

PELVİK MALİGNANSİYİ TAKLİT EDEN MESANE İNVAZYONU YAPAN KLEBSİELLA PNEUMONİA TUBA OVARYAN ABSE OLGUSU

Dr. Tayfun Güngör¹, Dr. İsmail Mert¹, Dr. Mustafa Özat¹, Dr. Hatice Bayramoğlu²,
Dr. Esmâ Sarıkaya¹, Dr. Leyla Mollamahmutoğlu¹

ÖZET

Giriş: Tuboovarian apse genellikle pelvik inflamatuvar hastalığın bir sonucudur. Bu yazıda pelvik maliniteyi taklit eden bir tuboovarian abse olgusu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: 44 yaşındaki kadın pelvik ağrı ve kitle şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastada ateş veya lökositoz yoktu. Yapılan USG'de 150x100 mm. boyutunda karın duvarı ve idrar kesesini infiltrate etmiş bir kitle saptandı. MRG'de karın ön duvarı ve uterin fundusu invaze eden düzensiz sınırlı benzer bir kitle tespit edildi. Pelvik malignite şüphesi ile yapılan laparotomi sonucunda tuboovarian apsesinin kesin tanısı konuldu

Tartışma: Tuba-overian apse adneksiyal kitlelerin ayırıcı tanısında klinik belirtiler gizlenmiş olan bile dikkate alınması gereken koşullardan biridir.

Anahtar Kelimeler: Tuba-ovaryen, malignansi

ABSTRACT

Objective: Tuboovarian abscess is usually a consequence of pelvic inflammatory disease. Hereby we present a case of tuboovarian abscess mimicking malignancy.

Case Report: A 44 year old woman referred to our hospital for pelvic pain and mass without fever and leukocytosis. USG showed a mass with 150x100 in size that infiltrated abdominal wall and urinary bladder .MRI detected a similar mass with irregular borders that invaded the anterior abdominal wall and uterine fundus. Pelvic malignancy was suspected and laparotomy was performed with a definitive diagnosis of tuboovarian abscess.

Conclusion: Tuba-ovarian abscess is one of the conditions that have to be considered in the differential diagnosis of adnexial masses even if clinical symptoms are disguised.

Key Words: Tuba-ovarian abscess, malignancy.

Geliş tarihi: 02/01/2010

Kabul tarihi: 10/01/2010

¹Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Jinekolojik Onkoloji Bölümü ANKARA

²Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hastanesi Patoloji Bölümü ANKARA

İletişim: Dr. Emre Özgü

Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Talatpaşa Caddesi Samanpazarı/ANKARA

Tel: 0505 728 18 42

E-posta: isomert2002@yahoo.com

Giriş

Tubeoovaiian apse (TOA) genellikle hasarlı adneksiyal doku zemininde tekrarlayan enfeksiyon sonucu oluşur. Başlangıçta, over tutulumu olan ya da olmayan salphingit durumu mevcuttur. İnflamatuvar süreç kendiliğinden iyileşebilir veya tedaviye yanıt olarak yakındaki organlara fibröz olarak yapışarak anatomik ve epitel hasarı eşlik edebilir. Yumurtalık tutulumu enfeksiyon ve apse oluşumu için bir portal olarak hizmet verebilir (1-4).

Klinik spektrum belirtisiz hastalıktan akut karın ve septik şoka kadar değişebilir. Eğer enfeksiyon kolonik aralıklar boyunca ilerlerse subphrenic apse izlenebilir, bu durumda omuz ağrısı bir semptom olabilir (1-3). Biz görüntüleme bulguları ve komşu organların işgali nedeniyle pelvik maligniteyi taklit eden TOA olgusu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

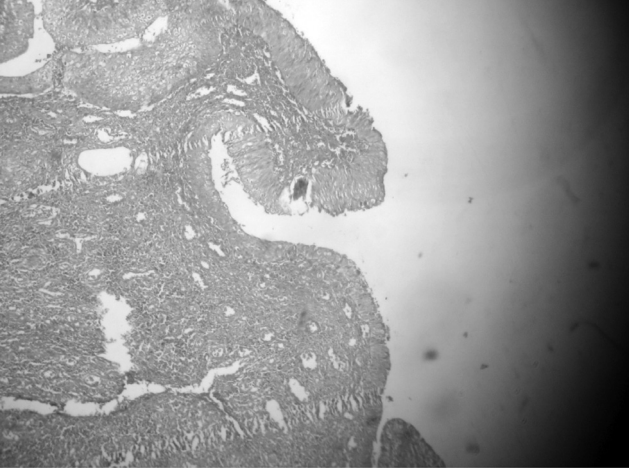
44 yaşında G9/P6 olan kadın hasta kasık ağrısı ve pelvik kitle şikayetiyle hastaneye başvurdu. Pelvik ağrısı son 20 gün devam ettiğini belirtti. Ateş veya titreme yoktu. Fizik muayenede minimal pelvik hassasiyet ve umblikus hizasına kadar uzanan kitle dışında özellik saptanmadı. Hasta aynı zamanda iştahsızlıktan şikayetçi idi ancak kilo kaybı olmadığını söylüyordu. Laboratuvar değerleri WBC 10600 (N: 4800-10800) dahil olmak üzere normaldi. Tüm tümör belirteçleri normal sınırlar içindeydi. Tıbbi geçmişinde son dört yıldır Tip2 DM tanısı olduğu ve insülin ile tedavi edildiğini belirtiyordu. Ayrıca hastaya son doğumda sezaryen yapılmıştı. Yapılan USG değerlendirmesinde sol over veya kalın bağırsaktan köken alan uterusu doğru uzanan ve mesaneyi infiltre eden kitle izlendi. Kitle boyutu 150x100 mm idi ve solid-kistik alanlar içeriyordu. Sol over ayrı olarak görünülmemiyordu. Yapılan Doppler incelemesinde kitlede düşük dirençli bir kan akım izlendi. MRG incelemesinde USG ile benzer olarak 13x8 cm boyutunda solid ve kistik alanlar içeren kitle saptandı. Kitle uterusun fundusa invaze görünümündeydi. Kitle ve batın ön duvarı kasları arasındaki plan kaybolmuştu. Diğer tüm alt ve üst karın organları normal bulundu. Hastanın kolonoskopisi transvers kolonda saptanan polip dışında normaldi.

Hastaya pelvik malignite şüphesiyle laparotomi yapıldı. Karın ve fasiya açıldıktan sonra pürülan materyal karın içinde görüldü. Tüm batın içi organlar birbirine yapışık ve karın ön duvarı ile birlikte konglomerat oluşturmuş durumdaydı. Kitle boyutu yaklaşık 150 mm idi. Kitle eksize edilerek frozen incelemeye gönderildi. Frozen sonucu enfeksiyon düşündürülen ve benign özellikli doku olarak geldikten sonra pürülan materyalden kültürler alındı abdominal histerektomi ve bilateal salphingoopherektomi yapıldı. Yapılan inspeksiyon ve palpasyonda mesanenin kitle tarafından işgal edildiği gözlemlendi. İntraoperatif sistoskopi sonucunda yaklaşık mesane dış yüzeyinde yer alan mukozayı yaylandıran yaklaşık 4x4 cm. çaplı kitle tespit yapıldı. Kitle ile birlikte mesane kubbesi de eksize edildi ve mesaneye primer onarım yapıldı. Kitle eksize edilmesinde oluşan batın ön duvarındaki defektin değerlendirilmesi için plastik cerrahiden konsültasyon istendi ve fasyanın primer kapatılmasına karar verildi. Batın kapatıldıktan sonra cilt altına 2 hemovac dren yerleştirilerek işleme son verildi.

Ameliyattan sonra, hasta yoğun bakım ünitesine kabul edildi ve ceftizoxime, gentamycin ve klindamisin tedavisi başlandı. Operasyonun beşinci gününde püri kültüründe Klebsiella Pneumonia üremesi ve süşun gentamisine dirençli olması üzerine antibiyotik tedavisi metranidazole, amikacine ve ceftizoxim olarak değiştirildi. Post operatif 3 ünite eritrosit süspan-siyonu verilen hastaya günlük hemogram, biyokimyası, kan şekeri regülasyonu ve yara pansumanı yapıldı. Düzgün yara iyileşmesi için gösterilen çabaya rağmen nekroz oluştu. Operasyonun sekizinci gününde, yara çevresindeki nekrotik dokuyu debride etmek amacıyla hasta ameliyata alındı. İkinci ameliyat sonrası dönem sıkıntısız geçen hasta yirminci gününde taburcu edildi.

TARTIŞMA

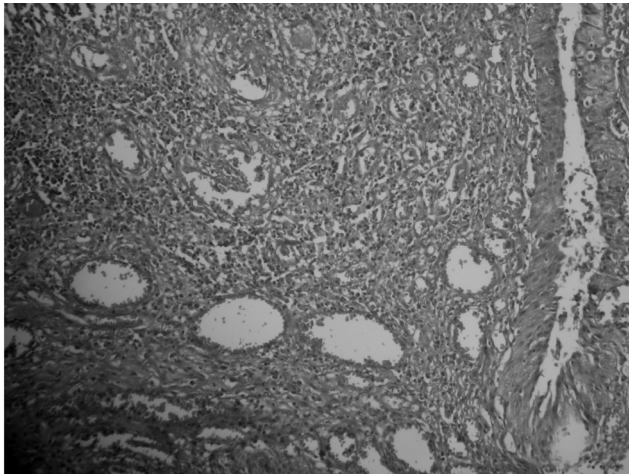
TOA pelvik inflamatuvar hastalığın kitle mevcudiyetinde kolayca tanına bilen bir komplikasyonudur. TOA'nin ayırıcı tanısında dış gebelik, periappendixial apse, leimyoma, tüm divertular hastalıklar, iyi huylu ve kötü huylu pelvik patolojiler gibi birçok hastalık vardır. Dikkatli bir fizik muayene ve görüntüleme çalışmaları ön tanı için son derece önem taşımaktadır.



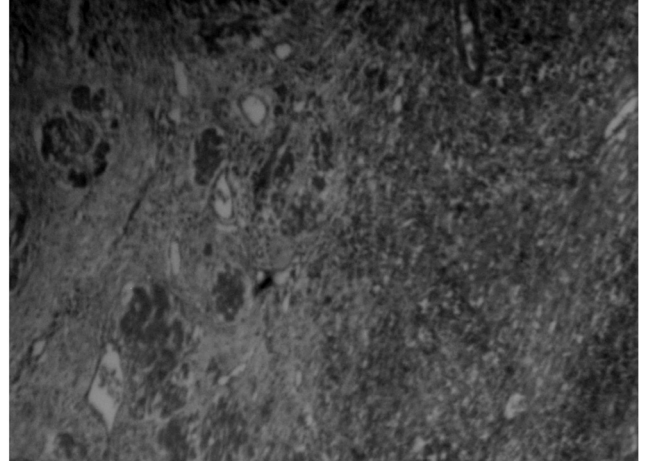
Şekil 1–Mesane transizyonel epiteli kenarında inflamasyon (resmin sağında) (H.E x 40 and 100).

Literatürde, TOA atipik şekillerde kendini gösterirse diğer adnexal kitle ile kolayca karışabilir. Habek ve ark. 41 yaşındaki TOA tanısı konmuş yapılan laparotomi sonucunda dejenere intraligamenter myom tanısı alan bir vaka sunmuşlardır (1). Andrews DW ve ark. 25 yaşında düşük seviyede ateş ve siyatik ağrısı bulunan bir TOA vakası bildirmiştir (2). Chang CC ve ark. TOA ve pnömoperitoneum ön tanısı ile tedavi edilen ve sonuçta perforé barsak alan bir vaka bildirmişlerdir (3).

Bunun ötesinde TOA'yi taklit eden birkaç malignite vakası rapor edilmektedir. Doğan ve ark. ve



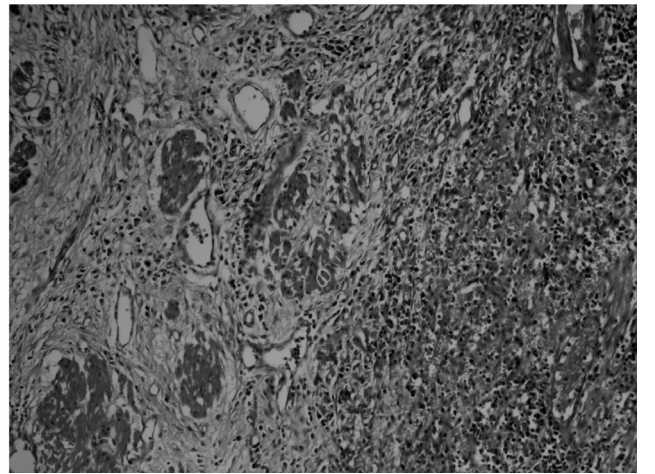
Şekil 2–Mesane transizyonel epiteli kenarında inflamasyon (resmin sağında) (H.E x 40 and 100).



Şekil 3–Mesane düz kasında infiltrasyon (H&E X100).

Moore MM ve ark. ameliyat sonrası TOA tanısı alan vakalar bildirmişlerdir (4,5). Malignite düşünülmesine sebep olan durum pelvik kitlenin varlığı ve hastaların bakire olması olarak açıklanmıştır. Bu vakaların ışığında pelvik enfeksiyon oluşması için cinsel ilişkinin gerekmediği sonucuna varmışlardır (4-5).

Bunun aksine, diğer jinekolojik hastalıklar da TOA gibi prezente olabilir. Naliboff JA, ve ark. irritabl barsak sendromu olan adneksial kitle ve dyspareuni-a sikayeti olan 31 yaşındaki bir hastayı vaka sunumu olarak bildirmişlerdir (6). Ağırlaşan karın ağrısı şikayeti olan hastaya TOA ön tanısı ile eksploratif laparotomi uygulanmıştır. Post operatif inceleme sonucunda hastanın sigmoid divertikülit ve yoğun divertikü-



Şekil 3–Rektus kasında infiltrasyon (H&EX100).

lozis olduğu saptanmıştır. İlginçtir ki, pelvik maligniteler de TOA'yi taklit edebilir. Halperin R ve ark TOA olarak prezente olan iki tubal karsinom vakası sunmuşlardır (7). Her iki hasta da pelvik rahatsızlık, ateş ve hassas sağ pelvik kitle şikayeti ile başvurmuş ancak ameliyattan sonra, her iki hastaya da fallop tüpü kanseri tanısı konulmuştur.

Sonuç olarak TOA birçok belirti ile kendini gösterebilir. Makul bir şüphe, kapsamlı teşhis çalışmaları ve bir ekip yaklaşımı ile kesin tanı konulabilir.

KAYNAKLAR

1. Habek D, Has B, Habek JC. Tuboovarian abscess mimicking intraligamentar uterine myoma and an intra-uterine device: a case report. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005 Sep;10(3):168-70.
2. Andrews DW, Friedman NB, Heier L, Erickson A, Lavyne MH. Tuboovarian abscess presenting as sciatic pain: case report. *Neurosurgery*. 1987 Jul;21(1):100-3.
3. Chang CC, Hsieh YY, Tsai HD, Lin CC. Tubo-ovarian abscess presenting as pneumoperitoneum. *J Assist Reprod Genet*. 2002 Jan;19(1):42-3.
4. Dogan E, Altunyurt S, Altindag T, Onvural A. Tubo-ovarian abscess mimicking ovarian tumor in a sexually inactive girl. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2004 Oct;17(5):351-2.
5. Moore MM, Cardosi RJ, Barrionuevo MJ. Tubo-ovarian abscess in an adolescent virgin female. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999 Jan;153(1):91-2.
6. Naliboff JA, Longmire-Cook SJ. Diverticulitis mimicking a tuboovarian abscess. Report of a case in a young woman. *J Reprod Med*. 1996 Dec;41(12):921-3.
7. Halperin R, Zehavi S, Gayer G, Herman A, Schneider D. Fallopian tube carcinoma presenting as tubo-ovarian abscess: a report of two cases with literature review. *Int J Gynecol Cancer*. 2005 Nov-Dec;15(6):1131-4. Review.