

Bartolin Bezi Apselerinin Klinik ve Mikrobiyolojik Özellikleri

Clinical And Microbiological Characteristics of Bartholin's Gland Abscesses

Esmâ SARIKAYA¹, Özlem EVLİYAOĞLU¹, Burak ELMAS¹, Hatice Kansu ÇELİK¹,
Gülçin YILDIRIM², Melike DOĞANAY¹¹ Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye² Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi, Erzurum, Türkiye**ÖZ****Amaç:** Bu çalışmada Bartolin apselerinin demografik, klinik özellikleri ve kültür sonuçlarının değerlendirilmesini amaçladık**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya Ekim 2013- Mart 2014 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji Polikliniğine başvuran ve bartolin apse tanısı alan hastalar dahil edildi. İşlem esnasında tüm apselere pü kültürü alındı.**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 60 hastanın ortalama yaşı 31,6 (19-49) idi. Hastaların 45'i (%75) cinsel olarak aktif olduklarını belirtti. Hastaların büyük kısmını (36 hasta,%60) multipar hastalar oluşturdu. Hastaların ortalama C-reaktif protein (CRP) 21,1 mg/L (2-245) olarak bulundu. Vakaların %65'i (39 hasta) ilk defa tedavi alırken, olguların %35'ini nüks vakalar oluşturdu. Apselerin çoğunluğu (%60) sağ labium majusda lokalize idi. Hastaların tamamına cerrahi tedavi uygulandı. Vakaların 21'inde (%35) kültürde üreme saptandı. Üreme saptananlarda en sık etkeni E.coli oluşturdu (%21.7).**Tartışma:** Bartolin bezi enfeksiyonu düşük-orta sosyo-ekonomik seviyedeki, daha önceden bu bölgede cerrahi girişim öyküsü olan, üreme çağındaki, cinsel aktif bireylerde daha sık görülmektedir. Nüks vakalarda total eksizyon ve marsupiyalizasyon daha çok tercih edilmektedir. Apse kültürlerin %65'inde üreme olmazken, en çok üreyen ajan E.coli (%21.7) oldu.**Anahtar Kelimeler:** Bartolin bezi apsisi, marsupiyalizasyon, total eksizyon, gümüş nitrat**ABSTRACT****Aim:** The study aimed to evaluate the demographic and clinical characteristics of Bartholin's gland abscess and culture results.**Material And Methods:** This study included patients who admitted to Gynecology clinic at Zekai Tahir Burak Women's Health Training and Research Hospital and diagnosed with Bartholin's gland abscesses between October 2013- March 2014. During procedure, pus culture was obtained from all abscess.**Results:** Mean age of 60 patients included in the study was 31,6 (19-49) . 45 patients (75%) stated that they were sexually active. Multiparous patients accounted for the majority of cases. (36 patients , 60%). Mean C-reactive protein (CRP) was found to be 21,1 mg/L (2-245). 65% of cases (n=39) were primary abscesses and %35 recurrent abscesses. Majority of abscesses (%60) was located in right labium majus. All patients underwent surgical treatment. Pus culture were positive in 21 (35%) of cases. Escherichia coli was the single most frequent pathogen found (21.7%).**Conclusion:** Bartholin's gland infection occurs more frequently in sexually active individuals in reproductive age and at low- middle socio-economic level, who have a previous history of surgical intervention in this region. In recurrent cases, total excision and marsupialization are preferred. While pus culture were negative in %65 of cases, E.coli was the single most common agent in culture-positive abscesses.**Keywords:** Bartholin's gland abscess, marsupialization, total excision, silver nitrate**Giriş**

Bartolin bezi kanalının kist ve apseleri reproduktif dönemdeki kadınların yaklaşık %2'sini etkileyen yaygın bir problemdir. Bartolin kistleri veya apseleri, kanalın açıklığının kapanması ve sonrasında bezde mukus veya pü birikmesi sonucu oluşur. Klinik pratikte apsel kistlerden neredeyse üç kat daha fazla karşımıza çıkmaktadır (1,2).

Bartolin bezinde 30 yaşına ulaşan bir kadında yaşla beraber dereceli olarak küçülme meydana gelebilir ve bu yüzden bartolin bezi apseleri genelde üreme çağındaki kadınlarda en sık 20-29 yaş arasında görülmektedir. Nadiren de olsa gebelikte bartolin bezi apsisi görülebilir. Apse gelişimi açısından risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik seviye, önceden bu bölgede geçirilmiş cerrahi varlığı, Hispanik ırktan olma ve artmış parite sayılabilir (3).

Yazışma Adresi/ Correspondence Address:
Hatice Kansu Çelik
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye
Talatpaşa Bulvarı, Hamamönü.
e-mail : h_kansu@yahoo.com
Tel : 0505 778 63 72Geliş Tarihi: 30/11/2015
Kabul Tarihi:28/04/2016

Bartolin bezi apselerinde polimikrobiyal patojenler suçlanmaktadır. En sık üretilen aerob bakteri Neisseria Gonore ve Escherichia coli olmasına rağmen, anaeroplara en yaygın patojenlerdir. Bartolin bezi apselerinin tedavisi hastaların semptomuna göre değişmektedir. Sıklıkla asemptomatik izlendiği gibi vulvar ağrı, dispareni gibi semptomlarla da seyredebilir. Asemptomatik hastalarda tedavi gerekmezken, semptomu olan hastalarda drenaj gerekmektedir. Bartolin apseleri için gümüş nitrat, marsipiyelizasyon, alkol skleroterapi, total eksizyon, drenaj, Word kateteri uygulanması gibi birçok tedavi metodu bulunmaktadır (4). Bu çalışmada bartolin apselerinin klinik özellikleri ve kültür sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntemler

Çalışmaya Eylül 2013- Nisan 2014 tarihleri arasında Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran ve bartolin apsesi tanısı alan hastalar dahil edildi. Hastalar yaş, parite, vücut kitle indeksi, sosyo-ekonomik seviye, evlilik süresi, cinsel ilişki sıklığı, önceden bartolin bezi apse hikayesi, adet süresi ve menarş yaşı açısından sorgulandı. Tüm hastalara cerrahi tedavi uygulandı. Akut semptomları olan hastalara cerrahi tedavi öncesinde ampirik antibiyotik tedavisi uygulandı. Tüm hastaların işlem öncesi ateş ölçümleri kaydedildi, beyaz küre ve C-reaktif protein (CRP) için venöz kan örnekleri alındı. İşlem esnasında tüm apselerden püü kültürü alındı.

Bulgular

Çalışmaya 60 hasta dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 31,6 (19-49) idi. Hastaların %78'ini düşük-orta sosyoekonomik seviyedeki hastalar oluşturdu. Hastaların 45'i (%75) cinsel olarak aktifti. Hastaların çoğunluğunu (36 hasta, % 60) multipar hastalar oluşturdu. Hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

| Değişkenler | Değerler |
|---|----------------|
| Yaş (ortalama \pm SD) | 31,6 \pm 9,8 |
| Vücut kitle indeksi (ortalama \pm SD) | 25.1 \pm 4.9 |
| Parite (%) | |
| multipar (n=36) | 60 |
| nullipar (n=19) | 31.7 |
| gebe (n=5) | 8.3 |
| Sosyo-ekonomik düzey (%) | |
| düşük (n=14) | 23.3 |
| orta (n=39) | 65 |
| yüksek (n=7) | 11.7 |
| Evlilik süresi (ortalama yıl \pm SD) | 9.6 \pm 9.2 |
| Cinsel ilişki sıklığı (%) | |
| yok (n=15) | 25 |
| haftada 1 kez (n=17) | 28.3 |
| haftada 2 kez (n=18) | 30 |
| haftada 3 kez (n=10) | 16.7 |
| Adet düzeni (%) | |
| düzenli (n=47) | 78.3 |
| düzensiz (n=13) | 21.7 |
| Menarş yaşı (ortalama \pm SD) | 12.2 \pm 1.2 |

Hastaların ortalama CRP 21,1 mg/L (2-245) olarak bulundu. Vakaların %65'i (39 hasta) ilk defa tedavi alırken, vakaların %35'ini nüks vakalar oluşturdu. Ortalama bartolin kist boyutu 3,5 cm (1-9) idi. 36 hastada (%60) bartolin apsesi sağ labium majusta lokalize idi. Hastaların tamamına cerrahi tedavi uygulandı. Cerrahi tedavi öncesi 20 hastaya (%33.3) antibiyoterapi verildi. Hastaların 28'ine (%46.7) drenaj, 18'ine (%30) total eksizyon, 12'sine ise (%20) marsipiyelizasyon uygulandı. 2 hastaya gümüş nitrat tedavisi uygulandı. Hastaların 39'unda (%65) kültürde üreme olmazken, üreme saptananlarda ise en sık etkeni E.coli oluşturdu. Tablo 2' de laboratuvar ve klinik veriler özetlenmiştir.

Tablo 2: Hastaların laboratuvar ve klinik bulguları

| Değişkenler | Değerler |
|---|-----------------|
| Lökosit sayısı (ortalama, $\times 10^3/\mu\text{L} \pm$ SD) | 9825 \pm 2716 |
| CRP (ortalama, mg/L \pm SD) | 21.1 \pm 35.9 |
| Ateş ($^{\circ}\text{C}$, ortalama) | 36.7 \pm 0.5 |
| Preop antibiyotik kullanımı (%) | |
| var (n=20) | 33.3 |
| yok (n=40) | 66.7 |
| Lokalizasyon (%) | |
| sağ labium majus (n=36) | 60 |
| sol labium majus (n=24) | 40 |
| Apse boyutu(cm, ortalama \pm SD) | 3.5 \pm 1.1 |
| Kültür sonuçları (%) | |
| üreme yok (n=39) | |
| E.coli (n=13) | 65 |
| E.fecalis (n=5) | 21.7 |
| Proteus (n=1) | 8.3 |
| Diğer (n=2) | 1.7 |
| (Stafilococcus aerus) | 3.4 |
| (Stafilococcus warneri) | |
| Tedavi şekli (%) | |
| Drenaj (n=28) | 46.7 |
| Marsipiyelizasyon (n=12) | 20 |
| Total eksizyon (n=18) | 30 |
| Gümüş nitrat (n=2) | 3.3 |
| Nüks öyküsü (%) | |
| Nüks yok (n=39) | 65 |
| 1 kez nüks (n=14) | 23.3 |
| 2 kez nüks (n=6) | 10 |
| 3 kez nüks (n=1) | 1.7 |

Tartışma

Bartolin bezi kistleri labia majordaki en sık kistik oluşumlardır. Bu kistler tipik olarak vestibüle açılan kist ağızlarının olduğu bölgede posterior introitusta mediale doğru çıkıntı yapan bir kitle olarak karşımıza çıkarlar. Bartolin bezi kanallarındaki distal tıkanmalara sekonder kanal içerisinde sekresyonlarda birikim oluşmakta ve bu kistlere enfeksiyon eklenmesiyle apse gelişimi izlenebilmektedir. Bartolin bezi enfeksiyonu üreme çağındaki, cinsel aktif bireylerde daha sık görülmektedir (5). Bizim çalışmamızda da ortalama yaş 31,6 \pm 9,8 olarak bulundu. Risk faktörleri arasında düşük sosyoekonomik seviye, daha önceden bu bölgede cerrahi girişim öyküsü olma, multiparite sayılabilir. Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde düşük sosyoekonomik seviyedeki, epizyotomi öyküsü olan multipar hastalarda ve

sağ labiumda bartolin bezi apsesi daha sık gözlenmiştir.

Etyolojide polimikrobiyal etkenler suçlanmaktadır. En sık üretilen aerop bakteri *Neisseria Gonore* ve *Escherichia coli* (*E. Coli*) olmasına rağmen, anaeroplara en yaygın patojenlerdir. Anaerob patojenler arasında *Bacteroides fragilis*, *Clostridium perfringens*, *Peptostreptococcus species* ve *Fusobacterium species* yer almaktadır. Ancak özellikle anaerob patojenlerin üretilebilmesi için apselerden alınan örneklerin kısa sürede (1-2 saat) ve oda sıcaklığında laboratuvara ulaştırılmasına ve uygun besiyerine ekilmesine dikkat etmek gerekmektedir (6,7,8). Fakat bizim vakalarımızda anaerob kültür yapılmamıştır. Bizim apse kültürlerin %65'inde üreme saptanmazken, en çok üreyen aerop ajan *E.coli* (%21.7) oldu. Yapılan kültürlerde çoğunlukla *Enterobacteriaceae* ailesinden bakterilerde üreme saptanması fekal yolla bulaşan bir enfeksiyon olabileceğini akla getirmektedir (9). Ancak az sayıda yapılan çalışmada *Klebsiella pnömonia* ve *Streptokokus pnömoni* gibi etkenlerinde bartolin apsesine yol açabileceği gösterilmiştir (10-12). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde *stafilococcus aereus* ve *stafilococcus warneri* gibi bartolin apselerinde az beklenen etkenler izole edilmiştir. Etyolojide polimikrobiyal etkenler suçlandığı için ampirik antimikrobiyal tedavinin yararının kısıtlı olduğu düşünülmektedir (13).

Bartolin enfeksiyonları genellikle lokalize seyrettiği için lökositöz ve yüksek ateş gibi bakteriyemi göstergesi olan belirtiler izlenmeyebilir. Bizim çalışmamızda da lökosit sayısı ve ateş ölçümlerinde yükseklik saptanmazken, CRP değerleri göreceli olarak yüksek bulunmuştur. Ancak literatürde septik şoka kadar ilerleyebilen bartolin apsesi vakaları bildirilmiştir (14).

Bartolin bezi apselerinin tedavisi hastaların semptomu, yaşı ve nüks olup olmadığına göre değişmektedir. Asemptomatik vakalarda tedavi gerekmezken, semptomatik olanlarda insizyon ve drenaj ilk tedavi olarak akla gelmektedir. Bartolin apseleri için gümüş nitrat, fistülizasyon (Foley katater, Jacobi ring, Word katater) uygulaması, marsupiyelizasyon, alkol sikloterapi, total eksizyon, iğne aspirasyonu, drenaj gibi birçok tedavi metodu bulunmaktadır. Eldeki tedavi seçeneklerine rağmen bildirilen rekürrensler sıklıkla ve uzamış iyileşme süreci günlük aktiviteler ve cinsel ilişki nedeniyle yarıda kalmaktadır (15).

Gümüş nitrat tedavisi genel olarak 15 dakikadan az süren ve 10 gün içerisinde iyileşme ile sonuçlanan başarılı bir tedavi yöntemidir. Rekürrens oranları literatürde oldukça düşük olarak bildirilmiştir (%0-4). En sık komplikasyonu işlemden sonraki ilk günde oluşan vulvar yanık ve labial ödemlerdir (16). Alkol sikloterapi tedavisi ile yapılan karşılaştırmalı, kontrollü bir çalışmada gümüş nitrat tedavisinde daha uzun iyileşme süresi gerektiği gösterilmiştir (17).

Bazı araştırmacılar carbon dioxide (CO2) lazer kullanarak kist ablasyonu, fenestrasyonu veya glandın eksizyonunu önermektedirler. İyileşme için gereken süre ortalama 2 hafta olarak bildirilmiştir. Rekürrens oranları %2-20 arasında değişmektedir. CO2 lazer ile gland ablasyonunu takiben %2-8 vakada major kanama oluşabilmektedir (18,19).

Cerrahi tedavilerden total eksizyon, marsupiyelizasyon ve Word kateteri uygulaması başarılı ve düşük rekürrens oranlarına sahiptir. İnsizyon ve drenaj tedavisi ile marsupiyelizasyon tedavisini karşılaştıran bir çalışmada rekürrens oranları benzer bulunurken marsupiyelizasyon grubunda iyileşmenin çok daha yavaş olduğu bildirilmiştir [ortalama 13 (1-21) gün, 8 (3-11)gün] (20). Özellikle postmenapozal kadınlarda bartolin apselerinde artmış malignansi

riskinden dolayı tercih edilen tedavi yöntemi glandın total eksizyonla çıkartılması şeklindedir. Total eksizyon yapılan hastaların %8-16'sında persiste eden dispareniye karşımıza çıkabilmektedir (21,22). Bizim çalışmamızda nüks öyküsü olan 18 hastaya total eksizyon ve 3 hastaya marsupiyelizasyon uygulandı. Sadece 2 hastaya gümüş nitrat tedavisi uygulandı. Nüks yönünden gümüş nitrat tedavisinin nüksü azalttığını bildiren çalışmalarda olsa da, marsupiyelizasyon ve gümüş nitrat tedavisini karşılaştırmayı amaçlayan 2009 tarihli bir prospektif randomize çalışmada nüks yönünden anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir (23).

Sonuçta, Bartolin bezi enfeksiyonu düşük-orta sosyo-ekonomik seviyedeki, daha önceden bu bölgede cerrahi girişim öyküsü olan, üreme çağındaki, cinsel aktif bireylerde daha sık görülmektedir. Bizdeki apse kültürlerin %65'inde üreme olmazken, en çok üreyen ajan *E.coli* (%21.7) oldu. Nüks vakalarda total eksizyon ve marsupiyelizasyon daha çok tercih edilen tedavi metodudur.

Kaynaklar

1. Zeger W, Holt K. Gynecologic infections. *Emerg Med Clin North Am* 2003;21:631-48.
2. Stenchever MA. *Comprehensive gynecology*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2001:482-6,645-6.
3. F Omole, BJ Simmons, Y Hacker. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician*. 2003;68:135-40.
4. Wechter ME, Wu JM, Marzona D, Hoefner H. Management of Bartholin duct cysts and abscess. A systematic review. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64:395-404.
5. Berger MB, Betschart C, Khandwala N, DeLancey JO, Haefner HK. Incidental Bartholin gland cysts identified on pelvic magnetic resonance imaging. *Obstetrics and Gynecology*. 2012;120:798.
6. Kessous R, Aricha-Tamir B, Sheizaf B, Shteiner N, Moran-Gilad J, Weintraub AY. Clinical and microbiological characteristics of Bartholin gland abscesses. *Obstetrics & Gynecology*. 2013;122:794-9.
7. Omole F, B.J. Simmons, and Y.Hacker. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am.Fam.Physician* 2003;68:135-140.
8. Timur H, Ozcan KN, Tokmak A, Inal HA, Sarikaya E, Uygur D. Pregnancy and Bartholin abscess: examination of 47 cases. *J Gynecol & Obstet and Neonatol*.
9. Tanaka K, Mikano H, Ninomiya M, Tamaya T, Ito K, et al. Microbiology of Bartholin abscess in Japan. *J Clin Microbiol* 2005;43:4258-61.
10. Saeed NK, Al-Jufairi ZA. Bartholin's gland abscess caused by streptococcus pneumoniae in primigravida. *Journal of Laboratory Physicians*, June-Dec 2013/vol-5/Issue-2.
11. Pinsky BA, Baron EJ, Janda M, Banaei N. Bartholin's abscess caused by hypermucoviscous *Klebsiella pneumoniae*. *Journal of Medical Microbiology* 2009;58:671-73.
13. Hill D.A, J.J. Lense. Office management of Bartholin gland cysts and abscess. *Am.Fam.Physician* 1988;57:1611-1616;1619-20.
- 14- Lopez-Zena, J.A., E.Ross, and J.P. O'Grandy. Septic shock complicating drainage of a Bartholin gland abscess. *Obstet Gynecol* 1990;76:915-16.

15. Wechter ME, Wu JM, Marzano D, Haefner H. Management of Bartholin duct cysts and abscesses: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2009;64:395-404.
16. Ergeneli MH. Silver nitrate for Bartholin gland cysts. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1999;82:231-2.
17. Kafali H, Yurtseven S, Ozardali I. Aspiration and alcohol sclerotherapy: a novel method for management of Bartholin's cyst or abscess. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004; 15:112:98-101.
18. Fambrini M, Penna C, Pieralli A, Fallani MG, Andersson KL, Lozza V, Scarselli G, Marchionni M. Carbon-dioxide laser vaporization of the Bartholin gland cyst: a retrospective analysis on 200 cases. *J Minim Invasive Gynecol.* 2008;15:327-31.
19. Di Donato V, Bellati F, Casorelli A, Giorgini M, Perniola G, Marchetti C, Palaia I, Benedetti Panici P. CO2 laser treatment for Bartholin gland abscess: ultrasound evaluation of risk recurrence. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20:346-52
20. Andersen PG, Christensen S, Detlefsen GU, Kern-Hansen P. Treatment of Bartholin's abscess. Marsupialization versus incision, curettage and suture under antibiotic cover. A randomized study with 6 months' follow-up. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992;71:59-62.
21. Mungan T, Uğur M, Yalçın H, Alan S, Sayilgan A. Treatment of Bartholin's cyst and abscess: excision versus silver nitrate insertion. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1995;63:61-3.
22. Rouzier R, Azarian M, Plantier F, Constancis E, Haddad B, Paniel BJ. Unusual presentation of Bartholin's gland duct cysts: anterior expansions. *BJOG.* 2005;112:1150-2.
23. Ozdegirmenci O, Kayıkcıoğlu F, Haberal A. Prostective randomized study of marsupialization versus silver nitrate application in the management of bartholin gland cysts and abscesses. *J Minim İnvative Gynecol.* 2009;16:149-52.