

## PELVIC PAIN IN FEMALE ADOLESCENTS

Halil İbrahim YAKUT, Sabri CAVKAYTAR  
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Geliş Tarihi: 09.04.2013 Kabul Tarihi: 17.05.2013

### Özet

Pelvik ağrı, adolesan kız ve çocuklarda en sık doktora başvurma nedenlerinden biridir. Pelvik ağrının birçok nedeni olmasına rağmen, ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile birçok neden ekarte edilebilir. Pelvik ağrı, akut-kronik veya jinekolojik-non jinekolojik olarak sınıflandırılabilir. Jinekolojik nedenler arasında dış gebelik rüptürü, over torsiyonu, endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalık ve over tümörleri morbidite ve mortalite açısından diğer nedenlerden daha önemlidir. Non-jinekolojik nedenlerden de apandisit, konstipasyon, irritable bağırsak sendromu ve üriner enfeksiyonlar ilk akla gelmesi gereken nedenlerdir. Pelvik ağrı nedenleri hayatı tehdit edebileceği gibi, hayatın ileri dönemlerinde çeşitli sağlık ve sosyal problemler yaratabileceği için gerekli tanı ve tedaviler zamanında yapılmalıdır

**Anahtar Kelimeler:** Adolesan, pelvik ağrı

### Abstract

Pelvic pain is one of the most common complaints among female adolescent and children who apply to doctors. Although it has many reasons, thorough history and physical examination exclude many reasons of pelvic pain. Pelvic pain can be classified as acute-chronic or gynecologic-non gynecologic. Among the gynecologic causes of pelvic pain, ectopic pregnancy, ovarian torsion, endometriosis, pelvic inflammatory disease and ovarian tumours are more important than the other causes in case of morbidity and mortality. Appendicitis, constipation, irritable bowel syndrome and urinary tract infections are the most common non-gynecologic pelvic pain reasons. As a result, precise diagnosis and management of pelvic pain must be done in time since it might be life threatening and result in health and social problems future in life.

**Key Words:** Adolescent, pelvic pain

Pelvik ağrı, adolesan kız ve çocuklarda en sık doktora başvurma nedenlerinden biridir. Yetişkin kadınlar ile adolesan kızlarda pelvik ağrının çoğu nedeni benzerse de, obstrüktif konjenital anomaliler, overtorsiyonu gibi bazı spesifik durumlar adolesan kızlarda daha fazla görülür[1]. Bu ağrı akut, kronik veya tekrarlayan tarzda olabilir. Pelvik ağrının birçok nedeni olmasına rağmen, ayrıntılı anamnez ve fizik muayene ile birçok neden ekarte edilebilir. Ancak adolesan kızlarda ayrıntılı anamnez, fizik muayene ve bazı tetkiklerin yapılması erişkinlere göre daha zor olabilir.

Kız adolesanlarda en sık akut pelvik ağrı yapan jinekolojik nedenler pelvik inflamatuvar hastalık, ektopik gebelik, over torsiyonu, rüptüre over kisti, korpus hemorajikumdur [2] (Tablo I). Akut pelvik ağrının non jinekolojik nedenleri arasında ise apandisit, gastroenterit, üriner sistem enfeksiyonları, ürolitiazis, pyelonefrit ve bağırsak obstrüksiyonları sayılabilir [2] (Tablo I).

Kronik pelvik ağrı ise, sıklık olmayan 3 ay ve daha fazla süren ağrı veya sıklık olup 6 ay ve daha fazla süren ağrı olarak tanımlanır. Kronik pelvik ağrılar, sıklık ve sıklık olmayan olarak sınıflanabilir [2].

Literatürde adolesan kızlarda akut pelvik ağrı insidansı ile ilgili net veriler yokken, kronik pelvik ağrı jinekolojik muayene nedenlerinin 14-16% sını oluşturur [3]. Bu bölümde daha çok adolesan kızlarda pelvik ağrıya neden olan jinekolojik patolojilere değinilecektir.

**Tablo I.** Adolesanlarda pelvik ağrı nedenleri [2]

Akut	Kronik-Siklik	Kronik-Siklik olmayan
Pelvik inflamatuvar hastalık	Dismenore	Endometriozis
Ektopik gebelik	Mittelschmerz	Adezyonlar
Adneks torsiyonu	Endometriozis	Overde kitle
Rüptüre over kisti	Torsiyon	İrritabl bağırsak sendromu
Korpus hemorajikum	Obstrüktif Müller kanal anomalileri	Konstipasyon
Apandisit		İnflamatuvar bağırsak hastalığı
Gastroenterit		Laktöz intoleransı
Bağırsak tıkanıklıkları		Bağırsak enfeksiyonu
Üriner sistem enfeksiyonu		Ürolitiazis
Ürolitiazis		Kas-iskelet
Pyelonefrit		Psikosomatik

## JİNEKOLOJİK PATOLOJİLERE BAĞLI AKUT PELVİK AĞRI NEDENLERİ

### Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID)

Adolesanlarda cinsel ilişkinin başlaması ile beraber, pelvik inflamatuvar ilişkinin sıklığı artmaktadır. Uygun tedavi edilmezse, uzun dönemde infertilite, kronik pelvik ağrı ve ektopik gebelik riski artar. Birçok hastada hafif semptomlar görüldüğü için, tanı ve tedavide problemler olabilir[4]. Pelvik hassasiyet, servikal hareketlerde ağrı en önemli fizik muayene bulgularıdır. Artmış C-reaktif protein ve sedimentasyon da tanıyı destekler. Bütün hastalara menstrüel hikayesinden bağımsız mutlaka gebelik testi yapılmalıdır. En sık nedenleri Neisseria gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis olmasına rağmen, polimikrobial bir hastalıktır[4]. Bu nedenlerden dolayı servikal kültürün negatif çıkması PID tanısını ekarte ettirmez. Pelvik inflamatuvar hastalıktan şüphelenildiğinde, ampirik tedaviye hemen başlanmalıdır.

### Gebelik

Akut pelvik ağrı ile başvuran her adolesan kızda, gebelik mutlaka ekarte edilmelidir. Serumda gebelik testi ile kolayca ekarte edilir. Ektopik gebelik rüptürü ve abortuslar acil müdahale gerektiren durumlardır. Ektopik gebelik, potansiyel olarak ölüme neden olabilir ve cerrahi veya medikal olarak tedavi edilir [5].

### Adneks Torsiyonu

En sık overde olmasına rağmen, overle beraber veya bağımsız olarak fallop tüplerinde de görülebilir. Tipik olarak, over kistinin büyümesi ve utero-ovaryan ligaman üzerinde torsiyone olmasına bağlıdır. Adnekslerin nekrozuna sebep olup, over fonksiyonunu bozduğu için acil tanı ve tedavi gerektirir. Genelde tek taraflı, kolik tarzında, alt abdominal bölgeye yayılan ağrı, ateş ve artmış beyaz küre sayısı ile karakterizedir[6]. Adneksiyal torsiyonların çoğu over kist veya tümörü ile ilişkili olsa da, normal overlerde de görülebilir[7]. Tedavide adnekslerin laparoskopik detorsiyone edilmesi, ooforopeksi gibi konservatif yöntemler önerilmektedir [8].

### Over kistleri

Adolesanlarda tanı konan over kistlerinin büyük çoğunluğu fonksiyoneldir ve genelde kendiliğinden geçer [9]. Eğer kist rüptüre olursa, folikül sıvısının peritonu irrite etmesine bağlı olarak ağrı duyulur. Ateş yoktur ve periferik beyaz küre sayısı normaldir. Ultrason incelemesinde, Douglas boşluğunda serbest sıvı görülebilir, 72 saat içinde sıvının emilmesiyle semptomlar geriler.

Korpus hemorajikumda, fonksiyonel over kistleri gibi konservatif tedavi edilir ve kendiliğinden geriler. Ciddi intra-abdominal kanamalarda cerrahi düşünülebilir.

## JİNEKOLOJİK PATOLOJİLERE BAĞLI KRONİK PELVİK AĞRI NEDENLERİ

### Dismenore

Primer dismenore, patolojik bir neden olmadan ağrılı menstruasyon olmasıdır. Sekonder dismenore ise, endometriozis, salfenjit, obstrüktif Müller sistem anomalileri gibi patolojik durumlara bağlı menstruasyonun ağrılı geçmesidir. Primer dismenore, endometriumda sentezlenen prostaglandinlerle ilişkilidir [10]. Genel olarak, semptomlar menarştan 6-12 ay sonra menstruasyon ile başlar ve alt abdomen ile suprapubik bölgede lokalizedir. Primer dismenore tedavisinde ilk tercih prostaglandin sentezini inhibitörleridir (NSAID), uterusun kasılmasının önleyerek etki gösterirler. Ibuprofen ve naproksen en çok kullanılan ajanlardır. 6 ay NSAID lerin farklı ajan ve dozları denendikten sonra sonuç alınmıyorsa ve kontrasepsiyon isteniyorsa oral kontraseptifler (OK) kullanılabilir. OK'ler endometriumu inceltmek ve prostaglandin sentezini azaltmak suretiyle etkili olurlar. Eğer hasta NSAID ve OK ile yapılan tedaviye cevap vermiyorsa, dismenorenin diğer nedenlerinin (endometriozis ve mülleryan anomalisi vb) ekarte edilmesi ve laparoskopi yapılması için bir jinekoloğa yönlendirilmelidir[11]. Tekrarlayan siklus ortası ağrı ise ovülasyon ağrısını (Mittelschmerz) düşündürür, bu ağrılar ovülasyon süresince yaklaşık 48 saat devam eden ağrılardır.

### Endometriozis

Endometrial glandüler doku ve stromanın uterin kavite dışında olmasıdır. Kronik pelvik ağrısı olan adolesanların %25-38 inde endometriozis tespit edilmiştir [12]. Ağrının muhtemel sebepleri olarak periton inflamasyonu, prostaglandin salınımı, endometriotik implantların şişmesi ve skar oluşumu suçlanmıştır. Adolesanlarda endometriozise bağlı ağrı siklik veya asiklik olabilir.

Fizik muayene sırasında vajinal agenezi, over tümörü varlığı ekarte edilmelidir. CA 125 daha çok tanı konduktan sonra takipte önemlidir. Ultrasonografi, MRI ve CT tanı için kullanılan görüntüleme teknikleridir. Tanıda altın standart laparoskopidir ve kesin tanı patolojik olarak konur. Adolesanlarda endometriozis tedavisi fertilitenin korunması, ağrının şiddeti ve önceki tedaviye yanıtı göre planlanmalıdır.

Cerrahi tedavi seçenekleri arasında eksizyon, elektrokoagülasyon ve lazer ablasyon vardır. Postoperatif rezidüel odakların tedavisi ve progresyonun önlenmesi için medikal tedavi gereklidir. Adolesanlarda rekürrens, yetişkinlere göre daha fazla olduğu için kombine cerrahi-medikal tedavi gerekir[13]. Medikal tedavinin temelini hormonal supresyon oluşturur. Oral kontraseptifler(OK), depomedroksiprogesteron asetat(DMPA) ve GnRH analogları medikal tedavi alternatifleridir. Adolesanlarda OK'ler iyi tolere edilirler ve uzun süre kullanılabilirler[14]. En önemli yan etki ara kanamadır. OK'lerin hergün alınması hasta uyumunu düşürebilir. DMPA ise 4-12 haftalık aralarla intramüsküler olarak uygulanır ve en önemli yan etkisi kemik kaybıdır[15]. GnRH analogları da trabeküler kemik kaybı nedeniyle 6 aydan fazla kullanılmamalıdır. En önemli yan etkileri ateş basması ve

vajinal kuruluştur. Add-back östrojen tedavisi ile GnRH analoglarının kemik kaybı ve menopozal semptomlar üzerindeki etkisi azaltılabilir[16]. Danazol, akne ve kilo alımı gibi yan etkilerinden dolayı adolesanlarda tercih edilmemektedir.

Endometriozis ömür boyu süren bir hastalık olduğu için,adolesanların cerrahi tanı sonrası 3-6 ayda bir kontrole gelmeleri önerilir [17].

**Tablo II.** Adolesanlarda görülen pelvik kitlelerin ayırıcı tanısı

*Kistik over kaynaklı kitleler
Foliküler kistler
Korpus luteum kistleri
Hemorajik fonksiyonel kistler
Benign nonfonksiyonel kitleler
Enfeksiyöz kitleler
Malign kitleler
*Obstrüktif genital lezyonlar
İmperfore himen
Transvers vajinal septum
*Uterusla ilgili
Leiomyom
Adenomyozis
*Tubal
Paratubal kistler
Enfeksiyöz kitleler
*Üriner sistem ile ilişkili
Dolu Mesane
Pelvik böbrek
*Gastrointestinal
Apendiks absesi

**Tablo III.** Adolesan ve çocukluk döneminde görülen malignover tümörleri [21]

Germ hücreli tümörler	Seks kord-stromal tümörler	Epitelyal tümörler
Teratom	Sertoli-Leydig hücreli tümör	Seröz
Disgerminom	Granüloza hücreli tümör	Musinöz
Gonadoblastom	Gynandroblastom	Küçük hücreli
Koryokarsinom	Lipid hücreli tümör	Berrak hücreli
Embryonel karsinom		Endometrioid
Poliembryom		Transizyonel
Endodermal sinüs tümörü		Brenner
Mikst		Mikst malign
		Mezodermal
		Andiferansiye

**Pelvik Kitleler**

Adolesan kızlarda pelvik kitleler genelde over kaynaklı olup, çoğunlukla benignerdir. Fonksiyonel over kistleri, over torsiyonu ve benign over tümörleri en sık görülen pelvik kitlelerdir [18]. Çocuk ve adolesanlarda en sık görülen malignover tümörü germ hücreli over tümörleridir ve bütün çocukluk çağı tümörlerinin 0.9% unu oluştururlar [19]. Premenarşyal kızlarda ise, over neoplazmlarının %40 ı maligndir [20]. Adolesanlarda görülen pelvik kitlelerin ayırıcı tanısı Tablo II’de, malign over tümörleri ise Tablo III’te özetlenmiştir [21].

Tanıda laboratuvar testleri ve görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Laboratuvar testlerinden gebelik testi, tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri ve tümör belirteçleri tanıya yardımcı olur. Tümör belirteçleri büyük, solid, kompleks ve hızlı büyüyen kitlelerde tanı ve takip için kullanılır. Tümör belirteçleri ve ilgili over tümörleri Tablo IV’te özetlenmiştir [21].

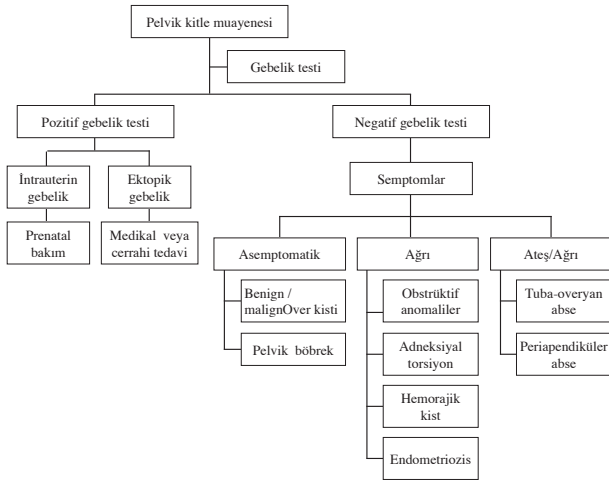
**Tablo IV.** Serum tümör belirteçleri[21].

Belirteç	İlgili tümör
CA125,CA19.9	Epitelyal tümörler(özellikle seröz) İmmatür teratom (nadir)
AFP	Endodermal sinüs tümörü Embryonel karsinom Mikst germ hücreli tümör İmmatür teratom, poliembryom (nadir)
Human koryonik gonadotropin	Koryokarsinom Embryonel karsinom Mikst germ hücreli tümör Poliembryom, disgerminom(nadir)
CEA	Seröz tümörler, musinöz tümörler
LDH	Disgerminom, Mikst germ hücreli tümör
Östradiol	Tekoma Yetişkin granüloza hücreli tümör
Testosteron	Sertoli hücreli tümör Leydig (hilus) hücreli tümör
F9 embryoglukan	Embryonel karsinom, yolk sak tümörü Koryokarsinom, immatür teratom
İnhibin	Granüloza-teka hücreli tümör
Mülleryan inhibiting substance	Granüloza-teka hücreli tümör

Görüntüleme yöntemlerinden pelvik ultrasonografi, renkli doppler, MRI ve BT kitlenin yapısı ile bilgi verir ve tanıya yardımcı olurlar. Tedavi genelde cerrahidir ve laparoskopi hem tanı hem de tedavi için ilk seçenektir. Malign olduğu düşünülen veya teknik olarak zor olgularda laparotomiye geçilmelidir.

Adolesan kızlarda pelvik kitlelere yaklaşım Şekil 1 de özetlenmiştir [22].

Sonuç olarak, pelvik ağrı adolesan ve çocukluk çağında doktora başvurmaının önemli nedenlerinden biridir. Pelvik ağrı nedenleri hayatı tehdit edebileceği gibi, hayatın ileri dönemlerinde çeşitli sağlık ve sosyal problemler yaratabilmektedir. Bu nedenle, hastalar ve ebeveynleri pelvik ağrı konusunda bildirilmeli, gerekli tanı ve tedaviler zamanında yapılmalıdır.



Şekil 1. Adolesanlarda pelvik kitlelere yaklaşım

#### KAYNAKLAR

1. Grover, S., Pelvic pain in the female adolescent patient. *Aust Fam Physician* 2006. 35(11):50-3.
2. Hewitt, G.D. and R.T. Brown, Acute and chronic pelvic pain in female adolescents. *Med Clin North Am* 2000 84(4): 1009-25.
3. Sanfilippo, J.S. and A. Black, Adolescent pelvic pain. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2003. 17(1): 93-101.
4. Rice, P.A. and J. Schachter, Pathogenesis of pelvic inflammatory disease. What are the questions? *JAMA* 1991. 266(18): 2587-93.
5. Karaer, A., F.A. Avsar, and S. Batioglu, Risk factors for ectopic pregnancy: a case-control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2006. 46(6): 521-7.
6. Appelbaum, H., et al., Key clinical predictors in the early diagnosis of adnexal torsion in children. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013. 26(3): 167-70.
7. Naiditch, J.A. and K.A. Barsness, The positive and negative predictive value of transabdominal color Doppler ultrasound for diagnosing ovarian torsion in pediatric patients. *J Pediatr Surg* 2013. 48(6): 1283-7.
8. Poonai, N., et al., Pediatric ovarian torsion: case series and review of the literature. *Can J Surg* 2013. 56(2): 103-8.
9. Pienkowski, C., et al., Ovarian cysts in prepubertal girls. *Endocr Dev* 2012. 22: 101-11.
10. Goldstein, D.P., et al., New insights into the old problem of chronic pelvic pain. *J Pediatr Surg* 1979. 14(6): 675-80.

11. Laufer, M.R., et al., Prevalence of endometriosis in adolescent girls with chronic pelvic pain not responding to conventional therapy. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1997. 10(4): 199-202.

12. Kontoravdis, A., et al., Laparoscopic evaluation and management of chronic pelvic pain during adolescence. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1999. 26(2): 76-7.

13. Unger, C.A. and M.R. Laufer, Progression of endometriosis in non-medically managed adolescents: a case series. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2011. 24(2): 21-3.

14. Laufer, M.R., J. Sanfilippo, and G. Rose, Adolescent endometriosis: diagnosis and treatment approaches. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2003. 16(3 Suppl): 3-11.

15. Cromer, B.A., et al., A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr* 1996. 129(5): 671-6.

16. Hornstein, M.D., et al., Leuprolide acetate depot and hormonal add-back in endometriosis: a 12-month study. *Lupron Add-Back Study Group. Obstet Gynecol* 1998. 91(1): 16-24.

17. Attaran, M. and G.P. Gidwani, Adolescent endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003. 30(2): 379-90.

18. Liu, H., et al., Ovarian masses in children and adolescents in China: analysis of 203 cases. *J Ovarian Res* 2013. 6(1): 47.

19. Deligeoroglou, E., et al., Ovarian masses during adolescence: clinical, ultrasonographic and pathologic findings, serum tumor markers and endocrinological profile. *Gynecol Endocrinol* 2004. 19(1):1-8.

20. Quint, E.H. and Y.R. Smith, Ovarian surgery in premenarchal girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 1999. 12(1): 27-9.

21. Cartault, A., et al., Ovarian masses in adolescent girls. *Endocr Dev* 2012. 22:194-207.

22. Rosenbaum, N.S, Quint, E, H. Pelvic masses. *Practical Pediatric and Adolescent Gynecology* 2013:254-59.

#### Sorumlu Yazar:

Sabri CAVKAYTAR

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Talatpaşa Bulvarı Hamamönü-Altındağ/ ANKARA

Tel: 0 505 452 63 60

E-mail: sabri.cavkaytar@gmail.com