

PELVİK İNFLAMASYON HASTALIĞI VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Dr. Nezihe KIZILKAYA

*İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Araştırma Görevlisi*

Pelvik inflamasyon hastalığı, uterus, fallop tüpleri ve parametrium, overler, pelvik periton, tuba-ovaryan yapılar gibi diğer yapıların infeksiyon hastalığıdır. İnfeksiyon bir ya da daha fazla yapıyı kapsayabilir, akut ya da kronik olabilir. PID, infertilite, ektopik gebelik riskinin artması, kronik abdominal ağrı gibi olumsuz durumlara da yol açabilmektedir. ABD’de her yıl bir milyondan daha fazla sayıda kadının bu hastalığa yakalandığı, hastalığın ve neden olduğu olumsuz durumların maliyetinin 1990’da 4.2 milyar dolar olduğu ve 2000 yılında bu değerın 10 milyar dolara ulaşacağı bildirilmektedir (1,2,4,6,8).

RİSK FAKTÖRLERİ

PID’de gerçek risk faktörlerini belirleyebilmek, durumu etkileyen değişkenler nedeniyle oldukça güçtür. 15-24 yaşların PID açısından en büyük risk grubu olduğu kabul edilmektedir. Bu yaşlarda PID riskinin artma nedenleri arasında çok sayıda seksüel partner ve partner seçiminde daha az ayırım yapmak, seksüel yolla bulaşan hastalık alma riskinin fazla olması, koruyucu kontraseptif yöntem kullanmada yetersizlik, servikal mukus üzerinde östrojen etkisinin baskın olması (gonokokların bulaşmasını kolaylaştırır) ve infeksiyöz organizmalara karşı immünitelerinin daha düşük olması yer almaktadır (1,2,6,7,8).

Seksüel yolla bulaşan hastalıklardan Neisseria gonorrhoea ve Chlamydia trachomatis geçirme PID açısından önemli bir risk faktörüdür. Holmes ve ark. (1980) çalışmalarında tekrarlayan gonokokal ve nongonokokal PID vakalarının ilk kez PID geçiren kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla önceden N. gonorrhoea geçirmiş olduklarını belirlemişlerdir. N. gonorrhoea ya da

C. trachomatis'in etken olduğu servikal infeksiyonu olan kadınlarda PID gelişme riskinin % 20'den daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (1,2,3,4,5,6,7,8).

Lezbiyen kadınlarda, eğer erkeklerle seksüel ilişkileri yoksa PID gelişme olasılığının düşük olduğuna inanılır. Ancak kadından kadına *N. gonorrhoea* ve *C. trachomatis* geçişine ilişkin çalışmalar yapılmamıştır. Anamnez alınırken kadının seksüel tercihleride ele alınmalıdır. HIV benzer şekilde geçtiği için bu kadınlarda PID ve HIV antikoru bir arada varolabilir. HIV ve PID'li kadınların lokosit sayılarının daha az olduğu, tuba-overyan abse ve cerrahi girişim gerektirmesine daha eğilimli oldukları bildirilmektedir(2).

RIA kullanımının önemli risk faktörlerinden biri olduğu klinik araştırmacıların büyük bir çoğunluğu tarafından bildirilmektedir. Oral kontraseptif kullanmanın PID risk ve şiddetini azalttığı gösterilmiştir. Servikal mukusun yoğunluğunun artması, menstrüal kanamanın azalması, progesteron ve türevlerinin tubalarda gonokokal yayılmayı engellemesi ve myometrium müsküler aktivitesinin azalmasının neden olduğu düşünülmektedir. Bariyer kontraseptif, seksüel yolla bulaşan hastalıkları ve buna bağlı gelişebilecek PID'yi önleyici etkiye sahiptir. Son yıllarda yapılan araştırmalarda kontraseptif yöntem kullanmayan kadınların, herhangi bir kontraseptif yöntem kullanan kadınlardan daha fazla risk altında olduğu belirtilmektedir (1,2,4,5,6,7,8).

Erken yaşta cinsel ilişkiye başlama ve çok sayıda seksüel partner PID açısından önemli diğer risk faktörlerindedir. Evlilik durumu bir, risk faktörü olarak değerlendirilmektedir. Hiç evlenmemiş ya da boşanmış kadınlar arasında PID insidansının daha fazla olduğunu bildiren çok sayıda çalışma vardır (1,2,6).

PID'de olası risk faktörleri arasında, vajinal duş yapma ve sigara içme belirtilmektedir. IDSOG (Infectious Disease Society for Obstetrics-Gynecology) kuruluşunun, vajinal duş yapmanın PID için risk faktörü olduğunu ispatlayan yayınları bulunmaktadır. 1990 yılında Marchbanks ve ark., sigara içmenin PID'de risk faktörü olmasının biyolojik olasılığını belirtmiş ve tubal infertilitede risk faktörü olduğunu bildirmiştir (1).

ETYOLOJİ

PID bir polimikrobiale infeksiyon olmasına rağmen, PID olgularının % 10-66 sında etkenin *N. gonorrhoea*, % 20 sinde *C. trachomatis* olduğu bildirilmektedir. Genellikle *gonorrhoea* ve *chlamydia* infeksiyonu birliktedir. Bu mikroorganizmalar anaeroblar tarafından tubalarda yapışıklıklara yol açacak olan ilk inflamatuvar olaya neden olarak predispozan rol oynayabilir.

PID'ye yol açan diğer mikroorganizmalar arasında genital sistem *mycoplasma*'ları (*M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum* ve *M. genitalium*,...), anaerob bakteriler (*bacteroides species*, *peptostreptococcus*,...) ve aerob

bakteriler (gardnerella vaginalis, escherichia coli, nonhemolytic streptococci,...) bulunmaktadır (1,2,3,6,7,8). Viral ajanların PID etyolojisindeki rollerine ilişkin ise çok az bilgi bulunmaktadır (1,2,7,8).

PID gelişimi, kadın genital organlarının bir ya da birden fazla etyolojik ajana maruz kalması sonucu oluşur. PID olgularının % 85 inde (bu kadınlar üreme çağındaki seksüel olarak aktif kadınlardır) hastalık kendiliğinden gelişen bir enfeksiyondur. Kadınlar daha önceden seksüel yolla bulaşan gonorrhoea ya da chlamydia enfeksiyonunun neden olduğu servisitise sahiptirler ve bu enfeksiyon bir endometritis periyodundan sonra fallop tüplerine yayılır. PID'li kadınların % 15 inde ise, dilatasyon & küretaj, RİA uygulama, abortus, müdahaleli doğum gibi uygulamalar genital dokulara zarar vererek, koruyucu mekanizmaları bozar ve vajinada bulunan bakterileri steril olan üst genital bölgeye taşır. Akut enfeksiyon periyodu genellikle 3 haftadan daha kısadır (2,8).

PID olgularında, fertilité tubal skar, apse, ektopik gebelik riskinin artması ve tubalarda rüptüre bağılı olarak olumsuz yönde etkilenir. Bu kadınlarda ektopik gebelik riski, infekte olmayan kadınlardan 6-10 kez daha fazladır (1,2,4,5,7,8).

TANI

PID kesin tanısı koyabilmek, semptomlar nonspesifik ve belirsiz olabildiğinden güçtür. Seksüel yolla bulaşan hastalıklar kadın ve erkekte hiç bir semptom vermeyebilir. Çok az pelvik rahatsızlık olabildiği gibi ciddi bir durumda söz konusu olabilir. Semptomlar, ektopik gebelik, endometriazis, hemoraji ya da adneksiyal torsiyonlu over kisti, pelvik yapışıklıklar, akut apendisit, sistit/üretit, ülseratif kolit, divertikülit gibi diğer hastalık süreçleriyle benzeyebilir (2,4,5).

MİNİMUM ÖLÇÜTLER

(PID dışında belirlenen bir neden olmadığında, tanı için en az bulunması gereken diagnostik ölçütlerdir.)

1. Abdominal hassasiyet (rebound mevcut olabilir)
2. Adneksiyal hassasiyet
3. Serviks ve uterusun hareketi ile hassasiyet

TANIYI KESİNLEŞTİRMEK İÇİN KULLANILABİLECEK İLAVE ÖLÇÜTLER

(Yanlış tanı ve tedavinin gereksiz morbiditeye neden olacağı, şiddetli klinik bulguları olan olgularda kullanılması önerilir.)

1. Vücut ısısının 38.3 °C üzerinde (oral) olması
2. Anormal vajinal ya da servikal akıntı
3. Sedimantasyon hızında artma
4. CRP (serum C-reactive protein) düzeyinde artma
5. N. gonorrhoea ya da C. Trachomatis'in etken olduğu servikal enfeksiyona ait laboratuvar verileri

TANIYI KESİNLEŞTİRMEK İÇİN YAPILABİLEK AYRINTILI İNCELEMELER

1. Endometriyal biyopsi ile endometritis varlığının histo-patolojik ispatı
2. Ultrasonografi ya da diğer radyolojik testlerde
3. Laparoskopi ile PID tanısını kesinleştirecek bulgular

* Kottman, L.M.: Pelvic İnflammatory Disease: Clinical Overview, JOG, 24:8, October, p. 764, 1995'den alınmıştır.

PID gelişen olgularda semptomlar, tedaviden önceki 6 aydan daha uzun süredir var olabileceğinden dikkatli bir anamnez alınmalıdır. CDC (Centers for Diseases Control), PID tanısı konan olgunun tedavisinden önceki 15 gün içinde birlikte olduğu partnerlerin değerlendirilmesini ve tedavisini önermektedir. Literatürde tanı konulduğu andan önceki 90 gün içindeki tüm partnerlerin değerlendirilmesini ve tedavisini ileri süren yazarlarda vardır (2).

Pelvik ağrı, PID'nin en sık görülen semptomudur, genellikle orta ya da şiddetli düzeydedir. Mensesin 7-10 günlerinde, sürekli, iki taraflı ve alt kadranda şiddetli düzeydedir, koitus ya da hareketle artar. Bir çok kadının PID tanısını kolayca belirletmeyecek hafif ya da orta düzeyde anormal kanama, dispareni ya da vajinal akıntı gibi gizli şikayetleri vardır. Hastaların % 35 inde metroraji oluşur. Ateş 38-40 °C ye yükselebilir (2,8).

Pelvik ağrının lokalizasyonu, fiziksel tanılama ve peritoneal bulguların değerlendirildiği (rebound, tahta gibi sert bir karın) abdominal muayene ile yapılır. Ağrının visseral ve müsküler bileşenleri tanınır. Bimanuel pelvik muayene ile uterusun büyüklüğü, dış hatları, hareketliliği, hassasiyeti ve adneksler değerlendirilir. Serviksin hareketi ile hassasiyet durumu abdomen üzerindeki el kullanılmadan yalnızca vajinal el ile değerlendirilir. Servikal hareket hassaslığı tek başına nonspesifik bir bulgudur, inflamatuvar bir süreci ya da etrafındaki ligamentlerin gerildiğini gösterebilir. Muayene bulguları semptomların ışığında risk faktörleri ve diğer tanı kriterleriyle değerlendirilmelidir (2,8).

Pelvik ağrı durumunda servikal kültür alınması, tanı koymayı kolaylaştırabilir. Ancak servikal kültür sonucu belirlenen etkenin, üst genital sistem infeksiyon etkenini yansıtmayabileceği unutulmamalıdır. Chlamydia ve gonorrhoea infeksiyonu tanısı için serolojik test sonuçlarının klinik değeri azdır (2,8).

Endometrial biyopsi örneğinin mikroorganizmalar açısından incelenmesi PID tanısı için kullanılan testlerden birisidir. Tam kan sayımı, sedimentasyon hızı değerlendirilir. Chlamydia infeksiyonunda sedimentasyon hızı yüksektir. Lokosit sayısı hastalığın derecesine göre yükselebilir. HIV seropozitif kadınlar lökopenik olabilir (2,8).

Laparoskopi kesin tanı için yararlı bir yöntemdir. Tubal ödem, hiperemi, inflamasyon görülebilir. Ancak tubalardaki gizli inflamasyon ve endometritis durumunun gözden kaçırılabilirdiği bildirilmektedir. PID ve diğer hastalıklarda kesin tanı koyabilmek ve gereksiz yapılan tedavileri önlemek için pelvik ağrı değerlendirmesine ilave olarak laparoskopi kullanımını öneren klinisyenler vardır (2,8). CDC, laparoskopinin maliyeti ve uygulama zorluklarından dolayı, PID tanısı için kapsamlı klinik ölçütler geliştirmiştir. CDC, PID nin üreme sağlığı üzerine olumsuz etkilerinden dolayı, minimum şu 3 ölçütün varlığı durumunda tedavinin bu bulgulara dayanılarak planlanmasını önermektedir (2,4,5,6,7,8) :

- Alt karın bölgesinde hassasiyet
- Adneksiyal bölgede hassasiyet
- Serviksin hareketi ile hassasiyet

CDC tarafından belirlenen tanıyı kesinleştirmek için kullanılacak ilave ölçütler Tablo 2'de verilmiştir (2,4,5,6,,7,8).

Bazı olgular, özellikle tekrarlayan PID olguları diğer jinekolojik, ürolojik ya da gastro-intestinal sorunlar gözden kaçırıldığında mevcut olmayan bir

infeksiyon için aşırı şekilde tedavi ediliyor olabilir. Bu nedenle doğru tanı son derece önemlidir (2,4,5,6,7,8).

TEDAVİ

PID nin erken tanı ve tedavisi komplikasyonların önlenmesi ve patojenlerin diğer bireylere geçişinin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Ciddi infeksiyonu ve morbidite riski olan kadınlar hastaneye yatırılarak tedavi edilir. Hastaneye yatırılarak tedavi için ölçütler şunlardır (2,3,4,5,6,7,8) :

- PID şüphesi olan tüm hastalar
- Pelvik ya da tuba – overyan abse varlığı
- Devam eden gebelik
- Ateşin 38 °C üzerinde olması
- Bulantı ve kusmanın oral tedaviyi engellemesi
- Adolesan yaşlarda olma
- RİA kullanma
- Ayaktan başlanılan tedavide 48-72 saat içinde düzelme olmaması
- Üst abdominal bulgular (rebound, v.b.)
- HIV pozitif ise

Ayaktan tedavi edilen olgularda, kadının tedaviyi tamamlayacağı kabul edilir (2,4,7,8).

Tablo 2. PELVİK İNFLAMASYON HASTALIĞINDA, CDC (Centers for Disease Control, 1993) TARAFINDAN ÖNERİLEN TEDAVİ REJİMLERİ

HASTANEYE YATIRILARAK TEDAVİ EDİLEN OLGULARDA:
1. Cefoxitin 2 g, 6 saat arayla IV Ya da Cefotetan 2 g, 12 saat arayla IV uygulanmasına ek olarak Doxycycline 100 mg her 12 saat arayla IV veya oral olarak uygulanır. Tedaviye belirgin klinik düzelmeyi izleyen 48 saat boyunca devam edilir, daha sonra Doxycycline 100 mg, günde 2 kez, 14 gün süreyle uygulanır.
2. Clindamycin 900 mg, 8 saat arayla IV uygulanmasına ek olarak Gentamicin 2 mg/kg yükleme dozu IV ya da IM uygulanır. Gentamicin 1.5 mg/kg her 8 saatte bir sürdürme dozu ile devam edilir. Tedaviye, belirgin klinik düzelmeyi izleyen 48 saat boyunca devam edilir dahasonra Doxycycline 100 mg günde 2 kez ya da Clindamycin 450 mg günde 4 kez 14 gün süreyle uygulanır.

HASTANEYE YATIRILMADAN, AYAKTA TEDAVİ EDİLEN OLGULARDA:

1. Cefoxitin 2 g IM uygulanmasına ek olarak, Probenecid 1 g oral uygulanır.

Ya da

Ceftriaxone 250 mg ya da eşit dozda Cephalosporin IM uygulanmasına ek olarak Doxycycline 100 mg günde 2 kez oral, 14 gün süreyle uygulanır.

Ya da

2. Tetracycline'leri tolere edemeyen hastalar için, Ofloxatin 400 mg günde 2 kez, oral uygulanmasına ek olarak, Metronidazole 500 mg, günde 2 kez oral, 14 gün süreyle uygulanır.

Ya da

Clindamycin 450 mg, günde 4 kez 14 gün süreyle uygulanır.

* Kottmann, L.M.: Pelvic İnflammatory Disease : Clinical Overview, JOGNN, 24:8, October, p.765, 1995'den alınmıştır.

Tablo 2 ile CDC tarafından önerilen tedavi rejimleri verilmiştir. Antibiyotik tedavileri, N. gonorrhoea, C. trachomatis, gram- negatif çubuklar, aerob, anaerobik bakteriler, mycoplasma'lara karşı etkin olmalıdır (2,3,4,5,6,7,8).

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

PID gelişmesini, doğabilecek olumsuz sonuçları ve patojenlerin diğer bireylere geçişini önlemek hasta ve partnerinin erken tanı, tedavi ve eğitimi ile başarılabilir. Eğitim süreci, kadın ve hemşire arasında güvenilir, yargısız bir iletişim kurma süreci sağlar. Hemşire kadın ve partnerine infeksiyon ve geçiş yolları, tedavi planı, ilaçların olası yan etkileri ve bunlara yönelik tedavilerin açıklanmasına ilişkin yazılı ve sözlü bilgi sağlayabilir. Yazılı veriler aktivite sınırlamaları, infeksiyonun kötüleşme ya da düzelme olmamasının uyarıcı bulguları, izlemesi gereken ölçütler (servikal akıntı, pelvik ağrı v.b.), yapması gereken işlemler ve gerektiğinde başvurabileceği ekebin isim ve telefon numarası kadın ve partnerinin tedaviye uyumların kolaylaştırır (1,2).

Tedavi tamamlanıncaya kadar koitus, pelvik dinlenmeyi sağlamak ve infeksiyonun tekrarlamasını önlemek için yasaklanır. Partnerlerin eğitimi, kadının onlarla paylaşabileceği yazılı ilkeler, pelvik dinlenmeyi sürdürmede daha etkili olabilir (2).

PID'li kadınlara, seksüel yolla bulaşan hastalıklardan korunma yolları öğretilmelidir. Seksüel partner sayısını kısıtlamaları, güvenli seks uygulamasını tercih etmeleri üzerinde durulmalı, özellikle spermisit, kondom kullanımının önemi vurgulanmalıdır (1,2).

Ayaktan ya da hastaneye yatırılarak tedavi edilen kadınlarda non-steroid antiinflamatuvar ilaçlar ve narkotik, narkotik olmayan ilaç kombinasyonları ağrı tedavisi için kullanılabilir. Ateşi yüksek kadınların yeterli sıvı alımını sağlamak önemlidir, bu nedenle aldığı-çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır. Soğuk uygulama rahatlatıcıdır ve ateşin düşürülmesine yardımcı olabilir. Sıcak havlular şeklinde yaş-sıcak lokal uygulama, alt karın bölgesinde dolaşımın artmasını ve sakral, abdominal kasların relaksasyonunu sağlayarak etkili olabilir. Beslenme gereksinimleri tanılanmalıdır. Dengeli ana öğünler ile birlikte yüksek proteinli ara öğünler ile beslenmesini sürdürmek için hasta eğitilmelidir (2).

PID tanısı konan bir kadının, emosyonel durumu bu durumdan son derece olumsuz etkilenir. Eğer henüz ailesini tamamlamamış ya da çocuk doğurmamışsa üst genital sistem infeksiyonu ve infertilite olasılığı kadın için çok üzücü olabilir. Seksüel yolla bulaşan bir hastalık olasılığı fazla olduğu için, partnerine ya da eşine karşı öfke yaşayabilir, ilişkilerinde güven kaybına neden olabilir ya da yeni partnerine hastalık bulaştırma korkusu suçluluk ve kızgınlık duymasına yol açabilir. PID'li kadınlar infertilite olasılığı, disparoni, kronik pelvik ağrı gibi önemli, kayıp duygusu yaratan olumsuzluklar deneyimler. Hemşire, hastanın korku, suçluluk ve anksiyetisini yatıştırmak için ilk görüşmeden başlayarak duruma karşı hassas davranmalı, hasta ile bir bakım ilişkisi kurmalıdır. İleride çocuk sahibi olamama olasılığı açık sözlü, serbest bir tavırla tartışılmalıdır (2).

Sağlık bakım hizmetinin kalitesini ele alan hemşireler, PID li kadınlar için geniş bilgi sağlayan eğitim paketleri geliştirebilirler. Bu paketin içeriğinde ilaçların yan etkilerini açıklayan bilgi ve hastaların kontrol için gelecekleri ve koitusa yeniden başlayabilecekleri zamanı belirleyen bir rehber takvim olabilir. Ayrıca sağlık bakımı veren kişiler için yapılacak laboratuvar testleri, ilaç uygulamaları, sağlık eğitiminde kullanılacak araçları içeren bir check-list hazırlanmalıdır (2).

ÖZET

PID, kadının doğurganlığı ve yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olan bir infeksiyon hastalığıdır. Hemşirelerin PID nin önlenmesi, erken, doğru tanı ve uygun tedavisinde önemli rolleri bulunmaktadır. PID ve oluşabilecek olumsuz sonuçlarını önlemede en önemli hemşirelik girişimi ise eğitimidir.

SUMMARY

Pelvic Inflammatory Disease (PID) and Nursing Care :

PID is an infectious disease that has negative impact on childbearing and quality of life. Nurses have important roles in PID prevention, early, a ccurrate diagnosis and comprehensive treatment. The primary nursing intervention in the prevention of PID and its sequelae is education.

KAYNAKLAR

1. **Jossens, M.O.R., Sweet, R.L.:** Pelvic inflammatory disease : Risk factors and microbial etiologies, *JOGNN*, 22:2, March/April, p.169-179 ,(1993).
2. **Kottmann, L.M.:** Pelvic inflanmmatory disease : Clinical overview, *JOGNN*, October, p. 179-766, (1995).
3. **Landers, D.V., Wolner-Honssen, P., Paavonen, J., Thorpe, E., etc :** Combination antimicrobial therapy in the treatment of acute pelvic inflammatory disease, *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 164 ,p.849-858, (1991).
4. **Lipscomb, G.H., Ling, F.W.:** Relationship of pelvic infection and chronic pelvic pain, *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, December, p.699-708, (1993).
5. **Ramin, M.S., Wendel, G.D., Hemsell, D.L.:** Sexually Transmitted Diseases & Pelvic Infections, Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment. Ed.: Alan H. De Cherney : Martin, L. Pernoll, 8. Edition, Appleton & Lange Paramount Publishing Business and Professional Group, Conecticut, (1994).
6. **Soper, D.E.:** Upper Genital Tract Infections, Textbook of Gynecology. Ed.: Larry J.Copeland, W.B. Saunders Company, London, p.517-531, (1993).
7. **Walker, C.K., Lander, D.V.:** Pelvic Inflammatory Disease, Obstetric and Gynecologic Infectious Disease. Ed.: Pastorek J.G., Raven Press Ltd., New York, p.111-123, (1994).
8. **Weström, L., Mardh, P.A.:** Acute Pelvic Inflammatory Disease (PID), Sexually Transmitted Diseases. Ed.: K.K. Holmes, P.A. Mardh, P.F. Sparling, P.J. Wiesner, 2 nd Edition, McGraw-Hill, New York, p.593-619, (1990).