

بیماری التهابی لگن (PID)^۱

۱- عواملی که بروز بیماری التهابی لگن را افزایش می‌دهند شامل: نوجوانی، ارتباطات جنسی متعدد، سابقه بیماری التهابی لگن، وجود IUD^۲ که شیوع بیماری التهابی لگن در ۲ ماه اول جایگذاری آن افزایش می‌یابد. استفاده از وسایل ضد بارداری مکانیکی و OCP^۳ شیوع بیماری التهابی لگن را کاهش می‌دهد.

PID تا درجات زیادی محدود به زنان فعال از نظر جنسی است. عوامل متعددی بیماران را در گروه «در خطر» قرار می‌دهند: سن زیر ۲۰ سال، شرکای جنسی متعدد، عدم وجود سابقه زایمان و بیماریهای التهابی لگن. این بیماری به دو گروه حاد و مزمن تقسیم می‌شود. شایع‌ترین ارگان‌سِم‌ها، نایسریا گونوره آ و کلامیدیا هستند ولی ارگان‌سِم‌های متعدد دیگری نیز دخیلند. تشخیص آن بر مبنای یافته‌های بالینی است. یافته‌های معمول شامل تب، درد شکمی تحتانی همراه با حساسیت لگنی و ترشح چرکی واژینال است. با این وجود تعدادی از بیماران به ویژه در موارد کلامیدیا می‌توانند دارای حداقلی علامت یا حتی بی علامت باشند. نبود شکایات رد کننده عفونت لگنی و صدمه لوله ای نیست. بیمارانی که در شرایط حاد مراجعه می‌کنند باید به طور کامل جهت رد احتمال آپاندیسیت حاد، حاملگی نابجا، انسداد یا پرفوراسیون گوارشی و سنگهای ادراری بررسی شوند. (شوارتز)

1 Pelvic Inflammatory Disease

2 Intra Uterine Device

3 Oral Contraceptive Pills

۲- تشخیص بالینی بیماری التهابی لگن معمولاً دقیق نیست. بررسیهای لاپاروسکوپیک انجام شده نشان می‌دهد که یک سوم بیمارانی که بخاطر بیماری التهابی لگن بستری شده‌اند واقعاً این بیماری را نداشتند. درد (۹۹٪) و حساسیت لگنی (۹۵٪) شایع هستند. فقط یک سوم خانمها دمای بدنی بالاتر از ۳۸ درجه دارند. یک توده لگنی یا تورم در ۴۸٪ افراد وجود دارد. ترشح واژینال در ۸۰٪ موارد وجود دارد. بسیاری از خانمهای دچار بیماری التهابی لگن علائم و نشانه‌های اندکی عفونت دستگاه تناسلی فوقانی دارند. پزشکان باید شک بالینی زیادی به این بیماری داشته باشند تا بیماری را تشخیص دهند، بویژه در خانمهایی که احتمال بیماری التهابی لگن در آنها بالا است. به هر حال باید در صورت شک به بیماری درمان شروع شود، چون در صورت عدم درمان، انسداد لوله‌ای به دنبال اولین دوره بیماری التهابی لگن در حدود ۱۱٪ موارد ایجاد می‌شود.

۳- بیماری التهابی لگن در ایالات متحده امریکا یک مساله اصلی سلامتی است و بیش از یک میلیون مورد جدید سالانه گزارش می‌شود و هزینه آن بیش از ۴ میلیارد دلار می‌باشد.

۴- آزمایشات گاهی در تشخیص بیماری التهابی لگن کمک می‌کنند. کمتر از ۵۰٪ بیماران WBC بیشتر از ۱۰۰۰۰ دارند. به ترتیب ۳۰٪ و ۲۵٪ از بیماران کشت‌های قبلی مثبت برای کلامیدیا تراکوماتیس و نایسریاگنوره‌آ دارند. از آنجایی که بیماری التهابی لگن یک عفونت چند میکروبی شامل هوازیها و بی هوازیهای درونزاد و میکروبیهای منتقله از راه جنسی می‌باشد، انجام آزمایشات اندوسرویکال برای بیماری‌های منتقله از راه جنسی^۱ ارزش محدودی در انتخاب آنتی بیوتیک لازم دارد. به هر حال آزمایشات تشخیص STD باید انجام شود، چون بیماری التهابی لگن یک مشکل سلامتی عمومی است و باید در صورت وجود STD گزارش شود. بعلاوه اینکه باید شریک جنسی نیز درمان شود. ترشحات واژن باید جهت اندازه گیری pH و دیدن زیر میکروسکوپ جهت تشخیص واژینوز باکتریال و تریکوموناس واژینالیس نمونه برداری شود. وضعیت سرولوژی سیفلیس باید مشخص شود. انجام آزمایشات تشخیصی HIV و HBV بصورت معمول انجام می‌شود. خانمهایی که بیماری التهابی لگن دارند باید جهت حفظ بهداشت روابط جنسی مشاوره شوند.

۵- اگر نتایج معاینه فیزیکی لگن روشن کننده نباشد سونوگرافی جهت تشخیص وجود یا عدم وجود آبسه لگنی مفید است.

۶- تصمیم مهم درمانی، مربوط به درمان سرپایی یا بستری است. اگر درمان سرپایی انجام شود باید بیمار بعد از ۴۸ تا ۷۲ ساعت دوباره ویزیت شود. اگر پاسخ به درمان مناسب نباشد بیمار باید بستری شود و آنتی بیوتیک وریدی دریافت کند. در کل بیماران مبتلا به HIV بصورت مشابه با بیماران دیگر درمان می‌شوند، ولی احتمال آبسه لوله‌ای - تخمدانی در آنها بالاتر است.

۷- تمام شرکای جنسی خانمهای مبتلا به بیماری التهابی لگن باید به صورت تجربی و بدون توجه به پاسخ آزمایشات بیمار برای کلامیدیا و گنوره‌آ درمان شوند.

۸- شرایط انجام درمان بستری شامل: ۱- توده یا آبسه احتمالی یا مشخص شده در ناحیه لوله‌ای - تخمدانی ۲- تشخیص نامعلوم ۳- تب بالا ۴- علائم گوارشی شدید ۵- ضعف ایمنی و ۶- حاملگی می‌باشد.

۹- از آنجایی که هپاتیت B جزء بیماری‌های منتقله جنسی می‌باشد، باید در انجام واکسیناسیون دقت کافی شود.

۱۰- دو رژیم درمانی پیشنهادی از طرف CDC برای درمان سرپایی بیماری التهابی لگن وجود دارد: ۱- یک دوز سفالوسپورین با تزریق عضلانی (سفتریاکسون 250 mg یا سفوکستین 2 gr عضلانی + پروبنسید 1 gr خوراکی یا سفالوسپورین‌های نسل سوم دیگر) همراه با دوره ۱۴ روزه داکسی‌سیکلین 100 mg خوراکی دو بار در روز. بسیاری از متخصصین به خاطر بی‌هوازی‌ها از مترونیدازول 500 mg خوراکی ۲ بار در روز نیز استفاده می‌کنند. ۲- افلوکساسین 400 mg خوراکی یا اوفلوکساسین 500 mg خوراکی یک بار در روز برای ۱۴ روز. بسیاری از متخصصین مترونیدازول 500 mg خوراکی دو بار در روز را برای ۱۴ روز اضافه می‌کنند.

۱۱- پیشنهاد CDC برای درمان وریدی بیماری التهابی لگن آنتی‌بیوتیک‌های وسیع الطیف است. رژیم درمانی A شامل سفالوسپورین نسل دوم (سفوتتان 2 gr داخل وریدی هر ۱۲ ساعت یا سفوکستین 2 gr داخل وریدی هر ۶ ساعت) + داکسی‌سیکلین 100 mg خوراکی یا داخل وریدی هر ۱۲ ساعت می‌باشد. رژیم درمانی B شامل کلیندامایسین 900 mg داخل وریدی هر ۸ ساعت + جنتامایسین $2 \frac{mg}{kg}$ داخل وریدی یا عضلانی دوز اولیه و ادامه به صورت 1.5 mg/kg هر ۸ ساعت می‌باشد.

ممکن است بجای آن تک دوز روزانه جنتامایسین استفاده شود. بسیاری از متخصصین در صورت وجود آبسه توپووارین رژیم B را بخاطر پوشش خوب بی‌هوازی ترجیح می‌دهند. رژیم درمانی وریدی جایگزین که البته به اندازه رژیم A یا B آزمایش نشده است، شامل افلوکساسین 400 mg داخل وریدی هر ۱۲ ساعت یا اوفلوکساسین 500 mg داخل وریدی یک بار در روز (با یا بدون مترونیدازول 500 mg داخل وریدی هر ۸ ساعت) می‌باشد و آمپی‌سیلین/ سولباکتام 3gr داخل وریدی هر ۶ ساعت با داکسی‌سیکلین 100 mg خوراکی یا داخل وریدی هر ۱۲ ساعت نیز رژیم جایگزین می‌باشد. درمان وریدی در بسیاری از موارد بعد از ۲۴ ساعت از بهبود وضعیت بالینی تبدیل به درمان خوراکی می‌شود. خانم‌هایی که آبسه لوله‌ای - تخمدانی دارند معمولاً نیاز به درمان‌های وریدی طولانی‌تر دارند. وقتی درمان وریدی قطع می‌شود، درمان خوراکی با داکسی‌سیکلین 100 mg خوراکی ۲ بار در روز یا کلیندامایسین 450 mg خوراکی ۴ بار در روز (به ویژه برای آبسه لوله‌ای - تخمدانی) تا ۱۴ روز ادامه می‌یابد.

۱۲- لاپاراسکوپی وقتی در تشخیص بیماری التهابی لگن شک وجود دارد یا وقتی که بیمار به درمان دارویی پاسخ نمی‌دهد انجام می‌شود.

۱۳- عوارض بیماری التهابی لگن شامل : حاملگی نابجا با شیوع ۱۰-۶ برابر طبیعی درد مزمن لگنی (۲۰٪)، ابتلای مکرر (۲۵٪) و نازایی است که شیوع آن متناسب با تعداد دوره‌های بیماری حاد تغییر می‌کند : ۱ دوره : ۱۱٪، دو دوره: ۲۳٪، سه دوره: ۵۴٪.

۱۴- حدوداً ۱۰٪ از افراد مبتلا به PID آبسه لوله‌ای تخمدانی ثابت شده دارند. با آنتی بیوتیک مناسب بیشتر آبسه‌ها پسرفت می‌کنند و نیازی به تخلیه جراحی ندارند. بیمارانی که به درمان آنتی بیوتیک جواب نمی‌دهند ممکن است کاندید تخلیه آبسه از طریق لاپاراسکوپی باشند. می‌توان یک کاتتر پوستی از طریق سونوگرافی یا CT اسکن کار گذاشت و اگر نیاز به جراحی باشد باید محافظه کارانه انجام شود تا تعادل هورمونی بیمار و احتمال بارور شدن وی حفظ شود.

