

ATİPİK KLİNİK PREZANTASYONLU PELVİK İNFLAMATUAR HASTALIK OLGUSU*

A case of pelvic inflammatory disease with atypic clinical

Nursel Türkmen^{1,2}, Bülent Eren¹, Recep Fedakar^{1,2}, Okan Akan², Esra Saka²

Türkmen N, Erel B, Fedakar R, Akan O, Saka E. Atipik Klinik prezantasyonlu pelvik inflamatuvar hastalık olgusu Adli Tıp Bülteni, 2003; 8 (1): 22-24.

ÖZET

Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) olgularının klinik açıdan geç tanınması mortalite ve morbidite açısından önemli sorunlar yaratması nedeni ile medikolegal açıdan incelenmesini de gerekli kılmaktadır. Olgumuzu PID olgularında sessiz klinik ile gidişin komplikasyonları üzerinde durarak literatür ile birlikte tartışmayı amaçlamaktayız. Olgumuz 38 yaşında hastaneye uzun süredir devam eden nonspesifik kalça ve bel ağrıları için başvuran ve antienflamatuvar tedavi görüp en son yapılan ağrı kesici ve antienflamatuvar enjeksiyondan sonra ani bir şekilde ölen bir kadındır. Dış muayenesinde sağ ingunal dış yan ve sağ uyluk üst iç bölümünde sarı yeşil renkte ekimoz alanları dışında belirgin herhangi bir bulgu saptanmadı. Otopside akciğerlerde konjesyon, batında perihepatik ve perisplenik alanda gri yeşil renkte membranlar, karaciğer ve dalak kapsüllerinde fibröz kalınlaşmalar, sağ over ve tubanın pelvis duvarına yapışık, Douglas boşluğunda kolleksiyon olduğu izlendi. Mikroskopik incelemede kalpte konjesyon, akciğerlerde hiperemi, karaciğerde bağ dokusu artışı, parankim hücrelerinde yer yer nekroz, köpürleşme nekrozları, tuba uterina duvarında ve omentumda yer yer folikül oluşturan iltihabi hücre infiltrasyonu bulguları görüldü. Laboratuvar incelemelerinde ise herhangi bir özellik saptanmadı. Ölümün pelvik inflamatuvar hastalığa bağlı gelişen hepatit, abse formasyonu ve peritonit sonucu meydana geldiği rapor edildi.

Anahtar kelimeler: Pelvik inflamatuvar hastalık, ölüm, otopsi.

SUMMARY

Pelvic inflammatory disease (PID) should be investigated on the aspect of clinically and medicolegally, since in clinical practice delayed diagnosis of these cases expose serious morbidity and mortality problems. In this study we aimed to underline complications and silent clinical course of PID case with literature review. Our case was 38 years old woman died in hospital where was treated for her nonspecific chronic hypocondriac and lumbar pain with antinflamatuvar agents. Family history showed that victim had multiple sexual partners. On external examination there was yellow green colored bruise on right outer lateral and left inner aspects of inguinal region. On macroscopic examination lung congestion grayish green membranes in perisplenic and perihepatic areas, fibrous thickening of hepatic and splenic capsules, tuboovarian abscess formation, yellowish fluid collection in Douglas pouch and tuba. On microscopic evaluation cardiac congestion, lung hyperemia, liver fibrosis, paranchymal cell, bridging necroses, lymphocytic infiltration with follicle formation on tuba uterina wall and omentum. In toxicologic study no substance was detected. Finally death was declared as hepatitis, pelvic abscess formation and peritonitis due to pelvic inflammatory disease.

Key words: Pelvic inflammatory disease, death, autopsy.

* 29 Eylül – 3 Ekim 2004 tarihleri arasında Antalya’da yapılan 11. Ulusal Adli Tıp Günleri’nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1 Uludağ Üniversitesi Tıp Fak Adli Tıp AD

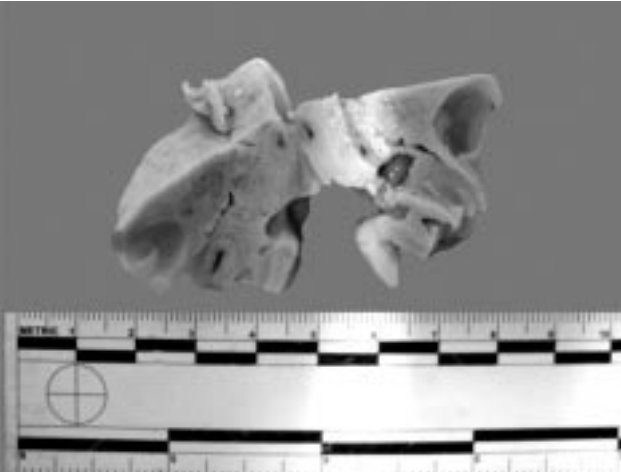
2 Adli Tıp Kurumu Bursa Grup Başkanlığı

GİRİŞ

Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) olguları farklı bulgularla prezante olabilmektedir. İncelemeler sırasında olguların geç tanınması mortalite ve morbidite açısından önemli sorunlar yaratmaktadır (1-3). Literatürde PID ile karışacak olgular arasında tubal karsinomlar ve akut batına yol açacak diğer patolojiler bildirilmektedir (4). Klinik bir antite olarak belirli radyolojik ve laboratuvar parametrelerinin bulunmaması, pelvik inflamatuvar hastalıklar üzerinde daha fazla durulmasını pratikte çok sayıda hastalıkla karışabilmesi, patogenezinin çözülmesiyle infertilite gibi ciddi sonuçlarının daha iyi anlaşılması ve tıbbi hatalar açısından medikolegal olarak incelenmesini gerekli kılmaktadır (5-7). Bu çalışmada PID olgularında sessiz klinik gidişin komplikasyonları üzerinde durarak literatür ile birlikte tartışmayı amaçlamaktayız.

OLGU SUNUMU

Olgu 38 yaşında hastanede uzun süredir devam eden nonspesifik kalça ve bel ağrıları için antienflamatuvar tedavi gören ve ölen bir kadındır. Aile anamnezi ile olgunun düzensiz seks yaşantısına sahip olduğu öğrenilmiştir. Dış muayenesinde sağ ingunal dış yan ve sağ uyluk



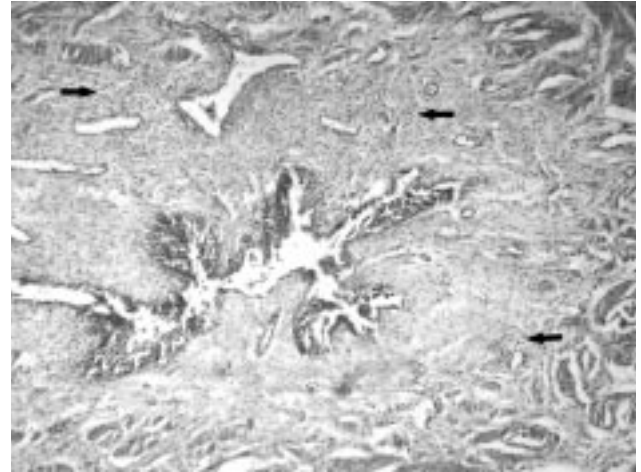
Şekil 1: Peritubal yapışıklıklar ve tubaovarian abse

üst iç bölümünde sarı yeşil renkte ekimoz alanları dışında belirgin herhangi bir bulgu saptanmadı. Otopside makroskopik olarak akciğerlerde konjesyon, batında perihepatik ve perisplenik alanda gri yeşil renkte membranlar, karaciğer ve dalak kapsüllerinde fibröz kalınlaşmalar, sağ over ve tubanın pelvis duvarına yapışık, tubaovarian abse oluşumu (Şekil 1), tuba içinde ve Douglas

boşluğunda sarı yeşil renkte kolleksiyon izlendi. Mikroskopik incelemede kalpte konjesyon, akciğerlerde hipermi, karaciğerde bağ dokusu artışı, parankim hücrelerinde yer yer nekroz, köprüleşme nekrozları, tuba uterina duvarında (Şekil 2) ve omentumda yer yer follikül oluşturan lenfositik iltihabi hücre infiltrasyonu (Şekil 3) bulguları görüldü. Toksikolojik incelemelerinde ise herhangi bir özellik saptanmadı. Ölümünün pelvik abseye bağlı abse formasyonu, hepatit ve peritonit sonrasında meydana geldiği rapor edildi.

TARTIŞMA

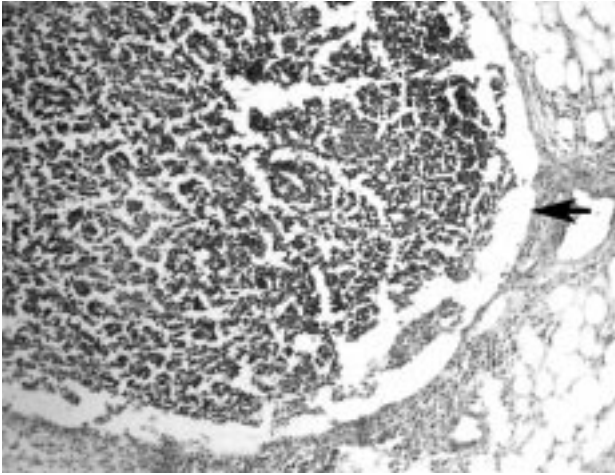
PID olgularında farklı etyolojik ve epidemiyolojik faktörler arasında olgumuza benzer şekilde düşük sosyokültürel seviye, cinsel partner sayısı ve cinsel ilişki sıklığının yüksek olması önemli risk faktörleri olarak kabul edilmekte, oral kontraseptif kullanımının koruyucu etkisinden bahsedilmektedir (5,6,8,9). Pelvik inflamatuvar hastalık uzun yıllardan beri tartışılan bir antite olmasına karşın son yayınlarda sendrom olarak değerlendirilme anlayışı yerleşmektedir ve bileşenleri arasında alt abdominal bölgede ağrı, bilateral adneksiyal hassasiyet, serviks muayenesinde hassasiyet, ek bir hastalığın olmaması mini-



Şekil 2: HEx10 - Tuba duvarında lenfositik infiltrasyon

mum bulgular arasında sayılmaktadır (1,2,5,6). Olgumuzda olduğu gibi uzun süreli kalça ve uyluk ağrısı gibi beklenenlerin dışında şikayetlerinin bulunması ve bunlara yönelik tedavilerin uygulanması bazı olguların atipik PID şeklinde yorumlanmasına neden olmaktadır (10). Yapılan çalışmalarda olguların yarısından fazlasında etkenin Chlamydia trachomatis olduğu servisit, endomet-

rit ve tubal inflamasyon immunopatogenezinde chlamidyal toksinlerin rol aldığı (7), etkenler arasında Neisseria gonorrhoeae'nin Chlamydia trachomatis'e sıklıkla eşlik ettiği saptanmış olup (1,2,8), olgumuzda histopatolojik incelemede tuba uterina duvarında ve omentumda folikül oluşumu ile giden Chlamydia trachomatis için karakteristik lenfoplazmositer infiltrasyon bulguları saptanmıştır. Literatürde sürecin sıklıkla sessiz devam ettiği (5,8,9,11), olguların nadiren akut salpenjit bulguları ile prezante olduğu bildirilmiş (6,12), zamanında tedavi görmeyen vakalarda ağır tubal hasar sonrasında infertilite geliştiği rapor edilmiştir (1-3,5,7). Hastalığın yayılımı sonrasında vakaların %20'si kadarında ektopik gebeliklerin ve olgumuzda da görülen tuboovaryan abselerin ilerlemesiyle ağır peritonit sonrasında sepsise kadar ilerleyen komplikasyonların gelişebileceği bildirilmiştir (13). Klinik özellikleri ile tanısı konan bir antite olan PID'in incelenmesinde pelvik Doppler ultrasonun duyarlı ve özgül bir yöntem olarak ortaya çıkarıcı (14), laparoskopik incelemelerin özellikle genç olgularda standart yöntem olarak öne çıkarıcı araştırmalar vardır (8,12). Bunun yanında olguların çözülmesinde serolojik incelemelerinin de önemli oldukları bildirilmektedir (3,8,9,11).



Şekil 3: HEx40 – Omentumda follikül oluşumu ile giden iltihabi reaksiyon

Sonuç: PID olgularının uzun süreleri ve değişik klinik bulgulara sahip olmaları nedeniyle ve özellikle bunların arasında ekstraabdominal şikayetleri bulunan atipik prezantasyonlu PID olgularının klinik incelemeler sırasında tanınması kolay olmamaktadır, ancak özellikle epidemiyolojik olarak yüksek risk faktörlerine sahip olgularda tanının düşünülmesi ve olguların incelemesinin derinleş-

tirilmesi gerekmektedir. İnfertilite ve sepsis gibi önemli komplikasyonları bulunan pelvik inflamatuvar hastalık vakalarını akut dönem tedavileri sağlanarak tıbbi açıdan erken müdahaleleri yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rosenberg MJ. Fallout from the STD epidemic: salpingitis, ectopic pregnancy, and infertility. Am J Gynecol Health. 1989; 3(3-5):19-22.
2. Quentin R, Lansac J. Pelvic inflammatory disease: medical treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000; 92(2):189-92.
3. Latif AS. Syndromic management of sexually transmitted diseases. Part 4—The management of lower abdominal pain in women. Cent Afr J Med. 1998; 44(11):293-6.
4. Romagosa C, Torne A, Iglesias X, Cardesa A, Ordi J. Carcinoma of the fallopian tube presenting as acute pelvic inflammatory disease. Gynecol Oncol. 2003; 89(1):181-4.
5. Paavonen J. Pelvic inflammatory disease. From diagnosis to prevention. Dermatol Clin. 1998; 16(4):747-56.
6. Eschenbach DA, Wolner-Hanssen P, Hawes SE, Pavletic A, Paavonen J, Holmes KK. Acute pelvic inflammatory disease: associations of clinical and laboratory findings with laparoscopic findings. Obstet Gynecol. 1997; 89(2):184-92.
7. Paavonen J. Immunopathogenesis of pelvic inflammatory disease and infertility — what do we know and what shall we do? J Br Fer Soc. 1996; 1:42-5.
8. Eschenbach DA. Pelvic inflammatory disease. IPPF Med Bull. 1985; 19:1-3.
9. Keith L, Berger GS. The etiology of pelvic inflammatory disease. Res Front Fertil Regul. 1984; 3:1-16.
10. Brabin L. Pelvic inflammatory disease. Afr Health. 1993; 15:15-7.
11. Chacko MR, Wiemann CM, Smith PB. Chlamydia and gonorrhea screening in asymptomatic young women. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2004; 17:169-78.
12. Magnin G. Acute salpingitis. Rev Prat. 2002; 52:1763-7.
13. Dulin JD, Akers MC. Pelvic inflammatory disease and sepsis. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003; 15:63-70.
14. Ross JD. Pelvic inflammatory disease: how should it be managed? Curr Opin Infect Dis. 2003; 16(1):37-41.

İletişim Adresi:

Uzm. Dr. Nursel Türkmen
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Adli Tıp Anabilim Dalı
Görükle 16059 BURSA
Tel: 0 224 442 84 00 / 1632
E-posta: nursel_turkmen@hotmail.com