

Bir olgu neden ile septik pelvik tromboflebit

Dr. Mustafa KIR, Dr. Cazip ÜSTÜN, Dr. Arif KÖKÇÜ,
Dr. Şükrü ÇOKŞENİM

Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı

- ✓ Septik pelvik tromboflebit pelvik enfeksiyonun ciddi fakat nadir bir komplikasyonudur. Bu durum obstetrik hastalarda jinekolojik hastalarda olduğundan çok daha sık görülür. Hastalığa ait spesifik fizik bulgular yoktur. Tanı çoğu kez antibiyotik tedavisine yanıt alınamaması, fakat antikoagülan tedavi ile kısa zamanda hastalığın iyileşmesi sonucunda retrospektif olarak konulur. Bu yazımızda septik pelvik tromboflebitli bir olgu sunduk ve bu konu ile ilgili literatürü gözden geçirdik.

Anahtar Kelimeler: Septik, pelvik, tromboflebit.

Septic pelvic thrombophlebitis: a case report

- ✓ Septic pelvic thrombophlebitis is a serious but uncommon complication of pelvic infection. This disorder is much more common among obstetric patients than it is among gynecologic patients. The notable lack of specific physical findings for septic pelvic vein thrombophlebitis necessitates that the diagnosis be made retrospectively when defervescence has followed therapeutic anticoagulation of a patient with persistent puerperal fever resistant to adequate aerobic and anaerobic therapy. In this paper, we presented a case with septic pelvic thrombophlebitis and reviewed the related literature.

Key words: Septic, pelvic, thrombophlebitis.

Septik pelvik tromboflebit (SPT) pelvik enfeksiyonun çok ciddi fakat çok sık görülmeyen bir komplikasyonudur. Bu komplikasyon obstetrik hastalarda jinekolojik hastalara kıyasla daha sık görülür. Bütün doğumların yaklaşık %0,1 de SPT gelişir (1-4). Sıklıkla septik abortus, postpartum endomyometrit ve enfekte plasenta retansiyonu sonrası görülür. Postpartum pelvik enfeksiyonların %1-2'sinde SPT gelişir. Jinekolojik hastalarda da, akut pelvik inflamatuvar hastalık, ovarian abse, pelvik sel-lülit, postoperatif pelvik enfeksiyon ve pelvise radyum uygulamasına bağlı olarak SPT gelişebilir. Erken dönemde tanı konulup tedaviye başlanmayan olgular fatal seyredebilir (5-7).

Bu makalemizde bir olgu nedeni ile SPT'in tanı ve tedavisini gözden geçirmeyi amaçladık.

OLGU SUNUMU

E.K. isimli 19 yaşındaki primigravid gebe bir gün önce sularının gelmesi ve doğum

ağrılarının başlaması nedeniyle Kadın Doğum Kliniğine başvurdu. Son adet tarihine göre 38 haftalık gebeliği mevcuttu. Sistemik muayenede patolojik bir bulgu yoktu. Obstetrik muayenede; uterus miadında gebelik cesametinde, çocuk kalp sesleri pozitif, makat prezantasyonu ve fetal baş palpe edilemiyordu. Servikal açıklık 2 cm, silinme %20 civarında, uterus kontraksionları (+++) idi. Sezaryen ile Apgar skoru 2 olan hidroselalik bir erkek bebek doğurtuldu. Bebek bir saat sonra eksitus oldu. Hastaya postoperatif Sultamisilin 4 gr/gün + Gentamisin 240 mg/gün + Ornidazol 1 gr/gün parenteral başlandı. Postoperatif 5. güne kadar vital bulguları stabil olan hastanın ateşi 5. günün akşamında 39.5 °C yükseldi. Periferik yaymada sola kayma mevcuttu. Kan kültüründe üreme olmadı. Bunun üzerine hastanın medikasyonu değiştirilerek Seftriakson 2 gr/gün + Klindamisin 1800 mg/gün + Amikasin 1000 mg/gün başlandı. Ancak bu tedavinin ilk üç günü esnasında ateş kontrol altına alınamadı. Yüksek ateşe rağmen

(38.8-39.5 arasında değişim) hastanın genel durumu iyi, taşikardi dışında sistemik ve pelvik muayeneleri normaldi. Batın ve pelvisin ultrasonografik incelemelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Bu bulgular ile hastada septik tromboflebit olabileceği düşünülerek ikinci kombinasyon antibiyoterapinin üçüncü günü Heparin 40.000 Ü/gün İV olarak başlandı. Heparin uygulamasından 36 saat sonra hastanın ateşi normale döndü. Heparin uygulamasına 5 gün devam edilerek, 5. günün sonunda heparin ve antibiyotik uygulamasına son verildi. Ve hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

SPT de içi septik trombüsler ile dolu olan pelvik venlerin lümeni genişlemiş, duvarı kalınlaşmış ve sertleşmiştir. Ven içinde bakteri içeren trombüs parçaları koparak akciğer ve uzak organlara taşınabilirler ve septik emboliler oluştururlar. Tedavi edilmemiş hastaların 1/3'ünde septik pulmoner emboli görülür. Septik trombüsler ve emboliler bakteriyemi kaynağıdır. Eğer tedavi edilmezse veya tedaviye yanıt alınmazsa prognoz fataldir. STP de hipogastrik ve ovarian venler eşit sıklıkta tutulur. Başlangıçta uterus veya adnekslerdeki septik olay myometriyum ve broad ligamentin venleri içine doğru ilerler. Venin intimasındaki hasar bölgesinde trombüs oluşur. Takiben bu trombüse bakteriler invaze olur. Septik trombüsler pelviste multiple odaklarda gelişir ve hipogastrik ven boyunca common iliak venlere ve vena kava inferiora kadar ilerleyebilir. Retrograd yayılım ile femoral ven tromboze olabilir. Ovarian venlerde massif enfekte trombüsler oluşabilir ve renal venlere kadar yayılabilir. SPT'nin en önemli iki komplikasyonu septik pulmoner emboli ve metastatik abse oluşumlarıdır. Puerperal sepsisten ölen hastaların %35'inde otopside SPT saptanmış iken, puerperal sepsiste pulmoner emboliye bağlı ölümlerde bu oran %50 olarak bulunmuştur. SPT de kan kültürü %25 olguda pozitif bulunur. Kültürde saptanabilen başlıca mikroorganizmalar; gram negatif fakültatif aeroblar (özellikle E.coli),

gram pozitif aeroblar (streptokoklar, stafilokoklar) ve anaerob bakterilerdir (peptostreptokoklar, peptokoklar, bakteroides türleri, clostridium türleri) (2-4). Olgumuzda kan kültürü negatif idi.

Klinik olarak iki ayrı SPT Sendromu mevcuttur. Bunlar ovarian ven trombozu ve SPT'dir. Ovarian ven trombozu puerperal hastalarda 1/40000 oranında görülür. Postpartum 2-3. günlerde genellikle sağ adneksal bölgeye lokalize olmuş şiddetli karın ağrısı ve ateş ortaya çıkar. Hastanın genel durumu oluça bozuktur. Olguların %50'sinde sağ alt kadranda palpe edilebilen kitle mevcuttur (5,7). İkinci tip SPT geç gelişir ve ciddi enfeksiyon belirtilerine rağmen hastanın genel durum şaşırtıcı derecede iyidir. Herhangi bir ağrıdan şikayet etmez. Kesin tanı cerrahi olarak pelvisin eksplorasyonu ile konulabilirse de tipik klinik kriterler, tanı konulması ve tedaviye başlama için yeterli olmaktadır. Özellikle postpartum hastada üşüme, titreme, düzensiz aralıklar ile ortaya çıkan yüksek ateş, yükselmiş ve plato çizen nabız mevcuttur. Uygun tedavi edilemediği takdirde bu klinik tablo uzayıp gider. Abdominal ve pelvik muayenede minimal derecede duyarlılık mevcuttur. Karın duvarı ince olan hastalarda dikkatli bir pelvik muayenede tromboze pelvik venler olguların 1/3'ünde palpe edilebilirse de bu durumu tespit etmek oldukça güçtür (3,7).

SPT'in güvenilir klinik tanısı, pelvik enfeksiyonlu bir hastada akciğer veya uzak organlarda septik embolilerin gelişmesidir. Bu septik emboliler sıklıkla başlangıçta fatal seyretmez ve genellikle tanı ve tedavi için yeterli zaman mevcuttur. SPT'nin en önemli klinik özelliği ise, pelvik sepsisli bir hastadaki klinik tablonun uygun antibiyotiklere rağmen düzelmemesidir. Puerperal bir hastada uygun aerobik ve anaerobik tedaviye rağmen devamlı yüksek ateş SPT'i düşündürür ve antikoagülan tedavi ile klinik tablonun düzelmesi tanıyı doğrular. Kompüterize tomografi, nükleer manyetik rezonans ve ultrasonografi SPT'nin tanısında yardımcı olabilir. Tromboze venlerde genişleme ve damar lümeni içinde düşük dansiteli kitle görünümünde trombüsler görüle-

bilir. Ayrıca SPT'nin tanısında Fibrino-peptide A düzeyinin tayini oldukça duyarlı bir laboratuvar yöntemidir. Diabetik olmayan puerperal bir hastada 12 ng/ml'nin üzerindeki değerler hastada mutlaka trombotik bir hastalığı düşündürür ve trombusün lokalizasyonuna bakılmaksızın antikoagülan tedavi için bir endikasyon teşkil eder (3,6,7). Olgumuz klinik özellikleri ve antikoagülan tedaviye yanıtı yönünden SPT ile uyumlu idi.

SPT'in tanısı konulduğu veya bu durumdan şüphelenildiği zaman uygun antibiyoterapinin yanında derhal heparin ile antikoagülan tedaviye başlanmalıdır. Başlangıçta salin solüsyonu veya %5 dekstroz solüsyonu içinde infüzyon pompası ile günde 40.000 ünite heparin uygulanır. Daha sonra parsiyel tromboplastin zamanı birbuçuk katı uzayacak şekilde heparin dozu ayarlanır. Heparin tedavisinin başlanılmasından 12-36 saat içinde klinik tabloda dramatik bir iyileşme görülür. Ateş ve nabız kısa sürede normale döner. Bu durumda heparin ile antikoagülan tedaviye 10-15 gün devam edilmelidir. Eğer pulmoner emboli saptanmış ise oral antikoagülan tedaviye devam edilir. Tedaviye yanıt alınmaması ise abse geliştiğini kuvvetle düşündürür ki bu durum cerrahi tedaviyi gerektirir.

Ovarian ven trombozunun tedavisi de SPT'dekinin aynıdır. Ancak pıhtı vena kava inferiora kadar uzanır ise ovarian ven ligasyonu endikedir (6-9).

Geliş Tarihi : 8.2.1993

Yayın Kabul Tarihi: 14.9.1993

KAYNAKLAR

1. Gibbs RS, Jones PM, Wildar CJ. Antibiotic therapy of endometritis following cesarean section: Treatment success and failures. *Obstet Gynecol* 1978; 52: 31-37.
2. Josey WE, Stagers SR. Heparin therapy in septic pelvic thrombophlebitis: A study of 46 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 120: 228-233.
3. Thompson JD, Spence MR. Pelvic inflammatory disease. In Thompson JD, Rock JA (eds): *The Linde's Operative Gynecology* (7 th ed). Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1992: 555-602.
4. Bauer AR, Flynn RR. Computed tomography diagnosis of venous thrombosis of the lower extremities and pelvis with contrast material. *Surg Gynecol Obstet* 1988; 167: 12-15.
5. Munsick RA, Gilladers LA. A review of the syndrome of puerperal ovarian vein thrombophlebitis. *Obstet Gynecol Surv* 1981; 36: 57-66.
6. Weiner CP. Evaluation of clotting disorders during pregnancy. In Sciarra JJ (ed): *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1987; 1-14.
7. Weiner CP. The treatment of clotting disorders during pregnancy. In Sciarra JJ (ed): *Gynecology and Obstetrics*. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1987; 1-28.
8. Vaccaro PS. Venous thrombosis, thrombophlebitis, and pulmonary embolism. In Quilligan EJ, Zuspan FP (eds): *Current therapy in obstetrics and gynecology*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1990; 407-411.
9. Howie PW. The coagulation and fibrinolytic systems, and their disorders in obstetrics and gynaecology. In Whitfield CR (ed): *Dewhurst's Textbook of Obstetrics and Gynaecology for Postgraduates*. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1986; 539-555.

