

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Συστηματική φλεγμονώδης απάντηση σε έδαφος αποστήματος βαρθολίνειου αδένου: παρουσίαση περίπτωσης

Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Στ. Γκριτζέλη, Ι. Μπουρνούδη, Χ. Καρδάση, Ι. Οικονόμου, Κ. Τζήμα, Γ. Κοντόπουλος

Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φλεγμονή του βαρθολίνειου αδένου ή οξεία βαρθολινίτιδα με τον σχηματισμό κύστεων ή αποστημάτων είναι ένα συχνό γυναικολογικό πρόβλημα που στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζεται χωρίς η ασθενής να χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ωστόσο, υπάρχουν εξαιρετικά σπάνια περιστατικά οξείας βαρθολινίτιδας που μπορεί να επιπλακούν, προκαλώντας ακόμη και συστηματική φλεγμονώδη απάντηση (SIRS). Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην παρουσίαση ενός περιστατικού SIRS επί εδάφους αποστήματος του βαρθολίνειου αδένου που αντιμετωπίστηκε στην Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Λέξεις ευρετηρίου: βαρθολίνειοι αδένες, απόστημα, SIRS

Δ. Μητσάκου, Σ. Κουβελάς, Στ. Γκριτζέλη, Ι. Μπουρνούδη, Χ. Καρδάση, Ι. Οικονόμου, Κ. Τζήμα, Γ. Κοντόπουλος. Συστηματική φλεγμονώδης απάντηση σε έδαφος αποστήματος βαρθολίνειου αδένου: παρουσίαση περίπτωσης. *Επιστημονικά Χρονικά* 2022; 27(1): 144-150

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία βαρθολινίτιδα παρά το γεγονός ότι αποτελεί ιδιαίτερα συχνό γυναικολογικό πρόβλημα, χωρίς την κατάλληλη ιατρική αντιμετώπιση μπορεί να επιπλακεί απειλώντας ακόμη και τη ζωή της ασθενούς. Η διαχείριση πρέπει να περιλαμβάνει τη διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος με τοποθέτηση παροχέτευσης εντός της κοιλότητας και αποστολή του περιεχομένου της κύστης για καλλιέργεια, ώστε να δοθεί η σωστή αντιμικροβιακή θεραπεία. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων το

μικρόβιο που ευθύνεται για την λοίμωξη είναι το *E. Coli*, ωστόσο στη βιβλιογραφία έχουν περιγραφεί και πολλά άλλα μικρόβια, τόσο αερόβια όσο και αναερόβια.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ασθενής 40 ετών προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας λόγω εμπόρετου έως 38,7 οC από δώρου, 2 διαρροϊκών κενώσεων και 8 εμετικών επεισοδίων. Από το ατομικό

αναμνηστικό της ανέφερε υδρονέφρωση κατά την διάρκεια της πρώτης της εγκυμοσύνης και φλεγμονή βαρθολίνειου αδένα αριστερά από εβδομάδος. Η ασθενής υπεβλήθη σε παρακέντηση του αδένα κατά την επίσκεψη της στον προσωπικό της γυναικολόγο, 2 φορές, χωρίς να σταλεί το περιεχόμενο για καλλιέργεια, με την πρώτη προ εβδομάδας και τη δεύτερη 8 ώρες πριν την προσέλευση στο τμήμα επειγόντων. Ανέφερε λήψη αμοξυκιλλίνης/κλαβουλανικού από 6ημέρου. Δεν ανέφερε τη συστηματική λήψη άλλων φαρμάκων, δεν κάπνιζε και δεν καταλάωνε αλκοόλ. Εμφάνιζε αλλεργία στην παρακεταμόλη.

Τα ζωτικά της σημεία κατά την προσέλευσή της ήταν τα εξής: αρτηριακή πίεση 130/80 mmHg, SpO₂ 97%, 90 σφύξεις/λεπτό και θερμοκρασία 37,7°C.

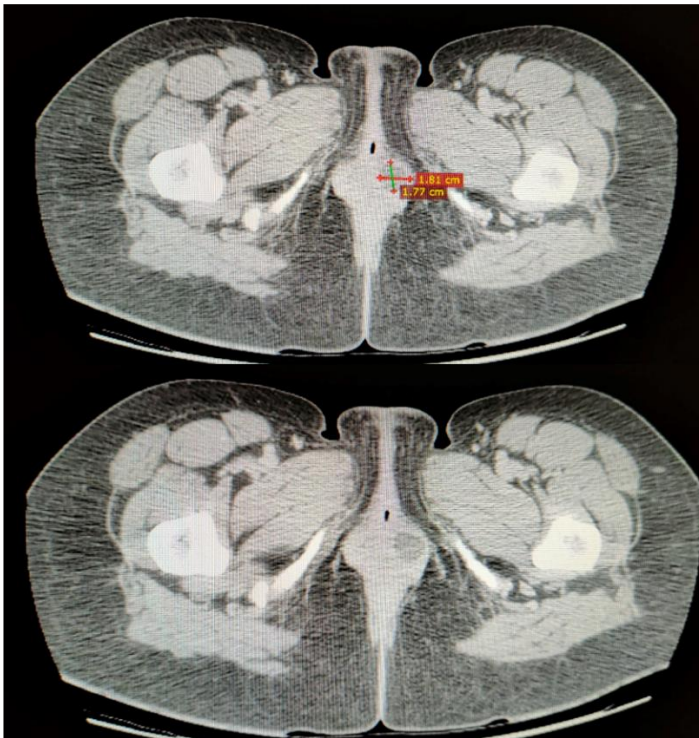
Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά σημεία από την ακρόαση των πνευμόνων και της καρδιάς, η κοιλία της ήταν μαλακή, ευπίεστη και ανώδυνη με παρουσία εντερικών ήχων. Επίσης έγινε διενέργεια PCR test για COVID-19 το οποίο ήταν αρνητικό.

Η ασθενής κατά την προσέλευση παρουσίαζε τα ακόλουθα εργαστηριακά ευρήματα:

WBC 22.620/dl	Αέριο αίματος:
NEUT% 94,3	pH 7,463
HGB 10,4	pCO ₂ 27,4 mmHg
HCT% 30.8	pO ₂ 116,0 mmHg
PLT 118.000/dl	Glu 91 mg/dl
CRP 112	Lac 1,4 mmol/L
PCT 32,97	HCO ₃ 19,8 mmol/L
D-DIMERS 20	BE-ecf -4,1 mmol/L
APTT 37,3	
INR 1,9	

Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ευρέθη χωρίς αξιοσημείωτα παθολογικά ευρήματα.

Έγινε άμεσα εισαγωγή της ασθενούς στην Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση λόγω της εικόνας συστηματικής φλεγμονώδους απάντησης (SIRS) που παρουσίαζε. Τέθηκε σε ενδοφλέβια ενυδάτωση και αντιμικροβιακή αγωγή με σιπροφλοξασίνη, τεϊκοπλανίνη και μετρονιδαζόλη και διενεργήθηκε πλήρης απεικονιστικός έλεγχος. Από την ακτινογραφία θώρακα δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα, ενώ έγινε και υπερηχογράφημα καρδιάς που επίσης ήταν φυσιολογικό. Από την αξονική άνω και κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό προέκυψε το εξής εύρημα: υπόπυκνη περιοχή με διαστάσεις 18,1 x 17,7 χιλιοστά στα έξω γεννητικά όργανα αριστερά, πιθανά απόστημα βαρθολίνειου αδένα (Εικόνα 1).



Εικόνα 1. Αξονική άνω και κάτω κοιλίας με σκιαγραφικό, όπου απεικονίζεται απόστημα βαρθολινείου αδένα αριστερά, διαστάσεων 1,81 x 1,77 εκατοστά.

Ζητήθηκε άμεσα γυναικολογική εκτίμηση λόγω του γυναικολογικού ιστορικού και μη εύρεσης άλλης εστίας που να δικαιολογεί την εικόνα SIRS της ασθενούς.

Από την επισκόπηση των γυναικολογικών οργάνων ανευρέθη εξέρυθρο και οιδηματώδες το χείλος του αιδοίου αριστερά, με ψηλάφηση επώδυνης κύστης που κλιδάζε στην ανατομική περιοχή του σύστοιχου βαρθολινείου αδένα. Η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση ήταν επώδυνη κατά την ψηλάφηση των έσω γεννητικών οργάνων, ενώ στο διακολπικό υπερηχογράφημα υπήρχε παρουσία υγρού στον δουλγάσειο χώρο, με μήτρα και ωοθήκες φυσιολογικών διαστάσεων

και χωρίς παρουσία παθολογικών ευρημάτων εξ αυτών.

Έγινε μεταφορά της ασθενούς στην γυναικολογική κλινική για περαιτέρω αντιμετώπιση. Αποφασίσθηκε άμεσα η διάνοιξη και η παροχέτευση του βαρθολινείου αδένα, υπό στείρες συνθήκες και με τοπική αναισθησία.

Μετά από διάνοιξη του αποστήματος με νυστέρι, προέκυψε εκροή άφθονου πυώδους περιεχομένου από το οποίο ελήφθησαν καλλιέργειες. Έγινε διάσπαση των διαφραγματιών και πλήρης παροχέτευση της συλλογής με άμεση ανακούφιση της ασθενούς από το άλγος. Τοποθετήθηκε παροχέτευση στην περιοχή και το τραύμα παρέμεινε ανοικτό. Λόγω των αναφερόμενων διαρροϊκών επεισοδίων ελήφθη επίσης καλλιέργεια κοπράνων. Η ασθενής συνέχισε το τριπλό σχήμα αντιμικροβιακής αγωγής εν αναμονή των αποτελεσμάτων των καλλιιεργειών, καθώς δεν είχε αποκλειστεί ακόμη η πιθανότητα συνύπαρξης ψευδομεμβρανώδους κολίτιδας ταυτόχρονα με την οξεία βαρθολινίτιδα, με σταδιακή βελτίωση της εργαστηριακής και της κλινικής εικόνας της.

Η καλλιέργεια κοπράνων ήταν στείρα, ενώ στην καλλιέργεια του αποστήματος αναπτόχθηκε *Escherichia Coli*. Με γνώμονα το αντιβιογράμμα (Εικόνα 2) έγινε τροποποίηση της αντιμικροβιακής αγωγής με συνέχιση της σιπροφλοξασίνης και διακοπή της μετρονιδαζόλης και της τεϊκοπλανίνης. Η ανταπόκριση της ασθενούς μετά την παροχέτευση του αποστήματος υπήρξε άμεση και εντυπωσιακή τόσο κλινικά όσο και

ΑΝΑΠΤΥΞΗ : 1. Escherichia coli

Ημ/νια & ώρα αποτελέσματος :

Αντιβιοτικό	MIC	Ευαισθησία
Ampicillin/Sulbactam		S
Amikacin	<=2	S
Ampicillin	8	S
Amoxicillin		S
Amoxicillin/Clavulanic Acid	<=2	S
Ceftazidime	<=1	S
Cefaclor		S
Cefotaxime	<=1	S
Cefoxitin	<=4	S
Ciprofloxacin	<=0.25	S
Nitrofurantoin	<=16	S
Gentamicin	<=1	S
Imipenem	<=0.25	S
Nalidixic Acid	<=2	S
Ofloxacin	<=0.25	S
Piperacillin/Tazobactam	<=4	S
Trimethoprim/Sulfamethoxazole	<=20	S
Ticarcillin	<=8	S
Tobramycin	<=1	S
Cefalotin	16	I
Ertapenem	<=0.5	S

Εικόνα 2. Το αντιβιογράμμα της καλλιέργειας του αποστήματος.

εργαστηριακά. Εξήλθε 7 ημέρες μετά την εισαγωγή της με οδηγίες για την συνέχιση της σπιροφλοξασίνης για άλλες 7 ημέρες.

ΣΧΟΛΙΟ

Οι βαρθολίνειοι αδένες βρίσκονται στο οπίσθιο τμήμα της εισόδου του κόλπου, εκατέρωθεν και συμμετρικά [1]. Έχουν μέγεθος περίπου 0,5 εκατοστά. Παράγουν βλέννη συμβάλλοντας στην εφύγραση του κόλπου. Αν για κάποιο λόγο ο βαρθολίνειος αδένας αποφραχθεί, η βλέννη συσσωρεύεται εντός αυτού δημιουργώντας έναν κυστικό σχηματισμό, ο οποίος μπορεί να επιμολυνθεί σχηματίζοντας απόστημα [1]. Απόστημα μπορεί να σχηματιστεί και χωρίς να προηγηθεί κυστικός σχηματισμός στον βαρθολίνειο

αδένα. Αυτή η περίπτωση μάλιστα είναι 3 φορές συχνότερη από τον σχηματισμό κύστης και οφείλεται σε πολυμικροβιακούς παράγοντες που μπορεί να είναι είτε αερόβιοι είτε αναερόβιοι [1,2]. Περίπου το 2% των γυναικών θα αναπτύξουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους κύστη ή απόστημα στην περιοχή του βαρθολίνειου αδένα [1].

Το μικρόβιο που απομονώνεται συχνότερα είναι η *Escherichia Coli* [2,3]. Αυτό συνέβη και στην δική μας περίπτωση. Η απομόνωση αναερόβιων είναι σπανιότερη, με συχνότερα αναερόβια τα *Bacteroides spp.* Τα *Chlamydia trachomatis* και στελέχη *Streptococcus* έχουν ενοχοποιηθεί σε σπανιότερες περιπτώσεις [2,4]. Μελέτες από την Ιαπωνία τα τελευταία 20 χρόνια, έδειξαν αυξημένα ποσοστά απομόνωσης *Streptococcus pneumoniae* και *Haemophilus influenzae* σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες [2]. Η αύξηση αυτή πιστεύεται ότι οφείλεται στην αλλαγή των σεξουαλικών συνηθειών [2,3]. Σύμφωνα με τις ίδιες μελέτες, σε πάνω από τις μισές περιπτώσεις βαρθολινίτιδας απομονώνονται περισσότεροι από ένας παθογόνοι μικροοργανισμοί, αερόβιοι και αναερόβιοι [3]. Πιστεύεται ότι οι αναερόβιοι μικροοργανισμοί μεταφέρονται από την χλωρίδα του κόλπου και ενισχύουν την παθογονικότητα των αερόβιων [4].

Η οξεία βαρθολινίτιδα αποτελεί πολύ συχνή γυναικολογική λοίμωξη [2,5]. Η κλινική εικόνα εξαρτάται από το μέγεθος της κύστης [1]. Αν είναι μικρή και χωρίς φλεγμονή τότε μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά. Αν όμως η κύστη είναι μεγάλη σε μέγεθος ή υπάρχει παρουσία αποστήματος, η ασθενής παρουσιάζει έντονο άλγος στην περιοχή του

Πίνακας 1: Διαφορική Διάγνωση [1]

κύστη του Gartner	λίπωμα	υδραδενίτιδα
κύστη του Skene	ενδομητρίωση	γονόρροια
λιπώδης κύστη	εκκόλπωμα ουρήθρας	σύφιλη
λειομόωμα	έκτοπο μαστικό ιστό	αιδοιίτιδα
υδραδένωμα	συρίγγιο	κονδυλώματα
αιμάτωμα	θυλακίτιδα	κακοήθεια

αιδοίου, με δυσπαρενία και δυσκολία να μένει σε καθιστή θέση. Κατά την αντικειμενική εξέταση ψηλαφάται επώδυνη ερυθματώδης και οιδηματώδης μάζα στην περιοχή του Bartholinian αδένου. Σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να γίνει αυτόματη ρήξη και παροχέτευση του αποστήματος με εκροή πυώδους υγρού και άμεση ανακούφιση της γυναίκας.

Η διάγνωση τίθεται κλινικά. Ωστόσο, σε γυναίκες άνω των 40 ετών θα πρέπει να διενεργείται παροχέτευση της κύστης, εκτομή αυτής και αποστολή της προς ιστολογική εξέταση προς αποκλεισμό κακοήθειας [1]. Η διαφορική διάγνωση φαίνεται στον Πίνακα 1.

Η θεραπεία της οξείας Bartholinianitis είναι η διάνοιξη και παροχέτευση του αποστήματος με αποστολή του περιεχομένου για καλλιέργεια. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων χορηγούνται επίσης αντιμικροβιακά φάρμακα εν αναμονή των

αποτελεσμάτων της καλλιέργειας, τα οποία και τροποποιούνται εν συνεχεία βάσει του αντιβιογράμματος που θα προκύψει από την καλλιέργεια. Γυναίκες με οξεία Bartholinianitis, με ή χωρίς τη δημιουργία αποστήματος, ενδέχεται να χρειαστούν νοσηλεία σε νοσοκομείο προκειμένου να λάβουν ενδοφλέβια χημειοπροφύλαξη ή/και να γίνει διάνοιξη και παροχέτευση της αποστηματικής συλλογής. Ωστόσο είναι εξαιρετικά σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες η γυναίκα θα παρουσιαστεί με εικόνα σήψης ως επιπλοκή [6,7], ενώ έχουν περιγραφεί ακόμη και περιπτώσεις οξείας νεκρωτικής περιτονίτιδας του περινέου [8].

Τέλος, η χρόνια Bartholinianitis εμφανίζεται ως ανώδυνη κύστη, πλήρης από ορώδες ή οροπυώδες υγρό. Και σε αυτήν την περίπτωση η θεραπεία είναι η διάνοιξη και παροχέτευση του αδένου με μαρσιποποίηση προκειμένου να αποφευχθεί η υποτροπή [1]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Omole F, Kelsey RC, Phillips K, Cunningham K. Bartholin Duct Cyst and Gland Abscess: Office Management. *Am Fam Physician*. 2019 Jun 15;99(12):760-766.
2. Tanaka K, Mikamo H, Ninomiya M, et al. Microbiology of Bartholin's gland abscess in Japan. *J Clin Microbiol*. 2005;43(8):4258-4261.
3. Parvathi S, Imara AS, Thoduka TG. Bartholinitis caused by *Streptococcus pneumoniae*: Case report and review of literature. *Indian J Pathol Microbiol [serial online]* 2009 [cited 2021 Dec 13];52:265-6.
4. Choquet M, Pluquet E, Castelain S, Guihéneuf R, Decroix V. Bartholinitis due to *Aggregatibacter aphrophilus*: a case report. *BMC Infect Dis*. 2016 Oct 18;16(1):574.
5. Illingworth B, Stocking K, Showell M, Kirk E, Duffy J. Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess: a systematic review. *BJOG*. 2020 May;127(6):671-678.
6. Lopez-Zeno JA, Ross E, O'Grady JP. Septic shock complicating drainage of a Bartholin's gland. *Obstet Gynecol*. 1990: 915-916.
7. Chêne G, Tardieu AS, Nohuz E, Rabischong B, Favard A, Mage G. Complications postopératoires des bartholinites aiguës. A propos de deux cas [Postoperative complications of Bartholin's duct abscess. About two cases]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2006 Jul-Aug;34(7-8):615-8.
8. Kdous M, Hachicha R, Iraqui Y, Jacob D, Piquet PM, Truc JB. Fasciite nécrosante du périnée secondaire à un traitement chirurgical d'un abcès de la glande de Bartholin [Necrotizing fasciitis of the perineum secondary to a surgical treatment of Bartholin's gland abscess]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005 Nov;33(11):887-90.
9. Cobo F, Rodríguez-Granger J, Sampedro A, Navarro-Marí JM. Bartholin's abscess due to *Dialister micraerophilus* in a woman presenting with repetitive bartholinitis episodes. *Med Mal Infect*. 2018 May;48(3):225-226.

CASE REPORT

Systematic infection response syndrome caused by acute bartholinitis: a case report

D. Mitsakou, S. Kouvelas, St. Gkritzeli, I. Bournoudi, C. Kardasi, I. Oikonomou, K. Tzima, G. Kontopoulos

Obstetrics and Gynecology Department, General Hospital of Larissa, Greece

ABSTRACT

Bartholinitis, with or without abscess formation, is one of the most common problems in the gynecologic field. In most of the cases, bartholinitis is treated without the patient to require emergency admission to the hospital. However, there are extremely rare cases of acute bartholinitis that can be complicated, even causing SIRS. The present study aims to present a case of SIRS on the ground of an abscess of the bartholin gland that was treated at the Obstetrics and Gynecology Clinic of the General Hospital of Larissa.

Keywords: bartholin glands, abscess, SIRS

D. Mitsakou, S. Kouvelas, St. Gkritzeli, I. Bournoudi, C. Kardasi, I. Oikonomou, K. Tzima, G. Kontopoulos. Systematic infection response syndrome caused by acute bartholinitis: a case report. *Scientific Chronicles* 2022; 27(1): 144-150
