

Postpartum Akut Karın Ayırıcı Tanısında Septik Pelvik Tromboflebit

Septic Pelvic Thrombophlebitis in Differential Diagnosis of Postpartum Acute Abdomen: Case Report

Ayla ESER,^a
Gülden ADAY GÖK,^a
İlknur İNEGÖL GÜMÜŞ,^a
Önder SÜRĞİT,^b
Gülhiz KARATAŞ,^c
Mehmet Oğuz GONCA^c

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,

^bGenel Cerrahi AD,

^cRadyoloji AD,

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Ankara

Geliş Tarihi/Received: 15.11.2014

Kabul Tarihi/Accepted: 10.03.2015

Bu çalışma, Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği IX. Ulusal Kongresi (24-27 Eylül 2014, İstanbul)'de poster olarak sunulmuştur.

Yazışma Adresi/Correspondence:

Ayla ESER

Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Ankara,

TÜRKİYE/TURKEY

aylaacar76@yahoo.com.tr

ÖZET Akut batın; travma dışı nedenlerle ortaya çıkan, akut başlangıçlı, karın ağrısının ön planda olduğu, acil tedavi gerektiren patolojilerin genel adıdır. Septik pelvik tromboflebit ise pelvik enfeksiyonunun ciddi fakat nadir bir komplikasyonudur. Obstetrik olgularda jinekolojik olgulardan daha sık ortaya çıkar. Spesifik bir semptomu yoktur ve sıklıkla akut karın tablosu ile prezente olur. Tanı ve tedavide geç kalınır ya da unutulur ise ciddi ve mortal seyredebilecek komplikasyonlara neden olabilir. Tanı genelde tek başına antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen, fakat antibiyotik ve antikoagülan tedavi kombinasyonuna yanıt veren yüksek ateş ve karın ağrısının varlığıyla geriye dönük konulur. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tanıda yardımcıdır. Tedavide geniş spektrumlu antibiyotiklere ek olarak antikoagülan tedavi önerilir. Bu çalışmada, postpartum dönemde akut karın tablosunu taklit eden septik pelvik tromboflebitli bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Karın, akut; pelvik enfeksiyon; tromboflebit; postpartum dönem

ABSTRACT Acute abdomen is general definition of pathologies with foreground abdominal pain which are acute initiated without trauma and requires immediate treatment. Septic pelvic thrombophlebitis is a serious but rare complication of pelvic infection. It appears more often on obstetric patients than gynecological patients. There is no specific symptom and often presented as acute abdomen. If the diagnosis and treatment are delayed it may cause serious and mortal complications. Diagnosis is mostly possible retrospectively with pyrexia and abdominal pain response to combination of antibiotic and anticoagulant treatment but with no response to antibiotics alone. Computed tomography and magnetic resonance imaging are helpful in diagnosis. In treatment, anticoagulant treatment is suggested in addition to broad-spectrum antibiotics. In our paper, we presented a case with septic pelvic thrombophlebitis which mimics acute abdomen in postpartum period.

Key Words: Abdomen, acute; pelvic infection; tromboflebit; postpartum period

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2015;25(4):287-91

Septik pelvik tromboflebit (SPT) insidansı değişkenlik göstermekle birlikte, yaklaşık tüm gebeliklerde 1:3000, normal vajinal doğum sonrası 1:9000 ve sezaryenle doğum sonrası 1:800 oranında görülür.¹ Altta yatan risk faktörleri arasında obstetrik olgularda; septik abortus, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, uzamış doğum eylemi, enfekte plasenta retansiyonu, postpartum endometrit, jinekolojik olgularda; akut pelvik inflamatuvar hastalık, tuboovarian apse, pelvik selülit, postoperatif enfeksiyon

sayılabilir.^{2,3} İki farklı klinik formu vardır. Ovarian ven tromboflebiti (OVT) ve derin septik pelvik tromboflebit (DSPT). İkisi de ortak patojenik mekanizma ile genellikle birlikte oluşmalarına rağmen klinik tabloları birbirinden farklıdır.⁴ Sık karşılaşılan tablo doğumdan 48-96 saat sonra gelişen alt karın ağrısı ve buna eşlik eden orta derecede ateş yüksekliğidir. Sıklıkla sağ ovarian venin etkilenmesi nedeni ile en sık akut apandisit ve over torsiyonu ile karışır.^{3,4} Daha nadir görülen klinik ise “gizemli ateş” olarak isimlendirilir. Antibiyoterapi devam eden olguda taşikardi ve ateş dengesizliği dışında ağır bir semptom yoktur. Ayırıcı tanıda atlanması durumunda mortal sonuçlara neden olabilmesi ve tanı konulduğu koşullarda çok basit bir tedaviyle kür sağlanması nedeni ile doğum ve cerrahi sonrası dönemde semptomlar dikkatli değerlendirilmeli ve postpartum karın ağrısı ve ateş şikâyetleriyle başvuran olgularda ayırıcı tanıda mutlaka akılda tutulmalıdır. Bu çalışmada, kliniğimizde tanı ve tedavisi yapılan SPT’li bir olgu ele alınmıştır.

OLGU SUNUMU

Yirmi beş yaşında, 38^{4/7} haftalık primigravid gebe, sancı şikâyeti ile kliniğimize başvurdu. Hastaneye kabulde vital bulgular normal, vajinal muayenede 2 cm servikal açıklık, %60 servikal silinme, fetal baş seviyesi-1’de idi. Aktif uterin kontraksiyonları olan olgu, yaklaşık yedi saat süren doğum eylemi sonrasında normal vajinal yol ile 3170 g ağırlığında canlı, sağlıklı kız bebek doğurdu. Hastaneye kabulde membranlar intakt idi ve membran rüptüründen 5 saat sonra doğum gerçekleşti. Doğum sırasında olguya sağ mediolateral epizyotomi uygulandı. Postpartum birinci gününde şifayla taburcu edilen olgu postpartum dördüncü gününde sağ alt kadran ağrısı, hâlsizlik ve terleme şikâyetleri ile tekrar kliniğimize başvurdu. Kabulde yapılan muayenede; vital bulgular; vücut ısısı: 37,3°C, TA: 110/70 mmHg, nabız: 96 atım/dk idi. Akut karın bulguları (özellikle sağ alt kadranda hassasiyet, defans ve rebound) mevcuttu. Pelvik muayenede epizyotomi hattı normal, spekülüm muayenesinde kokusuz löşi rubra, bima-

nüel muayenede sadece sağ adneksiyal hassasiyet mevcuttu. Kabulde laboratuvar sonuçları; HB: 9,3 g/dL, WBC: 14.800/mm³, CRP: 24,3. Görüntüleme yöntemlerinde; pelvik ultrasonografi ve ovarian kan akımlarına yönelik yapılan her iki over Dopler ultrasonografi (USG), appendikse yönelik yapılan yüzele USG ve üriner sistem USG’si normaldi. Genel cerrahi bölümüne konsülte edilen olguya akut apandisit/perfore divertikülit ön tanıları ile çekilen kontrastlı tüm abdomen tomografisi “tromboze sağ over venine ait olabilecek görünüm” şeklinde rapor edildi (Resim 1).

Klinik ve laboratuvar değerlendirme süreci boyunca özellikle sağ kasık ağrısı şiddetlenen olgunun kliniğe kabulünün birinci gününden sonra ateşi 38,5°C’ye kadar yükselme başladı. Tüm sonuçlarla olguya SPT (sağ ovarian ven trombozu) tanısı konularak intravenöz seftriakson 2x1 g+metronidazol 2x500 mg ve subkutan düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH-enoksaparin sodyum) 2x6000 IU tedavisi başlandı. Tedavinin 12. saatinde ateş ve karın ağrısı gerilemeye başlayan olgu üç gün parenteral+11 gün oral (sefuroksim aksetil tablet 2x500 mg+metronidazol tablet 2x500 mg) antibiyotik ve DMAH tedavisi aldı. Kliniği tamamen normale dönen olgunun 14. günde yapılan görüntüleme yöntemlerinde sağ over venindeki trombotik görünümün kaybolması üzerine tedavisine son verildi. Kendisine ait bilgilerin isim belirtilmeden bilimsel bir makalede kullanılması konusunda olgudan “bilgilendirilmiş onam” alınmıştır.



RESİM 1: Olgunun tromboze sağ over venine ait bilgisayarlı tomografi görüntüsü.

TARTIŞMA

SPT obstetrik hasta popülasyonunda yaklaşık 1:3000 sıklıkta görülmesine karşın, mortalitesi %4,4 olarak bildirilmiştir.^{1,2}

Patofizyolojik süreç, doğum veya cerrahi nedeni ile hasara uğramış pelvik ven intimasında oluşan trombüslerin bakteriler tarafından invazyonu ile gelişir.^{4,5} Enfeksiyöz ajanların daha çok uterus orijinli olduğu düşünülür. En sık etken mikroorganizmalar gram-negatif fakültatif aeroplalar (özellikle *Escherichia coli*), gram-pozitif aeroblar (streptokoklar, stafilokoklar) ve anaerob bakteriler (peptostreptokoklar, peptokoklar, *Bacteriodes* türleri, *Clostridium* türleri) dir.²⁻⁵ Altta yatan herhangi bir risk faktörünün varlığı olasılığı artırmakla birlikte, bizim olgumuzda olduğu gibi herhangi bir risk faktörü olmadan da gelişebileceği akıld tutulmalıdır. Çünkü gebelik ve erken postpartum dönemde ortaya çıkan hiperkoagülabilité ve dilate pelvik venlerde kan akımının yavaşlamasına bağlı oluşan venöz staz en önemli hazırlayıcı faktördür.⁵ Ayrıca, gebelikte uterusun dekstropozisyonuna bağlı bu bölgeye olan daha fazla bası ve buradaki venlerde kan akımının farklı özellik göstermesinden ötürü OVT olgularının % 80-90'ında patolojik olay sağ ovarian vende görülür.^{4,6} Bizim hastamızda da SPT'ye yatkınlık oluşturacak herhangi bir risk faktörü mevcut değildi ve patoloji sağ ovarian vende gelişmişti.

Klinik, tutulan bölge ve patolojinin boyutuna bağlı olarak değişkenlik gösterir. Minimal semptomların eşlik ettiği hafif bir tablodan çok daha şiddetli mortal seyredebilecek ağır bir klinik tabloya kadar değişebilir.

Birinci form olan OVT'de semptomlar biraz daha geç ortaya çıkan doğum ya da cerrahiden bir hafta sonra görülen ateş ve daha çok sağ alt kadrana lokalize ağrı vardır. Sağ alt kadranda kitle palpe edilebilir. Olguların %20'sinde sağ ovarian vende trombüs gösterilir.^{2,4,5} İkinci form DSPT'de ise doğum veya cerrahiden sonraki birkaç gün içerisinde, daha erken dönemde ve genellikle olgular hastaneden taburcu olmadan antibiyotiklere rağmen devam eden ateş mevcuttur ve

genellikle ağrı yoktur. Özellikle postpartum olguda üşüme-titreme düzensiz aralıklarla ortaya çıkan ateş, yükselmiş ve plato çizen nabız vardır. Radyolojik olarak genelde trombüs gösterilemez.^{2,4,5} Bizim OVT olgumuzda da doğum sonrası beşinci günde başlayan şikâyetler ve daha çok sağ alt kadrana lokalize şiddetli kasık ağrısı ve kabalde normal düzeyde olmasına rağmen sonraki günlerde düzensiz aralıklarla ortaya çıkan ateş mevcuttu. SPT'nin en önemli iki komplikasyonu, septik pulmoner emboli (SPE) (%13) ve metastatik apse oluşumudur. Tedavi edilmemiş olguların üçte birinde SPE görülür ve puerperal sepsis nedeni ile kaybedilen olguların %35'inde otopside SPT saptanırken, pulmoner emboliye bağlı ölümlerde bu oran %50 olarak bulunmuştur. Ayrıca, septik trombüsler ve emboliler bakteremi kaynağıdır ve tedavi edilmezse fatal seyirlidir. Kan kültürü sadece %25 olguda pozitifdir (%0-29 arasında değişir).²

Tanıda altın standart denilebilecek bir yöntem yoktur. Özellikle zayıf olgularda tromboze venlerin oluşturduğu hassas kitle palpe edilebilir, fakat olguların büyük çoğunluğunda bu mümkün değildir.^{2,4} Güvenilir klinik tanı pelvik enfeksiyonlu bir olguda akciğer veya uzak organlarda septik embolilerin gösterilmesidir, fakat yine her olgu için mümkün olmamaktadır.^{2,4} Tanıda USG, bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) den yararlanır.¹⁻⁵ BT en sık kullanılan tanısal görüntüleme yöntemidir. Sensitivitesi %78-100, spesifitesi %63-99'dur. BT'de görünen ovarian vende genişleme, ven lümeninde düşük dansiteli görünüm, ven duvarının keskin bir şekilde görülmesi ve perivasküler inflamasyon halkası tanı koydurucudur (Zerhouni kriterleri). Ayrıca, radyolojik olarak trombüs saptanmaması tanıyı ekarte ettirmez. Her şeye rağmen kesin tanı, geniş spektrumlu antibiyoterapiye yanıt alınmayan olgularda ek olarak DMAH başlanmasından sonra 12-36 saat içinde hastanın kliniğinde gözlenen dramatik düzelme ile konulur. Bunların yanı sıra henüz rutin kullanımda olmayan manyetik rezonans venografi (MRV) ve manyetik rezonans "direct thrombus imaging" (MRDTI) gibi

TABLO 1: Septik pelvik tromboflebit tedavi algoritmi.⁵

BT veya MRG bulguları	Antibiyotikler	Antikoagülasyon	Tedavi süresi	Sonuç
Sağ ovarian ven trombozu	Ertapenem veya gentamisin, ampicillin, clindamisin (7 gün)	Enoxaparin (1 mg/kg), warfarin (INR 2,5)	3-6 ay warfarin	3 ay sonra BT tekrarla Negatifse antikoagülan tedaviyi kes Trombüs pozitifse ek 3 ay daha
Pelvik ven dallarında trombüs	Ertapenem veya gentamisin, ampicillin, clindamisin (7 gün)	Enoxaparin (1 mg/kg)	2 hafta	Tekrar görüntüleme yöntemlerine gerek yok
Trombüs tesbit edilememişse	Ertapenem veya gentamisin, ampicillin, clindamiscin (7 gün)	Enoxaparin (1 mg/kg)	1 hafta	Tekrar görüntüleme yöntemlerine gerek yok

yeni tanısal yöntemler geliştirilmeye çalışılmaktadır.⁵

Tedavide geçmişte tanı konulduğu anda direkt cerrahi (embolektomi, damar ligasyonu, adneksin çıkarılması vb.) tedavi önerilirken, zamanla bu yaklaşım yerini “medikal tedaviye yanıt alınamayan nadir olgularda cerrahi tedavi” anlayışına bırakmıştır.¹⁻⁵ Günümüzde en çok kabul gören uygulama, gram-negatif ve gram-pozitif anaeroplara kapsayacak şekilde geniş spektrumlu antibiyoterapiye ek olarak antikoagülan tedavi uygulamasını içerir. Fakat uygulanacak ajanlar ve uygulama süreleri ile ilgili fikir birliği yoktur. Klasik kitaplar ve literatürde, antibiyoterapiye rağmen beş günden daha uzun persiste eden ateş, varsa antikoagülan tedavi başlanması ve yakın monitörizasyon önerilmektedir. SPT’de önerilebilecek en uygun medikal tedavi algoritmi Tablo 1’de görülmektedir.⁵ Hemen tüm yayınlarda önerilmesine ve rutinde uygulanmasına karşın, henüz kanıt dayalı tıp perspektifinde antikoagülan tedavinin etkinliği ispatlanmamıştır.⁷

Medikal tedavi başlangıcından sonraki 48-72 saat içinde objektif yanıt görülmez ise

cerrahi tedavi planlanabilir. Cerrahi müdahale çoğu durumda etkilenen damarın bağlanmasından ibarettir. Trombüs vena kava boyunca renal venin orijinine kadar genişlemiş ise embolektomi gerekebilir. Sadece kesin tanımlanmış apse varlığında etkilenen damar ve aynı taraftaki adneksin çıkarılması endikasyonu vardır.¹⁻⁵

Sonuç olarak, SPT obstetrik ve jinekolojik olgu grubunda nadir de olsa karşılaşılabilecek bir komplikasyondur. Erken tanı ve uygun tedavi hayat kurtarıcıdır. Doğum veya operasyon sonrası akut karın bulguları olan her olguda mutlaka akla getirilmelidir. Tanıda altın standart bir yöntem olmamakla birlikte, klinik olarak şüphelenilen olgularda BT ve MRG tanıyı destekleyebilmektedir. Radyolojik olarak trombüs saptanmamasının tanıyı ekarte ettirmeyeceği unutulmamalıdır. Tedavide geniş spektrumlu antibiyotikler ve DMAH kullanılır ve olası komplikasyonlar açısından yakın monitörizasyon gerekir. Medikal tedaviye yanıt alınamayan olgularda cerrahi tedavi ikinci seçenek olarak uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Cuningham F, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Puerperal infection. Williams Obstetrics. 23rd ed. USA; McGraw Hill: 2009. p.661-72.
2. Kır M, Üstün C, Kökçü A, Çokşenim Ş. [A case with septic pelvic thrombophlebitis]. OMÜ Tıp Dergisi 1992;9(3-4):283-6.
3. Tanrıverdi HA, Akbulut V, Barut A. [Septic pelvic thrombophlebitis after hysterectomy: case report]. J Turkish German Gynecol Assoc 2005;6(1):49-51.
4. Kadanalı A, Karagöz G. [Puerperal infections]. Çiçek NM, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörler. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 1. Cilt 3. Baskı. Ankara: Atlas Kitapçılık; 2012. p.323-8.
5. Garcia J, Aboujaoude R, Apuzzio J, Alvarez JR. Septic pelvic thrombophlebitis: diagnosis and management. Infect Dis Obstet Gynecol 2006;2006:15614.
6. Savader SJ, Otero RR, Savader BL. Puerperal ovarian vein thrombosis: evaluation with CT, US, and LR imaging. Radiology 1988;167(3): 637-9.
7. Fried AK, Boyle PJ. Septic pelvic thrombophlebitis. In: Leveno K, Cunningham F, Bloom S, eds. Williams Manual of Pregnancy Complications. 23rd ed. China: MacGraw Hill; 2012. p.169-70.