

TUBO-OVARYAN ABSE: KONZERVATİF TEDAVİ BAŞARIZLIĞINDAKİ RİSK FAKTÖRLERİ

Oğuzhan KURU, Serhat ŞEN, Halil SAYGILI, Sinan BERKMAN

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

ÖZET

Amaç: Retrospektif olarak, konzervatif tedaviye yanıt vermeyen tubo-ovaryan abse (TOA) olgularındaki epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar risk faktörlerini belirlemek.

Gereç ve yöntemler: 1988-2010 yılları arasında, klinik ve sonografik olarak TOA tanısı almış 108 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların hepsine ilk olarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmıştı ve hastalar medikal tedaviye yanıtına göre 2 gruba ayrıldı. Antibiyotik tedavisine yanıt veren 47 (%43) hasta grup A, yanıt vermeyen ve sonrasında opere edilen 61 (%57) hasta ise grup B olarak belirlendi. Gruplar hastaların demografik, klinik ve sonografik bulguları, laboratuvar değerlerine göre kıyaslandı.

Bulgular: Medikal tedaviye yanıt veren hastaların (grup A) ortalama yaşı ($38\pm 2,8$) ve yanıt vermeyen hastaların (grup B) ortalama yaşı ($38\pm 3,4$) arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Benzer şekilde hastaların ortalama gravide ve pariteleri, rahimiçi araç (RİA) kullanımı ve tüp ligasyonu açısından da istatistiksel fark görülmedi ($p>0,05$). TOA boyutu ($p=0,008$) ve absenin bilateral olması ($p=0,002$) cerrahi yapılan grupta anlamlı olarak daha fazla bulundu. Başvuru anında ateş; grup B'de %32, grup A'da ise %8 hastada tesbit edildi ($p=0,003$). Grup B'de daha yüksek olmak üzere iki grup arasında anlamlı olan tek laboratuvar değeri C-reaktif protein (CRP) olarak bulundu ($p=0,03$). Hospitalizasyon süresi grup A'da daha kısa idi ($8,21 \pm 1,9$) ($p<0,05$). Konzervatif tedaviye yanıt veren grubun %85'i Klindamisin + Gentamisin ± (Amoksisilin+Klavulonik asit) ile tedavi edildi ($p=0,0043$).

Sonuç: Medikal tedaviye yanıt vermeyen TOA olgularında risk faktörleri de mevcutsa ilave girişimler (cerrahi, drenaj) gerekebilir.

Anahtar kelimeler: cerrahi, konzervatif tedavi, pelvik enflamatuvar hastalık, tubo-ovaryan abse

Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Cilt: 9 Sayı: 2 Sayfa: 106- 9

SUMMARY

TUBO-OVARIAN ABSCESS: RISK FACTORS FOR FAILED RESPONSE TO CONSERVATIVE TREATMENT

Objectives: To define the epidemiologic, clinical and laboratory risk factors associated with failed response to conservative antibiotic therapy in tubo-ovarian abscess (TOA).

Material and methods: The charts of 108 patients, admitted with clinically and sonographically diagnosed TOA between 1988 and 2010 were reviewed. On admission, all patients were treated with broad-spectrum antibiotics, and were divided into two groups according to the response to medical treatment. 47 patients, responding to antibiotic therapy, constituted group A, whereas 61 patients who did not respond and were further treated by surgery, were included in group B. The groups were compared with respect to patient characteristics, clinical and sonographic presentation, laboratory findings.

Results: There was no statistical difference between the mean age of patients ($38\pm 2,8$) responding to medical therapy

Yazışma adresi: Uzm. Dr. Oğuzhan Kuru, Seyitömer mah. Köprülüzade sok. no: 5/4 Fatih, İstanbul

Tel.: (0505) 407 68 68

e-posta: drokuru@yahoo.com

Alındığı tarih: 06.05.2011, revizyon sonrası alınma: 20.11.2011, kabul tarihi: 23.12.2011, online yayım tarihi: 25.12.2011

(group A) and the age of patients who did not respond (group B) ($38\pm 3,4$) ($p>0,05$). The gravidity, parity, use of intrauterin device (IUD) and history of tubal ligation were similar between the groups ($p>0,05$). The size and bilaterality of TOA, evaluated sonographically were significantly increased in group B compared with group A ($p=0,008$ and $p=0,002$, respectively). On admission, fever $>38,0^{\circ}\text{C}$ was determined in %32 of group B and %8 of group A ($p=0,003$.) The only laboratory finding differentiating between two groups was C-reactive protein (CRP), being significantly higher in group B ($p=0,03$). The duration of hospitalization was significantly shorter in group A ($8,21 \pm 1,9$) ($p<0,05$). %85 of patients in group A were treated with Clindamycin+ Gentamycin \pm (Amoxicillin+Clavulonic acid) regimen ($p=0,0043$).

Conclusion: In the presence of certain risk factors, if conservative treatment fails in TOA; additional interventions (surgery, drainage) may be necessary.

Key words: Tubo-ovarian abscess, conservative treatment, pelvic inflammatory disease, surgery

Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (J Turk Soc Obstet Gynecol), 2012; Vol: 9 Issue: 2 Pages: 106- 9

GİRİŞ

Tubo-ovaryan abse (TOA), tipik olarak akut pelvik enflamatuvar hastalığın (PEH) ulaşacağı son noktadır ve pelviste enflamatuvar kitle ile karakterizedir. Hastaların üçte biri ile yarısı kadarında PEH öyküsü mevcuttur (1,2). TOA gelişiminde risk faktörleri PEH ile benzer şekilde; nulliparite, geçirilmiş PEH öyküsü, multiple seksüel partner, rahimiçi araç kullanımı (RİA) ve immunosüpresyondur(3). En sık olarak 3. ve 4. dekadlarda görülür(4). Hastaların çoğu medikal tedaviye cevap vermekle birlikte yaklaşık %25 vakada cerrahi veya drenaj gereksinimi olmaktadır(5).

Bu retrospektif çalışmada, konzervatif antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen TOA olgularındaki epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

1988-2010 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde, klasik PEH semptom, bulgu, laboratuvar değerleri olan ve sonografik olarak pelvik kitle saptanıp TOA tanısı konulmuş 108 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. TOA sonografik tanısı; pelvis yerleşimli, kalın-düzensiz duvarı ve düzensiz iç ekosu olan kompleks kistik kitlenin varlığı ve peristaltizm olmamasıyla konuldu (6).

Tanı konulduktan sonra hastaların hepsine geniş spektrumlu antibiyotik rejimleri başlandı. Bu rejimler: Amoksisilin+Klavulonik asit veya Seftriakson+ Metronidazol veya Klindamisin+Gentamisin \pm (Amoksisilin

+Klavulonik asit) idi. Gruplar apse nedeniyle cerrahi endikasyonu verilip verilmemesine göre iki gruba ayrıldı. Grup A'yı oluşturan 47 hasta intravenöz antibiyotik tedavisi ile konzervatif olarak yönetildi. Grup B'deki 61 hasta ise ek cerrahi girişim gerektiren grubu oluşturdu. Tedaviye yanıtızlık, en az 72 saat içerisinde ateşin düşmemesi ve/veya hastanın akut batın bulgularının 48 saat içerisinde gerilememesi olarak belirlendi. Gruplar arasındaki; hasta karakteristikleri, klinik ve sonografik özellikler, laboratuvar bulguları, hastanede kalış süreleri karşılaştırıldı.

Demografik verilerin iki grupta dağılımı t-test yöntemiyle, klinik ve laboratuvar bulguları ile tedavi sonuçları ise ki-kare yöntemiyle kıyaslandı. $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların karakteristikleri Tablo I'de özetlenmiştir. Buna göre olguların demografik verilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Medikal tedaviye (grup A) yanıt veren grubun yaş ortalaması ($38\pm 2,8$ yıl) ile yanıt vermeyen hastaların (grup B) yaş ortalaması ($38\pm 3,4$ yıl) arasında fark bulunmadı ($p>0,05$). Her iki grubun gravide ve pariteleri kıyaslandığında anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Rahimiçi araç kullanımı (RİA) ve tüp ligasyonu sorgulandığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo I: Hasta karakteristikleri.

	grup A	grup B	P değeri
Hasta Sayısı	47 (%43)	61 (%57)	
Ortalama yaş, yıl (±SD)	38 (±2,8)	38 (±3,4)	>0,05
Ortalama gravida	3 (±2,1)	3 (±2,3)	>0,05
Ortalama parite	2 (±1,8)	2 (±2,0)	>0,05
RİA kullanımı (%)	11 (%23)	15 (%24)	>0,05
Tüp ligasyonu öyküsü (%)	2 (%4)	3 (%4,9)	>0,05
Diabetes Mellitus (%)	4 (%8)	6 (%9,8)	>0,05

Sonografik olarak belirlenen TOA boyutu, her iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulundu ($p=0,008$) (Tablo II). Ayrıca cerrahi yapılan grupta, absenin bilateral olması daha fazla saptandı ($p=0,002$). Konservatif tedaviye yanıt veren grupta ilk değerlendirmede ateş daha az tesbit edildi ($p=0,003$). Her iki grup arasında başvuruda bakılan lökosit değerleri arasında fark bulunmasa da C-reaktif protein (CRP) değerleri grup B'de anlamlı olarak daha fazla bulundu (135 ± 76 vs. 159 ± 48) ($p=0,03$).

Tablo II: Başvurudaki klinik ve laboratuvar bulguları.

	grup A (n:47)	grup B (n:61)	P değeri
Abse boyutu* (±SD)	53,01 ± 1,2	61,25 ± 1,8	0,008
Bilateralite**	4 (%8)	12 (%19,6)	0,002
Ortalama lökosit, x10 ⁶ /ml (±SD)	14130 ± 765	14158 ± 856	>0,05
Ortalama CRP (±SD)	135 ± 76	159 ± 48	0,03
Başvuru anında ateş***	4 (%8)	20 (%32)	0,003

*: başvuru anında USG ile ölçülen en-boy-uzunluk ölçümlerinin milimetre cinsinden ortalama değeri, **: başvuru anında absenin bilateral görüldüğü olgular, ***: başvuru anında $>38,0^{\circ}\text{C}$ ateşi olan olgular.

Hospitalizasyon süresi grup A'da ($8,21 \pm 1,9$ gün) grup B'ye ($16,22 \pm 3,1$ gün) göre anlamlı olarak kısa bulundu ($p=0,003$).

Konservatif tedaviye yanıt veren grubun %85'i Klindamisin + Gentamisin ± (Amoksisilin+Klavulonik asit) ile tedavi edildi (Tablo III) ($p=0,0043$). Cerrahi yapılan grupta Seftriakson + Metronidazol rejimi daha çok tercih edildi ($p=0,0001$), tek ajan antibiyoterapi (Amoksisilin+Klavulonik asit) oranları ise her iki grupta benzer bulundu ($p>0,05$).

Tablo III: Tedavi sonuçları.

	grup A (n:47)	grup B (n:61)	P değeri
Ortalama hospitalizasyon süresi, gün	8,21±1,9	16,22±3,1	0,003
Klindamisin+Gentamisin± (Ampisilin+Sulbaktam) rejimi	40 (%85,1)	35 (%57,3)	0,0043
Seftriakson+Metronidazol rejimi	1 (%2,1)	17 (%27,8)	0,0001
Ampisilin+Sulbaktam rejimi	6 (%12,2)	9 (%14,9)	>0,05

TARTIŞMA

Bu çalışmada, medikal tedaviye yanıt vermemiş TOA hastalarındaki epidemiyolojik, klinik ve laboratuvar risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Rüptüre olmamış TOA'da geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi genellikle ilk basamak seçenektir. Centers for Disease Control (CDC), akut PEH tedavisinde özellikle N.Gonorrhoeae, C.Trachomatis ve anaerobları da içerecek şekilde en az 1 gün yatırılarak geniş spektrumlu parenteral antibiyoterapi protokolleri önermektedir⁽⁷⁾. Bu protokoller; Sefotetan (2gr i.v. 2x1) veya Sefoksitin (2gr i.v. 4x1) ve Doksisisiklin (100mg oral/i.v. 2x1) ile Klindamisin (900mg i.v. 3x1) ve Gentamisin (3-5mg/kg 1x1) şeklindedir. Klinik yanıt alındıktan 24 saat sonra oral tedaviye geçilebilir. Oral tedavide ise Klindamisin (450 mg 4x1) ve Doksisisiklin (100mg 2x1) ile 14 güne tamamlanması önerilmektedir. Fakat TOA'nın optimal tedavisi belirsizdir. McNutt ve ark. parenteral tedaviye 48-72 saat içerisinde yanıt alınmadığında cerrahi veya drenaj önermektedir⁽⁸⁾.

Pelvik abselerin çoğu geniş spektrumlu intravenöz antibiyoterapiyi takiben uzun süreli oral antibiyotik tedavisine yanıt verirler. Genellikle üçlü antibiyotik rejimi tercih edilir. McNeeley ve ark. , tubo-ovaryan abse tedavisinde klindamisin+gentamisin+ampisilin tedavisiyle %87.5 başarı oranı vermektedir⁽⁹⁾. Bizim çalışmamızda aynı antibiyotik rejimine yanıt daha düşük oranda bulundu (%53, 40/75) (Tablo III).

Klasik olarak, TOA tedavisinde; posterior kolpotomi, transabdominal cerrahi drenaj, unilateral salpingo-oofektomiden total abdominal histerektomi+ bilateral salpingo-oofektomiye (TAH+BSO) kadar değişen cerrahi yöntemler ve beraberinde antibiyotik kullanımı tercih edilmekteydi. Bu yaklaşım yüksek kür sağlamakla beraber kadının üretkenliğini etkilemekte ve hormon eksikliğine neden olmaktadır.

Ayrıca enflame dokular ve yapışıklıklar nedeniyle cerrahi, teknik olarak zordur ve komplikasyonlara açıktır. Kaplan ve ark. laparotomi yapılmış hastalarda %8.4, Karakulak ve ark. ise %12.8 barsak hasarı bildirmektedir^(10,11). Bizim serimizde hastaların %57'sine cerrahi tedavi uygulandı. Bunlardan %32'si TAH+BSO, %14'ü laparotomi ile abse drenajı, %6'sı laparoskopik abse drenajı, %5'i ise laparotomi ile salfingoooferektomi şeklinde idi. Güncel cerrahi yaklaşım (eğer gerekli ise) minimal invaziv ve konzervatif olmalıdır. Bu amaçla adezyolizis, abse drenajı, enfekte dokuların alınması ve peritoneal kavitenin irigasyonu tercih edilmelidir. Önemi giderek artan ve önerilen yaklaşım ise görüntüleme eşliğinde (ultrason veya bilgisayarlı tomografi) pelvik absenin drenajı ve beraberinde antibiyotik kullanımınıdır⁽⁵⁾. Norveçte yapılan bir çalışmada 302 TOA olgusunda, absenin ince-iğne aspirasyonu ve beraberinde antibiyotik kullanımı ile 282 hastada (%93.4) başarı elde edilmiştir. Sadece 20 hastada (%6.6) cerrahi gereksinim olmuştur⁽¹²⁾.

Literatürle uyumlu olarak^(13,14) çalışmamızda, antibiyotik tedavisinin başarısı abse boyutu ile ters orantılı bulundu. Reed ve ark.⁽¹³⁾ abse boyutu ≥ 10 cm olduğunda hastaların %60'ında cerrahi gereksinim olmasına karşın < 5 cm olduğunda sadece %20 hastada cerrahi gerektiğini belirtmektedir. Bir akut faz proteini olan CRP, TOA'da artmasına karşın⁽⁵⁾ negatif değer tanıyı ekarte ettirmez ve klinik şüphe varlığında antibiyotik kullanımı gecikmemelidir.

Halperin ve ark. yaptığı çalışmada⁽¹⁵⁾ başvuruındaki ateş ve tedavi başarısızlığı arasında ilişki bulunmasa da bizim çalışmamızda anlamlı ilişki gösterildi ($p=0,003$).

Sonuç olarak; abse boyutunun artması, absenin bilateral olması, başvuruda artmış CRP düzeyi ve yüksek ateş ($>38,0^{\circ}\text{C}$); TOA'da konzervatif antibiyotik tedavisine yanıtızsızlık ile ilişkili bulundu. Medikal tedaviye yanıt vermeyen olgularda risk faktörleri de mevcutsa ilave girişimler (cerrahi, drenaj) gerekebilir.

KAYNAKLAR

- Franklin EW 3rd, Hevron JE Jr, Thompson JD."Management of the pelvic abscess" Clinical Obstetrics and Gynecology, vol.16, pp.66- 79, 1973.
- Ginsburg DS, Stern JL, et al., "Tubo-ovarian abscess: a retrospective review" American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol.138, no.7, pp.1055- 8, 1980.
- Washington AE, Aral SO, Wolner-Hanssen P et al. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. JAMA 1991; 266: 2581- 6.
- Clark JFJ, Moore-Hines S. A study of tubo-ovarian abscess at Howard University Hospital (1965 through 1975). J Nat Med Assoc 1979; 71: 1109- 11.
- Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 23 (2009) 667- 78.
- Fleischer AC, Entman SS. Differential diagnosis of pelvic masses: in Chervenak FA, Isaacson GC, Cambell S (eds): Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Boston. Little. Brown. 1975. p 1650.
- Centers for Disease Control and Prevention, Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010.
- McNutt LA, Wu C, Xue X and Hafner JP, "Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes" The American Journal of Epidemiology , vol 157, no.10, pp.940-943, 2003.
- Mc Neeley SG, Heendrix SL, Mazzoni MM et al. Medically sound, cost effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Am J Obstet Gynecol 1998; 178: 1272- 8.
- Kaplan AL, Jacobs WM & Ehresman JB. Agressive management of pelvic abscess. Am J Obstet Gynecol 1967; 98: 482- 7.
- Karakulak M, Pala G, Aydın Y, Saatlı B, Güçlü S. Tuboovaryan Abseli Olguların Değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi Cilt 22, Sayı 1, Nisan 2008 Sf:9- 13.
- Gjelland K, Ekerhovd E & Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1323- 30.
- Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tubo-ovarian abscess: Comparison of broad spectrum β -lactam agents versus clindamycin-containing regimens. Am J Obstet Gynecol 1991; 164: 1556- 62.
- Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscess: A randomized study. Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 7: 435- 8.
- Halperin R, Levinson O, Yaron M, Bukovsky I, Schneider D. Tubo-ovarian abscess in older women: Is the woman's age a risk factor for failed response to conservative treatment? Gynecol Obstet Invest 2003; 55: 211- 5.