

TRANSUTERİN ENFEKSİYONLAR

(Non Spesifik)

Dr. Orhan Özgen (*) — Dr. Tuğrul Kolonkaya (*)

Uterusta başlayıp bilâhare civar organ ve dokulara intikalî suretiyle meydana gelen genital enfeksiyonlara Transuterin enfeksiyonlar adı verilir.

Etiyoloji : Kadın hayatının cinsel olgunluk devrinde, bilhassa 25 - 35 yaşları arasında % 20 - 30 nisbetinde görülen, puberte ve menapozda nadir rastlanan bu enfeksiyonlara sebep, çoğunlukla; teşhis ve tedavi maksadı ile yapılan intra servikal veya intra uterin müdahaleler, kriminal düşüklükler, unsteril doğumlar, kollum yırtıkları, müdahaleli doğumlar, menstruasyon tamponlarının geç değiştirilmesi, menstruasyon esnasında koit ve denize girme v.s. teşkil eder.

Enfeksiyon amilleri : Daha ziyade anaeroblardan Streptokok Putrifikus, aeroplardan ise Escherichia Coli ve Enterekoklar'dır. Pyocyaneus enfeksiyonları nadir olmakla beraber, daha ziyade doğum sonu, senyumda ve antibiotiklerin fazla kullanılmasından ileri gelen vajen bakteri florasının elimine olduğu hallerde görülür. Bu arada gonokokların da rolü unutulmamalıdır. Oxyur, salmonella, aktinomycesler enfeksiyona sebep olurlar. Kan yoluyla olan enfeksiyonlarda tüberkülez başlıcası ise de, abseli Tonsilitis, Diphtheri, Parotitis Typhus, Parathyfus, Kızıl, Variola da kan yoluyla adneksitlere sebep olurlar.

Yayılma yönleri : Uterusta başlayan enfeksiyon iki yöne yayılma gösterir.

- 1 — İntraperitoneal yayılma (Adnex iltihapları).
- 2 — Extraperitoneal yayılma (Parametritler).

Denilebilir ki, Transuterin enfeksiyon'un yayılma şekli serviks kanalının yan duvarlarında yolunu seçer, zira anatomik yapı buna müsaittir. Damar ve lemfyollarının giriş çıkışı mikroorganizmaların bu yol-

(*) Süleymaniye Doğumevi.

la yayılmasını kolaylaştırır. Bu sebepten parametritlerde ekseriya Ligamentüm cardinale, buna nisbeten daha az olarak lig. sacro - uterina ve nadir olarak ta ligamentum vesico - uterina enfeksiyona iştirak ederler. Lymf bezleri palpe edilebilir.

1 — *Intraperitoneal yayılma* :

Adneks iltihaplarının % 70 - 80 ni transuterin yoldan gelen enfeksiyonlar teşkil eder. Bu geliş şekline intrakanaliküler veya assandan yol denir . Bu yoldan enfeksiyonun husulu için bazı sebepler şarttır.

Doğal sebepler :	ve	Provokasyonlar :
1 — Abort'lar		1 — Kriminal abort ve kürtajlar
2 — Doğum ve loğsalık		2 — Doğum müdahaleleri
3 — Menstrüasyonla ilgili.		3 — Genital traktüsteki yaralanmalar

Yukarıdaki şartlar nedeniyle uterusu başlıyan enfeksiyon assandan olarak önce tüba mükcozasını attake edecek ve Endosalpinjitis hali meydana gelecektir.

Endosalpinjitis : Endometrium kanalı yoluyla assandan olarak gelen enfeksiyon önce tüba mükcozasına yerleşecektir. Enfeksiyon tübaya yalnız assandan yoldan gelmez; hematojen, lenfojen veya kontak yollarla da gelebilir. İstisnai vakalar hariç, herşekil gelişte iltihabi hadise daima tüba mükcozasında başlar. Mükcozada önce hiperemi ve ödem husule gelir. Bunun neticesi husule gelen akıntı içinde lenfosit, lökosit ve plazma hücreleri görülür. Klinikman çok hafif seyredebilir ve muayenede hafif bir hassasiyetten başka bulgu yoktur. Küçük palvisin nezle halinden bahsedilir. İşte bu devrede dikkatli bir tedavi yapılmazsa iltihap mükcozada yer yer yaralara ve karşılıklı yaraların yapışması neticesinde tüba kanalının tıkanmalarına sebep olur. Tüba kanalı balık ağı gibi örülmüş bir hal aldığından kanaldan geçemeyen aşılınmış yumurtanın dış gebelik halinde gelişme olanağı ortaya çıkmış olur. Mükcozada meydana gelen iltihap adale dokusuna da yayılarak Salpenjitis ve kanal içinde toplanarak tübanın abdominal ağzından batın içine dökülmek suretiyle Pelvipertonitis'e bile sebep olabilir.

Salpenjitis : Müközada başlayan iltihabi reaksiyon tübanın adale tabakasını etkiliyerek akut salpenjit tablosunu ortaya çıkaracaktır. Klinikman hastada şiddetli sancı hali mevcut olup; hareketle artmaktadır. Jinekolojik muayenede afetzede tübanın kalınlaşmış ve çok ağrılı olduğu tesbit edilir. Laboratuvar muayenesinde lökositöz şart değildir.

Pyosalpinks : Müközadaki iltihap, tübanın abdominal ağzındaki fimbriaların içeri çekilerek tuba ağzının kapanmasına sebep olursa, bu durumda tübada toplanan iltihap akacak yer bulamadığından birikmeye başlayacak ve tüba adeta sucuk (sosis) gibi şişecektir. Bu tıkanma hernekadar iltihabın batın boşluğuna yayılmasına mani olan bir korunma şekliyse de, rüptüre olabilir ve karşımıza pelvi-peri, tonit tablosu çıkabilir. Rektumla iltisaklı hallerde nadiren rektuma açılabilir ve bu takdirde bir tazyik ağrısı ve anüsten jelatinö vasıfta akıntı görülür. Daha nadir olarak ta pyosalpinks mesaneye açılır. Bu takdirde tabloya dysüri ve pyüri hakimdir. Pyosalpinks gebelik ile beraberse bunun perforasyonu çok tehlikeli olup, diffüz peritonite sebep olur.

Muayenede Pyosalpinks bir sosis veya sucuk gibi tuşede ele gelebilir, çok zaman bu kitleye yumurtalıkta katılmıştır. Zamanla pyosalpinks duglas boşluğuna doğru yer değiştirir ki, duglas absesi ile karıştırmak olanağı ortaya çıkar. Akut devreden sonra pyosalpinks mayi içindeki iltihabi elemanların kaybolması ve virülansın kalkması ile steril hale gelip, seröz berrak ve akıcı bir şekil alarak Hydrosalpinks'e dönüşebilir. Yahut ta gittikçe koyulaşarak granülasyon dokusu teşkil eder, kireçleşebildiği gibi kolesterin konkrementi halinede geçebilir. Hydrosalpinks ekstripasyonlarından sonra yapılan tuba duvarının mikroskopik muayenesinde geçirilmiş iltihabi vetirenin tesbit edilmesi pyosalpinks'in zamanla hydrosalpinks'e dönüştüğünü ortaya koymaktadır. Hydrosalpinks eksenini etrafında dönerse meydana gelen sirkülasyon bozukluğu nedeniyle mayinin içine kan elemanları da katışacağından Hematosalpinks hali ortaya çıkar.

Perisalpinjitis : Adale dokusundan sonra iltihap tüba serozasından geçerse perisalpinjitis ortaya çıkar. Seroza kızarmış olup iltihaplı bir durumdadır. Yüzeysel parlaklığını ve kayganlığını kaybettiğinden komşu organlarla kolaylıkla iltisaklar meydana gelir.

Periooforitis : Üzeri iltihaplı tübanın overin etrafını sararak yapışması ve over fonksionlarında bozukluk görüldüğü, buna bağlı

olarak polisittik overlerin ortaya çıktığı bir durumdur. Adeta bir kongulamerat teşkil ederek adneksiel tümör haline geçer. Bu tümörlerin çocuk başı büyüklüğüne kadar eriştikleri görülmüştür. Foliklü çatlaması neticesi yaralı sahanın mikroplarla temasından overde akut Doforitıs meydana gelirse de ekseriya klinikman hafif seyreder.

Pelvipерitonitis : Tübanın abdominal ağzından veya pyosal-pinks'in perforasyonu neticesi iltihap mayiinin pelvis içine dökülmesi neticesi meydana gelir.

Klinik bulgu :

Adneks iltihapları, göbek altında karın boşluğuna yayılan ağrı ile bağlar. Karın gergin ve ağrılı olduğundan, esas ağrı mengeini palpasyonla tesbit etmek zordur. Tuşenin de ağrılı ve hassas olması afe-tin genital organlara ait olduğunu gösterir. Narkoz altında muayene-nede enfeksionun yayılma tehlikesi varsa da çok dikkatli olarak ek-seriya yapmak zorunluğu karşısında kalırız. Bilhassa akut devre geç-tikten sonra veya zorluk çekilen kronik hallerde teşhis için narkoz altında vaginal ve rektal tuşeler bize çok aydınlatıcı bulgular verir. Bu vaziyetlerde duglas ta hassas olup, uterus hareketleri de ağrılıdır.

Akut devrede ilk göze çarpan titreme ile ateşin 40 dereceye kadar çıkması, sancı ve syianoz halidir. Koltuk altı derecesi ile rektal derece arasındaki fark barizdir. Kanama olmayabilir. Yalnız bir müddet sonra kirli ve kanlı bir akıntı ortaya çıkabilir. Kusma, bulantı ve barsaklarda spazm hali görülür.

Kan tablosunda lökositozun 15000 - 30000 arasında ve formülde sola kayma olduğu tesbit edilir. Sedimantasyonda hızlanma her akut enfeksionda olduğu gibi artar.

Appendisitle karıştığından şüpheli hallerde antienfilamatuar tedavi altında laparotomi yapmak icab eder. Yalnız laparotomi yapan hekimin akut ve komplike bir appendektomiyi de yapacak cerrahi nos-yona sahip olması gerekir.

Bugün teşhiste en iyi klinik metod laparaskopi veya kuldoskopi'dir. Genel deyimle Endoskopik muayenedir.

Akut adneksit bir müddet sonra kronik hale dönüşür. Bazen de kronik safhadan tekrar akut hale geçtikleri hiç te az olmayacak miktarda görülür. Kronik adneksit'te uterus hareketleri tahdit edilmiş olup bazen retroversio-fleksio halinde olabilir. Parametriumlar gergin ve yeryer nedbevi olabilir. Uterusun üzeri kıllı domuz derisi gibi

pürtüklü hissedilebilir. Hareket halinde ve koit esnasında oldukça fazla ağrı hissedilir. Bazan da hiçbir bulguya rastlanmaz. Menstruasyonda : hypermenore, polymenore, olygomenore, hypomenore halleri görülür. Bilhassa dysmenore barizdir.

Tedavi :

Akut adneksitte tedavi konservatif olup, pek istisnai hallerde cerrahi müdahale düşünülür. Konservatif tedavinin kati bir şeması yoktur. Çünkü hastalığın ağırlık derecesine, enfeksionun şekline, hastanın umumi durumuna ve bulgularımıza göre daima değişiklik gösterir.

1 — *İlâç tedavisi:* Antibiotikler, glycocorticoitler, antiflojistikler, proteolitik enzimler enfeksionla mücadelede kullanılır. Hastalık tesbit edilir edilmez hemen kanal servikalden akıntı alarak kültür ve antibiogram tetkikine yollanmalı, bunun neticesini beklemeden de geniş spektrumlu bir antibiotik tatbikine başlanmalıdır. Antibiogram göre verilen antibiotik kısa süreli olmamalı, şikâyetler geçtikten sonra da bir müddet daha devam edilmelidir. Çünkü, tedavide esas gaye tübaların kapanmasını önlemektir. Kısa süreli tedavilerde maa-lesef resistenz kazanılmakta iltihap tam önlenemediği için kolayca yapışıklıklar meydana gelmektedir. Eğer bir abse teşekkülü mevzu bahisse arka forniksten girilip drene edilmeli veya ponksionla apse mayi çekilip yerine çekilen mayinin 2/3 kadar antibiotik enjekte edilmelidir.

Glycocorticoitler antibiotiklerle beraber kombine edildiği zaman mezansimal reaksiyonların ve bağ dokusu teşekkülünün önlenmesi neticesi antibiotikler enfeksion kaynağına konsantre olup nüfuz edebilmektedir. Böylece mikrop ve toksinlere daha kolay nüfuz edebilmektedirler.

Glycocorticoitler dexametason ve triamcinolon daha az yan tesir gösterdiklerinden tercih edilirler. Ağır vakalarda ilk gün 60 - 100 mg. verilir ve 8 gün zarfında 20 mg. kadar indirilir. Kortikoit tedavi kesildikten sonra enaz 4 - 5 gün daha antibiotiğe devam edilir. Endoskopik muayenelerde, kronik safhadaki kortikoit tedavisinin yapışıklıkları açtığı tesbit edilmiştir.

Antiflojistikler akut ve subakut devrede antipretik ve analjezik etkileri dolayısıyla çok kullanılır. Kortikoit preparatlarla beraber tesirleri daha da artmaktadır. Yalnız miğde, barsak şikâyetleri olanlarla Tbc.'i olanlarda kontrendikedir.

Proteolitik enzimatik preparatların tedaviye katılmasında da fayda vardır. Bunların da proteolitik ve antiflojistik etkilerinden faydalanılır. Alpha-Chymotase'dan günde 1-2 defa 5 mg. adeleden tatbit edilir.

Spasmolitikler ve analjezikler ağrı ve sancıyı kesmek için kullanılır. Vitaminler ve elektrolit tedavileride ek tedavi olarak tatbik edilir.

Sistematik tedavi :

Kat'i yatak istirahati, buz tatbiki, cinsel hayatın yasaklanması, kronik devrede ılık nemli tedavi, diatermi, kasnaklı sıcak tedavi tatbik edilir.

Kronik devreye geçildiğini anlamak için provokasyon testleri yapılır :

a) Sıcak kasnağı 20 dakika tam çalıştırıldıktan sonra 5 dakika karnına tatbik edilir. Eğer rektal temperatür 37,5 derecenin üstüne çıkmamışsa akut devre geçmiştir.

b) Lökosit sayılır; 5 dakika kısa dalga tatbik edilir; iki saatlik mutlak istirahattan sonra, tekrar lökosit sayılır, eğer lökosit sayısı 2000 den fazla artmamışsa akut devre geçmiş sayılır.

Diet tedavisi : Sindirilmesi kolay, yumuşak bir diet tatbik edilir. Eğer peritonit hali varsa ağızdan gıda verilmez; damar yoluyla verilir.

Cerrahi tedavi : Akut devrede, ancak jeneralize halde yapılır, Kronik devrede adneks tümörü teşekkül etmişse; yaşlı kadınlarda tümörle beraber histerektomi yapılır, gençlerde ise fertilitate gözönüne alınarak tedavi edilir.

2 — Ekstraperitoneal yayılma :

İkinci yayılma yolu ekstraperitoneal olup, ekseriya kanal servikalden, nadiren de fornikslerden veya korpus uteriden başlayarak uterus bağ dokusuna intikal ederek parametritleri meydana getirir. Nadir olarak da yüksek virulanslı mikroplar uterus cidarından veya anatomik bozukluk meydana gelmiş lezionlardan geçerek parametriuma yayılırlar. Ligamentum kardinalden uterusu giren damar ve lemf yolları yayılmayı kolaylaştırır. Buna mukabil Sacro-uterin ve vesika-uterin bağlardan intikal çok daha seyrek olur.

İltihabi vetire parametriumları attake edince inguinal lenf bezlerinde şişme olur, ve parametritis teşekkül eder. Parametritisler parametrium absesine ve retraperitoneal flegmone dönüşebilir. Bazen iltihap daha da yukarıya retroperitoneal yayılarak Psoas adelesi önünden ilerleyip para-renal apselere sebep olabilir.

Enfeksiyon amilleri, ekseriya streptokoklar, stafillokoklar, escharichia coli ve enterekoklardır. Ayrıca difteri, psödo difteri, enfüanza-bakterileride enfeksiyon amili olabilirler.

Para - metrit sebepleri :

1 — Vaginal yoldan aletlerle yapılan doğum ve abortus müdahaleleri, tedavi maksadiyle yapılan küretajlar esnasında kullanılan aletin serviksini fazla zedelenmesi (meselâ : hegar bujileriyle dilatasyon yapılırken) bu şekildeki parametrit nisbeti oldukça yüksek olup (Romanyada) % 30 kadar çıkmaktadır. Kollum tutma pensleri dahi parametritise sebep olabilir. Tabiidir ki kullanılan aletin steril olmaması enfeksiyon tablosunun daha da ağırlaşmasını tevlit eder. Temizliğe riayet edilmeden kullanılan pesserler dahi bir sebep teşkil edebilir.

2 — Doğumların unsteril şartlarda yapılması, aletle yapılan doğumlarda meydana gelen yırtıklar ve hematolar parametritlere sebep olur.

3 — Kolluma yapılan cerrahi müdahalelerden (Konizasyon, portio amputasyonu, portio kotarisasyonu ve radium tatbiki) sonra vajinal ameliyatlardan da meydana gelen enfeksiyonun parametriuma intikali ile parametrit teşekkül edebilir.

4 — Çok nadir olarak komşu organların birindeki iltihabın kontak yolla parametrit yaptığı görülmüşse de bu konumuz dışındadır.

5 — Keza hematogen yolla teşekkül eden parametritler de konu dışıdır.

Lokalizasyonu: Parametritis 3 yönde lokalise olabilir.

1 — Mesane istikametine yani öne doğru teşekkül ederse vesika - uterin ligaman şişer ve önemli bir hal alır, bazan ön karın ciidarına doğru ilerleyebilir.

2 — Lig. Kardinale boyunca pelvis yan duvarına kadar ilerleyebilir.

3 — Sakro - uterin bağ boyunca rektum çevresine kadar yayılabilir.

Klinik tablo : Doğumlardan sonra veya artifisiel abortlardan sonra meydana gelen parametritis ekseriya belirti vermez ve kronik olarak seyreder. Akut olarak başlarsa ateş, sancı ve titreme mevcut olup lökositoz ve sedimentasyonda artma görülür. Kasık ve bacaklara yayılan ağrılar sinir kılıflarının iritasyonundandır. Psoas adalesi ağrılıdır. Bu ağrı tek veya iki taraflı ureterler boyunca yayılabilir. İdrar şikâyetleri (disüri), ağrılı defekasyon (tenezm) olabilir.

Hastalığın seyri : Gerek hastanın umumi durumu, gerekse mikropların virulansı hastalığın seyrinde rol oynar.

1 — Bünye kuvvetli ve mikroplar zayıfsa fazla bir belirti olmaz, teşekkül eden eksüdatif süreç bir müddet sonra rezopsiona uğrar, hastanın ateşi düşer, sancısı kesilir, yalnız tuşede ele sert olarak parametrium gelir. Bu şekil hafif seyretmesini tatbik edilen tedavide temin edebilir.

2 — Eğer bünye zayıfsa ve gerekli müdahale yapılmamışsa eksüda abseleşmeye başlar. Absenin teşekkül ettiği tarafta tazyik ağrısı yumuşama ve flüktüasyon alınır ve abse ya cerrahi müdahale ile yahut spontan olarak perfore olur. Absenin perfore olduğu yere göre değişik tablolar meydana çıkar. Batın boşluğuna açılırsa generalize peritonit, rektuma açılırsa tenezmle beraber abse muhteviyatı anüsten dışarı çıkar, mesaneye açılan abseler pyüri ve dysüri şeklinde drene olurlar. Bazan gluteal adalenin altından ilerleyip femur iç yüzünde belirirler. Ureterler boyunca ilerleyip para renal abseleri teşkil ederler. Vajena açıldığı da olur. Nadir olarak lig. kardinale'de teşekkül eden abse pupart bağının üst kısmına kadar ilerleyip karının ön duvarında tebarüz eder ve buradan cilde açılır. Dupuytren absesi denen bu tip abseye 1974 Mayıs ayında rastlanmıştır.

Perforasyon deliği abse muhteviyatı temizlenmeden kapanırsa yeniden ateş yükselmesi ve parametrit tablosu görülür. Tamamen temizlenmiş yerinde sert bir nedbe dokusu bırakarak iyileşir.

3 — Bazen eksüdatif süreç abseleşmez rezorbede olmaz ve kronik parametrite dönüşür. Bu takdirde tabanı pelvis duvarında, ucu uterusu doğru üçgen tarzında kemik kadar sertleşmiş parametrium ele gelir.

4 — Nadir olarak parametritler generalize peritonite, Tromboflebitlere, lenfatik sepsislere ve neticede bakteriyemik şoklara sebep olurlar.

Ayrıca Teşhis : Parametrium abseleri derin duglas abseleri ile adneks kongulomeratları ile karışır. Kitlenin pelvis duvarına doğru

hudutlarının tahdit ve tesbit edilmesi ile ayırt edilir. Adneksiel progeste ise pelvis duvarı ekseriya serbesttir. Kronik parametritlerde infiltrasyonun konsistensi sert ve nasır gibidir. Ekseriya parametrium kısalmış ve uterus bu tarafa doğru çekilmiştir. Kronik parametritle beraber kronik adneksitin de bulunabileceği hatırdta tutulmalıdır. Ayırıcı teşhiste mühim hususlardan biride karsinömatös infiltratlarıdır. Bilhassa serviks karsinomunda ekseriya iltihabi parametrit halinde mevcuttur. Ençok karsinomun 3 üncü safhasında rastlanır. Ameliyat endikasyonu olan 2 nci derecede cerviks karsinomlarının ameliyatlarında bu parametrium iltihabi infiltratın metastatik infiltrasyon olmadığı bilinmelidir.

Tedavi : Adneks iltihaplarında olduğu gibi antibakteriel ve resoptivdir. Parametriumda abse teşekkül etmiş, hudutları belirli ve fluktüasyon alınıyorsa cerrahi müdahale gerekir. Ponksion veya ensizyonla abse muhteviyatı drene edilir.

Özet

Yazar transuterin infeksiyonları izah etmiştir.

Summary

Transuterine infections have been reviewed by the authors.

LİTERATÜR

- 1 — Dietel, H. D. Kleiminger : Nutzen und Gefahren der Intrauterinpressare Geburtsh. u. Frauenheilk. (1969).
- 2 — Eder, J. : Zur Behandlung der Peritonitis, Klin. Med. (1962).
- 3 — Baatz, H. : Balneotherapie der Frauenkrankheiten Bonn (1966).
- 4 — Baatz, H. G. Langendörfer : Die Physikalische Therapie in der Frauenheilk. und Geburtshilfe. Stuttgart (1968).
- 5 — Huber, A. : Entzündliche Erkrankungen der Weiblichen Genitalorgane im Kindesalter. Wien med. Wschr. (1969).
- 6 — Kuhn, W. H. Graeff : Prophylaktische Massnahmen beim septischen Abort Berlin (1968).
- 7 — Rütther, E. D. Gebauer : Ovarialabszesse durch Enteritischeime (Salmonellosen) Geburtshilf. u. Frauenheilk (1962).
- 8 — Zander, J. : Septischer Abort und bakteriel Schock Springer, Berlin (1968).
- 9 — Psyhrembel : Praktische Gynekologie Berlin (1964).
- 10 — J. E. Marcel et Maurice Fabre : Gynécologie Médicale.
- 11 — Şerif Çanga : Kadın Hastalıkları.