunmaktadır (11). Ülkemizde de, dış gebelik ve buna bağlı, iç kanamadan dolayı hasıl olan mortalite pek görülmemektedir (12,13).

Buna rağmen, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere gibi ülkelerde maternal mortalitenin % 12-15'i, dış gebeliğe bağlanmaktadır. İnsidanstaki bu artış, seksüel yolla geçen hastalıkların artışına, gelişen tuba cerrahisine, ovulasyon indüksiyonuna neden olan ilaçların, fazla kullanılmasına, tüp bebek teknolojisindeki gelişmeye, çok erken tanı için gelişen teknolojiye ve diğer kolaylaştırıcı faktörlere bağlıdır (11).

**ETYOLOJİ:** Ektopik gebeliğe neden olan faktörler, Tablo-4’de belirtilmiştir.

Genel olarak, etyolojide rol alan etkenler, Tubaya bağlı nedenler, Zigot anomalileri, transmigrasyon bozuklukları, endokrin bozukluklar, kontraseptif faktörler, geçirilmiş ektopik gebelik ve infertilite(Ovulasyon indüksiyon yardımıyla üreme teknikleri, v.s.) olarak bilinmektedir.Enflamasyon, enfeksiyon ve cerrahi esas nedenlerdir. Tubal hasara yol açarak ektopik gebeliğe neden olabilmektedirler (14).

### **✓ EKTOPİK GEBELİĞE NEDEN OLAN ETKENLER:**

#### **1-TUBAYA BAĞLI NEDENLER:**

##### **A-Konjenital tuba anomalileri:**

- Ø Tuba anomalileri
- Ø Hipoplazik tuba
- Ø Divertikül
- Ø Aksesuar ostium

##### **B-Distorsiyon:**

- Ø Komşu tümöral oluşum nedeniyle itme
- Ø Endometriozis nedeniyle çekilme

##### **C-Pelvik enfeksiyonlar:**

##### **D-Cerrahi yolla oluşan obstrüksiyonlar (tüp ligasyonu v.s.)**

##### **E-Gecirilmiş tubal cerrahi girişimler**

#### **2-ZİGOT ANOMALİLERİ:**

- Ø Zona pellucida anomalisi
- Ø Bozuk spermiogram

### **3-TRANSMİGRASYON BOZUKLUKLARI :**

### **4-ENDOKRİN BOZUKLUKLAR:**

- Ø *Luteal faz defektleri ( LFD )*
- Ø *Geç ovulasyon*
- Ø *Diğer endokrin ovulasyon bozuklukları*

### **5-KONTRASEPTİF FAKTÖRLER:**

- Ø *İntrauterin araç*
- Ø *Sadece progesteron kullanımı*
- Ø *Tüp ligasyonu*

### **6-GEÇİRİLMİŞ EKTOPIK GEBELİK:**

**7-İNFERTİLİTE:** ( *ovulasyon indüksiyon , yardımla üreme teknikleri, v.b.*)

*Tablo-4: Ektopik gebelikte etyolojik faktörler*

Ektopik gebeliklerin yaklaşık yarısında, önceden geçirilmiş olan pelvik enfeksiyonlarla ( tüberküloz dahil ) rastlanır. Tubaya komşu tümör varlığı veya endometriozis gibi adezyonların neden olduğu tuba torsiyonları da , ektopik gebelik nedeni olabilir. Nadir de olsa cinsel ilişkiden sonraki 48 saat içinde bilmeden yapılan tubal ligasyon, histerektomi gibi operasyonlar sonrasında, ektopik gebeliğe rastlanabilir. Bu durumda neden, fertilize ovumun yolunun cerrahi olarak obstrüksiyonudur. Tubal cerrahi sonrası, ektopik gebelik riski artar ki , bu risk, %3-10 kadardır (11).

Transmigasyon veya ovumun eksternal migrasyonu , yani ovülasyon sonrasında da ovumun peritonda döllenerek , karşı taraf tubasından girmesi de bir ektopik gebe

lik nedeni olabilir.Dış gebeliklerde tubal gebeliğin karşı tarafında,korpus luteumun gözlenmesi, bu teoriyi desteklemektedir.Transmigrasyon defekti nedeni ile, ektopik gebelik oluşması pek nadir değildir(13).Önceden ektopik gebelik geçiren kadınlarda tuba alımsın veya alınmasın tekrarlama riski, % 10 civarındadır (15).

Oral kontraseptif kullananlarda , ektopik gebelik riski , oldukça azalmaktadır.Bununla birlikte, sadece progesteron içeren oral kontraseptiflerin , ektopik gebelik riskini, 5 kat arttırdığı ileri sürülmektedir.İntrauterin ilaç kullananlarda herhangi bir gebeliğin oluşma riski % 2 dir.Bu gebeliğin ektopik gebelik olma riski de % 4-7 olarak bildirilmektedir.İntrauterin araç kullanımının tuba motilitesini bozması ve pelvik enfeksiyon hastalıklarını arttırması yoluyla ektopik gebelik oranını arttırabildiği bilinmektedir.İntrauterin aracın uterus kavitesinde 2 yıldan daha uzun süre kalması ve aracın çıkarılmasını takiben ilk bir yıl içerisinde de riskin daha yükseldiği kabul edilmektedir(15).

Kontrasepsiyon amaçlı uygulanan tüp ligasyonu sonrası gebelik riski, yaklaşık % 3 civarındadır ki , bu gebeliğin ektopik gebelik olma ihtimali de, %15'dir.Tubaya, halka takılarak yapılan tüp ligasyonu tekniği , oluşan gebeliğin dış gebelik olma ihtimalini,% 50'ye çıkartmaktadır. Ülkemizde , pek sık uygulanmayan, bir kontrasepsiyon yöntemi olan, koitus sonrası, yüksek doz hormon içeren ilaçların kullanılması halinde, eğer gebelik engellenemezse, dış gebelik riski 10 kat yükselir (12,15).

Endokrin bozukluklarda östrojen progesteron dengesinin bozukluğuna bağlı olarak tuba endotelinin silier motilitesinin bozulması ovumun transportunu bozan nedenlerden birisidir(14,15).

İnfertilite ve ovulasyon indüksiyonu da ektopik gebelik riskini arttıran, faktörlerdir.Son yıllarda, giderek yaygınlaşan yardımla üreme yöntemleri sonucunda ekto

pik gebelik oranında artış olduğu, tespitlenmiştir.İVF(İnvitro fertilizasyon) ve GİFT ( Gamette intrafallopian transfer )'de ektopik gebelik,oluşturulan toplam gebeliklerin yaklaşık olarak, %5'ine kadar ulaşabilmektedir (14).

Yaş faktörü de dış gebelik riskini arttıran faktörlerden birisidir.35 yaş üstündeki kadınlarda , 25 yaştan küçük olan kadınlara oranla dış gebelik riski 3 kat daha fazla olarak gözlenmektedir (15).

#### ✓ SINIFLAMA:

Ektopik gebeliklerin çoğu tuba uterina'nın ampullasında görülür.Başlıca lokalizasyonlar, şekil üzerinde liste şeklinde belirtilmiştir (Tablo-5).Bununla beraber, son yıllarda sezeryan skarında ektopik gebelik olgusu da yayımlanmıştır (15).

<b><u>1-TUBAL ( % 99.4 )</u></b>	<b><u>3-İNTRALİGAMENTER</u></b>
Ø <i>İnterstisyel ( % 2 )</i>	
Ø <i>İstmik ( %25 )</i>	<b><u>4-OVARYAL ( % 0.5 )</u></b>
Ø <i>Ampulla ( %55 )</i>	
Ø <i>Fimbrial ( % 17.4)</i>	<b><u>5-ABDOMİNAL ( % 0.1 )</u></b>
<b><u>2-UTERİN</u></b>	
Ø <i>Rudimenter horn ( çok nadir )</i>	
Ø <i>Servikal ( çok nadir)</i>	
<b><u>Tablo--5 : Dış gebelik lokalizasyonları</u></b>	

#### ✓ BELİRTİLER:

Fetusun, fallop tüplerine implantasyonu, sadece tüpün akut dilatasyonuna bağ olarak, ağrıya neden olur.Tübün rüptüre olması halinde, lokalize karın ağrısı geçici olarak hafiflemekte, ve hemoperitoneum gelişerek, yaygın pelvik, ve karın ağrısı bu

nun yerini alır. Tipik olarak, 6-8 hafta süren bir amenore dönemi , human koryonik gonadotropin (*hCG*) değişen düzeyleri, ve düşük progesteron miktarları ile ilişkili olan düzensiz kanama veya lekelenme vardır. Cul de sac'taki kitleden ötürü acil defekasyon hissi olabilir. Eğer intraabdominal kan birikimi sağ kolik bölgeyi aşar ve diafragmaı irrite ederse, sıklıkla, sağ omuza yansıyan ağrı gelişir (servikal 3-5 innervasyonu). Eğer kan kaybı fazla olursa, senkop ortaya çıkabilir (12,14).

#### ✓ **BULGULAR:**

Ektopik gebelikte semptom ve bulgular, gebeliğin lokalizasyonuna , ve gelişim dönemine göre farklılıklar gösterir. Ektopik gebeliğin karakteristik bulgusu yoktur. Semptomlar çoğunlukla son adetten 6-8 hafta sonra ortaya çıkmaktadır. Ektopik gebelikler , klinik açıdan genel olarak iki gruba ayrılmaktadır (15).

#### **1-İntakt ( bozulmamış ektopik gebelikler )**

#### **2-Bozulmuş ektopik gebelikler** ( abort , rüptür , mol veya hematozele dönüşme)

Dış gebeliğin tanısı en güç olan şekli , bozulmuş duruma geçmeden , erkenden ölüp absorbe olan şeklidir.

Olduça sık görülen intakt tuba gebeliğinin, semptom ve bulgularından bahse edersek ; reproduktif dönemdeki bir kadında , menstrüel düzensizlik , spotting tarzında bir kanama veya ağrı mevcutsa dış gebelik daima düşünülmelidir. Bunlara ek olarak bir adneksiyal kitlenin olması tanıyı çok daha güçlendirecektir (15).

Ektopik gebeliğin klasik semptom üçlüsü vakaların ancak, % 25 inde rastlanabilen aşağıdaki bulgulardır (15,18).

1-Adet rötarı      2-Uterin kanama      3-Ağrı

Genellikle , başka bir semptom gözlenmeden önce, adet rötarı ortaya çıkar. Uterin kanama , desidüadan gelir , ve alışılmış menstrüel kanamadan daha az olarak göze çarpmaktadır.Rengi koyulaşmış bir akıntı şeklinde haftalarca devam edebilmektedir (14,15).

Ektopik gebeliklerde olan ağrı, hemen daima kanamadan önce ortaya çıkmaktadır. Kanamanın olmaması , gebeliğin devam ettiğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir.Bununla beraber, nadiren hızlı seyreden olgularda, uterustan dışarıya bir kanama olmadan intraperitoneal çok şiddetli bir kanama sonucunda hasta hemoraji ve şoktan dolayı ölebilir.Birkaç haftalık gebe bir kadının fazla kanama ve hafif derecede ağrısının oluşu intrauterin , buna karşılık az kanama ve şiddetli ağrısının olması ekstrauterin gebeliği düşündürmelidir.Ağrının nedeni , tuba distansiyonu ve kanama nedeniyle kas tabakasının ayrılması ile periton boşluğunda hasıl olmasından kaynaklanmaktadır.Ektopik gebelikte endometriumda da bazı değişiklikler olmaktadır.Bu değişiklikler muhtemelen hormonal uyarılma sonucunda meydana gelmektedir.Buna, *Arias-Stella reaksiyonu* adı verilir.*Arias-Stella reaksiyonu* ise,yüksek progesteron etkisiyle oluşan desidual reaksiyon, mitoz artışı, nükleusta kromatin artışı ,glandüler hücrelerde fokal büyümeler, glandüler hücrelerin sınırlarının belirginliğinin kaybolması , sitoplazma içeriğinin artması , sitoplazmada vakuolizasyon , polarizasyon kaybı ve köpük görünümü ile , etkilenen glandlarda hipertrofik hücreler nedeni ile lümen kaybını içermektedir (13).Bu reaksiyon, ektopik gebelik olgularının %10-15'inde görülmekle beraber, çok anlamlı bir tanısal kriter olarak kabul edilmektedir(15).Ektopik gebelikteki semptom ve bulgular, Tablo 6'de belirtilmiştir.

Ayakta ve yatarak alınan nabız ve kan basıncı ölçümleri (ortostatik vital bulgular) erken veya, küçük bir hemoperitoneum belgelenmesi için, özellikle, yardımcı-

dırlar. Genç kadınlarda nabızda yükselme veya kan basıncında düşme ancak pozisyonların yatar durumdan oturur duruma getirilmesi ile ortaya çıkabilir (14,15).

Karın muayenesi alt bir veya iki kadranda hassasiyet ve defans açılarından, dikkat çekici olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hemoperitoneum gelişmesi ile yaygın abdomen gerginliği ve rebound hassasiyeti belirgin olup, sıklıkla barsak sesleri azalma gösterir. Pelvik muayene çoğunlukla, serviksin hareketleri ile hafif hassasiyet göstermektedir (15).

Bazen hematosalpinks veya yapışıklıklar ile izole bir hematomdan oluşmuş bir kitle olabilir ; fakat palpable kitle daha çok gebeliğe bağlı korpus luteumdur. Adneksial hassasiyet sıklıkla ektopik gebeliğin bulunduğu tarafta daha belirgindir. Nadiren hafif lökositoz ve ateş mevcuttur. Ancak tüp rüptüre ise oluşabilir. Hematokrit sıklıkla iç kanamayı yansıtan progresif bir anemiyi gösterir, ancak genç kadınlarda, düşük hematokrit, vazokonstriksiyon ve buna bağlı hemokonsantrasyon nedeni ile kan kaybının geç bulgusudur (14,15).

Bu nedenle, hematokrit değerlerinin değerlendirilmesi ,ortostatik vital bulguların değerlendirilmesi ile sentez edilmelidir.

Doğurgan çağda herhangi bir kadında , duyarlılığı  $> 20 IU/ml$  olan *hCG* serum, veya idrar gebelik testi yapılmalıdır, eğer pozitif hasta taburcu, veya başka bir tanı ile tedavi edilmeden , ektopik gebelik olasılığı ekarte edilmelidir (14).

✓ EKTOPIK GEBELİKTE SEMPTOM VE BULGULAR: TABLO-6		
-ABDOMİNAL AĞRI:%99	-SENKOP:%37	-KADÜK ATILMASI:%7
-UTERİN KANAMA :%74	-ADNEKSİYAL HASSASİYET:%96	
-ADET RÖTARI :%68	-ADNEKSİYAL KİTLE:%54	-ATEŞ>37:%2

## Ü ULTRASONOGRAFİ:

Ultrasonografi ile, ekstreuterin gebeliğin doğrudan tanısı oldukça güçtür. Uterus boşluğu dışında gebeliğin görülmesi, son derece nadirdir. Pratikte erken dış gebeliğin ultrasonografik bulguları, genellikle indirekt bulgulardır (16). Bunlar:

Ü **Intra uterin gestasyonel kesenin görülmesi, Douglasta sıvı görülmesi**

Ü **Tubal halka görülmesi (rüptüre olmamış gebeliklerde)**

Ü **Kistik olmayan adneksiyal saptanması**

Bunlardan pratikte en çok yararlanılanı, intrauterin gestasyonel kesenin görülmesidir. Ancak psödogestasyonel kese görüntüsünün, (desidual endometrium ve kan pıhtısına bağlı) intakt gestasyonel kese ile karışabileceği unutulmamalıdır (15). Bu nedenle fetal polün görülmediği olgularda intrauterin gestasyonel kese tanısını, koymamak gerekir. Abdominal USG ile B-hCG kan seviyesi 6000 mIU/ml'nin üzeri olduğu olgularda, intra uterin gestasyonel kesenin görülmesi gerektiği kabul edilir. Vaginal USG'nin kullanılması ile serum B-hCG düzeyi 1000-1500 mIU/ml'nin üstü tündeyken intrauterin gebeliğin saptanması mümkün olabilmektedir. Doppler USG'nin tanıda kullanılmasıyla, teşhiste şimdilik belirli bir yere gelinememiştir (16).

Erken devrede B-hCG ile saptanan gebeliklerde ancak intrauterin gebeliğin kesin tanısından sonra, (fetal pol ve kalp hareketlerinin görülmesi) dış gebelik, ekarte edilmiş sayılır. Bu kriterleri kullanarak, Abdominal USG, intrauterin 5-6. haftada, vaginal USG ise, 4-5 haftada tanı koyar (15,16).

### **TEDAVİ:**

Ektopik gebelik rüptüründe tedavi,

Ü Genel durmu düzeltmeye yönelik tedavi

Ü Cerrahi tedavi (laparotomi, laparoskopi) a-Konservatif cerrahi (salpingostomi, elle sıvazlama, segmental rezeksiyon)

**Ü Medikal tedavi: a-)Spontan regresyon b-)Kemoterapi şeklinde özetlenebilir.**

Genel durumu düzeltmeye yönelik tedavi ile ilgili olarak, batın içine kanamanın saptandığı, dış gebelik vakalarında acil cerrahi girişim, endikasyonu vardır.Preşok, veya şok döneminde olabilen hasta için acil olarak kan grubu tayini ve kan transfüzyonu düşünülmelidir.Geniş çaplı venöz kateterler yolu ile dengeli elektrolit solüsyonları da verilerek, damar içi volüm arttırılmalı, ve kan basıncı düzeltilerek, hipoksisi giderilmelidir.Nazal maske ile oksijen verme, hastanın ısını yeterli tutmak için örtme ve ekstremitelere turnike uygulamasına çok az hastada gerek duyulmaktadır.Bütün bu işlemler yapılırken, hastanın ameliyathaneye alınması için gerekli olan diğer hazırlıklar da tamamlanır (17).

Cerrahi tedavi ile ilgili olarak, ciddi kanaması olan hastada, hızlı bir şekilde yapılan laparotomi ile tedavi, hayat kurtarıcı olmaktadır.Abdominal boşlukta biriken kan, temizlenerek, kanayan odak bulunur, ve kanama durdurulur.Laparoskopik tedavi, durumu daha iyi olan hastalar için tercihlenecek bir tedavi şeklidir (18,19).

Dış gebelik tedavisinde, konservatif yöntemler, doğurmak isteyen, rüptüre olmamış dış gebelik tespit edilen olgularda uygulanmalıdır.Konservatif cerrahi olarak,salpingostomi,radikal cerrahi olarak da salpenjektomi uygulanmalıdır.Her iki yöntemde, laparoskopi veya laparotomi yolu ile uygulanabilir.Fertilite problemi olmayan çocuk sayısını tamamlamış bayanlarda, salpenjektomi, standart tedavi şeklidir.Ancak, fertilitisini korumak isteyen rüptüre olmamış olguda salpingostomi uygulanır (20).

Medikal tedavi ile ilgili olarak, dış gebelik olguları, erken tanınmaya başlanınca, tubaya zarar vermeden, hastaları medikal olarak tedavi etmeye yönelik, kemoterapi seçenekleri geliştirilmeye çalışılmıştır.En çok kullanılan ve başarılı olmuş kemoterapötik, metotreksattır.Oral, intramuskuler, veya doğrudan ektopik gestasyonal sakin

amnios sıvısı içine metotreksat verilebilmektedir. Metotreksat tedavisine alınma kriterleri : Hemodinamik stabilite, batın içine bol aktif kanama olmaması, bozulmamış dış gebelik olması, dış gebeliğin 3-4 cm'den küçük olması, B-hCG'nin, 2000'in altında olması, kornual, interstisyel, intramural veya servikal lokalizasyon, fetal elemanların olmaması, aktif hepatik veya renal hastalık olmaması, hCG değerinin spontan olarak düşmemesi, anormal laboratuvar bulgularının olmaması, (kreatinin, SGOT, üre, proteinüri, lökopeni, anemi, trombostopeni) (20,21).

Metotreksat dışında, PGE-2, PGF-2 alfa, ve KCI'de medikal tedavi için önerilen ilaçlardır. PGE-2, güçlü tuba kontraksiyonlarına yol açar, ayrıca, antigonadotropik etkisi vardır. Laparoskopi ile doğrudan tubaya enjekte edilen, PGF-2 alfa, tedavi edici olmakla beraber, damar içine kaçarsa, şiddetli bronkospazm ve preşok tablosu oluşabilmektedir, kardiyak aritmi, bulantı ve kusma yapmaktadır (18,20).

PGE-2, 50 mg. sistemik olarak verilerek, %84 oranında dış gebelik tedavi edilebilmektedir. Doğrudan ektopik saka KCI verip aspire etmek de mümkündür. Ancak, bu yöntemin başarı şansı düşüktür, ve sadece intrauterin + ektopik gebeliğin bir arada bulunduğu durumda ektopik gebeliğin tedavisi için önerilmektedir. Son iki tedavi şekli, sadece deneme düzeyinde kalmış tedavi şekilleridir. Ayrıca, %50'lik hiperosmolar glikoz, laparoskopi yardımı ile intra tubal olarak verilip, trofoblastik hücreler, dehidrate oluşan nekroz sonucu, dış gebelik, tedavi edilebilir (18,19).

İntakt dış gebelikte, BhCG, 250 mIU/ml altında ise , gebelik kesesi, 2 cm'den düşükse, tuba şişmemiş ise, ve fimbrial uçan aktif bir kanama yoksa, bu hastaların, hiç bir tedavi yapılmaksızın, spontan olarak iyileşebildiği bildirilmektedir (15,19).

Medikal tedavinin yeri, henüz kesinleşmemiştir. Ancak bugüne kadar elde edilen bilgiler, bozulmamış olan dış gebeliklerde, medikal tedavinin, güvenle, ve daha eko-

nomik, ve kolay bir şekilde uygulanabileceği yolundadır (15).

### **OVER KİST RÜPTÜRÜ:**

Fonksiyonel kistler (Örn. Folikül,korpus luteum) en sık rastlanan over kistleridir ve selim veya habis neoplazmalardan daha kolay rüptüre olurlar.Ovulasyon esnasında, over folikülünün çatlaması ile beraber olan ağrıya mittelschmerz denir.Peritoneal boşluğa sızan foliküler sıvıdaki yüksek konsantrasyonlardaki prostaglandinler ve az miktardaki kan,bu siklus ortası pelvik ağrıya neden olabilirler.Bununla beraber ağrı,hafif veya orta derecede olarak kendini gösterir.Kendi kendini sınırlayan bu ağrı, fonksiyonel over kisti rüptürünü düşündürmelidir.Bozulmamış bir pıhtılaşma sistemi varsa hemoperitoneum sık değildir.Menstrüel siklusun luteal fazında bir hemorajik korpus luteum kisti gelişebilir.Bu kistin rüptüre olması , az miktarda intraperitoneal kanamaya veya çok miktarda kan kaybına bağlı hemoperitoneum ile sonuçlanan ciddi bir hemorajiye neden olabilmektedir (22,23,24).

Habis özellik taşımayan neoplazmalar , en sıklıkla kistik teratomlar (dermoid) veya kistadenomlar , enflammatuar over kistleri ve endometrioma gibi over kistlerinde sızıntı yapabilir veya rüptüre olabilirler.Henüz cerrahi ekstirpasyon uygulanmamış dermoid kist veya endometrioma anamnezi pek nadir değildir.Gelecekte fertilitiyi olumsuz yönde etkileyebilecek hemoperitoneum (*dermoid kist*), veya kimyasal peritonite ( *endometrioma , selim kistik teratom* ) yol açan kist rüptüründe, cerrahi eksplorasyon endikedir.

**SEMPTOMLAR:** Torsiyone olmayan , hızla büyümeyen , enfekte olmayan, ve sızıntı yapmayan bir over kisti , akut ağrıya neden olmaz.Korpus luteum kisti , en sık rüptüre olarak hemoperitoneuma neden olan kisttir.Rüptüre korpus luteum kistinin semptomları rüptüre ektopik gebeliğin semptomlarını çağrıştırmaktadır.Genellikle

de ağrının başlangıcı ani olup artan yaygın karın ağrısı , eğer hemoperitoneum meydana gelirse, baş dönmesi veya senkop ile birlikte kendini göstermektedir.Rüptüre endometrioma veya selim kistik teratom (dermoid kist), benzer belirtilere yol açabilmektedir, ancak baş dönmesi veya hipovolemi bulguları yoktur, çünkü kan kaybı oldukça azdır (15,24).

#### ✓ **BULGULAR:**

Hipovolemi, yalnızca hemoperitoneum varlığında görülür.En önemli bulgu sıklıkla peritoneal irritasyona bağlı rebound hassasiyeti ile beraber görülen belirgin abdominal hassasiyetin varlığıdır.Karın barsak sesleri azalması ile beraber orta derecede gergin olabilir. Pelvik muayenede kist tam olarak rüptüre olmamış ama sızıntı yapıyorsa sıklıkla bir kitle ele gelir.Ateş ve lökositoz enderdir.Hematokrit değerleri, aktif bir kanama mevcut ise düşme gösterir (15,23).

#### ✓ **TANI:**

Gebelik testi , tam kan sayımı ve ultrasonografi, veya kuldosenteze tanıyı teyid eder.Eğer ortostatik hipotansiyon yoksa ve periferik hematokrit normalse,cul de sac 'tan elde edilen sıvıda % 16 'lık hematokrit genellikle hemoperitoneum değil peritoneal sıvıya az miktarda kan sızması ile uyumludur (15).

#### ✓ **TEDAVİ:**

Ortostatik hipotansiyon , anemi , veya kuldosentez ile elde edilen sıvıda hematokrit değerinin % 16'nın üzerinde olması hemoperitoneumu düşündürmektedir.Bu durum genellikle laparoskopi veya laparotomiye içeren cerrahi tedaviyi gerektirir.Kuldosentez işlemi , peritonitin nedenini belirlemede çok yardımcıdır: taze kan korpus luteumu düşündürür; çikolata rengindeki kan (eski kan) endometriomayı düşündürür ; yağlı sebase sıvı selim teratomu düşündürür ; pürülan sıvı pelvik enflamatu-

hastalık (*PID*), tuba overyen abseyi (*TOA*), düşündürmektedir. Ortostatik hipotansiyonu veya anemisi olmayan ve cül de sac sıvısında az miktarda kan bulunan hastalar (*sıvıda hematokrit<16*) genellikle cerrahi müdahale olmaksızın hastanede izlenebilir veya gözlemden sonra acil bakım ünitesinden taburcu edilebilir (15,24).

#### **ADNEKSLERİN TORSİYONU:**

Overin , fallop túbünün , paratübal kistin veya ender olarak sadece fallop túbünün vasküler pedikülünün torsiyonu (dönmesi) iskemi ve akut başlayan akut pelvik ağrıyla sonuçlanır. Selim kistik teratom, en sık olarak torsiyone olan neoplazmadır.

Yapışıklar nedeni ile over kanserleri ve enflamatuar kitleler nadiren torsiyon durumundan etkilenmektedir. Normal bir over ve tubada torsiyona rastlanması, nadir olduğu halde polikistik over olgularında torsiyon görülme sıklığı oldukça artar (23).

Torsiyonla gelen hastaya, nekrozdan korumak için acil müdahale gerekir.

#### **✓ SEMPTOMLAR:**

Torsiyon ağrısı sürekli ve şiddetli olabilir; veya eğer torsiyon kısmi ise veya arada geri dönüyorsa aralıklı olabilir. Torsiyonun ve karın ağrısı belirtileri başlangıcı sıklıklar ağır kaldırma, egzersiz, veya cinsel ilişki ile, eş zamanlı olmaktadır. Otonomik refleks yanıtları sıklıkla bulunmaktadır. (Örn. Bulantı, kusma fenalık hissi)(15).

#### **✓ BULGULAR:**

Muayenede karın oldukça hassastır, ve alt kadranlarda lokalize rebound hassasiyet belirlenebilir. En önemli bulgu fizik muayenede büyük bir pelvik kitlenin varlığıdır. Hafif ateş yükselmesi ve lökositoz enfarktüse eşlik edebilir. Akut pelvik ağrısı ile tek taraflı adneksial kitlesi olan herhangi bir kadında torsiyondan şüphelenilmeli ve acil olarak gerekli önlemler alınmalıdır (24,25).

#### ✓ TANI:

Torsiyon sırasında ilgili adneksin lenfatik ve venöz drenajı tıkanır ; bu nedenle kitlenin boyutları hızla büyür ve fizik muayene sırasında palpe edilebilir veya ultrasonografi ile görüntülenebilir.Ultrasonografi , kitlenin varlığını doğrulayacaktır ama pelvik muayenede büyük hassas adneksial kitle bulunuyorsa gerekli olmayabilir. (en az 8-10 cm boyutlarında) (24,25).

#### ✓ TEDAVİ:

Adneksial torsiyon cerrahi olarak tedavi edilmelidir.Eğer doku enfarktı yoksa , Adneksler geri torsiyone edilerek kistektomi yapılabilir.Eğer nekroz geliştirse oofektomi yapılması kaçınılmazdır.Tedavi , kitlenin boyutlarına bağlı olarak laparoskopik veya laparotomi ile yapılabilir (23,25).

#### **AKUT SALPİNGO-OOFORİT:**

Akut salpingo-ooforit ve PID 'nin klinik tablosu ve klinik tablosu ve tedavisi bazı yönlerden benzerlik göstermektedir.PID,*Neisseria gonorrhoea* veya *Chlamydia trachomatis* gibi, cinsel temasla bulaşan patojenlerin bulaşması ile başlayan ve aerob ve aerob veya anaerob vajinal bakterilerin asendan yolla yayılması ile ortaya çıkan poli mikrobiyal bir enfeksiyondur (26,27).Endometrial kavitenin ( histerosalpingogram, gebelik sonlandırılması, parturisyon ) transservikal instrumentasyonu ( endometrial biyopsi ), endometrit/salpingo-ooforite neden olabilirler (28,29,39).

#### ✓ SEMPTOMLAR:

Gonokokkal PID , hareketle artan, akut başlangıçlı pelvik ağrı , ateş , pürülan vaginal akıntı ve bazen bulantı ve kusma ile ortaya çıkar.Ağrının , sıklıkla patojenlerin üst genital sisteme kolayca geçtiği adetdönemi ile ilişkisi bulunmaktadır.Kla-

midyal salpingooforit , irritabl barsak belirtileri ile karıştırılabilecek daha hafif belirtiler göstermektedir (27,28).

#### ✓ **BULGULAR:**

Muayenede palpasyonla direk ve rebound karın hassasiyeti genellikle belirlenebilir.Salpingo ooforit en önemli bulgusu servikal hareket ile ortaya çıkan bilateral adneksiyal hassasiyettir.Akut ağrıdan ötürü pelvisin değerlendirilmesi zor olabilir ,ama belirgin kitle ve kitlelerin yokluğunu belirlemek, akut salpingooforit , tubo-ovaryen apse veya torsiyondan ayırıcı tanısını sağlayacaktır.Lökositoz, sıklıkla bulunmaktadır, ve artmış eritrosit sedimentasyon hızı nonspesifik ama daha duyarlı bir enflamasyon bulgusudur (26,27).

#### ✓ **TANI:**

PID tanısını koymak için reboundlu veya reboundsuz alt karın hassasiyeti,serviks hareketinde hassasiyet ve adneksiyal hassasiyet bulunmalıdır(6-8).Tanının doğruluğu eğer aşağıdaki objektif bulgulardan bir veya birden fazlası bulunuyorsa artış göstermektedir: ateş , lökositoz , enflamatuvar kitle , Gram boyamada lökositoz veya bakteri içeren kuldosentez sıvısı , serviksin gram boyamasında, Gram(-) intraselüler diplokokların varlığı veya serviksin pozitif klamidya antijen testi.Apandisit , sıklıkla PID ile karıştırılmaktadır (15,27).

**TEDAVİ:** Salpingooforit,geniş spektrumlu oral antibiyotiklerle ayaktan tedavi edilebilir (7,9,33).Hastaneye yatırma için, kriterler, tubo-ovaryen abse şüphesi, gebelik, rahim içi araç varlığı, belirsiz tanı, bulantı ve kusma gibi oral tedaviyi engelleyen durumlar,üst peritoneal bulgular ve 48saat içerisinde oral antibiyotiklere yanıtızsızlığı içerir.Hastanede tedavi, aynı zamanda gelecekte çocuk sahibi olmak isteyen genç bir

kadında tekrarlayan PID durumunda da, düşünölmelidir.Komplike olmayan PID için ayaktan tedavi (antibiyoterapi) uygulaması sıklıkla, başarılı sonuçlar vermektedir. Ancak hasta,48 saat içerisinde tekrar değeriendirilmelidir; ve durumu anlamlı derecede iyileşmediyse, intravenöz antibiyotik tedavisi için hastaneye yatırılarak izlenmelidir.Ayrıntılı tedavi gerekebilmektedir (26,29).

#### **PELVİK İNFLAMMATUAR HASTALIK:**

PID , endoservikse kolonize olmuş mikroorganizmaların endometrium ve fallop tüplerine asendan yolla ulaşmasıyla meydana gelir.PID, klinik bir tanıdır ve hastada üst genital kanalda enfeksiyon ve inflamasyon olduğunu belirtir.İnflamasyon , endometrit , salpingit ve peritoniti içeren herhangi bir noktada görölebilmektedir (29).

Tubalar, overler ve uterusun komşu dokular ve peritonla birlikte tutulduğu akut veya kronik enfeksiyonlardır.Bu hastalık hayati tehlike yaratan ağır klinik tablolara ilerleyebilmesi ve infertilite nedeni olması bakımından, erken tanı ve tedavisi gerekli olan jinekolojik bir hastalıktır.Eskiden sadece gonokoklara bağılı olarak geliştiğı zaman nedilmekle beraber, bugün ise, genellikle mikst enfeksiyonlar oldukları , vagina ile, rektum florasında bulunan patojen sebeblerin, enfeksiyonda rol oynadıkları kabul edilmektedir.PID olgularının çoğunun nedeni *N.gonorrhoeae* ve *C.trachomatis* gibi cinsel yolla bulaşan mikroorganizmalardır (32,33).Özellikle BV gibi, vajendeki endojen mikroorganizmalar da, PID’li kadınların, üst genital sistemlerinden, izole edilebilir.

BV mikroorganizmaları *Prevotella* ve *peptostreptokoklar* gibi anaerobik bakterilerin yanında , *Gardnerella vaginalis*’i de içermektedir.BV, PID’li kadınlarda sık görülür;vajinal floradaki bu değışiklikle, servikal mukus bariyeri enzimatik olarak değışir , ve patojen bakterilerin asendan yayılımını sağlar.Daha nadir olarak *Haemophilus influenza* , *Grup A streptokok* ve *pnömokok* gibi solunum sistemi patojenleri de

alt genital kanalı kolonize edip, *PID*'e yol açabilirler (29,30).

#### ✓ TANI:

Geleneksel olarak *PID* tanısı pelvik ağrı , servikal hareketde, adneksiyal hassasiyet ile ateş varlığı triadı temelinde koyulur (6,8).Günümüzde ise, bu hasta popülasyonunda, akut *PID*'nin tanısını zorlaştıracak şekilde, bulgu ve belirtilerde birçok değişikliklerin olduğu anlaşılmaktadır.Çoğu *PID*'li kadında bulgular siklik veya hafif olduğu için,kolayca tanı alamaz.Bu durumdan dolayı, tanı ve tedavide oluşan gecikme sonucu , üst üreme yollarında inflammatuar sekeller oluşmaktadır (31).

*PID*'nin teşhisinde amaç; hem sensitiviteyi hafif olguları da kaçırmayacak kadar arttıran hem de spesifiteyi enfekte olmamış olguları gereksiz antibiyoterapiden kurtaracak kadar geliştiren tanı kriterlerini oluşturmaktadır.Genito üriner kanal semptomları *PID*'i işaret edebilir ; bu nedenle *PID* tanısı alt abdomen ağrısı, aşırı vaginal akıntı, menoraji, metroraji, ateş, titreme ve diğer üriner semptomları olan her kadın da düşünülmelidir.Bazı kadınlarda ise semptomatik olmadan *PID* gelişebilmektedir.

*PID*'li kadınlarda uterin , veya uterusla beraber adneksial bölgeyi de kapsayan pelvik organ hassasiyeti mevcuttur.Servikal hareketde hassasiyet , periton inflamasyonunu gösterir ve peritonun ve dolayısı ile on bağlı adnekslerin gerilmesiyle oluşan traksiyon sebebiyledir.Direkt veya rebound şeklinde abdominal hassasiyet olabilir.

Alt genital kanal sekresyonlarının (*vaginal veya endoservikal*) incelenmesi, *PID* 'li hastaların muayenesinde oldukça önem taşımaktadır.*PID*'li kadınların mukopülan akıntılarının veya vaginal sekresyonlarının ıslak mikroskopik incelenmesinde , polimorfonükleer lökositlerde artış saptanabilir (15,30).

Ağır semptomları olan kadınlarda yanlış bir tanı sonrası oluşabilecek morbidite

den kaçınmak amacıyla, ileri tanısal yöntemler kullanılabilir. Bu yöntemler arasında endometrit varlığını kanıtlamak için endometrial biyopsi, tuboovaryan apseyi göstermek için, ultrasonografi ve salpenjiti gözlemsel olarak teyid etmek amacıyla, laparoskopik yer almaktadır (14,28).

#### ✓ **EPİDEMİYOLOJİ:**

Pelvik infeksiyonların görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde geçtiğimiz 10 yıl boyunca %20'den %50'lere çıktığı iddia edilmektedir. Bu ülkelerde özellikle, 30 yaş altı kadınlarda pelvik enfeksiyonlara daha sık rastlanmaktadır. Ülkemizde, aile yapısı, inançlar ve sosyal anlayış nedeni ile dış ülkelerde yapılmış serilerle karşılaştırılamayacak düzeyde az pelvik enfeksiyon söz konusudur (15,30,31).

Pelvik enfeksiyonlar erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış, çok sayıda kişi ile cinsel ilişkiye girmiş olan kadınlarda ve hayat kadınlarında oldukça sık görülmektedir.

Rahim içi araçların (RİA) pelvik enfeksiyon riskini arttırdığı iddia edilmektedir. Oral kontraseptif kullananlarda pelvik enfeksiyon insidansı oldukça azalmaktadır.

Normal şartlarda yaşayan aile kadınlarında asendan pelvik infeksiyonların % 1 oranında görüldüğü kabul edilmekle beraber bunda da kocanın enfeksiyon taşıma olasılığı başlıca rolü oynar. Bazı görüşlere göre cinsel ilişkide yaşanan orgazm sırasında, uterus içerisinde oluşan negatif basınç, bazı patojenleri (*N. Gonorrhoea, C. Trachomatis* gibi) yukarı çekerek pelvik enfeksiyon oluşumunu kolaylaştırmaktadır (32).

Üterus kavitesine yapılan müdahaleler ve cerrahi girişimler, doğum, pelvik infeksiyonlar için major risk faktörleridir. Bu nedenle intrauterin tüm girişimlerde, oluşabilecek pelvik enfeksiyonlar dikkatle değerlendirilmelidir (15).

#### ✓ **ETYOLOJİ:**

Pelvik enfeksiyonlar, genellikle mikst infeksiyonlardır. Çoğu zaman aeroblar ve

anaeroblar beraber görülmektedir.*Bacteriodes fragilis* , *peptostreptokoklar* ve *klostridiumlar* da sıklıkla izole edilen anaeroblardır.*A grubu streptokoklar* , *Hemophilus influenza* ve *Camphylobacter fetus*, daha nadir olarak gözlenmektedir.Tüberküloz , ülkemizde sık görülür.*Kabakula* , *herpes* , *coxsackie* , *rhinovirüs*, pelvisin viral enfeksiyonları arasında sayılabilir.Parazit ve mantar enfeksiyonları , son derecede nadir olarak göze çarpar.Parazit enfeksiyonları arasında en sık rastlanılanı kist hidatikdir.*Echinococcus granulosus* tarafından oluşturulan bu enfeksiyon , daha çok, sekonder olarak hepatik veya peritoneal kistlerin rüptürüyle oluşmaktadır (30,33).

#### ✓ PATOGENEZ:

Özellikle ABD’de pelvik enfeksiyonlar , klinik belirtilerin ağırlığı ve komplikasyonları göz önüne alınarak sınıflandırılmıştır.Ancak bu sınıflama internasyonal anlamda pek kabul görmemiştir(15).

Pelvis ulaşım yollarına göre enfeksiyonları 2 ana grupta toplayabiliriz.

#### 1-ASENDAN İNFEKSİYONLAR ( AŞAĞIDAN ÇIKAN ):

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar üst genital organlara bu şekilde ulaşırlar. Asendan enfeksiyonlar , mikroorganizmaları üst genital organlara taşıyan bir müdahaleyi (*abortus ,küretaj, RİA takılması gibi*), veya vaginal bir operasyonu takiben de gözlenebilir.Çünkü ancak bu gibi olaylar serviksin mekanik, kimyasal ve immünolojik savunma bariyerini yıkar.Aynı şekilde bir bariyer de Tubaların ostiumlarında mevcuttur.Cinsel ilişki sırasında da, *N.gonorrhoea* , *U.urealyticum* , *C.trachomatis* gibi anaerob bakterilerin sperm ile yukarı çıktıkları ileri sürülmektedir (15,34).

#### 2-DESENDAN İNFEKSİYONLAR (YUKARIDAN İNEN):

Mikroorganizmaların pelvik organlara hematojen , lenfojen veya komşuluk yolu

ile ulaşması sonucu oluşurlar.Bakteriyel ve viral olabilirler.Ülkemizde en sık hema-  
tojen yolla yayılan pelvik enfeksiyon tüberkülozudur.Enfeksiyon komşuluk yoluyla,  
başka bir organdan da (*örneğin, appandisit*s) bulaşabilmektedir (15).

#### ✓ TEDAVİ:

PID için kullanılacak tedavi rejimlerinin, N.gonorrhoea , C.trachomatis , gram ne-  
gatif fakültatif bakteriler , anaeroblar ve streptokoklar gibi olası tüm mikroorganiz-  
maları kapsayacak şekilde ampirik ve geniş spektrumlu olması gerekir.PID için öne-  
rilen tedavi tabloda görülmektedir.Uygun tedavi, yeterli zaman sürecinde yapıldığın  
da, başarı oranı oldukça yüksektir.Ayaktan ve yatan hastalara uygulanan değişik te-  
davi rejimleri mevcuttur.(*Tablo-7*) Ayaktan tedavide, ofloksasin, levofloksasin, met-  
ronidazol, 14 gün boyunca, veya sefoksitin, seftriakson, intramuskuler olarak doksi-  
siklin,metronidazol oral olarak kullanılır.Hospitalize hastaların tedavisinde ise efok-  
sitin, sefotetan, klindamisin, gentamisin i.v. doksisisiklin oral olarak kullanılır (15,32).

### PELVİK İNFLAMMATUAR HASTALIK (PID) TEDAVİSİ

#### AYAKTAN TEDAVİ:

Ü REJİM-A: - Ofloksasin, 400 mg oral, 14 gün boyunca günde iki kez , veya  
- Levofloksasin, 500 mg oral, 14 gün boyunca günde bir kez ol-  
mak üzere beraber veya tek başına ,  
- Metronidazol, 500 mg oral, 14 gün boyunca günde iki kez

✓ REJİM-B: -Sefoksitin, 2 gr.intramuskuler ve aynı zamanda probenesid,1gr  
oral  
-Seftriakson, 250 mg intramuskuler, veya eşdeğer sefalosporin,  
**ARTI**  
-Doksisisiklin, 100 mg oral, 14 gün boyunca günde iki kez  
**BERABER VEYA TEK BAŞINA**  
-Metronidazol, 500 mg oral, 14 gün boyunca günde iki kez

### **YATAN HASTALARIN TEDAVİSİ:**

ü **REJİM-A:** - *Efoksitin, 2 gr intravenöz her 6 saatde bir,*  
- *Sefotetan, 2 gr intravenöz her 12 saatde bir,*  
**ARTI**  
- *Doksisiklin, 100 mg oral veya her 12 saatde bir intravenöz,*

✓ **REJİM-B:** - *Klindamisin, 900 mg her 8 saatde bir intravenöz, (36).*

### **ARTI**

- *Gentamisin, yükleme dozunu takiben (2 mg/kg) 8 saatde bir idame dozu uygulanır.*

### **TABLO-7 : PID TEDAVİ PROTOKOLÜ (14).**

### **TUBO-OVARYAN ABSE :**

TOA,PID'nin son basamağıdır.TOA tanısı, PID olan bir hastada bimanuel muayene sırasında pelvik bir kitlenin palpasyonu ile konur.Bu durum genellikle pelvik organların (tuba,over) palpabl bir kompleks oluşacak şekilde kümeleşmesinden ibarettir.Sıklıkla ovulatuvar taraftan organizmaların girişiyle over absesi gelişir.TOA tedavisi , hastanede antibiyotik tedavisini içermektedir.TOA alan kadınların yaklaşık olarak %75'i tek başına antimikrobiyal tedaviye yanıt verir.Medikal tedavinin başarısızlığı, cerrahi eksplorasyon ve abse drenajını gerektirmektedir (4,35).

### **DİSMENORE:**

Dismenore, adet gören kadınların,%50'sinden fazlasını etkileyen, oldukça sık rastlanan bir jinekolojik hastalıktır (14,37).

Adet görme kadın için fizyolojik bir olaydır.Çoğu kadın , adet gördüğü dönemde çeşitli organik ve psikolojik rahatsızlıklardan sıkça yakınmakta ve doktora başvurmakta iken , bu periyodu belirgin bir şikayeti olmadan geçiren kadımlar da vardır.Bu farklılığın temelinde hiç şüphesiz kişisel metabolik , hormonal , psikojenik olarak farklılıklar yatmaktadır (14,38).

Dismenore , kelime anlamıyla ağrılı adet görmeyi ifade etmektedir.Ancak periyodik olan bu ağrı diğer gastrointestinal şikayetler ( bulantı , kusma , sık defekasyon ) sefalji, emosyonel bozukluklar ve çarpıntı ile de beraber olabilmekte , kadının günlük aktivitesini etkileyerek , tedavi ihtiyacına itmekte, özellikle çalışan ve okuyan kesimde iş günü kaybı ve devamsızlık nedeni olmaktadır.Dismenoreyi 2'ye ayırarak incelemek mümkündür (37,39,40).

**1-Primer dismenore** ( spazmotik , intrensek , esansiyel , fonksiyonel )

**2-Sekonder dismenore** ( konjestif )

**İNSİDANS:** Yapılan çalışmalarda, dismenore insidansı için %3 ile 90 arasında oran verilmektedir.Bu oran farklılıkları , hekimlerin hastaların şikayetlerini patolojik veya fizyolojik olarak değerlendirmede esas aldıkları kriterlerin ya da yargılarının değişikliklerinden kaynaklanmaktadır.Yine de ortalama olarak %50 kadında farklı de recelerde dismenoreye rastlanmaktadır.Ülkemizde yapılan bir çalışmada genç kızların arasında % 28,5 oranında primer dismenore, ve bunların %72'sinde de okula ay- ortalama 2 gün devamsızlık tespit edilmiştir (39).

**PRİMER DİSMENORE:** Özelliği herhangi bir pelvik patolojiye bağımlı olmadan oluşmasıdır.Çoğunlukla menarş ile 20-25 yaş arasındaki dönemde ve menarştan ortalama olarak 6-12 ay sonra, en geç 3 sene içinde görülür.Zira ilk siklüslerin %60'ı anovulatuardır veya korpus luteum yetmezliğine bağlı olarak progesteron salgısı yeter

sizdir.Bu nedenle, ovulasyon ve normal korpus luteum fonksiyonu başladığında dismenore semptomları başlamaktadır.Bundan dolayı 25 yaşın üzerinde başlayan dismenorede pelvik patoloji düşünölmelidir (15,40).

**FİZYOPATOLOJİ:** Dismenore fizyopatolojisinde tarihsel gelişim süreci içerisinde, servikal obstrüksiyon , prostaglandinlerin artmış etkisi , nöronal iletide değişiklikler ve vazopresin etkisi üzerinde durulmuştur (41,42).

**KLİNİK:** Ağrı, genellikle adet kanamasında hemen önce veya kanama ile birlikte ortaya çıkmaktadır.Genelde bir gün içinde sona erer.Bazı kadınlarda günler boyu devam edebilir.Ağrı spazmodik karakterde olup , en şiddetli olarak alt batın kadranslarında hissedilir; sırt, bel ve uyluklara yayılır.Olguların yaklaşık olarak yarısında ağrıya genellikle bulantı , kusma , diyare , çarpıntı , ateş basması , baş ağrısı , vertigo , iştahsızlık , halsizlik , sinirlilik , senkop ve kollaps gibi çeşitli organ sistemlerini içeren semptomlardan biri, veya fazlası eşlik etmektedir (37,40,43).

Primer dismenore tanısında anamnez , en önemli kriterdir.Bununla beraber , ağrı nedeni olabilecek bir pelvik patoloji olmaması gerekir.Primer dismenoredeki tanı kriterlerine bakarsak; (15,37).

1-Dismenore menarştan kısa süre sonra ( 2 yıl içinde ) başlar.

2-Pelvik patoloji yoktur.

3-Ağrı genellikle suprapubik bölgede lokalize olup kramp veya spazm şeklindedir.

4-Ağrı genellikle adet kanaması ile birlikte başlar ve 48-72 saat içinde sonlanır.

## ✓ AĞRI MEKANİZMASI:

Primer dismenorede ağrı uterus kontraksiyonlarının artışı sonucu ortaya çıkmaktadır. Fakat bu aktivite artışının yanında, özellikle künt ağrı patogenezinde uterustaki iskemi de rol almaktadır. Özellikle bazal tonus yüksekliğinde bu iskemi daha da artmaktadır. Yapılan çalışmalarda menstrüasyon sırasında uterus kontraksiyonlarının, 2-4 dakika ara ile geldiği, 30-60 saniye kadar sürdüğü ve 100 mm-Hg üzerinde bir basınç yarattığı gözlenmiştir. Dismenore olgularında uterus kontraksiyonlarında amplitüdden daha çok bazal tonusun 50 mm-Hg üzerine çıktığı durumlarda ağrı duyusu oldukça şiddetlidir. Fakat 200-300 mmHg'lık amplitüdlere de ağrı hissi duyulabilmektedir. Uterus kontraksiyonlarının oluşmasında alfa adrenerjik reseptörler görev almaktadır. Bu reseptörlerin stimülasyonu, hormonal ve psikojenik faktörlerle ilişkilidir. Etyolojide faktör arayışları, birlikte görülen diğer semptomlar da gözönüne alındığında prostaglandinleri ön plana çıkarmıştır. 1957 yılında bu yana başlatılan çalışmalarda, ortaya çıkan sonuçlar tablo-8 de özet halinde belirtilmiştir (40,44).

### Tablo-8:Primer dismenorede ağrı mekanizması:

- Ø *Primer dismenoreli kadınların adet kanlarında, ve endometriumlarda, prostaglandin F2-alfa daha yüksek oranda bulunmaktadır. (47)*
- Ø *PGF2-alfa, sekretuar fazda, proliferatif faza oranla 3 kat daha fazla oranda bulunmaktadır.*
- Ø *Semptomların şiddeti, prostaglandin ( PG ) düzeyleri ile, direkt olarak paralellik göstermektedir.*
- Ø *Normal kadınlara dışarıdan prostaglandin ( PG ) veya dismenoreli kadın plazması verilmesi ile oluşan belirtiler dismenore bulguları ile*

*oldukça benzerlik göstermektedir.*

Ø *Prostaglandin sentez inhibitörü ilaçların kullanılması sonucu uterus aktivitesi azalırken, eşlik eden semptomlar da gerilemektedir.*

Ø *Prostaglandinler, ayrıca uterustaki sensitif sinir uçlarını, ya direk olarak, mekanik ve kimyasal yolla, ya da indirek olarak, bradikinin türevi olan maddelerin etkilerini arttırmak yolu ile uyarırlar.*

#### ✓ TEDAVİ:

Günümüze kadar dismenoreli hastaların tedavisi için , çeşitli yaklaşımlar ileri sürülmüştür.Bu yöntemler:

#### A-MEDİKAL TEDAVİ

#### B-CERRAHİ TEDAVİ

olmak üzere iki ana grupta incelenmektedir.Medikal tedavi yöntemlerinden psikoterapide , özellikle anneden kızına geçen davranış özelliklerinin irdelenmesi, kızların , menarş öncesinde yeterli bilgiye sahip olması , akademik ve sosyal sorunlara bağlı olan emosyonel anksiyetenin çözümlenmesi, gözönünde bulundurulması gereken temel hareket noktaları olarak kabul edilmektedir (15,45).

Analjezikler olarak , kodein ve benzeri ağrı kesiciler , şiddetli ağrılarda kullanılabilmektedir.Antikolinergikler , düz kas gevşeticiler , alkol diğer medikal tedavi yöntemlerindedir.Lokal sıcak uygulaması çoğu kadında bu dönemde batın alt kadranslarına termofor uygulayarak ağrı şiddetini azaltmaktadır.Nonsteroid antiinflamatuar ilaçlar ( NSAİİ ) prostaglandin sentezini hem invivo, hem de invitro olarak inhibe ettikleri gösterilmiştir.İki değişik NSAİİ grubu vardır.

Birinci grup inhibitörler, siklooksijenazı inhibe etmeden, siklik endoperoksit klivaj enzimlerini etkilerler.Yani , endoperoksitleri, (izomeraz ve redüktaz enzimlerini)

inhibe ederek etki meydana getirmektedir.Fenammat türevleri (*mefenemik asit*) oksikan türevleri bu gruba girmektedir.Bu grup, ikinci grup kadar dismenore tedavisinde etkili değildir.Bu gruba, *p-kloromerkurbenzoat butirofenon fenil butazon* girer.

İkinci grup,dismenorede etkili olan gruptur.Etkilerini, siklooksijenaz enzimini inhibe ederek oluştururlar,ve olguların yaklaşık,%80'inde etkilidirler.Bunlardan,az etkili olan,aspirin,*(benzoat türevi)* ve indometazin,( *indolasetikasit türevi*)vardır(42,45).

Yüksek dozda verildiğinde,etkili olmaktadır.Uzun süreli olarak kullanıldıklarında, yan etkileri fazla olur.İndometazin,kemik iliği inhibisyonu yapmaktadır.Bu ilaç grubunda, yan etkisi az, fakat tedavide çok daha yararlı olan türevler, ibuprofen (*alkanonik asit türevi*), naproksen sodyum, fenoprofen fenamat türevleri (*mefenamik asit türevleri*), v.b. mevcuttur (44,45).

Non-steroid antiinflatuar ilaçlar , yalnızca dismenore süresince kullanıldığından, tüm siklus boyunca kullanılan oral kontraseptif veya benzeri ilaçlara göre oldukça pratik olmalarıyla bilinmektedirler.Gebe kalma olasılığı olan hastalarda, genellikle menstrüasyonla birlikte , kontrasepsiyon uygulayanlarda ise tedaviye, menstrüasyondan hemen önce, kramp tarzında ağrılar oturmadan başlanmaktadır.Tedavi genellikle 6-12 saatlik bir periyod boyunca, nadiren 4 gün boyunca sürdürülmektedir.Bu hastalarda tedavi müddeti boyunca menstrüasyonun koyu kahverengi lekelenme tarzında başladığı ve adet miktarının azaldığı gözlenebilir.%65--95 oranlarında iyileşme sağlanmaktadır (15,45,46,47).

*Beta adrenerjikler* , etkilerinin düşük ve yan etkilerinin, fazla olması nedeni ile , kullanımları oldukça nadirdir.Ovulasyonu baskılayıcı tarzda ilaçlar olarak kombine oral kontraseptifler , özellikle kontrasepsiyon da isteyen dismenoreik kadınlarda et-

kin ve seçici tedavidir.Ovülasyon inhibisyonu ile menstrüel sıvı prostaglandin düzeyleri , normal düzeylere düşmektedir.3-4 şiklülük bir kullanımdan sonra eğer semptomlar ortadan kalkmazsa *PG sentetaz inhibitörlerine* geçilir (42,45).

Kalsiyum kanal blokerleri , uterus kontraktilesini azaltarak etkili olurlar.*Nifedipin , verapamil ve diltiazem*, bu amaçla denenmiştir.Konu ile ilgili yeterli çalışmalar, henüz bulunmamaktadır (48).Tablo-9’da dismenore tedavisi özetlenmiştir.

<b>TABLO-9</b> <b>Ü <u>DİSMENORE TEDAVİSİ (Özet)</u></b>	
<b><u>A-MEDİKAL TEDAVİ</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <i>PSİKOTERAPİ</i></li> <li>✚ <i>ANALJEZİKLER</i></li> <li>✚ <i>ANTİKOLİNERJİKLER</i></li> <li>✚ <i>DÜZ KAS GEVŞETİCİLER</i></li> <li>✚ <i>ALKOL</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <i>LOKAL SICAK UYGULAMA</i></li> <li>✚ <i>NONSTEROİD ANTIİNFLAMMATUAR İLAÇLAR ( NSAİİ )</i> <i>BETA ADRENERJİKLER</i></li> <li>✚ <i>OVÜLASYONU BASKILAYICI İLAÇLAR</i></li> <li>✚ <i>KALSİYUM KANAL BLOKERLERİ</i></li> </ul>
<b><u>B-CERRAHİ TEDAVİ</u></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <i>PESSER UYGULAMASI</i></li> <li>✚ <i>PRESAKRAL NEVREKTOMİ (SEMPATEKTOMİ : COTTE OPERASYONU ) VE GENİŞ PRESAKRAL NEVREKTOMİ</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ <i>OVERLERİN DENERVASYONU (BROWNE-WUSİMAN)</i></li> <li>✚ <i>PELVİK PLEKSUSA VAGİNAL YOLLA ALKOL ZERKİ(DAVİS)</i></li> <li>✚ <i>UTERO-SAKRAL LİGAMENTİN KESİLMESİ(DOYLE OP.)</i></li> </ul>
<b><u>C-NÖRONAL STİMULASYON</u></b>	
<p><i>Akupunktur ve transkütanöz sinir stimülasyonu (TENS) dismenore ağrısını kontrol etmek için denenmiştir.TENS ile plasebo kontrollü çalışmalarda, % 42’ye varan başarı bildirmiştir. (49,50)</i></p>	

## ✓ SEKONDER DİSMENORE:

Başlangıçta adet dönemlerinin ağrısız olmasına karşın, daha sonraki yıllarda, genellikle, 25-30 yaş arası reproduktif dönemde, adetlerinin ağrılı olmasını ifade eder. Sekonder dismenorede primer dismenorenin aksine , ağrı nedeni organik bir lezyondur. Fakat sonuçta yine de bu hastalarda PGF-2 alfa düzeyleri yüksek bulunmuştur. Altta yatan organik nedenleri incelediğimizde, oldukça geniş bir spektrumla karşılaşırız. Alttaki tabloda, sebebler özet halinde sunulmuş olup, uterus pozisyon anomalileri ile ilgili olarak, hiperfleksiyon ve defleksiyon durumunda, uterus venöz ve lenfatik drenajı stenoza uğrayarak konjestiyon artışına yol açabilir (45,47).

Sekonder dismenorede ağrı kaynağı uterustan başka pelvis içerisinde yer alan komşu doku ve organlardır. Ağrı , genellikle adet kanamasından, bir hafta kadar önce ortaya çıkar, adet kanamasına yakın 2-3 gün önce şiddetlenir, ve adet kanaması ile birlikte azalmaya başlar. Sekonder dismenorede zaman içerisinde ağrı şiddetinde artış gözlenmektedir. Ağrının karakteri pelvik patolojinin tipine göre farklılık gösterir. Ağrı, endometriozis ve pelvik iltihabi hastalıklarında (PID) künt bir karakter gösterirken , polip ve RİA (rahim içi araç) varlığında kolik tarzına döner. Ağrı alt batin kadranslarında lokalize olup, bel bölgesine ve uyluklara yayılma eğilimindedir.

Sekonder dismenore tedavisi , nedene yönelik olarak yapılmalıdır. Bazen dilate olmamış olan serviksten intakt özellikteki endometrial tabakanın parçalar halindeki artışı sırasında kramp tarzı ağrılar görülmektedir. Bu ağrılar, klasik kitaplarda membranöz dismenore olarak adlandırılmaktadır.

Sekonder dismenorelerde, öncelikle, ağrının etyolojisine yönelmeli ve tanı konduktan sonra, tedavi spesifikleştirilmelidir. Medikal tedavi ile beraber, cerrahi teda-

vinin de gerekebileceği akıldan çıkarılmamalı, ve gerekli önlem alınmalıdır.

Sekonder dismenore nedenleri, tablo-10'da özet halinde sunulmuştur.

Ayrıca kavite içi akım zorluğuna dayanan pıhtı oluşumu ve birikimi distansiyona yol açarak ağrıya neden olabilir.

Sağ vena ovarika sendromu,menstrüasyon öncesi dönemde sağ vena ovarikanın dilate olup uretere bası yaparak,sta-za bağlı pyelonefrit geliştirmesi ile, sağ kostolomber künt ağrıya neden olmaktadır.Jinekolojik, travmatik operasyonlara bağlı , yumuşak doku yırtıklarına örnek olarak ,Ligamentum latum yapraklarında yırtıkla bilinen , Allen -Masters sendromu örnek olarak verilebilir.

Konjenital uterus anomalilerine örnek verilecek olursa, uterus bikornis, uterus septumu , transvers vaginal septum gösterilebilir.Sekonder dismenorede , ağrının kaynağı, uterusdan başka pelvis içe-

risinde, lokalize doku ve organlardır.Ağrı, genellikle, adet kanamasından, bir haftadar önce ortaya çıkar, adet kanamasına yakın olarak, 2-3 gün önce şiddetlenir, ve adet kanaması ile birlikte azalmaya başlar.Sekonder dismenorede, zaman içerisinde, ağrı şiddetinde artış görülmektedir (15,37,40).

**SEKONDER DİSMENORE**  
**NEDENLERİ:**

- Endometriozis ve adenomyozis*
- *Myoma uteri*
- *Endometrial polip*
- Geçirilmiş pelvis infeksiyonları*
- Rahim içi araç kullanımı*
- İç genital organlarda venöz konjesyon*
- Uterus pozisyon anomalileri*
- Servikal stenoz*
- Sağ vena ovarika sendromu*
- Travmatik jinekolojik operasyonlara bağlı oluşan yumuşak doku yırtıkları*
- Konjenital uterus anomalileri*

***Tablo-10: Sekonder dismenore nedenleri***

Ağrının özelliği, pelvik patolojinin tipine göre değişebilmektedir.Ağrı,endometri-  
ozis ve pelvisin iltihabi hastalıklarında, künt bir karakter özelliği ile kendisini göste-  
rirken, polip ve rahim içi araç (RÍA) varlığında, kolik tarzına dönebilmektedir.Ağrı,  
alt batın kadranslarına lokalize olup, bel ve uyluklara doğru yayılma eğilimindedir.

Sekonder dismenore tedavisi mutlaka sebebe yönelik olarak yapılmalıdır.Bazı du-  
rumlarda, dilate olmamış serviksten intakt endometrial tabakanın, parçalar halinde  
artışı sırasında, kramp tarzında ağrılar görölmektedir.Bu ağrılar, klasik kitaplarda,  
da membranöz dismenore olarak adlandırılmaktadır (15,40,45).

### **ENDOMETRİOZİS :**

Endometriozis , endometrial dokunun , endometrial kavite dışında herhangi bir  
bölgede varlığı ve, proliferasyonu ile karakterize bir olgu olarak tanımlanmaktadır.  
Endometriozis olan kadınlarda sıklıkla dismenore (ağrılı menstrüasyon) , disparöni  
(ağrılı cinsel temas) , ve disşezi (ağrılı barsak hareketleri) görölmektedir.Sıklıkla lu-  
teal faz kanaması öyküsü veya infertilite ile kendini göstermektedir.Endometriozise  
bağlı akut ağrı, genellikle premenstrüel veya menstrüeldir.Eğer, menstrüel olmayan  
akut yaygın ağrı olursa rüptüre endometrioma(overdeki endometriotik ukulata kis-  
ti) düşünölmelidir.Bu durumda hemoperitoneum yoktur;ama ukulata kistinden ge-  
len sıvı kimyasal peritonite neden olabilir (51,52).

### **✓ TANI:**

Eğer hastaya kuldosentez uygulanırsa, rüptüre endometriomanın içeriğini belir-  
lenebilir.Eğer tanı belirgin değilse , ultrasonografi tanıda yardımcı olabilir , ve lapa-  
roskopi tanı koydurucudur.Endometriozis teşhisi konmuş olan hastalarda , veya ya-  
kım zamanda cerrahi tedavi görmüş olanlarda , overyen hormonal baskılama (psödo

menapoz) tedavi olarak ve o andaki ağrı ve altta yatan endometriozis tanısı arasında ki ilişkiyi doğrulamak amacıyla denenebilir (15,53).

**TEDAVİ:**Rüptüre olmuş endometrioma laparoskopi veya laparotomi ile overyen kistektomi veya ooforektomi endikasyonudur.Eğer küçük bir endometriomadan şüpheleniliyorsa , (<3cm) ve rüptür belirtileri de yoksa, medikal tedaviye devam edilebilir. Medikal tedavide, yalancı menopoz tedavisi için, danazol, GnRH analogları, yalancı gebelik tedavisinde oral kontraseptifler veya progestajen ajanlar kullanılır.Endometriozisten veya, rüptüre olmamış endometriomadan şüpheleniliyorsa, ancak, bu olgu, doğrulanmamışsa tanısal laparoskopi uygulanabilir (15,54,55).

#### **UTERİN LEİOMYOMLAR ( DEJENERATİF ) :**

Leiomyomalar, uterusun düz kas hücrelerinin tümürüdür.Akut pelvik ağrı ender olsa da, leiomyomlar, mesane, rektum veya uterusun destekleyici bağları gibi komşu yapılara dayandıklarında rahatsızlık verebilirler.Myom dejenerasyonu veya torsiyona uğraması durumunda , akut pelvik ağrı ortaya çıkabilmektedir.Myomların dejenerasyonu , genellikle gebelikle ilgili hızlı büyüme sonucu ortaya çıkan, kan beslenmesinin azalmasına sekonder olarak gelişebilmektedir.Gebe olmayan bir kadında dejenere olan uterin leiomyom tanısı, sıklıkla yanlış olarak kabul edilir ; çünkü bu durum, sık olarak, subakut salpingo- ooforit ile karıştırılmaktadır.Pediküllü subserözal leiomyomlar , torsiyone olarak iskemik nekroza nedn olurlar; bu durum meydana geldiğinde, adneksiyal torsiyona bağlı bir ağrı olabilir.Eğer, submüközal bir leiomyoma pediküllü olursa,uterus yabancı bir cismi dışarı atarcasına şiddetli bir şekilde kasılır, ve sonucunda, ortaya çıkan ağrı doğum sancısı niteliğinde olabilmektedir. Kramp tarzında olan bu ağrı , genellikle hemoraji ile kendisini göstermektedir (4).

#### ✓ **BULGULAR:**

Karın muayenesinde, uterustan kaynaklanan solid kitle veya kitleler değerlendirilmelidir. Dejenerasyon durumunda inflamasyon , palpasyonda karında hassasiyet, ve hafif derecede lokalize rebound hassasiyete neden olabilir. Ateş yükselebilir, lökositoz olabilir.

#### ✓ **TANI VE TEDAVİ:**

Nadiren rastlanan kitlelerin etyolojisinde , uterin kitlelerden adneksiyal kitlelerin ayrılmasında ultrasonografi, oldukça yararlıdır. Dejenere leiomyom , izlem ve ağrı kesicilerle tedavi edilir. Pediküllü, dönmüş bir subserozal leiomyom , kolaylıkla laparoskopik olarak çıkartılabilir ; ancak cerrahi girişim zorunlu değildir. Ağrı ve hemoraji ile birlikte olan submüköz leiomyom, gerekirse histeroskopi rehberliğinde çıkarılmalıdır ( trans servikal olarak ) (14).

#### **GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVİK AĞRI:**

Gastrointestinal sistemle ilgili olan akut pelvik ağrı nedenlerine bakılacak olursa ; en sık görülenleri: akut apandisit , akut divertikülit ve barsak tıkanıklığıdır.

#### **APPANDİSİT:**

Apandisit, kadınlarda en sık rastlanan barsak kaynaklı akut pelvik ağrı nedeni olup , belirtileri ve bulguları , PID'ye benzeyebilir. Apandisit tipik olarak ilk belirtisi , yaygın karın ağrısı, özellikle de iştahsızlık ve bulantı ile birlikte olan epigastrik ağrı olarak bilinmektedir. Saatler içerisinde ağrı, genellikle sağ alt kadrana doğru lokalize olmaktadır. Ateş , titreme , bulantı , kusma, gaz çıkartamama gibi bulgular izlenebilir. Ancak bu klasik semptom paterni pek sık bulunmaz. Apandiks retroçekal yerleşimli ise veya gerçek pelvisin tümünü kaplıyor ise atipik karın ağrısı ortaya çıkabilir

Bu durumda, tenezm ve yaygın suprapubik ağrı olabilir. Apandisit olan hastada salpingo-ooforitli hastadan daha belirgin ve ısrarcı gastrointestinal belirtiler olması daha olası olarak göze çarpmaktadır (14,56).

**BULGULAR:** Genellikle sağ alt kadranın McBurney noktasında palpasyonla lokal hassasiyet belirlenir. Şiddetli ve yaygın derecede kas defansı, karında sertlik, rebound hassasiyet, pozitif psoas bulgusu (zorlu kalça fleksiyonu veya kalçanın pasif ekstansiyonu ile ağrı pozitif) ve obturator bulgusu (fleksiyon halindeki kalçanın pasif internal rotasyonu ile ağrı) görülmesi apandisit teşhisini koydurmaktadır. Genellikle hafif derecede ateş mevcuttur, ancak vücut ısısı normal olabilir. Pelvik muayenede, servikal hareket veya bilateral adneksial hassasiyet genellikle yoktur, fakat sağ tarafta tek taraflı adneksial hassasiyet bulunabilir.

**TANI:** Akut apandisitli birçok hastada normal lökosit sayısı olabilmektedir, bununla beraber genellikle sola kayma şeklinde farklılık ortaya çıkabilir. Pelvik organların yapılan ultrasonografik muayenesinde, genellikle normal bulgular olabilirken, apandiksin ultrasonografi veya CT görüntüleri anormal gözükebilir. Gastrograffin veya baryum lavmanı ile apandiksin normal olarak dolması, apandisit tanısını ekarte ettirir. Tanısal laparoskopi işlemi, diğer pelvik patoloji kaynaklarını ekarte etmekte yardımcı olabilir, ancak apandiksi yeterli derecede görebilmek zor olduğundan, erken apandiks enflamasyonunu ekarte etmek bazen güçtür.

### **TEDAVİ:**

%20'lik bir yalancı pozitiflik oranı ile laparotomi, gözlem ile rüptür ve peritonit olasılığına tercih edilir. Rüptüre bir apandisit sadece yaşamı tehdit etmez, aynı zamanda doğurgan çağda olan bir kadının fertilitesi açısından oldukça major sonuçlar ortaya çıkarabilir (14,56,57).

### **AKUT DİVERTİKÜLİT:**

Akut divertikülit , genellikle sigmoid kolonda olmak üzere kolonun duvarından çıkan bir torbalanma veya divertikülün inflamasyonunun olduğu bir durumdur. Divertikülit, tipik olarak postmenopozal kadınları etkilemektedir. Ama ender olarak, otuzlu ve kırklı yaşlardaki kadınlarda da ortaya çıkabilmektedir.

**SEMPTOMLAR:** Divertikülitin şiddetli derecede kendini gösteren sol alt kadranda ağrısı, uzun zamandır devam eden bir irritabl barsak semptomları öyküsünü takip edebilir (şişkinlik, kabızlık, ishal), ancak divertikülozis, genellikle, asemptomatik olarak bilinmektedir. Divertikülit, appendisitten daha az olasılıkla perforasyon ve peritonite neden olabilir. Ateş, titreme ve kabızlık tipik olarak görülebilir, ancak, iştahsızlık ve kusma, ender olarak ortaya çıkar (14,56,58).

**BULGULAR:** Karın muayenesi direkt palpasyonda sol alt kadranda hassasiyeti ile distansiyon ve lokalize rebound hassasiyet göstermektedir. Abdomen ve pelvis muayenesi sol alt kadranda immobil, hamurumsu nitelikte, enflamatuar bir kitle ortaya çıkarabilir. Barsak sesleri hipoaktifdir, ve peritonit varsa yoktur. Lökositoz, sıklıkla gözlenen bir durum olarak ortaya çıkmaktadır.

**TANI VE TEDAVİ:** Bilgisayarlı aksiyel tomografi ( BT ), anamnez ve fizik muayene olarak , kullanışlı bir teşhis yöntemidir. Barium lavmanı ,kontraendikedir. Başlangıçta divertikülit, geniş spektrumlu antibiyotiklerle tıbbi olarak tedavi edilir. Ancak , divertiküler apse sıklıkla cerrahi girişim gerektirmektedir (14,56,57).

### **BARSAK TIKANIKLIĞI:**

Kadınlarda en sık rastlanan barsak tıkanıklığı nedenleri, cerrahi sonrası yapışıklıklar, herni oluşumu, enflamatuar barsak hastalıkları barsak veya over kanseridir.

**SEMPTOMLAR:** Barsak tıkanıklığı, kolik tarzında karın ağrısını takiben karında oluşan distansiyon , kusma , kabızlık ve gaz çıkaramama ile ortaya çıkmaktadır.Yüksekte ve daha akut tıkanıklık, erken kusma ile sonuçlanırken , kolon tıkanıklığında ise daha çok karında distansiyon ve gaz çıkaramama göze çarpmaktadır.Kusma,önce mide içeriğinden oluşur , bunu takiben safra ve tıkanıklığın düzeyine bağlı olarak feçes kokulu materyel gelir (14,56).

**BULGULAR:** Belirgin bir abdominal distansiyon vardır.Mekanik tıkanmanın başında barsak sesleri tizdir; ve kolik ağrı sırasında en fazladır.Tıkanıklık ilerledikçe barsak sesleri azalır ve barsak sesleri kaybolduğunda ise iskemik barsak düşünölmeli ve acil müdahale edilmelidir.Geç evrelerde sıklıkla ateş ve lökositöz göze çarpmaktadır.

**TANI VE TEDAVİ:**Karakteristik bir gaz dağılımını gösteren batın filmleri, ileusu e-karte etmeye yardımcı olur ve obstrüksiyonun tam veya kısmi olduğunu gösterir.Total tıkanıklık cerrahi müdahale gerektirirken , kısmi olan tıkanıklıklar , nazogastrik sonda ve intravenöz sıvılarla sıklıkla tedavi edilebilmektedir.Tıkanıklığın nedeni tespit edilmeli ve mümkünse tedavi edilmelidir (14,56,57).

#### **ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVİK AĞRI:**

Üreteral litiazise bağılı olarak gelişen üreteral kolik, intraluminal basınçta ani artış ile buna bağılı inflamasyon sonucunda gelişmektedir.Sistit veya pyelonefriti içeren üriner sistem enfeksiyonları akut ağrıya neden olur (14).

**SEMPTOM VE BULGULARI:**Litiazisin ağrısı tipik olarak şiddetli ve kramplıdır ve kostovertebral açıdan kasiğa doğru yayılabilir.Sıklıkla hematüri mevcuttur.Sistit olgularında künt özellikte suprapubik ağrı, sık olarak idrara çıkma, sıkışma, disüri ile arasıra hematüri olur.Klamidya veya gonoreye sekonder oluşabilen üretriti andıran

belirtiler gösterebilir, ve ekarte edilmelidir. Pyelonefrit, bel ve kostovertebral açı ağrı sı ile ilişkilidir. Fakat alt karın ağrısı da zaman zaman bulunmaktadır. Litiazis ve pyelonefritli hastalarda kostovertebral açı üzerine kuvvetli baskı uygulanmasıyla meydana gelen ağrı göze çarpar. Peritoneal bulgular yoktur. Suprapubik hassasiyet sistite eşlik edebilir(14,59,60).

**TANI:** Taşın tanısı tam idrar tahlilinde (TİT) eritrositlerin varlığı ve taşın sınırlarını gösteren ultrasonografi veya intravenöz pyelografi (IVP) konur. Üriner sistem enfeksiyonu olan bir hastada tanı , idrar tahlilinde bakteri ve lökositlerin varlığını göstermeye dayanır, ve sıklıkla kültürle konfirme edilir.

**TEDAVİ:** Tıbbi gözlem ve cerrahi tedavi renal litiazis için tedavi seçenekleridir. Geben olmayan pyelonefritli kadınlar ve tüm sistitli kadınlar ayaktan tedavi görebilirler.

#### **AKUT PELVİALJİDE TANI YÖNTEMLERİ:**

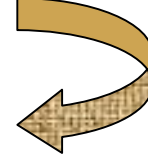
Doğurgan çağda akut pelvik ağrısı olan tüm kadınlarda hematokrit, hemoglobin lökosit sayısı ve yayması ile tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı non spesifik ama sıklıkla subakut PID'si olan kadınlarda tek anormal laboratuvar bulgusu , idrar tahlili duyarlı bir idrar veya serum gebelik testi uygulanmalıdır (Şekil-1) (4,58).

Sedimentasyon oranı nonspesifiktir , fakat subakut PID'li kadınlarda tek anormal laboratuvar bulgusudur. Diğer yardımcı tanı yöntemi, sıvı kanlı ise hematokrit ile ve pürülan özellikte ise Gram boyama ve kültür ile kuldosentez'dir. Cul de sac'ta kitlenin varlığı, kuldosentezi engeller. Pelvik ultrasonografi, muayene sonuç vermiyorsa, obesite veya defansa bağlı olarak zor değerlendiriliyorsa, ektopik gebeliği ekarte edebilmek için veya adneksleri değerlendirmek için kullanışlıdır. Batın filmi veya üst veya alt gastrografi çalışmaları , gastrointestinal patolojileri, bu tip belirtiler baskın ol-

**ANAMNEZ VE MUAYENE**

**ü ORTOSTATİK DAHİL**

**ü VİTAL BULGULAR**



**TAM KAN SAYIMI VE FORMÜL**

**ERİTROSİT SEDİMENTASYON  
HIZI**

**İDRAR TAHLİLİ**

**KALİTATİF İDRAR VEYA SERUM**

**hCG GEBELİK TESTİ**



**SERVİKAL KÜLTÜR,VEYA**

**GONORE , KLAMİDYA İÇİN**

**DİREK ANTİJEN ÇALIŞMALARI**

**GAİTADA GİZLİ KAN**



**KULDOSENTEZ**

**UYGULANABİLİR**

**ULTRASONOGRAFİ UYGULANABİLİR**

• **EKTOPIK GEBELİĞİ  
EKARTE ETMEK İÇİN**

• **YETERSİZ PELVİK  
MUAYENE**

**( Pelvik kitle ekarte edilemiyorsa)  
TANISI BELİRSİZ PELVİK KİTLE  
KİTLE**

Şekil:1

**AKUT PELVİK AĞRIDA  
TANI**

duğunda, ekarte etmekte yardımcıdırlar.BT taraması, retroperitoneal kitlelerin veya gastrointestinal sisteme bağı abselerin değerlendirilebilmesi için yararlıdır.Tanısal laparoskopi , etyolojisi belli olmayan ve akut batın özelliği taşıyan hastalarda teşhisi koymak için, şüpheli bir adneksiyal kitlenin özelliklerini aydınlatmak amacı ile veya gebeliğin intrauterin veya ekstrauterin olduğunu ayırt etmek amacı ile (ultrasonografi sonuçları belirsiz veya negatif ise) kullanılır.Eğer, salpingo-ooforit'den şüpheleniliyorsa , laparoskopi tanının doğrulanmasını sağlayabilir.Tanısal laparoskopi , büyük bir pelvik kitlenin varlığında(>12cm) yapılırsa görüntü engellenebilir ve laparoskopi peritonitli , ağır ileuslu veya barsak tıkanıklığı olan hastalarda , göreceli olarak kontraendikedir.Bu durumlarda, laparotomi tercih edilir.Zamanında, ve yapılan uygun tedavilerde sonuçlar oldukça iyi olarak göze çarpmaktadır (14,58).



## MATERYAL VE METOD

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Kadın Hastalıkları ve Doğum servisine akut pelvik ağrı ile 2000 ile 2005 yılları arasındaki dönemde başvuran tüm yaş grubundan hastalar incelemeye alındı. Bu hastaların akut pelvialji yakınmaları ile ilgili olarak, etyoloji, yaş, sosyal durum(güvence), hastanede yatış süreleri, tedavileri ve prognozları değerlendirilerek , bu parametrelerle ilgili değerler, saptanarak tablolar halinde sunuldu. Akut pelvik ağrıyla gelen hastalar servis protokol defterinden tespitlenerek, arşivden ilgili dosyalar retrospektif olarak tarandı.

10'ar yıllık yaş intervallerindeki hastalar, servis yatış protokol defterinden, ve arşivden taranarak kaydedildi, yıllara göre ayırım yapıldı, yatış süreleri, gördükleri tedavi şekilleri de göz önüne alınarak bunlar arasındaki ilişkiyi gösteren tablolar belirlendi. Tespit edilen gruplar sayı ve yüzdelerle belirtildi.

Çeşitli parametreler ele alınarak yapılan akut pelvialji ile ilgili çalışmada, 2000 yılı başından, 2005-kasım başına kadar olan dönemde, interne edilen 924 hasta olup, bu hastaların, yukarıda ifade edilen parametrelere göre dağılımı, ilgili tablolarla ifade edildi. Akut pelvialji nedeni ile interne edilen bu hastalar, teşhislerine, yatış süreleri, tedavi şekillerine göre tanımlanarak, tablolar halinde ifade edildi.

**✓ BULGULAR:**

Çalışmayla ilgili olarak,2000 yılı başından,2005 Kasım ayı başına kadar olan dönem içerisinde, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi , Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi'ne akut pelvik ağrı ile başvuran hastalardan, interne edilen toplam, 924 hasta, incelemeye alındı.Bu hastalarda, mevcut olan, akut pelvialji nedenlerinden, over kist rüptürü (OKR) , ektopik gebelik rüptürü (EGR) , adneks torsiyonu, pelvik inflammatuar hastalık (PID), GİS kaynaklı olanlar , üriner sistem kaynaklı olanlar, endometriozis, myom dejenerasyonu , tuba-ovaryan apse, ve dismenore ele alınarak, çalışmaya başlandı,ve çalışma ile ilgili diğer parametrelerden,yaş, tedavi biçimi, yatış süresi, yatış süresi de, değerlendirilmeye alındı.

Yapılan çalışmada , toplam olarak interne edilen, 924 hastadan, 232'sinin, OKR tanısı aldığı, 185'inin, EGR tanısı aldığı, 53'ünün, TOA tanısı aldığı, 160'ının, PID tanısı aldığı, 20'sinin, GİS kaynaklı, 38'inin, üriner sistem kaynaklı akut pelvialji, 41'inin, endometriozis, 22'sinin, myoma dejenerasyonu, 113'ünün, dismenore, 60'mın ise, adneks torsiyonu tanısı aldığı belirlenerek, çalışmaya dahil edildi (Tablo-1).

Görülme sıklıklarına göre ele alındığında,akut pelvialji nedenlerinden OKR'nün,%

Tanı	OKR	EGR	A.T.	TOA	PID	M.dej.	Dismenore	GİS kaynaklı	Üriner kaynaklı	Endometriozis
Oran										
Görülme sıklığı	232	185	60	53	160	22	113	20	38	41
Oran %	25.10	20.02	6.49	5.73	17.31	2.38	12.22	2.16	4.11	4.43
--A.T.:Adneks torsiyonu --M.dej.:Myom dejenerasyonu										
<b>TABLO-1: AKUT PELVALJİ NEDENLERİ GÖRÜLME SIKLIĞI</b>										

Hasta sayısı

Toplama göre %

25.10, EGR'nün,%20.02, adneks torsiyonu'nun, %6.49, TOA'nin,%5.73, PID'in,% 17.31, myom dejenerasyonunun, %2.38, dismenorenin, %12.22, GİS kaynaklı olan, akut pelvialjilerin,%2.16, üriner sistem kaynaklı olan, akut pelvialjilerin, %4.11, endometriozis vakalarının, %4.43 oranında olduğu belirlendi.

Ektopik gebelik rüptürü olgularına bakıldığında, 10-20 yaş grubunda 8 hastanın olup, bunlardan 6'sının cerrahi, 2'sinin medikal tedavi gördüğü, 20-30 yaş grubunda, 81 hasta olup, bunlardan 71'inin cerrahi tedavi gördüğü, 30-40 yaş grubunda, 85 hasta bulunup, bunlardan,78'inin cerrahi tedavi gördüğü, 40-50 yaş grubunda,11 hasta olup,tümünün, cerrahi tedavi gördüğü belirlendi.Yıllara göre dağılımına bakıldığında,2000 yılında, 27,2001 yılında, 29, 2002 yılında 28, 2003 yılında, 22, 2004 yılında 43, 2005'de ise, 36 hastanın, ektopik gebelik rüptürü tanısı ile interne edildiği saptandı (Tablo2).Dolayısı ile, toplam185 hasta çalışmaya dahil edildi.

2000 yılı, yaş grupları ile hastanede yatış süreleri,değerlendirildiğinde, 10-20 yaş grubunda bulunan,1 hastanın,12 gün, 20-30 yaş grubunda olan,13 hastanın, ortalama yatış süresinin,6.3 gün,30-40 yaş grubundaki 12 hastanın ortalama yatış süresi 7 olup,bunlar arasında,1'inin medikal tedavi gördüğü,ve yatış süresinin 3 gün olduğu tespit edildi.40-50 yaş grubunda,1hasta olup cerrahi tedavi gördüğü,ve yatış süresinin, 8 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

2001 yılına ait olarak, 10-20 yaş grubundaki 2 hastadan,1'inin cerrahi tedavi gördüğü,ve 7 gün yattığı, diğerinin ise, medikal tedavi görüp, 5 gün hastanede yattığı tespit edildi ve bu yaş grubu için ortalama yatış süresinin,6 gün olduğu belirlendi.30-40yaş grubunda yer alan 11 hastadan,10'unun,cerrahi tedavi gördüğü ve bu cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 4 gün olduğu, 1 kişinin medikal tedavi görüp, 3 gün hos-

pitalize edildiği, 40-50 yaş arasında yer alan 1 hastanın ise, 5 gün hospitalize edilip cerrahi tedavi gördüğü belirlenerek çalışmaya dahil edildiler.

2002 yılına ait olan çalışmada, EGR tanısı ile interne edilen toplam 28 hastadan, 10-20 yaş grubunda olan 1 hastanın, medikal tedavi görüp, 3 gün hospitalize edildiği, 20-30 yaş grubunda olan 13 hastadan, 11'inin cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış sürelerinin, 4 gün olduğu, aynı yaş grubundan 2 hastanın, 5'er gün boyunca medikal tedavi gördüğü tespitlendi.30-40 yaş grubundan olan, 11 hastadan, 10'unun cerrahi tedavi gördüğü, ortalama yatış sürelerinin, 4.2 gün olduğu, ve aynı yaş grubundan diğer hastanın ise, medikal tedavi gördüğü ve yatış süresinin 2 gün olduğu belirlendi.40-50 yaş grubunda olan, 1 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve 5 gün hospitalize olduğu belirlenerek çalışma içinde değerlendirilmeye alındı.

2003 yılına ait olan çalışmada, toplam interne edilen 22 hastadan, 10-20 yaş grubundaki 2 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü,ve ortalama yatış süresinin, 4 gün olduğu,20-30 yaş grubunda yer alan 10 hastadan,8'inin cerrahi tedavi gördüğü ve bunların ortalama yatış süresinin,4,5 gün olduğu, diğer medikal tedavi gören 2 hastanın ise 3'er gün hospitalize edildiği belirlendi.30-40 yaş grubunda olan, 6 hastadan, 5'inin cerrahi tedavi gördüğü ve cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 4.2 gün olup, medikal tedavi gören diğer hastanın ise,yatış süresinin 3 gün olduğu belirlendi.40-50 yaş arası gruptaki 4 hastanın,cerrahi tedavi gördüğü ve bunların ortalama yatış süresinin,4.2 gün olduğu tespitlenerek, çalışmaya dahil edildi.

2004 yılına ait olan çalışmada, toplam interne edilen,43 hastadan,20-30 yaş grubundaki 20 hastanın,18'inin cerrahi tedavi görüp, ortalama yatış sürelerinin,3.83 gün olduğu, diğer, 2 hastanın ise, 2'şer gün medikal tedavi ile, hospitalize edildiği, belirlenerek, bu yaş grubu için, ortalama yatış süresinin,3.75 gün olduğu,tespitlendi.30-40 yaş grubu

arasında yer alan, 21 hastanın, cerrahi tedavi ile, ortalama olarak,5.45 gün hospitalize edildiği tespitlendi.40-50 yaş grubu içinde bulunan 2 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü ve ortalama yatış sürelerinin, 8 gün olduğu tespitlendi.

2005 yılına ait olan çalışmada, toplam yatırılan 36 hastadan, 10-20 yaş grubuna ait olmak üzere, interne edilen 2 hastanın cerrahi tedavi gördüğü,ve ortalama yatış süresinin, 2.5 gün olduğu, 20-30 yaş grubunda yer alan, 10 hastadan, 7'sinin, cerrahi tedavi gördüğü, ve bu cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, 4.28 gün olup, aynı yaş grubu için ortalama yatış süresinin,3.8 gün olduğu belirlendi.30-40 yaş grubunda yer alan, 22 hastadan, 18'inin, cerrahi tedavi gördüğü saptanıp, bu cerrahi tedavi görenler arasında ortalama yatış süresinin,3.55 gün,medikal tedavi ile hospitalize edilen 4 hastanın ortalama yatış süresinin ise, 8.75 gün olduğu belirlendi.40-50 yaş arası grupta olan 2 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin,bu grupta,5 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

Ektopik gebelik rüptürü ile ilgili olarak, 2000 yılı başından, 2005 Kasım ayı başına kadar olan dönemde, toplanan vakalardan yapılan yaklaşık değerlendirmede,10-20 yaş grubunda, ortalama yatış süresinin,5.5 gün olup, cerrahi tedavi görenlerde ortalama yatış süresi, 6.37 gün, medikal tedavi görenlerin, ortalama yatış süresi, 4 gün olarak tespitlenerek çalışmaya dahil edildi.20-30 yaş grubunda,ortalama yatış süresinin,4.4gün olup cerrahi tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin,4.52 gün, medikal tedavi olanlarımsa, 2.87 gün olarak belirlenerek değerlendirilmeye alındı.30-40 yaş grubunda yer alan hastaların,ortalama yatış süresi,4.74 gün olup,yine aynı yaş grubunda cerrahi tedavi görenlerde, bu oranın,%4.73,medikal tedavi görenlerde ise,%3.95 olduğu belirlenerek, değerlendirilmeye alındı.40-50 yaş grubunda interne edilen, ektopik gebelik rüptürü olan vakaların,ortalama yatış süreleri,5.44 gün olarak saptanarak,bu yaş grubundaki tüm has-

taların cerrahi tedavi gördüğü belirlenerek,değerlendirilmeye alındı.EGR ile ilgili yatış süreleri, yaş grupları, ve uygulanan tedavi arasındaki ilişkiler,Tablo-2,12,13’de sayılar, ve yüzde değerleriyle gösterilmektedir.

**Hasta sayısı**

<b>TABLO-2</b>									
<b>EKTOPIK GEBELİK RÜPTÜRÜ OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ</b>									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
<b>CERRAHİ</b>	6-6.37	71-4.52	7-4.73	11-5.44	----	----	----	95	51.35
<b>MEDİKAL</b>	2-4	10-2.87	78-3.95	----	----	----	----	90	48.65
<b>TOPLAM</b>	8	81	85	11	----	----	----	185	
<b>%</b>	4.32	43.78	45.94	5.94					

**Yatış süresi**

Akut pelvialjiye neden olan durumlardan , over kist rüptürü olgularında, 2000 yılı başı ile, 2005- kasım ayına kadar olan dönemde , toplam 232 hastanın , interne edildiği saptanarak, bu hastaların, yaş, tedavi biçimi, ve yatış süreleri arasındaki ilişki, incelenmeye alındı.Cerrahi tedavi gören hastalar ile medikal tedavi görenlerin hospitalize edildiği süreler, karşılaştırıldı.Bu değerlendirmeye, yaş faktörü de dahil edildi.

Akut pelvialjinin önde gelen nedenlerinden,over kist rüptürü tanısı ile interne edilen toplam, 232 hasta incelemeye alındı.10-20 yaş grubunda,52 hastanın interne edildiği,bu bunlardan 14’ünün, cerrahi tedavi gördüğü izlendi.2000 yılına ait olmak üzere, interne edilen, 14 hastadan,5’inin cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış sürelerinin,5.8 gün olduğu, medikal tedavi gören 9 hastanın, ortalama yatış süresinin,3.11 gün olduğu, aynı

grupta, ortalama yatış süresinin ise 4.5 gün olduğu saptandı.

2001 yılına ait olarak, interne edilen, 7 hastanın, ortalama yatış süresinin, 4 gün olduğu, cerrahi tedavi gören, 1 hastanın, 4 gün hospitalize edildiği, diğer, medikal tedavi gören 5 hastanın ise, ortalama yatış süresinin, 4 gün olduğu belirlendi.2002 yılına ait interne edilen, 6 hastanın, ortalama yatış süresinin,3.33 gün, cerrahi tedavi gören,2'sinin, ortalama yatış süresinin, 6.5 gün olduğu, medikal tedavi gören 4 hastanın ise, ortalama yatış süresinin 1.75 gün olduğu tespitlendi.2003 yılında interne edilen 11 hastanın, ortalama yatış süresinin,3.63 gün, cerrahi tedavi gören,3'ünün, ortalama yatış süresinin, 7.33 gün, aynı grupta,medikal tedavi gören,8 hastanın, ortalama yatış süresinin,2.25 gün olduğu belirlendi.2004'de interne edilen,7 hastanın , ortalama yatış süresinin, 2.28 gün, cerrahi tedavi gören 2 hastanın, ortalama yatış süresinin,3 gün olduğu,aynı grupta, medikal tedavi gören 5 hastanın, ortalama yatış süresinin,2 gün olduğu belirlendi.2005'de interne edilen, 7 hastanın, ortalama yatış süresinin, 4 gün olup, cerrahi tedavi gören, 1 hastanın,4 gün interne edildiği, aynı yaş grubundan, diğer 6 hastanın ise, medikal tedavi görüp, ortalama yatış süresinin, 4 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

10-20 yaş grubunda bulunup OKR tanısıyla interne edilen 52 hastanın, yatış sürele değerlendirildiğinde, tedavi şekline bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin,3.73 gün olduğu, cerrahi tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin ise, 5.1 gün olduğu, dolayısı ile cerrahi tedavi görenlerin hospitalizasyon sürelerinin, medikal tedavi görenlerinkine göre, yaklaşık olarak 1.36 kat daha fazla olduğu değerlendirilerek çalışmaya dahil edildi.

20-30 yaş grubuna ait olan çalışmada,akut pelvialjiyle yatırılan,OKR tanılı,109 hastadan, 2000 yılında yatan, 26 hastanın, ortalama yatış süresinin,5.42 gün, cerrahi tedavi gören, 7 hasta olup, bunların ortalama yatış süresinin, 6.28 gün, aynı gruptan, medikal tedavi gören 19 hastanın, ortalama yatış süresinin ise, 5.10 gün olduğu, dolayısı ile, cer-

rahi tedavi gören hastaların, yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkinin yaklaşık olarak, 1.23 katı olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.2001’de interne edilen total, 17 hasta olup, ortalama yatış süresinin,2.47 gün olduğu,cerrahi tedavi gören 6 hastanın ortalama yatış süresinin, 3.33 gün olduğu, aynı gruptaki medikal tedavi gören,11 hastanın, ortalama yatış süresinin ise, 2 gün olduğu, belirlendi.2002’de yatırılan,17 hastanın, ortalama yatış süresinin,2.76 gün, cerrahi tedavi gören 5 hasta için bu değer 5.4, aynı grupta medikal tedavi gören, 12 hastanın, ortalama yatış süresinin ise, 2.13 gün olduğu belirlendi.OKR için 20-30 yaş grubunda, global değerlendirme yapıldığında, interne edilen,109 hastadan,27’sinin cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin,6.28gün

TABLO-3 ✓OVER KİST RÜPTÜRÜ OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
<u>CERRAHİ</u>	14-5.1	27-6.28	15-7.13	4-6.25	1-5	----	----	61	26.29
<u>MEDİKAL</u>	38-3.75	82-5.1	44-5.09	6-5.83	1-10	----	----	171	73.7
<u>TOPLAM</u>	52	109	59	10	2	----	----	232	
<u>%</u>	22.4	46.98	25.43	4.31	0.86				

olduğu, aynı gruptan, 82 hastanın ise, medikal tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin, 5.1 gün olduğu saptandı.

30-40 yaş arası grupta,toplam 59 hasta, interne edilmiş olup, bunlardan, 15’inin,cerrahi,44’ünün, medikal tedavi gördüğü saptandı.Medikal tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresi, yaklaşık olarak,5.09 gün, cerrahi tedavi görenlerin ortalama yatış süre-

si, 7.13 gün olarak belirlendi. Tedavi şekline bakılmaksızın, ortalama yatış süresi, yaklaşık, 5.66 gün olarak saptandı. Cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının, 1.40 olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

40-50 yaş grubunda, tedavi şekline bakılmaksızın, interne edilen 10 hastanın, ortalama yatış süresinin, 6 gün, medikal tedavi gören, 6 hastanın ortalama yatış süresinin, 5.83 gün, cerrahi tedavi gören, 4 hastanın ortalama yatış süresinin, 6.25 gün olduğu belirlendi. Cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranı, diğer çoğu değerlerdeki gibi, yaklaşık olarak, 1.07 olarak belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

50-60 yaş arasında, 2 hasta olup, birinin cerrahi tedavi görerek, 10 gün boyunca, diğerinin ise, medikal tedavi görerek, 5 gün boyunca hospitalize edildiği belirlendi. Sonuçta, cerrahi tedavi ile hospitalizasyon süresinin, medikal tedavi ile hospitalizasyon süresine oranı, 2 olarak tespitlendi. OKR ile ilgili veriler, ve aralarındaki ilişki, Tablo-3,14,15' de özet halinde belirtilmiştir.

PID tanısı ile interne edilen, toplam 160 hastanın, yaş grupları, tedavi biçimi, ve yatış süreleri arasındaki ilişki yaklaşık değerlerle ortaya konulduğunda 10-20 yaş arası interne edilen, 10 hastanın, ortalama yatış süresinin, 5 gün olduğu, bu hastalar arasından, cerrahi tedavi alan, tek hastanın, 9 gün boyunca hospitalize edildiği, yine aynı gruptan, medikal tedavi gören, 9 hastanın, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 4.55 gün olduğu tespitlendi. Dolayısı ile bu grupta, cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, diğerleri, yani, medikal tedavi gören hastaların ortalama yatış süresine göre yaklaşık 2 kat fazla olduğu saptandı.

20-30 yaş arası grupta yine PID tanısı ile interne edilen, 62 hasta olup bu hastaların, ortalama yatış süresi, 5.82 gün, toplam yatan 62 hastadan cerrahi tedavi gören, 9'unun,

ortalama yatış süresi, 9 gün, anı grupta olmak üzere, medikal tedavi gören,53 hastanın, ortalama yatış süresi ise,3.92 gün olarak belirlendi.Dolayısı ile yaklaşık olarak belirlenmiş olan bu değerlere göre,cerrahi tedavi gören hastaların,medikal tedavi görenlere göre hospitalizasyon süresi, yaklaşık olarak, 1.29 kat fazla olarak saptandı.

30-40 yaş arası grupta PID tanısı ile interne edilen toplam 55 hasta olup, tedavi şekline bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin,5.5 gün, cerrahi tedavi gören hastaların ortalama yatış süresinin,7.58, medikal tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin ise, 4.95 gün olduğu saptandı.Sonuçta,bu yaş grubunda, cerrahi tedavi gören hastaların ,ortalama yatış süresinin, medikal tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresine göre ,1.53 kat fazla olduğu saptanarak çalışmaya dahil edildi.

40-50 yaş grubundaki, PID tanısı ile interne edilen hastalar ele alındığında, toplam 26 hastanın yatırıldığı, ve bu hastalardan, 6'sının, cerrahi tedavi gördüğü tespitlendi.

Tedavi şekline bakılmaksızın,global olarak,ortalama yatış süresinin, 5.8 gün olduğu cerrahi tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin 8.66 gün, medikal tedavi gören hastaların, ortalama hospitalizasyon süresinin ise, 4.95 gün olduğu belirlendi.Dolayısı ile cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, medikal tedavi gören hastaların-kine göre,1.74 kat fazla olduğu belirlenerek çalışmaya dahil edildi.

50-60 yaş arası dönemde toplam 6 hasta interne edildiği ve bunların 1'inin cerrahi tedavi gördüğü,ortalama yatış süresinin,7.5 gün olduğu, cerrahi tedavi gören tek hastanın, 9 gün hospitalize edildiği, diğer medikal tedavi gören,5 hastanın ise, ortalama yatış süresinin, 7.2 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

60-70 yaş arası dönemde interne edilen tek hasta olup,12 gün medikal tedavi gördüğü tespitlenerek, çalışmaya dahil edildi.PID ile ilgili, yaş, yatış süresi, ve tedavi biçimi arasındaki ilişkiler,Tablo 4,18,19'da, belirtilmiştir.Sonuçta, PID tanısı ile, interne edilen

lerden, cerrahi tedavi gören, 60 hastanın, ortalama yatış süresi, 7.9 gün, medikal tedavi gören, 100 hastanın ortalama yatış süresi ise, yaklaşık 4.55 gün olarak saptandı.

TABLO-4									
✓PID OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ-TEDAVİ İLİŞKİSİ:									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	1-9	9-9	43-7.58	6-8.66	1-7.5	----	----	60	37.5
MEDİKAL	9-4.55	53-3.92	12-4.95	20-4.95	5-7.2	1-12	----	100	62.5
TOPLAM	10	62	55	26	6	1	----	160	
%	6.25	38.75	34.37	16.25	3.75	0.62			

TOA (Tuba-ovaryan apse), tanısı ile interne edilen toplam 53 hasta ele alınarak, yaş, yatış süreleri, tedavi şekilleri arasındaki ilişki incelendi. 10-20 yaş grubunda olan 5 hastanın, ortalama yatış süresinin, 8 gün olduğu, cerrahi tedavi gördükleri saptandı.

20-30 yaş arası gruptan olan 4 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve bunların, ortalama yatış süresinin, 7 gün olduğu belirlenerek çalışmaya dahil edildi.

30-40 yaş grubunda olan, 22 hastadan, 15'inin, cerrahi tedavi gördüğü, tedavi şekline bakılmaksızın, global olarak, ortalama yatış süresinin, 6.9 gün olduğu cerrahi tedavi gören, 15 hastanın, ortalama yatış süresinin, 9 gün olduğu, medikal tedavi gören diğer 7 hastanın, hospitalizasyon süresinin ise, yaklaşık, 2.42 gün olduğu belirlendi. Dolayısı ile cerrahi tedavi gören hastaların ortalama yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine

göre, 3.71 kat fazla olduğu belirlenerek çalışma kapsamına dahil edildi.

40-50 yaş grubunda olan 20 hastadan, 14'ünün, cerrahi tedavi gördüğü saptandı. Bu hastaların, tedavi şekline bakılmaksızın, global olarak, ortalama yatış süresi, 7.9 gün olarak belirlendi. Cerrahi tedavi gören 14 hastanın ortalama yatış süresi 8.5 gün olmakla beraber, aynı grupta olan, ve medikal tedavi gören hastaların hospitalizasyon süresinin ortalama, 6.5 gün olduğu saptandı. Cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, medikal tedavi gören hastaların ortalama hospitalizasyon süresine oranının, yaklaşık olarak 1.3 olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi. 50-60 yaş grubunda, TOA için değerlendirilecek hastaya rastlanmadı.

TABLO-5 ✓TUBA-OVARYAN APSE (TOA) OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	5-8	4-7	15-9	14-8.5	----	2-10	----	40	75.47
MEDİKAL	----	----	7-2.42	6-6.5	----	----	----	13	24.52
TOPLAM	5	4	22	20	----	2	----	53	
%	9.43	7.54	41.50	37.73	----	3.77	----		

60-70 yaş grubunda, TOA tanısı almış, 2 hasta olup, bunların, cerrahi tedavi gördüğü saptandı. Bu hastalardan 2002 yılında interne edilenin, 14 gün boyunca, 2004 yılında interne edilen diğerinin ise 6 gün boyunca hospitalize edildiği saptanmakla birlikte, ortalama yatış sürelerinin, 10 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

2000-2005 Kasım ayı başına kadar olan dönemde, TOA tanısı ile interne edilen ortalama hasta yatış süresinin, 7.96 olduğu belirlendi. Yine aynı dönemde TOA tanısı ile interne edilip, cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 8.5 gün, medikal tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin ise, 4.46 gün olduğu, ve dolayısı ile cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış sürelerinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının, yaklaşık olarak, 1.9 olduğu saptanarak, çalışmaya dahil edildi. TOA ile ilgili sonuçlar, Tablo-5,16,17'de, ayrıntılı olarak belirtilmiştir.

GİS kaynaklı akut pelvialji olguları ele alınarak incelendiğinde, 2000 ile Kasım-2005 döneminde, toplam 20 hastanın, interne edildiği saptanarak bu hastaların, yaş dağılımı, tedavi şekli, ve yatış süreleri arasındaki ilişki incelendi. 10-20 yaş grubunda, 2 hastanın, yatırılıp, bunların cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin, 5 gün olduğu belirlenerek çalışmaya dahil edildi.

20-30 yaş grubunda GİS kaynaklı akut pelvialji nedeniyle interne edilen, 6 hasta olup, bunların, cerrahi tedavi gördükleri, ve ortalama yatış süresinin, yaklaşık, 6.66 gün olduğu saptanarak, çalışma için, değerlendirilmeye alındı.

30-40 yaş grubunda, toplam 9 hasta, interne edilmiş olup, bunların hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü, bu hastaların ortalama yatış süresinin ise, yaklaşık, 7.55 gün olduğu belirlenerek çalışmaya dahil edildi.

40-50 yaş grubunda, 2 hasta olup, bunların cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin, 5.5 gün olduğu belirlendi.

50-60 yaş grubunda yer alan, 1 hastanın, 60-70 yaş grubunda olup, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin 12 gün olduğu saptandı.

GİS kaynaklı akut pelvialji ile ilgili sonuçlar, Tablo-6,20,21'de belirtilmiştir.

TABLO-6 ✓GİS KAYNAKLI AKUT PELVİALJİ OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	5-4.2	6-6.66	9-7.55	2-5.5	1-12	----	----	23	100
MEDİKAL	----	----	----	----	----	----	----	----	0
TOPLAM	5	6	9	2	1	----	----	23	
%	21.73	26.08	39.13	8.69	4.34				

GİS kaynaklı akut pelvialji tanısı ile interne edilen hastaların, çalışmayı kapsayan 2000-Kasım,2005 dönemindeki ortalama yatış süresinin ise,yaklaşık olarak,7.34 gün olduğu belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.

Üriner sistem kaynaklı akut pelvialji tanısı ile interne edilen, toplam 38 hasta tespitlenerek incelemeye alındı.10-20 yaş grubunda 6 hasta olup, cerrahi tedavi gören tek hastanın, 5 gün boyunca interne edildiği, diğer, medikal tedavi gören 5 hastanın, ortalama yatış süresinin, 4.2 gün, tedavi biçimine bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin yaklaşık olarak, 4.33 gün olduğu, dolayısıyla cerrahi-medikal hospitalizasyon süresi oranının, yaklaşık 1.03 olduğu belirlendi.

20-30 yaş grubunda, interne edilen 21 hasta olup bu hastalardan,1'inin 13 gün boyunca, cerrahi tedavi gördüğü, diğer medikal tedavi gören 20 hastanın, ortalama yatış süresinin,5.3 gün olduğu belirlendi.Tedavi şekline bakılmaksızın aynı gruptaki hastaların, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak,5.66 gün olduğu saptandı.Dolayısıyla, cer-

rahi tedavi gören hastaların yatış süresinin,medikal tedavi görenlerinkine oranının,yaklaşık olarak, 2.45 olduğu belirlendi.

TABLO-7 ✓ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVİALJİ OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	1-5	1-13	1-10	----	----	----	----	3	7.89
MEDİKAL	5-4.2	20-5.3	9-6.11	1-4	----	----	----	35	92.10
TOPLAM	6	21	10	1	----	----	----	38	
%	15.78	55.26	26.31	2.63					

30-40 yaş grubunda interne edilen, 10 hastadan, 1'inin cerrahi tedavi görerek, 10 gün boyunca hospitalize edildiği, aynı gruptan, medikal tedavi gören 9 hastanın, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 6.11 gün olduğu, gruptaki hastaların, yatış süresine bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin ise,6.5 gün olduğu belirlendi.Cerrahi tedavi gören hastaların, medikal tedavi görenlerinkine göre, hospitalizasyon süresinin oranı ise, 1.63 olarak belirlenerek çalışmaya dahil edildi.

40-50 yaş grubunda olan 1 hastanın medikal tedavi görerek, 4 gün boyunca hospitalize edildiği belirlenerek çalışma kapsamına alındı.

2000 ile, Kasım-2005 arası dönemde, Üriner sistem kaynaklı, akut pelvialji tanısıyla interne edilen hastaların, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 4.93 gün olduğu, belirlendi.Aynı dönemde,cerrahi tedavi gören hastaların,ortalama yatış süresinin,8 medikal tedavi gören hastaların ortalama yatış süresinin ise, yaklaşık olarak, 5.2 gün oldu

ğu belirlendi.Dolayısıyla,cerrahi tedavi gören hastaların ortalama yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının, yaklaşık olarak, 1.53 olduğu saptandı.

Üriner sistem ile ilgili sonuçlar, Tablo-7,22,23'de belirtilmiştir.

TABLO-8 ✓ MYOM DEJENERASYONU OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ:									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	----	4-8	4-6.5	9-10.11	5-5	----	1-3	23	100
MEDİKAL	----	----	----	----	----	----	----	----	----
TOPLAM	----	4	4	9	5	----	1	23	
%		17.39	17.39	39.13	21.73		4.34		

Myom dejenerasyonu tanısı ile interne edilen, 23 hasta incelemeye alındığında, 10-20 yaş grubunda,hastaya rastlanmadı.20-30 yaş grubunda,4 hasta olup,bunların ortalama yatış süresinin,8 gün olduğu, 30-40 yaş grubunda, 4 hasta olup, ortalama yatış süresinin,6.5 gün olduğu, ve bu hastaların tümünün, cerrahi tedavi gördüğü, 40-50 yaş grubunda,9 hasta olup, bunların hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü,ve ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 10.11 gün olduğu belirlendi.50-60 yaş arası grupta, cerrahi tedavi gören,5 hasta olup, bunların, ortalama yatış süresinin, 5 gün olduğu belirlendi.70 üstü yaş grubunda, interne edilen 1 hastanın, cerrahi tedavi görerek,3 gün boyunca hospitalize edildiği belirlendi.

2000 ile, Kasım 2005 dönemi boyunca interne edilen hastaların, ortalama yatış sü-

resinin, 6.52 gün olduğu, ve bu hastaların, hepsinin cerrahi tedavi gördüğü saptanarak, çalışma için, değerlendirilmeye alındı. Myom dejenerasyonu ile ilgili sonuçlar, ve aralarındaki ilişki, Tablo-8,26,27’de belirtilmektedir.

TABLO-9 ✓ENDOMETRİOZİS TANILI OLGULARDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
<u>CERRAHİ</u>	----	1-10	10-3.2	12-5.83	8-6.87	6-3	3-5	40	97.56
<u>MEDİKAL</u>	----	----	----	----	1-1	----	----	1	2.43
<u>TOPLAM</u>	----	1	10	12	9	6	3	41	
%		2.43	24.3	29.26	21.95	14.63	7.31		

Endometriozis tanısı ile interne edilen toplam 41 hastadan, 10-20 yaş arası dönem de hastaya rastlanmadı. 20-30 yaş arası grupta, 1 hasta olup, 10 gün boyunca cerrahi tedavi gördüğü, 30-40 yaş grubunda yer alan, 10 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin, 3.2 gün olduğu, 40-50 yaş grubundaki 12 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 5.83 gün olduğu, 50-60 yaş grubunda, 9 hasta olup, ortalama yatış süresinin, 6.22 gün olduğu, ve bu hastalardan 1’inin medikal, diğerlerinin, cerrahi tedavi gördüğü, medikal tedavi gören hastanın, 1 gün boyunca yatarak tedavi gördüğü, cerrahi tedavi gören hastaların ortalama yatış süresinin ise, 6.87 gün olduğu belirlendi. 60-70 yaş grubunda, 6 hasta olup, ortalama yatış süresinin, 3 gün olduğu, hepsinin cerrahi tedavi gördüğü tespitlendi. 70 üstü yaş grubunda, 3 has-

tanın yer alıp, bunların cerrahi tedavi gördüğü ve ortalama yatış süresinin, 5 gün olduğu belirlenerek değerlendirilmeye alındı.

2000-2005-Kasım döneminde, endometriozis tanısı ile interne edilen hastaların,ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 5.54 gün olduğu, ve medikal tedavi görenlere oranlandığında ise cerrahi tedavi görmüş olanların, 5.54 kat fazla olduğu tespitlendi.Endometriozis tanısı ile interne edilen hastaların yaş grubu, yatış süresi, tedavi şekli arası ilişkiler, Tablo-9,24,25’de belirtilmiştir.

Dismenore tanısı ile interne edilen hastalar incelendiğinde, 2000 ile 2005-Kasım arası dönemde, toplam 113 hasta olup,10-20 yaş grubundaki,2 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü ve ortalama yatış süresinin,8 gün olduğu belirlendi.

20-30 yaş grubunda, interne edilen,14 hastadan,2’sinin, cerrahi tedavi gördüğü,cerrahi tedavi gören 2 hastanın, ortalama yatış süresinin,5.5 gün olduğu, medikal tedavi alan hastaların, ortalama yatış süresinin, yaklaşık, 3.33 gün olduğu saptandı.Tedavi şekline bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin, 3.64 gün olduğu, cerrahi tedavi gören hastaların, hospitalizasyon süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının, 1.65 olduğu tespitlenerek, çalışmaya dahil edildi.

30-40 yaş grubundaki interne edilen toplam,39 hastadan, 9’unun, cerrahi tedavi gördüğü ve ortalama yatış sürelerinin, yaklaşık olarak,5.88 gün olduğu, medikal tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak,2.03 gün olduğu belirlendi.Cerrahi olarak tedavi gören hastaların, yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranı, yaklaşık olarak,2.89 gün olarak saptanıp, çalışmaya dahil edildi.

40-50 yaş arası dönemde 54 hastanın interne edildiği, ve bunlardan 19’unun, cerrahi tedavi gördüğü, bu cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak,5.61 gün, aynı yaş grubundan,medikal tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin,

1.36 gün olduğu belirlendi. Tedavi şekline bakılmaksızın, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 2.77 gün olduğu, cerrahi tedavi gören hastaların hospitalizasyon süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının ise, 4.12 olduğu saptandı.

TABLO-10 DİSMENORE OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ İLİŞKİSİ									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
CERRAHİ	2-8	2-5.5	9-5.88	19-5.61	---	---	---	32	28.31
MEDİKAL	---	12-3.33	30-2.03	35-1.36	3-1.66	1-3	---	81	71.68
TOPLAM	2	14	39	54	3	1	---	113	
%	1.76	12.38	34.51	47.78	26.54	0.88	---		

50-60 yaş arası dönemde, 3 hastanın interne edildiği ve bunların ortalama yatış süresinin, 1.66 gün olduğu belirlendi. 60-70 yaş grubunda, 1 hasta olup, 3 gün boyunca medikal tedavi gördüğü saptanarak, çalışmaya dahil edildi. Dismenore tanısı ile yatan hastaların tümünün, ortalama yatış süresinin, 3.05 gün, cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 5.83 gün, medikal tedavi görenlerinkinin ise, 2.02 gün olduğu belirlendi. Cerrahi tedavi gören hastaların, ortalama yatış süresinin, medikal tedavi görenlerinkine oranının ise, yaklaşık 2.88 olduğu belirlendi.

Dismenore tanısı ile interne edilen hastalarla ilgili tanımlanan veriler ve bunlar arasındaki ilişkiler, Tablo-10, 28, 29'da toplu halde belirtilmiştir.

Adneks torsiyonu ile interne edilen, 60 hasta olup, 10-20 yaş grubunda yer alan, 14 hastadan, 11'inin cerrahi, 3'ünün ise, medikal tedavi gördüğü, tedavi şekline bakılmak-

sızın, ortalama yatış süresinin 6 gün olduğu ve cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, yaklaşık,6.72 gün olduğu, medikal tedavi görenlerinkinin ise,3.33 gün olduğu belirlenerek değerlendirilmeye alındı.

20-30 yaş grubunda olan, 18 hastadan, hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin,6.66 gün olduğu belirlendi.

30-40 yaş grubunda olan, 16 hastadan, tümünün cerrahi tedavi gördüğü, ortalama yatış süresinin bu grupta,6.5 gün olduğu belirlendi.

40-50 yaş grubunda olan, 8 hastanın, cerrahi tedavi gördüğü, ve ortalama yatış süresinin ise, 5.5 gün olduğu belirlendi.

50-60 yaş grubunda 1 hasta olup, cerrahi tedavi gördüğü ve 14 gün boyunca hospitalize edildiği belirlendi.

TABLO-11									
VADNEKS TORSİYONU OLGULARINDA YAŞ-YATIŞ SÜRESİ TEDAVİ İLİŞKİSİ:									
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM	%
<u>CERRAHİ</u>	11- 6.72	18- 6.66	16- 6.5	8- 5.5	1- 14	2- 19.5	----	56	93.3
<u>MEDİKAL</u>	3- 3.33	----	----	----	----	1- 5	----	4	6.66
<u>TOPLAM</u>	14	18	16	8	1	3	----	60	
<u>%</u>	23.3	30	26.66	13.33	1.66	5			

60-70 yaş grubunda yer alan, 3 hastadan, 2'sinin, cerrahi tedavi gördüğü, ortalama yatış süresinin, 19.5 gün olduğu tespitlendi.Aynı gruptan, diğer, medikal tedavi gören,1

**hastanın 5 gün hospitalize edildiği belirlenerek, çalışmaya dahil edildi.**

**2000--2005 Kasım başına kadar olan dönemde, interne edilen, 60 hastanın, global olarak, ortalama yatış süresinin,6.83 gün olduğu, aynı grupta olup, medikal tedavi gören 4 hastanın, ortalama yatış süresinin, 3.75 gün olduğu saptandı.Cerrahi tedavi gören, 56 hastanın ortalama yatış süresinin, yaklaşık,7.05 gün olduğu,cerrahi tedavi görenlerinse ortalama hospitalizasyon süresinin medikal tedavi görenlerinkine oranı,1.88 olarak belirlendi.Adneks torsiyonu ile ilgili veriler ve bunlar arası ilişkiler,Tablo-11,30,31'de ayrıntılı şekilde belirtilmiştir.**

---

<b>TABLO-12</b>						
<b>✓ EKTOPIK GEBELİK RÜPTÜRÜ TANISI İLE İNERNE EDİLEN HASTALARDA YAŞ GRUBU-YILLARA GÖRE DAĞILIM</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	1	2	1	2	----	2
20-30	13	15	13	10	20	10
30-40	12	11	13	6	21	22
40-50	1	1	1	4	2	2
50-60	----	----	----	----	----	----
60-70	----	----	----	----	----	----
70 üstü	----	----	----	----	----	----

<b>✓ EGR TANISI İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN.YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) AÇISINDAN DAĞILIM</b>								<b>TABLO-13</b>
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	2	10	7	---	---	---	---	19
<u>CERRAHİ</u>	6	71	78	11	---	---	---	166
<u>TOPLAM</u>	8	81	85	11	---	---	---	185

<b>TABLO-14</b>						
<b>OVER KİST RÜPTÜRÜ TANISI İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	14	7	6	11	7	7
20-30	26	17	17	10	19	20
30-40	19	8	7	10	12	3
40-50	2	—	2	2	3	1
50-60	—	—	1	---	---	1
60-70	—	—	—	---	---	---
70 üstü	---	—	—	---	---	---

<b>TABLO-15</b>								
<b>OKR TANISI İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	38	82	44	6	1	---	---	171
<u>CERRAHİ</u>	14	27	15	4	1	---	---	61
<u>TOPLAM</u>	52	109	59	10	2	---	---	232

<b>TABLO-16</b>						
<b>✓ TUBA-OVARYAN APSE TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	3	---	1	---	---	1
20-30	---	2	---	1	1	---
30-40	3	2	5	2	8	2
40-50	1	6	5	2	4	2
50-60	-	-	---	---	---	---
60-70	-	-	-	---	2	---
70 üstü	---	-	-	---	---	---

<b>TABLO-15</b>								
<b>✓ TOA TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	1	---	7	6	---	---	---	14
<u>CERRAHİ</u>	4	4	15	14	---	---	---	39
<u>TOPLAM</u>	5	4	22	20	---	2	---	53

<b>TABLO-16</b>						
<b>✓ PID TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	4	3	1	---	1	1
20-30	22	12	8	8	7	5
30-40	17	10	9	6	8	5
40-50	8	5	2	1	4	6
50-60	2	--	2	---	1	1
60-70	--	1	--	---	---	---
70 üstü	---	---	--	---	---	---

<b>TABLO-15</b>								
<b>✓ PID TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	9	53	43	20	5	1	---	126
<u>CERRAHİ</u>	1	9	12	6	1	---	---	34
<u>TOPLAM</u>	10	62	55	26	6	1	---	160

<b>TABLO-20</b>						
<b>GİS KAYNAKLI AKUT PELVİALJİ İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	---	1	1	---	---	---
20-30	---	2	1	2	1	---
30-40	1	1	3	---	3	1
40-50	---	---	1	---	1	---
50-60	---	---	---	---	---	---
60-70	---	---	---	1	---	---
70 üstü	---	---	---	---	---	---

<b>✓ GİS KAYNAKLI AKUT PELVİALJİ İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
<b>TABLO-21</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<b>MEDİKAL</b>	---	---	---	---	---	---	---	---
<b>CERRAHİ</b>	2	6	9	2	---	1	---	20
<b>TOPLAM</b>	2	6	9	2	---	1	---	20

<b>✓ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVALJİ İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI: TABLO-22</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	2	2	---	1	1	---
20-30	1	7	4	1	6	2
30-40	---	1	1	4	3	1
40-50	---	---	1	---	---	---
50-60	---	---	---	---	---	---
60-70	---	---	---	---	---	---
70 üstü	---	---	---	---	---	---

<b>✓ÜRİNER SİSTEM KAYNAKLI AKUT PELVALJİ İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU, TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI: TABLO-23</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	5	20	9	1	---	---	---	35
<u>CERRAHİ</u>	1	1	1	---	---	---	---	3
<u>TOPLAM</u>	6	21	10	1	---	---	---	38

<b>TABLO-24</b>						
<b>✓ ENDOMETRİOZİS TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAS GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	---	---	---	---	---	---
20-30	---	1	---	---	---	---
30-40	3	---	3	3	---	1
40-50	3	---	1	5	3	---
50-60	1	2	---	3	2	1
60-70	---	2	2	1	1	---
70 üstü	---	2	---	1	---	---

<b>TABLO-25</b>								
<b>ENDOMETRİOZİS TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAS GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIM</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	---	---	---	---	1	---	---	1
<u>CERRAHİ</u>	---	1	10	12	8	6	3	40
<u>TOPLAM</u>	---	1	10	12	9	6	3	41

<b>TABLO-26</b>						
<b>✓ MYOM DEJENERASYONU TANISI İLE İNTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	---	---	---	---	---	---
20-30	1	---	2	---	---	---
30-40	1	---	---	---	3	---
40-50	---	1	---	1	7	---
50-60	---	---	---	---	5	---
60-70	---	---	---	---	---	---
70 üstü	---	---	---	---	1	---

<b>TABLO-27</b>								
<b>DEJENERE MYOM TANISI İLE İNTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	---	---	---	---	---	---	---	---
<u>CERRAHİ</u>	---	3	4	9	5	---	1	22
<u>TOPLAM</u>	---	3	4	9	5	---	1	22

<b>TABLO-28</b>						
<b>✓ DİSMENORE TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	---	---	---	---	2	---
20-30	3	5	1	1	3	1
30-40	5	2	1	15	15	1
40-50	8	5	7	18	10	6
50-60	---	1	1	---	1	---
60-70	---	---	1	---	---	---
70 üstü	---	---	---	---	---	---

<b>✓ DİSMENORE TANISI İLE İTERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
<b>TABLO-29</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	2	12	29	35	3	1	---	82
<u>CERRAHİ</u>	---	2	10	19	---	---	---	31
<u>TOPLAM</u>	2	14	39	54	3	1	---	113

<b>TABLO-30</b>						
<b>✓ADNEKS TORSİYONU TANISI İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU VE YILLARA GÖRE DAĞILIMI:</b>						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
10-20	3	---	1	2	4	4
20-30	4	3	3	2	2	4
30-40	2	2	3	---	4	5
40-50	---	2	1	---	3	2
50-60	---	---	---	---	---	1
60-70	1	---	---	---	1	1
70 üstü	---	---	---	---	---	---

<b>✓ADNEKS TORSİYONU İLE İNERNE EDİLEN HASTALARIN, YAŞ GRUBU-TEDAVİ (MEDİKAL-CERRAHİ) ACISINDAN DAĞILIMI</b>								
<b>TABLO-31</b>								
YAŞ TEDAVİ	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70 üstü	TOPLAM
<u>MEDİKAL</u>	3	---	---	---	---	1	---	4
<u>CERRAHİ</u>	11	18	16	8	1	2	---	56
<u>TOPLAM</u>	14	18	16	8	1	3	---	60

## SONUÇLAR-TARTIŞMA

2000-ile Kasım-2005 arası dönemde, Akut pelvialji ile gelen,924 hasta ele alınarak, incelendi.Akut pelvialji'ye neden olan nedenler arasında ektopik gebelik rüptürü,over kisti rüptürü, myoma dejenerasyonu , adneks torsiyonu, pelvik inflammatuar hastalık, tuba-ovaryan apse,GİS kaynaklı nedenler, üriner sistem kaynaklı nedenler, endometri ozis, ve dismenore dikkate alınarak, yaş, görülme sıklığı, uygulanan tedavi şekli, hospitalizasyon süresi gibi parametreler belirlenip, bunlar çeşitli tablolarla ifade edildi.

Sonuçta,2000 ile 2005 kasım ayı başına kadar olan dönemde incelenen 924 hastadan 232 sinin, over kist rüptürü ile interne edilip, görülme oranının, %25.10, ektopik gebelik rüptürü ile interne edilenlerin sayısının,185 olup, görülme oranının,%20.02, adneks torsiyonu ile interne edilenlerin sayısının, 60 olup, görülme sıklığının,%6.49, tubaovaryan apse tanısı ile interne edilenlerin sayısının, 53 olup, görülme sıklığının,%5.73, PID tanısı interne edilen, 160 hasta olup, görülme sıklığının, %17.31, myom dejenerasyonu tanısı ile interne edilen 22 hasta olup, görülme sıklığının,%2.38, dismenore tanısı ile interne edilen,113 hasta olup, görülme sıklığının,%12.22,GİS kaynaklı akut pelvialji tanısı ile interne edilen,20 hasta olup görülme sıklığının,%2.16,üriner sistem kaynaklı akut pelvialji tanısı ile interne edilen,38 hasta olup, görülme sıklığının,%4.11, endometriozis tanısı ile interne edilen 41 hasta olup,görülme sıklığının,%4.43 olduğu belirlendi.Sıklık sırasına göre, akut pelvialji nedenlerine bakıldığında, en sık görülen nedenin, over kist rüptürü olduğu, diğer nedenlerin ise, sırasıyla , ektopik gebelik rüptürü, pelvik inflammatuar hastalık, dismenore , adneks torsiyonu, tuba-ovaryan apse, endometriozis, üriner kaynaklı nedenler , myom dejenerasyonu, ve GİS kaynaklı nedenler olarak gözleendiği belirlendi.Over kist rüptürü ile yatırılan hastaların,%46.98 oranı ile,en çok 20-30 yaş grubunda olması,üreme fonksiyonunun en aktif olduğu dönemle ilgisini yansıtmak

tadır ki, bu durum da genel bilgilerle bağdaşmaktadır.

Ovulasyon sırasında over folikülünün çatlaması ile olan ağrıya mittelsmertz denildiğini biliyoruz. Peritoneal boşluğa sızan foliküler sıvıdaki, yüksek konsantrasyonlarda bulunan prostaglandinler, ve az miktardaki kan, bu siklus ortası pelvik ağrıya neden olabilirler. Bununla beraber ağrı, hafif veya orta derecelidir, kendi kendini sınırlar ve bozulmamış bir pıhtılaşma sistemi varsa, hemoperitoneum sık değildir. Dolayısı ile bu durumlarda cerrahi tedaviye, sık olarak gerek duyulmamaktadır(14). Bu bilgi ile uyumlu olarak, incelenen hastalardan, 10-30 yaş grubunda olanların, cerrahi tedavi görme sıklığının az olması, 20 yaş öncesi (10-20 yaş arası, 52 hasta) ve 30 yaş sonrası (30-40 yaş arası 59 hasta) ve özellikle 40 yaş sonrası (40-50 yaş arası 10 hasta) hasta sayısının azlığı dikkat çekicidir.

Korpus luteum kisti, en sık rüptüre olarak hemoperitoneuma neden olan kisttir. Habis olmayan neoplazmalar, en sıklıkla kistik teratomlar (dermoid) veya kistadenomlar, enflammatuar over kitleleri, ve endometrioma gibi over kistleri de, sızıntı yapabilir veya rüptüre olabilirler. Henüz cerrahi ekstirpasyon uygulanmamış dermoid kist veya endometrioma anamnezi ender değildir. Bu olgularda, bilindiği gibi, mittelsmertz vakalarına göre cerrahi tedaviye, daha sık gerek duyulmaktadır (4,14). Yapılan çalışmada da, yaşı biraz daha ileri olan (özellikle 20 yaş üzeri), bayanlarda görülen akut pelvialjilerin, daha fazla cerrahi tedaviye gerek duyduğu izlenmektedir.

Yatırılan hastaların, %26.29'unun cerrahi tedavi, %73.71'inin, medikal tedavi gördüğü belirlenmiş olup, bu hastalarda cerrahi tedavi uygulamasının, "daha azaltılabilir mi?" sorusunu, akla getirmektedir. Cerrahi eksplorasyon işleminin, ileride fertiliteye yol açabileceği de düşünülürse, ilk akla gelen over kist rüptürü vakalarında erken ve

doğru teŖhisin ve tanısı koyulan vakaların yakından izlenmesinin, ne kadar değer taŖıdığı anlaŖılabilmektedir. Doğru teŖhis denilirken, örneğin, korpus luteum kistinin, özelelikle belirgin olan, bir hemoperitoneum oluŖturmasından önce, ani baŖlayan ve artan yaygın karın ağrısı ile benzeri belirtilerle seyreden, ektopik gebelikle karıŖtırılmamalıdır. Gebelik testi, mutlaka yapılmalıdır (14,15).

OKR ile gelen hastalarda, ortostatik hipotansiyon, anemi, veya kuldosentez ile alınan sıvıda, %16'nın üzerinde hematokrit, hemoperitoneumu düşündürmelidir. Bu durum da, laparotomi veya laparoskopiyi içeren cerrahi tedaviyi gerektirmektedir. Peritonitin nedenini belirlemede, kuldosentez, çok önemlidir. Taze kan, korpus luteumu, çukulata renkli "eski kan", endometrioma'yı, yağlı sebese sıvı, selim teratomu, pürülan sıvı, PID veya TOA'yi düşündürmelidir (14,51).

Esas üzerinde durulması gereken konu, kanımca; biraz önce belirttiğim gibi, over kisti rüptürü olgularının , erken ve doğru teŖhisi, ve takibi yanı sıra, cerrahi-medikal tedavi tercihinin doğru yapılmasıdır.

Ovulasyon indüksiyon ilaçlarının bilinçli kullanılması, inflammatuar kistlerin oluşumu açısından , pelvik inflammatuar hastalıklardan korunma tedbirlerinin alınması, ovulatuar siklüsü etkileyen kontraseptiflerin bilinçli uygulanması, akut pelvialjideki önemli yeri olan OKR insidansını, azaltabilecek, faktörlerdir. Torsiyone olmayan, hızla büyümeyen, sızıntı yapmayan ve enfekte olmayan bir over kistinin, akut ağrıya neden olmayacağından dolayı bayanların, Ŗikayetleri olmasa dahi en az 6 ayda bir rutin jinekolojik kontrollerini yaptırmaları, önerilmektedir.

OKR olgularında, ortostatik hipotansiyonu veya anemisi olmayan ve cul de sac sıvısında az miktarda kan olan hastalar, (sıvıda hematokrit<16) sıklıkla cerrahi girişim olmaksızın, hastanede izlenebilir, veya gözlemden sonra, acil bakım ünitesinden taburcu

edilebilirler(14,23).Bu durum da,cerrahi girişimin getireceği komplikasyonlardan uzaklaşma avantajı sağlamaktadır.

Kliniğimizde,over kist rüptürü tanısı ile yatan hastalara uygulanan tedavilerin,medikal olanlarının,(%26.29) yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında,10-20 yaş arasında olanlarda, 38,(%22.22), 20-30 yaş grubunda, 82,(%47.95), 30-40 yaş grubunda, 44,(%25.73), 40-50 yaş grubunda, 6,(%3.5), 50-60 yaş grubunda ise 1,(%0.58) hasta izlenmiştir.Medikal tedavi görenlerin,cerrahi tedavi görenlere oranlarına bakıldığında,yaklaşık olarak, 10-20 yaş grubunda, 2.71, 20-30 yaş grubunda, 3.03, 30-40 yaş grubunda, 2.93, 40-50 yaş arasında, 1.5, 50-60 yaş arasında ise, 1 olarak tespitlendi.Dolayısı ile bu oranlardan çıkan sonuç, yaş arttıkça, cerrahi tedavinin endike olduğu olgularda da artış olmasıdır.Bu durum bizi, yaşı büyük olup, over kist rüptürü şüphesi ile gelen bayanlarda, basit bir mittelschmerz olgusundan başka, neoplazmalar açısından da dikkatli olmamızı ve hastaları, bu yönde bilinçlendirmemiz gerektiği yönünde uyarmalıdır.Bu yüzden özellikle,35 yaş üstü bayanların daha sık aralıklar ile jinekolojik kontrollerden geçmesi gerekmektedir.

Yatış sürelerine bakıldığında, over kist rüptürü ile gelip, cerrahi tedavi gören toplam 61 hastanın, ortalama yatış süresinin 6.19 gün, 10-20 yaş grubunda, 5.1 gün, 20-30 yaş grubunda, 6.28 gün, 30-40 yaş grubunda, 7.13 gün, 40-50 yaş grubunda, 6.25 gün, olarak belirlendi.Medikal tedavi gören hastaların, global olarak ortalama yatış süresinin ise, 4.85 gün olduğu, yaş dağılımına göre, 10-20 yaş grubunda, 3.75 gün, 20-30 yaş grubunda,5.1 gün, 30-40 yaş grubunda, 5.09 gün, 40-50 yaş grubunda, 5.83 gün, 50-60 yaş grubunda ise 10 gün olduğu belirlendi.

Genel olarak, over kist rüptürü nedeniyle, interne edilen hastaların ortalama hos-

pitalizasyon sürelerinin, uygulanan cerrahi-medikal tedavi şekline göre oranı, yaklaşık olarak, 1.27 olarak tespitlendi.Yatış sürelerinin, cerrahi tedavi gören hastalarda 30 yaşından sonra, medikal tedavi görenlerin ise, 40 yaşından sonra, fark edilebilecek bir oranda artış gösterdiği saptandı.Dolayısı ile beklenildiği gibi, yaş arttıkça, özellikle cerrahi tedavi görmüş olan hastaların, hospitalizasyon sürelerinin, daha arttığı izlenmiştir.

Çalışma ile ilgili olarak, akut pelvik ağrının, over kist rüptüründen sonra gelen, ikinci sıklıktaki sebebi, ektopik gebelik rüptürü (EGR) olarak belirlendi.Akut pelvialji nedeniyle gelen 924 hastadan, 185'inin, dolayısı ile, %20.02'sinin, ektopik gebelik rüptürü tanısı ile interne edildiği saptanmıştır.

Ektopik gebelik,zamanında tedavi edilmediği zaman,fatal olarak sonuçlanabilmektedir.Bazı ülkelerde, maternal mortalitenin, önemli nedenlerinden birisi olmasına rağmen, gelişmiş ülkelerde ise dış gebelikten dolayı ölüm vakası pek görülmemektedir.

Değişik yayınlara göre, tüm gebelikler içerisindeki insidansı,1/150 ile 1/1000 arasında değişmektedir.Pelvik infeksiyöz hastalıkların sık görüldüğü bazı az gelişmiş olan ülkelerde, bu insidansın, 1/28'e kadar yükselebildiği ileri sürülmüştür.Son yıllarda, ektopik gebelik insidansının, artış gösterdiği, ancak, maternal mortalitenin, (özellikle gelişmiş ülkelerde) azaldığı bilinmektedir.Hipotez olarak, gelişmiş olan ülkelerde, maternal mortalite nedenleri arasında,yeri olmaması gerekmemektedir (15).Kliniğimizde, dış gebelik ve buna bağlı iç kanamadan dolayı, çalışma dönemi boyunca, ölüm gözlenmemektedir.Buna rağmen, ABD ve İngiltere gibi ülkelerde, maternal mortalitenin, %12-15'i, dış gebeliğe bağlanmaktadır (10,15).İnsidans değerindeki bu artış, seksüel yolla geçen hastalıkların,artışına, gelişen tuba cerrahisine, ovulasyon indüksiyonu ilaçlarının, fazla kullanılmasına,tüp bebek teknolojisindeki gelişmeye, çok erken tanı için gelişen teknolojiye,ve diğer ilgili faktörlere bağlıdır (10).

Ektopik gebelik rüptürü ile interne edilen, toplam 185 hastadan, 95'inin cerrahi, 90'ının ise medikal tedavi gördüğü, dolayısı ile %51.35'lik oranla cerrahi tedavi gören hastaların, medikal tedavi görenlere göre biraz daha fazla olduğu saptandı.

Yaş gruplarına bakıldığında, EGR tanısı ile interne edilenlerden, 10-20 yaş grubundaki 8 hastadan, 6'sının cerrahi, 2'sinin medikal, 20-30 yaş grubundaki 81 hastadan, 71'inin cerrahi, 10'unun medikal, 30-40 yaş grubundaki 85 hastadan, 7'sinin cerrahi, 78'inin medikal, 40-50 yaş grubundaki, 11 hastanın hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü izlendi. Dolayısı ile bu değerlere göre, özellikle 25 yaş üstünde ektopik gebelik rüptüründeki belirgin bir artış göze çarpmaktadır ki, bu durum, çalışmamızın konu bilgileri kısmında da belirtildiği gibi, yaş faktörünün, dış gebelik riskini arttıran, bir faktör olup, yaşı 35'in üzerinde olan kadınlarda, 25 yaştan küçük kadınlara oranla, dış gebeliğin, 3 kat daha fazla görüldüğünü bildiren yayınlarla uyum sağlamaktadır.

EGR tanısı ile interne edilen hastaların, yatış sürelerine bakıldığında, cerrahi tedavi görmüş 95 hastanın, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 4.75 gün, medikal tedavi gören 90 hastanın ortalama yatış süresinin, 3.83 gün olduğu, dolayısı ile cerrahi ile medikal tedavi gören hastaların ortalama yatış sürelerinin oranının, yaklaşık 1.24 olduğu saptandı. Yine, kliniğimizde, cerrahi tedavi görüp yatan hastaların ortalama yatış sürelerinin, 10-20 yaş arası grupta, 6.37 gün, 20-30 yaş arası grupta, 4.52 gün, 30-40 yaş grubunda, 4.73 gün, 40-50 yaş grubunda, 5.44 gün olduğu, dolayısıyla, yatış süresinin, 10-20 yaş ve 40-50 yaş arası grupta daha fazla olduğu, 20-30 yaş ile 30-40 yaş arasındaki grupta değerlerin birbirine yakın olduğu belirlendi. Medikal tedavi ile interne edilen 90 hastadan, 10-20 yaş grubunda, 4 gün, 20-30 yaş grubunda, 2.87 gün, 30-40 yaş arası grupta ise, 3.95 gün olup, 10-20 yaş ile, 30-40 yaş arası gruptaki, ortalama yatış süresi-

nin, birbirine yakın değerde ve 20-30 yaş grubuna göre yüksek olduğu izlendi.

Fertilize ovumun, tubadaki yolculuğunu geciktiren herhangi bir etken, implantasyon olgunluğuna erişmiş fertilize ovumun bulunduğu yere implante olması ile sonuçlanır.Ektopik gebeliğe neden olan faktörler iyi bilinip, bununla ilgili önlemler alındığı ve fertil dönemdeki, özellikle 25 yaş üstü bayanlar, bu konuda bilinlendirildiği takdirde, mortaliteyi pek fazla etkilememesine rağmen, insidansı giderek artan, ektopik gebelik rüptürü olgularında belirgin bir düşüş sağlanabilecektir.

Dış gebelik gebeliklerin yaklaşık olarak yarısında, daha önce geçirilmiş, pelvik enfeksiyonlara(tüberküloz dahil) rastlanır.Bu yüzden özellikle cinsel temasla bulaşan,pelvik enfeksiyöz hastalıklardan korunma tedbirleri alınmalıdır (33).ülkemizdeki, sosyal, ve ahlaki değerlerin, cinsel serbestliği sınırlamasından dolayı, birçok avrupa ülkesi, ve ABD'e göre, ektopik gebeliklerin, daha az görüldüğünü söyleyebiliriz (15).Bununla beraber, son yıllarda,özellikle cinsel temasla bulaşan, enfeksiyöz hastalıklarda, artış olduğunu belirtmek,kaçınılmazdır (10).Bu konuda,bireylerin eğitilmeleri, ve korunma yöntemlerinin, bilinçli bir şekilde uygulanması gerekir.Tubaya komşu tümör varlığı, veya endometriozis gibi adezyonların neden olduğu, tuba torsiyonları da, ektopik gebelik nedeni olabilir.Bu olgular, genellikle yaşı ileri bayanlarda önem taşımaktadır.

Nadiren de olsa, koitusdan sonraki 48 saat içinde, bilinmeden yapılan, tubal ligasyon, histerektomi gibi operasyonlar sonrasında , ektopik gebeliğe rastlanabilir.Burada neden, fertilize olmuş ovumun yolunun, cerrahi olarak obstrüksiyonudur.Tubal cerrahi sonrası ektopik gebelik riski,%3-10 kadardır.Burada cerrah'a büyük görev düşmektedir.Pre op. ayrıntılı anamnez alınmalı,özellikle son koit zamanı mutlaka bilinmelidir. Tubal cerrahilerin de,EGR olgularını arttırmasından dolayı,mümkün olduğu kadar,özellikle elektif şartlarda invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır (11).

Transmigrasyon bozuklukları nedeni ile oluşan EGR olguları, sanıldığı kadar az olmayıp, gerekli tedbirler alınmalıdır. Tubal gebeliğin karşı tarafında, korpus luteumun gözlenmesi, tanıyı destekleyen bir bulgudur (14). Ayrıntılı USG yapılmalıdır.

Üzerinde durulması gereken önemli bir nokta da, daha önce EGR geçirmiş olanların, ektopik gebelik rüptürü açısından, yakından izlenmesidir. Çünkü, daha önce ektopik gebelik geçiren kadında, tuba alınsın veya alınmasın, tekrarlama riski, %10 kadar bir oranda kendini göstermektedir (15).

Oral kontraseptifler, ektopik gebelik insidansını büyük ölçüde azaltmakla beraber sadece progesteron içeren oral kontraseptiflerin, ektopik gebelik riskini 5 kat arttırdığını ileri sürmüştür. Ülkemizde, özellikle oral kontraseptiflerin çok fazla miktarda ve göz ardı edilemeyecek derecede bilinçsizce kullanılması, biz hekimlere bu bireylerin, eğitilmesiyle ilgili büyük sorumluluk yüklemektedir. Özellikle doktora danışmadan, bu hapların kullanılmaması, ne zaman kullanılması, ve ne kadar ara verilmesi, kontraendike olduğu durumlar açısından genç yaşta itibaren yaygın eğitim verilmesi kaçınılmazdır.

EGR etyolojisinde, ülkemizde de önemli oranda izlenen, intrauterin araç kullanımı, dikkat edilmesi gereken durumlardandır. İntrauterin araç kullananlarda, herhangi bir gebelik oluşma riski, %2 olup, bu gebeliğin de ektopik gebelik olma riski de, %4-17 olarak bildirilmektedir (15). İntrauterin aracın tuba motilitesini bozması, ve pelvik enfeksiyon hastalıklarını arttırması yoluyla ektopik gebelik rüptürünü arttırabildiği bilinmekte olup, gerekli tedbirler alınmalıdır. İntrauterin araç, uterus kavitesinde 2 yıldan fazla süreyle kalırsa, risk daha belirgindir, yine, intrauterin aracın çıkarılmasını takip eden, ilk bir yıl içinde, risk, daha yüksek olarak kabul edilmektedir. İntrauterin araç kullanımı, endikasyonları ve kontraendikasyonları bilinmeli, ve intrauterin araç kullananlar, yakından takip edilmelidir (10,15). Özellikle intrauterin araç kullanımının, yoğun oldu-

ğü ülkemizde, irritasyon özelliğı en az olan materyallerin sağlanması konusunda, Sağlık Bakanlığı'na önemli görev düşmektedir.

Kontrasepsiyon amacıyla yapılan, tüp ligasyonu sonrasında gebelik riski,%3 civarındadır, bu gebeliğın, ektopik gebelik olma ihtimali de%15 dir.Özellikle tubaya halka takılarak yapılan tüp ligasyonunda oluşan gebeliğın, dış gebelik olma ihtimali, %50'ye çıkmaktadır (11,15).

Ülkemizde, nadir kullanılan bir kontrasepsiyon yöntemi olan, ilişkiden sonra yüksek doz hormon içeren ilaçların kullanılması halinde, eğer gebelik engellenemezse, dış gebelik riski, 10 kat yüksektir.Dolayısı ile, bu hastalar yakından izlenmelidir.

Endokrin bozukluklarda, östrojen-progesteron dengesinin bozukluğuna bağılı olarak, tuba endotelinin, silier motilitesinin bozulması , ovumun transportunu, bozan bir faktör olarak bilinmektedir.Endokrin bozukluğı olan hastalarda,bu durumdan dolayı ektopik gebelik rüptürü oluşabileceğı, akıldan çıkarılmamalıdır (12,15).

Özellikle son yıllarda, ülkemizde de artarak kullanılan, yardımla üreme yöntemleri sonucunda da, ektopik gebelikte artış olduğı gözlenmiştir.IVF ve GIFT yönteminde, ektopik gebelik,elde edilen toplam gebeliklerin,%5'ine kadar ulaşabilmektedir.Bu yöntemlerin uygulandığı hastalar, ektopik gebelik açısından izlenmelidir (10,15).

Akut pelvik ağrı ile gelen hastalarda, OKR ile EGR ayırımı, öncelikli yapılmalıdır. Ülkemizde doğurganlık oranının halen fazla olması, RİA kullanımı,sadece progesteron içeren oral kontraseptiflerin, göz ardı edilemeyecek kadar fazla kullanımı, silier motiliteyi etkileyebilen, endokrinolojik bozuklukların sıklığı, infertilite ve ovulasyon indüksiyonu faktörleriyle kullanımı giderek artan, yardımla üreme yöntemleri sonucunda, ektopik gebelik rüptürü oluşma riski, artmaktadır.Yabancı ülkelerde ise, EGR oluşumun

da, cinsel temasla geçen hastalıkların, oldukça önemli rol aldığı yönünde görüşler mevcuttur. ABD ve İngilterede, maternal mortalitenin, %12-15'i dış gebeliğe bağlanırken ülkemizde bu oranın, karşılaştırılmayacak değerde düşük olması, sevindiricidir (15).

PID olgularına bakıldığında ise, toplam akut pelvialji nedeniyle yatırılan, 924 hastadan, 160'ının, yani %17.31'lik bir oranının pelvik inflammatuar hastalık nedeni ile interne edildiği saptandı. Bunlar arasından 60'ının, (%37.5'inin) cerrahi, 100'ünün (%62.5'inin) ise medikal tedavi gördüğü, yaş gruplarına göre görülme sıklığının ise, 10 ile 20 yaş arası grupta, %6.25, 20-30 yaş grubunda, %38.75, 30-40 yaş grubunda, %34.37, 40-50 yaş grubunda %16.25, 50-60 yaş grubunda, %3.75, 60-70 yaş grubunda ise, %0.62 oranında olduğu saptandı.

Sonuçta, PID görülme sıklığının, cinsel aktivitenin en fazla olduğu, 20-30 yaş grubunda, ve bunu takiben, 30-40 yaş grubunda olduğu belirlendi.

Yatış sürelerine bakıldığında, cerrahi tedavi gören, 60 hastanın, ortalama yatış süresinin, 7.9 gün, medikal tedavi gören, 100 hastanın ortalama yatış süresinin ise, 4.55 gün olduğu ve, cerrahi-medikal ortalama yatış sürelerinin birbirlerine oranının, yaklaşık 1.73 olduğu saptandı. Dolayısı ile bu durum, beklenen oran olarak yorumlandı.

Pelvik infeksiyonların, görülme sıklığının gelişmiş ülkelerde, geçtiğimiz 10 senelik süre içinde, %20'den, %50'lere çıktığı iddia edilmektedir. Bu ülkelerde, özellikle 30 yaş altındaki kadınlarda, pelvik enfeksiyonlara, daha sık olarak rastlanmaktadır. (30).

Ülkemizde, aile yapısı, inançlar, ve sosyal anlayış nedeni ile dış ülkelerde yapılan serilerle karşılaştırılmayacak derecede az pelvik infeksiyon söz konusudur (15).

Pelvik infeksiyonlar, erken yaşta cinsel ilişkiye başlamış ve çok sayıda kişiyle cinsel ilişkiye girmiş olan kadınlarda, ve hayat kadınlarda, daha sık görülmektedir. RİA (Rahim içi araç) ların, pelvik infeksiyon riskini arttırdığı iddia edilmektedir. Dolayısı i-

le, ülkemizde RIA kullanımının sık olması pelvik enfeksiyonlar açısından önemlidir(30)

Oral kontraseptif (OKS) kullananlarda , pelvik enfeksiyonların sıklığı, belirgin oranda azalmaktadır (15,39).

Normal şartlarda, yaşayan aile kadınlarında, asendan pelvik enfeksiyonların, %1 oranında görüldüğü kabul edilmektedir. Bunda da kocanın, enfeksiyon taşıma olasılığı, başlıca rolü oynamaktadır. Ülkemizdeki kadınların çoğu, bu özelliği taşıdığından, gerekli eğitimin eşlere de verilmesi daha uygun olacaktır (30,39).

Ayrıca cinsel ilişkinin, özellikle orgazmın, uterus içinde meydana gelen negatif basınçla, bazı patojenleri (N.gonorrhoea gibi) yukarı çektiğini sürenler vardır. Doğum, uterus kavitesine yapılan müdahaleler, ve cerrahi girişimler, pelvik enfeksiyonlar için major risk faktörleridir. Dolayısıyla çok gerekmedikçe, bu bölgelerle ilgili invaziv işlemlerden kaçınmak, pelvik enfeksiyöz hastalıklardan korunmak için önemlidir (15,28).

Yukarıda da belirttiğimiz gibi ülkemizde pelvik enfeksiyonlar, dış ülkelerle karşılaştırılmayacak kadar azdır. Genellikle mikst özellikte olan bu enfeksiyonların, dünya daki en sık sebebi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardır. Bu gibi enfeksiyonlarda, N.gonorrhoea, ve Chlamydia trachomatis, çoğunlukla izole edilebilir. Bacteroides fragilis, Peptostreptokoklar ve klostridyumlar da, sıklıkla izole edilen anaeroblardır. Sonuçta, pelvik enfeksiyonların tedavisinde, öncelikle bu etkenleri düşünmek, gerekmektedir. A grubu streptokoklar, "Hemophilus influenza ve Campylobacter fetus" daha nadir olarak görülür. Kabakulak, herpes, coxsackie ve rhinovirus, pelvisin viral enfeksiyonları arasında olup dikkate alınmalıdır. Parazit ve mantar enfeksiyonları, son derecede nadir olup, en sık görüleni, dolayısı ile üzerinde en fazla durulması gerekeni, kist hidatiktir. Echinococcus granulosus tarafından oluşturulan bu enfeksiyon, daha ziyade, sekonder olarak he-

patik veya peritoneal kistlerin rüptürü ile oluşmaktadır.Ülkemizde de, çok nadir görülen, kist hidatik olguları mevcuttur (15,23,39).

Özellikle ülkemizde tüberküloz, sık olup, pelvik enfeksiyonların nedenlerinden olabileceği, akıldan çıkarılmamalıdır (15).

Dismenore nedeniyle kliniğimizde interne edilen, 113 hasta belirlenmiş olup, total olarak, akut pelvialji ile yatırılan,924 hasta içerisinde, %12.22'lik bir oranı kapsamaktadır.Cerrahi tedavi ile yatırılan, 32 hasta,(%28.31), medikal tedavi ile yatırılan 81hasta belirlenmiştir.Yatırılan hastaların yaş gruplarına bakıldığında, en fazla 30-40 yaş arası (%34.51) ve 40-50 yaş grubu (%47.78) içinde hastaya rastlanıldı.

Ortalama yatış sürelerine bakıldığında, cerrahi tedavi ile, interne edilenlerde,5.83 gün, medikal tedavi görenlerin, 2.02 gün olduğu gözlemlendi.Global olarak dismenore tanısı ile yatan tüm hastaların, ortalama yatış süresinin, 3.05 gün olduğu, cerrahi tedavi görenlerin, medikal tedavi görenlere göre,ortalama yatış süresi oranının ise,yaklaşık 2.88 olduğu belirlendi.Cerrahi tedavi görenlerde ortalama yatış sürelerinin, yaş gruplarına göre değerlendirilmesinde, önemli bir farklılık bulunamadı.Aynı değerlendirme, medikal tedavi görenlerde yapıldığında ise, 20-30 yaş grubunda en fazla olup (3.33 gün), giderek bu sürenin düştüğü (30-40 yaş grubunda,2.03 gün, 40-50 yaş grubunda,1.36 gün 50-60 yaş grubunda,1.66 gün) izlendi.

Dismenore, kelime anlamıyla ağrılı adet görme olup,periyodik olan bu ağrı, diğer gastrointestinal şikayetler (bulantı, kusma, sık defekasyon),baş ağrısı,emosyonel bozukluklar ve çarpıntı ile de beraber olabilmekte,ve kadının günlük aktivitesini etkileyerek, tedavi arayışına itmekte,özellikle çalışan ve okuyan kesimde,iş günü kaybı ve devamsızlık nedeni olmaktadır.Bu durum kliniğimizde interne edilen hastaların,yukarıda belirttiğimiz ortalama yatış süreleri ile uygunluk göstermektedir (13,37).

Yapılan çalışmalarda, dismenore insidansı için,%3 ile %90 arasında rakamlar ve rilmıştır.Bu oran farklılıkları, hekimlerin, hastaların şikayetlerini, patolojik veya fizyolojik olarak değerlendirmede esas aldıkları kriterlerin,ya da yargılarının farklılıklarından kaynaklanmaktadır.Yine de ortalama %50 kadında, farklı derecede dismenoreye rastlanmaktadır.Yapılan bir çalışmada, ülkemizde, genç kızlar arasından%28.5 oranı ile primer dismenore,ve bunların %72'sinde de, okula ayda ortalama iki gün devamsızlık saptanmıştır (15).

Pek çok kadın adet gördüğü dönemde, çeşitli organik ve psikolojik rahatsızlıklardan, sıkça yakınmakta, ve doktora başvurmakta iken, bu dönemi, belirgin bir şikayeti olmadan geçiren kadınlar da vardır.Bu derecede iş gücü kaybı, ve değişik rahatsızlıklara neden olan durumun üzerinde durulması, kaçınılmazdır (14,40).

Tuba-ovaryan apse tanısı ile interne edilen, 53 hasta olup, kliniğimizde interne edilen akut pelvialjili hastaların%5.73'ünü oluşturmaktadır.PID'm son hali olan TOA tanısı ile interne edilen hastaların,%75.47'sinin cerrahi,%24.52'sinin,medikal tedavi gördüğü tespitlenmiştir.Cerrahi tedavi gören hastaların, en sık, 30-40 ve 40-50 yaş grubu içinde olduğu,yatış süreleri bakımından, önemli bir farklılık olmadığı saptandı.

Hastaların, tedavi şekline bakılmaksızın, global olarak, ortalama yatış sürelerinin, 7.96 gün olduğu, cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 8.5 gün, medikal olarak tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin 4.46 gün olduğu, dolayısı ile,cerrahi tedavi görenlerin, medikal tedavi görenlerinkine oranının, yaklaşık olarak 1.9 olduğu belirlendi.

PID için belirlenen öneriler ve etyoloji, TOA için de, geçerli olmaktadır.TOA, pelvik enfeksiyöz hastalıkların, son aşamasında olduğundan, uygulanacak cerrahi tedavi

komplikasyonları önceden iyi değerlendirilmesi, ve bu konuda, hastaların bilgilendirilmesi gerekmektedir (35).

Adneks torsiyonu tanısı ile, interne edilen, toplam 60 hasta olup, akut pelvialji ile, yatırılan, toplam, 924 hasta içinde, %6.49'luk bir oranı kapsamaktadır.10-20 ile 20-30 yaş grubunda sık rastlanması (10-20 yaş grubunda%23.3,20-30 yaş grubunda%30),genel bilgiler ile uyum göstermektedir.Tedavisi, genellikle cerrahidir.Kliniğimizde yatırılan hastaların, %93.3'üne cerrahi tedavi uygulanmıştır.Ortalama yatış sürelerine bakılırsa, 50 yaşına kadar düşüş, 50 yaşından sonra ise , yükselme söz konusudur.Torsiyon ile yatırılan hastalarda,global olarak, ortalama yatış süresinin,6.83 gün, cerrahi tedavi görenlerin ortalama yatış süresinin, 7.05 gün olduğu,ve medikal tedavi görenlerin oranının 1.88 olduğu belirlenmiştir.

Bütün over tümörlerinde,(kistik, solid, selim veya habis) over veya adneks torsiyonu, en sık rastlanan komplikasyondur.Çoğunlukla küçük kız çocuklarında ve nadiren de erişkin kadında, normal overin de torsiyone olduğu gözlenir.Bu yüzden küçük yaşta kilerde adneks torsiyonları mutlaka akla getirilmelidir.Klinik görünüm, tıpkı appendisitisi gibidir.Özellikle muayenede kitlenin ele gelmesi,ayırıcı tanıda önem taşır(25)

Hiç semptom vermeyen adneksiyal torsiyon vakaları tehlikeli olup, çok dikkatli olunmalıdır.Özellikle geç kalındığında, adneks çıkarılması ve dolayısı ile infertiliteye gidiş söz konusu olacağından, tüm pelvialjilerde, bayanların, şikayetleri olmasa da, rutin olarak, periyodik jinekolojik kontrollerini yaptırmalarının,ne kadar fazla önem taşıdığı açıktır.Torsiyonlarda,özellikle genç yaşlarda çok dikkatli olunmalıdır.Hastalar ve ebeveynler bu konuda, bilinçlendirilmelidir.

Endometriozis, ağrılara, ve infertiliteye neden olabilen, genelde öldürücü sonuçlar oluşturmayan bir durum olup, kliniğimizde, endometriozis tanısı ile interne edilen has-

uların tüm interne edilen akut pelvialjili hastaların %4.43'ünü kapsadığı görülmüştür. Endometriozis vakaları, genellikle, 30-40 ve 40-50 yaşları arasında daha sık olarak göz lenmiştir. Hospitalize edilen hastaların, %97.56'sının cerrahi tedavi gördüğü saptanmış ır. Yatan hastaların ortalama yatış süresinin, 5.54 gün olduğu saptanmıştır.

Endometriozisin tanısı, ancak laparoskopi veya laparotomi gibi invaziv cerrahi yön temlerle konulabildiği için, genel populasyondaki, sıklığını belirlemek, oldukça güçtür. Bu nedenle literatürde, %1'den, %65'e kadar değişen, birbirini tutmaz rakamlara rast lamak mümkündür. Ancak belirli gruplarda hastalığın sıklığını vermek olasıdır. Tüp li- gasyonu yapılan kadınlarda, endometriozise %2-8 oranında rastlandığı konusunda ABD kaynaklı yayınlar vardır. Buna karşı infertil kadınlarda hastalığın sıklığı, %15-25 oranı na kadar çıkmaktadır. Evrensel literatürde, genelde endometriozis insidansı, %5-10 ola rak belirtilmektedir. Son yıllarda, endometriozisin gözle görülmeden de var olabileceği ileri sürülmüş, bu amaçla tanı için biyopsi ve elektron mikroskobu kullanılması öneril miştir. Bu yolla koyulan tanılarla da nedeni açıklanamayan infertilite vakalarına çare bulunabileceği yönündeki görüşler, ümit vericidir (15,52).

Son yıllarda, endometriozise daha sık rastlanıldığı ileri sürülmüş olup, kanımızca, giderek artan laparoskopi uygulamalarının, bu duruma sebep olabileceği düşünülme ktedir. Ülkemizdeki, laparoskopi uygulamalarında, infertilite olgularında endometriozis insidansı, %14 dolayındadır (15). Endometriozis tanısında, değerlendirmeyi yapan heki min, bilgi ve deneyimi, önemli rol oynamaktadır. 30'lu yaşlardan, ileri yaşlara kadar gö rülebilen bu durum için, rutin jinekolojik kontrollerin düzenli yapılması gerekir. Etyo- lojide rol alan faktörlerden, uterusu ilgilendiren operasyonların bilinçli olarak yapılma sı, genetik geçiş, bozulmuş immün yanıt, ve diğer birçok faktör, üzerinde durulması

gerekli olan konulardır(52,53).

Myom dejenerasyonu ile interne edilen 23 hasta incelemeye alınarak,bunların akut pelvaljiyle interne edilenlerin, %2.38'ini, kapsadığı belirlendi.Hastaların hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü, ve en fazla olarak, 40-50 yaş grubunda(%39.13) olduğu,10-20 yaş grubunda, hasta olmadığı saptandı.Ortalama yatış süresinin 6.52 gün olduğu saptandı.

Dejenere myomların, ağrı kesici ve yakın izlem ile de tedavi edilebileceği cerrahi tedavinin şart olmadığı bilinmektedir (14,23).Cerrahi tedavi,beraberinde birçok komplikasyonunda getireceğinden, mümkün oldukça, invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır.Özellikle orta,ve ileri yaş kadınlarda, myom komplikasyonları, akla getirilmelidir.Yine, bu rada, jinekolojik rutin kontrollerin önemini söylemek kaçınılmazdır.

GİS kaynaklı akut pelvalji tanısı ile interne edilen hastaların, toplam akut pelvalji ile interne edilenlerin,%2.16'sını kapsadığı, bunların hepsinin, cerrahi tedavi gördüğü, ortalama yatış süresinin, yaklaşık olarak, 7.34 gün olduğu belirlendi.En fazla 30-40 yaş grubunda, daha sonra ise,20-30 yaş grubunda hasta olduğu saptandı.

En sık rastlanan GİS kaynaklı pelvik ağrı nedeni, apandisit olup,belirtilerinin,PID ile karışabildiği,göz önüne alınmalıdır.Teşhiste erken appendiks enflamasyonunu ekarte etmek, bazen güç olabilir (56,57).%20'lik bir yalancı pozitiflik oranı ile, laparotomi, gözlemlerle rüptür ve peritonit olasılığına, tercih edilir.Rüptüre bir apandisit, yalnızca yaşamı tehdit etmeyip, fertilitate açısından da, ciddi sonuçlar ortaya çıkarabileceği unutulmamalıdır (14,57).

Akut divertikülit, tipik olarak, postmenopozal kadınları etkilemekle beraber, nadir olarak, otuzlu ve kırklı yaşlarda ortaya çıkabilir.Şiddetli sol alt kadran ağrısı, şişkinlik kabızlık, ve ishal durumunda, divertikülit de düşünülmelidir.Apandisitten daha az sıklıkla, perforasyon, ve peritonite neden olmakla beraber, iştahsızlık ve kusma nadirdir.

Başlangıçta, direkt olarak cerrahi müdahale yapmaktan kaçınılmalı, i.v.antibiyotikler denenmeli, gerekirse, cerrahi uygulanmalıdır.Özellikle, postmenapozal kadınlarda, divertikülit akla gelmelidir.Barsak tıkanıklığı da, GİS kaynaklı akut pelvialji nedenlerindedir.En sık sebepleri,cerrahi sonrası yapışıklıklar,herni oluşumu, inflammatuar barsak hastalıkları ve barsak veya over kanseri olup parsiyel tıkanıklık nasogastrik sonda ve i.v sıvılar ile tedavi edilmeye çalışılmalı, tam obstrüksiyonlarda gerekirse,cerrahi tedavi uygulanmalıdır.(14,56,57).

Üriner sistem kaynaklı akut pelvialjilerin interne edilen, tüm akut pelvialjili hastaların,%4.11'ini oluşturduğu , bunların,%7.89'unun, cerrahi tedavi gördüğü, global ortalama yatış süresinin, 4.93 gün, medikal tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 5.2 gün, cerrahi tedavi görenlerin, ortalama yatış süresinin, 8 gün, cerrahi/medikal tedavi görenlerin ortalama yatış süreleri oranının, yaklaşık olarak,1.53 olduğu saptandı.

Akut pelvialjide,göz ardı edilemeyecek derecede yeri olan üriner sistem kaynaklı olan olguların, üreteral litiazise bağlı, üreteral kolik, intraluminal basınçta, ani artış ile, buna bağlı enflamasyon sonucu gelişir.Tıbbi gözlem ve cerrahi tedavi,renal litiazis için uygulanacak tedavi şekilleridir.Gebe olmayan pyelonefritli kadınlar, ve tüm sistitli kadınlar, ayaktan, tedavi görebilir (58,59,60).Gerekli durumlarda, üroloji konsültasyonu istenmelidir.Çalışmamızda,üriner kaynaklı olan akut pelvialjilerin en sık 20-30 yaşları arasında, (%55.26), daha sonra ise, 30-40 yaş grubunda, görüldüğü saptanmıştır.Dolayısı ile özellikle bu yaşlarda üriner sistemle ilgili problemlerin olması aktif cinsellik dönemi ve seksüel yolla bulaşan hastalıkları düşündürmektedir.

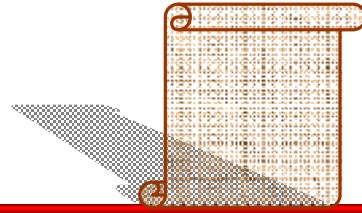
Doğurgan çağda, akut pelvik ağrısı olan, tüm kadınlarda, hematokrit,hemoglobin, lökosit sayısı ve yayması ile tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı (non spesifik,




ama, sıklıkla subakut PID'si olan kadınlarda, tek anormal laboratuvar bulgusu), idrar tahlili,duyarlı bir idrar veya serum gebelik testi uygulanmalıdır.Kuldosentez uygulanması, tanıda çok yardımcı olup, gerekirse uygulanmalıdır.

Pelvik USG, muayene sonuç vermiyorsa, obesite veya defansa bağılı zor değerlendiriliyorsa,ektopik gebeliğin ekartasyonu, veya adneksleri değerlendirmek için, kullanılımmı gerekir.BT taraması, retroperitoneal kitlelerin, veya gastrointestinal sisteme bağlı olan apselerin değerlendirilmesi için yararlıdır.Tanısal laparoskopı, etyolojisi belli olmayan akut batın olan hastalarda tanıyı koymak için,şüpheli bir adneksial kitlenin özelliklerini aydınlatmak için, veya gebeliğin intrauterin veya ekstrauterin olduğunu ayırt etmek için (ultrasonografi sonuçları belirsiz veya negatif ise) kullanılır(14).Eğer salpingo ooforitden şüpheleniliyorsa, laparoskopı, tanının doğrulanmasını, sağlayabilir.Tanısal laparoskopı, büyük bir pelvik kitlenin varlığında, (>12cm) yapılırsa, görüntü engellenebilir, ve laparoskopı, peritonitli ağır ileuslu veya, barsak tıkanıklığı olan hastalarda,göreceli olarak kontraendikedir.Bu durumlarda laparotominin tercihlenmesi,yerinde bir karar olarak düşünülebilir(3,14,58).



## **KAYNAKLAR:**



- 1-Dawood MY. Dysmenorrhea Clin Obstet Gynecol 1990;3 (2):168-78
- 2-Rapkin AJ, Reading AE.Curr Probl Obstet.and Gynecol Fertil 1991;14(4):99-137
- 3-Bonica JJ. General considerations of pain in the pelvis and perineum. In: Bonica JJ, Loeser JD, Chapman CR, et al, Eds. The Management Of Pain II .Philadelphia :Lea &Febiger, 1990 : 1283-1312.
- 4-Rapkin AJ. Gynecologic pain in the clinic:is there a link with the basic research In: Gebhart GF, Ed. Visceral Pain . Seattle:IASP Press,2002:469-80. 
- 5-Bonica JJ.Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain.Arch Surg 1977;112:750-61
- 6-Kahn JG, Walker CK, Washington AE,et al.Diagnosing pelvic inflammatory disease. JAMA 1991;266(18): 2594-604 
- 7-Centers for Disease Control and Prevention. 1993 Sexually transmitted diseases treatment guidelines .MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1993;42(RR-14):1-13.
- 8-Sellers J, Mahony J, Goldsmith C, et al.The accuracy of clinical findings and laparoscopy in pelvic inflammatory disease . Am J Obstet Gynecol 1991;164:113-20
- 9-Goldner TE, Lawson HW,Xia Z,et al.Surveillance for ectopic pregnancy.United States 1970-1989.MMWR Morb Mortal Wkly Rep CDC Surveillance Summary 1993;42 (SS-6)
- 10- Chow WH,Dailing JR, Cates W Jr, et al.Epidemiology of ectopic pregnancy. *Epidemiol Rev* 1987;9:70-94. 
- 11-Lavy,G,Diamond MP, DeCherney AH.Ectopic pregnancy:its relationship to tubal

reconstructive surgery.*Fertil Steril* 1987;47:543-56.

12- Speroff L, Glass RH, Kase NG: *Clinical gynecologic endocrinology and infertility:*

*Ectopic Pregnancy, 6 ed, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore, 08-30, 1990.*

13- Güvener S, Hülagü C, Kösebay D: *Dış gebelikte endometrium bulguları ve arias stella fenomeni, Cerrahpaşa Tıp Bülteni, 2:232, 1968.*

14- Novak's gynecology, 13th. Print. Julie A.Jolin, Andrea Rapkin,

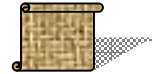
15- Jinekoloji 2.Baskı, Prof.Dr.Turgay Atasü, Prof.Dr.Sezai Şahmay, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi-2000



16- Kadar N, Devore G, Romero R: *The discriminatory hCG zone: It's use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. Obstet Gynecol 58:156, 1981*

17- Kim MH: Ectopic pregnancy (in) Zuspan FP, Quilligan EJ (Eds.) *Current Therapy, in Obstetric and Gynecology. Saunders company. Philadelphia, Tokyo, 1994*

18- Mashlach S, Carp JHA, Serr DM: *Non operative management of ectopic pregnancy: a preliminary report. J Reprod Med. 27: 127, 1982*



19- Pouly JL, Manhes H, Mage G, Canis M, Bruhat MA: *Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancies .Fertil Steril 46: 1093-1986.*


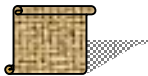


20- Şentürk LM, Arıcı A: *Diagnosis and management of tubal disease, In Car,B ,Black well RE (eds) : Textbook Of Reproductive Medicine, 2, ed, Appleton & Lange, stamford- 1998 & Print*




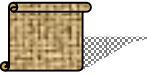


21- De Cherney, AH, Matheux R, Naftolin F: *Salpingostomy for ectopic pregnancy in the sole patent oviduct: reproductive outcome. Fertil Steril 37 : 619, 1982.*

22- Chaudhuri G, *Physiologic aspects of prostaglandins and leukotrienes. Semin. Reproductive Endocrinology 1985;3(3):219-30.*

23- Taylor S: *Essential of gynecology, 4th Ed. Lea and Febiger Philadelphia, 1969.*

- 24-Tindall VR:Yeafoate's Principles of Gynaecology 5th ed Butter worth, Co London, 1987 Print. 
- 25-Türkent M,Atasü T,Osman N:*Torsiyone over tümörleri Haseki Tıp Bülteni* 9:78,1971
- 26-Thurmond AS, Burry KA, Novy MJ Salpinjitis, Fertil Steril 63:715 ,1995.
- 27-Sweet RL, Draper DL, Schachter J, et al.Microbiology and patogenesis of acute salpingitis as determined by laparoscopy: what is the appropriate site to sample?Am J Obstet. and Gynecol.1980;138:985. 
- 28-Clinical exam.diagnosis and treatment-Gynecology and Obstet.Page:82
- 29-Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP.Microbial etiology of urban emergency department acut salpingitis: treatment with ofloxacin.Am J Obstet.Gynecol.1992;167:653-60 
- 30-Eschenach DA: Epidemiology and diagnosis of acut pelvic inflammatory disease. Obstet Gynecol 55: 142, 1980.
- 31-Hillis SD, Joesoef R, Marchbanks PA, et al.Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility.Am J Obstet.and Gynecol.1993;168:1503
- 32- Centers for Disease Control and Prevention .Recommendation for the prevention and control of Chylamydia trachomatis infections.MMWR Morb Mortal Wkly Rep roduc.1993;42 (RR-12):1-36. 
- 33-Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, et al. Sexually transmitted diseases.2nd ed New York : McGraw Hill , 1990 printed.
- 34-Pearce JM: *Pelvik inflammatory disease*,An overview. In *grundinskas* JG,Chapman MG-Chard T, Djahanbakhch O(Eds.)*The Fallopian tube Clinical and surgical aspects*, Springer, Verlag, London, Berlin, 1994

- 35-Atasü T,Saridoğan E:*Postmenapozal kadında tubaovaryen apse,Jinekoloji ve Obstetrik dergisi. 7 :58, 1993.* 
- 36-Wasserheit JN, Bell TA, Kiviat NB,et al.Microbial Causes of Proven Pelvic İnflamflammatory Disease And Efficacy of Clindamycin and Tobramycin.Ann İtern Med. 1986;10
- 37-Deligeroroglon E: Dysmenorrhea. Ann NY Acad Sci. 900:237;2000.:187-93 page.
- 38-Andresch B,Milsom I:An Epidemiologic study of young woman with dysmenor rhea, Am J. Obstet.Gynecol. 144 : 655 , 1982
- 39-Eschenbach DA, Holmes KK, Acute pelvic inflammatory disease: current concepts of pathogenesis, etiology and management.Clin Obstet Gynecol 1975;197(18):35-36.
- 40-Davis A: *Dysmenorrhoea. Oxford Univ. Pres 1938.* 
- 41-Akerlund M, Stromberg P, Forsling ML.Primary dysmenorrhea and vazopressin Br.J Obstet.Gynecol.1979 ;86:484-87.
- 42-Owens PR:Prostaglandin synthetase inhibitors in the treatment of primary dysme norrhea : outcome trials reviewed. Am J Obstet.Gynecol. 148 : 96 ,1984.
- 43-The American College of Obstetricians and Gynecologists. Dysmenorrhea. ACOG Technical Bulletin 1983;63. 
- 44 -ChanWY,Dawood MY.Prostaglandin levels in menstruel fluid of dysmenorrheic and dysmenorrheic subjects with and without oral contraceptive or ibuprofen therapy, Adv Prostaglandin Thromboxane tet. Obstet and Gynecol.1980;138:985 Res.19
- 45-Filler WW,Hall WC.Dysmenorrhea and its therapy.Am J Obstet. Gynecol.1970,106 104-9. 
- 46-Wiqvist NE, Lindblom B,Wilhelmsson L. The patho-physiology of primer dysmeno

hea.Res Clin.Forums 1979; 1:47-54

47-Lundstrom V,Gren K.Endogenous levels of prostaglandin in F-2 alpha and its main metabolites in plasma and endometrium of normal and dysmenorrhic women.Am J Obstet.Gynecol.1978;130:640-646

48-Ward MW,Holimon TD:Calcium treatment for premenstruel Syndrome Ann Pharmacother 33:1365, 1999.



49-Kaplan B,Peled Y,Pardo J,et al.Transcutaneous electrical nerve stimulation:TENS as relief for dysmenorrhea.Clin Exp.Obstet Gynecol.1994;21:87-90.

50-Wilson M, Farquhar C, Kennedy S,et al. Transcutaneous nerve stimulation(TENS) and acupuncture for primary dismenorrhoe (protocol) ,Cochrane library 2000;4.

51-D'Hooghe TM, Hill JA: Endometriosis in Berek JS, Adashi EY, Hillarda PA (eds): Novak's Gynecology, 12th ed. Williams & Wilkins , Baltimore, 1996,

52-Guarnaccia MM, Olive DL:Diagnosis and Management of Endometriosis.In Carr BR ,Blackwell RE (eds) : Textbook of reproductive medicine, 2nd ed, Appleton & Lange, Stamford, Connecticut, 1998.



53-Rebar RW:Endometriosis Clinical obstet gynec. 31:4, 1988

54-Oral E, Arıcı A:Pathogenesis of endometriosis.Obstet Gynecol Clin North America, 24:219, 1997

55-Şahmay S: Endometriosisde medikal tedavi.Reprodüktif Endokrinoloji ve infertilite, Meta basım, İstanbul, 1995.

56-Whitehead WE, Schustger MM.Gastrointestinal Disorders. San Diego: Academic-Press, 1985



57-Hightower NC, Roberts JW.Acute And Chronic Lower Abdominal Pain Of Entero-

logic Origin New York: Springer-Verlag, 1981:110-37.

**58-** Bonica JJ. Pelvic And Perineal Pain Caused By Other Disorders . Ed.: Loeser JD, Chapman CR, Fordyce WE, eds. The Management Of Pain II. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990;69:1383-94.



**59-** Karam MM, Frequency, Urgency, And Painful Bladder Syndromes. In: Walters MD, Karam MM, eds Clinical urogynecology. St Louis Mosby, 1993 : 285-98

**60-** Sant GR. Interstitial cystitis: a urogynecologic perspective. Contemp Obstet Gynecol, 1998;840;119-30.

