

infecțioasă sau non-infecțioasă, la fel în transplantologie în cazul de reject a grefelor transplantate. Este foarte util în supravegherea bolnavilor spitalizați în secțiile de reanimare după intervenții chirurgicale și la pacienții cu neutropenie. Într-o manieră generală, există o corelație între infecțiile bacteriene și creșterea PCT-ului.

Concluzie

1. De aici și apare interesul dozării PCT în serviciile de urgență pentru diagnosticul precoce a Boalii Inflammatory Pelvine Acute.
2. În cadrul spitalului clinic municipal numărul 1 din Chișinău, s-a inițiat un studiu complex de apreciere a markerilor inflamatori în evaluarea gradului de severitate a procesului, de evaluare a specificității acestor markeri în BIP Acut. Studiul și-a propus să evalueze și să compare între ele Proteina C reactivă, PCT, IL 6 în Boala Inflammatory Pelvină Acută.

Bibliografie

1. Monneret G. Place de la procalcitonine dans la physiologie inflammatoire. Interests diagnostiques dans le choc septique. Eurobiologiste 2002 :33-40
2. Gendrel D, Bohun C Procalcitonin as a marker of bacterial infection Pediatric Infect Dis J 2000 .19.679-688.
3. Gendrel D, Razmond J, Assicot M Procalcitonin in bacterial and viral meningitis in children Clin Infect Dis 1997,24 1240-1242
4. Hausfater P Procalcitonin measurement in adult clinical practice, Rev Med Interne 2007 may 296-305
5. Chiwakata CB Procalcitonin as a parameter of disease severity and risk of mortality in patients with Plasmodium falciparum malaria J Infect Dis 2001 ,1161-1164
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Management of acute pelvic inflammatory disease Guideline November 2008
7. Sweet R I, Gibbs RS Infectious diseases of the female genital tract Baltimore 219-220
8. Landers DV, Sweet RL Tubo ovarian abscess contemporary approach to management 876-84
9. Guide for the clinical use of PCT in diagnosis and monitoring the third edition Dec 2004
10. Meisner M Procalcitonine *(PCT) a new innovation infection parameter, Biochemiae and Clinical aspects New York 2000
11. Assicot M, Gendrel D, Carsin H, Raymond J, Guilbaud J, Bohoun C, High serum procalcitonin concentrations in patients with sepsis and infection. Lancet 1993;341:515-518.
12. LeMoullec JM, Jullienne A, Chenais J, Lasmoles F, Guliana JM, Milhaud G, et al The complete sequence of human procalcitonin. FEBS 1984;167: 93-97
13. Broad PM, Symes AJ, Thakker RV, Craig RK. Structure and methylation of the human calcitonin/alpha CGPR gene. Nucleic Acids Res 1989;17:6999-7011

IMPACTUL CHLAMYDIA TRACHOMATIS ÎN BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ

Cătălin Cauș

(Conducător științific - Prof. universitar Olga Cernețchi)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FPM USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The impact of Chlamydia trachomatis to develop pelvic inflammatory disease

The importance of Chlamydia based solely on gynaecology Chlamydia trachomatis which is the most common sexually transmitted bacteria. In women it causes cervicitis, and salpingitis, paucisymptomatic often, but not without consequences on the obstetrical prognosis of these patients. Chlamydia trachomatis can achieve in women at all levels of the reproductive tract. Prevalence studies give varying results depending on the population studied. In many European

countries Pelvic inflammatory disease is a caused of Chlamydia , Salpingitis due to Chlamydia trachomatis multimicrobial often, present clinical variables: acute salpingitis typical, atypical forms, which diagnosis is more difficult. In its typical form, pelvic inflammatory disease associated with fever and pelvic pain, vaginal discharge and bleeding were rare. But infections are numerous and some atypical forms, clinically silent, are revealed by their complications, ectopic pregnancy (USG) and tubal infertility. Laparoscopy is an essential part of diagnosis, it highlights the tubal damage and can make withdrawals situ. Location outside the genital In adults, there are locations outside the genital area. Chlamydia trachomatis is responsible for inclusion conjunctivitis by autoinoculation from an outbreak genital post urethrites reactive arthritis in humans (Fiessinger Leroy Reiter syndrome), and perihepatitis in some women with pelvic inflammatory disease (syndrome Fitz Hugh Curtis)The treatment of infection Chlamydia trachomatis depends on the location and severity of infection, but also the frequency of co infection difficult to interpret. The diagnosis of salpingitis due to Chlamydia trachomatis is often difficult.

Keywords: Chlamydia Tr. , Syndrome Fitz-Hugh- Curtis, PID, Laparoscopy

Rezumat

Chlamidia trachomatis este o bacterie intracelulară gram-negativă ce există în stare de parazit intracelular responsabilă de infecțiile sexual transmisibile. Rezervorul acestei bacterii este omul și transmiterea se face esențial pe cale veneriană. Această bacterie afectează cel mai frecvent populația tânără, în particular femeile și bărbații până la 25 ani. Prevalența actuală se situează între 0% și 11% în dependență de locul unde a fost depistat și nu în toate cazurile este declarată. În Marea Britanie în urma unui studiu de depistaj sistematic în anul 2001 s-a stabilit o prevalență de 9%, Franța 8,7%. Studiul Suedez la adolescente asiptomatice în anul 2002 a constatat 6%, în Norvegia la adolescente de vârsta 16-19 ani prevalența este de 9%. În Statele Unite ale Americii un studiu efectuat între anii 2000-2002 la femei simptomatice, cu vârsta de 15-25 ani au stabilit o prevalență de 9%. În Australia la Melbourne în anul 2001 s-a efectuat un studiu interesant în 2 cartiere diferite ale orașului și au primit rezultate impresionante în cartierul mai periferic prevalența fiind de 1,7 în favoarea celui amplasat central cu prevalența de 4,8%, această lucrare demonstrând că în același oraș prevalența poate fi de 3 ori mai mare. Alte studii internaționale ne prezintă prevalență diferită de la o țară la alta: India 1,1% , Tunis 1,7%, Senegal 7,6%, Slovenia 4,1% , Japonia 8,3%, Coreea 12,6%. Această infecție este asiptomatică în 70% din cazuri și ca, consecință persoana infectată poate fi sursă de infecție pentru partenerul sau fără să știe. Deci este important de sensibilizat atât medicii cât și populația generală despre boală, complicațiile și depistarea persoanelor purtătoare cu acest tip de germen. Factorul de risc este vârsta mai mica de 25 ani, numărul de parteneri și neutilizarea prezervativului. Manifestările clinice a acestei infecții la femei fiind uretrite, endocervicite, endometrite, salpingite, inflamații pelviene cronice, perihepatite (Sindrom Fitz-Hugh-Curtis), proctite, infecții oculare, Sindrom Fiessinger-Leroy-Reiter (uretrita,conjunctivita și artrita). Chlamidia trachomatis poate fi responsabilă și de complicații severe ca sarcina extrauterină și sterilitate.

Chlamidia trachomatis este o bacterie ce infectează celulele mucoasei genitale, oculare, pulmonare. Există trei etape de dezvoltare intra-celulară și infectare:

- infectarea epitelului cilindric și glandular
- atașarea bacteriei de celulă prin hemaglutinine
- răspunsul imunitar a mediatorilor celulari ce favorizează apariția leziunii.

La prima infecție bacteria proliferază la nivel de celule epiteliale unde poate rămâne superficial și așteptă afectarea devenind cronică în absența tratamentului. Odata ce Chlamidia trachomatis a infectat celula, dezvoltarea se face intracelular într-un ciclu de 48 de ore în cursul căruia se observă succesiv corpuri elementare apoi intermediare și în final corpuri reticulare. Factorul genetic poate constitui un factor de rezistență și protecție iar, unii subiecți au un risc mărit de infectare. Unele complexe majorează histocompatibilitatea ce se întâlnește la subiecții cu HLA-A*6802 ce au sensibilitate față de trahome, subiecții cu HLA-A31 au un risc crescut de a

face boala inflamatorie cronică iar subiecții cu HLA –B27 au risc crescut de a dezvolta artrite în sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter. Factorul hormonal – femeile care utilizează contraceptive orale riscă să facă o infecție cervicală cu Chlamidia trachomatis. Din experiența pe cobai s-a constatat că estradiolul duce la creșterea duratei și intensității infecției, iar din experiența pe șoareci progesteronul favorizează infecția genitală înaltă. Factorul imunitar - infectarea cu Chlamidia trachomatis va induce producerea de anticorpi serici din clasa Ig G, Ig M, Ig A, cărora le sunt specifice antigeni numiți lipopolizaharide, PMME (proteina mare a membranei externe) și proteina de stress Chsp 60. La dispoziția noastră sunt metodele de diagnostic biologic: din culturi celulare (cu sensibilitate variabilă între 50 până la 90%), determinarea antigenului după diferite tehnici (lipsa de sensibilitate), tehnicile de amplificare genetică ce sunt astăzi utilizate au o sensibilitate și specificitate importantă (până la 98%) și serodiagnostica ce este utilă în unele cazuri. În cazul infecțiilor genitale joase Ig M apare rapid și este prezent maximum timp de 1 luna, Ig G și Ig A sunt evidențiate în secrețiile cervicale și indică o infecție activă. În cazul infecțiilor genitale înalte (salpingite) titrul Ig G este foarte mărit, iar Ig A este un marker de infecție evolutivă, dacă titrul Ig A este mai mare de 16 este un semn de gravitate în evoluția salpingitei. Tehnica de prelevare corectă și respectarea unor reguli vor face să obținem rezultate cât mai corecte. Calitatea prelevării, mediul de transportare și conservare trebuie adaptat la acele tehnici care sunt utilizate, prelevările se fac în lipsa antibioterapiei pentru a primi un diagnostic veridic. Prelevări endocervicale se pot face cu un bețișor cu bumbac însă și cu ajutorul unei periute citologice care are avantajul de a extrage un număr mai mare de celule și de bacterii.

Pentru culturile celulare, mediul de transportare permite conservarea bacteriei vii, fiecare mediu are instrucțiuni în care sunt indicate termenul și temperatura de păstrare. Prelevările pot fi conservate la temperatura de +4 C timp de 24 ore înainte de examinare, în cazul analizei din primul jet urinar poate fi conservat la +4 C timp de 7 zile sau congelat la -20 C. Pentru tehnicile de amplificare conservarea poate fi făcută la temperatura ambiantă timp de 24-48 ore sau la +4 C timp de 1 săptămână.

- În examinarea pacientelor simptomatice cu infecție genitală joasă, cele mai bune prelevări sunt cele asociate de pe colul uterin și meatul uretral, aceste două prelevări vor fi amplasate în același mediu de transportare.
- Examinarea pacientelor în cadrul depistajului sistematic cu infecții genitale se face din jetul urinar fără a face toaleta perineului și se face înainte de examenul ginecologic, prelevările din sânge în cazul depistajului sistematic sunt inutile și fără interes.
- La examinarea pacientelor cu Boala inflamatorie pelvină acută se vor efectua prelevări de pe endocol și de pe uretra, în timpul laparoscopiei se va efectua biopsie de pe trompa uterină și cercetare bacteriologică din fornexuri, laparotomia permite vizualizarea leziunii tubo-pelviene. Prelevările sanguine sunt utile în cercetarea Ig G și Ig A specifice la această etapă.
- Examinarea în localizările extragenitale în cazul conjunctivitei se face prin grataj de pe conjunctiva inferioară la vizualizarea exudatului.
- Examinarea în cazul Sindrom Fiessinger-Leroy-Reiter se va face prin puncția articulară, cercetări de la nivelul genital și a conjunctivei.
- Examinarea în cazul pneumopatiei nou-născutului cu Chlamidia se va realiza prin prelevări faringiene, aspirație endotrahală.

Diagnosticul direct de pe culturile celulare ce se obțin din prelevări de pe colul uterin, uretră, lichid peritoneal, biopsie de pe endometru, biopsie de pe trompă, care ne permite studierea sensibilității Chlamidia trachomatis la antibiotice. Chlamidia trachomatis este sensibilă la rifampicine, tetraciline, fluorochinolone, macrolide. Există o rezistență naturală față de aminozide, vancomicină, chinolone de prima generație, metronidazol și colimicină.

Tratament:

În cazul infecției genitale joase (uretrite și cervicite) Azitromocina 1gr într-o priză unică sau Doxiciclina 200mg pe zi timp de 7 zile. În cazul femeilor însărcinate doxiciclina și oflaxicina este contraindicată în sarcină, tratamentul recomandat fiind: Eritromicina 500mg de 4 pe zi timp

de 7 zile. Amoxicilina 500mg de 3 ori pe zi timp de 7 zile sau Azitromicina 1gr într-o priza unica

Boala inflamatorie pelvină acută durată tratamentul în mediu de la 15 zile la 20 zile:
Amoxicilina + Acid clavulanic 1gr de 3 ori pe zi + Doxiciclina 100mg de 2 ori pe zi sau Amoxicilina + Acid clavulanic 1gr de 3 ori pe zi + Ofloxacină 200mg de 2 ori pe zi sau în caz de alergie la penicilina Pristamicina 1gr de 2 ori pe zi + Ofloxacină 200mg de 2 ori pe zi.
Forme complicate cu Boala inflamatorie pelvina acută - spitalizarea fiind necesară și administrarea pe cale parenterală și Laparoscopie. Amoxicilina + Acid clavulanic 1gr de 4 ori pe zi sau (Cefatoxime 1gr de 4 ori pe zi) + Ofloxacină 200mg de 2 ori pe zi + Metronidazol 500mg de 2 ori pe zi. Alte scheme terapeutice sunt posibile.

Concluzie

Infecțiile uro-genitale provocate de Chlamidia trachomatis sunt o problemă de sănătate publică, promovarea sexului protejat, informarea publică, diagnosticul precoce și tratamentul adecvat poate duce la diminuarea complicațiilor și la scăderea numărului de purtători asimptomatici.

Bibliografie

1. Adams E.J, Charlett A., Edmuns W.J. Chlamidia trachomatis in the United Kingdom. Sex Transm Infect 2004 oct, 80(5), 354-62
2. Bebear C Mycoplasma et Chlamydia, Elsevier, Paris 2002
3. Barbeyrac B, Bianchi A, Bebear C Actualite sur les infections a Chlamydia Revues generales et analyses prospectives 2000, 227-232
4. Corsaro D, Le Faou A Monographie de microbiologie Chlamydia. TEC et DOC, Paris. Editions Medicales Internationales, Cachan 2002
5. Judlin P – Infection en Gynecologie, Masson, Paris 2002 pag 23-35
6. Shrier L A, Dean D, Klein E Limitations of screening tests for the detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic adolescent and young adult women Am J Obstet Gynecol 2004 mar, 190(3), 654-62

ROLUL PLACENTEI ÎN DEZVOLTAREA PATOLOGIEI OBSTETRICALE ȘI PERINATALE

(Sinteza bibliografică)

Rodica Oineagra

(Coordonator științific – Corolcova Natalia)

Catedra de Obstetrică și Ginecologie

Summary

Role of placenta in the development of obstetric and perinatal pathology

(Bibliographic review)

The birth of a healthy baby to term means a coordinated set of events in the development of placental complex. The placenta is actively involved in the transport of nutrients to the fetus, has both direct effects as well as indirect effects on fetal cardiovascular function and the endocrine system of the mother and fetus. As such, a properly functioning placenta is essential for normal fetal development and has the primary role of mediator in placental system. External environment changes or alterations to normal placental function may induce changes in fetal development and later having important consequences in cardiovascular morbidity, causes and development of metabolic syndrome.

Understanding how the placenta mediates maternal influences will be critical to elucidate the mechanisms of intrauterine development. This will permit assessment of diagnostic and