

Άρθρο ενημέρωσης

Πρόληψη, διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση των μαιευτικών και γυναικολογικών μετεγχειρητικών λοιμώξεων

Δ. Ρούσσοσ¹
 Φ. Γκουτζιούλης²
 Η. Κατσίκης¹
 Α. Πιούκα¹
 Π. Πετρόπουλος¹
 Δ. Πανίδης²

Περίληψη

Η μικροβιακή μόλυνση του χειρουργικού πεδίου είναι συχνή στις μαιευτικές και στις γυναικολογικές επεμβάσεις. Η ευρεία χρήση της προληπτικής χορήγησης αντιβιοτικών έχει μειώσει, αλλά δεν έχει εξαλείψει τις βαριές μετεγχειρητικές λοιμώξεις. Στις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις, η εφάπαξ χορήγηση μίας δόσης κάποιου φαρμάκου με περιορισμένο φάσμα είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη χορήγηση πολλών δόσεων. Στη διαφορική διάγνωση, είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη η φλεγμονή του λιπώδη ιστού, το απόστημα, η νεκρωτική φλεγμονή των περιτονιών και η σπητιακή πνευλική θρομβοφλεβίτιδα. Το απόστημα και η νεκρωτική φλεγμονή των περιτονιών, εκτός από τη χορήγηση αντιβιοτικών, απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση. Εξάλλου, η φλεγμονή του λιπώδη ιστού και η σπητιακή πνευλική θρομβοφλεβίτιδα ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή. Παρόλο που ο μετεγχειρητικός πυρετός είναι προειδοποιητικό σημείο πιθανής λοίμωξης, ενδέχεται να προκληθεί και από τα αντιβιοτικά που χορηγούνται θεραπευτικά. Τονίζεται ότι η παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών πρέπει να αποφεύγεται, όταν η ασθενής είναι σε καλή κλινική κατάσταση.

Όροι ευρετηρίου: Απόστημα, αντιβιοτικά, φλεγμονή της περιτονίας, πυρετός, θρομβοφλεβίτιδα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις περισσότερες χειρουργικές επεμβάσεις της μαιευτικής και της γυναικολογίας υπάρχει κάποιου βαθμού μικροβιακή μόλυνση. Για το λόγο αυτό, οι επεμβάσεις χαρακτηρίζονται ως «καθαρές αλλά επιμολυσμένες», ακόμη και όταν η ασθενής δεν έχει εμφανή σημεία ενεργού λοίμωξης προεγχειρητικά⁽¹⁾. Πριν από την καθιέρωση της σημερινής πρακτικής, της προφυλακτικής, δηλαδή, χορήγησης αντιβιοτικών, οι μετεγχειρητικές λοιμώξεις ήταν συχνές. Έτσι, η συχνότητά τους κυμαίνονταν από 5% έως 10%, ανάλογα με τον τύπο της επέμβασης και τους κλινικούς παράγοντες κινδύνου. Η ευρεία χρήση της προφυλακτικής χορήγησης αντιβιοτικών έχει μειώσει, αλλά δεν έχει εξαλείψει, τις σοβαρές μετεγχειρητικές λοιμώξεις. Το μέσο αναμενόμενο ποσοστό λοίμωξης του εγχειρητικού τραύματος είναι 4% στις γυναικολογικές επεμβάσεις και 6% στις καισαρικές τομές. Τα ποσοστά αυτά είναι αυξημένα όταν υπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου, όπως η εκτεταμένη επιμόλυνση του εγχειρητικού πεδίου, η σοβαρή παχυσαρκία και η παράταση της χρονικής διάρκειας της χειρουργικής επέμβασης.

¹ Γ Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική Α.Π.Θ.

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής,

Β Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Α.Π.Θ.

Αλληλογραφία:

Δ. Ρούσσοσ,

Μαιευτήρας - Γυναικολόγος

Μητροπόλεως 46-48

54623 Θεσσαλονίκη

Τηλ: 2310 285040

E-mail: nancyriouka@hotmail.com

Κατατέθηκε: 06/09/2005

Εγκρίθηκε: 21/12/2005

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Τα αντιβιοτικά που έχουν δραστικό φάσμα κατά βακτηριδίων, τα οποία επιμολύνουν συχνά το εγχειρητικό πεδίο, είναι σε θέση να μειώσουν τη συχνότητα των μετεγχειρητικών λοιμώξεων. Ωστόσο, δεν είναι απαραίτητο ο αντιμικροβιακός παράγοντας που χορηγείται προφυλακτικά να παρέχει κάλυψη έναντι οποιουδήποτε πιθανού παθογόνου οργανισμού. Έχει αποδειχθεί ότι η εφάπαξ χορήγηση μίας προφυλακτικής δόσης ενός φαρμάκου με περιορισμένο φάσμα, στις περισσότερες γυναικολογικές επεμβάσεις και στις καισαρικές τομές, είναι το ίδιο αποτελεσματική με τα σχήματα επαναλαμβανόμενων δόσεων ή με εκείνα που περιλαμβάνουν πιο ακριβά φάρμακα ευρέος φάσματος^(2,3). Στις γυναικολογικές επεμβάσεις, η προφυλακτική χορήγηση του αντιμικροβιακού παράγοντα πρέπει να γίνεται 30 λεπτά, περίπου, πριν από τη χειρουργική επέμβαση⁽¹⁾. Στις καισαρικές τομές, η χορήγηση του φαρμάκου μπορεί να γίνει αμέσως μετά τη διατομή του ομφάλιου λώρου, εκτός αν πρέπει να γίνει νωρίτερα, στο πλαίσιο του προφυλακτικού φαρμακευτικού σχήματος για το στρεπτόκοκκο της ομάδας Β^(1,3,4).

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΚΟΙΛΙΑΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Οι ήπιες μετεγχειρητικές λοιμώξεις του κοιλιακού τοιχώματος εντοπίζονται στο δέρμα και στο λιπώδη ιστό, που βρίσκεται επάνω από την απονεύρωση των ορθών κοιλιακών μυών. Εφόσον πρόκειται για απλή φλεγμονή του κυτταρολιπώδη ιστού, οι μόνες κλινικές εκδηλώσεις ενδέχεται να είναι η ερυθρότητα, η θερμότητα και το οίδημα, με κάποιου βαθμού εντοπισμένη ευαισθησία και πόνο. Εξάλλου, εφόσον δεν υπάρχει εκροή υγρού από το τραύμα ή αιμάτωμα και τα χείλη του τραύματος είναι καθαρά, η αντιμικροβιακή αγωγή είναι, συχνά, επαρκής. Η εκροή μικρής ποσότητας ορώδους έκκρισης από το τραύμα μπορεί να αντιμετωπισθεί χωρίς διάνοιξή του, με την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχουν άλλες ενδείξεις σοβαρής λοίμωξης ή διάσπασης του τραύματος. Εφόσον υπάρχει πυώδης έκκριση από το τραύμα, πρέπει να γίνει ευρεία διάνοιξή του, έτσι ώστε να καταστεί δυνατή η παροχέτευση του πύου και η απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών. Επιπλέον, πρέπει να γίνει προσεκτική διερεύνηση του τραύματος για τον έλεγχο της ακεραιότητας της απονεύρωσης. Στην περίπτωση που η απονεύρωση είναι ακεραία, η διεργασία της επούλωσης επιταχύνεται με τη μηχανική απομάκρυνση των νεκρωμένων ιστών και με τη χαλαρή περιδίεση του τραύματος με γάζα εμποτισμένη με φυσιολογικό ορό. Οι υγρές γάζες πρέπει να αλλάζονται δύο έως τρεις φορές την ημέρα. Κατά την αλλαγή της περιδίεσης, μπορεί να χρησιμοποιείται διάλυμα υπεροξειδίου του υδρογόνου (μίγμα 1:1 υπεροξειδίου του

υδρογόνου με φυσιολογικό ορό), το οποίο διευκολύνει την ήπια απομάκρυνση του εξιδρώματος. Μερικοί ειδικοί προτιμούν το διάλυμα Dakin's, ιδιαίτερα εάν οι νεκρωμένοι ιστοί είναι αρκετοί ή η παρουσία τους είναι επίμονη. Η πλύση με διάλυμα ιωδιούχου ποβιδόνης δεν συνιστάται⁽⁵⁻⁷⁾.

Η εν τω βάθει λοίμωξη του τραύματος εμπλέκει την απονεύρωση και τους μυς. Η απονεύρωση ενδέχεται να υποστεί διάσπαση, με αποτέλεσμα την εκσπλάχνωση ή την κοιλιοκήλη. Η βαρύτερη μορφή της εν τω βάθει λοίμωξης του τραύματος είναι η νεκρωτική φλεγμονή της απονεύρωσης, στην οποία η λοίμωξη από αερόβια και αναερόβια βακτηρίδια, που δρουν συνεργικά, οδηγεί σε νέκρωση όλων των στρωμάτων του χειρουργικού τραύματος. Η νεκρωτική φλεγμονή της απονεύρωσης μπορεί να αποβεί μοιραία, εκτός εάν γίνει ο κατάλληλος ευρύς χειρουργικός καθαρισμός. Η πρόωπη νεκρωτική φλεγμονή της απονεύρωσης δεν διαφέρει κλινικά από τη φλεγμονή του κυτταρολιπώδη ιστού. Η προχωρημένη, όμως, νεκρωτική φλεγμονή της απονεύρωσης εκδηλώνεται με έντονο πόνο και κλινικά σημεία και συμπτώματα σήψης, καθώς και με έκκριση από το τραύμα, που είναι λεπτόρρευστη και μοιάζει με ακάθαρτο σαπουνόνερο, παρά με παχύρρευστο πύον. Οι εκδηλώσεις αυτές ενδέχεται να έχουν καλπάζουσα εξέλιξη σε διαβητικές και σε ανοσοκατεσταλμένες ασθενείς. Το δέρμα μπορεί να παρουσιάζει φυσαλίδες και, πιθανώς, κριγμό στην ψηλάφηση. Η διάγνωση της νεκρωτικής φλεγμονής της απονεύρωσης επιβεβαιώνεται με τη χειρουργική διερεύνηση του τραύματος, κατά την οποία αποκαλύπτονται νεκρωμένοι ιστοί στον υποδόριο ιστό και στην απονεύρωση, που δεν αιμορραγούν, είναι αποχρωματισμένοι και βρίσκονται σε αποσύνθεση. Η αντιμετώπιση της νεκρωτικής φλεγμονής της απονεύρωσης συνίσταται σε απομάκρυνση όλων των νεκρωμένων ιστών, με ταυτόχρονη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως φάσματος. Η εκτομή, κατά τον πρώτο χειρουργικό καθαρισμό, πρέπει να είναι εκτεταμένη, παρά να είναι σταδιακή και τμηματική. Εντούτοις, εφόσον η νέκρωση που σχετίζεται με τη λοίμωξη συνεχίζει να εξαπλώνεται, ο χειρουργικός καθαρισμός πρέπει να επαναλαμβάνεται⁽⁵⁻⁷⁾.

Οι συστηματικές εκδηλώσεις, που οφείλονται στη λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος, μπορεί να είναι ελάχιστες στις πραγματικά εντοπισμένες λοιμώξεις. Εντούτοις, εμφανίζεται πυρετός και σηπτική καταπληξία, όταν η λοίμωξη γίνει πιο εκτεταμένη. Η φλεγμονή του κυτταρολιπώδη ιστού αντιμετωπίζεται, συνήθως, με αντιβιοτικό που είναι αποτελεσματικό έναντι των στρεπτοκόκκων, των σταφυλοκόκκων και των περισσότερων Gram αρνητικών αερόβιων μικροοργανισμών. Εφόσον υπάρχει συλλογή πύου ή εν τω βάθει λοίμωξη που επεκτείνεται προς την πύελο, πρέπει, ταυτόχρονα με την έναρξη της αντιμικροβιακής θεραπείας, να υπάρ-

χει κάλυψη και για τα αναερόβια μικρόβια. Η αντιμικροβιακή αγωγή συνεχίζεται μέχρις ότου η ασθενής παραμείνει απύρετη για 24 έως 48 ώρες. Αν παρουσιασθεί σηπτικό shock, ο χειρουργικός καθαρισμός και η θεραπεία με αντιβιοτικά πρέπει να συνοδεύονται από εντατική ιατρική υποστήριξη για την πολυοργανική συστηματική βλάβη^(7,8).

ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΤΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΛΙΠΩΔΗ ΙΣΤΟΥ ΤΗΣ ΠΥΕΛΟΥ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΗΜΑ

Μολονότι η παρουσία φλεγμονής στο πεδίο της επέμβασης είναι φυσιολογική κατά τη διάρκεια της διεργασίας της επούλωσης του τραύματος, η ανάπτυξη πυελικής λοίμωξης του κυτταρολιπώδη ιστού ή αποστήματος δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής του κλινικού ιατρού, έτσι ώστε να γίνει έγκαιρη διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση. Η πυελική κυτταρίτιδα εκδηλώνεται, συχνά, με επίταση του άλγους στο υπογάστριο, με αυξημένη κοιλιακή έκκριση από το κοιλιακό κολόβωμα και με ήπια πυρετική κίνηση. Η πυελική εξέταση και το υπερηχογράφημα δεν ανιχνεύουν μάζα. Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ενός αντιβιοτικού. Η αρχική παρεντερική χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να συνεχισθεί με τη χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα, μέχρις ότου η ασθενής να παραμείνει απύρετη για 24 έως 48 ώρες. Εφόσον η πυελική εξέταση και το υπερηχογράφημα ή η αξονική τομογραφία αποκαλύψουν την παρουσία συλλογής υγρού στη θέση της επέμβασης, πρόκειται, συνήθως, για επιμολυσμένο αιμάτωμα ή για απόστημα του κοιλιακού κολοβώματος. Στην περίπτωση αυτή, ταυτόχρονα με τη χορήγηση αντιβιοτικών, πρέπει να γίνεται και παροχέτευση της συλλογής. Η παροχέτευση επιτυγχάνεται με αμβλεία διάνοιξη της περιοχής του κοιλιακού κολοβώματος για τη διάσπαση των συμφύσεων, που θα επιτρέψει την εκροή του πύου και του αιματώματος. Η διεργασία αυτή γίνεται με ήπια καταστολή ή με ελαφρά γενική αναισθησία της ασθενούς. Εναλλακτική επιλογή αποτελεί η παροχέτευση με βελόνη ή με καθετήρα, υπό υπερηχογραφική καθοδήγηση, ή με τη βοήθεια αξονικού τομογράφου⁽⁹⁾.

ΕΝΔΟΜΗΤΡΙΤΙΔΑ ΤΗΣ ΛΟΧΕΙΑΣ

Η ενδομητρίτιδα της λοχείας είναι σχετικά συχνή επιπλοκή της καισαρικής τομής, ιδιαίτερα εάν υπήρχε λοίμωξη του αμνιακού υγρού πριν από τον τοκετό. Η ενδομητρίτιδα της λοχείας εκδηλώνεται με πυρετό (θερμοκρασία $>38^{\circ}\text{C}$ σε δύο ή περισσότερες μετρήσεις ύστερα από το πρώτο 24ωρο, ή $>38,5^{\circ}\text{C}$ σε μία μέτρηση) και με ευαισθησία της μήτρας. Η κατάσταση αυτή μπορεί να εξελιχθεί σε σηπτική καταπληξία στις πιο βαριές περιπτώσεις. Είναι ενδεχόμενος ο σχηματισμός αποστήματος, εφόσον υπάρχει μολυσμένο αιμάτωμα στον κρημνό της ουροδόχου κύστης ή στον πλατύ σύνδεσμο. Η αντιμικροβιακή θεραπεία, που πρέπει να περιλαμβάνει

κάλυψη για τα αναερόβια μικρόβια από την αρχή, είναι αναγκαία μέχρις ότου η ασθενής είναι απύρετη και χωρίς συμπτώματα για 24 έως 48 ώρες^(8,9).

ΣΗΠΤΙΚΗ ΠΥΕΛΙΚΗ ΘΡΟΜΒΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑ

Η εμφάνιση σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας πρέπει να ελέγχεται στη μετεγχειρητική ασθενή και στη λεχωίδα, εφόσον ο πυρετός συνεχίζεται, παρόλο που έχει χορηγηθεί η κατάλληλη παρεντερική αγωγή με αντιβιοτικά για 72, τουλάχιστον, ώρες. Η ασθενής, εκτός από τα κλασικά σημεία της λοίμωξης, μπορεί να παρουσιάζει πόνο στο ανώτερο τμήμα του μηρού, καθώς και οίδημα με ευαισθησία στο κάτω άκρο, εφόσον υπάρχει λαγονομηριαία θρόμβωση. Εάν υπάρχει θρόμβωση στην ωοθηκική φλέβα, κατά την εξέταση της κοιλιάς ενδέχεται να γίνει αντιληπτή η παρουσία ευαίσθητης χορδής. Στο παρελθόν, η διάγνωση της σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας στηριζόταν στην απουσία εντοπισμένων σημείων φλεγμονής και στην ανταπόκριση στη θεραπεία με ηπαρίνη. Σήμερα, η διάγνωση τεκμηριώνεται με την αξονική ή τη μαγνητική τομογραφία^(10,11).

Η θεραπεία της σηπτικής πυελικής θρομβοφλεβίτιδας είναι φαρμακευτική και όχι χειρουργική. Σε πολλές περιπτώσεις, η ασθενής συνεχίζει να βελτιώνεται εφόσον παραταθεί η θεραπεία με τα αντιβιοτικά χωρίς αντιπηκτική αγωγή⁽¹¹⁾. Εναλλακτικά, επιλέγεται η συνέχιση της αντιβιοτικής κάλυψης για αερόβια και αναερόβια βακτήρια, με ταυτόχρονη χορήγηση ηπαρίνης ενδοφλεβίως. Η αγωγή συνεχίζεται έως ότου η ασθενής παραμείνει απύρετη και σε καλή κλινική κατάσταση για 24 έως 48 ώρες. Η υποχώρηση του πυρετού επέρχεται, συνήθως, σε 24 έως 48 ώρες ύστερα από την έναρξη της χορήγησης της ηπαρίνης, ενώ, σε άλλες περιπτώσεις, απαιτείται πιο παρατεταμένη θεραπεία για την πλήρη ίαση. Μολονότι, παλαιότερα, η ηπαρίνη συνεχιζόταν για 5 έως 7 ημέρες ύστερα από την υποχώρηση του πυρετού, η σημερινή άποψη είναι ότι η ηπαρίνη πρέπει να συνεχίζεται μέχρις ότου η ασθενής παραμείνει απύρετη και σε καλή κλινική κατάσταση. Η συνέχιση της παρεντερικής χορήγησης ηπαρίνης με αντιπηκτικά από το στόμα δεν κρίνεται απαραίτητη⁽¹¹⁾.

ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

Η διάγνωση ανάπτυξης μετεγχειρητικής λοίμωξης τίθεται όταν διαπιστωθούν:

- Πόνος και ευαισθησία στην περιοχή της λοίμωξης.
- Θερμοκρασία $>38^{\circ}\text{C}$ σε δύο μετρήσεις, με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 6 ωρών, ή $>38,5^{\circ}\text{C}$ σε μία μόνο μέτρηση.

Εφόσον αναπτυχθεί φλεγμονή του χειρουργικού τραύματος, ενδέχεται να εμφανισθούν ερύθημα του δέρματος, διήθηση του υποδόριου ιστού ή έκκριση από το τραύμα. Στις περιπτώσεις με λοίμωξη ή απόστημα

του κυτταρολιπώδη ιστού της πυέλου διαπιστώνεται εκτεταμένη διήθηση ή μάζα, κατά την εξέταση από τον κόλπο ή το ορθό, αντίστοιχα. Η διάγνωση ενισχύεται από την παρουσία λευκοκυττάρωσης ($>13.000/\text{mm}^3$, με $>90\%$ πολυμορφοπύρρηνα λευκοκύτταρα). Όψιμα σημεία αποτελούν η θετική καλλιέργεια στο αίμα ή η θετική καλλιέργεια από την τομή, το εγχειρητικό πεδίο ή την αποστηματική κοιλότητα.

Τονίζεται ότι σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνονται προσπάθειες διάκρισης της λοίμωξης από τη φλεγμονή, εφόσον αυτό είναι εφικτό. Στην καθημερινή κλινική πράξη χορηγείται, συχνά, εμπειρική θεραπεία για την προστασία της ασθενούς, όταν υπάρχουν ήπια συμπτώματα και σημεία λοίμωξης. Στις εντοπισμένες λοιμώξεις, η απλή παροχέτευση μπορεί να επαρκεί για την ίαση της ασθενούς. Σε περίπτωση, όμως, που διαπιστωθεί απόστημα ή συλλογή υγρού, είναι απαραίτητη η επισταμένη παροχέτευση τους. Η θεραπεία με αντιβιοτικά χορηγείται ταυτόχρονα. Η χορήγηση αντιβιοτικών μπορεί να διακοπεί προσωρινά, μέχρις ότου ληφθεί δείγμα από το πύον για καλλιέργεια.

Οι επιλογές των αντιβιοτικών που θα χρησιμοποιηθούν συνεχώς αυξάνονται. Στόχο της θεραπείας αποτελεί η κάλυψη από τα ενδογενή βακτηρίδια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, εμπλέκονται πολλά είδη βακτηριδίων, στα οποία περιλαμβάνονται αερόβιοι και αναερόβιοι μικροοργανισμοί. Η βελτίωση της κλινικής κατάστασης μπορεί να επιτευχθεί ακόμη και όταν η χορήγηση του αντιβιοτικού καλύπτει κάποια και όχι όλα τα βακτηρίδια που υπάρχουν στη μολυσμένη περιοχή. Η διενέργεια καλλιέργειας για όλα τα αναερόβια βακτηρίδια είναι, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, χρονοβόρα και δαπανηρή. Έτσι, η καλλιέργεια, συνήθως, δεν γίνεται και το θεραπευτικό σχήμα επιλέγεται πριν γίνουν γνωστά τα αποτελέσματά της. Το αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται για προφύλαξη πρέπει, ίσως, να αποφεύγεται για τη συνέχιση της θεραπείας. Μπορεί, ωστόσο, να αποτελέσει μέρος συνδυασμού φαρμάκων που αποτελούν το θεραπευτικό σχήμα, ιδιαίτερα εφόσον η προφυλακτική δόση χορηγήθηκε μία φορά, πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων.

Στην περίπτωση που η θεραπεία είναι αποτελεσματική, η υποχώρηση του πυρετού επέρχεται, συνήθως, σε 48 έως 72 ώρες. Εφόσον ο πυρετός δεν υποχωρήσει, πρέπει να γίνει επανεκτίμηση της ασθενούς και των αποτελεσμάτων των καλλιεργειών, ενώ, ταυτόχρονα, ενδείκνυται αλλαγή των αντιβιοτικών. Επιπλέον, πρέπει να γίνει λεπτομερής έλεγχος για την παρουσία αποστήματος, γενικευμένης λοίμωξης, τρώσης κοίλου σπλάγχνου που δεν έγινε αντιληπτή και αιτίων πυρετού που δεν σχετίζονται με τη λοίμωξη. Ο «πυρετός από τα φάρμακα» πρέπει να θεωρείται πιθανός σε ασθενή

που έλαβε αντιβιοτικά παρεντερικά αλλά ο πυρετός παραμένει, και η οποία εμφανίζει ηωσινοφιλία στο λευκοκυτταρικό τύπο και δεν έχει εντοπισμένα σημεία λοίμωξης. Στην περίπτωση αυτή, τα αντιβιοτικά πρέπει να διακοπούν και η ασθενής να παρακολουθείται, αναμένοντας την υποχώρηση του πυρετού. Εάν ο πυρετός συνεχίζεται, πρέπει να εξετασθεί το ενδεχόμενο χορήγησης ηπαρίνης, ως εμπειρικής θεραπείας για πιθανή σηπτική θρομβοφλεβίτιδα.

Η θεραπεία με αντιβιοτικά διαρκεί μέχρις ότου η ασθενής καταστεί άπυρη και ασυμπτωματική για 24 έως 48 ώρες. Τα τελευταία χρόνια, γίνεται προσπάθεια μείωσης της χρονικής διάρκειας της νοσηλείας στο νοσοκομείο, εφόσον οι ασθενείς βρίσκονται σε καλή κλινική κατάσταση και επιδεικνύουν συμμόρφωση στη συνέχιση της θεραπείας εκτός νοσοκομείου. Για την ολοκλήρωση της θεραπείας στο σπίτι, χορηγούνται αντιβιοτικά από το στόμα. Εφόσον, όμως, η ασθενής έχει ανταποκριθεί στην παρεντερική θεραπεία με αντιβιοτικά, είναι άπυρη και σε καλή γενική κατάσταση, δεν κρίνεται απαραίτητη η χορήγηση αντιβιοτικών από το στόμα. Η παρατεταμένη χορήγηση αντιβιοτικών σε ασθενείς που είναι άπυρες και ασυμπτωματικές πρέπει να αποθαρρύνεται, με σκοπό την αποφυγή ανεπιθύμητων παρενεργειών και ανάπτυξης ανθεκτικών βακτηριδίων^(12,13).

Summary

Roussos D, Goutzioulis F, Katsikis I, Piouka A, Petropoulos P, Panidis D

Prevention, diagnosis and treatment of postoperative infections in obstetrics and gynecology

Hellen Obstet Gynecol 18(1): 76-80, 2006

Bacterial contamination of the operative site is a common occurrence in obstetrics and gynecology. The widespread use of antibiotic prophylaxis has reduced but not eliminated serious postoperative infections. For most operations, a single dose of a limited-spectrum drug has been as effective as a multidose regimen. In the differential diagnosis it is important to consider cellulitis, abscess, necrotizing fasciitis and septic pelvic thrombophlebitis. Abscess and necrotizing fasciitis are expected to require invasive therapy in addition to antibiotics, while cellulitis and septic pelvic thrombophlebitis should respond to medical management alone. Although a postoperative fever is a warning sign of possible infection, it may also be caused by the antibiotics that are given for treatment. The use of prolonged courses of antibiotics once the patient is clinically well is discouraged.

Key words: Abscess, antibiotics, cellulitis, fasciitis, fever, thrombophlebitis.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML. Guideline for prevention of surgical site infection. Infect Control Hosp Epidemiol 1999; 20:247-80.
2. Mittendorf R, Aronson MP, Berry RE. Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: a meta-analysis of antibiotic prophylaxis. Am J Obstet Gynecol 1993; 169:1119-24.
3. Carlson C, Duff P. Antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: is an extended spectrum agent necessary? Obstet Gynecol 1990; 76:343-6.
4. Hager WD, Schuchat A, Gibbs R. Prevention of perinatal group B streptococcal infection: current controversies. Obstet Gynecol 2000; 96:141-5.
5. Stone H, Martin JD. Synergistic necrotizing cellulitis. Ann Surg 1972; 175:702-11.
6. Stephenson H, Dotters DJ, Katz V. Necrotizing fasciitis of the vulva. Am J Obstet Gynecol 1992; 166:1324-7.
7. Sudarsky LA, Laschinger JC, Coppa GF. Improved results from a standardized approach in treating patients with necrotizing fasciitis. Ann Surg 1987; 206:661-5.
8. diZerega G, Yonekura L, Roy S. A comparison of clindamycin-gentamicin and penicillin-gentamicin in the treatment of post-cesarean section endometritis. Am J Obstet Gynecol 1979; 134:238-42.
9. Brumfield CG, Hauth JC, Andrews WW. Puerperal infection after cesarean delivery: evaluation of a standardized protocol. Am J Obstet Gynecol 2000; 182:1147-51.
10. Brown CEL, Lowe TW, Cunningham FG. Puerperal pelvic thrombophlebitis: impact on diagnosis and treatment using X-ray computed tomography and magnetic resonance imaging. Obstet Gynecol 1986; 68:789-94.
11. Brown CE, Stettler RW, Twickler D. Puerperal septic pelvic thrombophlebitis: incidence and response to heparin therapy. Am J Obstet Gynecol 1999; 181:143-8.
12. Hager WD, Pascuzzi M, Vernon M. Efficacy of oral antibiotics following parenteral antibiotics for serious infections in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol 1989; 73:326-9.
13. Larsen JW, Hager DW, Livengood CH, Hoyme U. Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of postoperative infections. Infect Dis Obstet Gynecol 2003; 11:65-70.