

Tuba ovarian abse: 61 olgunun değerlendirilmesi

Önder Kaplan, Mehmet Güney, Murat Yüksel.

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Isparta.

Özet

Amaç: Tuba ovarayan abse'de klinik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek, tedavi yöntemlerini incelemektir. **Materyal ve metod:** Mart 1998 – Aralık 2011 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde yatırılıp tedavisi yapılan 61 olgu retrospektif olarak incelendi. Olguların klinik özellikleri, risk faktörleri ve tedavi yöntemleri araştırıldı. **Bulgular:** Tuba ovarian abse öncesinde tedavi edilmemiş pelvik İnflamatuvar hastalık öyküsüne %54 (n=33) hastada rastlandı. Rahim içi araç kullanım süresine bakıldığında ortalama 10±4,1 yıl olarak görüldü. Hastaların %60'nın (n=37) multipar olduğu izlendi. Tanı anında ve perioperatif dönemde yapılan ultrason ve bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre Tuba ovarian abse kitlelerinin çapları ortalama 7,1±2,7 cm olarak görüldü (r=2-15cm). Olguların tanı alıp operasyona alınma süresi incelendiğinde 2,4±1,3 gün olarak bulundu. **Sonuçlar:** Mortalite ve morbidite yönünden önemli bir hastalık olan Tuba ovarian absede hastanın yaşı, gebelik istemi ve klinik tablo göz önünde bulundurularak hastaya en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tubaovaryan Abse, Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Medikal Tedavi, Cerrahi Tedavi

Abstract

Tuboovarian Abscess, Analysis of 61 cases

Objective: The Aim of this study is to evaluate clinical and laboratory results of tuboovarian abscess and to investigate treatment modalities. **Material and Methods:** 61 cases admitted to department of obstetric and gynecology, medical faculty of Suleyman Demirel University between 1998 and 2011 were analysed retrospectively. The clinical presentation, risk factors and treatment methods were examined. **Results:** Untreated pelvic inflammatory disease history were observed in 54% (n=33) of the patients, before the diagnosis of tuboovarian abscess. Intrauterine device use was an average of 10±4,1 years. 60% (n=37) of patients were multipar. The mean diameters of tuboovarian abscess were 7,1±2,7 cm (r=2-15cm) according to ultrasound and computed tomography results in perioperative period and the time of the diagnosis. The elapsed time to go to surgery in cases which performed the operation after the diagnosis were found as 2,4±1,3 days. **Conclusion:** The tuboovarian abscess is an important disease in terms of mortality and morbidity in which patient's age, pregnancy desire and clinical state should be taken into account In order to select the optimal method of treatment.

Key Words: Tuboovarian abscess, Pelvic Inflammatory Disease, Medical Treatment, Surgical Treatment.

Giriş

Tuba ovaryan abse (TOA) genellikle akut ve kronik pelvik inflamatuvar hastalık (PID) sonrası komplikasyon olarak ortaya çıkmaktadır. PID, üreme dönemindeki kadınlarda daha sık izlenmektedir. Yıllık 1 milyon kadın PID nedeni ile tedavi almakta ve yaklaşık 200,000 hastanın hastaneye yatışı gerekmektedir (1,2). PID genellikle reproduktif dönemde izlenmektedir (3). 20 – 40 yaş aralığı en riskli yaş aralığını oluşturmaktadır (4). Hastaların

%59'dan daha fazlasının nullipar olduğu gözlenmiştir (1). PID ve TOA aerobik ve anaerobik bakterilerin eşlik ettiği polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Neisseria gonorrhoea ve Chlamydia trachomatis'in sıklıkla abse patogeneğinde etken olduğu düşünülse de genellikle etken olarak Escherichia Coli ve Bacteroides türleri izole edilmiştir(2). Neisseria gonorrhoea nadiren kültürde üretilmiştir. C. Trachomatis ise intrasellüler çoğalan bir organizma olduğu için kültürü yapılamamıştır (5). PID sonrası infertilite gelişme riski %15 olarak izlenmiştir. Tekrarlayan PID sonrası ise bu oran yükselmektedir. 3'ten fazla tekrarlaması durumunda ise bu oran %75 ve üzerine çıkmaktadır.

Yazışma Adresi: Arş. Gör. Dr. Önder Kaplan
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Isparta
Tel: 0544-5444555, 0246-2112162
E-mail: flonderkaplan@hotmail.com

Müracaat tarihi: 20.03.2012
Kabul tarihi: 04.05.2012

Ayrıca tekrarlayan PID ektopik gebelik riskini de artırmaktadır (6). PID'in görülme sıklığı seksüel geçişli hastalıkların artışı ile artmıştır. PID tanısı konulup hospitalize edilen hastaların %34'ünde TOA 'ya rastlanmaktadır. Son yıllarda TOA' nin mortalitesi azalmıştır. Ancak oluşturduğu morbidite içinde infertilite, ektopik gebelik, kronik pelvik ağrı, ovaryan ven trombozu, pelvik tromboflebit örnek gösterilebilir. Tedavide antibiyoterapi kabul görse de abse duvarından antibiyotiklerin geçişinin zor olması nedeni ile sonuçların iyi olmadığı bildirilmiştir. Antibiyoterapi sonrasında vakaların %25'inde cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmuştur (7). Bu nedenle laparotomi yada laparoskopi ile absenin yada adnekslerin çıkarılması önerilmiştir (8). Genç hastalar için koruyucu cerrahinin ön planda olması nedeni ile laparotomi gold standart haline gelmiştir (9). Tedavi edilmeyen olgularda rüptür ve ölümle sonuçlanabilen peritonit ve sepsis komplikasyonları ortaya çıkmaktadır (10). Çalışmanın amacı kliniğimizde TOA tedavisi gören hastaların retrospektif olarak klinik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek ve uygulanan tedavi yöntemleri ve sonrasında gelişen komplikasyonları incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Mart 1998 ile temmuz 2010 tarihlerinde arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde TOA tanısı konulmuş olan ve tedavisi yapılan 61 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Olguların başvuru anındaki şikayetleri, yaşları, gebelik sayıları, yakın zamanda geçirilmiş jinekolojik yada intraabdominal operasyon öyküsü, rahim içi aracı kullanım süresi kaydedildi. Hastaların genel ve fizik muayene bulguları not edildi. Çeşitli görüntüleme yöntemleri ile kitlenin çapı ve karakterleri incelendi. Hastalara uygulanmış operasyonlar; hastaların yaşına ve gebelik koruyucu istemlerine göre değerlendirildi. Preoperatif ve postoperatif dönemde kullanılan antibiyoterapi, postoperatif dönem hastanede yatış süresi, vital bulguları, dren takipleri incelendi.

Bulgular

Çalışmada toplam 61 olgu incelendi. En sık başvuru nedeni %72 (n=44) karında alt kadran ağrısı olarak gözlemlendi. %67 (n=41) alt kadran ağrısı eşliğinde olan lökositoz ve 38 derece üstü ateş tabloya eşlik etmekte idi. %34 (n=21) alt kadran ağrısına eşlik eden lökore görüldü. Hastaların %60 (n=37) multipar, %29 (n=18) primipar, %9 (n=6) nullipar, %6 (n=4)

cinsel yönden aktif olmayan hasta grubu oluşturdu. Hastaların %19 (n=12) menopozda idi. Olguların %22 (n=14) RİA varlığı tespit edildi. Tanı anında ve perioperatif dönemde yapılan ultrason ve bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre hastaların kitlelerinin çapları ortalama $7,1 \pm 2,7$ cm olarak izlendi ($r=2-15$ cm). Hastaların ortalama yaşı $45,57 \pm 20,1$ yıl olarak görüldü. %54 (n=33) hastada TOA öncesi tedavi edilmemiş PID öyküsüne rastlandı. RİA kullanım süresine bakıldığında ortalama $10 \pm 4,1$ yıl olarak görüldü. RİA tipleri arasında en sık enfekte olan tip bakırlı RİA olarak izlendi. Hastalardan %22 (n=14) TOA ile PID aynı anda tanısı konulmuş olup medikal tedavisine başlanıp cerrahi işlem uygulanmıştır. 12 hastada (%19) intraabdominal cerrahi öyküsü mevcut olup; 1 olgu 2 ay öncesinde apendektomi, 1 olgu 1 ay önce laparotomi ile myomektomi, 2 olgu sekonder amenore 1 olgu primer amenore nedeni ile diagnostik laparoskopi, 6 olgu son 4 ay içinde sezaryan öyküsü olduğu izlendi. Kronik hastalık paterni incelendiğinde 4 hastada tip 2 diabetes mellitus, 1 hastada tip 1 diabetes mellitus, 2 hastada kronik böbrek yetmezliği saptandı. Olguların tanı alıp operasyona alınma süresi incelendiğinde $2,4 \pm 1,3$ gün olarak bulundu. Hastaların yaşı, genel durumu ve gebelik istemi göz önünde bulundurularak yapılan cerrahi prosedürde; gebelik istemi olan 42 hastaya (%68) organ koruyucu cerrahi uygulanmış olup bunlara abse drenajı, unilateral salpingoofektomi uygulandı. Bu olgulara operasyon sırasında batin içine dren yerleştirilip postoperatif dönemde dren takipleri yapıldı. Postmenapozal dönemde olan (n=12, %24) hastalara total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoofektomi uygulandı. 17 olguya laparoskopi ile cerrahi müdahalede bulunuldu bir olguda yoğun yapışıklıklar ve yaygın abse odakları nedeni ile laparotomiye geçilme gereksinimi duyuldu. 44 olgu da ise cerrahi yönetim olarak laparotomi uygulandı. Olgulara preoperatif ve postoperatif dönemde antibiyoterapi uygulanmış olup 33 (%54) olguya seftriakson (3×1 gr/gün), ornidazol (2×500 mg gr/gün) tedavisi uygulanırken, 12 olguda (%19) ise ampisilin (3×1 gr/gün), ornidazol (2×500 mg gr/gün), tetrasiklin (2×500 mg/gün) tedavisi, 16 (%26) olguda ise ampisilin (3×1 gr/gün), klindamisin (3×600 mg/gün), gentamisin (2×80 mg/gün) tedavisi uygulandı. RİA varlığı olan TOA hastalarına öncelikli olarak antibiyoterapi başlanıp RİA operasyon esnasında çıkarıldı. Tedaviye rağmen postoperatif dönemde yüksek ateş nedeni ile enfeksiyon hastalıkları ile

konsülte edilen hastalara meropenem (3×1 gr/gün) tedavisi başlanıp antibiyoterapisi değiştirildi.

Tartışma

TOA genellikle pelvik inflamatuvar hastalığın komplikasyonu olarak gelişmektedir ve sıklıkla reproduktif çağda görülmektedir. Daha az oranda ise menapozal dönemde de izlenmektedir (11,12). Tuba ovaryan abse seksüel geçişli hastalıkların artmasına paralel olarak günümüzde görülme sıklığı artmaktadır. Clara ve ark yaptıkları bir çalışmada ise 40 yaşındaki hastalarda TOA nedeni hospitalizasyon oranlarının 2001 yılında diğer yıllara oranla arttığını tespit ettiler (13). Bu artışı da tedavi edilmeyen veya atlanılan pelvik inflamatuvar hastalık ve bu yaşlarda artış gösteren kolon kanserleri, divertikülitler, over kanseri ön tanıları ile operasyona alınan TOA ile karşılaşılan vakalarla bağdaştırmışlardır. TOA hastalarının genellikle başvuru şikayetlerine bakıldığında en sık bulgu olarak alt kadranda ağrısı ve yüksek ateş olduğu görülmektedir (14). Fiziksel muayene bulgusu olarak batın alt kadranda adneksiyal dolgunluk ve ele gelen kitle ön plandadır (15). Çalışmamızdaki şikayetler arasında en sık pelvik ağrıya rastlandı. Olgulara öncelikli tedavi olarak antibiyoterapi uygulanmış olup 24-48 saat içinde antibiyoterapiye cevap vermeyen olgularda cerrahi yaklaşım tavsiye edilmektedir (16). Medikal tedaviye cevap alınma oranı %35 olarak bildirilmiştir (17). Cerrahi tedavi planlanırken hastanın yaşı, fertilitte istemi, absenin yayılımı oldukça önemlidir. Hastanın yaşı ve fertilitte istemi göz önünde tutularak tedaviye konservatif yaklaşılabileceği gibi vakanın şiddetine göre unilateral salpingooferektomi, bilateral salpingooferektomi veya abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapılabilir. Fertilitte istemi olmayıp yaşı ileri olan hastalarda ise unilateral salpingooferektomi, bilateral salpingooferektomi veya abdominal histerektomi ile birlikte bilateral salpingooferektomi uygulanabilmektedir. TOA 'nın en sık sebepleri arasında genellikle yeterli tedavi edilmemiş alt genital enfeksiyonlar, geçirilmiş intraabdominal ya da jinekolojik operasyonlar ve RİA gösterilebilir. Ginsburg ve ark. Tuboovaryan abse tanısı konulmuş hastaların %47'sinde rahim içi aracının varlığını tespit etmişlerdir (18). Çalışmamızda ise bu oran %14 olarak izlenmiştir. RİA'ya bağlı olarak gelişen tuboovaryan abselerde RİA'nın takılma koşulları ve kullanım süreleri önem taşımaktadır. Yeterli steril şartların olmadığı ve deneyimsiz kişiler tarafından takılan rahim içi araçlarında komplikasyon

olarak TOA daha fazla görülmektedir. Dünya sağlık örgütünün çalışmalarına göre rahim içi aracı takıldıktan 30 gün sonra oluşan pelvik enfeksiyonlardan genellikle seksüel geçişli hastalıklar sorumluyken 30 günden sonra oluşan pelvik enfeksiyonlar için rahim içi aracı takılırken oluşan kontaminasyonlar sorumlu tutulmaktadır. TOA tanı ve tedavisinde laparoskopi gold standart olarak kabul edilmektedir (19-20). Organ koruyucu cerrahi yapılan laparoskopik cerrahide komplikasyonlar minimal olarak izlenmiştir (21,22,23). Bunun dışında ultrason veya bilgisayarlı tomografi eşliğinde perkutan drenaj uygulaması da efektif bir yöntem olarak kabul görmüştür. Transvajinal drenaj ile antibiyoterapinin TOA'da %65 olguda başarılı olduğu gösterilmiş ve hospitalizasyon süresi ile morbiditenin azaldığı izlenmiştir (16). Çalışmamızda ise hastalarımızın hiçbirine transvajinal drenaj uygulanmadığı görüldü. Uygulanmamadaki nedenin preoperatif tanı kriterlerindeki yetersizlik olduğu düşünüldü. Laparoskopinin ve perkutan drenajın komplikasyonlarının laparotomiye göre daha az olduğu bilinmektedir (23). Sonuç olarak mortalite ve morbidite yönünden önemli bir hastalık olan TOA'da hastanın yaşı, gebelik istemi ve klinik tablo göz önünde bulundurularak hastaya en uygun yaklaşım seçilmelidir.

Kaynaklar

- 1- Walker CK, Landers DV. Pelvic abscesses: new trends in management. *Obstet Gynecol Surv* 1991;46:615-624.
- 2- Washington AE, Aral SO, Wolner-Hanssen P, et al. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. *JAMA* 1991;266:2581-2586.
- 3- Velebil P, Wingo PA, Xia Z, Wilcox LS, Peterson HB. Rate of hospitalization for gynecologic disorders among reproductive-age women in the United States. *Obstet Gynecol*. 1995;86(5):764-9.
- 4- Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36:433-444.
- 5- Paavonen J, Teisala K, Heinonen PK, et al. Microbiological and histopathological findings in acute pelvic inflammatory disease. *Br J Obstet Gynaecol* 1987;94:454-460.
- 6- Beckmann CR, Sampson MB. Ultrasonographic diagnosis of interstitial ectopic pregnancy. *J Clin Ultrasound* 1984;12:304-306.
- 7- Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. Best practice and research. *ÉClinical Obstetrics and Gynecology*. 2009;23(5):667-678.
- 8- Krivak TC, Cooksey C, Propst AM. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management.

- Compr Ther. 2004;30(2):93-100.
- 9- Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril.* 1997;68(5):765-79.
 - 10-Güney M, Erdemoğlu E, Mungan T. Tubaovarian abscess: Analysis of 25 cases and review of literature. *Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2007;5(4):1210-1212.
 - 11-Hsiao SM, Hsieh FJ, Lien YR. Tuboovarian abscesses in postmenopausal women. *Taiwan J Obstet. Gynecol.*2006;45(3):234-8.
 - 12-Lipscomb GH, Ling FW. Tubo-ovarian abscess in postmenopausal patients. *South Med J.*1992;85(7):696-9.
 - 13-Paik Ck, Waetjen LE, Xing G, Dai J, Sweet RL. Hospitalizations for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol.*2006;107(3):611-6.
 - 14-Fabiszewski NL, Sumkin JH, Johns JM, Contemporary radiologic percutaneous abscess drainage in pelvis. *Clin Obstet Gynecol.*1993;36:445-56.
 - 15-Martens MG: Pelvic inflammatory disease. In Rock JA; Jones HW: *Te Linde's Operative Gynecology*, Lippincott Williams&Wilkins,9th edition,675-704,2003.
 - 16-Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:1098-1110.
 - 17-McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, Kmak DC, Ranson SB. Medically round, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol.*1998;178(6):1272-8.
 - 18-Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, Genadry R, Spence MR. Tubo-ovarian abscess:a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol.* 1980;1;138(7pt2):1055-8.
 - 19-Shulman A, Maymon R, Shapiro A, Bahary C. Percutaneous catheter drainage of tuba-ovarian abscesses. *Obstet Gynecol.* 1992;80(3pt2):555-7
 - 20-Caspi B, Zalel Y, Or Y, Bar Dayan Y, Appelman Z, Katz Z. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tuboovarian abscess. *Ultrasound Obstet Gynecol.*1996;7(6):439-42
 - 21-Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tuboovarian abscesses. *J Reprod Med* 1984;29:579-582.
 - 22-Raiga J, Denoix S, Canis M, et al. [Laparoscopic treatment of adnexal abscesses. A series of 39 patients]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1995;24:381-385.
 - 23-Buchweitz O, Malik E, Kressin P, et al. Laparoscopic management of tubo-ovarian abscesses: retrospective analysis of 60 cases. *Surg Endosc* 2000;14:948-950.