

Promienica miednicy mniejszej związana z długoletnim stosowaniem wkładki wewnątrzmacicznej. Opis przypadku

Pelvic actinomycosis as the result of a long standing use of an intrauterine device. Case report

Grabiec Marek, Gręźlikowska Urszula, Walentowicz Małgorzata, Chmielewska Wiesława

Katedra i Klinika Ginekologii Onkologicznej i Pielęgniarstwa Ginekologicznego
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszcy

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie przypadku 49-letniej kobiety z wkładką wewnątrzmaciczną założoną 20 lat temu, u której przewlekła promienica miednicy mniejszej doprowadziła do mnogich ropni międzypętlowych i w konsekwencji do zgonu pacjentki.

Kolonizacja Actinomyces israeli u kobiet stosujących IUD wynosi nawet 20%, jednak kliniczne zakażenie występuje bardzo rzadko.

Przestrzeganie zalecanych terminów stosowania IUD, kontrolne wymazy cytologiczne, bakteriologiczne oraz wczesne wdrożenie antybiotykoterapii mogą stanowić właściwą ochronę przed następstwem infekcji drobnoustrojem promienicy.

Słowa kluczowe: **promienica / wkładka wewnątrzmaciczna / sepsa /**

Abstract

The aim of the study was to introduce a case of a 49-year-old woman who had been using an intrauterine contraceptive device for 20 years.

The pelvic actinomycosis in her case led to sepsis and consequently to her death.

Colonisation Actinomyces israeli in women using IUD may amount up to even 20%, however infections occur very seldom. Following the recommended time of IUD usage, cytology and early start of antibiotic therapy may protect patients against the Actinomyces infection.

Key words: **actinomycosis / intrauterine contraceptive device / sepsis /**

Adres do korespondencji:

Marek Grabiec
ul. I. Romanowskiej 2
85-796 Bydgoszcz
e-mail: grabiecm@co.bydgoszcz.pl

Otrzymano: 01.08.2007
Zaakceptowano do druku: 17.10.2007

Grabiec M, et al.

Wstęp

Promieniowiec promienicy – *Actinomyces israeli* został wykryty u bydła w 1891 roku [1]. Morfologicznie jest to Gram dodatnia laseczka, nie wykazująca kwasooporności, rosnąca najlepiej w warunkach beztlenowych w obecności węglowodanów. Optymalna temperatura wzrostu wynosi 37°C, przy pH 7,2-7,6 [1].

Zakażenie promienicą ma zawsze charakter endogenny. *Actinomyces* stanowi część flory bakteryjnej jamy ustnej, szczególnie kamienia nazębnego, próchnicznych zębów oraz migdałków. Ponad 50% wszystkich przypadków promienicy to postać szyjno-twarzowa.

W przebiegu choroby obserwuje się ropiejące guzy w tkance łącznej, tworzące często przetoki. *Actinomyces* wywołuje również zakażenie narządów wewnętrznych. Opisywano postać płucną oraz brzuszną choroby z charakterystycznymi ropniami w okolicy wątroby, żołądka czy jelit [1, 2].

Promienica narządu rodno związana jest przede wszystkim z wieloletnim stosowaniem wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej lub z infekcją wtórną w stosunku do zmian jelitowych [3, 4, 5].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie przypadku 49-letniej kobiety, u której przewlekła promienica jamy brzusznej spowodowana ponad 20-letnim stosowaniem IUD doprowadziła do mnogich ropni międzypętlowych oraz sepsy o dramatycznym przebiegu i w efekcie do zgonu pacjentki.

Opis przypadku

Pacjentka 49-letnia została przyjęta do Kliniki Ginekologii Onkologicznej w dniu 26.10.2006r. z rozpoznaniem: *Tumor pelvis minoris probabiliter ovariogenes*.

Chora zgłaszała od kilku tygodni dolegliwości żołądkowo-jelitowe oraz bóle podbrzusza. Ponadto podała, że od 20 lat ma założoną wkładkę wewnątrzmaciczną. Badaniem ginekologicznym stwierdzono: część pochwowa walcowata, tarcza czysta; widoczne nitki spirali, którą usunięto. W podbrzuszu badalny guz o ograniczonej ruchomości, o średnicy około 15cm, wychodzący prawdopodobnie z jajnika.

Chora była również nosicielką hemofilii typu A w linii męskiej.

W wykonanym USG w rzucie przydatków prawych, uwidoczniono niejednorodną zmianę o średnicy 7x6cm, zlewającą się z pętlami jelitowymi; po stronie lewej opisano podobną zmianę o średnicy 4x3cm. Stwierdzono niewielką ilość płynu między pętlami jelitowymi.

W tomografii komputerowej jamy brzusznej stwierdzono na pograniczu płatów wątroby pojedynczą zmianę wielkości 2x2cm sugerującą przerzut oraz powiększone węzły chłonne okołoaortalne. Zdjęcie radiologiczne płuc niw wykazało nieprawidłowości.

Stwierdzono podwyższoną wartość markera Ca-125 do 101IU/ml oraz wydłużony czas kaolinowo-kefalinowy do 70s. Leukocytoza wynosiła 20 tysięcy, PLT 501g/l, D-dimery 0,73µg/ml. Przed zabiegiem operacyjnym w celu stabilizacji układu krzepnięcia przetoczono 4 jednostki świeżo mrożonego osocza.

W trakcie zabiegu operacyjnego stwierdzono rozległy naciek zapalny obejmujący pętle jelit i narząd rodny oraz liczne ropnie międzypętlowe. Konglomerat jelita czczego oraz krętego pozostawał w nacieku z trzonem macicy i przydatkami. Jelito cienkie było wciągnięte w jamę ropnia o średnicy około 8cm ze zmianami sugerującymi zakrzepicę krezki jelita cienkiego. Wykonano resekcję jelita cienkiego (około 20cm) z zespoleniem koniec do końca. W celu zapobieżenia niedrożności w końcowym odcinku jelita krętego, wytworzono również omijające zespolenie krętniczko-kątnicze bok do boku.

W badaniu śródoperacyjnym wykluczono nowotworowy charakter choroby. Pobrano wymazy do badania bakteriologicznego oraz zastosowano płukanie jamy otrzewnej metronidazolem. W jamie brzusznej pozostawiono dwa dreny – jeden w zatoce Douglasa oraz drugi w okolicy zespolenia jelitowego.

Chora po operacji przebywała przez 1 dobę w oddziale intensywnej opieki medycznej. Pacjentka była stabilna krążeniowo i oddechowo, nie gorączkowała, z prawidłową diurezą, wydzieliną z drenów surowiczokrwista. Uzupełniono niedobór AT-III, zastosowano intensywne leczenie antybiotykami: imipenem – 3x0,5g i.v., ciprofloksacyna – 2x0,2g i.v., wankomycyna – 2x1,0g i.v., metronidazol – 3x0,5g i.v. oraz profilaktykę przeciwzakrzepową – emoksaparyna – 2x20mg s.c./dobę.

W 1 dobie po zabiegu pacjentkę w stanie ogólnym dobrym przekazano do Kliniki Ginekologii, gdzie kontynuowano antybiotykoterapię, leczenie przeciwzakrzepowe oraz włączono żywienie pozajelitowe.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono: APTT = 58s, leukocytoza 19 tysięcy, D-dimery 2,62µg/ml (N=0-0,5), CRP=243mg/l (N=0-5).

W 3 dobie po zabiegu w godzinach wieczornych zaobserwowano wzrost temperatury do 38°C z gorszym samopoczuciem chorej. Brzuch miękki, objawy otrzewnowe ujemne, wydzieliną z drenów surowiczokrwista. W 4 dobie po operacji nastąpiło nagłe zatrzymanie krążenia oraz zgon, mimo natychmiast podjętej akcji reanimacyjnej, trwającej 1,5 godziny.

W protokole sekcyjnym opisano rozległy proces ropny w jamie brzusznej, obejmujący narząd rodny, jelita, wątrobę, septyczny guz śledziony, cechy obrzęku płuc oraz liczne, rozproszone ogniska zapalne w mięśniu sercowym.

W badaniu mikrobiologicznym wyhodowano beztlenową florę mieszaną oraz Gram dodatnie laseczki *Actinomyces israeli*.

Przyczyną zgonu pacjentki była posocznica, spowodowana tym drobnoustrojem.

Dyskusja

Przyczyną większości infekcji narządów miednicy mniejszej, związanych ze stosowaniem wkładki wewnątrzmacicznej jest obecność zakażenia w organizmie w momencie zakładania wkładki. Endogenna flora bakteryjna, powodująca zapalenie narządów miednicy małej u kobiet stosujących IUD ma charakter mieszany, z przewagą bakterii beztlenowych [3].

Obraz kliniczny promienicy narządu rodno może być niejednoznaczny i sugerować czynny proces nowotworowy lub choroby zapalne jelit [6, 7].

Najczęstsze objawy to: bóle brzucha, upławy, gorączka, utrata masy ciała oraz zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego – biegunki i zaparcia.

Promienica miednicy mniejszej...

Bardzo rzadko występuje niedrożność jelit. W badaniu ginekologicznym stwierdza się zwykle patologiczny opór w miednicy mniejszej oraz tkliwość w obrębie macicy i przydatków. W przewlekłej postaci promienicy brzuszno-miednicznej objawy mogą być skąpe, bez dolegliwości bólowych, a około 20% pacjentek nie gorączkuje i ma prawidłową leukocytozę [8].

Zakażenie promieniowcem rozpoznaje się zwykle wykrywając w wymazie cytologicznym charakterystyczne ziarna siarkowe. Jednak obecność drobnoustroju może świadczyć jedynie o kolonizacji. U pacjentek z IUD po 1 roku stosowania wkładki stwierdza się 1-2% pozytywnych wymazów, po 3 latach 8-10%, a po 5 latach 20% [9].

Jednak, aby uznać drobnoustroj za patogeny, konieczne jest poszerzenie diagnostyki i wykonanie biopsji *endometrium*. Obraz histopatologiczny, zawierający nieswoisty przewlekły lub ostry stan zapalny, obecność granulocytów obojętno-chłonnych, limfocytów, komórek plazmatycznych z charakterystycznymi ziarnami siarkowymi, z ostrym, ropnym wysiękiem wokół – potwierdza niebezpieczeństwo rozwoju promienicy [10].

Pacjentka o ciężkim klinicznie przebiegu choroby, wymaga często diagnostyki różnicowej z ropniami o innej etiologii, guzami jajnika lub endometriozą [6]. W tym przypadku obraz w badaniach radiologicznych, USG czy TK pozostaje niecharakterystyczny.

Doniesienia z literatury dotyczą najczęściej pojedynczych przypadków promienicy u kobiet stosujących IUD [4, 5, 7, 11].

W 1996 roku Fiorino opublikował badanie, przedstawiając 96 przypadków (z 62 doniesień) ropni miednicy mniejszej u kobiet, które stosowały wkładkę wewnątrzmaciczną. Średnia wieku pacjentek wynosiła 37 lat, natomiast średni czas stosowania IUD wynosił 8 lat [4, 12].

Postępowaniem z wyboru u pacjentek bez objawów klinicznych jest usunięcie IUD. Zwykle po 6-8 tygodniach należy wykonać badanie cytologiczne, aby potwierdzić wyeliminowanie drobnoustroju [3].

Obecność *Actinomyces israeli* wymaga dalszej diagnostyki w celu wykluczenia procesów zapalnych w miednicy małej (USG jamy brzusznej, TK). Leczeniem z wyboru pozostaje penicylina, tetracyklina lub amoksycylina z kwasem klawulanowym [3, 5].

Alternatywnym postępowaniem u chorych, u których zdiagnozowano ropień, jest leczenie ampicyliną w połączeniu z aminoglikozydami, klindamycyną lub metronidazolem [3, 13].

W przypadku konieczności przeprowadzenia zabiegu operacyjnego i rozpoznania licznych ropni w miednicy mniejszej, wskazane jest usunięcie macicy z przydatkami oraz intensywne antybiotykoterapia pooperacyjna [6].

Przewlekła promienica narządu rodnego, mnogie ropnie z tendencją do tworzenia przetok i zbyt późna interwencja chirurgiczna mogą doprowadzić do zgonu pacjentki.

Przy długoletnim pozostawianiu wkładki antykoncepcyjnej w macicy oraz guzami w miednicy mniejszej należy zawsze brać pod uwagę możliwość infekcji promienicą.

Piśmiennictwo

1. Jabłoński L. *Podstawy mikrobiologii lekarskiej*. PZWL, Warszawa, 1979, 357-359.
2. Lunca S, Bouras G, Romedea N, [et al.]. Abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine device : a case report and review of the literature. *Int Surg*. 2005, 90, 236-240.
3. Hager W. Zakażenia związane ze stosowaniem wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej: diagnostyka i leczenie promienicy miednicy mniejszej. *Gin Dypl*. 2001, 3, 77-79.
4. Kalaichelwan V, Maw A, Singh K. Actinomyces in cervical smears of women using the intrauterine device in Singapore. *Contraception*. 2006, 73, 352-355.
5. Mnif H, Krichen Makni S, Khabir A, [et al.]. Pelvic actinomycosis: two cases. *Rev Med Interne*. 2006, 27, 12, 946-949.
6. Atay Y, Altintas A, Tuncer J, [et al.]. Ovarian actinomycosis mimicking malignancy. *Eur J Gynecol Oncol*. 2005, 26, 663-664.
7. Sehouli J, Stupin J, Schelieper V, [et al.]. Actinomycotic inflammatory disease and misdiagnosis of ovarian cancer. A case report. *Anticancer Res*. 2006, 26, 1727-1731.
8. Milczek T, Gołka K, Klasa-Mazurkiewicz D, [et al.]. Promienica narządu płciowego o przebiegu klinicznym podobnym do raka jajnika – trudności i ograniczenia diagnostyczne. *Ginekol Pol*. 2006, 77, 957-961.
9. Guillebaud J. Antykoncepcja – pytania i odpowiedzi. Kraków: *Medycyna Praktyczna*. 1995, 403-404.
10. Laurent T, de Grandi P, Schnyder P. Abdominal actinomycosis associated with intrauterine device: CT features. *Eur Radiol*. 1996, 6, 670-673.
11. Elsayed S, George A, Zhang K. Intrauterine contraceptive device – associated pelvic actinomycosis caused by *Actinomyces urogenitalis*. *Anaerobe*. 2006, 12, 67-70.
12. Fiorino A. Intrauterine contraceptive device – associated actinomycotic abscess and *Actinomyces* detection on cervical smear. *Obstet Gynecol*. 1996, 87, 142-149.
13. Dunn T, Cothren C, Klein L, [et al.]. Pelvic actinomycosis: a case report. *J Report Med*. 2006, 51, 435-437.