

### I. INFECTIILE GENITALE

Afectarea inflamatorie a vaginului definește vaginita. Când se însoțește de inflamarea vulvei vorbim de vulvo-vaginita. Inflamațiile vaginale se însoțesc frecvent de afectare inflamatorie a colului uterin, situație în care se preferă termenul de colpita.

Manifestarea clinică a infecțiilor genitale joase este, în principal, reprezentată de scurgerile vaginale sau leucoree (scurgerea albicioasă sau gălbuie exteriorizată prin orificiul vaginal).

Inflamațiile vaginale pot fi determinate de o multitudine de microorganisme, unele care se transmit pe cale sexuală, altele fără transmitere sexuală.

#### • **Noțiuni de fiziologie**

Secreția vaginală fiziologică prezintă o origine dublă - vaginală și cervicală.

**a) Secreția vaginală.** Mediul vaginal la femeie în activitate genitală este acid. PH-ul de 3,8-4,6, conferă protecție mucoasei, față de majoritatea infecțiilor (excepție fac micozele). Aciditatea rezultă din transformarea glicogenului din celulele mucoasei, în acid lactic. Încărcarea glicogenică a celulelor mucoasei vaginale este estrogenodependentă, iar degradarea glicogenului se datorește bacililor Doderlein. Descuamarea vaginală intensă se manifestă sub forma unei leucoree puțin abundente, lăptoasă, opalescentă, nearată. În frotiuri se regăsesc celulele stratului superficial al epiteliului vaginal, dar nu și polimorfonucleate.

Flora vaginală normală conține în mod obișnuit peste 50 de specii microbiene: germeni aerobi, micro-aerofili și strict anaerobi. Microbii întâlniți cu cea mai mare frecvență sunt: Staphylococcus epidermidis, streptococi din grupa B și grupa D (Enterococcus), corinebacterii saprofite, bacili lactici (bacilul Doderlein), anaerobi din grupele Bacteroides. Din punct de vedere cantitativ, flora anaerobă este dominantă (este de 10 - 10.000 de ori mai numeroasă!).

Flora vaginală normală reprezintă un ecosistem (biotop) dinamic. Există variații importante ale compoziției florei în raport cu vârsta femeii (etapa biologică) și există variații cotidiene în raport cu perioadele ciclului menstrual. Gradul de impregnare estrogenică și eventualele metode contraceptive folosite, se răsfrâng asupra structurii florei. Activitatea sexuală (rapoartele sexuale) influențează de asemenea compoziția florei vaginale.

**b) Glera cervicală.** Este secretată de către glandele epiteliului cilindric al endocolului. Din ziua 8-a a ciclului menstrual, cantitatea gherei crește progresiv, până la ovulație. Devine translucidă, asemănătoare albușului de ou crud și filantă. Pe lamă cristalizează sub formă de frunză de ferigă. La ovulație glera poate fi destul de abundentă, încât să se exteriorizeze prin vagin și să păteze lenjeria.

Ea are rol esențial în blocarea ascensiunii germenilor, care colonizează vaginul (căile genitale superioare - reprezentate de cavitatea uterină, trompe, ovare - sunt în mod normal lipsite de floră microbială). Glera prezintă dublă acțiune:

- mecanică - ocluzia orificiului cervical, scurgere permanentă dinspre uter spre vagin;
- chimică - prin bogăția sa în enzime, imunoglobuline etc.

### VAGINITE CU TRANSMISIE SEXUALĂ

#### • **Trichomonaza vaginală**

Agentul etiologic este reprezentat de Trichomonas vaginalis, parazit unicelular flagelat, mobil. În mod obișnuit, dar nu exclusiv, transmiterea are loc pe cale sexuală. Prezența parazitului poate rămâne asimptomatică la bărbat, eventualitate ce reprezintă aproape regula.

Principala manifestare clinică a vaginitei trichomonazice o reprezintă scurgerea spumoasă, aerată, galben-verzuie, fetidă. PH-ul secreției este în medie de 5,5. În formele mai severe, pot apărea leziuni ale mucoasei vaginale: hiperemie, leziuni papilare (vagin "fragă" - strawberry vagina). Semnele clinice subiective, când sunt prezente, sunt reprezentate de: senzația de prurit, usturimi, dispareunie superficială (la intromisiune).

**Diagnosticul** este stabilit prin:

- *examinarea la microscop a preparatului proaspăt* - o picătură de secreție vaginală căreia i se adaugă o picătură de ser fiziologic. Parazitul este recunoscut grație mobilității sale;
- *examenul microscopic al frotiurilor colorate;*
- *culturi pe medii speciale.*

Pe parcursul sarcinii, în 15% din infestările cu *Trichomonas* este depistată și *Candida albicans*, asociată.

**Tratamentul** constă în administrarea de *metronidazol* (*Flagyl*) per os. Chimioterapeuticul traversează perfect mucoasa vaginală. Se administrează: 250 mg, de 3 ori/zi x 7 zile succesiv sau câte 1 g (4 tablete) la 12 ore, pe parcursul aceleiași zile, sau o doză unică de 2 g. Sunt posibile reacții adverse: grețuri, vărsături, uneori chiar violente.

Mai poate fi utilizat preparatul *Fasigyn* (*tinidazol*), 2 g în doză unică (tabletele sunt de câte 500 mg). Eficacitatea este mai mică decât a metronidazolului.

*Tratarea partenerului în tricomonaza vaginală este obligatorie.*

#### • **Chlamidiaza**

Din cele două specii ale genului *Chlamydia*, în patologia umană este implicată *Chlamydia trachomatis*. Sunt agenți cu transmisie sexuală și produc: uretrite la ambele sexe, conjunctivite, salpingite la femei și epididimite la bărbați. La nou-născuți determină conjunctivite și pneumonii.

**Forme anatomo-clinice** ale infecției cu clamidii:

- formele *inaparente clinic* sunt frecvente;

- *cervicitele muco-purulente* reprezintă jumătate din infecțiile cu *Chlamydia trachomatis* ale femeii. Se caracterizează prin secreție purulentă gălbuie și hiperemia mucoasei colului;

- *sindromul uretral acut* se caracterizează prin polachiurie, disurie, leucociturie, în timp ce uroculturile rămân sterile;

- *boala inflamatorie pelviană acută* și *sindromul Fitz-Hugh-Curtis* (perihepatită). Salpingitele cu *Chlamydia* ar fi mai puțin zgomotoase clinic, dar obstrucția tubară survine cu o incidență crescută. Perihepatita produsă de *Chlamydia* (sau de către gonococ) se caracterizează clinic prin tulburări digestive, durere intensă în hipocondrul drept, semne de iritație peritoneală.

**Diagnosticul.** *Chlamydia trachomatis* este izolată prin *culturi*. Se examinează celulele la microscop, pentru a pune în evidență incluziile. Infecția cu *Chlamydia* este pusă în evidență în produsele patologice cu ajutorul:

- *anticorpiilor monoclonali conjugați fluorescenți* - sunt evidențiați corpii elementari intracelulari;

- *procedeele immunoenzimatic (enzyme immunoassay) colorimetric* - este pus în evidență antigenul clamidial.

În condițiile examinării prelevărilor endocervicale, sensibilitatea ambelor metode este de 70-80%, iar specificitatea de 94-96%.

- *evidențierea unor creșteri semnificative ale nivelurilor Ig G*. Titruri de 1/256 - 1/512, probează infecția acută.

**Tratamentul.** În localizările vaginală, cervicală și uretrală a *Chlamydiei trachomatis* se utilizează *tetraciclina* sau *eritromicina* per os, 500 mg de 4 ori/zi, timp de 7 zile. Se utilizează și *doxyciclina* (*Vibramicin*) 100 mg de 2 ori/zi x 7 zile sau *azitromicina*.

#### • **Infecțiile cu micoplasme**

Colonizarea cu micoplasme a tractului genital are loc o dată cu debutul vieții sexuale. *Mycoplasma*, *Ureaplasma* ca de altfel și *Chlamydia* aparțin categoriei agenților cu transmisie sexuală, iar existența unor parteneri multipli amplifică riscul infecției. *Mycoplasmele* pot fi implicate și în infecții urinare.

*Mycoplasma* poate fi izolată în mod frecvent din vaginul femeilor, în lipsa oricărei simptomatologii. Poate fi identificată la femei cu vulvovaginite, în asociere, de regulă, cu alți germeni patogeni. *Ureaplasma* poate fi identificată la femei cu boală abortivă. Asupra implicării *Micoplasmei* și *Ureaplasmei* în infertilitate, rezultatele diferitelor studii sunt însă contradictorii.

**Diagnosticul** în localizările uro-genitale este stabilit cu ajutorul *culturilor* din secrețiile cervicale.

Tratamentul constă în administrarea de *tetraciclina*, *doxyciclina*, iar în formele rezistente de *clindamicina*.

#### • **Infecția gonococică a căilor genitale joase**

Gonoreea este produsă de diplococul gram-negativ *Neisseria gonorrhoeae*. Este o boală cu transmisie sexuală cu o foarte largă răspândire. La începutul anilor '80 numărul anual de cazuri noi de îmbolnăviri de pe întreg globul era estimat la 70-90 milioane.

Contaminarea survine aproape întotdeauna pe cale sexuală, contactul sexual cu un bolnav fiind deosebit de infecțios. Infecția interesează inițial colul uterin și/sau uretra, iar uneori glandele lui Bartholin.

**Tabloul clinic:**

- de regulă gonoreea este manifestă clinic la bărbat, dar în schimb este adeseori *asimptomatică* la femeie (până la 85% din cazuri);

- primele manifestări sunt *simptomele uretrale* - usturimi la urinat, micțiuni frecvente;

- prin exprimarea uretrei sau a glandelor lui Skene, poate să se obțină o *secreție purulentă*; uneori *meatul este hiperemic*, bursuflat, acoperit cu un exudat;

Infecția gonococică ascendentă poate să intereseze *salpingele*, *peritoneul* sau să determine *sindromul Fitz-Hugh-Curtis* (perihepatită). Sunt posibile și *septicemia*, asociată cu leziuni cutanate, artrite și chiar endocardită gonococică.

**Diagnosticul.** Este stabilit prin *examinarea frotiurilor* sau *practicarea de culturi* pe medii speciale. Pe lamă, *Neisseria gonorrhoeae*, diplococ gram-negativ, se prezintă sub forma a două boabe de cafea ce se privesc prin fețele lor concave. Diplococii sunt aglomerați în grămezi intra și extracelulare. Localizarea intracelulară este o caracteristică prin care gonococul se diferențiază de germeii saprofiți. Culturile se practică pe medii speciale, însămânțate imediat după ce a fost făcută prelevarea.

Urmărirea eventualelor asocieri este necesară - în aproape 2/3 din cazuri, gonoreea se asociază cu alte afecțiuni cu transmisie sexuală: tricomoniază (35% din cazuri), clamidiază (30-50%), condilomatoză (20%), herpes genital (6%), sifilis (4%). AgHb este prezent la 3% din femeile cu gonococii.

**Tratamentul.** Penicilina rămâne antibioticul de bază utilizat în gonoree. S-au depistat însă gonococi ce secretă beta-lactamază.

*Penicilina G* este administrată intramuscular, 400000 u.i. la 6 h interval x 7 zile. Poate fi utilizat și preparatul *Efitard* (procainpenicilină G 600000 + benzatilpenicilină potasică 200000 u.i.) câte 3 flacoane într-o singură administrare x 7 zile (nu este necesară internarea pentru tratament dacă este utilizat efitardul). Vindecările reprezintă până la 97% din cazurile tratate.

Tratamentele în "doză unică" pot fi utilizate în gonococia acută: *ampicilină* 3 g per os + *probenecid* 1 g (*Probenecidul* întârzie eliminarea urinară).

Dacă *Neisseria* este rezistentă la penicilină se va recurge la o *cefalosporină* + *probenecid*. În circumstanțele alergiei la penicilină, poate fi utilizată *spectinomycină* (*Trobicin*), aminoglicozid foarte activ față de gonococ: la femeie 2 injecții, fiecare a 2g i.m. profund, concomitent, în două locuri diferite. La bărbat este suficientă administrarea a 2 g i. m. Mai poate fi administrată în doză de 1 g/zi x 5 zile.

*Sinerdolul* (*Rifampicina*) poate fi utilizată în doză unică de 600 - 900 mg (capsule a 150 și 300 mg). Rata vindecărilor ajunge la 88%. În doză de 1,2 g, rata vindecărilor este de 98%. Poate favoriza apariția vaginitelor candidozice.

Mai pot fi utilizate în tratamentul gonoreei: *tetraciclina*, *eritromicina*, *gentamicina*. *Eritromicina* este administrată la gravide: o primă doză de 1,5 g, iar apoi câte 600 mg la 6 h x 4 zile (*propionil eritromicină*, tablete a 200 mg).

*Investigarea și tratamentul partenerului sunt obligatorii.*

Sunt raportate eșecuri terapeutice în proporții de 1-12%. Sunt necesare controalele repetate, clinice și de laborator: la 48 de ore de la terminarea tratamentului și alte 2 controale la câte 3 zile interval.

Reinfecțiile sunt posibile prin contacte sexuale cu alți parteneri bolnavi. La femeie reactivarea focarelor cronice asimptomatice are loc de obicei cu ocazia ciclurilor menstruale. Mai pot apărea recăderi după raporturi sexuale repetate, consum de băuturi alcoolice, mers cu bicicleta sau călărie. Recăderile din infecțiile cronice pot să se soldeze cu complicații și să transmită boala la partener, dacă acesta este sănătos.

## VAGINITE FARA TRANSMISIE SEXUALA

### • Candidoza vaginală

*Candida* (*Monillia*) *albicans* este o levură ce apare la examenul micro-scopic sub formă de spori și pseudomicelii. În cazul infecțiilor vaginale, parazitul apare preponderent sub formă de pseudomicelii. Candidozele vaginale se întâlnesc cu incidență crescută în o serie de circumstanțe în care este modificat echilibrul biotopului vaginal: administrare de antibiotice, de corticosteroizi sau de citostatice, contracepție orală cu estroprogestative, în sarcină sau diabet. În sarcină incidența este dublă.

Candidoza vaginală poate fi asimptomatică. În formele acute, semnele subiective sunt reprezentate de: prurit uneori intens, usturimi, dispareunie. Leucoreea este groasă, cremoasă sau grunjoasă, albicioasă și cu miros fad. La gravide poate fi deosebit de abundentă, formată din grunji albi, într-o secreție apoasă = aspect de "lapte brânzit".

Diagnosticul presupune:

- *examinarea preparatului proaspăt*, tratat cu hidroxid de potasiu 10%. Elementele celulare din secreție sunt distruse, devenind vizibile cu ușurință pseudomiceliile și sporii ciupercii;

- *frotiuri colorate*;

- *culturi pe medii speciale* - Sabraud, Nickerson.

**Tratamentul** local este obligatoriu în candidoze. Se tratează candidozele manifeste clinic și confirmate prin examenele de laborator. Antifungicele utilizate sunt derivați azolici:

- *myconazol (Gynodactarin)* comprimate vaginale a 250 mg;

- *clotrimazol (Canesten)* comprimate vaginale a 100 mg.

Tratamentul presupune administrarea zilnică de ovule sau tablete vaginale x 7 zile, apoi doar 1 seara, cura continuând până la 15-20 zile; *tratarea partenerului este obligatorie, dacă prezintă candidoză balano-prepușală*. În acest scop vor fi utilizate soluția sau crema de clotrimazol în aplicații locale.

#### • Vaginita cu Gardnerella (Vaginoza)

A mai fost denumită "vaginita nespecifică" sau de vaginita cu anaerobi. Este o inflamație a mucoasei vaginale produsă de o asociere de germeni patogeni:

- Gardnerella vaginalis (denumirea mai veche este de Haemophilus vaginalis). Este un cocobacil, facultativ gram-negativ sau gram-pozitiv;

- Bacteroides species (nu fragilis!) anaerob gram-negativ;

- alți germeni microbieni.

Adeseori prezența Gardnerellei în flora vaginală rămâne asimptomatică. Alteori bolnava acuză senzația de prurit sau jenă. Leucoreea este în astfel de cazuri abundentă, omogenă, gri-cenușie. Aspectul este comparat cu al unei paste subțiri de făină. Mirosul este fetid, de pește alterat.

**Diagnosticul.** *Examenul microscopic al preparatului proaspăt* permite punerea în evidență a celulelor epiteliale vaginale scuamoase, acoperite de o mulțime de cocobacili. Celulele par a avea marginile "prăfuite" sau aspectul de ghem de ață - "clue cells".

Adăugarea de hidroxid de potasiu 10% picăturii de secreție vaginală aflată pe lamă accentuează mirosul de pește alterat.

Transmiterea Gardnerellei are loc cel mai adesea prin contact sexual.

**Tratamentul** constă în administrarea de *metronidazol* per os, 250 mg de 3 ori/zi x 7 zile. *Tratamentul partenerului se face conform aceleiași scheme*. Poate fi administrată și *clindamicina* 300 mg de 2 ori/zi x 7 zile. Clindamicina poate fi administrată și în sarcină.

Scheme terapeutice:

#### TRICOMONAZA VAGINALA

<b>metronidazol</b> cp. orale de 250 și 500 mg; cp. si ovule a 500 mg	- doză unică de 2 g (8 tb) per os; - 500mg (2 tb) x 3 ori /zi per os x 5 zile; - 250 mg (1 tb) x 3 ori/zi x 7 zile ±1 cp vaginal seara	- se evită în trimestrul I de sarcină și în lactație; - prudență în trimestrul II și III; - nu se consumă băuturi alcoolice; - se tratează partenerul.
<b>tinidazol</b> 500 mg/cp	- doză unică de 2 g (4 tb) per os	idem

#### CLAMIDIAZA

PRODUS	DURATA TRATAMENTULUI	MOD DE ADMINISTRARE	PARTENER
<b>tetracicina</b>	7 zile	tb 500 mg x 4/zi	da
<b>eritromicina</b>	7 zile	tb 500 mg x 4/zi	da

<b>doxyciclina</b>	7 zile	tb 100 mg x 2/zi	da
<b>azytromicina</b>	Priza unica	1 g	da

### TRATAMENTUL VAGINOZELOR (INFECTIA CU GARDNERELLA)

<b>metronidazol</b>	- 2 g (8 cp) în doză unică; se repetă administrarea după 2 zile; - 1 000 - 1 500 mg (4 - 6 cp)/zi x 5 -7 zile. Se tratează și partenerul.
---------------------	---

### CANDIDOZA VAGINALA

<b>miconazol</b> MICONAZOL 150 mg, cp vag. MONISTAT 100 mg, ovule DAKTARIN 2%, crema vag.	2 cp/zi (dimineța și seara) x 7 zile sau 2 aplicații/zi sau 1 cp seara x 14 zile	- nu se fac spălături vaginale; - nu se întrerupe tratamentul în timpul menstrelor; - prudență la gravide
<b>clotrimazol</b> CLOTRIMAZOL 100 mg, cp vag. CLOTRIMAZOL 1% , crema CANESTEN 100, 200, 500 mg, cp vag.	1 cp seara x 6 zile (la nevoie 2 cp/zi x 6 -12 zile)	- prudență în sarcină
<b>ketoconazol</b> NIZORAL 200 mg, cp orale	2 cp/zi per os x 5 zile	Contraindicații: boli hepatice, sarcina, alergii la preparat
<b>econazol</b> GYNO-PEVARYL 50, 150 mg, ovule GYNO-PEVARYL 1%, crema	1 ovul seara x 3 zile	
<b>fluconazol</b> DIFLUCAN 150 mg, cps. gelatinoase	doză unică orală	Contraindicat în sarcină și lactație. Rezervat unor cazuri speciale.
<b>nifuratel</b> MACMIROR 200mg, cp orale MACMIROR COMPLEX: nifuratel 250/500 mg + nistatin 100 000/200 000 ui MACMIROR, crema vaginală	4 cp/zi per os x 10 zile 1-2 ovule/zi x 10 zile 1 ovul "500"/zi x 10 zile	- prudență în sarcină; - contraindicat în lactație
<b>isoconazol nitrat</b> GYNO-TRAVOGEN 300 mg, tb vag. GYNO-TRAVOGEN 600 mg, ovule	administrare unică - 1 ovul	

**GONOREE****BETALACTAMINE**

<b>PENICILINA</b> , inj. i.m.	400 000 u x 4 ori/zi	7 zile
<b>EFITARD</b> procainpenicilină 600 000 u + benzatinpenicilină 200 000u	3 fiole într-o singură administrare/zi	5 - 7 zile
<b>AMPICILINA</b> , 250 mg/ caps	3 g ampicilină + 1 g probenecid	doză unică

**AMINOGLICOZIDE**

<b>KANAMICINA</b>	1 g i.m./zi	5 zile
<b>GENTAMICIN</b> ], 80 mg/fiolă	1 fiolă i.m. la 8 ore	5 zile

**ALTELE**

<b>SINERDOL</b> , rifampicina 150-300 mg/cp	600 - 900 mg/zi	doză unică
---	-----------------	------------

## II. BOALA INFLAMATORIE PELVINĂ

### Definiție, generalități

Boala inflamatorie pelviană (BIP) denumită și infecție genitală înaltă înglobează un spectru de entități patologice infecțioase care afectează, de cele mai multe ori concomitent uterul, salpingele, ovarele, țesutul musculo-conjunctiv al ligamentelor largi (parametrele) și și peritoneul pelvian.

Infecțiile genitale incluse în definiția de mai sus sunt reprezentate de forme anatomoclinice multiple de printre care : **endometrita** și **metrita**, **salpingita**, abcesele tuboovariene **parametrita** și diverse forme de peritonită.

### Incidență

Incidența și prevalența BIP nu pot fi corect estimate nici în țările dezvoltate cu raportări statistice riguroase.

BIP este una dintre cele mai frecvente afecțiuni inflamatorii genitale specifică femeii în afara sarcinii. Se estimează ca în SUA sunt diagnosticate anual cca 1 milion de cazuri de BIP dintre care mai mult de un sfert necesită spitalizare.

BIP ridică multiple probleme legate de diagnostic, tratament, consecințele pe termen lung (sechele și mai ales infertilitate) precum și de sănătate publică prin costurile legate de prevenție, tratament mortalitate și morbiditate.

Se consideră că circa o treime din cazurile de BIP rămân nediate diagnosticate.

Incidența maximă a BIP este raportată la femeia tânără, activă sexual.

10% - 15% din femeile aflate în perioada reproductivă prezintă în istoric un episod BIP.

### Etiopatogenie

BIP este determinată de ascensiunea germenilor de la nivelul tractului genital inferior la nivelul organelor genitale superioare și peritoneului.

Căile de răspândire a florei pot fi:

- cale de contiguitate colonizând mucoasele (endometrul, mucoasa trompelor, peritoneu)
- cale sanguină
- cale limfatică în sens centrifug de la nivelul mucoaselor (parametre, peritoneu visceral și vase pelviene).

Factori implicați în producerea BIP prin ascensiunea germenilor de la nivelul tractului vaginal inferior:

- instrumental, incluzând inserție de DIU
- modificări hormonale survenite pe parcursul menstruelor care au drept consecință modificarea barierei mucoase și pierderea capacității sale de protecție
- menstruația retrogradă ce favorizează pasajul transtubar și peritoneal al florei
- virulența individuală a germenilor

Flora implicată (detaliată în tabelul de mai jos) este în majoritatea cazurilor plurimicrobiană astfel încât în culturile din colul uterin nu se identifica decât rareori un singur germeni.

- |  |
|--|
| <p>A. Germeni cu transmisie sexuală</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Chlamydia trachomatis</li> <li>b. Neisseria gonorrhoeae,</li> <li>c. Mycoplasma hominis</li> </ol> <p>B. Germeni care colonizează vaginul</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Streptococcus grupa B</li> <li>b. Proteus,</li> <li>c. Klebsiella sp.,</li> <li>d. Escherichia coli, Staphylococcus</li> </ol> <p>C. Alții</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Anaerobi endogeni (Prevotella sp cunoscuți și ca Bacteroides fragilis, Peptostreptococcus sp),</li> <li>b. Actinomices israeli,</li> <li>c. Haemophilus influenzae</li> </ol> |
|--|

### **Factori favorizanți**

- afecțiuni transmise sexual respectiv gonoreea, chlamidiaza, bacterioza vaginală.
  - comportamentul sexual: partenerii multipli (mai mult de 2 parteneri sexuali în cursul aceleiași luni), frecvența mare a rapoartelor sexuale, precocitatea primului raport sexual, și practicarea sexului în timpul menstrui (sangele menstrual este un bun mediu de cultură)
  - femeile cu unul sau mai multe episoade de BIP în antecedente sunt mai susceptibile să dezvolt un altul
  - factori demografici (status marital – femeile necăsătorite, divorțate sau văduve au o incidență mai mare).
  - dispozitivele intrauterine se asociază cu un risc de apariție a BIP de 2,6 ori mai mare după rapoartele OMS
- Medodele contraceptive de barieră și mai ales prezervativul, utilizate corespunzător pot reduce riscul datorită protecției împotriva bolilor cu transmisie sexuală Utilizarea contraceptivelor orale combinate scade riscul BIP prin modificarea calității mucusului endocervical care devine opac la ascensiunea germenilor și reducerea fluxului menstrual.
- dușurile vaginale prin perturbarea ecosistemului vaginal, favorizează colonizarea vaginului de către patogeni de tipul gonococului sau chlamidiei.
  - fumatul sau utilizarea drogurilor se asociază cu un risc de două ori mai mare de BIP.
  - situația socioeconomică (sărăcia, lipsa accesului la servicii medicale dar și la educație medicală) crește de asemenea incidența BIP.

### **Formele anatomo-clinice**

Salpingita uni- sau bilaterală și salpingo-ovarita sunt cele mai comune forme anatomo-clinice.

Piosalpinxul și abcesul tubo-ovarian sunt forme evolutive ale salpingitei și entități de gravitate crescută.

Propagarea peritoneală a infecției determină pelvipertonita, peritonita acută difuză, sindromul Fitz –Hugh – Curtis (perihepatită) indus de chlamidia trachomatis.



## Tabloul clinic al BIP

Cele mai frecvente simptome care însoțesc BIP sunt:

### A. Durerea

- a. debutează precoce
- b. localizată la nivelul abdomenului inferior
- c. poate persista și după încetarea episodului dureros
- d. poate fi absentă în 5% dintre cazurile diagnosticate
- e. intensitatea durerii este variabilă în funcție de asocierea iritației peritoneale dar nu este direct corelată cu gravitatea sau cu posibilele sechele.

B. Scurgerile vaginale patologice evidențiate în 2/3 din cazurile de infecții cu N.gonorrhoeae sau de C. trachomatis,

C. Metroragia în 40% din cazuri datorată endometritei asociate.

D. Febra întâlnită în 60-80% din cazuri mai ales când există afectare peritoneală sau în infecțiile cu gonococ

Semne mai rare:

- tulburările micționale: la 15%. din paciente poate apare polachidisurie
- semnele de iritație peritoneală: grețuri, vărsături, tulburări ale tranzitului intestinal.

**Examenul clinic** poate evidenția:

- sensibilitate spontană și la palpare în etajul abdominal inferior însoțită sau nu de semne de iritație peritoneală (contractură, apărare musculară, semn Blumberg pozitiv) în caz de peritonită

- leucoree cu aspect purulent

- zone erozive la nivelul colului uterin, eventual scurgeri, aspectul modificat, purulent al mucusului cervical

- sensibilitate la palparea și mobilizarea corpului uterin

- sensibilitatea zonelor anexiale, eventual existența la acest nivel a unor formațiuni

tumorale dureroase, slab delimitate,

### **Diagnosticul**

BIP acută poate îmbrăca multiple manifestări de la forme ușoare până la severe, în funcție de diferiți agenți etiologici.

Au fost propuse pentru diagnosticul BIP criterii minime, cu sensibilitate redusă de numai 51 % și criterii suplimentare.

Criteriile minime trebuie să fie întrunite concomitent :

1. sensibilitate la nivelul abdomenului inferior,
2. sensibilitatea anexelor,
3. sensibilitate la mobilizarea colului uterin.

Criteriile suplimentare sunt:

1. temperatura de peste 38,2
2. scurgeri vaginale sau cervicale purulente patologice
3. leucocitoză peste 10.000/mm<sup>3</sup>.
4. VSH crescut peste 15 mm
5. Valori crescute ale PCR
6. Exame de laborator pozitive pentru N. Gonorrhoeae sau C.

Trachomatis

### **Criterii specifice pentru diagnosticul BIP includ:**

- biopsia de endometru care să evidențieze modificările histopatologice specifice
- ecografia transvaginală sau RMN care să evidențieze piosalpinxul sau prezența lichidului la nivelul fundului de sac Douglas
- laparoscopia este considerată gold standardul pentru diagnosticul BIP permițând evidențierea leziunilor tubare, ovariene, peritoneale și prelevarea de culturi pentru examenul bacteriologic.

### **Diagnosticul diferențial**

- abdomenul acut chirurgical: apendicita acută, sarcina extrauterină, chistul ovarian torsionat.

#### Cu cauze medicale

- Ale organelor genitale: endometrioza, fibromiomul uterin degenerat sau torsionat, tumori ovariene
- Afecțiunile altor organe: colecistita, pielonefrita, enterocolita acută, diverticulita, sigmoidita.

### **Evoluție și prognostic**

Depinde de:

- precocitatea diagnosticului și implicit a instituirii tratamentului,
- forma clinică
- etiologia BIP.

Diagnosticul precoce și tratamentul corect determină evoluție favorabilă în majoritatea cazurilor.

Tratamentul tardiv sau incomplet precum și virulența unor germeni determină evoluția spre agravare (pelvipерitonită, perihepatită, piosalpinx, abcese tubo-ovariene, peritonită).

Sechelele pot apare în 25% din cazuri chiar și în formele mai puțin severe:

- hidrosalpinx,
- ocluzii tubare
- aderențe pelviene
- infertilitate (între 6% până la 60 % din cazuri sunt datorate BIP)
- sarcini ectopice (50% din cazuri au la origini BIP)
- durerea cronică pelviană (20 % paciente au avut un episod inflamator pelvin)

Repetarea episoadelor inflamatorii reprezintă factori suplimentari de risc pentru apariția sechelelor (riscul obstrucției tubare este de 54,3 % după 3 episoade).

### **Principii terapeutice în BIP**

- prevenirea sechelelor este posibilă doar dacă profilaxia este corectă
- spitalizarea este obligatorie în circumstanțele de mai jos
- tratamentul antibiotic empiric trebuie inițiat la femeile tinere active sexual în cazul durerilor pelviene asociate cu un criteriu minim sugestiv pentru BIP
- tratamentul medicamentos este antibiotic țintit iar dacă germele responsabil nu poate fi identificat trebuie să fie cu spectru larg
- tratamentul chirurgical este rezervat formelor severe (abces tuboovarian, peritonită)

### **Măsuri profilactice BIP**

- utilizarea de prezervative
- administrarea de contraceptivelor orale combinate

### **Criterii de spitalizare conform recomandărilor CDC**

- forme clinice severe - hiperpirexie, semne de deshidratare sau semnelor de iritație peritoneală - grețuri, vărsături, contractură abdominală;
- diagnosticul este incert nu pot fi excluse alte entități aparținând abdomenului acut chirurgical (apendicita acută, sarcina ectopică)
- forme clinice severe – abcese tuboovariene
- dubii asupra aplicării corecte a tratamentului, eșecul unui tratament anterior ambulatoriu;
- imposibilitatea monitorizării evoluției imediat după instituirea tratamentului.

### **Tratamentul parenteral**

#### **Regimuri terapeutice parenterale recomandate**

##### **Regimul A**

Cefalosporine de generația II-III

Cefotetan 2 g IV la 12 ore

sau

Cefoxitin 2 g IV la 6 ore

PLUS

Doxycyclin 100 mg PO sau IV la 12 ore (de evitat cale parenterală datorită durerilor asociate)

Administrarea parenterală poate fi întreruptă după 24 de ore de ameliorare a simptomatologiei dar terapia orală cu Doxycyclin 100 mg de două ori pe zi trebuie continuată cel puțin 14 zile .

În cazul abceselor tuboovariene Doxycyclinul va fi asociat cu antibiotice eficiente pe anaerobi:

Clindamycin, Metronidazol. Cefalosporinele de generația II sau III

(ceftizoxime, cefotaxime și ceftriaxone) nu sunt la fel de active ca și cefotetanul or cefoxitinul pe anaerobi.

##### **Regimul B**

Clindamycin 900 mg IV la 8 ore

PLUS

Gentamicin IV or IM (2 mg/kgcorp) doză de încărcare urmată de doză de întreținere de 1.5 mg/kgcorp la 8 ore.

Durata tratamentului parenteral este limitată la 24 de ore după dispariția simptomatologiei, în continuare administrându-se per os Doxycycline 100 mg de două ori pe zi sau Clindamycin 450 mg PO de patru ori pe zi până la 14 zile de tratament.

În cazul abceselor tuboovariene este de preferat să se continue cu Clindamycin datorită eficienței pe anaerobi.

##### **Regimuri alternative**

a. Ampicillin/Sulbactam 3 g IV la 6 ore

PLUS

Doxycyclin 100 mg PO sau IV la 12 ore

Această asociere este eficientă pe *C. trachomatis*, *N. Gonorrhoeae* și anaerobi putând fi administrată și în abcesele tuboovariene.

b. Azitromicin ca monoterapie (500 mg IV 1 sau 2 doze urmată de 250 mg

PO pentru 5–6 zile) pentru 7 zile sau combinată cu Metronidazol 1 g timp de 12 zile.

##### **Tratament oral**

Unii autori au demonstrat că formele ușoare sau moderate pot fi tratate în ambulator cu rezultate similare tratamentului parenteral.

În cazul în care după 72 de ore de tratament oral simptomatologia nu se ameliorează este necesară reevaluarea și adoptarea căii parenterale de tratament.

### **Regimuri recomandate**

A. Ceftriaxone 250 mg IM doză unică

PLUS

Doxycycline 100 mg de două ori pe zi 14 zile

Cu sau fără

Metronidazole 500 mg oral de două ori pe zi 14 zile

B. Cefoxitin 2 g IM doză unică și Probenecid 1 g oral, administrare într-o doză unică

PLUS

Doxycycline 100 mg de două ori pe zi 14 zile

Cu sau fără

Metronidazole 500 mg de două ori pe zi 14 zile

C. Ceftizoxime sau Cefotaxime (cefalosporine de generația III)

PLUS

Doxycycline 100 mg de două ori pe zi 14 zile

Cu sau fără

Metronidazole 500 mg de două ori pe zi 14 zile

### **Monitorizarea tratamentului**

- urmărirea evoluției clinice a pacienților
- ameliorarea sau dispariția simptomatologiei în primele trei zile de la instituirea tratamentului.
- evoluția favorabilă presupune scăderea febrei, diminuarea durerilor abdominale, dispariția sensibilității la palparea colului, uterului sau anexelor în cazul tușeului vaginal.
- în absența semnelor de ameliorare pacientele vor fi reevaluate, se impune spitalizarea și eventual laparoscopia diagnostică.

La 3-6 luni de la tratament este recomandată reevaluarea pacienților care au fost diagnosticate cu chlamydia sau gonoreea.

### **Tratamentul chirurgical:**

- laparoscopia se practică în scop diagnostic, pentru inventarierea lezională și eventual efectuarea de culturi.
- laparotomia indicată în
  - salpingitele acute asociate cu persistența durerilor pentru o perioadă mai îndelungată sau în piosalpinxuri.
  - în abcese tuboovariene
  - în cazul peritonitei acute difuze

## BIBLIOGRAFIE

1. Centers for Disease Control and Prevention. 2010 sexually transmitted diseases treatment guidelines. MMWR Morb Mortal Wkly Rep December 17, 2010 / Vol. 59 / No. RR-12. Prepared by Kimberly A. Workowski, MD<sup>1,2</sup> Stuart Berman, MD<sup>1</sup> Division of STD Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Emory University, Atlanta, Georgia
2. Crisan N *Tratat de chirurgie vol V Ginecologie sub redacția Gh. Peltecu* Ed. Academiei Bucuresti 2008 pg 33-48
3. Eschenbach DA, Stevens C, Critchlow C, et al. Epidemiology of acute PID. Paper presented at: International Society of STD Research 9th International Meeting; October 6–9, 1991; Banff, Alberta, Canada.
4. Jossens MOR, Schachter J, Sweet RL. Risk factors associated with pelvic inflammatory disease of differing microbial etiologies. *Obstet Gynecol* 1994;83:989–997.
5. Jossens MO, Eskenazi B, Schachter J, et al. Risk factors for pelvic inflammatory disease: a case-control study. *Sex Transm Dis* 1996;23:239–247.
6. Westrom L, Eschenbach DA. Pelvic inflammatory disease. In: Holmes KK, Sparling PF, Mardh P-A, et al, eds. *Sexually transmitted diseases*. New York: McGraw-Hill, 1999:783–809.
7. Wolner-Hanssen P, Svensson L, Mardh P-A, et al. Laparoscopic findings and contraceptive use in women with signs and symptoms suggestive of acute salpingitis. *Obstet Gynecol* 1985;66:233–239.
8. *Johns Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics* 2nd edition): Lippincott Williams & Wilkins Publishers May 2002;125-127