

# Kronik Pelvik Ağrı

## CHRONIC PELVIC PAIN

### Hulusi GÜREL, Sebahat ATAR GÜREL

\* Yard. Doç.Dr.Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, VAN

#### TANIM VE INSIDANS

Kronik pelvik ağrı (KPA), 6 aydan uzun süre devam eden nonsiklik pelvik ağrıdır. Bu tanıma dismenore dahil olmayıp ağrılı cinsel ilişki dahildir. Jinekoloji polikliniklerine başvuranların ortalama %10'unu, laparoskopi endikasyonlarının üçte birini (1) ve histerektomi endikasyonlarının %12-16'sını oluşturur (2,3).

Birçok olguda ağrının nedeni bulunamadığı için tatminkar bir tedavi yapılamaz. Bu durum hastada, ailesinde ve doktorunda stress oluşturur, hastanın iş ve aile yaşantısında problemlere neden olur. Çoğu zaman pelvik enfeksiyon tanısı ile gereksiz antibiyotik tedavileri verilir.

#### RISK FAKTÖRLERİ

Pelvik enfeksiyon geçirenlerde (4,5); erken yaşta evlenenlerde, evlilik sorunları olanlarda, boşananlarda, çocuklukta fiziksel ve cinsel tacize uğramış olanlarda, abdominal cerrahi geçirenlerde (6) daha fazla KPA geliştiği bildirilmiştir. İki ve üzerinde gebeliği olanlarda histerektomi sonrası persiste KPA olasılığının 2.3 kat arttığı bildirilmiştir (7).

#### NEDENLERİ

Reiter ve Gambone (8), literatürde KPA olgularında organik neden bulunması oranının %8-80 arasında değiştiğini bildirdiler. Bu farklılığın en önemli nedeni tanımlama ve hasta seçimi kriterlerinin farklı olmasıdır (9,10). En sık bildirilen organik neden oranları %60 -80 arasındadır (10-14).

**Jinekolojik nedenler:** En sık görülen nedenler endometriozis, pelvik adezyon, kronik pelvik enfeksiyon, myoma uteri ve over kistidir. KPA nedeniyle laparoskopi uygulanan 163 olguda tanı oranları %50 endometriozis, %17 kronik pelvik enfeksiyon, %16.6 pelvik adezyon,

%5.5 over kisti, %1.2 myoma uteri ve %9.5 normal bulgu olarak bildirilmiştir (15). Başka bir çalışmada ise KPA'lı 40 adölesanın laparoskopisinde %38.3 endometriozis, %8.5 genital anomali, %4.3 adezyon, %4.3 tüberküloz, %2.1 over kisti, %2.1 kronik pelvik enfeksiyon ve %40.4 normal bulgu saptanmıştır (13). Baş ve arkadaşları (10), 37 KPA olgusunun laparoskopisinde %35.2 pelvik adezyon, %13.5 endometriozis, %8.1 pelvik konjesyon, %2.7 myoma uteri, %2.7 over kisti ve %37.8 normal bulgu saptadılar. KPA olgularının %65'inde patoloji olduğunu saptayan Rapkin ve ark. (14), bunların yaklaşık 2/3'ünün endometriozis ve 1/3'ünün pelvik adezyon olduğunu bildirdiler. KPA ile pelvik adezyon arasında ilişki saptamayan çalışmalar da (16) olmasına karşılık adezyolizis ile yüksek oranda iyileşme bildirilmesi (17) bu ilişkiyi doğrulamaktadır. KPA grubunda %38 pelvik adezyon oranı veren bir çalışmada her adezyonun değil özellikle pelvik organların hareketlerini kısıtlayan adezyonların ağrıya neden olduğu vurgulanmıştır (12).

Laparoskopi serilerinde over kisti oranı %2-6 arasında bildirilmiştir (10,13,15). Normalde 5 cm'ye kadar çapta fonksiyonel over kisti olabileceği akılda tutulmalı, laparoskopik over cerrahisinde bile kısa sürede adezyon geliştiği gözönüne alınarak tıbbi supresyon ve gözlem yapılması uygulanmalıdır (18).

Bir diğer KPA nedeni pelvik konjesyon sendromu olup önemli bir kısmında psikopatoloji bildirilmiştir (19). Tanıda laparoskopi, venografi ve doppler ultrasonografi kullanılabilir. Medroksiprogesteron asetat , retroperitoneal overian ven rezeksiyonu ve histerektomi gibi tedavi yaklaşımları bildirilmiştir (18).

Daha çok yaygın endometriozis veya kronik pelvik enfeksiyon endikasyonu ile yapılan zor histerektomiler sonrası %1-3 oranında oluşan rezidüel over sendromu da KPA nedeni olabilir. Yüksek olmayan FSH seviyesi, ultrasonografi veya tomografi ile tanı kesinleştirilir. Pelvik ağrı, disparanü ve üriner semptomlar vardır. Ooferektomi veya overian süspansiyon gibi cerrahi uygulamalar yapılabilir. Ancak kalıntı overin retroperitoneal diseksiyonu zordur, üreter hasarı açısından dikkatli olunmalıdır.

Retroversiyon uterusunun tek başına KPA nedeni olduğu kabul edilmez. Başka bir neden bulunamayan olgularda

Geliş Tarihi: 23.11.1996

**Yazışma Adresi:** Dr.Hulusi GÜREL  
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Araştırma Hastanesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD,  
65200 VAN

nadiren laparotomi veya laparoskopi ile ligamentopeksi operasyonu yapılır (18).

Myoma uteri, adenomyozis ve pelvik relaksasyon da KPA nedenleri arasında akılda tutulmalıdır (6).

**Myofasiyal ağrı:** Karın duvarını oluşturan tabakalardan herhangi birinde oluşan bir lezyon ağrı nedeni olabilir. Tüm organik nedenler arasında %30 yer tuttuğu bildirilmiş olup ağrının kökeninde fibrozis ve eski insizyona bağlı retraksiyon gibi intramural bir patoloji vardır (19). Standart bimanuel muayene ile hassasiyet noktasının yeri konusunda yanılı olabilir. Abdominal duvardaki ağrı noktalarını saptamak için tek parmak veya pamuklu çubuk ile muayene yöntemi tanımlanmıştır (20,21). Saptanan hassas noktalara (trigger points) lokal anestezi madde enjekte edildiğinde ağrı kesilir ise tanı kesinleştirilir. Mükerrer enjeksiyonları takiben %90'lara varan iyileşme bildirilmiştir (22). Kanama ve allerjik reaksiyon açısından dikkatli olunmalıdır.

**Ürolojik nedenler:** Ortak anatomik kökenleri nedeniyle genital sistem ve alt üriner sistem birbirlerinin patolojilerinden etkilenebilirler. Bu nedenle jinekoloji polikliniğine başvuran KPA olgularının üriner semptomlar açısından sorgulanması ve pelvik muayenede üretra ve mesanenin palpasyonu önemlidir. İdrar analizi ve kültürüne ek olarak gerekli olgularda intravenöz piyelografi, endoskopi, ürofloometri ve elektromiyografi gibi özel testlerden de yararlanılır.

İnterstisyel sistit, üretral sendrom, üretral divertikül, ürolitiazis, radyasyon sistiti, üretral karünkül, neoplazm ve detrüsor sfinkter dissinerjisi en sık görülen ürolojik nedenlerdir.

Kronik üretral sendrom; urgency, pollaküri ve dizüri ile seyreden sık sık üriner enfeksiyon tanısı ile antibiyotik tedavisi verilen olgulardır. Özellikle postkoital işeme zorluğu önemli bir semptomdur. Sıklıkla idrar kültüründe 105 den daha az koloni üretmesi saptanır ki bu durum kronik üretrit ile açıklanmaktadır (23). Düşük doz trimetoprim-sulfosulthaxsazole veya nitrofurantoin 3-6 ay süreyle önerilir (24).

İnterstisyel sistitte, irritasyon semptomları yanında işeme ile kaybolan suprapubik ağrı vardır. Mesane duvarında enflamasyon olup sistoskopide submukozal hemoraji saptanır. Etiyolojide otoimmünite suçlanmaktadır. Tedavide hidrodistansiyon, dimetilsulfoksit ile yıkama, işeme intervallerinin uzatılması için davranış modifikasyonu, trisiklik antidepressanlar, kortikosteroidler, heparin ve nörostimulasyon denenebilir.

**Gastrointestinal nedenler:** KPA serilerinde %7-60 arasında oran bildirilmiştir (1). Serviks, uterus ve adneksler ile alt ileum, kolon ve rektosigmoid aynı visseral innervasyonu paylaştığından alt abdominal ağrının jinekolojik mi yoksa enterokolik mi olduğunu anlamak genellikle zordur. Öyküde ağrının yeri, barsak hareketleri ve seksüel aktivite ile ilgisi sorgulanmalıdır. Fizik muayenede abdominal skar izi, herni, distansiyon, anal fissür, perineal fistül ve apse araştırılır. Batın grafisi, realtime ve doppler ultrasonografi, gaita tetkiki, tam kan

sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, baryumlu kolon grafisi ve ileri şüphe durumunda kolonoskopi ve sigmoidoskopi tanıda yardımcıdır.

İrritable kolon sendromu (IKS), jinekoloji polikliniğine başvuran olgularda %60'a varan oranlarda rapor edilmiş olup (25) %90'a varan olguda psikopatoloji ile birlikte olduğu bildirilmiştir (26). Walker ve ark. (27), IKS ile enflamatuvar barsak hastalığı olgularının karşılaştırılmasında IKS olgularında yüksek oranda seksüel travma öyküsü saptadılar. Alt abdominal bölgede kramp tarzında ağrı olup yemekten 1-1.5 saat sonra en şiddetlidir. Yağlı yemek, stress, anksiyete, depresyon ve menses gibi barsak motilitesini arttıran durumlarda ağrı şiddetlenir. Haftada üçten az sayıda ve sert kıvamda defekasyon olup intermittant diyare, şişkinlik ve gaz yakınmaları tipiktir. Tedavide hastalık hakkında eğitim, stress ile mücadele, trisiklik antidepressanlar, psikoterapi ve kepek gibi hacim artırıcı diyet ayarlamaları önerilir.

Enflamatuvar barsak hastalıkları sıklıkla KPA ile karışır. Crohn hastalığı, barsağın tüm katlarını tutan kronik bir enfeksiyon olup barsakta kalınlaşma, stenoz ve kalın, fibrotik mezenter ile sonuçlanır. Fistüller oluşabilir. Abdominal ağrı, diyare ve ateş görülür. Eritrosit sedimentasyon hızı ve lökosit sayımı yüksektir. Kolon grafisi ve kolonoskopi gerekebilir. Ülseratif kolitis ise özellikle kolon mukozasını tutan, ağrı, diyare ve rektal kanama ile karakterize bir hastalıktır. Gastrointestinal kökenli KPA tedavisinde multidisipliner ağrı yaklaşımı, diyet, psikoterapi ve akupunktur ile temeldeki asıl nedene yönelik tedaviler önemlidir.

**Psikojenik faktörler:** KPA gruplarında yüksek oranda psikolojik bozukluklar saptanmış olup en sık görülenler depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu ve davranış bozukluğudur (28-30). Abiodun ve ark (31), KPA'da %35 oranında depresyon ve anksiyete gibi psikolojik bozukluk bildirdiler. Özellikle organik bir neden bulunamayan KPA olgularının önemli bir kısmında çocuklukta seksüel ve fiziksel saldırı öyküsü saptanmıştır (29,32-34). Rapkin ve ark. (14), KPA olgularının pelvis dışında ağrısı olan ve ağrısız kontrol grubu ile karşılaştırılmasında çocuklukta fiziksel saldırı oranını sırası ile %37.8, %18.4 ve %9.4 olarak bildirdiler. Bu nedenle organik bir patolojisi olsun veya olmasın KPA olgularının psikolojik yönden değerlendirilmesi uygun olacaktır.

**Disparanü:** KPA'nın özel bir türü olup psikososyal veya organik kökenli olabilir. Vajen girişinde oluştuğunda giriş disparanü adı verilmekte olup vaginismus, enfeksiyon, kandida vulviti ve üretral sendrom gibi nedenleri olabilir. Vajinal disparanü genellikle yetersiz lubrikasyona bağlıdır. Derin disparanü ise genellikle uterus hareketini kısıtlayan endometriozis, adezyon ve retroversiyo uteri gibi patolojiler ile birliktedir. Detaylı bir öykü, abdominal ve pelvik muayene ve psikolojik değerlendirme tanıda önemlidir (35).

## TANI

Tanıda detaylı bir tıbbi hikaye çok önemlidir. Obstetrik öykü, korunma şekli, geçirdiği operasyonlar,

üriner ve gastrointestinal fonksiyonlar, ağrının yeri, yayılma şekli, şiddeti, adet dönemleri ve seksüel aktivite ile ilişkisi, uyku ve diğer psikolojik göstergeler sorgulanmalıdır. Pelvik enfeksiyon, seksüel ve fiziksel travma öyküsü ve evlilik problemleri gibi risk faktörleri araştırılmalıdır. Ağrının standardizasyonu için hastanın ağrısını 0 (ağrı yok) ile 10 (en şiddetli ağrı) arasında bir rakam ile ifade ettiği ağrı skalası kullanılabilir.(36). Detaylı abdominal ve pelvik muayene yapılır. Muayenede abdominal duvardaki ağrı noktaları, uterusun pozisyonu, motilitesi, adneksiyal dolgunluk ve kitle, douglasta dolgunluk, pelvik relaksasyon ve enfeksiyon bulguları araştırılır. Tam kan sayımı, eritrosit sedimentasyon hızı, idrar analizi, idrar ve vajen kültürü ve servikal sitoloji gibi tetkikler yanında gerekli olgularda intravenöz pyelografi, sistoskopi ve kolon grafisi gibi ileri tetkikler yapılabilir. Ayrıntılı vaginal ultrasonografi ile birçok gereksiz laparoskopi uygulamasından kaçınmak mümkündür (6). Nedenler arasında önemli bir yer tutan endometriozisin tanısında serum Ca-125 seviyeleri yardımcıdır. 16 Ü/ml ve üzerindeki seviyelerin endometriozisli KPA olgularında %80 sensitif ve %90 spesifik bulunduğu bildirilmiş olup endometriozisi olmayan KPA olgularında sadece %6 yüksek seviye saptanmıştır (15).

Tanıda laparoskopinin yeri halen çok önemlidir. Pelvik muayenesi normal olan KPA olgularında laparoskopi ile yaklaşık %60 olguda patoloji saptanmış olup muayenede anormal bulgusu olanlarda normal laparoskopik bulgu oranı ise yaklaşık %20 olarak bildirilmiştir (9,37). Minimal morbidite taşımasına rağmen özellikle anestezinin riskleri ve yüksek maliyeti ile %60'a varan oranlarda patoloji bulunamaması nedenleri ile laparoskopi için hasta seçimi çok önemlidir (28). Detaylı öykü, pelvik muayene ve vaginal ultrasonografi bu amaçla faydalı olabilir (6).

## TEDAVİ

İdeal olarak jinekolog, hemşire, psikolog ve anestezi uzmanından oluşan bir ekip tarafından multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (38). Tedavinin esasını altta yatan nedenin tedavisi oluşturur. Gastrointestinal, ürolojik ve psikojenik kökenli olgularda ilgili birimlerden yararlanılmalıdır. Organik bir neden bulunamayan olgularda hastanın bilgilendirilmesi, depresyon ve anksiyete ile mücadele ve analjezik ilaç tedavisi verilir. Cerrahi tedavi ancak tıbbi ve psikolojik tedavilere dirençli olgularda saklanmalıdır (6).

Prostaglandin sentetaz inhibitörleri, nonsteroid antienflamatuarlar, irritable kolon sendromu için barsak motilitesini değiştiren ajanlar (diphenoxylate/atropin ve loperamide), lokal anesteziçiler, progesteron, GnRH-a), gerekli olgularda doksisisiklin ve tetrasiklin gibi antibiyotikler medikal tedavinin başlıca elemanlarıdır (38).

Psikososyal ağrı yönetiminde relaksasyon teknikleri, stress tedavisi, aile ve evlilik danışmanlığı, seks terapisi ve uyku düzenlemesi gibi yaklaşımlar gerekebilir (38).

Cerrahi tedavinin en sık gerektiği olgular endometriozis ve adezyon olgularıdır. Adezyolizis ile %65 iyileşme bildirilmiştir (17). Endometriotik odakların eksizyonu ile ağrıda %66'ya varan gerileme bildirilmiş olup özellikle presakral nörektomi ile kombine yapıldığında başarı oranı yüksektir (18).

Laparoskopi , tanıda olduğu gibi tedavide de önemli bir yöntemdir (39). Organik bir hastalık bulunmayan olguların bilgilendirilmesi sonrası kontrollerde %58 olguda ağrıda kaybolma ve %39 olguda da ağrı şiddetinde azalma saptanmıştır (40). Laparoskopi ile adezyolizis ve endometriozis tedavisi yanında presakral nörektomi, laparoskopik uterin nerv ablasyonu (LUNA) ve ligamenteropeksi gibi uygulamalar da yapılabilir.

Presakral nörektominin başlıca endikasyonu diğer tedavilere dirençli primer dismenore olup %80'e varan başarı oranı bildirilmiştir (18). Ayrıca endometriozisin konservatif cerrahi tedavisinde ilave bir prosedür olarak yapıldığında başarı oranını artırır (18).

LUNA'nin tek endikasyonu diğer tedavilere dirençli primer dismenore olup sempatik sinir liflerinin uterosakral ligamentten geçmediği %30 kadar kadın grubunda başarılı olamaz (18).

Ağrının nedeni olarak servikal stenozun düşünüldüğü olgularda dilatasyon faydalı olabilir (18).

Başka bir neden bulunamayan retroversiyon uteri olgularında uterin suspansiyon operasyonu yapılabilir

Tedaviye dirençli persiste ağrısı olup fertilitatesini tamamlamış olgularda histerektomi iyi bir seçenek olabilir. Olguların iyi seçilmesi, nonjinekolojik ve özellikle psikolojik nedenlerin ekarte edilmesi çok önemlidir. İyi seçilmiş gruplarda tıbbi tedaviden 10 kat daha etkili olduğu bildirilmiştir (41). Hillis ve ark. (7), histerektomiden 1 yıl sonraki kontrollerde %74 tam iyileşme ve %21 ağrı şiddetinde azalma bildirdiler.

Sonuç olarak KPA'lı olgular sıklıkla jinekoloji polikliniklerine başvurmakla birlikte nedensel faktörler arasında gastrointestinal, ürolojik ve psikojenik faktörler gibi nonjinekolojik etkenler önemli yer tutar. Bu nedenle takip ve tedavisinde multidisipliner yaklaşım tavsiye edilir. Jinekolojik nedenlerin en sık görülenleri endometriozis, pelvik adezyon ve kronik pelvik enfeksiyon olup tanı ve tedavide laparoskopi önemli bir araçtır. Tedaviye dirençli ve fertilitatesini tamamlamış olgularda histerektomi uygun bir tedavi yaklaşımıdır.

## KAYNAKLAR

1. Reiter RC. A profile of women with chronic pelvic pain. Clin. Obstet. Gynecol. 1990, 33:130-6.
2. Dicker RC, Greenspan JR, Strauss LT et al. Complications of abdominal and vaginal hysterectomy among women of reproductive age in the United States. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 144:841-8.
3. Gambone JC, Lench JB, Slesinski MJ, Reiter RC, Moore JG: Validation of hysterectomy indications and the quality assurance process. Obstet Gynecol 1989, 73:1045-9.

4. Heisterberg L. Factors influencing spontaneous abortion, dyspareunia, dysmenorrhea, and pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1993, 81:594-7.
5. Safrin S, Schachter J, Dahrouge D, Sweet RL. Long term sequelae of acute pelvic inflammatory disease: A retrospective cohort study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992, 166:1300-5.
6. Nolan TE, Elkins TE. Chronic pelvic pain: Differentiating anatomic from functional causes. *Postgrad. Med.* 1993, 94:125-38.
7. Hillis SD, Marchbanks PA, Peterson HB. The effectiveness of hysterectomy for chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1995, 86:941-5.
8. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1990, 75:428-32.
9. Vicdan K, Batıoğlu S, Gökmen O. Kronik pelvik ağrıda laparoskopik ve pelvik muayene bulgularının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi.* 1992, 2:209-12.
10. Baş H, Kaya E, Erginay ON, Atasay B, Tüfekçi F, Sert MB. Kronik pelvik ağrı: 37 olgunun laparoskopik değerlendirilmesi. *Kadın Doğum Dergisi.* 1996, 12:35-7.
11. Lundberg WI, Wall JE, Mathers JE. Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1973, 42:872-6.
12. Kresch AJ, Seifer DB, Sachs LB, Barrese I. Laparoscopy in 100 women with chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1984, 64:672-4.
13. Vercellini P, Fedele L, Arcaini L, Bianchi S, Rognoni MT, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. *J. Reprod. Med.* 1989, 34:827-30.
14. Rapkin AJ, Kames LD, Darke LL, Stamper FM, Naliboff BD. History of physical and sexual abuse in women with chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol.* 1990, 76:92-6.
15. Pittaway DE, Douglas JW: Serum Ca-125 in women with endometriosis and chronic pelvic pain. *Fertil. Steril.* 1989, 51: 68-70.
16. Rapkin AJ. Adhesions and pelvic pain: a retrospective study. *Obstet. Gynecol.* 1986, 68:13-5.
17. Chan CL, Wood C. Pelvic adhesiolysis-the assesment of symptom relief by 100 patients. *Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol.* 1985, 25:295-8.
18. Parsons LH, Stovall TG. Surgical management of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:765-78.
19. Reiter RC. Occult somatic pathology in women with chronic pelvic pain. *Clin. Obstet. Gynecol.* 1990, 33:154-60.
20. Applegate WV. Abdominal cutaneous nerve entrapment syndrome. *Surgery.* 1972, 71:118-24.
21. Slocumb JC. Neurologic factors in chronic pelvic pain: Trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1984, 149:536-43.
22. Ling FW, Slocumb JC. Use of trigger point injections in chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:809-15.
23. Brooks D, Maudar A. Pathogenesis of the urethral syndrome in women and its diagnosis in general practice. *Lancet.* 1972, 2:893-8.
24. Summitt Jr, RL. Urogynecologic causes of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20: 685-98.
25. Hogston P. Irritable bowel syndrome as a cause of chronic pelvic pain in women attending a gynaecology clinic. *Br. Med. J.* 1987, 294:934-5.
26. Rapkin AJ, Mayer EA. Gastroenterologic causes of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:663-83.
27. Walker EA, Katon WJ, Roy-Byrne PP, Jemelka RP, Russo J. Histories of sexual victimization in patients with irritable bowel syndrome or inflammatory bowel disease. *Am. J. Psychiatry.* 1993, 150:1502-6.
28. Hodgkiss AD, Watson JP. Psychiatric morbidity and illness behaviour in women with chronic pelvic pain. *J. Psychosom. Res.* 1989, 33:689-95.
29. Rosenthal RH. Psychology of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:627-42.
30. Fry RPW, Crisp AH, Beard RW, McGuigan S. Psychosocial aspects of chronic pelvic pain with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. *Postgrad. Med. J.* 1993, 69:566-74.
31. Abiodun OA, Adetoro OO, Ogunbode OO. Psychiatric morbidity in a gynaecology clinic in Nigeria. *J. Psychosom. Res.* 1992, 36:485-90.
32. Toomey TC, Hernandez JT, Gittelman DF, Hulka JF. Relationship of sexual and physical abuse to pain and psychological assesment variables in chronic pelvic pain patients. *Pain.* 1993, 53:105-9.
33. Reiter RC, Shakerin LR, Gambone JC, Milburn AK. Correlation between sexual abuse and somatization in women with somatic and nonsomatic chronic pelvic pain. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991, 165:104-9.
34. Walker EA, Stenchever MA. Sexual victimization and chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:795-807.
35. Steege JF, Ling FW: Dyspareunia. A special type of chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:779-93.
36. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann. Rheum. Dis.* 1978, 37:378-81.
37. Al-Suleiman SA. Laparoscopy in the management of women with chronic pelvic pain. *Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol.* 1991, 31:63-5.
38. Milburn A, Reiter RC, Rhomberg AT. Multidisciplinary approach to chronic pelvic pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North. Am.* 1993, 20:643-61.
39. Yıldırım M. Pelvik ağrılar. In: Yıldırım M (ed). *Klinik Jinekoloji. Türkiye Klinikleri Yayınevi.* 1992, pp:299-303.
40. Baker PN, Symonds EM. The resolution of chronic pelvic pain after normal laparoscopy findings. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1992, 166:835-6.
41. Carlson KJ, Miller BA, Fowler Jr, FJ. The Maine Women's Health Study II. Outcomes of Non Surgical Management of Leiomyomas, Abnormal Bleeding, and Chronic Pelvic Pain. *Obstet. Gynecol.* 1994, 83:566-72.