

TUBAOVARYAN APSENİN KLİNİK YÖNETİMİ

THE MANAGEMENT OF TUBO-OVARIAN ABSCESS

Serhat ŞEN, Oğuzhan KURU, Halil SAYGILI, Sinan BERKMAN*

ÖZET

Amaç: Retrospektif olarak, tubo-ovaryan abse (TOA) olgularının yönetimini belirlemek ve opere edilen hastalardaki komplikasyonları ortaya koymak.

Materyal ve metod: 1988-2010 yılları arasında, klinik ve sonografik olarak TOA tanısı almış 108 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastaların hepsine ilk olarak geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi başlanmıştı. Buna göre 47 (%43) hastanın antibiyotik tedavisine yanıt verdiği, 61 (%57) hastaya ise cerrahi girişim gerektiği belirlendi. Hastalar demografik ve sonografik bulgularına göre kıyaslandı. Takip dosyaları incelenerek postoperatif komplikasyonlar belirlendi.

Bulgular: Medikal tedaviye yanıt veren hastaların ortalama yaşı ($38 \pm 2,8$) ve yanıt vermeyen hastaların ortalama yaşı ($38 \pm 3,4$) arasında fark bulunmadı. Benzer şekilde hastaların ortalama gravide ve pariteleri, rahimiçi araç (RİA) kullanımı ve tüp ligasyonu açısından da istatistiksel fark görülmedi. TOA boyutu ($p=0,008$) ve absenin bilateral olması ($p=0,002$) cerrahi yapılan grupta anlamlı olarak daha fazla bulundu. Hospitalizasyon süresi konzervatif tedavi edilen grupta daha kısa idi ($8,21 \pm 1,9$) ($p<0,05$). Konzervatif tedaviye yanıt veren grubun %85'i Klindamisin + Gentamisin ± (Amoksisilin+Klavulonik asit) ile tedavi edildi ($p=0,0043$). Cerrahi yapılan grupta genel komplikasyon oranı %40 (25/61) bulundu. Bu komplikasyonlar; 18 hastada kan transfüzyonu (%29, 18/61), 7 hastada cilt-cilt altı enfeksiyonu (%11, 7/61), 1 hastada stumpf hematomu (%1, 1/61), 1 hastada evisserasyon (%1, 1/61), 1 hastada barsak yaralanması (%1, 1/61) ve 2 hastada mesane yaralanması (%3, 2/61) şeklinde idi.

Sonuç: TOA olgularında ilk basamak tedavi, geniş spektrumlu antibiyoterapi olmakla birlikte abse boyutunun arttığı, absenin bilateral olduğu hastaların önemli bir bölümünde ek müdahale (cerrahi) gerekmektedir

Anahtar kelimeler: Tubo-ovaryan abse yönetimi, cerrahi, konzervatif tedavi.

ABSTRACT

Objective: To determine the management of tubo-ovarian abscess (TOA) and put out the complications in patients operated on.

Material and methods: Between 1988-2010, 108 patients file whom were diagnosed as TOA with the clinical and sonographic findings, were reviewed retrospectively. It has been realised that all patients were recieved wide-spectrum antibioteraphy regimens. Accordingly, 47 (43%) patients responded to antibiotic treatment, 61 (57%) patients required surgical intervention. Patients were compared according to demographic and sonographic findings. Patients files were analysed depending on follow ups and postoperative complications were identified.

Results: The mean age of patients responding to medical treatment (38 ± 2.8) and the average age of the patients do not respond (38 ± 3.4) were statistically similar. Similarly, in terms of the mean gravidity and parity of patients, intrauterine device (IUD) use and tubal ligation did not differ statistically. TOA size ($p = 0.008$) and bilaterality of the abscess ($p = 0.002$) was found that significantly greater in the group of surgery. Duration of hospitalization was shorter in the conservatively treated group (8.21 ± 1.9) ($p < 0.05$). In conservative treatmet group, 85% of patients responded to Clindamycin + Gentamicin ± (amoxicillin + clavulanic acid) regimen ($p = 0.0043$). The overall complication rate of surgical group was 40% (25/61). These complications were of blood transfusion in 18 patients (29%, 18/61), skin and subcutaneous infection in 7 patients (11%, 7 / 61), Stumpf hematoma in 1 patient (1%, 1 / 61), 1 patient had evisceration (% 1, 1 / 61), bowel injury in 1 patient (1%, 1 / 61) and bladder injury in 2 patients (3%, 2 / 61) were set.

Conclusions: We assign first-line treatment in patients with TOA as wide-spectrum antibiotherapy regimen. That aside if total volume of abscess increases serious requirement of surgical care should be taken under consideration.

Key words: Management of tubaoverian abscess, surgery, conservative treatment

Date received/Dergiye geldiği tarih: 01.08.2011 - Dergiye kabul edildiği tarih: 03.01.2012

* İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Çapa, İstanbul
(İletişim kurulacak yazar: cerrahserhat@yahoo.com)

GİRİŞ

Tubo-ovaryan abse (TOA), tipik olarak akut pelvik enflamatuvar hastalığın (PEH) ulaşacağı son noktadır ve pelviste enflamatuvar kitle ile karakterizedir. Hastaların üçte biri ile yarısı kadarında PEH öyküsü mevcuttur. PEH nedeniyle hospitalize edilen hastaların %35'inin aslında TOA olduğu rapor edilmiştir (3,4).

TOA gelişiminde risk faktörleri PEH ile benzer şekilde; nulliparite, geçirilmiş PEH öyküsü, multiple seksüel partner, rahimiçi araç kullanımı (RİA) ve immunosüpresyondur (13). En sık olarak 3. ve 4. dekadlarda görülür (3). Rüptüre olmamış vakalarda ilk basamak tedavi geniş spektrumlu antibiyoterapidir. Hastaların çoğu medikal tedaviye cevap vermekle birlikte yaklaşık %25 vakada cerrahi veya drenaj gereksinimi olmaktadır (7).

MATERYAL ve METOD

1988-2010 yılları arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesinde, klasik PEH semptom, bulgu, laboratuvar değerleri olan ve sonografik olarak pelvik kitle saptanıp TOA tanısı konulmuş 108 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. TOA sonografik tanısı; pelvis yerleşimli, kalın-düzensiz duvar ve düzensiz iç ekosu olan kompleks kistik kitle varlığı ve peristaltizmin olmamasıyla konuldu (2).

Tanı konulduktan sonra hastaların hepsine geniş spektrumlu antibiyotik rejimi başlandı. Bu rejimler: Amoksisilin+Klavulonik asit veya Seftriakson+Metronidazol veya Klindamisin+Gentamisin± (Amoksisilin+Klavulonik asit) idi. Tedaviye yanıtızlık, 72 saat içerisinde ateşin düşmemesi ve/veya hastanın akut batın bulgularının 48 saat içerisinde gerilememesi olarak belirlendi. Gruplar arasındaki; hasta karakteristikleri ve sonografik özellikler ile hastanede kalış süreleri karşılaştırıldı. Takip dosyaları incelenerek postoperatif komplikasyonlar belirlendi.

Demografik verilerin iki grupta dağılımı t-test yöntemiyle, tedavi sonuçları ki-kare yöntemiyle kıyaslandı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların karakteristikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Buna göre olguların demografik verilerinde istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur. Medikal tedaviye yanıt veren grubun yaş ortalaması ($38 \pm 2,8$ yıl) ile yanıt vermeyen hastaların yaş ortalaması ($38 \pm 3,4$ yıl) arasında fark bulunmadı. Her iki grubun gravide ve pariteleri kıyaslandığında anlamlı fark görülmedi. Rahimiçi araç kullanımı (RİA) ve tüp ligasyonu sorgulandığında iki grup arasında anlamlı fark bulunmadı.

Sonografik olarak belirlenen TOA boyutu, her iki grup arasında anlamlı olarak farklı bulundu ($p=0,008$) (tablo 2). Ayrıca cerrahi olan grupta absenin bilateral olması anlamlı olarak fazla saptandı ($p=0,002$).

Hospitalizasyon süresi konzervatif grupta ($8,21 \pm 1,9$ gün) cerrahi gereken gruba ($16,22 \pm 3,1$ gün) göre anlamlı olarak kısa bulundu ($p=0,003$).

Konzervatif tedaviye yanıt veren grubun %85'i Klindamisin + Gentamisin ± (Amoksisilin+Klavulonik asit) ile tedavi edildi (tablo 3) ($p=0,0043$). Cerrahi yapılan grupta Seftriakson + Metronidazol rejimi daha çok tercih edildi ($p=0,0001$), tek ajan antibiyoterapi (Amoksisilin+Klavulonik asit) oranları ise her iki grupta benzer bulundu.

Cerrahi yapılan grupta genel komplikasyon oranı %40 (25/61) saptandı. Bu komplikasyonlar; 18 hastada kan

transfüzyonu (%29, 18/61), 7 hastada cilt-cilt altı enfeksiyonu (%11, 7/61), 1 hastada stumpf hematomu (%1, 1/61), 1 hastada evisserasyon (%1, 1/61), 1 hastada barsak yaralanması (%1, 1/61) ve 2 hastada mesane yaralanması (%3, 2/61) şeklinde idi.

Tablo 1. Hasta karakteristikleri

	Konzervatif tedavi (grup A)	Cerrahi tedavi (grup B)	P değeri
Hasta Sayısı	47 (%43)	61 (%57)	
Ortalama yaş, yıl (\pm SD)	38 (\pm 2,8)	38 (\pm 3,4)	>0,05
Ortalama gravida	3 (\pm 2,1)	3 (\pm 2,3)	>0,05
Ortalama parite	2 (\pm 1,8)	2 (\pm 2,0)	>0,05
RİA kullanımı (%)	11 (%23)	15 (%24)	>0,05
Tüp ligasyonu öyküsü (%)	2 (%4)	3 (%4,9)	>0,05

Tablo 2. Başvurudaki klinik ve laboratuvar bulguları

	grup A (n:47)	grup B (n:61)	P değeri
Abse boyutu* (\pm SD)	53,01 \pm 1,2	61,25 \pm 1,8	0,008
Bilateralite**	4 (%8)	12 (%19,6)	0,002

*: başvuru anında USG ile ölçülen en-boy-uzunluk ölçümlerinin milimetre cinsinden ortalama değeridir, **:başvuru anında absenin bilateral görüldüğü olgular.

Tablo 3. Tedavi sonuçları

	grup A (n:47)	grup B (n:61)	P değeri
Ortalama hospitalizasyon süresi, gün	8,21 \pm 1,9	16,22 \pm 3,1	0,003
Klindamisin +Gentamisin±(Ampisilin + Sulbaktam) rejimi	40(%85,1)	35(%57,3)	0,0043
Seftriakson + Metronidazol rejimi	1 (%2,1)	17 (%27,8)	0,0001
Ampisilin + Sulbaktam rejimi	6 (%12,2)	9 (%14,9)	>0,5

TARTIŞMA

Bu çalışmada retrospektif olarak tubo-ovaryan abse (TOA) olgularının yönetimini ve opere edilen hastalardaki komplikasyonları belirlemeye çalıştık.

Rüptüre olmamış TOA'da geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi genellikle ilk basamak seçenektir. Fakat TOA'nın optimal tedavisi belirsizdir. Sweet, Gram negatif anaeroblara etkili olacak şekilde en az 24 saat parenteral antibiyotik tedavisi önermektedir. Tedaviye istenilen yanıt alındığında oral antibiyotik ile taburculuk planlanabilir (8). Tedaviye 48-

72 saat içerisinde yanıt alınmadığında ise cerrahi veya drenaj düşünülebilir. Önerilen; hasta 48 saat afebril olana kadar intravenöz antibiyoterapinin uzatılması ve sonrasında oral tedavinin 14 güne tamamlanmasıdır (10).

Pelvik abselerin çoğu geniş spektrumlu intravenöz antibiyoterapiyi takiben uzun süreli oral antibiyotik tedavisine yanıt verirler. Genellikle anaeroblara da kapsayan üçlü antibiyotik rejimi tercih edilir. McNeeley ve ark., tubo-ovaryan abses tedavisinde klindamisin+gentamisin+ampisilin tedavisiyle %87,5 başarı oranı vermektedir (9). Bizim çalışmamızda aynı antibiyotik rejimine yanıt daha düşük oranda bulundu (%53, 40/75) (tablo 3).

Klasik olarak, TOA tedavisinde; posterior kolpotomi, transabdominal cerrahi drenaj, unilateral salpingo-ooferektomiden total abdominal histerektomi+bilateral salpingo-ooferektomiye (TAH+BSO) kadar değişen cerrahi yöntemler ve beraberinde antibiyotik kullanımı tercih edilmekteydi. Bu yaklaşım yüksek kür sağlamakla beraber kadının üretkenliğini etkilemekte ve hormon eksikliğine neden olmaktadır. Ayrıca enflamasyon dokular ve yapışıklıklar nedeniyle cerrahi, teknik olarak zordur ve komplikasyonlara açıktır. Gingsburg ve ark. 160 TOA hastasında ilk olarak parenteral antibiyotik başlandığını ve bunlardan %31'inde cerrahi gereksinim olduğunu konzervatif grupta ise %2,5 hastada takiplerde absenin rüptüre olduğunu rapor etmektedir. Aynı seride cerrahiye bağlı komplikasyon oranı %12 verilmekle birlikte kendi serimizde bu oran daha yüksek (%40) bulundu. Fakat Kaplan ve ark. laparotomi yapılmış hastalarda %8,4 barsak hasarı bildirmekle birlikte kendi serimizde bu oran (%1) daha düşük bulundu (7). Bizim serimizde hastaların %57'sine cerrahi tedavi uygulandı. Bunlardan %32'si TAH+BSO, %14'ü laparotomi ile abses drenajı, %6'sı laparoskopik abses drenajı, %5'i ise laparotomi ile salpingo-ooferektomi şeklinde idi. Güncel cerrahi yaklaşım (eğer gerekli ise) minimal invaziv ve konzervatif olmalıdır. Bu amaçla adezyolizis, abses drenajı, enfekte dokuların alınması ve peritoneal kavitenin irigasyonu tercih edilmelidir. Önemi giderek artan ve önerilen yaklaşım ise görüntüleme eşliğinde (ultrason veya bilgisayarlı tomografi) pelvik absenin drenajı ve beraberinde antibiyotik kullanımınıdır (2). Norveçte yapılan bir çalışmada 302 TOA olgusunda, absenin ince-iğne aspirasyonu ve beraberinde antibiyotik kullanımı ile 282 hastada (%93,4) başarı elde edilmiştir. Sadece 20 hastada (%6,6) cerrahi gereksinimi olmuştur (5).

Literatürle uyumlu olarak (4,9) çalışmamızda, antibiyotik tedavisinin başarısı abses boyutu ile ters orantılı bulundu. Reed ve ark. (12) abses boyutu ≥ 10 cm olduğunda hastaların %60'ında cerrahi gereksinim olmasına karşın < 5 cm olduğunda sadece %20 hastada cerrahi gerektiğini belirtmektedir.

Sonuç olarak; TOA olgularında ilk basamak tedavi, geniş spektrumlu antibiyoterapi olmakla birlikte abses boyutunun arttığı, absenin bilateral olduğu hastaların önemli bir bölümünde ek müdahale (cerrahi) gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Clark JF, Moore-Hines S.A study of tubo-ovarian abscess at Howard University Hospital (1965 through 1975). J Nat Med Assoc; 71: 1109-1111, 1979.
2. Fleischer AC, Entman SS: Differential diagnosis of pelvic masses: in Chervenak FA, Isaacson GC, Campbell S (eds): Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Boston. Little, Brown. 1975. p 1650
3. Franklin LW, Hevron JE, Thompson. "Management of the pelvic abscess" Clinical Obstetrics and Gynecology, vol.16, pp.66-79, 1973.
4. Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, Genadry R, Spence MR. Tubo-ovarian abscess : a retrospective review. Am J Obstet Gynecol 138:1055-1058, 1980.
5. Gjelland K, Ekerhovd E & Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. Am J Obstet Gynecol 193: 1323-1330, 2005.
6. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. "Best practice and research" Clinical Obstetrics and Gynecology, 2009; 23:667-678,2009.
7. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2009; 23 :667-678.
8. Kaplan AL, Jacobs WM, Ehresman JB. Aggressive management of pelvic abscess. Am J Obstet Gynecol 98:482-487, 1967.
9. McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, Kmak DC, Ransom SB. Medically sound, cost effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. Am J Obstet Gynecol 178: 1272-1278, 1998.
10. McNutt LA, Wu C, Xue X, Hafner JP. "Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes" The American Journal of Epidemiology 157:940-943, 2003.
11. Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM: Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscess: A randomized study. Ultrasound Obstet Gynecol 7: 435-438, 1996.
12. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tubo-ovarian abscess: Comparison of broad spectrum β -lactam agents versus clindamycin-containing regimens. Am J Obstet Gynecol 164: 1556-1562, 1991.
13. Sweet RL "Tubo-ovarian abscess" in Pelvic İnflammatory Disease, pp. 101-124, Taylor and Francis, London, UK, 2006.
14. Washington AE, Aral SO, Wølner-Hanssen P, Grimes DA, Holmes KK. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. JAMA; 266: 2581-2586, 1991.