

GynObstetrik



STI-relaterad bäckeninflammation PID

Health Department

the33 ©

Innehållsförteckning

STI-relaterad bäckeninflammation PID.....	2
Klamydiainfektion.....	2
Gonococcal genital infektion.....	3
Symtom vid PID.....	3
Diagnos vid PID.....	4
Behandling vid PID.....	5
Referenser.....	5

STI-relaterad bäckeninflammation PID (Eng. *Pelvic Inflammatory Disease*)

2

Allmänt→ Mikroorganismerna invadera de spaltformade celler i anslutning till cryptus av cervikalkanalen. Om dessa mikroorganismer lyckas undvika kroppens immunförsvar kan de sprida sig snabbt och orsaka en akut infektion, eller förbli överksamma i de spaltformade cellerna, med förmåga att sprida sig till andra bäckenorganen. Sprid sker via lymfkärl, venerna eller eventuellt genom att ansluta sig till baksidan av spermier efter en oskyddad vaginal penetration/samlag. I ett fåtal fall infektionen förs vidare till livmodern via insättningsförsök av en spiral, och därför är det viktigt att screena alla kvinnor för Klamydia och *Neisseria gonorrhoeae* inför spiralinsättning.

Mikroorganismerna smittar endometriet först och orsaka endometrit. Därefter kan infektionen sprida sig till myometrium och orsaka myometrit, eller genom livmodern till äggledarna och orsaka akut eller subakut salpingit. I vissa fall kan äggstockarnas- och bäckenregionens paritoneum vara inblandade (figur 1).

Agens→ De två huvudsakliga agens som orsakar PID är *Chlamydia trachomatis* och *Neisseria gonorrhoeae*.

Klamydiainfektion

Infektion med *Chlamydia trachomatis* (se även STI avsnittet) är vanligen symptomfria, men hos mindre än 20 % fallen infektionen hos kvinnor vara associerad med mukopurulenta flytningar från livmoderhalsen, sveda, eller mellanblödningar. Vissa studier har visat att mellan 15 och 30 % av friska kvinnor har cirkulerande anti-klamydia antikroppar, som indikerar tidigare subklinisk infektion, och att mellan 4 och 12 % har symptomfri infektion i sina livmoderhals celler (män som har symptomfri infektion i urinrörets celler). Symptomatisk infektion drabbar mellan 1 och 3 % av alla sexuellt aktiva kvinnor i åldern 15-50 år (siffran är högre hos män) varje år. Med tillgång till polymeraskedjereaktion (PCR) och ligaskedjereaktion testning på urin, har större diagnostiska noggrannheten erhållits.

En högre incidens uppträder hos kvinnor under 25 år, med flera sexuella partners, eller vars sexualpartner har haft flera partners.

Gonococcal genital infektion

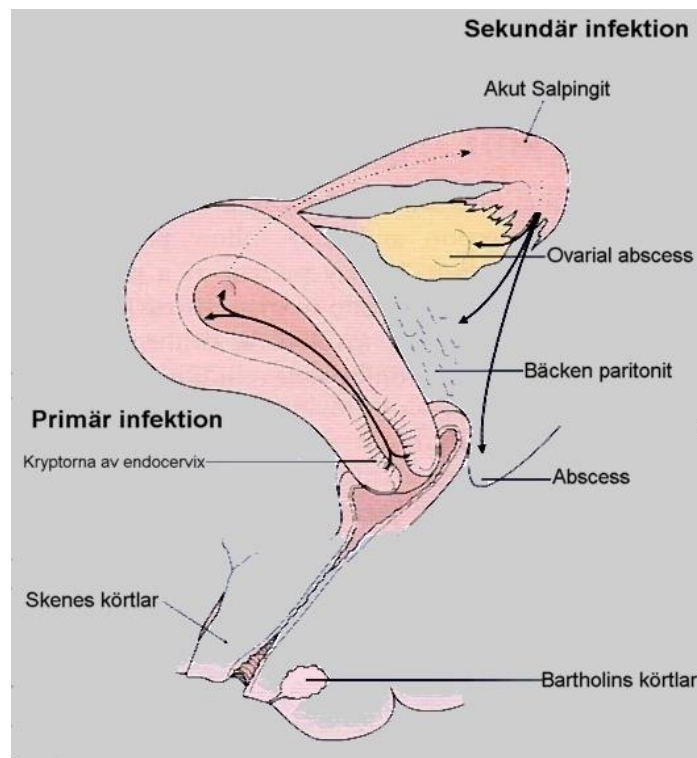
Gonococcal genital infektion (se även STI avsnittet) kan vara symptomfria eller kan ge tidiga symtom som sveda, täta urinträngningar och purulenta flytningar. Flytningarna kommer från de infekterade endocervikala celler och från Bartholins körtlar och inte från den vaginala slemhinnan, eftersom bakterien saknar förmågan att penetrera vaginala epitelet.

Svårighetsgraden av den första infektionen varierar, och i 50-80 % av smittade kvinnor symptomen är så milda att de ignoreras. Vid spridning kan det ske antingen uppåt till endometriet och äggledarna, eller nedåt för att infektera Bartholins körtlar.

3

Figur 1.

Spridning av infektionen genom livmodern till äggledarna som leder till en akut eller subakut salpingit samt en eventuell spridning i vissa fall till äggstockarnas- och bäcken paritoneum.



Ref: Oats, J. et al. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology, 9th edition (2010), 33: 263-266

Symtom vid PID

Endometrit är oftast symptomfria med undantaget när det följer en bakteriell infektion efter abort eller förlossning.

Salpingit kan vara symptomfria eller symtomatisk. I de akuta symtomatiska fallen utsöndras en stor mängd slem tillsammans med en fibrinös exsudat. Äggledarna blir inflammerad och ödematösa vilket genererar en symtombild som karakteriseras med följande:

1. Svår bilateral ömhet och smärta i nedre buken och bäckenet
2. Buken muskelspasmer
3. Feber ($> 38^{\circ}\text{C}$), ofta med stelhet.
4. Leukocytos och förhöjd CRP

Palpationsömhet vid undersökning av nedre delen av buken, samt vid bäcken undersökning. Smärta vid bimanuell palpation framför allt vid laterala vaginala fornix.

Infektionen kan mycket väl sprida sig uppåt från äggledarna till äggstockarna.

De låg-gradig infektion kan antingen vara symptomfria eller förknippad med diffus smärta i nedre buken ^[1].

Diagnos vid PID

Diagnos kan fastställas efter den kliniska bilden, men för bekräftelse bör man ta wet smear (med hjälp av en skyddad trippel-lumen sampler) skickas till ett laboratorium för påvisning av plasmaceller. Transvaginal ultraljudsundersökning är lika pålitliga som laparoskopi och kan vara en diagnostisk metod i och med symtomen i de flesta fall är ospecifika. Ultraljud är en bättre diganostisk metod eftersom den är mindre invasiv.

De tecknen man letar efter med ultraljud vid misstänkt PID är:

1. Flera cystor på äggstockarna
2. Förtjockade vätskefyllda äggledare
3. Frivätska i bäckenet.

Lab: urin- och endocervikal prov bör tas för mikroskopi och kultur för Neisseria gonorrhoeae och potentiellt patogena endogena floran. klamydia PCR från första urin stråle (Eng. *First-Void Urine FVU*), endocervikal- eller genitala svabb ^[1].

Behandling vid PID

Bredspektrig antibiotika innan provsvaren anländas, i visa svåra fall med akuta symtom bör intravenös antibiotika övervägas.

Den rekommenderade behandlingen är engångs dos med Probenecid 1g + engångs dos 250mg *Ceftriaxone*, intramuskulärt, därefter *Doxycycline* 100mg × 2/dag peroralt under 14-21 dagar. Alternativt kan man behandla med *Klindamycin* 450mg × 4/dag i 10 dagar ^[1].

5 **OBS!** skyddat sex är det bästa möjliga prevention, och användning av barriär antikonception (kondom) har bästa skydd mot båda chlamydia och gonorrhoea infektioner samt andra STI (se separat avsnitt om STI).

Referenser

1. Oats, J. et al. Fundamentals of Obstetrics and Gynaecology, 9th edition (2010); 33 :263-266