

# ΠΥΕΛΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

Ιωάννης Κουτελιδάκης

## Ορισμός

Οι πυελικές λοιμώξεις αποτελούν ένα ευρύ φάσμα φλεγμονωδών διαταραχών που οφείλονται σε γυναικολογικά και μη αίτια. Στα μη γυναικολογικά αίτια συγκαταλέγονται η σκωληκοειδίτιδα, τα φλεγμονώδη νοσήματα του εντέρου, η εκκολπωματίτιδα, οι λοιμώξεις της ουροποιητικής οδού.

Κατά κύριο λόγο με τον όρο πυελική λοίμωξη ονομάζεται η πυελική φλεγμονώδης νόσος (ΠΦΝ). Η ΠΦΝ αφορά τις λοιμώξεις του ανωτέρου γυναικείου γεννητικού συστήματος που αφορούν όχι μόνο τις δομές του έσω γεννητικού συστήματος (μήτρα, σάλπιγγες, ωοθήκες) αλλά και την προσβολή από των γειτονικών οργάνων της πυέλου. Ορίζονται από την εστία της λοίμωξης και τον αιτιολογικό παράγοντα.

## Παθοφυσιολογία ΠΦΝ

Θεωρείται ότι η ΠΦΝ εξελίσσεται σε δύο στάδια. Κατά το πρώτο στάδιο παρουσιάζεται λοίμωξη του κόλπου ή/και του τραχήλου. Η λοίμωξη είναι, συνήθως, σεξουαλικά μεταδιδόμενη και διαδράμει ασυμπτωματικά. Στο δεύτερο στάδιο εμφανίζεται ανιούσα λοίμωξη του ανώτερου γεννητικού συστήματος.

Ο μηχανισμός της ανιούσας λοίμωξης είναι αβέβαιος. Ωστόσο, η διαταραχή του προστατευτικού φραγμού του ενδοτραχήλου θεωρείται απαραίτητη για την μετακίνηση των μικροβίων προς τα άνω. Η λοίμωξη μπορεί να επεκταθεί είτε κατά συνέχεια ιστού σε παρακείμενες δομές της πυέλου, είτε λεμφογενώς προκαλώντας περιτονίτιδα και περιηπατίτιδα (Fitz-Hugh–Curtis σύνδρομο).

## Αιτιολογία

Στις περισσότερες περιπτώσεις εμπλέκονται σεξουαλικά μεταδιδόμενοι οργανισμοί όπως *N.gonorrhoea* και *C.trachomatis* και λιγότερο συχνά μικροοργανισμοί της φυσιολογικής κολπικής χλωρίδας (*anaerobes*,

G.vaginalis, Haemophilus influenza). Σε σπάνιες περιπτώσεις τέλος μπορεί να οφείλεται σε κυτταρομεγαλοϊό (CMV), M.hominis , U.urealiticum και M.genitalium. Μετά την διάγνωση της οξείας ΦΝΠ όλες οι γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται για N.gonorrhoea και C.trachomatis, καθώς και H.I.V μόλυνση.

Ανεξάρτητα από το κύριο αίτιο της ΦΝΠ, φαίνεται ότι συμμετέχουν και άλλοι μικροοργανισμοί, γι' αυτό και αντιμετωπίζεται σαν μικτή πολυμικροβιακή λοίμωξη.

### Παράγοντες κινδύνου

Στους παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνονται:

- ✓ Πολλαπλοί σεξουαλικοί σύντροφοι (4.6-20 φορές)
- ✓ Συμπτωματική γονοκοκκική ή χλαμυδιακή λοίμωξη του συντρόφου
- ✓ Ηλικία (15-25 ετών)
- ✓ Προηγούμενη ΠΦΝ
- ✓ Μέθοδοι προφύλαξης (τη συχνότητα μειώνει η χρήση← προφυλακτικού, ενώ η χρήση αντισυλληπτικών αυξάνει τις υποκλινικές περιπτώσεις)
- ✓ Ενδομητρικές συσκευές (αυξάνουν τον κίνδυνο τις πρώτες 3 εβδομάδες, ενώ μακροπρόθεσμα αυξάνεται ο κίνδυνος ακτινομύκωσης)
- ✓ Πρόσφατη γυναικολογική επέμβαση
- ✓ Πλύσεις της γεννητικής οδού
- ✓ Μη τεκνοποίηση
- ✓ Σεξουαλική επαφή κατά την εμμηνορροσία
- ✓ Κάπνισμα

### Κλινική εικόνα- Διάγνωση

Η διάγνωση της οξείας Φ.Ν.Π. είναι πολλές φορές δύσκολη, εξαιτίας της ευρείας διακύμανσης των συμπτωμάτων και σημείων, από ήπια και ανεπαίσθητη έως εικόνα οξείας κοιλίας, καθώς και του μη ειδικού χαρακτήρα τους. Η κλινική διάγνωση έχει θετική προγνωστική αξία για σαλπιγγίτιδα 65-90% η οποία μεταβάλλεται ανάλογα με τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Παρόλα αυτά πάρα πολλά επεισόδια Φ.Ν.Π. παραμένουν

αδιάγνωστα. Αυτό οφείλεται αφενός σε ασυμπτωματικές περιπτώσεις αλλά και σε περιπτώσεις με ήπια ή μη ειδικά συμπτώματα στα όποια υπάρχει λανθασμένη διάγνωση. Ακριβώς εξαιτίας αυτών των δυσκολιών στη διάγνωση και λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις στη γονιμότητα, η διάγνωση της Φ.Ν.Π. θα πρέπει να τίθεται γρήγορα με σκοπό την άμεση έναρξη θεραπείας.

Εμπειρική θεραπεία για Φ.Ν.Π. θα πρέπει να ξεκινά σε σεξουαλικά ενεργείς γυναίκες ή γυναίκες σε κίνδυνο για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με πόνο στην πύελο ή στην κάτω κοιλία. Επίσης στις περιπτώσεις που δεν ανευρίσκεται άλλη αιτία και όταν υπάρχει ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω κριτήρια στην πυελική εξέταση:

- Ευαισθησία στην μετακίνηση του τραχήλου
- Ευαισθησία στην μήτρα
- Ευαισθησία στα εξαρτήματα

Η παρουσία σημείων φλεγμονής στο κατώτερο γεννητικό σύστημα σε συνδυασμό με ένα από τα παραπάνω κριτήρια αυξάνει σημαντικά την ειδικότητα της διάγνωσης. Επιπλέον κριτήρια για την ενίσχυση της ειδικότητας της διάγνωσης μπορεί να είναι και ένα από τα παρακάτω:

- Θερμοκρασία σώματος
- $>38.3^{\circ}\text{C}$
- Ανώμαλη κολπική ή τραχηλική πυώδης έκκριση
- Παρουσία άφθονων λευκών αιμοσφαιρίων στη μικροσκοπική εξέταση του κολπικού υγρού
- Αυξημένη τιμή T.K.E.
- Εργαστηριακή τεκμηρίωση τραχηλικής μόλυνσης από *N.gonorrhoea* ή *C.trachomatis*.

Πιθανή είναι η εμφάνιση περιηπατίτιδας (Fitz-Hugh Curtis Syndrome), η οποία συσχετίσθηκε αρχικά με γονόκοκκο και εν συνεχεία με χλαμύδια. Συνιστά λοίμωξη της ηπατικής κάψας και των επιφανειών του περιτοναίου του άνω τεταρτημορίου της κοιλιάς. Εμφανίζεται με οξύ άλγος (δε) υποχονδρίου και οι αμινοτρανσφεράσες είναι  $\geq 1/2$  των ασθενών.

Οι περισσότερες ασθενείς με Φ.Ν.Π. έχουν είτε πυώδη κολπική έκκριση είτε λευκά αιμοσφαίρια σε μικροσκοπική εξέταση και απουσία αυτών καθιστά τη διάγνωση ιδιαίτερα απίθανη. Τα περισσότερο ειδικά κριτήρια για την διάγνωση Φ.Ν.Π. είναι:

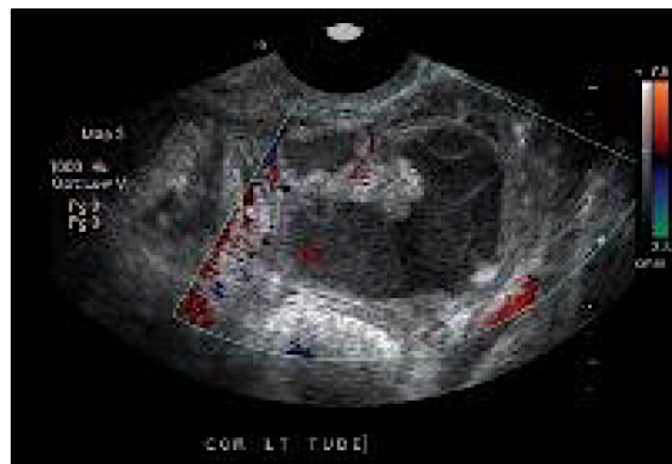
- Βιοψία ενδομητρίου με ιστολογική διάγνωση ενδομητρίτιδας
- Διακολπικό υπερηχογράφημα ή μαγνητική τομογραφία με παρουσία πεπαχυσμένων, γεμάτων υγρό σαλπίνγων ή σαλπιγγο - ωθηκικό απόστημα
- Λαπαροσκοπικά ευρήματα σύμφωνα με Φ.Ν.Π. Λαπαροσκόπηση διενεργείται όταν υπάρχει υψηλή υποψία για άλλη διάγνωση (πχ σκωληκοειδίτιδα) ή η ασθενής είναι σοβαρά πάσχουσα και έχει αποτύχει η συντηρητική θεραπεία είτε στην κοινότητα είτε εντός 72 h της νοσηλείας σε νοσοκομείο.



**Εικόνα:** πάχυνση ενδομητρίου



**Εικόνα:** Υδροσάλπιγγα



**Εικόνα:** πυοσάλπιγγα



**Εικόνα:** Ωοσάλπιγγικό απόστημα



**Εικόνα:** Πυελοπεριτονίτιδα

### Θεραπεία

Το θεραπευτικό σχήμα θα πρέπει να περιλαμβάνει αντιβιοτικό ευρέως φάσματος δραστικό απέναντι και στο *N. gonorrhoeae* και *C.trachomatis*, μιας και αρνητικός έλεγχος ενδοτραχήλου για αυτούς τους οργανισμούς δεν αποκλείει μόλυνση του ανώτερου γεννητικού συστήματος. Η θεραπεία θα πρέπει να ξεκινάει αμέσως με την πιθανή διάγνωση καθώς και οι μακροπρόθεσμες συνέπειες ελαττώνονται με την πρώιμη έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής.

Σε ασθενείς με ήπια έως μέτρια σοβαρότητας Φ.Ν.Π η θεραπεία χωρίς νοσηλεία έχει ίδια αποτελέσματα με την ενδονοσοκομειακή θεραπεία. Η απόφαση για νοσηλεία θα ληφθεί μετά από εξατομικευμένη προσέγγιση και λαμβάνοντας υπόψη τα παρακάτω κριτήρια:

- ✓ Η ασθενής δεν ανταποκρίνεται σε από του στόματος αντιβιοτικά.
- ✓ Η ασθενής δεν μπορεί να ακολουθήσει ή να ανεχθεί θεραπεία από το στόμα.
- ✓ Η ασθενής είναι έγκυος.
- ✓ Δεν μπορούν να αποκλεισθούν χειρουργικά επείγουσες καταστάσεις (π.χ. σκωληκοειδίτιδα).

- ✓ Η ασθενής είναι βαρέως πάσχουσα, με ναυτία, εμετούς ή υψηλό πυρετό.
- ✓ Υπάρχει σαλπιγγο-ωοθηκικό απόστημα.

Σε ότι αφορά τις έφηβες δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να υποστηρίζουν την ενδονοσομειακή θεραπεία και η απόφαση αυτή θα πρέπει να λαμβάνεται με τα ίδια κριτήρια που χρησιμοποιούνται σε μεγαλύτερες ηλικίες, καθώς η ανταπόκριση στη θεραπεία δεν διαφέρει.

Σε ασθενείς με Φ.Ν.Π ήπιας ή μέτριας σοβαρότητας η παρεντερική και η από του στόματος θεραπεία παρουσιάζουν παρόμοια κλινική αποτελεσματικότητα. Η μετάβαση από την παρεντερική θεραπεία σε από του στόματος θεραπεία αποφασίζεται με βάση την κλινική εμπειρία και τα εξατομικευμένα χαρακτηριστικά. Συνήθως αυτή πραγματοποιείται 24-48 ώρες μετά τη βελτίωση της κλινικής εικόνας, ενώ σε περιπτώσεις σαλπιγγο-ωοθηκικού αποστήματος επιβάλλεται *παρεντερική θεραπεία* για τουλάχιστο 24 ώρες.

Η ενδοφλέβια χορήγηση δοξυκυκλίνης προκαλεί έντονο πόνο και γι'αυτό θα πρέπει να χορηγείται από το στόμα το συντομότερο δυνατό, μιας και στους δύο τρόπους χορήγησης διαπιστώνεται η ίδια βιοδιαθεσιμότητα. Η παρεντερική θεραπεία μπορεί να διακοπεί 24 ώρες μετά την κλινική βελτίωση, αλλά η από του στόματος θεραπεία (100mg 2 φορές ημερησίως) θα πρέπει να συνεχίζεται έως ότου συμπληρωθούν 14 ημέρες. Σε παρουσία σαλπιγγο-ωοθηκικού αποστήματος θα πρέπει να προστίθεται κλινδαμυκίνη ή μετρονιδαζόλη για καλύτερη κάλυψη των αναερόβιων. Η κεφοξιτίνη και η κεφοτετάνη είναι οι πιο αποτελεσματικές κεφαλοσπορίνες απέναντι στα αναερόβια βακτήρια και λίγα δεδομένα υπάρχουν για άλλες κεφαλοσπορίνες δεύτερης ή τρίτης γενιάς που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στη θεραπεία Φ.Ν.Π.

Η χρήση γενταμυκίνης σε απλή ημερήσια δόση δεν έχει αξιολογηθεί για τη θεραπεία της Φ.Ν.Π., αν και είναι αποτελεσματική σε αντίστοιχες καταστάσεις. Η παρεντερική θεραπεία μπορεί να διακοπεί 24 ώρες μετά την κλινική βελτίωση και να συνεχισθεί με από του στόματος χορήγηση δοξυκυκλίνης 100 mg 2 φορές ημερησίως ή 450 mg κλινδαμυκίνης μέχρι να συμπληρωθούν 14 ημέρες θεραπείας. Σε παρουσία αποστήματος προτιμάται η χρήση

κλινδαμυκίνης αντί για δοξυκυκλίνη για καλύτερη κάλυψη απέναντι στα αναερόβια.

Εναλλακτικό σχήμα παρεντερικής θεραπείας συνιστά η χορήγηση αμπικιλλίνης/σουλμπακτάμης 3g, 4 φορές ημερησίως και έπειτα δοξυκυκλίνη 100 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως. Αυτό είναι ένα σχήμα αποτελεσματικό απέναντι σε *C.trachomatis*, *N.gonorrhoeae* και αναερόβια σε ασθένειες με σαλπιγγο-ωθηκικό απόστημα. Επίσης η θεραπεία με αζιθρομυκίνη είτε ως μονοθεραπεία για 1 εβδομάδα (500 mg IV 1—2 δόσεις, στη συνέχεια 250 mg από το στόμα για 5-6 ημέρες) είτε ως συνδυασμένη θεραπεία με χορήγηση μετρονιδαζόλης για 12 ημέρες.

Η *θεραπεία από το στόμα* εφαρμόζεται σε γυναίκες με ήπια έως μέτρια Φ.Π.Ν με παρόμοια αποτελέσματα με την παρεντερική θεραπεία . Τα παρακάτω σχήματα προσφέρουν κάλυψη απέναντι στους συχνότερους αιτιολογικούς παράγοντες.

#### **-ΣΧΗΜΑ Α**

Ceftriaxone 250 mg IM σε μια δόση

ΚΑΙ Doxycycline 100 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ Metronidazole 500 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

#### **-ΣΧΗΜΑ Β**

Cefoxitin 2 g IM σε μια δόση

ΚΑΙ Doxycycline 100 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ Metronidazole 500 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

#### **-ΣΧΗΜΑ Γ**

Άλλη κεφαλοσπορίνη γ' γενιάς (π.χ. ceftizoxime ή cefotaxime)

ΚΑΙ Doxycycline 100 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ Metronidazole 500 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

Ή Levofloxacin ή Ciprofloxacin 500 mg από το στόμα, 1 φορά ημερησίως για 14 ημέρες

ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ Metronidazole 500 mg από το στόμα, 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες

Η αζιθρομυκίνη είναι επίσης αποτελεσματική βραχυπρόθεσμα είτε ως μονοθεραπεία (1 g από το στόμα, 1 φορά την εβδομάδα για 2 εβδομάδες) είτε σε συνδυασμό με κεφτριαξόνη (250mg IM εφάπαξ δόση) και αζιθρομυκίνη.

Θεραπευτικά σχήματα με κινολόνη δεν συστήνονται πλέον για την θεραπεία της Φ.Ν.Π., λόγω της ανάπτυξης ανθεκτικού στελέχους *Neisseria gonorrhoeae*. Σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η θεραπεία με κεφαλοσπορίνη, χρησιμοποιούνται φθοριοκινολόνες (λεβεφλοξασίνη 500 mg από το στόμα, 1 φορά ημερησίως για 14 ημέρες) με ή χωρίς μετρονιδαζόλη (500 mg από το στόμα 2 φορές ημερησίως για 14 ημέρες). Πριν την έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να πραγματοποιείται έλεγχος για *N.gonorrhoeae* και να τροποποιείται η εμπειρική θεραπεία ανάλογα με τα αποτελέσματα

Σε κάθε περίπτωση μη ανταπόκρισης στη θεραπεία μέσα σε 72 ώρες θα πρέπει να επανεξετάζεται και να επαληθεύεται η αρχική διάγνωση και να ξεκινάει παρεντερική θεραπεία. Γυναίκες με τεκμηριωμένη λοίμωξη από χλαμύδια ή γονόκοκκο έχουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά επαναμόλυνσης τους πρώτους 6 μήνες. Έτσι συστήνεται επανέλεγχος σε αυτές τις περιπτώσεις 3-6 μήνες μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας και έλεγχος σε όλες τις περιπτώσεις οξείας Φ.Ν.Π για την Η.Ι.Υ.

### Πρόγνωση

Η συντηρητική αγωγή επιτυγχάνει σε ένα ποσοστό 33-75%. Εφόσον αυτή αποτύχει, η χειρουργική αντιμετώπιση στοχεύει στην διατήρηση ακέραιου του αναπαραγωγικού συστήματος με παροχέτευση των συλλογών και άφθονη έκπλυση της πυέλου ή ετερόπλευρη εξαρτηματεκτομή. Περαιτέρω χειρουργική αντιμετώπιση απαιτείται σε 15-20% των ασθενών.

Η ΦΝΠ έχει τις εξής επιπλοκές:

1. Χρόνιο πυελικό άλγος (25%), σχετίζεται με διαταραχές εμμήνου ρύσης και οφείλεται στην παρουσία συμφύσεων ή υδροσάλπιγγας
2. Υπογονιμότητα (20%). Το ποσοστό αυτής αυξάνει ανάλογα με τη συχνότητα των επεισοδίων φλεγμονής.
3. Έκτοπη κύηση, λόγω δομικών διαταραχών των ωαγωγών, όπου είναι και η συχνότερη θέση εντόπισης (50%).

### Πρόληψη

Οι σύντροφοι γυναικών με Φ.Ν.Π. θα πρέπει να εξετάζονται και να λαμβάνουν θεραπεία αν είχαν σεξουαλική επαφή σε διάστημα μικρότερο των 60 ημερών από την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ο έλεγχος και η θεραπεία είναι επιτακτικές, λόγω του αυξημένου κίνδυνου επαναμόλυνσης αλλά και της μεγάλης πιθανότητας γονοκοκκικής ουρηθρίτιδας ή χλαμυδιακής λοίμωξης. Η θεραπεία θα πρέπει να είναι εμπειρική με σχήμα που να καλύπτει οπωσδήποτε αυτά τα στελέχη ανεξάρτητα από τους οργανισμούς που ανευρεθήκαν στη γυναίκα

### **ΆΛΛΕΣ ΠΥΕΛΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Η ΦΝΠ αποτελεί τη βασικότερη αιτία πυελικής λοίμωξης, χωρίς όμως να είναι και η μοναδική. Άλλες παθήσεις που μπορούν να προκαλέσουν λοίμωξη στην πύελο κατά την εξέλιξή τους είναι:

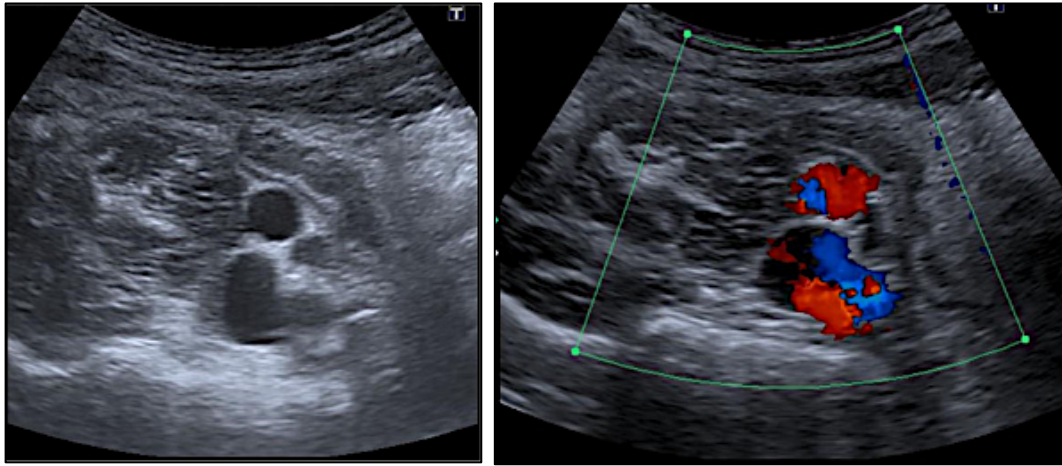
- Η οξεία σκωληκοειδίτιδα
- Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου
- Η Εκκολπωματίτιδα
- Η μοίμωξη ουροδόχου κύστεως και ουρητήρα
- Άλλες γυναικολογικές παθήσεις

Τα βασικότερα στοιχεία της διαφορικής διάγνωσης φαίνονται στον παρακάτω πίνακα

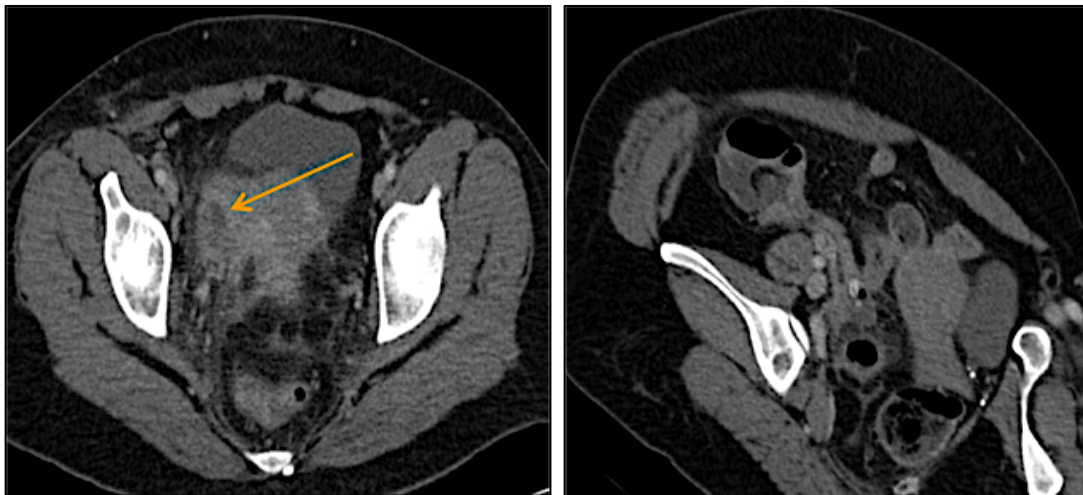
Πάθηση	Χαρακτηριστικά σημεία
Οξεία σκωλ/τις	Ανορεξία, ναυτία , έμετος, αμφοτερόπλευρος πόνος εντοπισμένος στο δε λαγόνιο βόθρο, απουσία εντερικών ήχων
Έκτοπη κύηση	Αμφοτερόπλευρος πόνος, διακοπή εμμήνου ρύσεως με θετικό hCG test
Ραγέν ωοθηλάκιο	Αμφοτερόπλευρος πόνος
Ενδομητρίωση	Σταθερός πόνος με έναρξη 2-7 μέρες προ κύκλου
Λοίμωξη ουροποιητικού	Δυσουρία, επηρεασμένη γεν. ούρων, όχι ευαισθησία στον τράχηλο
Νεφρολιθίαση	Οξύς αμφοτερόπλευρος πόνος, αιματουρία
Συστροφή εξαρτημάτων	Αμφοτερόπλευρος πόνος
Περιπρωκτική φλεγμονή	Περιπρωκτικό άλγος, τεινεσμός, αιμοραγία από το ορθό, ακράτεια
Αιμορραγικό ωχρό σωματίο	Αμφοτερόπλευρος πόνος

### **Οξεία σκωληκοειδίτιδα**

Στην απλή της μορφή δεν προκαλεί φλεγμονή στην πύελο. Όταν όμως η θέση της σκωληκοειδούς είναι πυελική και είναι σε πυώδη ή γαγγραινώδη μορφή ή συνοδεύεται ακόμα και από περισκωληκοειδικό απόστημα τότε υπάρχει κίνδυνος διάχυσης της φλεγμονής στην πύελο. Η διάγνωση βασίζεται κυρίως στο υπερηχογράφημα και στην αξονική τομογραφία.



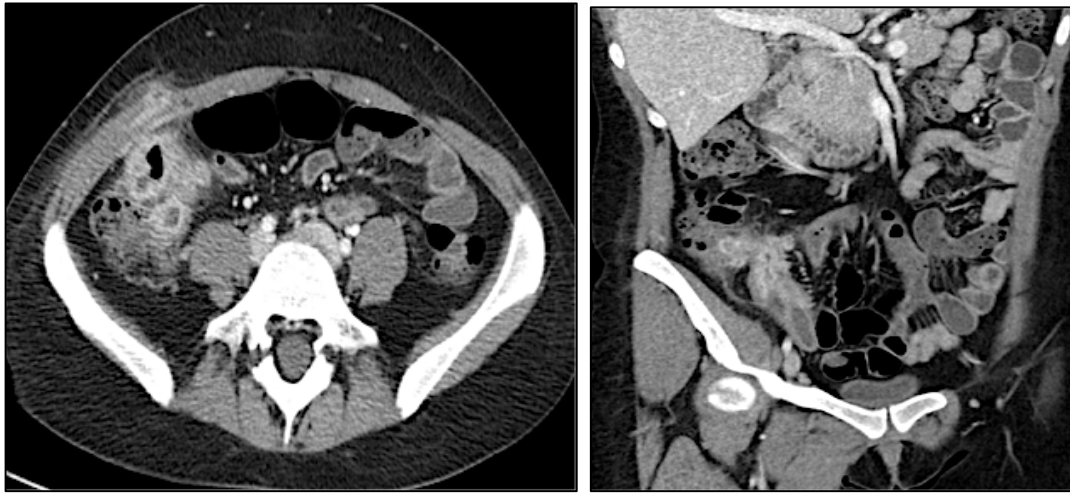
**Εικόνα:** Αριστερά φαίνεται η πεπαχυμένη σκληροκοειδής απόφυση και δεξιά τα διογκωμένα εξαρτήματα



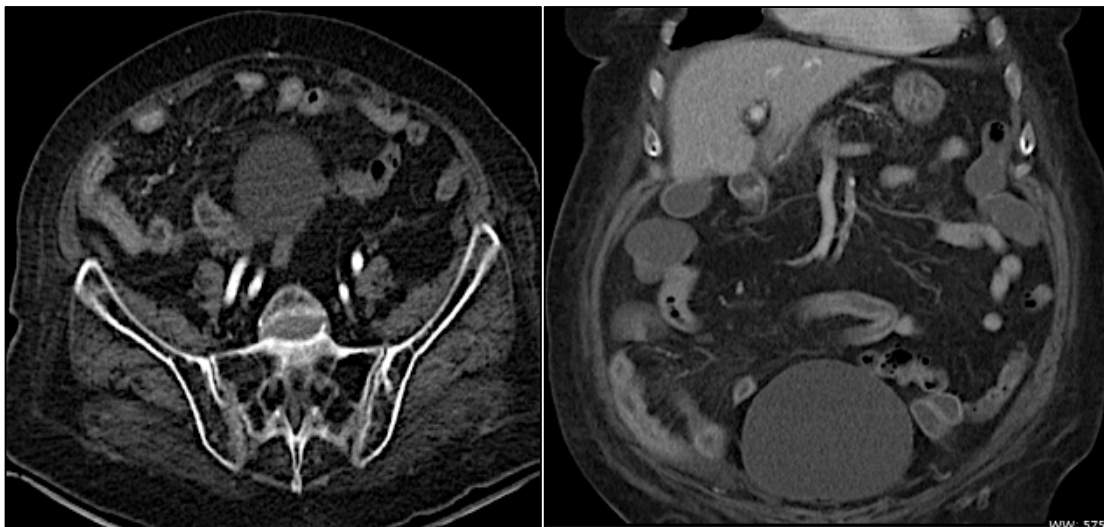
**Εικόνα:** Δεξιά φαίνεται η πεπαχυμένη σκληροκοειδής απόφυση και αριστερα τα διογκωμένα εξαρτήματα στη ΦΝΠ

### **Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου**

Στις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου περιλαμβάνονται η νόσος του Crohn, η ελκώδης κολίτιδα και η τελική ειλεΐτις. Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα συνήθως δεν προκαλούν πνευλικές λοιμώξεις. Όταν όμως επιπλοκούν και οι επιπλοκές αφορούν σχηματισμό αποστημάτων και συριγγίων τότε υπάρχει κίνδυνος επινέμησης και στην πύελο. Η τελική ειλεΐτις αφορά φλεγμονή του τελικού ειλεού και σύστοιχο λεφμαδενοπάθεια με συνοδό άλγος στο δεξιό λαγόνιο βόθρο και στο υπογάστριο.



**Εικόνα:** Περιτυφλική συλλογή σε νόσο του Crohn με επινέμηση στην πύελο

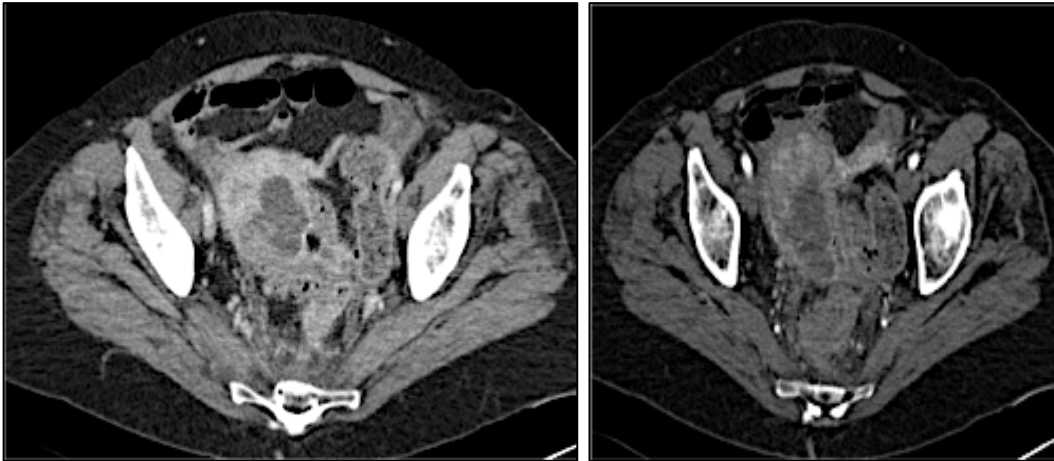


**Εικόνα:** Φλεγμονή τοιχώματος ειλεού και πάχυνση στην πύελο

### **Εκκολπωματίτιδα**

Η εκκολπωματίτιδα συνίσταται σε φλεγμονή των εκκολπωμάτων του παχέος εντέρου και κυρίως του σιγμειδούς. Εμφανίζεται με εικόνα φλεγμονής στο σιγμοειδές η οποία μπορεί να εξελιχθεί σε απόστημα στην περιοχή του αριστερού λαγονίου βόθρου και εάν δεν αντιμετωπιστεί εγκαίρως μπορεί να εξελιχθεί σε ρήξη του αυλού του παχέος εντέρου και εικόνα βαριάς περιτονίτιδας που αφορά σε μεγάλη έκταση και την πύελο (πυελοπεριτονίτιδα)

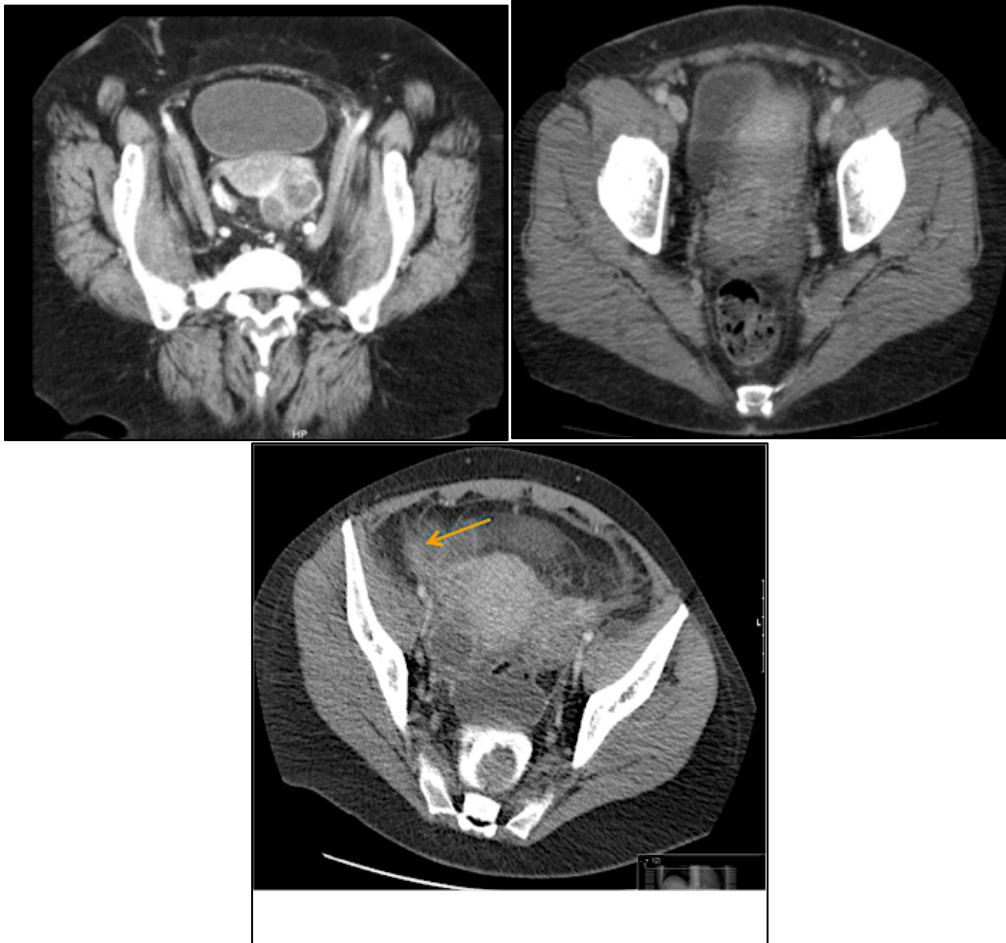
Σε αυτές τις περιπτώσεις η βασική θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση και ο καλός χειρουργικός καθαρισμός. Τα αντιβιοτικά δρουν επικουρικά θα πρέπει να είναι ευρέως φάσματος να μην αποτελούν τη μόνη μέθοδος θεραπείας.



**Εικόνα:** Βαριά φλεγμονή με εικόνα αποστήματος πέριξ του σιγμοειδούς με συλλογή πύου στην πύελο

### **Ακτινομύκωση**

Η ακτινομύκωση είναι χρόνια λοίμωξη από *Actinomyces israelii*. Το μικρόβιο αυτό είναι παθογόνο και ενδημεί κυρίως στην στοματική κοιλότητα και στο κόλον. Η ακτινομύκωση στις γυναίκες σχετίζεται με τη χρήση του σπιράλ. Η χρήση του οδηγεί σε κοκκιοποίηση μετά από τραυματισμό κατά την είσοδο, δημιουργία πυκνού ινώδους συνδετικού ιστού. Σε περίπτωση παρουσίας του μικροβίου σχηματίζονται πολλαπλά αποστήματα ακια εικόνα πυελοπεριτονίτιδας. Στην αξονική κοιλίας παρατηρούνται ετερογενείς, δύσκολα οριζόμενες εξαρτηματικές μάζες.



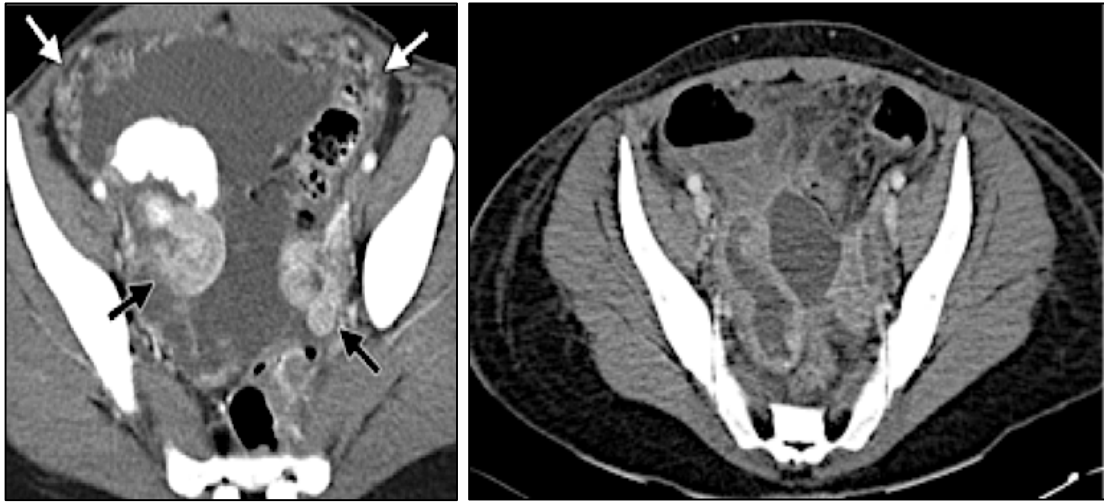
**Εικόνα:** Απόστημα

### **Φυματίωση**

Η ανάμιξη του γεννητικού συστήματος της γυναίκας εμφανίζεται σε 1.3% γυναικών με φυματίωση: ενδομήτριο (72%), σάλπιγγες (34%), ωθήκες (12.9%), και τράχηλος (2.4%). Μπορεί να προσομοιάζει με καρκίνο των ωθηκών τόσο λόγω ακτινολογικής εικόνας όσο και κλινικών σημείων. Τα απεικονιστικά ευρήματα μοιάζουν με περιτοναϊκή καρκινομάτωση. Όσο πιο προχωρημένη είναι η λοίμωξη τόσο βαρύτερη κλινική και ακτινολογική εικόνα.

Συνήθως εμφανίζονται κυστικές και συμπαγείς βλάβες στα εξαρτήματα, με συνοδό ασκίτη, επιπλοϊκές και μεσεντερικές διηθήσεις και περιτοναϊκή λέπτυνση συνοδές επασβεστώσεις και διόγκωση λεμφαδένων.

Η θεραπεία είναι χειρουργική παροχέτευση και καθαρισμός των συλλογών και η κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή για τη φυματίωση



**Εικόνα:** Φυματίωδης περιτονίτιδα πυέλου

### **Επίλογος**

Πυελικές λοιμώξεις αφορούν κυρίως λοιμώξεις των έσω γεννητικών οργάνων και των τμημάτων του πεπτικού σωλήνα που εντοπίζονται στην πύελο. Το βασικότερο στοιχείο για τη θεραπεία είναι η σωστή διάγνωση, η οποία βασίζεται στο ιστορικό στα εργαστηριακά ευρήματα και την απεικόνιση. Αυτή βασίζεται στο υπερηχογράφημα, την αξονική και τη μαγνητική τομογραφία. Η πιο συχνή αιτία για την εμφάνιση πυελικής λοίμωξης είναι η φλεγμονώδης νόσος της πυέλου στις γυναίκες.