

Bölüm 19

PELVİK İNFEKSİYONLARDA LAPAROSKOPI

Bekir KAHVECİ¹

GİRİŞ

Pelvik inflammatuar hastalık (PİH), endometrit, salpenjit, ooforit ve pelvik peritonit gibi değişik spektrumları kapsayan üst kadın genital kanalın inflammatuar hastalığıdır. PİH'le ilişkili en sık risk faktörleri olarak genç yaş, ilk ilişki yaşı, çok sayıda partner, bakteriyel vajinozis (BV) varlığı, vajinal duş, rahim içi araç (RİA) kullanımı ve seksüel yolla bulaşan hastalıklar sayılmasına rağmen, herhangi bir enfeksiyonun lenfatik ve hematojen yayılımı, postabortal ve postpartum dönemlerde de oluştuğu bilinmektedir (1).

Tubo-ovaryan abse (TOA) ise, PİH'nin ciddi bir sekeli olup hospitalize edilen akut PİH'li hastaların %33'ünde oluştuğu bildirilmektedir (1). Klinik olarak genellikle, karın ağrısı, vajinal akıntı, ateş, düzensiz kanama, bel ağrısı, bulantı ve kusma gibi belirtiler ile ortaya çıkar. Yapılan jinekolojik muayene ve radyolojik görüntülemeler ile pelvik kitle saptanması tanıyı desteklemektedir. Tanıda özellikle bilgisayarlı tomografi (BT) yararlı olmaktadır (2). Tedavide, geniş spektrumlu antibiyoterapi, medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ve akut batın tablosu olan veya abse rüptürü düşünülenlerde cerrahi tedavi yapılmalıdır. Erken ve agresif tedavi yapılmadığında peritonit ve sepsis gibi komplikasyonlar yüksek morbidite ve hatta mortaliteye neden olabilir (3).

PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK

PIH, mikroorganizmaların endoserviksi kolonize ederek endometrium ve fallop tüplerine ilerlemesi nedeniyle oluşur. PIH tanısı hastada üst genital yol enfeksiyonu ve inflamasyonu olduğunu ifade etmektedir. Enfeksiyon endometrit, salpenjit ve peritoniti de içerebilecek şekilde üst genital yolda herhangi bir bölgede görülebilmektedir.

PIH sıklıkla cinsel yolla bulaşan N. Gonorrhoeae ve C. Trachomatisten kaynaklanmaktadır (4). Yakın zamanda edinilen kanıtlar M. Genitalium'un da Klamidyal PIH benzeri hafif semptomlar görülen PIH'ye neden olabildiğini işaret etmektedir (5). PIH görülen kadınlarda üst genital yolda sıklıkla vajende bulunan endojen mikroorganizmalara özellikle BV mikroorganizmalarına rastlanmaktadır. BV PIH görülen kadınlarda sık görülür, bu durum vajinal floradaki değişimleri kolaylaştırarak servikal mukus bariyerinde enzimatik değişikliklere neden olabilir. Bunun sonucu olarak patojenik bakterilerin asendan olarak ilerlemesi kolaylaşır (6). Daha nadir olarak Haemophilus influenzae, grup A streptokoklar ve pnömokok gibi respiratuar patojenler de alt genital yolu kolonize edip PIH nedeni olabilirler.

Tanı

Geleneksel olarak PIH tanısı pelvik ağrı, serviks hareketlerinde ağrı ve adneksiyal hassasiyet ve

¹ Öğr. Gör. Dr. , Çukurova Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, drbekirkahveci@hotmail.com

Sonuç olarak, PIH veya TOA cerrahisine laparoskopik yaklaşımın açık cerrahiye güvenli bir alternatif olduğunu düşündüren veriler bulunmaktadır. Minimal invaziv bir yaklaşımın uygulanabilir olduğunu ve laparotomiye kıyasla daha düşük komplikasyon oranına sahip olduğunu yapılan çalışmalar göstermektedir. Bu nedenle PIH cerrahisi gereken hastalarda laparotomiye alternatif olarak deneyimli ellerde her zaman laparoskopi düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Quan M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management. *J Am Board Fam Pract.* 1994;7(2) :110-123.
2. Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, et al. Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med.* 2005;50(3) :203-208.
3. Golub V, Kim AC, Krol V. Surgical wound infection, tuboovarian abscess, and sepsis caused by *Edwardsiella tarda*: case reports and literature review. *Infection.* 2010;38(6) :487-489.
4. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP. Microbial etiology of urban emergency department acute salpingitis: Treatment with ofloxacin. *Am J Obstet Gynecol.* 1992;167(3) :653-660.
5. Short VL, Totten PA, Ness RB, et al. Clinical presentation of *Mycoplasma genitalium* infection versus *Neisseria gonorrhoeae* infection among women with pelvic inflammatory disease. *Clin Infect Dis.* 2009;48(1) :41-47.
6. Soper DE, Brockwell NJ, Dalton HP, et al. Observations concerning the microbial etiology of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1994;170(4):1008-1017.
7. Wolner-Hanssen P, Kiviat NB, Holmes KK. Atypical pelvic inflammatory disease: Subacute, chronic, or subclinical upper genital tract infection in women. In: Holmes KK, March P-A, Sparking PE, eds. *Sexually Transmitted Diseases*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1990:614-620.
8. Soper DE. Diagnosis and laparoscopic grading of acute salpingitis. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(5 Pt 2) :1370-1376.
9. Peterson HB, Walker CK, Kahn JG, et al. Pelvic inflammatory disease: Key treatment issues and options. *JAMA.* 1991;266(18) :2605-2611.
10. Ness RB, Soper DE, Holley RL, et al. Effectiveness of inpatient and outpatient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease: Results from the Pelvic Inflammatory Disease Evaluation and Clinical Health (PEACH) randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186(5) :929-937.
11. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol.* 2010;116(2 Pt 1) :419-428
12. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscesses: Comparison of broad-spectrum B-lactam agents versus clindamycin-containing regimens. *Am J Obstet Gynecol.* 1991;164(6 Pt 1) :1556-1562.
13. Varghese JC, O'Neill MJ, Gervais DA, et al. Transvaginal catheter drainage of tuboovarian abscess using the trocar method: Technique and literature review. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177(1) :139-144.
14. Gagliardi PD, Hoffer PB, Rosenfield AT. Correlative imaging in abdominal infection: an algorithmic approach using nuclear medicine, ultrasound, and computed tomography. *Semin Nucl Med.* 1988; 18:320-334.
15. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64(10) :681-689.
16. Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tuboovarian abscesses. *J Reprod Med.* 1984;29(8) :579-582.
17. Gatt D, Heafield T, Jantet G: Curtis Fitz Hugh syndrome: The new mimicing disease? *Ann R Coll Surg Engl.* 1986;68:271-274.
18. Toki T, Hoshiai H, Chan WI, et al. FHC Syndrome: three cases confirmed by laparoscopy. *Asia Oceania J Obst Gynecology.* 1990;16:105-110.
19. Piton S, Marie E, Parmentier JL. Chlamydia trachomatis perihepatitis Apropos of 20 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1990;19:447- 450.
20. McCormik M, DelCastillo J, Berk RS. An atypical presentation of the FHC Syndrome *J Emerg Med.* 1990;8819:55 - 58.
21. Owens S, Yeko TR, Bloy R, et al. Laparoscopic treatment of painful perihepatic adhesions in FHC syndrome . *Obstet Gynecol.* 1991;78: 542 - 543.
22. Farid H, Lau TC, Karmon AE, et al. Clinical Characteristics Associated with Antibiotic Treatment Failure for Tuboovarian Abscesses. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology.* 2016;2016:1-7.

23. Shigemi D, Matsui H, Fushimi K, et al. Laparoscopic Compared With Open Surgery for Severe Pelvic Inflammatory Disease and Tubo-Ovarian Abscess. *Obstetrics & Gynecology*. 2019;133(6) : 1224-1230.
24. Carlson S, Batra S, Billow M, et al. Perioperative Complications of Laparoscopic versus Open Surgery for Pelvic Inflammatory Disease. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021;28(5) :1060-1065.
25. Jiang X, Shi M, Sui M, et al. Clinical value of early laparoscopic therapy in the management of tubo-ovarian or pelvic abscess. *Exp Ther Med*. 2019;18(2) :1115-1122.
26. Goje O, Markwei M, Kollikonda S, et al. Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. *J Minim Invasive Gynecol*. 2021;28(3) :556-564.