

# KRONİK PELVİK AĞRILAR ve CİNSEL ŞİDDET - MANUELTERAPİ

## CHRONIC PELVIC PAIN and SEXUEL VIOLENCE - MANUEL THERAPY

Wolfgang von HEYMANN, MD<sup>1, 2, 3 \*</sup>

<sup>1</sup>Özel Muayenehane / Private Practice; İstanbul - Turkey

<sup>2</sup>Bilimsel Nöralterapi ve Regülasyon Derneği, İstanbul - Turkey

<sup>3</sup>International Federation Medical Associations of Neuraltherapy, Meiringen - Switzerland

### Özet

Kronik pelvik ağrının gerçek yaygınlığını tam olarak tespit etmek kolay değildir İstatistiklere göre cinsel şiddet mağduru kadınların %65 inde kronik pelvik ağrı görülmektedir. Batı ülkelerindeki epidemiyolojik veriler bu durumun sıradan bir konu olmadığını ispat etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Kronik pelvik ağrı, cinsel şiddet, manuelterapi, nöralterapi.

### Summary

To determine the actual prevalence of chronic pelvic pain is not easy. According to statistics, in 65% of victims of sexual violence women, shows chronic pelvic pain. Epidemiological data in Western countries provides this case is not ordinary subject.

**Key words:** Chronic pelvic pain, sexual violence, manual therapy, neural therapy.

03.06.2016 tarihli 6. Uluslararası Nöralterapi Konferansı'nda (İstanbul) sunulan bir seminerin kısa özeti.

### İSTATİSTİKİ VERİLER

Daha önce gerçekleşmiş bir cinsel şiddet ya da tahmin edilen bir saldırı vakası olduğu zaman, kronik pelvik bölge ağrılarında manuelterapi yöntemi hangi rolü alabilir? Batı ülkelerindeki epidemiyolojik veriler bu durumun öyle sıradan bir konu olmadığını ispat etmektedir. Bu durumda en çok karşılaştırılabilir veriler jinekolojik muayenehanelerde kadınlardan elde edilen bulgulara anket sorularına dayanmaktadır. Son 12 yılda çoğunlukla Batı ülkelerindeki 45.000'in üzerinde kadından bilgi toplanmıştır. İhtimal dahilindeki kadınlardan sistematik olarak alınan cevapların değerlendirilmesi sonucunda şu şekilde bir veri elimize geçmektedir:

- İsviçre: %20 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon), 33% oranında genel olarak cinsel şiddet (7)
- Fransa: %16 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon), mağdurların %60'ı bu sırada 18 yaşın altındaydı, suçluların %66'sı aile çevresindendi, %46'sı sorular sorulmadan bu konuda daha önce hiç kimseye konudan bahsetmemişlerdi (7)

USA: %18 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (26)

- Danimarka: %23 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (11)
- Finlandiya: %17 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (11)
- İzlanda: %27 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (11)
- Norveç: %18 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (11)
- İsveç: %15 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (11)
- Hollanda: %23 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (2)
- Almanya: %13 oranında tecavüzle ırza geçme (penetrasyon) (23)Suçluların tanıdık çevresinden (arkadaş, aile fertleri, ailenin yakın tanıdığı) olanlar %50-80 arasındadır (17)

\* Yazışma Adresi (Adress for Correspondance):

Tijen Acarkan, MD

Hakkı Yeten Caddesi Vital Fulya Plaza No:23 Kat:3 D:10

Fulya İstanbul Türkiye

Tel: 00 90 212 219 19 12

tijenacarkan@naturelsaglik.com.tr

İhbarı yapılan tecavüz vakaları son derece değişken bir orana sahiptir. Almanya'da yılda 100.000 nüfusa oranla 9.85 tecavüz olayı suç duyurusu yapılırken, İsveç'te aynı oranda nüfusa oranla 46.4 suç duyurusu yapılmaktadır. (24)

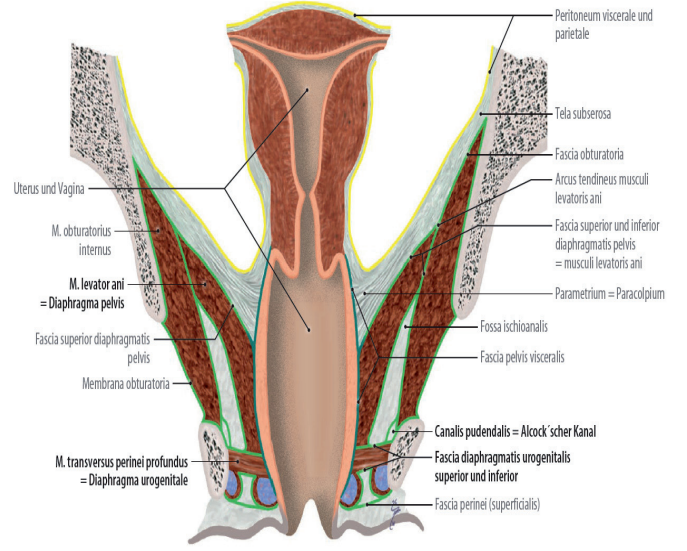
Karanlık rakam büyük bir ihtimal ile bu oranın çok üstündedir, çünkü mağdurların çoğunluğu çok özel şartlar (örneğin olarak, bir anket araştırmasına gönüllü bir şekilde yüz yüze cevap vermeden katılım) sağlandığı zaman bu konudan bahsetmeye hazır hale gelmektedirler. Afrika-Arap, Asya ve Latin Amerika kıtalarında ve bölgelerinde bulunan ülkelerin değerlendirmeye tabi tutulacak araştırmaları şu anda elimizde yoktur.

Mağdurların uğradığı psikolojik ve fiziksel sonuçlar çok çeşitlidir. Anketlerin özeti şu verileri sunmaktadır:

- Tecavüz mağdurlarının %26-52'sinde posttravmatik bozukluklar göstermektedir (PTSB) (21); Bunlar çoğunlukla önemli oranda depresyon ya da bir Widespread-Pain-Sendromu geliştirmektedir. (1)
- Mağdurların %65'inde kronik pelvik ağrı görülmektedir. (6, 11, 16, 21)
- Pelvik ağrılarının önemli bir kısmı 15 yaşın altındaki mağdurlarda görülmektedir. (15)
- Kronik pelvik ağrı görülen kadınların ayrıca %88'inde dispareni (çoğunlukla aşırı aktivite ya da hipertoniyle M. levator ani), vulvodini ve/veya vajinismus görülmektedir. (19, 21)
- Kadınların %40'ının laparoskopisi kronik pelvik ağrıdan dolayı yapılmıştır. (7)
- Kronik pelvik ağrıdan dolayı laparoskopi yapılan kadınların %64'ünün tecavüz geçmişi vardı. Bunun yanında yaklaşık olarak %70'inde patolojik bir bulgu bulunamadı, başka bazılarında da kronik pelvik ağrı ile bağlantılı olmayan ve beklenilmeyen tesadüfi bulgular ortaya çıktı. (7, 22)
- Tecavüze uğrayan kadınların %78'i ürolojik semptomlar göstermektedir: Enürezis, enfeksiyonlar, interstisyel sistit, hiperaktif mesane, inkontinans, kas spazmları (3, 7, 14, 22)
- Kadınların %25'i gaita inkontinansı sorununu tecavüze dayandırmaktadır. (13)
- Kadınlarda erkeklere oranla beş kat daha fazla görülen koksidininin, özellikle anal girişli tecavüzler sonrası hipertonic musculus koksigeus'un bağlantısından bahsedilmektedir. (W. Ortner'in bildirisi, IFMANT)
- Mağdur olan kadınların neredeyse tamamı orgazm kaybindan şikayet etmişlerdir. (21)

Kronik pelvik ağrı sadece kadınlarda teşhis edilmekte olup, 6 aydan fazla süren, hamilelik durumu olmadan, kronik iltihaplı bağırsak hastalıkları olmadan ve pelvik bölge organlarında dönemsel olmayan iyi huylu ağrı olarak değerlendirilmektedir. Bu arada ağrılarının sıklığı iş kaybına yol açıp tıbbi destek gerektirmektedir. Menstruasyon sırasında (dismenore) veya cinsel ilişki (dispareni) sırasında oluşan ağrılarının yanında bilinen endometriozisteki ağrılara, genel olarak kronik pelvik ağrı olarak bakılmamaktadır.

Kronik pelvik ağrının gerçek yaygınlığını tam olarak tespit etmek elbette ki kolay değildir. ABD'de 18-50 yaş arasındaki kadınların anket sorularına verdiği cevaplarda %17,6, Bir-



**Şekil 1** | M. levator ani'nin M. obturatorius internus'la anatomik ve işlevsel bağlantısı: Levator, Fascia obturatoria'dan yaylı bir doğru parçasından çıkmaktadır (Tillmann, Anatomie, Springer'den alıntı).

leşik Krallık'da %24 ve İskandinav ülkelerinde %10 civarında bir yaygınlık tespit edilmiştir.

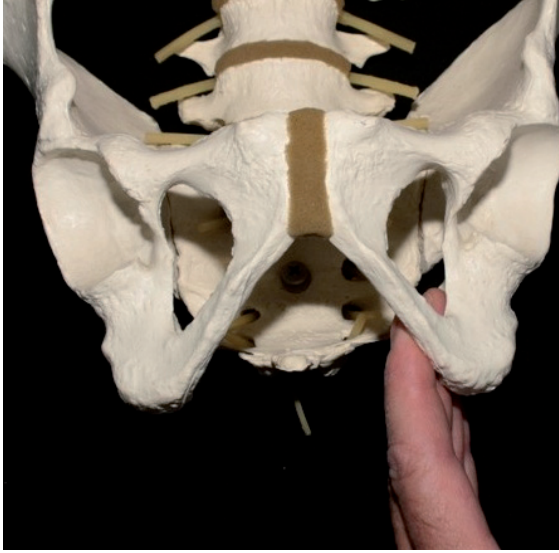
## ANATOMİK TEMELLER

Pelvis genel olarak M. levator ani'den oluşmakla birlikte (Diaphragma pelvis), arka bölümünde de M. Coccygeus'un yanında M. Pubococcygeus'dan da meydana gelmektedir. Ön bölümde ise Diaphragma urogenitalis olarak da adlandırılan MM. transversus perinei profundus et superficialis bulunmaktadır. Bu kasların doğal olarak demetler halinde kendi çapları vardır. Ancak gerçekten ilginç olan, M. levator ani'nin 90%'dan fazla olarak bir kemikten çıkmayıp, bir arcus tendineus'a, ki bu da bağ seklinde kas uzantısı olarak M. obturatorius internus'a uzanarak geçmektedir (Şekil 1).

Bu açıdan M. levator ani kuvvetli bir şekilde M. obturatorius internus'a bağlıdır. Sonuçta bu bir kalça kasıdır ki, bu arka baldıra kadar uzanıp buradan trokanter majöre bağlanmaktadır. Bunun görevi kalçanın dış rotasyonunu sağlamak olup (Gemelli ile birlikte), aynı zamanda kalça eklemine düzgün çalışmasını ve büyümesini sağlamaktır. Bu bakımdan özellikle düz olmayan ve dik alanlarda yürürken her adımda germe değişimi M. Levator ani'ye aktarılmaktadır. Kronik pelvik ağrıya sahip olan kadınlar özellikle yokuş aşağı yürürken yüksek düzeyde idrar tutamama şikayetini bildirmektedirler (4, 5).

## MANUEL DİAGNOZ VE BULGULAR

Tecavüze uğrayan kadınların çoğunluğu olayı hatırlattığı için pelvik bölgenin elle, vajinal ya da anal teşhisini, bu konuda uzman olan doktorlar (jinekolog, ürolog) tarafından bile yapılmasını reddetmektedirler (28). Bu açıdan manuel teşhis kolay ulaşılabilir ve kabul edilen pelvik bölge kaslarına yapılacak palpasyon ile sınırlı kalmalıdır. Hastanın aydınlatılmasıyla ve onayıyla M. Levator ani palpasyonu kumaş üzerinden yapılabilir. Burada miyofasyal acıyla birleşik yüksek düzeyde



**Şekil 2** | Baldır internal kısmının uzun parmak palpasyon pozisyonu ve M. Levator ani releasing terapisi (Resimler: JM Werner).

bir tonus vardır. M. Coccygeus'de de uygun bir palpasyon yapılabilir (Şekil 2).

## MANUELTERAPİ OPSİYONLARI

Kronik pelvik ağrı ile bağlantılı kas-kemik bulgularında esas itibarıyla fizyoterapi ve manuel/osteopatik terapiler kendisini ispatlamış yöntemlerdir (20). Ancak bu yöntemler cinsel travma yaşayan kadınlara her zaman uygun olan yöntemler değildir. Bundan dolayı tecavüz olaylarından sonra görülen post travmatik bozukluklarda uygulanabilen terapilerde manuel temas 45%'inde reddedilmektedir, çünkü bu durumda travmatik olayı hatırlatan korku atakları ve olumsuz stres durumları ortaya çıkmaktadır. (28).

1937 yılından itibaren Amerikalı doktor George Thiele tarafından kronik pelvik ağrı ve koksidini için (ki bu bir araştırmada etkili olduğu kanıtlanmıştır (18)) bir masaj tekniği olarak tavsiye edilip uygulanan yöntem, M. levator ani ve M. Coccygeus'un manuel vajinal terapisi ya da elle tetik nokta tedavisinde (TPT) (27) ++ şiddet mağdurları için kesinlikle gündeme getirilmemektedir.

Bunun dışında dolaylı yollardan etkili olan terapi yöntemleri de mevcuttur. Bunlarla bel ve pelvik bölge kasları ile özel-



**Şekil 3** | M. obturatorius internus'un postizometrik relaksasyonu: Mediyal traksiyon iç rotasyonda yapılır, lateral traksiyonda hassasiyet varsa yapılmamalıdır. (Resim: J.M. Werner).

likle Obturatorius internus'u (Şekil 3), Piriformis'i, Iliopsoas'ı, Gluteus medius'u ve gerekirse Coccygeus'u (4, 5) da rahatlatmak mümkündür. Kasların gevşetilmesinin en güzel yöntemi de Post İzometrik Relaksasyon teknikleri (PIR)'dir.

Hastaların kaldırma kapasitelerine göre, yaygın uygulanan tekniklerden olan Counterstrain ve Myofascial Release de uygulanabilir. Ancak bu tekniklerde çok dikkatli ve nazik hareket etmek gerekir, çünkü mağdurlar şiddet olayına zihinsel geri dönüşler yapabilirler ki, bu hiç de verimli bir yol olarak görülemez.

Mağdur olan kadınların pelvik bölgede her türlü manuel terapi yöntemini reddetmeleri, ancak yüksek derecede de acı hissetme algısının devamı durumunda, deneyimli nöralterapistler tarafından plexus uterovaginalis'e (Ganglion Frenkhauser) suprapubik enjeksiyon uygulanabilir (W. Ortner, Präsident of the International Federation of Medical Associations of Neural Therapy - IFMANT).

Yoğun travma yaşayan hastalara alternatif olarak bir yoga tekniği tavsiye edilebilir (Leon Chaitow'un teklifi, DO): Bir tenis topu alarak kaygan olmayan bir zeminde (halı) anüs ve vajina arasındaki perineuma yerleştirin. Bu pozisyonda topun üzerinde oturarak günde 5-10 dakika arasında pelvik bölge kaslarını rahatlatmaya çalışın. Bu teknik başlangıçta çok rahat bir pozisyon değil, ancak CBS'ye bağlı semptomların tedavisinde çok belirgin avantajlar sağlamaktadır.

## Kaynaklar

1. As-Sanie S, Clevenger LA, et al. (2014) History of abuse and its relationship to pain experience and depression in women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol.* 210:317-32
2. Beck JJ, Elzevier HW et al. (2009) Multiple pelvic floor complaints are correlated with sexual abuse history. *J Sex Med.* 6:193-8
3. Beck J, Bekker M et al. (2010) Female sexual abuse evaluation in the urological practice: results of a Dutch survey. *J Sex Med.* 7:1464-8
4. Bonneau D (2011) Conduite à tenir devant une algie pelvi-périnéale en médecine manuelle. In: Bonneau D, Mares P, Vautravers P, Hérisson C (edit.) *Algies pelvi-périnéales et thérapies manuelles.* Sauramps médical, Montpellier-Paris ; pp 85-107
5. Bonneau D (2011) Principes du traitement manuel des algies pelvi-périnéales. In: Bonneau D, Mares P, Vautravers P, Hérisson C (edit.) *Algies*

- pelvi-périnéales et thérapies manuelles. Sauramps médical, Montpellier-Paris ; pp 125-60
6. Cichowski SB, Dunivan GC et al. (2013) Sexual abuse history and pelvic floor disorders in women. *South Med J.* 106:675-8
  7. Cour F, Robain G et al.(2013) Childhood sexual abuse: how important is the diagnosis to understand and manage sexual, anorectal and lower urinary tract symptoms. *Prog Urol.* 23:780-92
  8. Dalpiaz O, Kerschbaumer A et al. (2008) Chronic pelvic pain in women: still a challenge. *BJU Int.* 102:1061-5
  9. Fry RP, Crisp AH et al. (1993) Psychosocial aspects of chronic pelvic pain, with special reference to sexual abuse. A study of 164 women. *Postgrad Med J* 69:566-74
  10. Gyang A, Hartman M, Lamvu G (2013) Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: what a gynecologist should know. *Obstet Gynecol.* 121:645-50
  11. Hilden M, Schei B et al. (2004) A history of sexual abuse and health: a Nordic multicentre study. *BJOG* 111:1121-7
  12. Hooker AB, van Moorst BR et al. (2013) Chronic pelvic pain: evaluation of the epidemiology, baseline demographics, and clinical variables via a prospective and multidisciplinary approach. *ClinExpObstet Gynecol.* 40:492-8
  13. Imhoff LR, Liwanag L, Varma M (2012) Exacerbation of symptom severity of pelvic floor disorders in women who report a history of sexual abuse. *Arch Surg.* 147:1123-9
  14. Jundt K, Scheer I et al. (2007) Physical and sexual abuse in patients with overactive bladder: is there an association? *IntUrogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 18:449-53
  15. Lampe A, Sölder E, et al. (2000) Chronic pelvic pain and previous sexual abuse. *Obstet Gynecol.* 96:929-33.
  16. Lathe P, Mignini L et al. (2006) Factors predisposing women to chronic pelvic pain: systematic review. *BMJ.* 332:749-55
  17. Luce H, Schrager S, Gilchrist V (2010) Sexual assault of women. *Am Fam Physician.* 81:489-95
  18. Oyama I, Rejba A et al. (2004) Modified Thiele massage as therapeutic intervention for female patients with interstitial cystitis and high-tone pelvic floor dysfunction. *Urology.* 64:862-5
  19. Plante A, Kamm M (2008) Life events in patients with vulvodynia. *BJOG.* 115:509-514.
  20. Prather H, Dugan S, et al. (2009) Review of anatomy, evaluation, and treatment of musculoskeletal pelvic floor pain in women. *Physic Med Rehab.* 1:346-58
  21. Postma R, Bicanic I, et al (2013) Pelvic floor muscle problems mediate sexual problems in young adult rape victims. *J Sex Med.* 10:1978-87
  22. Schliep KC, Mumford SL, et al.(2016) Sexual and physical abuse and gynecologic disorders. *Hum Reprod.* In print (E-publication ahead)
  23. Schröttle M, Müller U (2004) Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.BMFSFJ
  24. Seith C, Lovett J, Kelly L (2009): Different systems, similar outcomes? Tracking attrition in reportedrapecasesacross Europe. Unterschiedliche Systeme, ähnliche Resultate? Strafverfolgung von Vergewaltigung in elf europäischen Ländern. Länderbericht Deutschland. Child and Woman Abuse Studies Unit; London Metropolitan University/European Commission, Div. Justice and Home affairs
  25. Thiele GH (1937) Coccygodynia and pain in the superior gluteal region. *JAMA* 109: 1271-5
  26. Vickerman KA, Margolin G (2009) Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *ClinPsychol Rev.* 29:431-48
  27. Weiss JM (2001) Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol.* 166:2226-31.
  28. Weitlauf JC, Frayne SM, et al. (2010) Sexual violence, posttraumatic stress disorder, and the pelvic examination: how do beliefs about the safety, necessity, and utility of the examination influence patient experiences? *J Womens Health (Larchmt).* 19:1271-80