

Χρυσούλα Σιάρκου-Μαργιούλα,
Θεμιστοκλής Δαγκλής
Γ' Μαιευτική και Γυναικολογική κλινική,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Αλληλογραφία:
Δρ Θεμιστοκλής Δαγκλής
Μαιευτήρας Γυναικολόγος
Ειδικός στον προγεννητικό έλεγχο
Γ' Μαιευτική-Γυναικολογική κλινική, Α.Π.Θ.
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

e-mail: dagklis@auth.gr

Οξύ πυελικό άλγος σε γυναίκα με αρνητικό Test Κύησης

Περίληψη

Ως οξύ πυελικό άλγος ορίζεται κάθε άλγος στην κάτω κοιλία ή την πυελική χώρα που διαρκεί λιγότερο από 3 μήνες. Τα αίτια του οξέος πυελικού άλγους είναι πολλά και σχετίζονται με διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Τα γυναικολογικά αίτια διακρίνονται στα σχετιζόμενα με κύηση, δηλαδή η αποβολή και η έκτοπη κύηση, και στα με σχετιζόμενα με κύηση όπως η ρήξη κύστης ωοθήκης, συστροφή ωοθήκης, δυσμηνόρροια, φλεγμονώδης νόσος της πυέλου, ενδομητρίωση, λειομύωμα και νεοπλάσματα. Η διαφορική διάγνωση του οξέος πυελικού άλγους είναι ιδιαίτερα δυσχερής τόσο λόγω της πληθώρας των αιτιών, όσο και της μη ειδικής συμπτωματολογίας. Η διαγνωστική προσέγγιση του οξέος πυελικού άλγους περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, καθώς και τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο της ασθενούς. Ο απεικονιστικός έλεγχος σε μια ασθενή με οξύ πυελικό άλγος και αρνητικό test κύησης περιλαμβάνει την απλή ακτινογραφία κοιλίας, για τον αποκλεισμό πιθανών οξέων χειρουργικών καταστάσεων (π.χ. ειλεός), τον υπερηχογραφικό έλεγχο και σε κάποιες περιπτώσεις την αξονική ή τη μαγνητική τομογραφία. Το υπερηχογράφημα αποτελεί σημαντικό όπλο στη διαγνωστική φαρέτρα, καθώς είναι μια εύκολη εξέταση, διαθέσιμη, χωρίς ακτινοβολία, με χαμηλό κόστος. Ιδιαίτερα δε το διακολπικό υπερηχογράφημα είναι ίσως το σημαντικότερο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση των γυναικολογικών παθήσεων, αφού προσφέρει άμεση απεικόνιση της μήτρας και των ωοθηκών.

Λέξεις - κλειδιά: Οξύ πυελικό άλγος, γυναικολογικό υπερηχογράφημα, φλεγμονώδης νόσος πυέλου, συστροφή ωοθήκης, ρήξη κύστης ωχρού σωματίου

Εισαγωγή

Ως οξύ πυελικό άλγος ορίζεται κάθε άλγος στην κάτω κοιλία ή την πυελική χώρα που διαρκεί λιγότερο από 3 μήνες.¹ Αποτελεί κοινή αιτία προσέλευσης ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ειδικότερα για τον γυναικείο πληθυσμό, υπολογίζεται ότι 4 στις 10 ασθενείς προσέρχονται στο ιατρείο αιτιώμενες οξύ πυελικό άλγος.²

Τα αίτια του οξέος πυελικού άλγους είναι πολλά και σχετίζονται με διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού (Πίνακας 1). Σε ό,τι αφορά τα γυναικολογικά αίτια³, αυτά είναι:

- Αποβολή
- Έκτοπη κύηση
- Ρήξη ωοθήκης
- Συστροφή κύστης ωοθήκης
- Ρήξη αιμορραγικού ωχρού σωματίου
- Δυσμηνόρροια
- Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου
- Ενδομητρίωση
- Λειομύωματα
- Νεοπλάσματα

Η διαφορική διάγνωση του οξέος πυελικού άλγους είναι ιδιαίτερα δυσχερής τόσο λόγω της πληθώρας

των αιτίων, όσο και της μη ειδικής συμπτωματολογίας. Ο γυναικολόγος καλείται να απαντήσει αφενός στο ερώτημα εάν το αίτιο του άλγους είναι γυναικολογικό και αφετέρου εάν χρήζει επείγουσας αντιμετώπισης.

Η διαγνωστική προσέγγιση του οξέος πυελικού άλγους περιλαμβάνει τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, καθώς και τον εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο της ασθενούς.^{4,9} Από το ιστορικό ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δίδεται στις πληροφορίες που αφορούν στην παρούσα νόσο και ειδικότερα στην ακριβή εντόπιση και τις πιθανές αντανακλάσεις του άλγους, την έναρξη, την πορεία και τον χαρακτήρα του, καθώς και την πιθανή συνοδό συμπτωματολογία (κολπική αιμόρροια, ναυτία, έμετος, κ.ά.). Ιδιαίτερη θέση κατέχει και το γυναικολογικό και μαιευτικό ιστορικό της ασθενούς, καθώς η ημερομηνία της τελευταίας εμμηνορρυσίας, ο χαρακτήρας του εμμηνορρυσιακού κύκλου, το ιστορικό των σεξουαλικών επαφών, το μαιευτικό ιστορικό, αλλά και πληροφορίες για παρελθούσες γυναικολογικές ή μαιευτικές επεμβάσεις προσφέρουν σημαντικά στη διαφορική διάγνωση του οξέος πυελικού άλγους. Η λήψη του ιστορικού θα πρέπει πάντα να ολοκληρώνεται με πληροφορίες σχετικά με το ατο-

Πίνακας 1. Αίτια οξέος πυελικού άλγους

<p>ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αποβολή • Έκτοπη κύηση • Ρήξη κύστης ωοθήκης • Συστροφή ωοθήκης • Ρήξη αιμορραγικού ωχρού σωματίου • Δυσμηνόρροια • Φλεγμονώδης νόσος της πυέλου • Ενδομητρίωση • Λειομύωματα • Νεοπλάσματα 	<p>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Σκωληκοειδίτιδα • Εκκολπωματίτιδα • Δυσκοιλιοπάθεια • Αποφρακτικός ειλεός • Γαστρεντερίτιδα • Περιεσφιγμένη κήλη • Νόσος του Crohn • Ελκώδης κολίτιδα • Συστροφή εντέρου • Εγκολεασμός εντέρου • Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου
<p>ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κυστίτιδα • Ουρηθρίτιδα • Πυελονεφρίτιδα • Λιθίαση • Νεόπλασμα 	<p>ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αιμάτωμα κοιλιακού τοιχώματος • Φλεγμονή κοιλιακού τοιχώματος • Τραύμα • Κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου • Κάταγμα σπονδυλικής στήλης • Κήλη • Αρθρίτιδα • Νεόπλασμα
<p>ΑΓΓΕΙΑΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Μεσεντέριος ισχαιμία • Κρίση δρεπανοκυτταρικής αναιμίας • Νεόπλασμα 	<p>ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έρπης ζωστήρας • Κοιλιακή επιληψία • Κοιλιακή ημικρανία • Κατάθλιψη • Νεόπλασμα

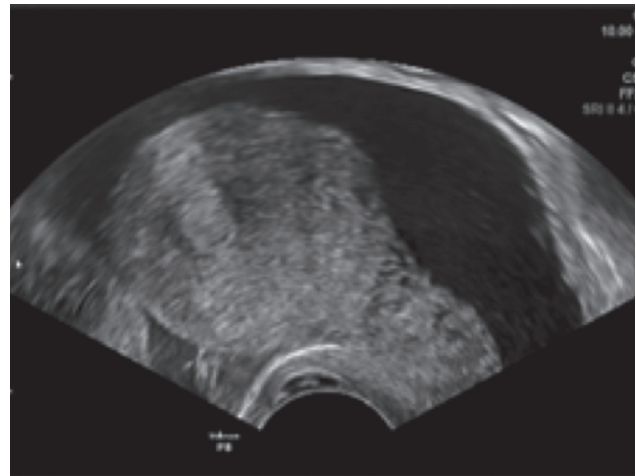
μικό (παθολογικό και χειρουργικό) ιστορικό, αλλά και τις πιθανές κληρονομικές παθήσεις.

Η κλινική εξέταση μιας ασθενούς με οξύ πυελικό άλγος θα πρέπει να ξεκινά πάντα με τον έλεγχο των ζωτικών σημείων, ώστε επί ενδείξεων (π.χ. ταχυκαρδία, υπόταση) να γίνεται άμεση έναρξη της αντιμετώπισης με την εξασφάλιση δυο περιφερικών φλεβικών γραμμών και την χορήγηση υγρών. Κατά την επισκόπηση, εξετάζεται η πιθανή ύπαρξη διάτασης, εκχύμωσης, ερυθήματος, ορατής μάζας αλλά και ουλών. Ακολουθεί η ψηλάφηση, επιτολής και εν τω βάθει, αρχίζοντας από τη μη πάσχουσα περιοχή και καταλήγοντας σταδιακά στην πάσχουσα. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίδεται σε σημεία περιτοναϊκού ερεθισμού καθώς και στην ύπαρξη εντοπισμένης αλλά και αναπηδώσας ευαισθησίας. Η ακρόαση των εντερικών ήχων συμπληρώνει πάντοτε την ορθή κλινική εξέταση.

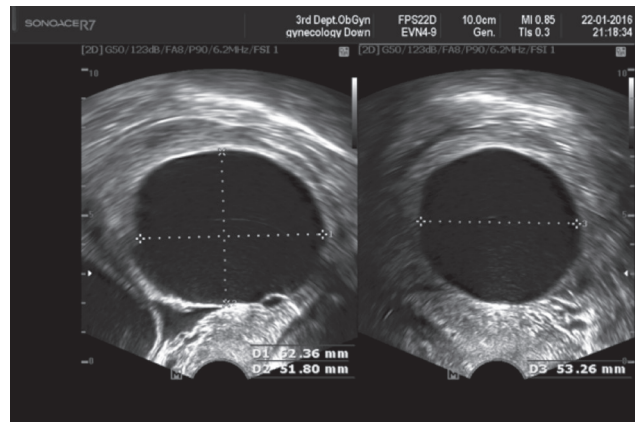
Σε ό,τι αφορά τη γυναικολογική εξέταση, αυτή περιλαμβάνει την επισκόπηση των έξω γεννητικών οργάνων για την ανίχνευση εκδορών, οιδήματος ή και δυσχρωμιών, καθώς επίσης την εξέταση του κόλπου και του τραχήλου για την πιθανή ύπαρξη μη φυσιολογικού εκκρίματος, τραυματισμού, ξένου σώματος, σημείων φλεγμονής, πολυπόδων ή και άλλων μαζών.¹ Τέλος, η αμφίχειρη γυναικολογική εξέταση παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την ύπαρξη φλεγμονής (θετικό σημείο μετακίνησης του τραχήλου), αλλά και την ύπαρξη μαζών τόσο στη μήτρα όσο και στα εξαρτήματα.

Επόμενο βήμα στη διάγνωση του οξέος πυελικού άλγους είναι η διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων. Βασική συνιστώσα του εργαστηριακού ελέγχου αποτελεί η διενέργεια test κύησης σε κάθε γυναίκα αναπαραγωγικής ηλικίας, ώστε να αποκλειστούν επείγουσες καταστάσεις όπως η έκτοπη κύηση.¹⁰ Ο εργαστηριακός έλεγχος συμπληρώνεται απαραίτητα από πλήρη αιματολογικό έλεγχο και τη γενική ούρων. Από τον αιματολογικό έλεγχο ιδιαίτερα αξιολογούνται ο αριθμός των λευκών αιμοσφαιρίων και ο τύπος τους, καθώς επίσης η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης, για την εκτίμηση παρουσίας φλεγμονής ή αναιμίας.

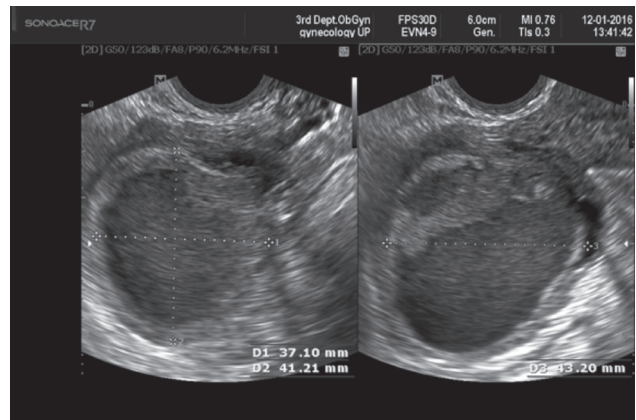
Ο απεικονιστικός έλεγχος σε μια ασθενή με οξύ πυελικό άλγος και αρνητικό test κύησης περιλαμβάνει την απλή ακτινογραφία κοιλίας, για τον αποκλεισμό πιθανών οξέων χειρουργικών καταστάσεων (π.χ. ειλεός), τον υπερηχογραφικό έλεγχο και σε κάποιες περιπτώσεις την αξονική ή τη μαγνητική τομογραφία.¹ Το υπερηχογράφημα αποτελεί σημαντικό όπλο στη διαγνωστική φαρέτρα, καθώς είναι μια



Εικόνα 1. Παρουσία υγρού στον δονηλάσσειο χώρο



Εικόνα 2. Ωοθυλακική κύστη



Εικόνα 3. Αιμορραγική κύστη ωχρού σωματίου

εύκολη εξέταση, συνήθως άμεσα διαθέσιμη, χωρίς ακτινοβολία και με χαμηλό κόστος.¹¹ Ιδιαίτερα δε το διακολπικό υπερηχογράφημα είναι ίσως το σημαντικότερο εργαλείο στη διαφορική διάγνωση των γυναικολογικών παθήσεων καθώς προσφέρει εξαιρετική απεικόνιση της μήτρας και των ωοθηκών. Για

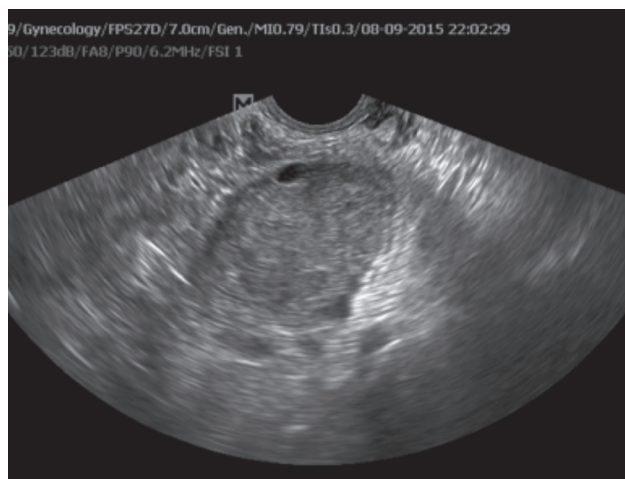
τον λόγο αυτό, ακολουθεί η περιγραφή των υπερηχογραφικών εικόνων των σημαντικότερων γυναικολογικών παθήσεων που είναι δυνατόν να παρουσιαστούν με την κλινική οντότητα του οξέος πυελικού άλγους σε ασθενή με αρνητικό test κύησης.

Ρήξη κύστης ωοθήκης

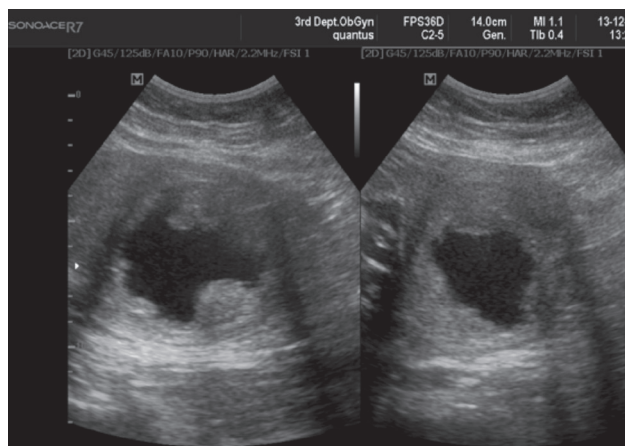
Η κλινική εικόνα της ρήξης κύστης ωοθήκης χαρακτηρίζεται από πυελικό άλγος με οξεία έναρξη, εντοπιζόμενο αρχικά στον σύστοιχο με την κύστη λαγόνιο βόθρο και σταδιακά επεκτεινόμενο σε ολόκληρη την ανατομική περιοχή της κάτω κοιλίας.³ Κατά τον υπερηχογραφικό έλεγχο ανευρίσκεται ελεύθερο υγρό στον ανατομικό χώρο του Douglas (Εικόνα 1), καθώς και παρουσία ωοθηκικής κύστης στην πάσχουσα περιοχή. Ως επί το πλείστον, πρόκειται για λειτουργικές κύστεις, ωοθυλακικές ή ωχρινικές. Οι μεν ωοθυλακικές απεικονίζονται ως μονόχρωμοι σχηματισμοί με ομαλό, λεπτό περίγραμμα, δίχως προσεκβολές ή διαφραγμάτια (Εικόνα 2), οι δε ωχρινικές ως λεπτοτοιχωματικοί σχηματισμοί με ετερογενές περιεχόμενο, λόγω των διαφορετικών ιστών που περιλαμβάνουν (αίμα, ωχρινοποιητικός ιστός, συμπαγής ωοθηκικός ιστός). Σε περίπτωση που η κύστη είναι αιμορραγική (Εικόνα 3), τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι ανάλογα της φάσης στην οποία βρίσκεται. Ειδικότερα, στην αρχή εμφανίζεται ως ανηχοϊκή κύστη, ενώ καθώς το αίμα σχηματίζει θρόμβους, παρατηρούνται ετερογενείς περιοχές αυξημένης ηχογένειας.

Συστροφή ωοθήκης

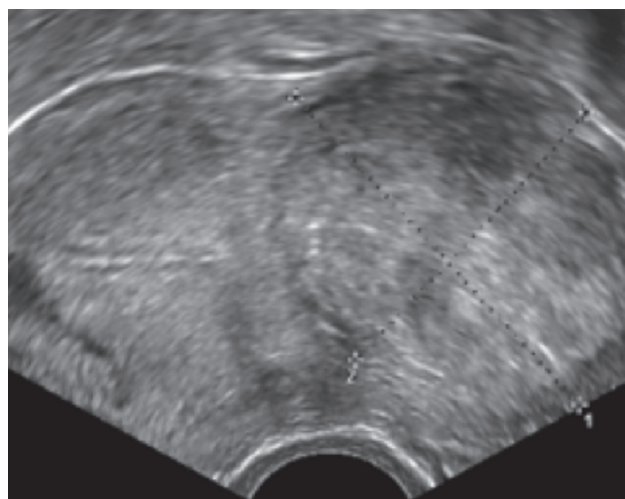
Η συστροφή ωοθήκης εμφανίζεται κλινικά ως ετερόπλευρο οξύ πυελικό άλγος.¹ Το άλγος μπορεί να αντανακλά στην έσω επιφάνεια του σύστοιχου μηρού ενώ μπορεί να συνοδεύεται και από επεισόδια εμέτου. Υπερηχογραφικά συχνά ανευρίσκεται κύστη στην ωοθήκη, διαμέτρου συνήθως άνω των 5 cm, ενώ ολόκληρη η ωοθήκη εμφανίζεται οιδηματώδης (Εικόνα 4). Η χρήση της τεχνικής των Doppler μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση όταν η συστροφή είναι πλήρης, ώστε να προκαλείται πλήρης διακοπή της αιμάτωσης του εξαρτήματος. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ωστόσο, η συστροφή δεν προκαλεί πλήρη διακοπή της αγγείωσης στην ωοθήκη, οπότε η ανεύρεση αγγείωσης δεν μπορεί να αποκλείσει την πιθανότητα της συστροφής. Τέλος, είναι δυνατόν να παρατηρηθεί ποσότητα ελεύθερου υγρού στον δουλάσειο χώρο.



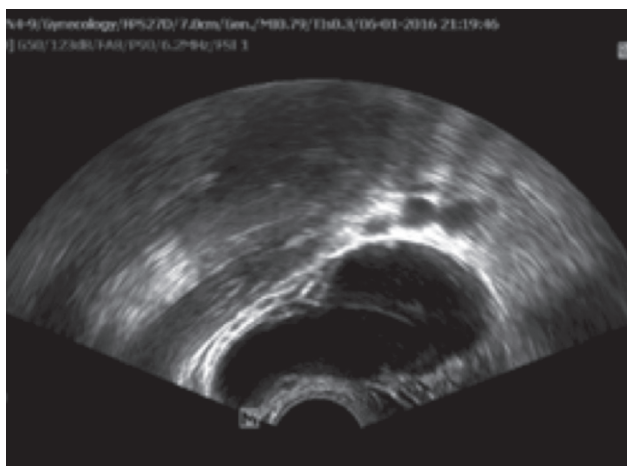
Εικόνα 4. Οιδρηματώδης ωοθήκη λόγω συστροφής



Εικόνα 5. Λειομύωμα εκφυλισμένο



Εικόνα 6. Λειομύωμα τεχθέν



Εικόνα 7. Υδροσάλπιγγα



Εικόνα 8. Πυοσάλπιγγα

Λειομώματα

Ως επί το πλείστον, τα λειομώματα συνοδεύονται από ηπιότερο πυελικό άλγος με χαρακτήρα χρονιότητας. Οξύ πυελικό άλγος παρατηρείται σε περίπτωση εκφύλισης (Εικόνα 5) ή συστροφής μισχωτού ή τεχθέντος λειομώματος (Εικόνα 6). Η υπερηχογραφική εικόνα ενός λειομώματος εξαρτάται από το μέγεθος και την εντόπισή του. Συνήθως απεικονίζονται ως μάζες υπερηχοϊκές και σαφώς αφοριζόμενες και είναι δυνατόν να παραμορφώνουν το σχήμα της μήτρας, ακόμη και να παρεκτοπίζουν το ενδομήτριο. Σε εμμηνοπαυσιακές γυναίκες μπορεί να εμφανίζουν εικόνα μικροεπασβεστώσεων. Με την εφαρμογή του Doppler μπορεί να εκτιμηθεί ως ένα βαθμό η ομαλή αγγείωση του μορφώματος, καθώς και η παρουσία τροφοφόρου αγγείου στην περίπτωση μισχωτού λειομώματος.

Πυελική φλεγμονή

Η κλινική συμπτωματολογία της πυελικής φλεγμο-

νής παρουσιάζει μεγάλη ετερογένεια.¹²⁻¹³ Μπορεί να διαδράμει ασυμπτωματικά, ωστόσο ενδέχεται να παρουσιαστεί με την εικόνα του οξέος πυελικού άλγους ή ακόμη και να συνοδεύεται από πυρετό και βλεννοπυώδεις κολπικές εκκρίσεις. Τα υπερηχογραφικά ευρήματα είναι συνήθως μη ειδικά. Ενδέχεται να μην υπάρχει σημαντική μεταβολή στην υπερηχογραφική εικόνα της μήτρας και των εξαρτημάτων. Επί ύπαρξης υδροσάλπιγγας (Εικόνα 7) ή πυοσάλπιγγας (Εικόνα 8), παρατηρείται διόγκωση και απεικόνιση της πάσχουσας σάλπιγγας με χαρακτηριστικό αλλαντοειδές σχήμα και ανηχοϊκό ή ελαφρά ηχογενές περιεχόμενο. Πιθανό επίσης εύρημα είναι η παρουσία μικρής ποσότητας υγρού στον χώρο του Douglas.

Acute pelvic pain in women with a negative pregnancy test

Siarkou-Margioulas Ch., Dagklis Th.

3rd Department of Ob/Gyn Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Correspondence: Dr Themistoklis Dagklis

Consultant in Maternal Fetal Medicine
3rd Department of Ob/Gyn Aristotle
University of Thessaloniki, Greece,
E-mail: dagklis@auth.gr

Summary

Acute pelvic pain is defined as pain in the lower abdomen or pelvis that lasts less than 3 months. The etiology of acute pelvic pain is diverse as many different organ systems may be affected. Gynecological causes may be associated with pregnancy, namely miscarriage or ectopic pregnancy, or appear in the non-pregnant state, as ovarian cyst rupture, ovarian torsion, dysmenorrhea, pelvic inflammatory disease, endometriosis, leiomyomata or neoplasms. The differential diagnosis of acute pelvic pain is particularly difficult due to the many different possible causes, and also because of the non-specific symptoms. The diagnostic approach includes history taking, physical examination and also laboratory tests and imaging studies. Imaging studies in a patient with acute pelvic pain include an x-ray of the abdomen, to exclude surgical emergencies, ultrasound and in some cases CT or MRI. Ultrasound is a very useful tool as it is easy, readily available, without radiation and low cost. Endovaginal sonography is particularly useful in the differential diagnosis of gynaecological disease as it offers a direct view of the uterus and the ovaries.

Key words: Acute pelvic pain, gynecological ultrasound, pelvic inflammatory disease, ovarian torsion, luteal cyst rupture

Βιβλιογραφία

1. Kruszka PS, Kruszka SJ. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician* 2010;82:141-7.
2. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol*. 1996;87:321-7.
3. Common Questions About the Evaluation of Acute Pelvic Pain. Bhavsar AK, Gelner EJ, Shorma T. *Am Fam Physician*. 2016 Jan 1;93:41-8.
4. Yeh JM, Hook EW III, Goldie SJ. A refined estimate of the average lifetime cost of pelvic inflammatory disease. *Sex Transm Dis*. 2003;30:369-78.
5. Morino M, Pellegrino L, Castagna E, Farinella E, Mao P. Acute nonspecific abdominal pain: a randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg*. 2006;244:881-8.
6. Svare J, Norup P, Grove Thomsen S, et al. Heterotopic pregnancies after in-vitro fertilization and embryo transfer—a Danish survey. *Hum Reprod*. 1993;8:116-8.
7. Sasaki KJ, Miller CE. Adnexal torsion: review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2014;21:196-202.
8. Gao Y, Lee K, Camacho M. Utility of pelvic ultrasound following negative abdominal and pelvic CT in the emergency room. *Clin Radiol*. 2013;68:586-92.
9. Rossi BV, Ference EH, Zurakowski D, et al. The clinical presentation and surgical management of adnexal torsion in the pediatric and adolescent population. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2012;25:109-13.
10. Chard T. Pregnancy tests: a review. *Hum Reprod*. 1992;7:701-10.
11. Ackerman SJ, Irshad A, Anis M. Ultrasound for pelvic pain II: nongynecologiccauses. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2011;38:69-83.
12. Morishita K, Gushimiyagi M, Hashiguchi M, Stein GH, Tokuda Y. Clinical prediction rule to distinguish pelvic inflammatory disease from acute appendicitis in women of childbearing age. *Am J Emerg Med*. 2007;25:152-7.
13. Centers for Disease Control and Prevention, Workowski KA, Berman SM. Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006;55:1-94.