

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Οξεία Ενδομητρίτιδα: παρουσίαση περιστατικού

Χ. Καρδάση, Β. Μαρκάτου, Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Σ. Γκριτζέλη, Κ. Τζήμα, Ι. Μπουρνούδη

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οξεία ενδομητρίτιδα ανήκει στο φάσμα των φλεγμονωδών παθήσεων του ανωτέρου γεννητικού συστήματος, που χαρακτηρίζονται ως φλεγμονώδης νόσος της πυέλου και πρόκειται ουσιαστικά για μια ανιούσα φλεγμονή που εντοπίζεται στην ενδομήτριο κοιλότητα. Αποτελεί αίτιο οξείας κοιλίας και απαιτεί έγκαιρη κλινική διάγνωση και αντιμετώπιση. Η παρούσα εργασία αποτελεί παρουσίαση ενός περιστατικού με οξεία ενδομητρίτιδα που νοσηλεύτηκε στην Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Λέξεις ευρετηρίου: οξεία ενδομητρίτιδα, οξεία κοιλία, φλεγμονώδης νόσος της πυέλου

Χ. Καρδάση, Β. Μαρκάτου, Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Σ. Γκριτζέλη, Κ. Τζήμα, Ι. Μπουρνούδη. Οξεία Ενδομητρίτιδα: παρουσίαση περιστατικού. Επιστημονικά Χρονικά 2023; 28(3): 438-442

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

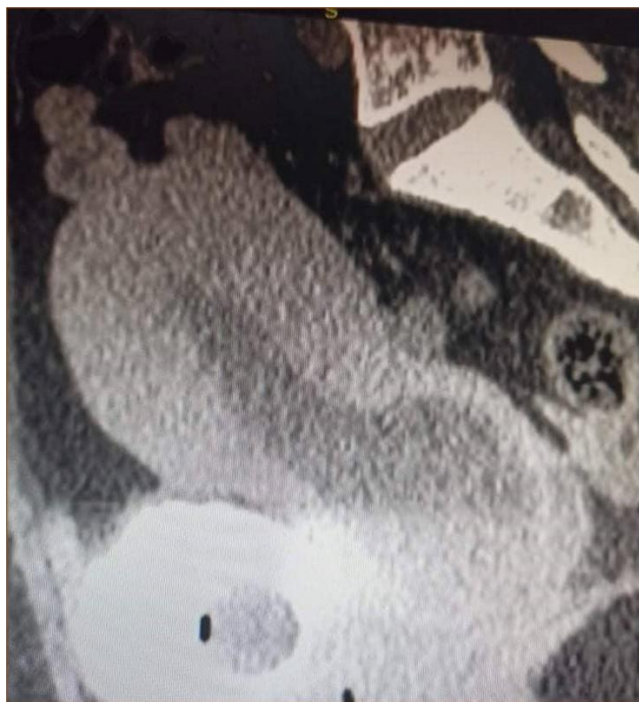
Η ενδομητρίτιδα είναι μια λοιμώδης και φλεγμονώδης διαταραχή του ενδομητρίου και μπορεί να σχετίζεται ή όχι με την κύηση. Η επιλόχειος ενδομητρίτιδα είναι η πιο κοινή μεταγεννητική λοίμωξη, ιδιαίτερα μετά από καισαρική τομή [1]. Όσον αφορά στην μη σχετιζόμενη με την κύηση ενδομητρίτιδα, αυτή συνήθως συγκαταλέγεται στην νοσολογική οντότητα της Φλεγμονώδους Νόσου της Πυέλου (Pelvic Inflammatory Disease-PID). Ιστοπαθολογικά η ενδομητρίτιδα υποδιαιρείται σε δύο κατηγορίες, την οξεία και την χρόνια. Παρακάτω παρουσιάζουμε ένα κλινικό περιστατικό ασθενούς με οξεία ενδομητρίτιδα, η οποία νοσηλεύτηκε στην Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 45 ετών, στην 3η ημέρα του εμμηνορρυσιακού της κύκλου, προσήλθε στο ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας αιτιώμενη οξύ κοιλιακό άλγος με συνοδό εμπύρετο έως 39°C. Από το ατομικό ιστορικό της δεν αναφέρει χρόνια νοσήματα, ούτε αλλεργίες. Από το γυναικολογικό-μαιευτικό της ιστορικό αναφέρει δύο τελειόμηνες κυήσεις που περατώθηκαν με καισαρική τομή και μια διακοπή κύησης προ διαιτίας μετά από την οποία παρουσίασε επαναλαμβανόμενες μητρορραγίες για τις οποίες λάμβανε αντισυλληπτικά χάπια ανά τακτά διαστήματα τα τελευταία δύο έτη.

Κατά την κλινική εξέταση στην προσέλευση της ασθενούς στο τμήμα επειγόντων περιστατικών βρέθηκαν τα ακόλουθα ζωτικά σημεία: Α.Π. 90/60mmHg,

Θ.Σ. 38,6, SpO₂ 91% και παλμοί 110/min, ενώ η κοιλιά της βρισκόταν σε σύσπαση, με έντονη διάχυτη ευαισθησία. Στα πλαίσια διερεύνησης ελήφθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας (CT κοιλίας), ως επί οξείας κοιλίας, η οποία ανέδειξε ελεύθερο υγρό στην κάτω κοιλία, εικόνα διπλής παρυφής του τραχήλου και διάταση αυτού, έντονη διάταση της ενδομήτριας κοιλότητας και πάχυνση του ενδομητρίου [Εικόνα 1]. Στις κατώτερες τομές του θώρακα παρατηρήθηκε εικόνα ελλείμματος πλήρωσης σε περιφερικούς κλάδους του ΔΕ κάτω λοβού. Η ασθενής παραπέμφθηκε για γυναικολογική εκτίμηση και διενέργεια αξονικής τομογραφίας με πρωτόκολλο πνευμονικής εμβολής (CTPA).



Εικόνα 1. Έντονη διάταση της ενδομήτριας κοιλότητας και διάταση ενδομητρίου, ευρήματα σε CT κοιλίας.

Κατά την γυναικολογική εξέταση επισκοπικά παρατηρήθηκε εκροή μεγάλης ποσότητας δύσοσμου περιεχομένου με στοιχεία τήξης. Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ήταν θετική. Κατά το διακολπικό υπερηχογράφημα παρατηρήθηκε ευμεγέθης μήτρα με πεπαχυσμένο ενδομήτριο μεγέθους 30mm και παρουσία υγρού στο δουγλάσσειο χώρο, χωρίς παθολογικά ευρήματα από τα εξαρτήματα. Η ασθενής εισήχθη στην γυναικολογική κλινική προς περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής με WBC: 13.900 CRP: 25,4 και αναιμία με HCT: 25,0 και Hgb: 7,7 καθώς και αύξηση του CA-125: 611,1.

Κατά την νοσηλεία της διενεργήθηκε διαγνωστική απόξεση σε επείγουσα βάση από την οποία απομονώθηκε μαλακό ιστοτεμάχιο μεγέθους 11x6x2 εκ. [Εικόνα 2] το οποίο απεστάλη για βιοψία με τα υπόλοιπα ξέσματα ενδομητρίου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις συμβατές με οξεία ενδομητρίτιδα.



Εικόνα 2. Ιστοτεμάχιο 11X6X2 cm που απομονώθηκε κατά την διαγνωστική απόξεση.

Από την CTPA που διενεργήθηκε επιβεβαιώθηκε το έλλειμμα πλήρωσης και τέθηκε η διάγνωση πνευμονικής εμβολής. Κατά την νοσηλεία της η ασθενής καλύφθηκε με τριπλό αντιβιοτικό σχήμα (κεφοξιτίνη, μετρονιδαζόλη, δοξυκυκλίνη) και έλαβε ενδοξαρίνη και ασενοκουμαρόλη έπειτα από παθολογική εκτίμηση για την αντιμετώπιση της πνευμονικής εμβολής. Κατά την διάρκεια της νοσηλείας της παρουσίασε βελτίωση της κλινικοεργαστηριακής της εικόνας με πτώση του εμπυρέτου και των δεικτών φλεγμονής.

ΣΧΟΛΙΟ

Όπως έχει προαναφερθεί, η μη σχετιζόμενη με την κύηση ενδομητρίτιδα συνήθως συγκαταλέγεται στην νοσολογική οντότητα της Φλεγμονώδους Νόσου της Πύελου (Pelvic Inflammatory Disease - PID). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα guidelines του CDC για την θεραπεία των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων του 2015, ως PID ορίζεται οποιοσδήποτε συνδυασμός ενδομητρίτιδας, σαλπγγίτιδας, σαλπγγο-ωθηθικού αποστήματος και πυελικής περιτονίτιδας [2].

Η οξεία ενδομητρίτιδα, η οποία ανευρέθηκε και στην ιστοπαθολογική εξέταση του ενδομητρίου της ασθενούς μας, γενικά χαρακτηρίζεται από σχηματισμό μικροαποστήματος και ουδετεροφιλική διήθηση στο επιπολής επιθήλιο του ενδομητρίου, στον αυλό των αδένων και στην κοιλότητα της μήτρας [3].

Η οξεία ενδομητρίτιδα συνήθως προκαλείται από ανιούσα λοίμωξη από το

κατώτερο γεννητικό σύστημα. Οι μικροοργανισμοί που συνήθως ενοχοποιούνται είναι οι εξής: *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma* spp. [4],[5]. Επιπλέον, λοίμωξη από στρεπτόκοκκο ομάδας Α είναι ένα σπάνιο αίτιο ενδομητρίτιδας μετά τον τοκετό, της οποίας η έγκαιρη διάγνωση είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο τοξικού σοκ και πολυοργανική ανεπάρκεια [4]. Τέλος, διάφορα είδη *Actinomyces* σπάνια μπορούν να προκαλέσουν οξεία και χρόνια ενδομητρίτιδα σε ασθενείς που κάνουν χρήση ενδομητρίων σπειραμάτων (IUD), ενώ απλή ανίχνευση του μικροοργανισμού σε τεστ rap απουσία συμπτωμάτων (περίπου στο 7% των γυναικών με IUD) είναι εύρημα χαμηλής ευαισθησίας, ειδικότητας και θετικής προγνωστικής αξίας και δεν χρήζει αντιμικροβιακής θεραπείας ή αφαίρεσης της IUD [7].

Η κλινική εικόνα της οξείας ενδομητρίτιδας περιλαμβάνει πυρετό, κοιλιακό άλγος-συνήθως υπερηβικά, δύσοσμες και πυώδεις κολπικές εκκρίσεις [1], [5]. Λευκοκυττάρωση της τάξεως των 15.000-30.000 κυττάρων/mL είναι κοινό εύρημα, ενώ η καλλιέργεια τραχηλικού που έχει ληφθεί πριν την εισαγωγή αντιβιοτικών μπορεί να βοηθήσει στην κατάλληλη επιλογή αυτών. Μη ειδικά υπερηχογραφικά ευρήματα, όπως πεπαχυσμένο, ετερογενές ενδομήτριο, παρουσία ενδοκοιλιακού υγρού και εστιών αέρα, μπορεί να συμβάλλουν στην διάγνωση. Η υπολογιστική τομογραφία μπορεί να αναδείξει ανάλογα ευρήματα και επιπλέον πιθανή φλεγμονή στο περιμήτριο ή και το ενδομήτριο. Η μικροσκοπική εξέταση αποτελεί gold standard για την διάγνωση της ενδομητρίτιδας.

Για την θεραπεία της ήπιας νόσου χρησιμοποιούνται από του στόματος αντιβιοτικά (doxycycline/metronidazole, levofloxacin/metronidazole ή amoxicillin/clavulanate), ενώ σε πιο σοβαρή νόσο απαιτείται ενδοφλέβια χορήγηση (gentamicin ή clindamycin) [5]. Η κλινική βελτίωση ως απόκριση στα αντιβιοτικά αναμένεται σε 48 έως 72 ώρες. Εάν δεν υπάρξει

κλινική βελτίωση εντός 24 ωρών, θα πρέπει να εξεταστεί το ενδεχόμενο προσθήκης αμπικιλίνης για ενισχυμένη κάλυψη του Enterococcus. Σε ενδεχόμενο μη βελτίωσης εντός 72 ωρών, η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να συμπεριλάβει άλλες λοιμώξεις όπως πνευμονία, πυελονεφρίτιδα, σηπτική θρομβοφλεβίτιδα της πυέλου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Taylor M, Jenkins SM, Pillarisetty LS. Endometritis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; February 3, 2023.
2. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 [published correction appears in MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28;64(33):924]. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.
3. Kitaya K, Takeuchi T, Mizuta S, Matsubayashi H, Ishikawa T. Endometritis: new time, new concepts. Fertil Steril. 2018; 110(3): 344-350.
4. Wiringa AE, Ness RB, Darville T, Beigi RH, Haggerty CL. Trichomonas vaginalis, endometritis and sequelae among women with clinically suspected pelvic inflammatory disease. Sex Transm Infect. 2020 Sep;96(6):436-438.
5. Skala SL. Endometritis. PathologyOutlines.com website. <https://www.pathologyoutlines.com/topic/uterusendometritis.html>. Accessed May 16th, 2022.
6. Riad M, Thottacherry E, Crawley C, Phillip-Abraham N, Ibrahim F. Invasive Group A streptococcal postpartum endometritis associated with multi-organ infarctions: an uncommon case presentation and literature review. Postgrad Med. 2020 Aug;132(6):526-531.
7. Chiesa-Vottero AG. Actinomycotic Endometritis. Int J Gynecol Pathol. 2019 Mar;38(2):138-142.
8. Haggerty CL, Ness RB, Amortegui A, Hendrix SL, Hillier SL, Holley RL, Peipert J, Randall H, Sondheimer SJ, Soper DE, Sweet RL, Trucco G. Endometritis does not predict reproductive morbidity after pelvic inflammatory disease. Am J Obstet Gynecol. 2003 Jan;188(1):141-8.

CASE REPORT

Acute Endometritis: a case report

Ch. Kardasi, B. Markatou, D. Mitsakou, S. Kouvelas, S. Gkritzeli, K. Tzima, I. Bournoudi

Obstetrics and Gynecology Department, General Hospital of Larisa, Greece

ABSTRACT

Acute endometritis belongs to the spectrum of inflammatory diseases of the upper genital system, characterized as pelvic inflammatory disease (PID) and is an ascending inflammation located in the endometrial cavity. It is a cause of acute abdominal pain and requires early clinical diagnosis and treatment. The present study is a presentation of a case with acute endometritis who was hospitalized at the Obstetrics and Gynecology Department of Larissa General Hospital.

Keywords: acute endometritis, acute abdominal pain, pelvic inflammatory disease, PID

Ch. Kardasi, B. Markatou, D. Mitsakou, S. Kouvelas, S. Gkritzeli, K. Tzima, I. Bournoudi. Acute Endometritis: a case report. *Scientific Chronicles* 2023; 28(3): 438-442
