



Università degli Studi di Ferrara

Pelvic Inflammatory Disease
(P.I.D.)

Malattia Infiammatoria Pelvica
(M.I.P.)

P. I. D.

**Patologia flogistica dell' apparato genitale femminile
che coinvolge gli organi riproduttivi, e tende a
diffondersi a tutto il distretto pelvico ed alla sierosa
peritoneale.**

Incremento negli ultimi anni !!!

Si stima che nei paesi industrializzati ed a più alto tenore di vita oltre l' 1% della popolazione femminile tra i 15 ed i 39 aa. ne sia colpita con incidenza massima (20%) tra i 20 e 24 aa. Nei paesi in via di sviluppo l' incidenza è elevatissima (3-10% in India; 15-40% in Africa sub-sahariana;)

P. I. D.

Importante problema sanitario



Ripercussioni sociali



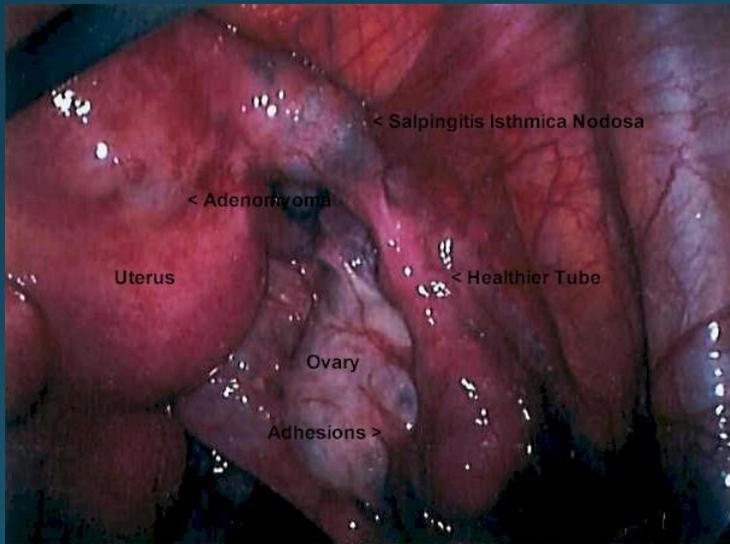
Elevata morbilità:

Infertilità, sterilità, algie pelviche croniche, sindromi aderenziali, dismenorrea, dispareunia, gravidanze ectopiche, infezioni ricorrenti,

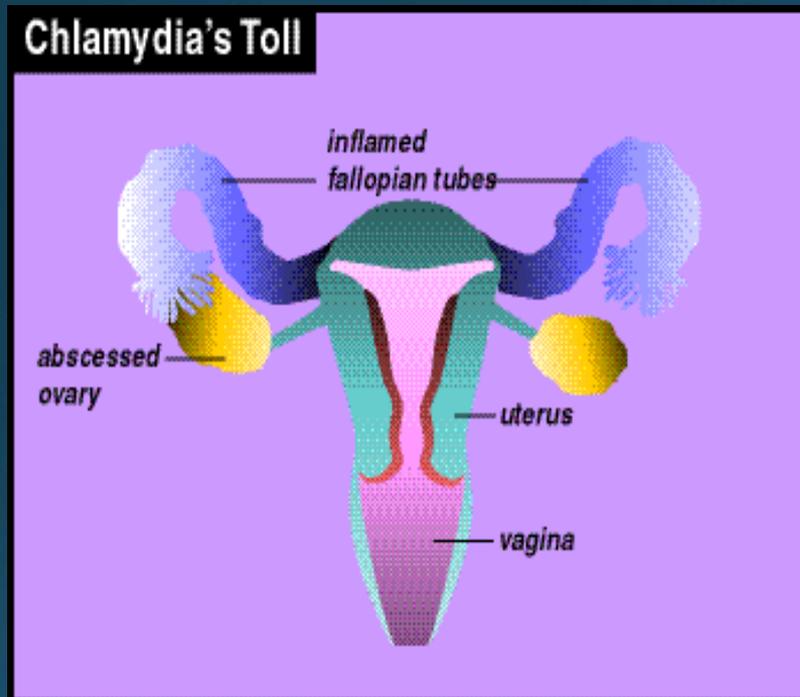
Aspetti clinici

PID

- ✓ Endometrite
- ✓ Parametrite
- ✓ Ovarite
- ✓ Salpingite
- ✓ Ascesso tubo-ovarico
- ✓ Peritonite



Eziologia



Clamydia T.

Neisseria G.

Bacterioides

Peptostreptococchi

Peptococchi

Gardnerella V.

Streptococco

Escherichia C.

Haemophilus I.

Patogenesi

Cerviciti, Parti, Aborti, Revisioni
uterine, ISG, Isteroscopie,
Biopsie endometriali



Diffusione ascendente
dal basso tratto genitale



PID: Fattori favorenti

Ridotto effetto batteriostatico
del muco cervicale in fase mestruale

Mestruazione retrograda

PID: Fattori di rischio

Attività sessuale

Partners multipli

Pregressa PID

Pregressa storia di MST

Contracezione non di barriera

Correlazioni tra MST e PID

- ❑ La PID colpisce prevalentemente donne sessualmente attive, mentre è rara in quelle che non hanno una vita sessuale
- ❑ La PID è rara in età prepuberale e post-menopausale
- ❑ La > parte dei microrganismi isolati dalle tube di donne con salpingite sono agenti a trasmissione sessuale
- ❑ In una larga percentuale di PID in donne giovani è stato possibile dimostrare una relazione causale fra MST e comparsa di una salpingite acuta
- ❑ Il 10-19% di donne con gonorrea cervicale sviluppa una salpingite acuta
- ❑ La distribuzione per età delle donne con salpingite acuta corrisponde a quella di donne con MST del tratto genitale inferiore
- ❑ L'incidenza della PID e delle sue complicanze è in rapporto all'attività sessuale ed al numero dei partners

P. I. D.

Diagnosi complessa:

*Nessun rilievo anamnestico,
fisico o di laboratorio
singolarmente preso
è allo stesso tempo sensibile e
specifico
per diagnosi di PID.*

P. I. D.

Sintomi vaghi, aspecifici, lievi (60%)

Casi asintomatici (25- 30%)
(PID *silente*)

Sintomi più comuni:

- febbre
- dolore addominale/pelvico
- leucorrea

P. I. D.

Sintomi non specifici:

Spotting

Dismenorrea

Dispareunia profonda

Affaticamento

Anoressia

Nausea

Vomito

Pollachiuria

Disuria

Amenorrea

test di laboratorio e indagini strumentali

Formula leucocitaria, VES

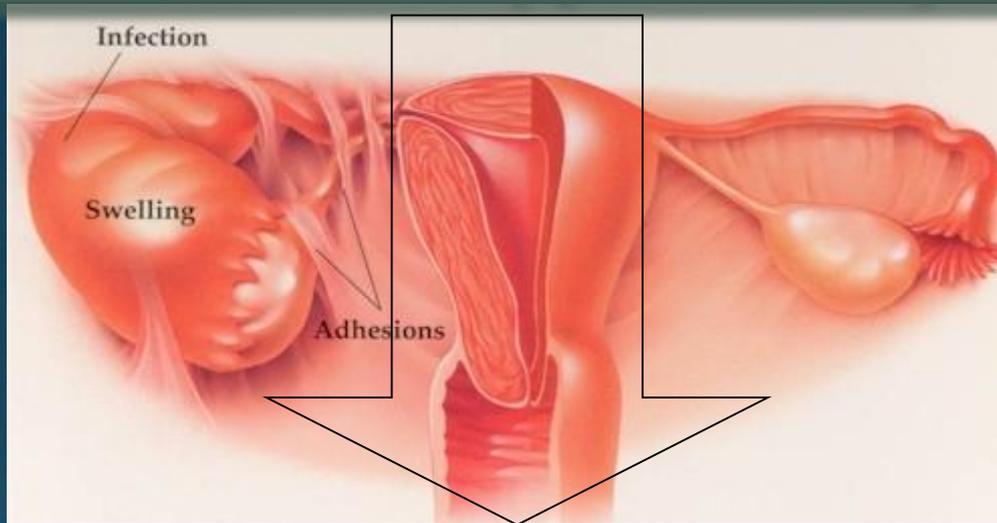
Striscio a fresco del muco cervicale

Esame colturale cervicale

Ecografia pelvica
(TAC pelvica)

Laparoscopia

PID: Il ritardo nella diagnosi e
nel trattamento
favorisce lo sviluppo di complicanze



Infertilità

Dolore pelvico cronico

Gravidanza ectopica

Linee guida CDC - 1998

Criteria minimi

- Dolorabilità dei quadranti addominali inferiori
- Dolorabilità regioni annessiali
- Dolorabilità ai movimenti della cervice

Linee guida CDC - 1998

Criteria addizionali

- ✓ Temperatura > 38,3° C
- ✓ Secrezioni vaginali o cervicali anomale
- ✓ VES, Proteina C-reattiva elevate
- ✓ Esame colturale positivo per infezione cervicale da Neisseria G. o Chlamydia T.

Linee guida CDC - 1998

Criteria di certezza

- ✓ Evidenza istopatologica di endometrite
(*biopsia endometriale*)
- ✓ Evidenza ecografica di Sactosalpinge o
accesso tubo-ovarico
- ✓ Visione diretta laparoscopica

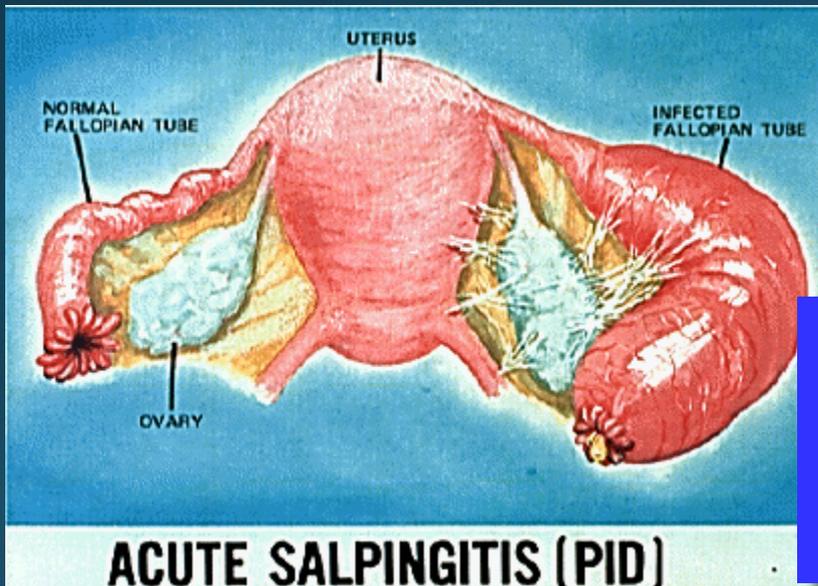
PID: complicanze

Gravidanza ectopica

rischio aumentato di 7 volte

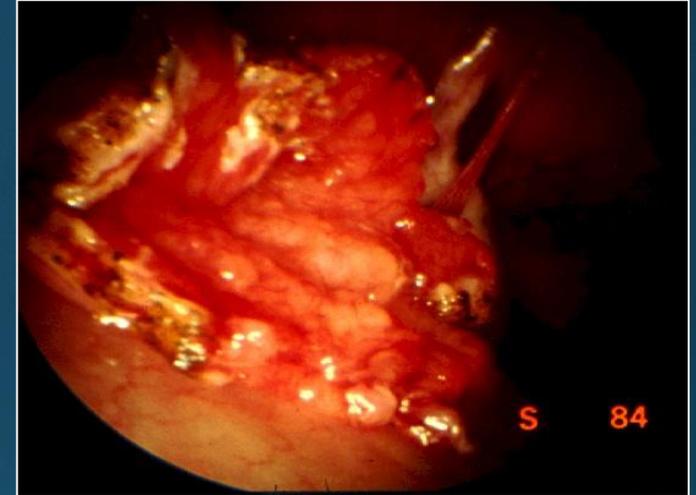
Infertilità

12% dopo un episodio
25% dopo due episodi
50% dopo tre o più episodi



PID: complicanze a breve e lungo termine

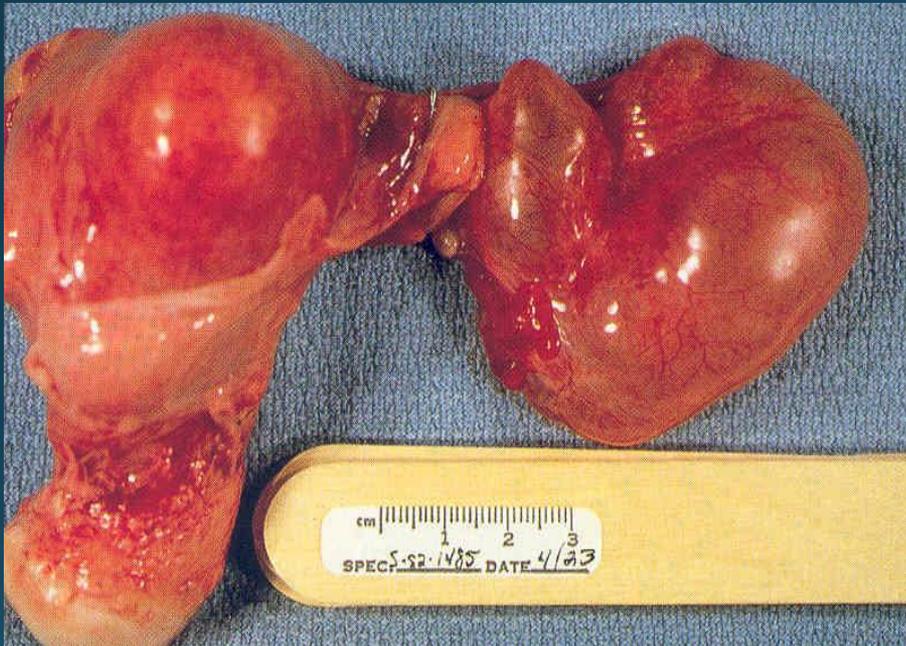
Infertilità
Ascessi tubo-ovarici
Dispareunia
Aderenze pelviche
Idrosalpinge
Gravidanza ectopica



15-25%
di tutti i
casi

Complicanze *Idrosalpinge*

asintomatica



compressione pelvica
dolore pelvico cronico
dispareunia profonda



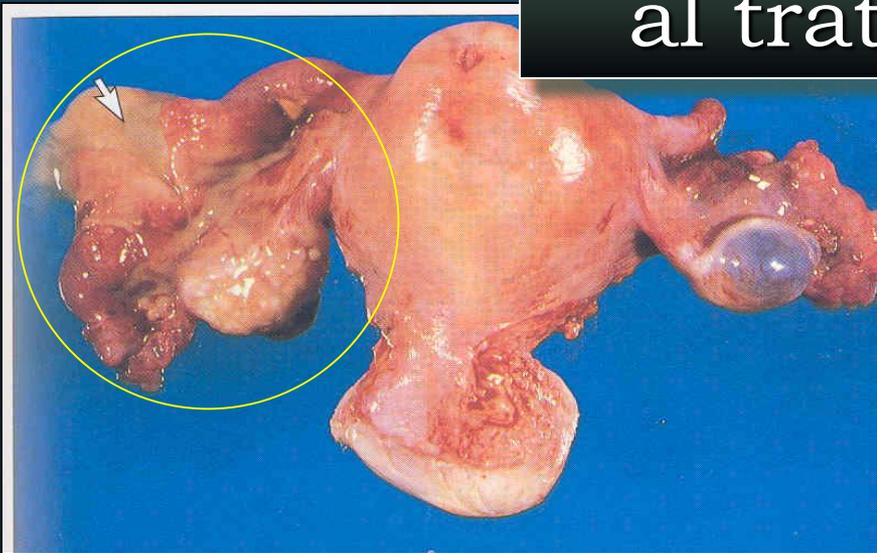
Trattamento chirurgico

PID: complicanze

Ascesso tubo-ovarico

Circa 15% dei casi di salpingite

12-13% dei casi non risponde
al trattamento antibiotico



Terapia chirurgica

Ascesso tubo-ovarico

Rottura spontanea

Emergenza chirurgica

aggravamento del dolore addominale
nausea/vomito
segni di peritonite
shock

Trattamento

Linee guida CDC (2002)

Ospedalizzazione

- Addome acuto
 - Ascesso
 - Gravidanza
 - Mancata risposta alla terapia domiciliare
 - Stato generale compromesso
 - Nausea e vomito
 - Febbre elevata
 - Immunodeficienza
 - Dubbio diagnostico
-

PID- Management

- Razionale terapia:
 - Empirica
 - Ampio spettro
 - Efficace vs *C. Trachomatis* e *N. Gonorrhoeae*

PID- Management 1- Im / orale- CDC 2015

Recommended Intramuscular/Oral Regimens

Ceftriaxone 250 mg IM in a single dose

PLUS

Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days

WITH* or WITHOUT

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days

OR

Cefoxitin 2 g IM in a single dose and **Probenecid**, 1 g orally administered concurrently in a single dose

PLUS

Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days

WITH or WITHOUT

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days

OR

Other parenteral third-generation **cephalosporin** (e.g., ceftizoxime or cefotaxime)

PLUS

Doxycycline 100 mg orally twice a day for 14 days

WITH* or WITHOUT

Metronidazole 500 mg orally twice a day for 14 days

PID- Management 2 – Parenterale – CDC 2015

Recommended Parenteral Regimens

Cefotetan 2 g IV every 12 hours

PLUS

Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

OR

Cefoxitin 2 g IV every 6 hours

PLUS

Doxycycline 100 mg orally or IV every 12 hours

OR

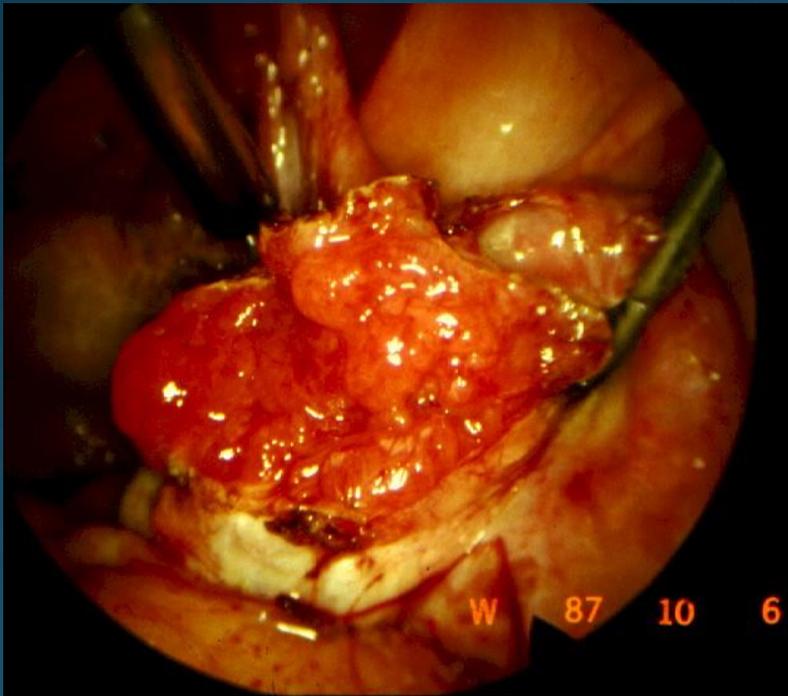
Clindamycin 900 mg IV every 8 hours

PLUS

Gentamicin loading dose IV or IM (2 mg/kg), followed by a maintenance dose (1.5 mg/kg) every 8 hours. Single daily dosing (3–5 mg/kg) can be substituted.

Trattamento chirurgico

Linee guida CDC (2002)



Casi complicati,
persistenti,
che non rispondono
alla terapia
antibiotica

Gestione del partner

Mancato
trattamento
del partner
(rapporti nei 60
giorni precedenti
esordio sintomi)



Rischio di
recidiva

Diffusione della
MST

Il trattamento della paziente con PID deve essere considerato inadeguato senza un'accurata valutazione e gestione del partner.

Conclusioni

- La PID non complicata può essere trattata anche in regime ambulatoriale
 - con terapia antibiotica e stretto follow-up clinico e strumentale
 - Richiedono il trattamento chirurgico:
 - gli ascessi che non rispondono alla terapia;
 - le aderenze sintomatiche;
 - le raccolte asettiche tubariche sintomatiche
-