

Olgu Sunumu

Malign Bulguları Olan Benign Sonuçlu Tuba-Ovaryen Apse Yönetimi

Tubeoovarian Abcess Management in a Consequently Benign Case With Malignant Findings

Gülin Yeğin AKÇAY¹, Serdar KAYA¹, Levent KESKİN¹, A. Akın SİVASLIOĞLU¹, A. Filiz AVŞAR²

¹ Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

² Prof. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Özet

Hastanemize kasık ağrısı şikayeti ile başvuran 40 yaşında multipar hasta değerlendirilmiş ve tubaovaryen abse/malign adneksial kitle ön tanıları ile tedaviye alınmıştır. Olgunun klinik ve laboratuvar bulgularının gerilememesi nedeniyle laparotomi kararı verilerek sol salpingoofektomi yapılmıştır. Malignensi kriterleri olan olgunun sonuçları benign olarak raporlanmış ve olgu şifa ile taburcu edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Tuba-ovaryen abse, overyan kitle

Abstract

40-year-old multiparous patient who has referred with inguinal pain has been evaluated, and has begun receiving treatment with tuboovarian abcess/malignant adnexal mass prediagnosis. Because of the lack of regression in the the clinical and laboratory findings of the case, laparotomy ending with decisive left salpingoophorectomy was carried out. The results of the case with malignancy criteria were reported as benign, and the patient was discharged with full recovery.

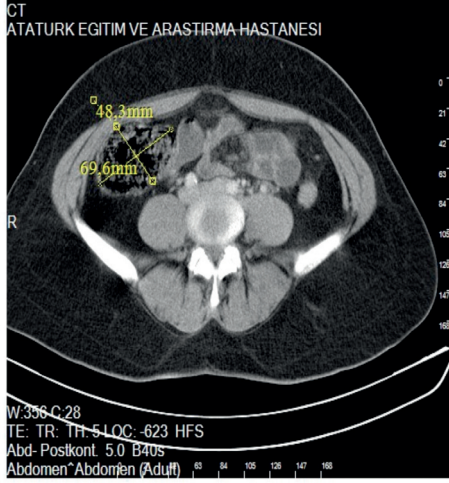
Key words: Tubeoovarian abcess, ovarian mass

Olgu Sunumu

40 yaşında, multipar olgu polikliniğimize 5 gündür devam eden kasık ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde 5 yıldır RIA kullanım öyküsü mevcut olan olgunun ek hastalık veya geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Batın muayenesinde suprapubik bölge ve sol alt kadranda hassasiyeti tesbit edilmekle birlikte batında rebound ve defans yoktu. Jinekolojik muayenesinde uterus normalden az iri, sol adneks dolgun olup servikal hassasiyet ve vajinal ısı artışı vardı. Olgunun vücut sıcaklığı 38.4°C olarak ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde, Hb :10.7 g/dl lökosit 13000/

m³, CRP 109 Ü, beta HCG 0.100 U/ml , karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal , karbohidrat antijen-125 (CA-125) 78 Ü olarak geldi. Transvajinal USG "Uterus fundusunda 4 cm izoekoik intramural myom odağı ve sol adneksial lojda 4X4 cm kistik-solid komponentli subseröz myom /overyan kitle ayrımı net yapılamayan görünüm " olarak raporlandı. Overyan kitle ayırıcı tanısı için pelvik tomografi yapıldı. Sonuç 'sol paraaortik en büyüğünün kısa çapı 13 mm sferik şekilli birkaç adet lenf nodu (malignite kriteri taşıyan), endometrial kavitede RIA ve sol adneksial lojda 70X48

mm lobüle kontürlü solid alanlar ihtiva eden kontrast tutan kitlesel lezyon (adneksial kitle /over ca?), rektum duvarında diffüz kalınlaşma ,perirektal ve her iki derin parailiak alanda solda daha çok olmak üzere sferik ve malignite kriterleri taşıyan çok sayıda milimetrik lenf nodu” (Fotoğraf 1) olarak bildirildi.



Fotoğraf 1. Olgunun pelvik tomografi görüntüsü

Hasta tubo ovaeryan abse – adneksial kitle (malign) ön tanıları ile servise kabul edilip seftriakson 1 gr (2X1)+metranidazol 500 mg (3X1) intravenöz tedavisine başlandı. Antibiyoterapinin 10.gününde klinik bulgularının gerilememesi nedeni ile hastaya laparotomi kararı alındı. İntraoperatif gözlemede; sol adneksial alanda over, tuba, omentum ve inen kolon'un konglomerat oluşturduğu 5X6 cm'lik lezyon izlendi. Diseksiyon esnasında konglomere kitlenin içinden pürülan mai geldi. Sol adneksial lojdaki abse boşaltılıp sol salpingooforektomi yapıldı. Batın insizyonu kapatılan olgunun RİA'sı çekilerek işleme son verildi. Postoperatif 1.günde lökosit 10000/mm³, CRP 25 Ü'ye geriledi. İntraoperatif alınan abse kültüründe üreme olmadı. Dokunun patolojik incelemesi; piyosalpink, salpingooforit olarak rapor edildi. Olgu postop 3. günde sorunsuz olarak taburcu edildi.

Postoperatif 10.gün poliklinik kontrolünde şikayeti olmayan hastanın ,batın muayenesi ve vajinal muayenesi doğal olup lökosit 10.000/mm³, CRP 0.5Ü olarak bulundu.

Tartışma

Olgunun hastaneye başvuru şikayetleri, fizik muayenesi ve RİA öyküsü dikkate alındığında ilk değerlendirmede tubaovaryen abse tanısını kuvvetle düşündürmektedir. Ancak yapılan radyolojik incelemelerde overyan karsinomunu düşündüren (malignite kriteri taşıyan lenf nodları izlenmesi, lobüle konturlu solid alanlar) bulguların yanı sıra CA 125 değerinin yüksek olması malign adneksial kitle açısından şüphe uyandırmaktadır.

Olgu önce antibiyotik tedavisine alınmış ancak tedavinin 10.gününde ağrı, subfebril ateş ve TVUSG'de kitle boyutlarının gerilememesi nedeniyle laparotomi kararı verilmiştir. Sol salpingooforektomi + Abse drenajı yapılan olgu postoperatif 3. günde şifa ile taburcu edilmiştir.

Tubaovaryen abse, tedavisinde laparoskopi, laparotomi veya ultrason rehberliğinde drenaj yapılabilir¹.

Öte yandan özellikle postmenopozal olgularda tubaovaryen absenin malign tümörlerle birlikte olabileceği akıldan çıkarılmamalıdır². Bu olguda biz de radyolojik kriterler malignensi lehine olmasına karşılık antibiyotik tedavisine öncelik verdik. Antibiyotik tedavisinin sonucunda kitlenin gerilememesi nedeniyle malignensiyi ön planda düşünerek laparoskopi yerine laparotomiyi tercih ettik.

Vurgulanılması gereken önemli bir detay da tubaovaryen absenin gerçek bir abse olmayıp duvarlarının pelvik organlar tarafından sınırlandırıldığıdır. Böylece 'abse=drenaj' kuralı tubaovaryen abseler için geçerli değildir. Antibiyotik tedavisi ile tubaovaryen abse lojunda yeterli miktarda antibiyotik konsantrasyonuna ulaşılır ki bu da tubaovaryen abse tedavisinde neden antibiyotik kullanılmasını gerektiğini açıklar.

Kaynaklar

1. Medina P, Huertas MA, Bajo Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tuba-ovarian abscesses: a randomized study -2003 Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, Vol.7, 234–238.
2. Hsiao SM, Hsieh FJ & Lien YR. Tuboovarian abscesses in postmenopausal women. Taiwan J Obstet Gynecol 2006; 45

Yazışma Adresi / Correspondence:

A. Akın SİVASLIOĞLU

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

e-posta: akinsivaslioglu@gmail.com