

Tubo-ovaryan abseler: Risk faktörleri, klinik özellikler ve tedavilerinin retrospektif analizi

Tubo-ovarian abscesses: A retrospective analysis of risk factors, clinical features, and treatments

Hatice Ender Soyduñ¹, Mehmet Sıddık Evsen¹, Ali Özler¹, Muhammet Erdal Sak¹, Abdülkadir Turgut¹, Neval Yaman Görük¹, Talip Gül¹

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır

Özet

Tubo-ovaryan absse (TOA), tuba, over ve çevre dokuları içine alan ciddi bir inflamatuvar hastalıktır. Bu çalışmada TOA'lı olguların risk faktörleri, klinik bulguları ve tedavi yaklaşımlarını sunmayı amaçladık. Ocak 2007 – Haziran 2012 tarihleri arasında TOA tanısı ile takip edilen 31 hastaya ait dosyalar retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait risk faktörleri, klinik ve laboratuvar sonuçları, uygulanan tedavi yöntemleri ve gelişen komplikasyonlar kaydedildi. Medikal tedavi alan hastalar, başarılı ve başarısız tedavi grubu olarak iki gruba bölündü. Gruplar, demografik veriler, risk faktörleri ve kitle özelliklerine göre karşılaştırıldı. Hastaların ortalama yaşı 33.12±10.43 idi. Yirmisekizi (%90.3) evli ve 27'si (%87) multipardı. Kontraseptif yöntem olarak evli olan 28 hastanın 11'inde rahim içi araç (RIA) (%35.5) kullanımı mevcuttu. Son 6 ay içinde geçirilmiş intrauterin veya intraabdominal girişim veya operasyon 9 (%29) ve pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) 15 hastada (%48.4) mevcuttu. Hastaların başvuru sırasında, tümünde pelvik ağrı (%100), 24'ünde vajinal akıntı (%77.4), 17'sinde ateş (%54.8), 14'ünde düzensiz menstrüel kanama (%45.2) mevcut idi. TOA'lı hastalarda klinik bulgular olarak; %54.8 ateş, %61.3 lökositoz, %71 yüksek sedimentasyon hızı, %71 C-reaktif protein yüksekliği tespit edildi. Olguların hospitalize edildiklerindeki ilk tanıları; 14'ünde (%45.2) TOA, 5'inde rüptüre TOA, 7'sinde RIA translokasyonu ve TOA, 1'inde perforé apandisit komplikasyonu şüphesi, 4'ünde pelvik kitle (teratom, myom dejenerasyonu, over kanseri, endometrioma) idi. Medikal tedavinin 13 hastaya uygulandığı ve başarı oranının %46.2 olduğu bulundu. Başarılı ve başarısız tedavi grupları arasında, demografik veriler, risk faktörleri ve kitle özellikleri açısından anlamlı fark saptanmadı. Yapılan cerrahi girişimler; %22.6 laparoskopik absse drenajı, %32.3 laparotomi ile absse drenajı, %12.9 unilateral salpingooferektomi ve %12.9 total abdominal histerektomi-bilateral salpingooferektomi idi. Postoperatif komplikasyon olarak %6.5 barsak hasarı ve sepsis, %6.5 dehisens ve %3.25 yara yeri enfeksiyonu geliştiği izlendi. TOA'de, PIH ve RIA kullanımı yanında pelvik kitleler de risk faktörü olabilir. TOA, klasik enfeksiyon semptomları olmaksızın pelvik kitle ve ağrı ile başvurabilir. Bu nedenle, pelvik kitle ayrıcı tanısında akla getirilmelidir. Tanısı TOA olan hastalarda ilk tedavi tercihi medikal; şüpheli olgularda ve rüptüre abselerde cerrahi olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Cerrahi tedavi; medikal tedavi; pelvik kitle; tubo-ovaryan absse.

Abstract

Tubo-ovarian abscess (TOA) is a serious inflammatory disease of the female reproductive system including the ovary, fallopian tube, and the surrounding tissues. In this study, we aimed to present risk factors, clinical features and treatment approaches in TOA. The files of 31 patients with a diagnosis of TOA were analyzed retrospectively from January 2007 to June 2012. The patients' risk factors, clinical details, treatment modalities, laboratory results, and complications were recorded. The medically treated patients were divided into two groups: successful and unsuccessful treatment groups. Groups were compared according to the demographic data, risk factors, and mass characteristics. The mean age of patients was 33.12±10.43. Twenty-eight patients (90.3%) were married and 27 of them (87%) were multiparous. Intrauterine device (IUD) were used as contraceptive method in 11 of married patients (35.5%). Nine patients (29%) had history of prior intrauterine or intraabdominal intervention within 6 months. Pelvic inflammatory disease (PID) were in 15 patients (48.4%). At admission, pelvic pain in 31 (100%), vaginal discharge in 24 (77.4%), fever in 17 (54.8%), irregular menstrual bleeding in 14 (45.2%) of patients were recorded. Laboratory findings were elevated erythrocyte sedimentation rate (71%), and increased C-reactive protein level (71%), leukocytosis (61.3%) respectively. The initial diagnosis of hospitalized patients were observed TOA in 14 (45.2%), ruptured TOA in 5, IUD translocation and TOA in 7, the suspicion of a complication of perforated appendicitis in 1 and pelvic mass (teratoma, fibroid degeneration, ovarian cancer, endometrioma) in 4 of patients, respectively. Medical treatment was applied in 13 patients and reached 46.2% success rate. There was no significant difference in between successful and unsuccessful treatment groups with respect of demographic data, risk factors, and the mass characteristics. Surgical procedures were laparoscopic abscess drainage (22.6%), laparotomy and drainage of abscess (32.3%), unilateral salpingo-oophorectomy (12.9%), and total abdominal hysterectomy and bilateral salpingo-ooferectomy (12.9%), respectively. The bowel injury and sepsis (6.5%), dehiscence (6.5%), and wound infection (3.25%) were observed as postoperative complications. The pelvic masses may be a risk factor in addition to PID and the use of IUD for TOA. The patients with TOA may present with the pelvic mass and pelvic pain without the classic symptoms of infection. Therefore, TOA should be considered in the differential diagnosis of pelvic masses. Although the medical treatment should be the first choice in patients with TOA, suspected cases and ruptured abscesses should be treated by surgery.

Keywords: Medical treatment; pelvic mass; surgical treatment; tubo-ovarian abscess.

Giriş

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH), endometrit, salpenjit, ooforit ve pelvik peritonit gibi değişik spektrumları kapsayan üst kadın genital kanalın inflamatuvar hastalığıdır. Reprodüktif dönemdeki kadınlarda daha

yaygın olan PIH nedeniyle hospitalizasyon oranları gün geçtikçe artmaktadır (1). PIH'le ilişkili en sık risk faktörleri olarak genç yaş, ilk ilişki yaşı, çok sayıda partner, bakteriyel vajinosis varlığı, vajinal duş, rahim içi araç (RIA) kullanımı ve seksüel yolla bulaşan hastalıklar sayılmasına rağmen, herhangi bir enfeksiyonun lenfatik ve hematojen yayılımı, postabortal ve postpartum dönemlerde de oluştuğu bilinmektedir

İletişim/Correspondence to: Hatice Ender Soyduñ, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Diyarbakır, TÜRKİYE
Tel: + 90 412 248 8001 endersoydinc@hotmail.com

Geliş Tarihi: 07.08.2012 **Kabul Tarihi:** 14.11.2012
Received: 07.08.2012 **Accepted:** 14.11.2012

DOI: 10.5455/GMJ-30-2012-121
www.gantep.edu.tr/~tipdergi
ISSN 1300-0888

(2,3). Tubo-ovaryan abse (TOA), PİH'in ciddi bir sekeli olup hospitalize edilen akut PİH'li hastaların %33'ünde olduğu bildirilmektedir (3). Klinik olarak genellikle, karın ağrısı, vajinal akıntı, ateş, düzensiz kanama, bel ağrısı, bulantı ve kusma gibi belirtiler ile ortaya çıkar. Yapılan jinekolojik muayene ve radyolojik girişimlerle pelvik kitle saptanması tanıyı desteklemektedir. Tanıda özellikle bilgisayarlı tomografi yararlı olmaktadır (4). Tedavide, geniş spektrumlu antibiyoterapi, medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda ve akut batın tablosu olan veya abse rüptürü düşünülenlerde cerrahi tedavi yapılmalıdır (5-7). Erken ve agresif tedavi yapılmadığında peritonit ve sepsis gibi komplikasyonlar yüksek morbidite ve hatta mortaliteye neden olabilir (8-11).

Bu çalışmada TOA'lı olguların kliniğimize başvuru anındaki risk faktörleri, semptomları, uygulanan tedavi şekilleri ve oluşan komplikasyonlarını retrospektif olarak analiz ederek sunmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntemler

Ocak 2007 ve Haziran 2012 tarihleri arasında, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde tubo-ovaryan abse tanısıyla takip edilen 31 hastaya ait kayıtlar retrospektif olarak analiz edildi. Bu çalışma Dicle Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylandı.

Hastaların demografik özellikleri, başvuru sırasındaki şikayetleri, risk faktörleri, yakın zamanda geçirilmiş operasyon veya intrauterin müdahale öyküsü araştırıldı. Hastaların 6 ay içerisinde geçirdikleri girişimsel prosedürler, "yakın zamanda girişim" olarak, 6 aydan önce yapılan cerrahi operasyonlar ise "geçirilmiş cerrahi operasyon" olarak tanımlandı. Klinik ve fizik muayene bulguları, laboratuvar değerleri, ultrasonografi (US) ve/veya bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçları tespit edildi.

TOA tanısı, klinik ve laboratuvar bulgular ile US ve BT görüntüleri sonucuna göre veya akut batın ve pelvik kitle gibi endikasyonlarla yapılan ameliyatlarda sırasında konuldu. Klinik bulgular ve laboratuvar değerleri olarak; ateş için $\geq 38^{\circ}\text{C}$, sedimentasyon hızı için (1. saatte) >20 mm/saat, kan lökosit sayısı için >10.000 / μL , hs-CRP için $>1,5$ mg/dL yüksek değer olarak alındı. TOA, US'de yoğun içerikli, kompleks kistik kitle; BT'de düzenli veya düzensiz kalın kenarlı ve debris içeren veya hava-sıvı seviyesi gösteren kitle olarak tanımlandı.

İstatistik analiz için veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 11,5, Epi Info, Microsoft Office Excel programlarında değerlendirildi. Veriler normal dağılıma sahip olmadığı için tanımlayıcı istatistikler, frekans dağılımları ki kare ve Mann Witney U test kullanıldı. Değişkenler ortalama ve standart sapma olarak belirtildi. Sonuçlar % 95 güven aralığında ve $p<0.05$ olması durumunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar

Bu çalışmada 31 TOA'lı olgu mevcuttu. Bu olguların demografik verileri ve saptanan risk faktörleri Tablo 1'de verildi. Kontraseptif yöntem olarak 11 olgunun RİA kullandığı, 2'sinin tüp ligasyonu yaptırdığı, 6'sının doğal yöntemle korunduğu ve 9'nun korunma yöntemi kullanmadığı saptandı. Hastaların yakın zamanda geçirdikleri girişimsel prosedürler; 2 olguda apandektomi (bu olguların 2'si de virgo idi), 1'inde normal vajinal doğum, 2'sinde sezaryan, 2'sinde tanı amaçlı probe küretaj, 1'inde aile planlaması amacıyla gebelik sonlandırılması ve 1'inde yumurta toplama işlemi idi. Geçirilmiş cerrahi operasyonlar ise 1 olguda 2 kez endometriyoma ve tüp ligasyonu, 1 olguda perfore apandisit, 4 olguda sezaryan ve bunların 1'isinde tüp ligasyonu idi.

Tablo 1. Tubo-ovaryan abseli 31 olgunun demografik verileri.

	Ortalama±SD (min-max) N(%)
Yaş (yıl)	33.12±10.43 (18-68)
Gravida	3.58±2.91 (0-12)
Parite	3.29±2.84 (0-12)
Abortus	0.25±0.57 (0-2)
Medeni hali	
Evli	28 (%90.3)
Bekar	3 (%9.7)
Risk faktörleri	
PİH öyküsü	15 (%48.4)
RİA kullanımı	11 (%35.5)
Yakın zamanda girişim*	9 (%29)
Uzak zamanda cerrahi operasyon*	6 (%19.4)
Diyabet	2 (%6.5)
Eşlik eden hastalık [†]	6 (%19.4)

Veriler ortalama±SD ve N(%) olarak verilmiştir. PİH: Pelvik inflamatuvar hastalık; RİA: Rahim içi araç. *: Son 6 ay içinde abdominal ve vajinal olarak uterin girişim ve operasyon. †: 6 aydan önce geçirilmiş cerrahi operasyon öyküsü. ‡: RİA translokasyonu olguları hariç.

Hastaların hastaneye başvuru şikayetleri, hastaneye yatış sonrası uygulanan tedavi yöntemleri ve oluşan komplikasyonlarla ilgili sonuçlar Tablo 2'de verildi. Olguların 14'ünde (%45,2) ilk tanı TOA; 5'inde rüptüre TOA (1 olgu RİA translokasyonu ile birlikte); 7'sinde RİA translokasyonu ve TOA; 1'inde perfore apandisit komplikasyonu şüphesi; 1'inde teratom; 1'inde miyom dejenerasyonu; 1'inde over kanseri ve 1'inde endometriyoma olduğu tespit edildi.

İlk tanısı TOA olan 14 olgunun 13'üne medikal tedavi başlandığı; medikal tedavi olarak 3. kuşak sefalosporin ve metronidazol, ya da ampicilin, klindamisin ve gentamisin kombinasyonlarının verildiği tespit edildi. Tedaviye rağmen 48-72 saat içinde klinik belirtiler, ateş ve lökositozda gerileme olmayan, abse çapı küçülmeyen olgulara cerrahi tedavi uygulandığı saptandı. Ön tanıları RİA translokasyonu ve abse, abse rüptürü (bunların birisi RİA translokasyonuna sekonder gelişmişti ve cilde fistülizasyon mevcuttu) ve peritonit, yakın zamanda geçilen apandisit operasyonuna ait komplikasyon şüphesi (genel cerrahi tarafından opeasyona alınmış), pelvik kitle (endometriyoma, miyom dejenerasyonu, teratom, over kanseri) ve TOA olan 18 olguya ilk

aşamada cerrahi yaklaşım uygulanmıştı. Pelvik kitle nedeniyle opere edilen hastalarda, postoperatif dönemde yapılan histopatolojik incelemelerinde, kitlelerin mevcut ön tanılarının doğru olduğu ve abse dejenerasyonuna uğradıkları tespit edildi. Yapılan cerrahi girişimler, laparoskopi ile drenaj (L/S ile drenaj), laparotomi ile drenaj (L/T ile drenaj), unilateral salpingo-oofektomi (USO) ve total abdominal histerektomi-bilateral salpingo-oofektomi (TAH-BSO) içeriyordu (Tablo 2).

Tablo 2. Tubo-ovaryan abseli 31 olgunun klinik verileri.

	N(%)
Semptomlar	
Ateş	17 (54.8)
Alt karın ağrısı	31 (100)
Vajinal akıntı	24 (77.4)
Düzensiz kanama	14 (45.2)
Tedavi şekli	
Medikal	6 (19.4)
Cerrahi	
Başarısız medikal tedavi sonrası	7 (22.6)
İlk yaklaşım	18 (58.1)
Cerrahi tedavi	
L/S ile drenaj	7 (22.6)
L/T ile drenaj	10 (32.3)
USO	4 (12.9)
TAH-BSO	4 (12.9)
Komplikasyonlar	
Barsak yaralanması ve sepsis	2 (6.5)
Yara yeri enfeksiyonu	2 (6.5)
Dehissens	1 (3.25)

L/S: laparoskopi; L/T: Laparotomi; USO: unilateral salpingo-oofektomi; TAH-BSO: Total abdominal histerektomi-bilateral salpingo-oofektomi

Abse rüptürünün, olguların birinde enfekte olan teratoma, birinde RİA translokasyonuna, diğer üçünde hastalığın ilerlemesine bağlı olduğu saptandı.

Postoperatif komplikasyonlardan barsak zedelenmesi ve sepsis, enfekte teratoma sekonder gelişen abse rüptürü ve endometriyoma nedeniyle opere edilen hastalarda

Tablo 3. Başarılı ve başarısız medikal tedavi olan hastaların verileri. Veriler ortalama±SD ve N(%) olarak verilmiştir.

	Medikal tedavi		p değeri
	Başarılı (6)	Başarısız (7)	
Yaş	29.6±7.7	35.4±5.3	0.171
Parite	1.16±1.1	3.42±2.8	0.121
Medeni hali			
Evli	5 (%83.3)	7 (%100)	0.462
Bekar	1 (%16.7)	-	
Risk faktörleri			
PİH öyküsü	3 (%50)	3 (%57.1)	1
RİA kullanımı	2 (%33.3)	-	0.462
Yakın zamanda girişim	2 (%33.3)	4 (%57.1)	0.592
Geçirilmiş cerrahi operasyon	1 (%16.7)	2 (%28.6)	1
Diabet	-	2 (%28.6)	0.462
Kitle çapı	4.75±0.98	6.18±2.12	0.129
Kitle sayısı	1.16±0.40	1.42±0.53	0.327

TOA, reproduktif çağda ve çok partnerli kadınlarda sık görülmekle birlikte nadiren postmenopozal dönemde ve tek eşli kadınlarda da ortaya çıkabilir (14,15). Bu çalışmada, postmenopozal dönemde olan bir olgu hariç hepsi düzenli menstruasyon gören reproduktif çağdaki kadınlardı. Postmenopozal dönemde oluşan TOA, dermoid kistin sekonder olarak abseye dönüşmesi ve

geliştiği; yara yeri enfeksiyonu ve dehissensin abse rüptürü nedeniyle opere edilen hastalarda meydana geldiği saptandı. Olguların ortalama hastanede yatış süreleri 9,82±8,67 gün (min-maks, 2-40) idi.

Başarılı medikal tedavi grubu ile medikal tedavinin başarısız olup cerrahi tedaviye geçme gereksinimi olan hastaların, yaş, parite, klinik özellikleri, laboratuvar sonuçları, kitle sayısı ve büyüklüğüne ait verileri istatistiksel olarak karşılaştırıldı, anlamlı fark saptanmadı (Tablo 3).

Tartışma

TOA, kadın pelvik organlarını tutan ciddi bir inflamatuvar hastalıktır. Enfeksiyon ajanlarının alt genital kanaldan asendan olarak geldiği ve PİH sonrası olduğu düşünülmektedir. Hastaneye yatırılan PİH olgularının 1/3'ünde TOA geliştiği bildirilmektedir. Bununla birlikte rahim içi araç kullanımı, granülatöz enfeksiyonlar, geçirilmiş pelvik ve intrauterin ameliyatlara, diğer intraabdominal organların perforasyonuna ikincil olarak da meydana gelmektedir (7). Karakulak ve ark.'larının yaptıkları çalışmada, PİH hikayesini %28,2, RİA mevcudiyetini %48.7 olarak, Çelik ve ark.'ları PİH oranını %36, RİA kullanımını %63 olarak bildirmişlerdir (12,13). Sunduğumuz çalışmada, TOA'nın, hastaların %48,4'ünde PİH sonrası geliştiği saptandı. Ayaktan tedavi edilen bu olguların, 15 günü aşan şikayetlerine şiddetli akut karın ağrısının ilave olduğunda hastaneye başvurdıkları tespit edildi. PİH için önemli risk faktörlerinden biri olan RİA kullanımı olgularımızın %35,5'inde mevcut olduğu, bunların 8'inde RİA translokasyonuna bağlı TOA geliştiği saptandı. İlginç bir şekilde 2 olguda tüp ligasyonu olmasına rağmen TOA geliştiği, bunların birinde hayatı tehdit eden ciddi hastalık meydana geldiği tespit edildi. Diğer risk faktörleri olarak 9 olguda 3 ay içinde geçirilmiş girişimsel işlem, 2'sinde diabet olduğu tespit edildi.

rüptüre olması şeklinde kliniğe yansıdı. Çalışmamızdaki 28 olgu evli idi ve tek partnere sahipti. Virgo olan 3 olgunun 2'sinin yakın zamanda apandisit operasyonu geçirdikleri, bir olguda ise miyomun septik dejenerasyona uğradığı saptandı. Yakın zamanda apandisit operasyonu geçiren bu iki olgu, risk faktörü

olduğunda virgo kızlarda pelvik kitlenin ayırıcı tanısında TOA'nin akla getirilmesi gerektiğine işaret etti.

TOA; ateş, lökositoz, CRP yüksekliği gibi klasik enfeksiyon bulgularının yanı sıra sadece pelvik ağrı ve kitle ile kliniğe yansiyabilir. Ayırıcı tanı klinik bulgularla birlikte, ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi ile yapılmaktadır. Özellikle pelvik kitle ve ağrı ile başvuran olguların tanısında, non-invazif yöntem olarak BT önemli yer tutar. BT'de en sık saptanan görünüm unilaterale, multiloküler, sıvı dansitesinde ve kalın duvarlı kistik kitlelerdir (5). Çalışmamızda, TOA için klasik bulgular olan ateş, pelvik ağrı, lökositoz ve hassas pelvik kitle hastaların %48.1'inde (18/31) saptandı. Kalan hastaların enfeksiyon bulgusu olmaksızın pelvik ağrı ile polikliniğe başvurduğu, 7'sinin (7/13) RİA translokasyonu ve 4'ünün (4/13) pelvik kitle tanısıyla hospitalize edildiği izlendi. Pelvik kitlesi olan olguların BT sonuçlarının; bir olguda endometriyoma, bir olguda miyom dejenerasyonu, bir olguda over kanseri ve bir olguda dermoid kist olarak rapor edildiği tespit edildi.

TOA'da geleneksel yaklaşım cerrahi drenaj olmasına rağmen, geniş spektrumlu ve abse duvarına penetre olan yeni kuşak antibiyotiklerin ortaya çıkması ile yalnızca medikal tedavi tercih edilmeye başlanmıştır. Medikal tedavide sefotetan veya sefoksitin ile doksisisiklinin; veya klindamisin ve gentamisin verilildiği klasik rejimler önerilmekle birlikte değişik tedavi rejimlerinin TOA üzerindeki etkinliği araştırılmaktadır (16). Sadece medikal tedavi ile %75'e varan iyileşme sağlandığı bildirilmektedir (5). Klinik semptomların iyileşmesi, ateşin düşmesi, lökositozun azalması, abse kitlesinin küçülmesi medikal tedaviye yanıt alındığının göstergesi olarak kabul edilmektedir (17). Tedaviye 48-72 saat içinde yanıt alınmadığında medikal tedaviye ilave olarak laparoskopi, laparotomi, BT veya US eşliğinde abse drenajı yapılmalıdır. Bunun yanında başlangıçta medikal tedavi ile birlikte doğrudan laparoskopi ile drenajı öneren ve tedavi başarısının yüksek olduğunu savunan çalışmalar mevcuttur (14,18). Tanısı kesin olmayan, rüptüre olduğu düşünülen ve akut batın tablosu veren abse olgularında, hayatı tehdit eden komplikasyonlardan sakınmak için laparotomi yapılmalıdır. Sunduğumuz çalışmada ön tanısı rüptüre olmamış abse olanlarda medikal tedavi başlama oranı %93 (13/14) idi. Abse rüptürü, pelvik kitle, RİA translokasyonu, ve yakın zamanda geçirilen apandektomiye ait komplikasyon şüphesi olan olgularda (18/31) ilk tedavi seçeneği cerrahi tedavi idi. Medikal ve cerrahi tedavi uygulanan hastaların ortalama hastanede yatış süreleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Medikal tedavi uygulanan hastalarda başarı oranı %46,2 idi. Medikal tedavinin başarı oranının kitle çapı ve bilateral olması ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (17). Yaptığımız çalışmada başarılı ve başarısız medikal tedaviyi etkileyebilecek faktörler arasında karşılaştırma yapıldı. Başarısız medikal tedavide yaş, parite, kitle çapı ve kitle sayısının (unilateral veya bilateral) fazla olduğu saptanmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edildi. Çalışmamızda, cerrahi tedavi yaklaşımı olarak sadece %12,9 (4/25) hastada TAH-BSO yapıldığı,

diğerlerinde konservatif cerrahi uygulandığı bulundu. Konservatif cerrahi tercihinin, hastaların fertilitate isteği ve uygunsuz cerrahi sahadan kaynaklandığı saptandı. Konservatif cerrahi uygulanan hastaların ikisinde barsak yaralanmasına bağlı olarak ikinci bir operasyon gerektiği, diğerlerinin iyileşme ile taburcu edildiği bulundu.

TOA komplikasyonu olarak %15 oranında abse rüptürü görülebilir (14). Özellikle rüptüre abselerde kesin kür sağlanması açısından laparotomi ile TAH-BSO yapılması ideal yöntem olarak önerilmektedir. Ancak fertilitenin korunması ve menstrüasyonun sürdürülmesi istenen hastalarda konservatif cerrahi ilk yaklaşım olarak tercih edilebilir. Bu hastaların tekrar operasyona ihtiyaç duyabilecekleri unutulmamalıdır (14). Çalışmamızda 5 (%16,1) hastada abse rüptürü mevcuttu ve hepsinin cerrahi olarak tedavi edildiği saptandı. Bir olgu hariç (27 yaş) diğerleri fertilitate isteği olmayan hastalardı. Genç yaşta hasta ile ileri derecede yapışıklık nedeniyle uygun cerrahi saha sağlanamayan iki olguda laparotomi ile drenaj ve diğer 3'ünde TAH-BSO yapıldığı tespit edildi. Mortalite ortaya çıkmadı, ancak 2 olguda barsak yaralanması ve sepsis meydana geldi. TOA'nın diğer bir komplikasyonu olarak sepsis %10-20 hastada ortaya çıkabilir (19). Çalışmamızda abse rüptürü olgularının 2'sinde cerrahi sonrası barsak yaralanmasına ikincil olarak sepsis meydana geldi.

Sonuç olarak, TAO pelvik kitlelerin iyi bilinen bir nedeni olsa da özellikle virgo kızlarda, yakın zamanda geçirilmiş cerrahi öyküsü varsa, pelvik kitle ayırıcı tanısında TOA düşünülmelidir, PIH ve RİA kullanımı yanında pelvik kitleler ve girişimsel işlemler de TOA için risk faktörü olarak akılda tutulmalıdır, TOA'de cerrahi seçenektan önce medikal tedavinin de başarılı olabileceği unutulmamalı ve rüptüre olmamış abselerde ilk seçenek olarak uygulanmalıdır.

Kaynaklar

1. Whiteman MK, Kuklina E, Jamieson DJ, Hillis SD, Marchbanks PA. Inpatient hospitalization for gynecologic disorders in the United States. Am J Obstet Gynecol 2010;202(6):541.e1-6.
2. Loscalzo J, Andreoli TE, Cecil RL, Carpenter CA, Griggs RC. Cecil essentials of medicine. Philadelphia: W.B. Saunders, 2001.
3. Quan M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management. J Am Board Fam Pract 1994;7(2):110-23.
4. Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, Fields S, Lieberman S. Computed tomographic features of tuboovarian abscess. J Reprod Med 2005;50(3):203-8.
5. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscess: comparison of broad-spectrum β -lactam agents versus clindamycin-containing regimens. Am J Obstet Gynecol 1991;164(6 Pt 1):1556-61.
6. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. Clin Obstet Gynecol 1993;36(2):433-44.
7. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: Contemporary approach to management. Rev Infect Dis 1983;5(5):876-84.
8. Golub V, Kim AC, Krol V. Surgical wound infection, tuboovarian abscess, and sepsis caused by Edwardsiella tarda: case reports and literature review. Infection 2010;38(6):487-9.
9. Felz MW, Apostol CJ. Fatal pneumococcal sepsis from a tuboovarian abscess. J Am Board Fam Pract 2004;17(1):68-70.
10. Wagner A, Russell C, Ponterio JM, Pessolano JC. Ruptured tuboovarian abscess and septic shock with Clostridium perfringens in a postmenopausal woman: a case report. J Reprod Med. 2009;54(10):652-4.

11. Powers K, Lazarou G, Greston WM, Mikhail M. Rupture of a tuboovarian abscess into the anterior abdominal wall: a case report. *J Reprod Med* 2007;52(3):235-7.
12. Karakulak M, Pala HG, Aydın Y, Saatli B, Güçlü S. Tuboovarian abseli olguların değerlendirilmesi. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;22(1): 9-13.
13. Çelik Ç, Görkemli H, Çiçek N, Acar A, Köşüş A, Akyürek C. Evaluation of the cases with tuboovarian abscess. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2002;8(4):219-22.
14. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64(10):681-9.
15. Hsiao SM, Hsieh FJ, Lien YR. Tuboovarian abscesses in postmenopausal women. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2006;45(3):234-8.
16. Workowski KA, Berman SM. CDC, PID- STD Treatment Guidelines 2006. *MMWR* 2006;55:RR-II.
17. Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, Genadry R, Spence MR. Tubo-ovarian abscess: a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138(7 pt 2):1055-8.
18. Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tuboovarian abscesses. *J Reprod Med* 1984;29(8):579-82.
19. Sweet RL. Infectious diseases of the female genital tract. Sweet RL, Gibbs RS, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2009.