

Klinik Çalışma

Tubo-Ovarian Apseli Otuz Sekiz Hastanın Retrospektif Değerlendirilmesi

Mehmet Yılmaz*, Ünal İsaoglu**, İlhan Bahri Delibaş**, Paşa Uluğ***, Metin İngeç*

Özet

Amaç: Çalışmamızda; kliniğimizde tubo-ovarian apse tanısıyla ameliyat edilen hastaları araştırarak predispozan faktörleri, klinik, laboratuvar sonuçlarını ve uygulanan cerrahi ve sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2011- Aralık 2012 tarihleri arasında iki referans klinikte tubo-ovarian apse sebebiyle ameliyat olan 38 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik özellikleri, başvuru klinik özellikleri, tubo-ovarian apse için predispoze faktörleri, laboratuvar sonuçları, uygulanan ameliyat yöntemleri ve komplikasyonları incelendi.

Bulgular: Hastaların ortalama yaşı 32.4'tü. Başvuruda hastaların tamamında karın ağrısı, %76.3'ünde ateş ve %34.2 olguda kötü kokulu vajinal akıntı mevcuttu. %47.3 hastada rahim içi araç kullanımı, %23.6 hastada pelvik inflammatuar hastalık hikayesi, %13.1 hastada diyabetes mellitus, %10.5 hastada son iki ay içinde küretaja maruziyet ve %7.9 hastada son 1 ay içinde karın içi ameliyat varlığı tespit edildi. %94.7 hastada lökositoz ve tamamında C-Reaktif Protein (CRP) ve 1. saatte sedimentasyon yüksekliği saptandı. En sık izole edilen mikroorganizma Escherichia coli idi. Bir hastaya laparoskopi diğerlerine laparotomi yapıldı. 21 hastaya unilateral salpingooferektomi, 3 hastaya bilateral salpenjektomi, 6 hastaya total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi, 8 hastaya apse drenajı yapıldı.

Sonuç: Morbidite ve mortalitedeki önemli sonuçlar sebebiyle tubo-ovarian apse için erken tanı ve tedavi önemlidir. Fertilite isteği olan kadınlarda organ koruyucu cerrahi uygulanabilir.

Anahtar kelimeler: Tubo-ovarian apse, pelvik inflammatuar hastalık, cerrahi

Tubo-ovarian apse (TOA) sıklıkla fallop tüpü ve overi daha nadiren diğer pelvik dokuları (barsak, mesane) içeren bir inflammatuar kitle hastalığıdır. En yaygın olarak reproduktif dönem kadınlarında ve genellikle bir üst genital enfeksiyonunu takiben ortaya çıkar (1). Özellikle apsenin rüptürü durumunda sepsise sebep olarak ciddi ve hayatı tehdit edici bir durum ortaya çıkar.

Güncel mortalite oranları raporlanmamakla birlikte daha önceleri yapılan çalışmalarda bu

oran %1.7 olarak verilmiştir (2). Çoklu cinsel eş, 15-25 yaş arası, önceki pelvik inflammatuar hastalık (PIH) hikayesi ve rahim içi araç kullanımı (RİA) başlıca risk faktörleridir. TOA sıklıkla polimikrobiyaldir. En sık izole edilen mikroorganizma Escherichia coli'dir (3).

Klinikte en sık şikayet ağrı, ateş ve vajinal akıntıdır (4). Tanıda ilk başvurulacak görüntüleme yöntemi ultrasonografidir (USG). Hastalığın bağırsaklarla olan ilişkisini değerlendirmek için bilgisayarlı tomografiden (BT) faydalanılabilir. Uzun dönemde kronik pelvik ağrı ve infertilite önemli problemlerdir. Tedavisi, medikal ve/veya cerrahidir (5).

Çalışmamızda; kliniğimizde TOA tanısıyla ameliyat edilen hastaları araştırarak predispozan faktörleri, klinik, laboratuvar sonuçlarını ve uygulanan cerrahi ve sonuçlarını tartışmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2011- Aralık 2012 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı ve Nenehatun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde tubo-ovarian apse sebebiyle ameliyat olan 38 hastanın dosyası

*Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum, TÜRKİYE

**Nenehatun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Erzurum, TÜRKİYE

***Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi Mengücek Gazi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzincan, TÜRKİYE

Yazışma Adresi: Dr. Mehmet Yılmaz

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Erzurum/TÜRKİYE

Tel: +90 505 251 53 50

Fax: +90 0442 316 66 88

E-mail: drmyilmaz25@gmail.com

Makalenin Geliş Tarihi: 22.01.2013

Makalenin Kabul Tarihi: 11.03.2013

retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, vücut kitle indeksleri (VKİ), hastaneye başvuru şikayetleri, yatış anındaki ateşleri, tubo-ovarian apseye yatkınlık yapabileceği düşünülen cerrahi girişimleri (küretaj, karın içi ameliyat), ek hastalıkları (diyabetes mellitus, PİH hikayesi) veya RİA kullanımı gibi bilgiler kaydedildi.

Hastaların fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen kitle çapları, kitlenin yeri, başvuru sırasındaki hemoglobin (Hb), beyaz küre, sedimentasyon, C-Reaktif Protein (CRP) ve INR değerleri kaydedildi. Hastalara uygulanan cerrahi yöntem, ameliyatta görülen komplikasyonlar, ameliyatta alınan kültür sonuçları, antibiyogram test sonuçları incelendi. Ameliyat sonrası ameliyatta konulan drenlerin kalış süresi, operasyon sonrası gelişen komplikasyonlar ve hastanede yatış süresi kaydedildi. Çalışma için Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi etik komitesinden onay alındı.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen hastaların yaşları 19 ile 61 yaş arası olup ortalama 32.4 ± 14 idi. Hastaların ikisi postmenopozaldi. Ortalama VKİ 29.4 ± 5.2 olarak bulundu (Tablo 1). Başvuru sırasında hastaların tamamında karın ağrısı, 29 (%76.3) olguda ateş ve 13 (%34.2) olguda kötü kokulu vajinal akıntı şikayetleri mevcuttu. Tıbbi özgeçmişleri incelendiğinde hastaların 5'inde (%13.1) diyabetes mellitus, 4'ünde (%10.5) son iki ay içinde küretaja maruziyet, 9'unda (%23.6) PİH hikayesi ve 3 (%7.9) hastada son 1 ay içinde karın içi ameliyat varlığı tespit edildi. Başvuruda hastaların 18'inde (%47.3) RİA mevcuttu (Tablo 2).

Ameliyat öncesi dönemde görüntüleme yöntemleri (USG, BT) ile tespit edilen ortalama kitle çapı 10.7 ± 4.1 cm idi. Hastaların 21'inde (%55.2) apse ile uyumlu görüntü pelvisin sağ tarafında ve 17 (%44.8) hastada sol tarafında idi.

Hastaların yatışları ile birlikte bakılan laboratuvar tetkiklerinde ortalama Hb: 9.7 gr/dL idi. Hastaların 36'sında (%94.7) lökositoz ve tamamında CRP ve 1. saatte sedimentasyon yüksekliği saptandı. INR yüksekliği 22 (%57.9) hastada saptandı.

Hastaların biri hariç tamamına laparotomi yapıldı. Sadece bir hastaya laparoskopi yapıldı. Laparoskopik müdahale yapılan hastaya laparoskopik unilateral salpingoofektomi (USO) yapıldı. Laparatomik müdahale yapılan hastalardan 20'sine USO, 3'üne bilateral salpenjektomi, 6'sına total abdominal histerektomi (TAH) ve BSO, 8'ine apse drenajı yapıldı (Tablo 3). Operasyonda tüm hastalara dougla's pesser dren bırakıldı. Bu drenler ortalama 4.9 ± 1.4 gün sonra çekildi. Aps drenajı yapıp rezeksiyon yapılmayan hastalarda herhangi bir komplikasyon gelişmezken rezeksiyon yapılan hastaların 7'sinde barsak serozasında yaralanma oldu ve bu yaralanmalar ameliyatta iken primer olarak tamir edildi. İki hastada apendiksini ileri derece hiperemik olması sebebiyle apendektomi ve 4 hastada ileri derece yapışıklıkları açmak için parsiyel omentektomi uygulandı. Hastaların 2'sinde ameliyat sonrası kesi yeri enfeksiyonu görüldü.

Ameliyatta alınan kültürlerden 9 olguda kültürde üreme olmadı. 21 olguda tek patojen mikroorganizma ve 8 olguda çoklu patojen mikroorganizma tespit edildi. En çok izole edilen mikroorganizma Escherichia coli (12 olgu) iken bunu Bacteroides fragilis (6 olgu), streptokoklar

Tablo 2. TOA için risk faktörleri

Risk Faktörleri	Sayı	%
RİA	18	47.3
PİH hikayesi	9	23.6
Diyabetes Mellitus	5	13.1
Son iki ayda küretaj	4	10.5
Karın içi ameliyat	3	7.9

Tablo 1. Hastaların başvuruda demografik ve klinik özellikleri

	Ortalama $\pm$ SD	Aralık
Yaş (yıl)	32.4 ± 14	19-61
VKİ (kg/m ²)	29.4 ± 5.2	21-37
Ateş (°C)	37.8 ± 0.7	37.1-39.2
Kitle boyutu (cm)	10.7 ± 4.1	7-61
Lökositoz (sayı/ μL)	15400 ± 5100	6400-24700
Sedimentasyon (1. saat)	67.5 ± 24.2	24-130
CRP (mg/L)	139.7 ± 34.8	24-214
INR	1.51 ± 2.4	1.3-1.78

(5 olgu), Neisseria gonorrhoeae (3 olgu) ve stafilokoklar (3 olgu) izledi. Bir olguda Mycobacterium tuberculosis tespit edildi. Hastalara yattığı sürece seftriakson 1x1gr/gün İV ve metronidazole 3x500 mg/gün İV olarak verildi. Hastaların hastanede ortalama yatış süresi 8.4 ± 2.8 gündü.

Tablo 3. TOA ameliyatlarının değerlendirilmesi

	Sayı	%
USO	21	55.2
Apse drenajı	8	21
TAH+BSO	6	15.9
Bilateral salpenjektomi	3	7.9
Barsak seroza yaralanması	7	18.4
Omentektomi	4	10.5
Apendektomi	2	5.2

Tartışma

Tubo-ovarian apse akut PİH'nin son basamağıdır. Uzun dönemde morbidite ve mortaliteye sebep olabilir. Tanısı hastada bimanuel muayeneye, USG ve laboratuvarın desteği ile konulur. Tedavisi hastanede uygulanacak antibiyotik tedavisini içerir. Hastaların %75'i bu antibiyotik tedavisine cevap verirken diğer hastalara ilaveten cerrahi tedavi de gerekir.

Tubo-ovarian apse 15-40 yaş arası kadınlarda daha sık görülmekle birlikte diğer yaş gruplarında da nadiren görülmektedir (6,7). Bizim çalışmamızda ortalama yaş 32.4 iken iki hastamız postmenopozal dönemdeydi. Bu iki hastada son bir ay içinde karın içi bir ameliyat geçirmişti. Landers et al. (3) yaptıkları çalışmada TOA'lerin üçte birinde PİH hikayesi bulmuşlardır. Bizde ise bu oran %23.6 olarak bulunmuştur. Ginsbur et al. (8) TOA'li hastaların %47'sinde RİA varlığını tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızda hastaların %47.3'ünde RİA tespit edildi.

TOA'li hastalardaki tipik şikayetler alt abdominal ağrı, ateş ve vajinal akıntıdır (9). Bize başvuruda hastaların tamamında karın ağrısı, %76,3 olguda ateş ve %34,2 olguda kötü kokulu vajinal akıntı şikayetleri vardı. Hastalığın tanısında ilk önceliği iyi bir anamnez alma ve fizik muayene oluşturur. Görüntüleme yöntemlerinin yardımıyla apsenin varlığı gösterilebilir. Bizim hastalarımızın tamamında ameliyat öncesi anamnezleri alınmış, muayeneleri yapılmış ve görüntüleme yöntemlerinin eklenmesi ile tüm hastalarda ameliyat öncesi TOA tanısı konulmuştur. Bu hastalarda tanıdaki ilk görüntüleme yöntemi ultrasonografidir. USG ile

diğer genital sistem patolojileri (myoma uteri, ovarian kist, ektopik gebelik) ekarte edilir. BT ile gastrointestinal sisteme ait patolojiler (apandisit, enflamatuvar bağırsaklarla ilişkili apse) ekarte edilebilir.

Tubo-ovarian apsenin oluşum mekanizması tam olarak açıklanamamıştır. Ancak sıklıkla üst genital sistemin enfeksiyonunu takiben sıklıkla da bir PİH'ı takiben ortaya çıkar (10). Sıklıkla polimikrobialdır. En sık izole edilen mikroorganizmalar Escherichia coli, aerobik streptokoklar, Bacteroides fragilis, Prevotella ve Peptostreptokok'tur. Ancak bizim çalışmamızda daha çok tek patojen mikroorganizma gösterilebildi. Ve literatürle uyumlu olarak en sık Escherichia coli tespit edildi. Nadiren Mycobacterium tuberculosis özellikle immunsuprese hastalarda TOA'nin sebebi olabilmektedir (11). Bizim bir hastamızda TOA'nin sebebi Mycobacterium tuberculosis'ti.

Tubo-ovarian apseler uzun dönemde kronik pelvik ağrı, ektopik gebelik ve infertilite gibi riskleri içerirler (12). Yine rüptüre olan vakalar, sepsise sebep olarak ölümlere sebep olabilmektedirler. Bu sebeple bu hastalar tanı konulduktan sonra bir an önce medikal ve/veya cerrahi yoldan tedavi edilmelidirler. 9cm altında kitlesi olan ve rüptür şüphesi olmayan kadınlarda sadece medikal tedavisi denenebilir (10). Bu hastalardaki bir diğer tedavi yöntemi BT ya da USG kılavuzluğunda perkutan apse drenajıdır (13). Ancak 48-72 saatlik antibiyotik tedavisine rağmen ateşleri ve karın ağrıları devam eden, ≥ 9 cm kitlesi olan ve rüptür şüphesi olan kadınlarda acil ameliyat önerilmektedir (10). Bizim hastalarımızın 4 tanesine öncelikle antibiyotik tedavisi başlanmış ancak yanıt alınamamış, diğer hastalar ise ya rüptür şüphesi ya da ≥ 9 cm üzerinde kitlesi sebebiyle cerrahi uygulanmış hastalardı.

Tubo-ovarian apseli hastalardaki geleneksel tedavi TAH+BSO ve tüm enfekte dokuların çıkarılmasıdır. Ancak son zamanlardaki çalışmalar USO'nun tedavide yeterli olacağını göstermiştir (14). TOA'li hastalarda uygulanacak ameliyat yöntemi hastanın yaşı ve fertilizasyon isteğine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Yaşı genç olup fertilesini korumak isteyen hastalarımıza sadece apse drenajı uygulanırken, daha şiddetli hastalığı olan, yaşı daha ileri ve fertilite arzusu olmayan hastalarımıza ise USO, TAH+BSO ve bilateral salpenjektomi yapıldı.

Rezektif cerrahi (apse drenajı dışındaki ameliyatlar) yapılan hastalarda batın içi yapışıklıklara bağlı olarak çevre doku yaralanmaları görülebilmektedir. Çevre doku yaralanmaları en çok bağırsak yaralanmaları

şeklinde görülür. Bizim çalışmamızdaki 7 bağırsak seroza defektli hastaların tamamında rezektif cerrahi uygulanmıştır.

Tubo-ovarian apse uzun dönemde kronik pelvik ağrı, ektopik gebelik ve özellikle infertiliteye sebep olabilen bir hastalıktır. Hastalığın tedavisi medikal ve/veya cerrahi olabilir. Cerrahi tedavi hastanın yaşı ve fertilitate isteğine bağlı olarak organ koruyucu olarak uygulanabilir.

Retrospective evaluation of thirty-eight patients with tubo-ovarian abscess

Abstract

Aim: In the present study; by analyzing the data of patients with tubo-ovarian abscess, we aimed to discuss the predisposing factors, clinical and laboratory results, operations that were performed and their outcomes.

Material: We retrospectively reviewed the medical records of 38 patients who were surgically managed for tubo-ovarian abscess in two referral hospitals between January 2011 and December 2012. We analyzed the data including; demographic and clinical features at admission, predisposing factors for TOA, laboratory results, surgical methods and complications.

Results: Median age of the patients was 32.4 years. During admission, all patients reported abdominal pain, 76.3% had fever, 34.2% had malodorous vaginal discharge. Of the patients; 47.3% were detected to have an intrauterine device, 23.6% had a history of previous pelvic inflammatory disease, 13.1% had diabetes mellitus, 10.5% had a history of surgical abortion within a period of 2 months before their admission, and 7.9% had a history of intra-abdominal operation within 1 month before admission. Leukocytosis was detected in 94.7% of the patients and all had elevated CRP levels within the first hour. The most commonly isolated microorganism was *Escherichia coli*. Laparoscopy was performed in one patient while remaining of the patients underwent laparotomy. We performed unilateral salpingoopherectomy in 21 patients, bilateral salpingectomy in 3 patients, total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoopherectomy in 6 patients, and abscess drainage in 8 patients.

Conclusion: Early diagnosis and management of tubo-ovarian abscess is important due to its impact on morbidity and mortality. Organ-preserving surgery may be performed in women who have fertility desires.

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

Kaynaklar

1. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(5):667-678.
2. Pedowitz P, Bloomfield RD. Ruptured adnexial abscess (tuboovarian) with geberalized peritonitis. *Am J Obstet Gynecol* 1964; 88(4):721-729.
3. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis* 1983; 5(5):876-884.
4. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22(4):693-708.
5. İngeç M, Kumtepe Y, Börekçi B, Kadanalı S. Tuboovarian Abse: 24 vakanın analizi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2004; 18(5):162-165.
6. Chao AS, Chang SY, Soong YK. Postmenopausal tuboovarian abscess. *Changcheng Yi Xue Za Zhi* 1992; 15(3):128-133.
7. Lipscomb GH, Ling FW. Tubo-ovarian abscess in postmenopausal patients. *South Med J* 1992; 85(7):696-699.
8. Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, Genadry R, Spence MR. Tubo-ovarian abscess: a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138(7):1055-1058.
9. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22(4):693-708.
10. Richard H Beigi. www.uptodate.com, 2012; June, 2012.
11. Ilmer M, Bergauer F, Friese K, Mylonas I. Genital tuberculosis as the cause of tuboovarian abscess in an immunosuppressed patient. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2009; Epub 2010 Mar 8.
12. Soper DE. Pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2010; 116(2):419-428.
13. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(5):667-678.
14. Sweet RL. Soft tissue infection and pelvic abscess. In: *Infectious diseases of the female genital tract*, 5th ed, Sweet RL, Gibbs RS (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2009.