

Concluzie

Studiile arată că nivelul seric de AMH descrește odată cu vârsta la femeile în perimenopauză.

Nivelul AMH este strins legat cu NFA ce denotă rezerva ovariană. În programele FIV în centrele de reproducere umană asistată determinarea AMH are valoare pentru prezicerea răspunsului ovarian. Există o corelație între nivelul AMH și NFA la pacientele cu OPC. Ca rezultat AMH poate fi considerat un marker cantitativ a rezervei ovariene, deoarece nivelul AMH fiind strâns legat cu numărul și mărimea de foliculilor. Testul sangvin AMH numit- "Egg timer test" este un semnal de alertă și indicator de prognostic în conduita medicală la cuplurile infertile.

Bibliografie

- 1.Barrends WM, Uilenbroek JT, Kramer P, HoogerbruggeJW, van Leeuwen EC, Themmen APN, Grootegoed JA, 1995 Anti Mullerian hormone and anti mullerian hormone type II receptor messenger ribonucleic acid expression in rat ovaries during postnatal development, the estrous cycle, and gonadotropin-induced follicle growth. *Endocrinology* 136 4951-4962
- 2.Cook CL, Siow Y, Brenner AG & Fallat ME, 2002 Relationship between serum mullerian-inhibiting substance and other reproductive hormones in untreated women with polycystic ovary syndrome and normal women *Fertility and Sterility* 77 141-146.
- 3.Visser JA, De Jong FH, Laven JSE, Themmen APN anti-Mullerian hormone :a new marker for ovarian function *Jurn. Reproduction* 2006;131:1-9.
- 4.Cook CL, Siow Y,Taylor S, Fallat ME 2000 Serum mullerian –inhibiting substance levels during normal menstrual cycles.*Fertility and Sterility* 73 859-861.
- 5.de Vet A, Laven JS, de Jong FH, Themmen APN, Fauser BC 2002 Anti mullerian hormone serum levels :a putative marker for ovarian aging. *Fertility& Sterility* 77: 357-362.
- 6.La Marca A, Malmusi S, Giulini S, Tamaro LF, Orvieto R, Levratti P, Volpe A 2004 A MH Plasma levels in spontaneous menstrual cycle and during treatment with FSH to induce ovulation *Human Reproduction* 20:1569-1572.
- 7.Lee MM, Donahoe PK 1993 Mullerian inhibiting substance: a gonadal hormone with multiple functions. *Endocrine Reviews* 14 152-164.

BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ ȘI ABCESUL PELVIAN

Cătălin Cauș

(Conducător științific - Prof. universitar Olga Cernețchi)

Catedra Obstetrică și Ginecologie FPM USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Pelvic inflammatory disease and pelvic abscess

Pelvic inflammatory disease and pelvic abscesses have been reported as a major complication following a wide variety of obstetrical, gynaecological and surgical procedures. The aim of this review article is to emphasize the need for a more aggressive approach to detect and to treat what can be a debilitating condition that if inadequately treated may result in mortality. The large number of options available are discussed under the headings of: conservative management, interventional radiological management and surgical treatment. Lastly, preventive strategies are discussed, as pelvic disease may result in tubal factor infertility, ectopic pregnancies, chronic pelvic pain and tubo-ovarian /pelvic abscesses.

Keywords: pelvic inflammatory disease, pelvic abscess, diagnosis and management

Rezumat

Boala inflamatorie pelvină este definită ca ascensiunea infecției în tractul superior genital prin afectarea endometrului, trompelor uterine, ovarelor și peritoneului. Abcesul pelvian sau

abcesul tubovarian este o complicație gravă ce se întâlnește la 30% din pacientele internate în serviciul de ginecologie cu simptomele bolii inflamatorii pelvine.[1]

Conform CDC (The Centre for Disease Control and Prevention USA) anual în SUA sunt înregistrate 780.000 cazuri de BIP Acut, comparând cu anii 1970-1980 s-a redus cu 22% unde cifra era de 1.000.000 cazuri pe an.[3]

Un studiu recent din Norvegia a comparat spitalizarea pacientelor cu BIP Acut în perioada anilor 1990-1992 și 2000-2002 a aratat o scădere cu 26%, însă nu și a abcesului pelvian, cifra a rămas neschimbată. Implimentarea programului de screening în diagnosticul precoce și sistematic la Chlamydia trachomatis de 2 decade a dus la scăderea numărului de spitalizări și reducerea maladiilor sexual transmisibile în special cele cauzate de Chlamydia trachomatis.

În țările industrializate 40% dintre femeile spitalizate cu BIP Acuta sunt de vârstă reproductivă. În țările slab dezvoltate nu se cunoaște nici incidența și nici numărul exact de paciente cu BIP Acut.

Factori de risc cunoscuți pentru BIP și Abcesul tubo-ovarian sunt:

- 1.maladii sexual transmisibile (gonoreea,chlamydia)
- 2.vârsta tânără 15-24 ani
- 3.un puseu anterior de BIP
- 4.parteneri sexuali multipli
- 5.vaginoze bacteriene
- 6.avorturi chirurgicale la dorință
- 7.investigații mini-invazive a aparatului reproductiv

Alți factori:

- 1.factorul demografic
- 2.statutul socio-economic scăzut
- 3.celibatari și divorțați
- 4.dupa violuri
- 5.coitus în perioada menstruație
- 6.dușuri vaginale
- 7.DIU

Studiu recent din 2005 despre incidența crescută de 22.6% de abces pelvian la pacientele purtatoare de DIU și riscul crescut în primele 6 săptămâni de la inserție DIU. [3]

Pacientele cu risc crescut de dezvoltare a abcesului pelvian sunt cele care au suportat intervenție chirurgicală abdominală, cu boală diverticulară, apendectomie. După intervenție ginecologică (histerectomii totale,etc) mai des la pacientele cu vaginioze bacteriene. După intervenții mini-invazive precum histerosalpingografia,histeroscopia,etc. La fel obezitatea, diabetul, timpul prelungit a intervenției, pierderi de sânge cresc și riscul de sepsis și de mortalitate. Unele cazuri rare sunt din lipsa îngrijirilor medicale și mal-praxis în perioada pre/intra și postoperatorie. Abcesul pelvian de cauză obstetricală dupa operatii cezariene, avort septic, corio-amnionită, pirexie puerperală.

Agentul microbial și etiologia

Boala inflamatorie pelvină este polimicroniană, de obicei infecția ascensionând din tractul genital inferior. Agenți patogeni ca Nisseria gonorrhoea și Chlamydia Trachomatis sunt în 1/2 sau 2/3 din cazuri. Mycoplasma hominis este implicată în special la femeile în vârstă. [4]

În lumea a treia (Asia Sud Est, Africa) un alt microorganism foarte frecvent este tuberculoza, acest fapt fiind confirmat în Maria Britanie la pacinetele emigrate de origine asiatică și africană ce au dezvoltat BIP de etiologie tuberculoasă. Direct sau hematogen Salmonella typhi poate cauza Abcesul pelvian sau tubo-ovarian. Agenții patogeni virali cum ar fi (herpes, papiloma, cytomegalo virus) că ar cauza BIP înca nu a este cercetat complet.

Manifestările Clinice pentru BIP și Abcesul Pelvian sunt comune. Cele mai frecvente simptome fiind durerea abdominală uni sau bilaterală în etajul inferior al abdomenului cu disurie, dyspariunie, leucoree patologica din vagin, greață, vomă, febra etc. În 30-35% cazuri de

abces pelvian se întâlnește în formele cele mai severe de BIP. La examen ginecolgic se atestă formațiuni de diferite dimensiuni la palpare, ce pot fi mobile sau aderente uni sau bilaterale, durere, ce iradiază în diverse părți. Țipatul douglas sau sensibilitate crescută la fixarea colului uterin sunt din cele mai frecvente simptome.

Conform standartelor americane CDC (centre of disease control) în 2002 a propus criteriile de diagnostic în BIP

Criterii majore

1. dureri în regiunea inferioară a abdomenului
2. sensibilitatea ambelor anexe la tușeu vaginal
3. durere la mobilizarea colului

Criterii minime/adiționale

1. febra 38.3 grade Celsius
2. leucoree muco-purulentă
3. VSH crescut
4. Proteina C-reactivă crescută
5. infecție cervicală cu gonoree, chlamydia diagnosticată
6. leucocitoză
7. prezența de lichid purulent la culdocenteză

Diagnostic Diferențial a durerii pelvine la femeile sexual active

Ginecologice: sarcina extrauterină, avort septic, endometrioza, torsiunea unui chist ovarian, corp galben hemoragic, Mittelschmerz durere.

Non Ginecologice: apendicita, infecție urinară sau calcul, gastroenterite, proctite, dureri de origine necunoscute

Diagnostic de Abces Plevian (abces tubo-ovarian)

Laparoscopia este standartul de aur de diagnostic în abcesului tubo-ovarian, însă este imposibil de a efectua laparoscopia la orice suspexie de abces, această metodă de diagnostic și tratament este rezervată pacienților cu stare gravă, ce nu răspund la tratament medicamentos conservativ. Alte metode de diagnostic sunt

- leucocitoza ca marker non-specific pentru inflamație, doar în 44-50% cazuri este prezent în BIP. Creșterea VSH este sensibil în 64% și specific în 35%.
- Proteina C-reactivă are sensibilitatea de 83%, specificitatea de 82%. [5]
- Depistajul în frotiul vaginal, uretral, cervical a gonoreei sau altor agenți patogeni. Detectarea de Chlamydia Trachomatis în serologie IgG, IgM sau PCR poate confirma faza activă a bolii.
- Ultrasonografia este cea mai avansată tehnologie non-invazivă ce poate confirma amplasarea, vizualiza mobilitatea. Utilizarea sondei transvaginale ne oferă imagine panoramică de 12-14 cm cu rezoluție excelentă, ne poate ajuta și orienta în diagnostic și în conduită. Au fost elaborate criteriile specifice pentru BIP: vizualizarea trompei, grosimea pereților trompei mai mare de 5mm, imagine șerpuită, septuri incomplete, colecție lichidiană în douglas de diferită consistență, la Doppler prezența de hiperemie sau de vascularizare excesivă.

Ultrasonografia transvaginală confirmă cu ușurință prezența endometritei, hidrosalpinx care apare ca o imagine hipo-ecogenă, unde trompa are o grosime diferită și sugestivă pentru infecții cronice. Abcesul tubo-ovarian se prezintă ca un complex sau o masă multicamerală cu septuri și cel mai frecvent cu margini neregulate, însă nu mereu distinctibil originea sa. Biopsia endometrului atestă la examenul histopatologic semne de neutrofile, celule plasmatică și fluid abundent. Testul urinar sau din ser bHCG exclude mereu sarcina.

Tratamentul Abcesului Pelvian

Tratamentul antimicrobian recomandat este pentru agenții ce provoacă boala. Se indică un tratament cu urmărirea răspunsului la 24/48/72 ore și continuat timp de 14 zile. La pacientele cu maladii sexuale transmisibile se va trata și partenerul. Tratamentul recomandat în formele medii de BIP Acut: Ofloxacin 400mg -14 zile sau Levofloxacin 500mg -14zile cu Metronidazol

500mg -14 zile. Alternativ Ceftriaxon 250mg i/m 1 doză sau cefoxetin 2g cu Probenicid 1g per os. Studiu randomizat pe 831 de paciente ce a evaluat evoluția clinică a BIP Acut și Abcesului pelvian și efectele asupra funcției reproductive la distanță au constatat următoarele rezultate: Rata de sarcini a fost de 41.7% versus 42%, infertilitate 17.9% versus 18.4%, puseu repetat de BIP 16.6% versus 12.4%, dureri pelvine cronice 29.8% versus 33.7%, sarcini extrauterine 0.3% versus 1% .[7]

Tratament după investigații radiologice, a schimbat dramatic și diversificat managementul în BIP și Abcesul Pelvian. În SUA 35% din pacientele cu abces pelvian sunt tratate conservativ prin drenaj transvaginal, transrectal, percutaneus în asociere cu antibioterapie intravenoasă de spectru larg. Drenarea și aspirarea abcesului pelvian trasvaginal sub ghidaj ecografic este o metodă acceptată ca alternativă metodei chirurgicale. Numeroase studii din literatura medicală au arătat rezultate bune prin drenare și aspirare multiplă a abceselor pelviene. Evoluție favorabilă a bolii cu dispariția simptomelor (febră, durere și sindrom de intoxicare,etc) în 80-94% din cazuri. Cel mai frecvent drenarea transvaginală se face cu sedare sau anestezie intravenoasă de scurtă durată. Metoda de introducere a cateterului și drenare după tehnica Seldinger, se caracterizează prin micșoarea timpului de intervenție, disconfortul pacientei, și reușitei de localizare a catetrului. Un studiu pe 302 femei cu abces pelvian unde s-a efectuat 449 de aspirații transvaginale rata de succes a fost de 93.4% tratament local și conservativ versus la 6.6%(20 paciente) s-a efectuat intervenție chirurgicală la acele care abcesul pelvian s-a asociat cu endometrioza și malignitate la nivelul ovarian.[8] Ultrasonografie transrectală cu ghidaj și drenarea abcesului pelvian cel mai frecvent se utilizează la copii în perioada pubertară și la paciente în postmenopauză, însă se cunoaște că abcesul pelvian cu localizare în douglas poate să se dreneze spontan prin rect [9]. Abcesul pelvian poate fi drenat prin peretele abdominal anterior prin ghidaj ecografic perineal, un studiu efectuat a arătat o eficacitate de drenare în 100% și drenare prin amplasare de cateter de 90%[10].

Managementul chirurgical a abcesului pelvian prin laparotomie este în 10% și cel mai frecvent prin laparoscopie care are avantajul mini-invasivității, vizualizare panoramică și informativității. Sindromul Fritz-Hugh-Curtis (aderente perihepatice = cordaje de violoncel) specific la afectarea BIP de agenții *Neisseria gonorrhoea* sau *Chlamydia trachomatis*. [11]

Concluzie

Sănătatea populației rămâne prioritatea oricărui stat. Competența personalului medical calificat care pledează pentru mini-invasivitate, scăderea costurilor de diagnosticare, spitalizare, și recuperare sunt prioritățile companiilor de asigurare în medicină. Utilitatea screeningurilor sistematice pentru *chlamydia trachomatis* și *Neisseria gonorrhoea* concomitent cu hepatita B și HIV au fost demonstrate prin studii multiple în țările scandinave cu o scădere până la 26% a cazurilor de BIP Acut.

Pacientele cu BIP și Abces Pelvian trebuie tratate cu antimicrobiene de spectru larg în complex de 2 sau 3 antibiotice timp de 14 zile. Tratamentul antimicrobian a fi început minim cu 2 ore înainte de orice intervenție sau drenare ecoghidată, sau în cazul investigațiilor invazive un flash pentru prevenirea complicațiilor septice. Prioritatea noastră fiind combaterea BIP și Abcesului Pelvian prin identificarea populației cu risc crescut, educarea lor, și utilizarea rațională a resurselor financiare în depistare, diagnosticare și tratament.

Bibliografie

- 1.Landers D V, Sweet RL. Tubovarian abscess: contemporary approach to management. Rev Infect Dis 1983;5: 876-884
- 2.Zeenat Eva K, Javed H. Rizvi Pelvic inflammatory disease Reviews in Gynecological and Perinatal Practice 2006;6: 185-191
- 3 Tanir HM, Hassa H, Ozalp S ,Kaya M,Oge T Eur J Contracept Reprod Health Care 2005;10(march 1):15-19

- 4.Sweet RL.Role of bacterial vaginosis in pelvic inflammatory disease Clin Infect Dis1995;20 (suppl 2) 276-285
- 5.Kahn JG, Walker CK, Washington AE, Landers DV, Sweet RL Diagnosing pelvic inflammatory disease: comparative analysis and considerations for developing a new model JAMA 1991;266;2594-604
- 6.Reljic M, But I. Monitoring parameters in the management of patients with tubo-ovarian complexes. IntJ Gynecol Obstet 1999 ;64 (march 3)273-279
- 7.NessRB,Soper DE, Holley RL.Effectiveness of inpatient and out patient treatment strategies for women with pelvic inflammatory disease results from the pelvic inflammatory disease evaluation and clinical health PEACHrandomized trial.J Am Obstet Gynec 2002;186 929-937
- 8.Gjelland K,Ekerhood E, Granberg S. Transvaginal ultrasound guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess:a study of 302 cases.Am J ObstetGynec 2005;193 1323-30
- 9.Nelson AL, Sinow RM, Oliak D.Transrectal elstrasonographically guide drainage of gynecologic pelvic abscess.AmJ Obst Gynecol 2000;182(june 6)1382-1388
- 10.SperlingDC, Needleman L, Eschelmann DJ, et al Deep pelvic abscess:transperineal US-guided drainage.Radiology 1998 ;208 (1) 111-115
- 11.Buchewitz O,Malik E, Kressin P et al. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases.Surg Endosc 2000; 14 (October 10);948-950

ASPECTE IMAGISTICE ÎN BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ

Cătălin Cauș

(Conducător științific - Prof. universitar Olga Cernetechi)
Catedra Obstetrică și Ginecologie FPM USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Diagnoses methods in pelvic inflammatory disease

Pelvic inflammatory Disease (PID) is a common clinical condition consisting of ascending infection from the lower to upper genital tract, prevalent is consequence of sexually transmitted infections, affecting many women every year in the world. Over 20% of cases are in adolescents and young adults. PID can have serious complications such as the development of tubo-ovarian abscess and is associated with long-term sequel including ectopic pregnancy, chronic pelvic pain, and infertility. Patients with acute PID may present in a variety of ways, from the critically ill to the essentially asymptomatic. Likewise, the physical findings are often nonspecific; rarely are dramatic. Multiple methods have been recommended to aid in the diagnosis of PID. However, invasive procedures are not suitable for screening all patients, because of their expense and associated morbidity. As an adjunct to clinical assessment, transabdominal and transvaginal sonography is a non invasive and rapid method that enables visualization of the pelvic structures.

Keywords: PID, Ultrasound, CT, MRI

Rezumat

Cea mai frecventă patologie cu care se întâlnesc medicii ginecologi este infecția pelviană ce cuprinde așa forme (salpingita, endometrita, hydrosalpinx, pyosalpinx, abcesul tubo- ovarian) ce au fost regrupate sub denumirea de boala inflamatorie pelvină (BIP)[1]. BIP este considerată o problemă de sănătate în Statele Unite ale Americii unde anual peste 1 milion de paciente sunt diagnosticate cu BIP și aproximativ 250.000 paciente spitalizate cu costuri ridicate de aproximativ 4.2 miliarde de dolari SUA [2]. Cele mai frecvent boala este polimicrobiană, însă în 40% este cauzată de chlamydia trachomatis și neisseria gonorrhoeae. Căile de contaminare și desiminare fiind diferite și multiple. Infecția genitală poate să survină în unele cazuri particulare post-partum sau post-avortum (retenție uterină suprainfectată), foarte rar secundar chirurgicale