

TUBAOVARYEN ABSE OLGULARININ CERRAHİ TEDAVİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of Surgical Treatment in Cases with Tubo-ovarian Abscess

İlay Gözükara, Oya Karapınar, Ali Ulvi Hakverdi, Kenan Dolapçioğlu, Arif Güngören

Mustafa Kemal Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, HATAY

ÖZET

Amaç: Kliniğimizde tubaovaryen abse nedeniyle cerrahi operasyon uygulanan hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını, uygulanan cerrahi yöntemleri ve sonuçlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Ocak 2014 ve Mart 2016 yılları arasında tubaovaryen abse nedeniyle cerrahi uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Olguların klinik ve laboratuvar özellikleri, uygulanan cerrahi yöntemler, komplikasyonları ve antibiyoterapi rejimleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 19 olgunun ortalama yaşının 32,7 olduğu izlendi. Operasyon öncesi dönemde yapılan ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi sonuçlarına göre tubaovaryen abse kitlelerinin çapları ortalama 8,46 cm ve hastanede kalış süresi 8,5 gündü. Hastaların ortalama C reaktif protein (CRP) değeri 147mg/L ve olguların % 89,5'sinde (n=17) CRP 5'in üzerinde saptandı. Olgularda %47,7 (n=9) abse boşaltılması, %15,8 (n=3) salfenjektomi, %15,8 (n=3) total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi ve %21,4 (n=4) unilateral salpingooferektomi uygulandı. Bir hasta cerrahi sonrası abse tekrarı ve sonrasında dissemine intravasküler koagülasyon gelişmesine sekonder kaybedildi. İki hastada intraoperatif barsak serozasında yaralanma oldu.

Sonuç: Tubaovaryen absenin cerrahi tedavisi hastanın fertilité isteği ve yaşına ek olarak operatörün becerisi ve deneyimine bağlı olarak değişmektedir.

Anahtar kelimeler: Cerrahi, Komplikasyon, Medikal tedavi, Tubaovarian abse

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the clinical and laboratory features, surgical complications and methods of patients with tubaovarian abscess who were treated with surgery.

Material and Methods: Retrospective analysis of patients with tubaovarian abscesses and treated with surgical methods in Mustafa Kemal University, Obstetric and Gynecology Department between January 2014 and March 2016 was performed. The clinical and laboratory characteristics, surgical methods, complications and antibiotic regimen of subjects were recorded.

Results: The mean age of 19 subjects included into the study was 32.7. The average diameter of tubaovarian abscesses before the surgery was 8.46 cm according to the ultrasound and computed tomography results and the mean hospitalization time was 8.5 day. The mean serum C reactive protein (CRP) concentration was 147 mg/L and CRP was found higher than 5 in 89.5% (n=17) of the subjects. The patients were underwent surgery as abscess drainage in 47.7% (n=9), salpingectomy in 15.8% (n=3), total abdominal hysterectomy and bilateral salpingoophorectomy in 15.8% (n=3), and unilateral salpingoophorectomy in 21.4% (n=4) of cases. Abscess recurrency and subsequent disseminated intravascular coagulation were observed in one patient later on she was died. Bowel injury has occurred in two patients.

Conclusion: The surgical treatment modality of tubaovarian abscess depends on the fertility desire and age of patient and also the experience of the surgeon.

Key words: Complication, Surgery, Medical treatment, Tubo-ovarian abscess

Gönderme tarihi / Received: 01.04.2016 Kabul tarihi / Accepted: 25.04.2016

İletişim: Dr. İlay GÖZÜKARA Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Kampüsü, Serinyol, Hatay.

Tel: 0-506-5041167 E-posta: ilayozt@gmail.com

GİRİŞ

Tubaovaryen abse (TOA) fallop tüp, over ve daha az sıklıkla komşu pelvik organların oluşturduğu inflamatuvar kitledir (1). Çoğunlukla reproduktif çağıdaki kadınları etkileyen bu abseler tipik olarak üst genital sistem enfeksiyonu sonucu ortaya çıkar. Potansiyel olarak hayatı tehdit edebilen TOA'da agresif medikal ve/veya cerrahi tedavi gereklidir. Geniş spektrumlu antibiyotiklerin ve modern cerrahi pratiğin gelişmesinden önce TOA'da %50 ve üzerinde mortalite bildirilmiştir (2,3). Bununla birlikte TOA'nın morbiditeside; infertilite, ektopik gebelik, kronik pelvik ağrı, pelvik tromboflebit ve ovarian ven trombozu gibi komplikasyonlar sayılabilir (4). Sadece sekellerin yıllık 1 milyar dolardan fazla maliyeti bulunmaktadır (5). Jinekolojik pratikte oldukça önemli olan TOA olgularının büyük çoğunluğu antibiyotik tedavisine cevap vermesine rağmen %25'lik bir grup cerrahi veya drenaj gerektirmektedir (1). Tubaovarian absenin tedavi modalitesi yoğun geniş spektrumlu antibiyotik rejimleri, minimal invaziv drenaj modaliteleri, invaziv cerrahi veya bu yöntemlerin birleştirilmesidir. Cerrahi yaklaşım çoğunlukla cerrahın tecrübesine bağlı olarak değişmektedir. Çünkü TOA'lı olgularda batin içerisinde yaygın adezyona ek olarak abse etrafında oluşan nekrotik ve inflame doku cerrahi komplikasyonları kolaylaştırmaktadır (6).

Bu çalışmanın amacı kliniğimizde cerrahi operasyon uygulanan TOA'lı hastaların klinik ve laboratuvar değerlendirilmelerine ek olarak cerrahi tedavilerinin literatür eşliğinde değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Mustafa Kemal Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğinde Ocak 2014 ve Mart 2016 yılları arasında TOA nedeniyle cerrahi operasyon uygulanan hastalar retrospektif olarak incelendi. Hastaların yaşları, başvuru şikayetleri, gravida, parite, geçirdikleri cerrahi metod, transvajinal ve/veya bilgisayarlı tomografi sonuçları, laboratuvar bulguları, rahim içi araç kullanımı (RİA), hastanede kalış süreleri, post operatif komplikasyon ve aldıkları antibiyoterapi rejimleri kaydedildi.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 19 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 1'de gösterildi. Hastaların tamamında başvuru şikayeti ağrı olarak kaydedildi ve 6'sı (%31,6) postpartum dönemde gelişmişken, 13'ünün (%68,4) jinekoloji hastası olduğu tespit edildi. Postpartum abse gelişen hastaların 3'ünde laparotomi sırasında uterus alt segment transvers insizyonun açık olduğu izlendi. Olguların 5'inde (%26,3) RİA varken, 14'ünde (%73,7) RİA izlenmedi. Tüm hastaların RİA'sı çıkarıldı. İnsizyon şekillerine bakıldığında 16 (84,2) hastada phannenstiel, 1 (%5,3) hastada göbek altı median insizyon ve 2 (%10,6) hastada laparoskopik giriş uygulandı. Olgulara uygulanan cerrahi yöntemler Tablo 2'de gösterilmiştir. Dört hastaya eş zamanlı appendektomi yapıldı. Komplikasyonlar incelendiğinde 2 hastada intraoperatif barsak yaralanması ve onarımı yapıldı. İki (%11) hasta ilk başvuru anında abse rüptürü sebebiyle acil laparotomiye alındı. Bu hastalardan birinde cerrahi ve medikal tedaviye rağmen abse tekrarı olması üzerine perkütan abse drenajı uygulandı ve sonrasında hızlı gelişen dissemine intravasküler koagülasyon sonrası hasta kaybedildi. Diğer 18 hasta şifa ile taburcu edildi. Çalışmamızda hastanede

kalış süresi 8,46±3,34 saptandı. Olgu-

Tablo 1. Hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri.

Parametre (n=19)	Ortalama	Standart Sapma
Gravida	2,73	1,67
Parite	2,46	1,73
Yaş	32,7	13,39
Hemoglobin (g/dl)	10,39	1,2
Hematokrit (%)	32,24	3,58
Lökosit (sayı / μ L)	15105	7221
Trombosit ($10^3/mm^3$)	478	201,95
C-reaktif protein (mg/L)	147	75,2
Hastanede kalış süresi (gün)	8,5	5,3
Abse boyutu (cm)	8,46	3,34

ların antibiyoterapilerinde 2 (%10,6) hastada

seftriakson (2x1g/gün) + ertapenem (1g/gün), 4 (%21,1) hastada seftriakson (2x1g/gün) + gentamisin (2x80mg/gün), 3 (%15,8) hastada seftriakson (2x1g/gün) + klindamisin (3x600mg/gün) + gentamisin (2x80mg/gün), 4 (%21,1) hastada seftriakson (2x1g/gün) + metronidazol (3x500mg/gün), 3 (%15,8) hastada seftriakson (2x1g/gün) + metronidazol (3x500mg/gün) + gentamisin (2x80mg/gün), 2 (%10,5) hastada seftriakson (2x1g/gün) + tigesiklin (2x50mg/gün) + piperasilin-tazobaktam (3x4,5g/gün) ve 1 (%5,3) hastada ertapenem (1g/gün) uygulandı. Hastaların %89,5'inde (17) C reaktif protein (CRP) 5' in üzerinde iken %10,5' sinde (2) CRP 5'in altında saptandı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda TOA'lı hastaların tedavisinde öncelikli olarak phannenstiel insizyonla

laparotomi uygulandığı saptandı. Çoğu jinekoloji uzmanı tarafından da laparotomi TOA tedavisinde primer yaklaşım olarak tercih

Tablo 2. Cerrahi yöntemlerin yüzdeler dağılımları.

Cerrahi Yöntem	% (n)
Abse boşaltılması	47,7 (9)
Salfenjektomi	15,8 (3)
TAH+BSO	15,8 (3)
USO	21,1(4)

TAH+BSO: Total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi.

USO: Unilateral salpingooferektomi.

edilmektedir. Bazı verilere göre özellikle rüptür şüphesi olmayan hastalarda laparoskopinin tercih edilmesi önerilirken bu konuda net bir kanıt bulunmamaktadır (7,8). Sonuç olarak cerrahi yaklaşım çoğunlukla operatörün tecrübesine bağlı olarak değişebilmektedir. Olgularımızda başlıca cerrahi yöntemin abse drenajı olduğu görüldü (Figür 1). Benzer şekilde 39 TOA hastasının dahil edildiği bir çalışmada bu oran %71,8 olarak bulunmuştur aynı çalışmada histerektomi yapılan tubaovarian abse olguların oranı %12,8 olarak raporlanmıştır (9). Tarihsel olarak TOA'lı çoğu hasta agresif olarak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi (TAH+BSO) yapılarak tedavi edilirdi. Her ne kadar bu yaklaşım yüksek kür hızına sahip olsa da cerrahi komplikasyonların daha yüksek maliyetinin olması, infertilite ve hormon eksikliği istenmeyen sonuçlarıdır (10). Çalışmamızda da TAH+BSO yapılan olgular daha az sıklıkta (%15,3) izlenmektedir. Bu çalışmaya dahil olan hasta grubunda ortalama yaşın reproduktif dönemle uyumlu olması ile ilgili olabilir. Literatürde TOA olgularının %15'inde

rüptür tanımlanmışken bizim çalışmamızda bu oran %11 olarak bulundu (4, 7). Hayatı tehdit eden bu durumda bir hastada dissemine intravasküler koagülasyon gelişti ve sonrasında hasta kaybedildi.

Tubaovarian abse gelişiminde sorumlu tutulan RİA hastaların %26,3'ünde saptandı ve bu hastalarda RİA çıkarıldı (11). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada %41 olguda RİA saptanmıştır (12). Kaplan ve arkadaşları ise bu oranı %14 olarak bulmuştur (13). Dünya Sağlık Örgütü pelvik inflamatuvar hastalık tedavisinde RİA'nın yerinde bırakılmasını ancak TOA'da bu durumun geçerli olmayacağını belirtmektedir (14). Ancak RİA'nın TOA'da çıkarılmasının tedaviyi kolaylaştırdığına dair net bir kanıt bulunmamaktadır. Fakat özellikle aktinomiçesin yabancı cisim üzerinde büyümesi ile enfeksiyonun ağırlaşabileceği göz önüne alındığında çıkarılması daha uygundur (15, 16).

Hastaların tamamında pelvik ağrı klinik başvuru sebebi olarak saptandı. Benzer çalışmalarda da TOA'lı hastaların şikayetlerine bakıldığında abdominal veya pelvik ağrı (%90) en sık izlenirken bunu sırasıyla ateş (%50), vajinal akıntı (%28), bulantı (%26) ve anormal vajinal kanama (%21) izlemektedir (17).

Laboratuvar bulguları incelendiğinde lökositoz, trombositoz ve CRP'de belirgin yükselme izlendi. CRP pelvik inflamatuvar hastalıkta en sensitif indikatör olarak belirtilmektedir ve hastaların %94'ünde arttığı diğer bildirilmektedir (18). Serum CRP konsantrasyonunun yüksekliği doku hasarının yaygınlığına bağlanmış ve CRP'nin kliniğin ciddiyetini yansıttığı belirtilmiştir (19). Bizim çalışmamızda da hastalarda %89,5 oranında artmış CRP izlendi. Beklenen lökositoz ek

olarak trombositoz izlenmesi inflamasyona reaktif gelişen sekonder trombositozu düşündürmektedir (20). Çoğu hastalıkta sekonder trombositoz hastalık aktivitesi ile ilişki göstermektedir (21). Ortalama abse boyutunun yüksek olduğu çalışmamızda trombosit sayısının yükseldiği saptandı.

Çalışmamızda hastanede kalış süresi $8,46 \pm 3,34$ saptanırken bu değer benzer bir çalışmada $6 \pm 3,3$ gün olarak tespit edilmiştir (9). Perez-Medina ve arkadaşları abse drenajı uygulanan hastalarda sadece antibiyotik tedavisi alanlara göre 5 gün daha erken taburcu edildiğini bildirmişlerdir (22). Bizim olgularımızda hastanede kalış süresinin uzun olması CRP ve abse boyutunun fazla olduğu hastaların çoğunlukla yer almasıyla ilişkilendirilebilir. Hastanede kalış süresi maliyetin belirlenmesinde önemli olarak görülmektedir.

Bu çalışmada çok farklı antibiyotik rejimleri uygulanmış olsa da olguların biri dışında tamamında seftriakson verildiği bunu gentamisin ve metranidazolün takip ettiği saptandı. Aslında TOA'nın medikal tedavisinde çeşitli antibiyotik rejimlerinin etkin olduğu gösterilmiştir. Klinik bilgiler öncelikli olarak pelvik inflamatuvar hastalık ve TOA tedavisinde ilk tercih ilaçlar arasında sefoksitin, sefotetan ve seftriakson gibi ikinci ve üçüncü kuşak sefalosporinleri önermektedir. İlk tercih ajanların karşılaştırıldığı çalışmalarda farklı abse boyutlarında yaklaşık %70 başarılı olduğu görülmüştür (4, 17, 23, 24). Ancak standart rejimlere ek olarak yeni ajanların, ertapenem veya piperasilin-tazobaktomın bizim çalışmamızda da olduğu gibi TOA'nın tedavisinde etkili olduğu düşünülmüştür (25, 26). Klindamisin ve metronidazolün TOA'da

abse duvarına penetrasyonunun ve kavite içerisine etkisinin fazla olduğu hayvan çalışmalarında gösterilmiştir (27). Reed ve arkadaşlarının çalışmasında klindamisin ve getamisin kullanımının TOA'nın boyutunu azaltmada penisilin + gentamisin kullanımından daha etkili olduğunu göstermişlerdir (28).

Abse boyutunun ortalama 8,46 cm olduğu çalışmamızda sadece bir hastada cerrahi sonrası abse tekrarlamış ve perkütan drenaj gerekmiş diğer hastalarda komplikasyon olmadan taburcu edilmiştir. De witt ve arkadaşları 8 cm üzerinde abselerde %43 tedavi başarısızlığı, Reed ve arkadaşları da ≥ 10 cm üzerinde %60 tedavi başarısızlığı bildirmişlerdir ve abse boyutu ile tedavi başarısızlığını ilişkilendirmişlerdir (23, 29).

Sonuç olarak çalışmamız literatür ışığında değerlendirildiğinde TOA'nın tedavisinde geniş spektrumlu sefalosporin antibiyotiklere ek olarak klindamisin veya metronidazolün eklenmesi etkili bulunmuştur. Ek olarak abse boyutu, operatörün deneyimi ve tecrübesi doğrultusunda uygun cerrahi metod seçilmelidir.

REFERANSLAR

1. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology. 2009;23:667-78.
2. Pedowitz P, Bloomfield RD. Ruptured Adnexal Abscess (Tuboovarian) with Generalized Peritonitis. American journal of obstetrics and gynecology. 1964;88:721-9.
3. Vermeeren J, Te Linde RW. Intraabdominal rupture of pelvic abscesses. American journal of obstetrics and gynecology. 1954;68:402-9.
4. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. Clinical obstetrics and gynecology. 1993;36:433-44.
5. Rein DB, Kassler WJ, Irwin KL, Rabiee L. Direct medical cost of pelvic inflammatory disease and its sequelae: decreasing, but still substantial. Obstetrics and gynecology. 2000;95:397-402.
6. Chappell CA, Wiesenfeld HC. Pathogenesis, diagnosis, and management of severe pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Clinical obstetrics and gynecology. 2012;55:893-903.
7. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. Obstetrical & gynecological survey. 2009;64:681-9.
8. Yang CC, Chen P, Tseng JY, Wang PH. Advantages of open laparoscopic surgery over exploratory laparotomy in patients with tubo-ovarian abscess. The Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists. 2002;9(3):327-32.
9. Karakulak M, Aydın Y, Bahadır S, Güçlü S. Evaluation of the cases with tuboovarian abscesses. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;22:9-13.
10. Kaplan AL, Jacobs WM, Ehresman JB. Aggressive management of pelvic abscess. American journal of obstetrics and gynecology. 1967;98:482-7.
11. Tanir HM, Hassa H, Ozalp S, Kaya M, Oge T. Pelvic abscess in intrauterine device users. The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception. 2005;10:15-8.
12. Turan V, Yenieli Ö, Terek MC, Ulukuş M. Ege Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Tuboovaryan Abselerin 5 Yıllık Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19:349-53.
13. Kaplan Ö, Yüksel M. Tuba ovarian abse: 61 olgunun değerlendirilmesi SDÜ Tıp Fak Derg 2012;19:47-50.
14. WHO website for STI treatment guidelines: <http://www.who.int/hiv/pub/sti/en/STIGuidelines2003.pdf>. (Accessed on November 08. 2011).
15. Burkman R, Schlesselman S, McCaffrey L, Gupta PK, Spence M. The relationship of genital tract actinomycetes and the development of pelvic inflammatory disease. American journal of obstetrics and gynecology. 1982;143:585-9.
16. Burkman RT. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: evolving perspectives on the data. Obstetrical & gynecological survey. 1996;51:S35-41.
17. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. Reviews of infectious diseases. 1983;5:876-84.
18. Reljic M, Gorisek B. C-reactive protein and the treatment of pelvic inflammatory disease.

- International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. 1998;60:143-50.
19. Miettinen AK, Heinonen PK, Laippala P, Paavonen J. Test performance of erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in assessing the severity of acute pelvic inflammatory disease. American journal of obstetrics and gynecology. 1993;169:1143-9.
 20. Griesshammer M, Bangerter M, Sauer T, Wennauer R, Bergmann L, Heimpel H. Aetiology and clinical significance of thrombocytosis: analysis of 732 patients with an elevated platelet count. Journal of internal medicine. 1999;245:295-300.
 21. Heits F, Stahl M, Ludwig D, Stange EF, Jelkmann W. Elevated serum thrombopoietin and interleukin-6 concentrations in thrombocytosis associated with inflammatory bowel disease. Journal of interferon & cytokine research : the official journal of the International Society for Interferon and Cytokine Research. 1999;19:757-60.
 22. Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: a randomized study. Ultrasound in obstetrics & gynecology : the official journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. 1996;7:435-8.
 23. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscess: comparison of broad-spectrum beta-lactam agents versus clindamycin-containing regimens. American journal of obstetrics and gynecology. 1991;164:1556-61; discussion 61-2.
 24. Sweet RL, Schachter J, Landers DV, Ohm-Smith M, Robbie MO. Treatment of hospitalized patients with acute pelvic inflammatory disease: comparison of cefotetan plus doxycycline and cefoxitin plus doxycycline. American journal of obstetrics and gynecology. 1988;158:736-41.
 25. An MM, Zou Z, Shen H, Zhang JD, Chen ML, Liu P, et al. Ertapenem versus piperacillin/tazobactam for the treatment of complicated infections: a meta-analysis of randomized controlled trials. BMC infectious diseases. 2009;9:193.
 26. Pelak BA, Citron DM, Motyl M, Goldstein EJ, Woods GL, Teppler H. Comparative in vitro activities of ertapenem against bacterial pathogens from patients with acute pelvic infection. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2002;50:735-41.
 27. Joiner KA, Lowe BR, Dzink JL, Bartlett JG. Antibiotic levels in infected and sterile subcutaneous abscesses in mice. The Journal of infectious diseases. 1981;143:487-94.
 28. Mingeot-Leclercq MP, Glupczynski Y, Tulkens PM. Aminoglycosides: activity and resistance. Antimicrobial agents and chemotherapy. 1999;43:727-37.
 29. Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization & complications? Obstetrics and gynecology international. 2010;2010:847041.