

Vajinit, Servisit, Pelvik Enflamatuvar Hastalık, Tuboovariyan Apse

F. Tuncay ÖZGÜNEN*

* Prof.Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, ADANA

Vajinit *Trikomonas Vajiniti*

Genital olgunluk çağındaki kadınlarda vajinitin en sık 3 sebebi; trikomonas vajinalis, kandida albicans ve bakteriyel vajinosistis.

Trikomonas vajinitinin amili anaerob bir protozoon olan trikomonas vaginalis'tir. Bu parazitin konakçısı insandır ve seksüel geçişli hastalık nedenidir (1). Gerçekte bu parazit hem erkek hem kadında asemptomatik olarak bulunabilir. Bazı yazarlar hastalığın görülmesinin menstruasyon günüyle ilişkisi olmadığını ifade ederken bazıları sıklıkla menstruasyon ertesi başladığını savunmaktadır. (2) Sıklıkla vajina, uretra, endoserviks ve mesaneyi enfekte eder.

Akıntısı kötü kokulu, köpüklü, sarı-yeşilimsidir. Vajina PH'sı artmış, 5-5.5 civarındadır. Enfeksiyon vulvovajinal eritem ve ödeme sebep olabilir. En şiddetli formunda ödemli vaginada peteşilerle çilek görünümü dikkati çeker. Ancak bu bulgular pek çok enfeksiyona bağlı olabileceği için bu görüntü trikomonasa özgü kabul edilmemelidir. Trikomonal serviste bağlı olarak postkoital kanama görülebilir. Hastalar kaşıntı, yanma, disüri ve dispareuniden yakınır.

Akıntı olarak taze örnek mikroskopta incelendiğinde hareketli trikomonalar olguların %80-90'ında görülür. En hassas tanısal test Trikomonas kültürüdür, ancak çok pratik değildir, yakın zamanda daha duyarlı tanısal testler, PCR kullanımına yönelik testler geliştirilmiştir.

Tedavide en etkili ajan Metronidazoldür. Metronida-

zol veya analogları günde 2 defa 500 mg, 7 gün veya tek doz olarak 2 gr. verildiğinde olguların %90'ını tedavi eder. Erkek partner de tedavi edilmelidir. Tekrarlayan vakalarda 3x1, 250 mg.,7 gün, inatçı vakalarda günde 2-4 gr. 2 hafta süreyle kullanılmalıdır. Tedaviyle kandidiasis, tedavi sırasında alkol alınırsa antabusa benzer etkiler, gastrointestinal bozukluk, kan diskrazileri görülebilir.

Teratogenesisin kesin delili olmamasına rağmen gebeliğin 1.trimestrinde verilmemelidir. Alternatif olarak Klotrimazol verilebilir. Gebelikte Metronidazol vajinal jel veya vajinal tablet günde 2 kere, 5 gün süreyle verilir. Gebelerde trikomonas enfeksiyonunun %15'i kandida enfeksiyonu ile birlikte dir. Emziren kadınlara metronidazol hiç verilmemeli veya tek doz verip aynı gün bebek emzirmen süt çekilmeli, ertesi gün emzirilmelidir.

Moniliyal Vajinit

Gebe veya diyabetik kadınlarda vajinitin en sık sebebi kandida albicansdır, vajinada fakültatif patojen olarak da bulunabilir, ne reaksiyon ne semptomla sebep olur. Son 20 yılda dünyada fungal hastalıkların insidansında artış vardır. Bu; antibiyotik, kortikosteroid, sitotoksik ajan ve oral kontraseptif kullanımındaki artışa bağlanabilir. Kandidiasis kadınların %6 ile %28'inde görülür, fakat insidansı gebelerde iki misli artar. Hem gebelik hem diyabet hücresel bağışıklığın kalitatif olarak azalması sonucu mantar enfeksiyonlarının insidansının artmasına sebep olur.

Alt genital yol enfeksiyonlarının en sık nedenlerinden birisidir. Daha çok tropikal ve subtropikal bölgede yaşayan kadınlarda görülür, ABD.'nde bakteriyel vajinosisten sonra 2.sıradadır, yılda kadınların %20'sini enfekte eder. Fungal vajinit olgularının çoğunluğunda patojen amil Kandida cinsidir, hastaların %67-95'inde Kandida Albicans izole edilir. Bugüne kadar vajinal florada Kandida Albicans'ın 200'den fazla soyu izole edilmiştir, bunların hepsi kolonize olma ve vajinit meydana getirme

Yazışma Adresi: Dr.F. Tuncay ÖZGÜNEN
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD
ADANA

yeteneğindedir. Spesifik olarak Torulopsis glabrata ve Kandida albicans'dan başka Kandida türleri de patojeniktir ve fungal enfeksiyondan sorumlu olabilir. Dimorfik olan Kandida organizmaları insanda farklı fenotipik fazlarda bulunabilir.

Tipik yakınma akıntı, kaşıntı ve disparunidir. Kırmızı, ödemli vulva ve vajinada vajina duvarına yapışık kalın, peynirimsi akıntı görülür. Genellikle koku yoktur, kötü koku beraber olan trikomonas veya bakteriyel vajinosistendir. Akıntı %10 KHCL ile karıştırılır, KHCL hücresel e-lementleri tahrip ettikten sonra sporlar ve hifalar görülür. Akıntıyı Nickerson mediumuna aktararak kültür yapılabilir.

Tedavide; Nistatin (Mikostatin) vajinal tablet 1x1, 7-14 gün + Mikostatin krem verilebilir ancak bu tedaviyle rekürrens sık görülür.

Bugün için tedavinin esasları İmidazol preparatlarıdır. Bunlar; Mikonazol, Klotrimazol, Butokonazol, Tiokonazol, Ketokonazol'dür.

Klotrimazol 100 mg.vajinal tablet, 7 gün, Ketokonazol 200 mg.tablet 2x1, 5 gün verilir. Avantajı Kandidanın gastrointestinal rezervuarını da elimine etmesidir, ancak hepatik fonksiyon bozukluğu yapabilir. Flukonazol 150 mg. tek doz verilir.

Mikonazol krem veya eşdeğer ajanların 1 hafta boyunca vajinal kullanımı oldukça etkili olur, maamafih kür tekrarı genellikle gereklidir. Flukonazol ile tek doz tedavisi yüksek derecede etkilidir ancak gebelerde kullanılmaz.

Bakteriyel Vajinosis

Eskiden Gardnerella vajiniti veya nonspesifik vajinit denen durumdur. Üreme çağındaki kadınların vajinal enfeksiyonlarının %45'inin sebebinin açıklar. Seksüel geçişli hastalık kliniklerindeki kadınların % 64'üne kadar bulunabilir. Vajinada bakteriyel floranın değişmesiyle hidrojen peroksit üreten laktobasillerin kaybı ve anaerob bakterilerin artarak floraya hakim olmasıyla karakterize bir durumdur. Sıklıkla Gardnerella vajinalis izole edilir. Aynı zamanda Bakteroides gibi anaerob bakteriler de bakteriyel vajinosisin patofizyolojisinde önemli rol oynar.

Gri, homojen ve kötü kokulu bir akıntı yapar, PH artmış, 5-5.5 civarındadır.Kadınların % 50'si asemptomatiktir, en sık şikayet kaşıntı yapmayan, kötü kokulu, bol miktarda olan akıntıdır. Kötü koku en çok menstrasyon, koitus ve alkali duştan sonra belirgindir.

Gebelik komplikasyonlarına yol açabilir; erken memb-ran rüptürü, koryon ve amniyonun enfeksiyonu, histolojik koryoamniyonitis, amniyotik sıvı enfeksiyonu ve erken doğuma sebep olabilir. Riskte olan kadınlar taranmalı ve tedavi edilmelidir.

Akıntıya bir damla KOH damlatılırsa balık veya amin kokusu alınır (Pozitif "sniff" veya "whiff" testi). Mikroskopik muayenede lökositler azdır, "Clue hücreleri" görülür. Epitel hücreleri ve onlara yapışık, sınırları belirsiz bakteri kümelerinden meydana gelmiştir.

Tanı için kültür onayı mutlaka gerekli değildir.

En etkili tedavi Metranidazoldür, 2x500 mg., 7 gün ve 3x250 mg.1 gün şeklinde uygulanan tedavi % 90'dan fazla etkilidir. Oral Klindamisin 2x300 mg.,7 gün diğer bir etkili tedavi şeklidir, fakat diyareye sebep olabilir. Metronidazol vajinal jel veya Klindamisin krem ikisi de benzer etkidedir.

İnatçı veya tekrarlayan vajinal enfeksiyonlarda eşin tedavisi tartışmalı kalır, ancak oral tedavi yardımcı olabilir. Gebelerde oral Metranidazol kullanılmaz veya ancak 1.trimestrden sonra ve inatçı vakalarda kullanılabilir.

Klamidyal Servisit

Mecburi intrasellüler parazittir, spesifik insan patojenidir.15 serotipi bulunur, 3 tip hastalık görünümü vardır; Lenfograduloma venereum, klamidya trahomatis ve seksüel geçişli hastalık ve perinatal enfeksiyon yapar. Klamidya trahomatis enerji ve beslenme için konak hücreye bağımlıdır, ATP üretmek için enerji sistemleri yoktur, bu yüzden "enerji paraziti" denir.

Klamidyal endoservisitli kadınlardaki çalışmalarda Klamidya izolasyonu ile ilgili 4 risk faktörü tanımlanmıştır; N.Gonore servisi, G.vajinalis servisi, pürülan vajinal akıntı varlığı ve kadının 25 yaşın altında olması. Kadınlarda Klamidya trahomatisle en sık kolonize edilen bölge serviksidir ve endoservisite yol açar.

En spesifik klinik semptom pürülan veya mukoid akıntı, postkoital kanama ve vajinitisdir. Asemptomatik de olabilir. Skuamöz hücreleri enfekte etmediği için kendi başına vajinitle birlikte değildir. Bununla beraber başka enfeksiyon ajanları da bulunur.

Ödemli, konjesyone serviks ve endoservikal kolumnar dokunun hipertrofisi (ektropi) vardır. Klamidya üretraya ilerleyerek hem erkek hem kadında nongonokokkal üretrit yapabilir. Sonuç olarak fallop tüplerine ilerleyerek salpinjit ve pelvik enflamatuvar hastalığa (PID) sebep olabilir.

Tanıda hücre kültürü referans metodudur. Eskiden tanı için genital yolda intrasellüler inklüzyonların gösterilmesi kullanılırdı. Tanı amacıyla serolojinin kullanılması çok güvenilir değildir. Tanıda daha yeni direkt metodlar; monoklonal veya poliklonal antikorlar, DNA problemleri ve PCR kullanımıyla klamidyal organizmanın identifikasyonu-nudur. Ancak tanıda altın standart doku kültürüdür.

Tedavide Tetrasiklin 4x500 mg./gün veya Doksisisiklin 2x100 mg./gün, 7 gün süreyle verilir. Alternatif olarak Eritromisin 4x500 mg/gün, 7gün verilebilir. Gastrointestinal yakınmalar olursa 4x250 mg, 14 gün verilir. Yakın zamanda tek doz Azitromisin (1 gr) üretral ve servikal en-

feksiyonda yararlı bulunmuştur. Daha pahalı olmakla beraber Oflaksosin 1 hafta süreyle verilebilir. Gebelikte Doksisisik-lin, diğer tetrasiklinler ve Ofloksasin kontrendikedir. Eritromisin tercih edilir. Sonuç olarak seksüel geçişli olduğu için hastaların eşleri de tedavi edilmiştir.

Gonokokkal Servisit

ABD'nde her yıl 1 milyon yeni gonore vakası görülmektedir. Spesifik olarak dışı genital traktusun kolumnar ve transizyonel epitel hücrelerinin enfeksiyonudur. Hastalık amili olan Neisseria Gonore gram (-), böbrek şeklinde diplokoktur.

Kokusuz, tahriş etmeyen, bol miktarda, krem gibi, beyaz-sarı renkte akıntı görülür. Bartolin glandını tutarak apse yapabilir. Endometrium ve tüplere yayılarak PID nedeni olabilir. Tüpleri tuttuğunda biriken pürülan materyal fimbrialardan akarak peritoneal kaviteye yayılır, overleri ve pelvik peritonu tutar. Tubal infertilite nedeni olur.

Artrit, kronik endometrit, endokardit, Fitz-Hugh-Curtis sendromu yapabilir.

Gebelikte; erken doğum, erken membran rüptürü, koryoamniyonit, postpartum enfeksiyon, yenidoğanda gonokokkal oftalmi yapabilir.

Kesin tanı kültürle konur. Daha erken tanı için gram boyama yeterlidir.

Tedavide; tek doz Seftriakson 125 mg. im, Sefksim 400 mg.oral, Siprofloksasin 500 mg. oral, Ofloksasin 400 mg.oral verilebilir ancak kinolonlar 18 yaş altında ve gebelikte kullanılmamalıdır. 2 gr.tek doz Spektinomisin eşit et-kili ve tercih edilen bir alternatiftir.

Beraberinde sıklıkla klamidya bulunabileceği için ona karşı tedavi edilmelidir. Erkek partner kültüre edilip tedavi verilmeli, tedavi sonrası kültürler tekrarlanmalıdır.

Pelvik Enflamatuvar Hastalık

Uterus, tubalar ve overlerle birlikte pelvik hatta pariyetal peritonun da tutulduğu akut veya kronik enfeksiyonlardır. Suprahepatik mesafe de tutulabilir.

Çoğu vakalarda kazanılmış bakteriyel enfeksiyonun cinsel ilişkiyle başlatıldığı tahmin edilir. Gebeliğe veya cerrahi işlemlere ilişkin enfeksiyonlar bu tarife girmez ve ayrı antiteler kabul edilir. ABD'nde yılda 1 milyon vaka hesaplanmaktadır. Akut PID geçiren kadınların ¼'inde infertili-teyi içeren geç sekel gelişir. Ayrıca; kronik pelvik ağrı, disparuni, ve inflamatuvar kitle oluşumu şeklinde sekeller görülebilir ve bu vakaların % 15-20'sinde cerrahi

müdahale gerekir. PID olan kadınların % 8'inde ektopik gebelik insidansı PID olmayanlara göre birkaç misli artmıştır.

Mikroorganizmaların iç genitallere ulaşması assendan veya dessendan yolla olabilir. Vajinal sekresyonlar, servikal mukus, endometriyal sekresyonlar ve oviduktal sıvıların antibakteriyel özellikleri genital mukozadan bakterinin penetrasyonuna bariyer sağlamada nonspesifik ve nonimmünolojik faktörlerdir. Servikal mukus assendan enfeksiyon için mekanik bariyer görevi görür. Ek olarak laktoferrin gibi servikal mukus proteinleri antibakteriyel aktivite gösterir. Endometriyal ve oviduktal sıvılar myometriyal ve siliyer aktiviteyle bakterileri genital traktustan atarlar.

Eksternal çevreyle direkt temasta olan bütün mukozal yüzeyler gibi genital traktusun sistemik immün sistemden bağımsız fonksiyon gören bir immün sistemi vardır. Endoserviks ve uterus subepitelyal bölgede diffüz olarak dağılmış değişik miktar organize lenfoid doku veya lenfositler kapsar. Bu yüzeyler baskın olarak IgA sınıfı immünokompetan hücreler kapsayan bazal membran veya lamina proprianın varlığı ile karakterizedir. Genital traktusta immünoglobulinlere ek olarak diğer immünolojik spesifik faktör, komplemandır.

PID için birkaç risk faktörü vardır.

- 1- Hastanın önceden PID geçirmiş olması endotelial direnci azaltır ve rekürrensi predispoze eder.
- 2- Multipl seks partnerli kadınlar hastalık için 4 misli risk taşırlar. Erkeğin riskli olması da kadının riskini artırır.
- 3- Irk faktörü (siyah ırk) ve düşük sosyoekonomik durum bir diğer risk faktörüdür.
- 4- N.Gonore ve Klamidya gibi seksüel geçişli patojenlere hasta maruziyeti PID riskini artırır.
- 5- Yaşın genç olması riski artırır.
- 6- Bakteriyel vajinosis de PID gelişimi ile ilişkili bulunmuştur.
- 7- İntrauterin araç takılması (İUA), Dilatasyon ve küretaj (D.C), Histerosalpingografi çekilmesi mikroorganizmaları üst genital traktusa direkt taşıyabildiği için riskli girişimlerdir. İntrauterin araç takıldıktan sonraki ilk 20 gün enfeksiyon riski fazla, 20 günden sonra riskin araç kullanmayanlar düzeyine indiği bildirilmektedir (3).

8- Kontrasepsiyonun bariyer yöntemleri seksüel geçişli hastalık ve PID için koruyucu etki gösterirler. Oral kontraseptif (OK) etkisi iki türdür. OK kullanımı olasılıkla servikal ektopinin daha geniş zonuna sebep olarak alt genital traktus klamidya enfeksiyonu riskini artırır, buna rağmen OK kullanımı semptomatik PID riskini ve salpenjitin şiddetini azaltır.

Bir çalışmada komplike ve hastaneye yatan PID olgularında hastanın yaşının ileri olması yanında kendi

kendine ilaç kullanması bağımsız risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (4).

PID'nin mikrobiyolojik sebepleri çok değişiktir. Sıklıkla polimikrobiyal etyolojilidir. Serviksten hangi mikrobun kültüre edildiği önemli değildir çünkü çoğu çalışmalarda servikal kültürden elde edilen bakteri ile Douglasdan veya laparoskopik örneklerden elde edilenler arasında paralellik bulunmamıştır.

Genelde vakaların %10-66'sında Neisseria gonorrhoeae etkili bulunur ise de en azından ABD'nde Klamidya trahomatis aşağı yukarı vakaların %20'sinde etkendir. Neisseria gonore veya Klamidya ile enfeksiyon klinik olarak tanımlanabilir PID gelişiminin % 10-20 riski ile birlikte. Ayrıca Bakteriyel vajinosis de risk faktörüdür. İlave olarak genital mikoplazmalar (Mikoplazma hominis ve Ureaplazma urealitikum) bazı PID vakalarında etkili rol oynayabilir.

N.gonore ve klamidyal enfeksiyonlar arasında fark vardır ve klamidya enfeksiyonu daha ağrısız, daha az akut, ve daha az şiddetli klinik tablo ve kalıcı tubal hasar ve tubal infertilite ile birlikte. Hem N.gonore hem de klamidya endoserviks boyunca endometriyuma ve sonra tubal mukozaya yayılır. Karakteristik olarak (vakaların %66-77'sinde) gonokokal PID mensturasyon sonrası ilk haftada görülür. Yayılımın mekanizması intrauterin araç kullanımıyla görülenden farklıdır, burada spiralini ipi fitil gibi görev görür.

Oral kontraseptif kullananlarda Klamidyal servisit riskinde artış varken açık PID riski daha azdır. Hap kullanımı tubal infertilite riskini etkilemez. İntrauterin araç kullanımı PID riskini özellikle genç, doğurmamış kadınlarda 7-9 misli artırır ise de daha ileri yaşta ve bir partneri olan kadınlarda risk çok daha düşüktür. D.C.yapılması, HSG çekilmesi de hastalığı provoke edebilir.

25 yaş altında PID riskinin yüksek olması; seksüel davranışla ilişkili olabilir, koruyucu antikorların prevalansının düşüklüğü, servikal ektopinin daha büyük zonlu olması ve servikal mukusun daha fazla penetre olabilmesi etken olabilir.

Diğer taraftan spermisidlerle kombine bariyer kontraseptifler PID riskini azaltır.

Klinik yönetim amacıyla PID iki major tipe ayrılabilir; komplike olmayan (adneksa ait kitle veya inflamatuvar kompleks ile birlikte değildir) ve komplike (adneksiyal kompleks veya daha ileri bir durumla birlikte) PID.

Patofizyoloji

Multipl seks partnerli genç bir kadında endoservikal

N.Gonore enfeksiyonu gelişir. Endoserviksın klinik değerlendirilmesi vaginal lökore ile birlikte olan mukopürülan endoservisit yansıtır. Servikal mukus bariyer ya mensturasyon veya endokrin çevrede değişikliklerle assendan enfeksiyona direnç azalır ve gonokoklar endometriyal kaviteye girer. Endometriumda gonokok nötrofilik enflamasyon ve Ig A sekrete eden plazma hücreleri tarafından açığa çıkarıldığı gibi enflamatuvar cevabı stimüle eder. Bir endometrial biopsi akut veya kronik endometriti gösterir. Endometritin klinik delili olarak metroraji görülebilir. Sperm aracılığıyla veya mensturasyon akıntısının reflüsü ile gonokok tubalara veya peritona ulaşır. Tubanın silialı olmayan epiteline yapışır. Tubanın gonokok enfeksiyonu sili-ostasisi ilerletir ve diğer bakterilerle sekonder enfeksiyon geliştirebilir. Diğer bakterilerin kaynağı endoserviks veya üst vajina veya enflamasyonlu barsak duvarıdır. Gonokok tubal mukozayı invaze edebilir, subepitelyal mesafeye geçer. Burada doku destrüksiyonu ve süpürasyon vuku bulur ve bazı vakalarda mikroorganizma lokal damarlara girer. Süpürasyon tubal eritem, ödem ve eksudaya yol açar. Bu değişiklikler laparoskopta " salpinjit " olarak tanımlanır. Benzer mekanizmalarla peritoneal enflamasyon da uyarılabilir. Burada önemli olan kavram enflamasyonun birlikte olan işaretleriyle enfeksiyonun devamlılığıdır. PID servisit-endometrit-salpinjit-peritonit ve bazı vakalarda apse formasyonu ile ooforit görülür.

PID gelişiminde alt genital yol enfeksiyonunun varlığı kritiktir.

Tanı

- Abdominal ağrı hikayesi olan bir hastada abdominal, adneksiyal ve servikal hareketle ağrının varlığı PID tanısını koymada önerilen klinik kriterlerdir.

- Enfeksiyon veya enflamasyonun objektif bulguları; ateş, lökositoz ve sedimentasyon artışı tanının doğruluğunu gösterir.

1 - Alt abdomen ağrısı, genellikle iki taraflıdır, şiddetli olması gerekmez. Birlikte olan semptomlar genellikle N.Gonore ve C.Trahomatis ile diğer anatomik yapıların enfeksiyonunu yansıtır.

2 - Endoservisit de anormal vajinal akıntı ile kendini gösterebilir.

3- Disüri, urgency ve sık idrar birlikte olan üretrite bağlı olabilir.

4 - Endometrite bağlı kanamalar olabilir ve tedavi edilmezse salpinjite ilerleyebilir.

5 -Ateş ve kusma ile birlikte olsun veya olmasın bulantı olması peritoneal enflamasyonu ve daha şiddetli hastalığı yansıtır.

Fizik muayene ve laboratuvar

Lökore veya servikal mukopürülan akıntı görülür.

Vajinal sekresyonların salin preparasyonu lökosit varlığı yönünden mikroskopik olarak muayene edilmelidir. Akıntı muayenesinde her vajinal epitel hücresi için birden fazla polimorf nükleer lökosit görülmesi enfeksiyon olarak tanımlanır. Gram boyası yapılıdır. Her yağlı immersiyon alanında 30 polimorf nüveli lökositten fazlası müköpürülen servisit ve klamidyal veya gonokokal enfeksiyon ile uyumludur. Alt abdominal ağrı, bilateral adneksiyal hassasiyet, alt genital traktus enfeksiyonu ile birlikte vakaların %65'inde laparoskopik olarak onaylanan akut salpinjit ile birlikte dir.

Ateş, adneksiyal palpe edilen kitle, lökositoz, sedimentasyon hızında yükselme, C Reaktif protein (CRP)'de artış, küldosentezle elde edilen pürülan materyel ve/veya N.gonore veya Klamidya trahomatis ile alt genital yol enfeksiyonu için pozitif test PID tanısı için ilave kriterlerdir. Yakın zamanda yapılmış bir çalışmada akut PID'li hastalarda hem serum hem servikal sekresyon ve endometrial dokuda İnterlökin-6 seviyesi anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (5).

Tubal inflamatuvar hastalığın tanısında transvajinal sonografiden yararlanmak mümkündür, tuba duvarında inkomplet septumun varlığının akut veya kronik enfeksiyonu olguların % 92'sinde gösterildiği ifade edilmektedir (6).

Üst genital yol enfeksiyonunu belgelemenin diğer tekniği endometrial biyopsidir. Akut salpenjitten kuşku lanılan hastaların değerlendirilmesinde Pipelle ile kolayca yapılır.

Tanıda laparoskopinin rutin kullanımı gerekli değildir. Diagnostik laparoskopi tanısı şüpheli olan veya ektopik gebelik kuşkusu olan hastalarda kullanılır.

Akut salpenjitin laparoskopik tanısı için minimum kriterler:

- 1-Tubal yüzeyin belirgin hiperemisi,
- 2-Tubal duvarda ödem,
- 3-Tubal yüzey üzerinde yapışkan eksuda varlığı

Endometriosisin sebep olduğu peritoneal enflamasyon vakalarında peritoneal sıvı baskın olarak mononükleer hücreler ve makrofajlar kapsar.

Hafif salpenjit minimum vizüel kriterleri gösterir. Tubalar serbestçe hareketlidir ve ostium açık görünür. Orta derecede salpenjit belirgin enflamasyonla birlikte dir. Serozal yüzey üzerinde yama şeklinde fibrin birikimleri vardır ve tubalar serbestçe hareket edemez. Fimbria yapışık gözükebilir. Şiddetli salpenjitde peritoneal yüzeyler konjesyonedir. Pelvik organlar birbirine yapışık-

tır. Pyosalpinks veya tuboovarian apse olabilir.

Bazı vakalarda her iki adneks enflamatuvar süreçten eşit olarak etkilenmeyebilir.

Tedavi

Tavsiye edilen rejim geniş spektrumlu, N.Gonore ve Klamidya'yı da kapsayan bir tedavidir.

PID'nin ayaktan yönetimi bir Beta-laktam antibiyotiğin, tek enjeksiyon olarak uygulanmasıdır, 10-14 gün Doksisisiklin ve Metranidazol ile takip edilir. Seftriakson ve Doksisisiklin gonokok ve klamidyaya karşı etkiyi maksimize ederken Metranidazol Bakteriyel Vajinososis ve anaerobik üst genital traktus enfeksiyonu için tedavi sağlar.

Seftriakson+Doksisisiklin+Metranidazol veya Oflaksosin+Metranidazol verilebilir.

Sefotetan+doksisisiklin+Metranidazol veya Gentamisin+ Doksisisiklin (Klindamisin) de verilebilir.

PID'li 203 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada komplike olmayan PID'de Sefotetan+ Doksisisiklin en etkili antibiyotik rejimi bulunmuştur (7).

Ayaktan hastalar 72 saat sonra kontrol için çağrılmalıdır.

Bazı hastalar parenteral tedavi veya hastaneden yarar görür. Hastalık şiddetlidir veya hastalar oral tedaviyi tolere edememektedirler. Tanısı şüpheli olanlara laparoskopi yapılarak ektopik gebelik ekarte edilmelidir. Hastane tedavisi gonore, klamidya, anaeroblar ve fakültatif patojenleri kapsamalıdır. PID'ye sebebini seksüel geçişli hastalık olduğu düşünülüyorsa Sefotetan veya sefoksitin ve doksisisiklin tavsiye edilir. Klindamisin ve bir aminoglikozidin kombinasyonu mikst aerobik ve anaerobik mikroorganizmalar için mükemmel bir kombinasyondur. Her iki rejim %90'dan fazla tedavi başarıyla birlikte dir (8). Terapötik cevaba ulaşılan kadar parenteral antibiyotiklere devam edilmelidir. Çoğu hastalar 5-6 günde cevap verir, apseli hastalarda tedavi uzayabilir. Hastalara oral antibiyotik devam ettirilmeli, genellikle doksisisiklin, 10-14 gün verilmelidir. Klamidyalı hastalar bu organizmaya etkili olmayan antibiyotiklere cevap verir ama asemptomatik olmasına rağmen kültür hala pozitif gelmeye devam eder, bu durum mikroorganizmanın ölmeden inhibisyonundan dolayıdır ve tubal hasara sebep olan subklinik enfeksiyona sebep olur. Bundan dolayı tedavi klamidyayı eradike edecek tedavi olmalıdır. Anaeroblar, bu mikroorganizmaya karşı aktif olmayan siprofloksasin gibi antibiyotikler kullanılırsa endometriumda inat edebilirler. Bu yüzden metranidazol eklenmesi tavsiye edilir.

Seftriakson + Doksisisiklin + Metranidazol veya Oflaksosin + Metranidazol önerilir.

PID tedavisi sadece antibiyotik tedavisi değildir. PID

için tedavi edilen hastaların partnerleri seksüel geçişli hastalık için tedavi edilmelidir. Gonokokkal PID'li hastaların partnerlerinin 1/3'i gonokok için test (+) ve çoğu asemptomatiktir. Seksüel partnerlerin %35'inde klamidya (+)'dir. Bunlar seftriakson gibi beta laktam antibiyotik +7 gün oral doksisisiklin almalıdır.

Tuboovariyan Apse

PID enfeksiyonunun en şiddetli formudur ve olguların %15'inde görülür. Genellikle pelvik enfeksiyonun yetersiz tedavisi, hastanın ihmali veya daha sıklıkla multipl PID episodları olan kadınlarda görülür. Mikroorganizma muhtemelen ovulasyon noktasından over stromasına giriş yapar, bu over dokusunun destrüksiyonuna ve apse formasyonuna yol açar. Bazen pürülan materyel pelvik yapılar arasında görülür, tubalar, overler, uterus ve barsaklar olaya katılır. Bu lokülasyonlar apse kavitesi teşkil eder, komşu organların inatçı enflamasyon ve destrüksiyonuna sebep olur. PID hemen daima bilateral ise de apse vakaların % 71'inde tek taraflıdır.

Pelvik enfeksiyonun varlığında adneksiyal kitleler mutlaka apseleşmez fakat sıklıkla tuba, overler, komşu pelvik ve abdominal yapıların yapışmasıyla "tuboovariyan kompleks" meydana getirir, burada klasik apse duvarı yoktur.

Sorumlu bakteri alt genital traktusta bulunan bakterilerdir ve hemen daima polimikrobiyal etyolojidir. Streptokok ve E.Koli, Peptokok, Peptostreptokok ve Bakterioides gibi anaeroblar, nadiren Klostridy veya Aktinomiçes amildir.

Hastalarda pelvik ağrı, hassasiyet, ateş ve taşikardi vardır. Bazen anormal vajinal kanama, vajinal akıntı, bulantı, iştahsızlık veya diyare olabilir. Muayenede alt abdominal ve pelvik hassasiyet ile birlikte peritonitizm bulguları olabilir. Bazı hastalarda ateş olmayabilir, beyaz küre sayımı normal olabilir. Ultrasonda genellikle bir kompleks adneksiyal kitle veya kistik lezyon bulunabilir.

Şiddetli enfeksiyon bulguları ile palpe edilebilen bir adneksiyal kitlenin varlığı klinik tanıyı koydurur. Bu adneksiyal kompleks sonografi veya kompüterize tomografi ile görülebilir. Pü birikintileri olarak gözükebilir veya doku indurasyonu ile birlikte pelvik strüktürlerin aglütinasyonunu gösterebilir.

Apse periton kavitesine rüptüre olabilir, diffüz peritonit meydana gelir. Eğer 24-48 saat içinde tanı konmazsa septisemi ve septik şok yüksek mortalite nedeni olur. Pelvik tromboflebit ve ovarian ven trombozu diğer geç komplikasyonlardır.

Tedavi başlangıç olarak geniş spektrumlu antibiyotiklerin parenteral tatbikini gerektirir. Şiddetli klinik semptomlu kadınları hastaneye yatırmak gerekir. Hastalar semptomların azalmasıyla 72 saat içinde terapötik cevap göstermelidir. Lökosit sayısında azalma, ateşin düşmesi

gibi. Apse rüptürü şüphesi varsa veya 72-96 saat içinde tedaviye cevap vermiyorsa cerrahi eksplorasyon düşünülmelidir. Fertilite veya hormon üretimi isteniyorsa tek taraflı adneksektomi ve drenaj yapılmalıdır. Fertilite düşmeyen veya sepsis kuşku edilen hastada TAH+BSO yapılmalıdır. Seçilmiş vakalarda Laparoskopik drenaj yapılabilir.

Sekel olarak; Tubal faktör infertilitesi, ektopik gebelik, kronik abdominal ağrı ve tekrarlayan enfeksiyon görülür. Salpenjitin meydana getirdiği infertilite direkt olarak tubaların enflamatuvar reaksiyonunun şiddetine bağlıdır. Salpenjit episodlarının sayısı infertilite riskini artırır. 3 veya daha fazla episod geçiren hastada infertilite riski %50-60'a çıkar. Fertilite prognozu enfeksiyonun mikrobiyolojik etyolojisiyle ilgili gibi görünmüyor. Kronik alt abdominal ağrı enfeksiyon geçirenlerin önemli kısmında görülür.

Hastaların yarısında disparuni vardır.

Sonuç olarak PID'nin rekürrensi sıktır, hastaların %25'inde görülür. Distorte tubal yapı konak immün faktörlerin bozulmasına sebep olarak müteakip enfeksiyon riskini artırabilir. PID'li hastalar aynı seksüel geçişli patojenle yeniden enfekte olur gibi görülüyor.

Önceden tubal enfeksiyon geçirmiş olan kadınlarda karaciğer ve ön karın duvarı arasında "Keman teli" adezyonları ile karakterizedir. Buna "Fitz Hugh Curtis Sendromu" adı verilir. Akut salpenjitte birlikte olan akut perihepatitin sürekliliğinden ibarettir. Bu sendromlu hastaların karaciğer kapsülünden N.gonore ve K.trahomatis izole edilmiştir. Proçes ilerleyicidir. Kronik sağ üst kadranda ağrısı bazen laparoskopik olarak adezyonların lizisini gerektirir.

PID'nin önlenmesi

PID vakalarının çoğu seksüel geçişli patojenlerle, özellikle N.Gonore ve K.trahomatisle olduğu için alt genital yol enfeksiyonlarının ağırsiv tanı ve tedavisi yapılmalıdır. Hem uygun tedavi hem de bu patojenlerle oluşan alt genital yol enfeksiyonu açısından halkın uyarılması ve eğitimi gerekir. Seksüel davranışlara dikkat edilmesi, anormal akıntı için kişilerin eğitilmesi, hekimlerin PID tanı ve tedavisi açısından uyarılması, hekimlerin HSG gibi girişimler esnasında iyatrojenik riskler açısından uyarılması gerekir.

KAYNAKLAR

1. Rubin A. Vaginitis. In: Rivlin M.E, Martin RW, eds. Manuel of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology. 5th ed. Philadelphia, Lippincott Williams &Wilkins, 2000: 303-6.
2. Casey BM, Ramin SM, Cox SM. Lower Genital Tract Infections. In: Copeland LJ, ed. Textbook of Gynecology. 2 nd Ed., Philadelphia: WB Saunders, 2000: 769-83.

3. Beerhuizen RJ. Pelvic inflammatory disease in intrauterine device users. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 1996; 1:3 (237-43).
4. Jamieson DJ, Duerr A, Macasaet MA et al. Risk factors for a complicated clinical course among women hospitalized with pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2000; 8:2,(88-93).
5. Richter HE, Holley RL, Andrews WW, Owen J, Miller KB. The association of interleukin 6 with clinical and laboratory parameters of acute pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181:4 (940-4).
6. Timor-Tritsch IE, Lerner JP, Monteagudo A et al. Transvaginal sonographic markers of tubal inflammatory disease. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12:1 (56-66).
7. McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzone MM et al. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:6 (1272-8).
8. Vasiljevi M, Markovi A, Ganovi R et al. Antibiotic therapy in the treatment of inflammatory diseases in the minor pelvis. *Srp Arh Celok Lek* 1996;124:7-8 (193-6).