

Apendektomi Sonrası Tuba Ovarian Abse ile Komplike Endometrioma Endometrioma Complicated by Tubo Ovarian Abscess After Appendectomy

Mine Genç¹, Berhan Genç², Aynur Solak², Serap Karaarslan³

¹ Yrd.Doç.Dr., Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

² Yrd.Doç.Dr., Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

³ Yrd.Doç.Dr., Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Tuba ovarian abse; overlerin, tuba uterinaların ve adneksial çevre dokuların iltihabi bir enfeksiyon hastalığıdır. Genellikle ağrı, lökositoz ve ateş yüksekliği ile seyreder. Sunulan olgu 47 yaşındadır ve şiddetli pelvik ağrı nedeniyle kliniğimize başvurmıştır. Hastanın görüntüleme yöntemlerinde pelvis içersinde maligniteyi düşündüren kitle izlenmiştir. Laboratuvar sonuçlarında anemi ve karbonhidrat antijen 125 yüksekliği dışında patolojik bir değer bulunmamıştır. Hasta pelvik malignite ön tanısı ile opere edilmiştir. Yaygın yapışıklığı bulunan ve kistektomi yapılan hastanın patoloji sonucu enfekte endometrioma, tubo ovarian abse olarak gelmiştir. Bu olgu ile tuba ovarian absenin her zaman lökositoz ve ateş yüksekliği ile seyretmediği vurgulanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Endometrioma, ovaryan kitle, tuba ovaryen abse

Abstract

Tuba ovarian abscess is an inflammatory disease of tuba uterina, ovary and surrounding tissues. Usually it is characterized by the pain, leukocytosis, and high fever. 47-year-old patient who has referred with pelvic pain, presented to our clinic. Imaging of the patient showed that there is suspected malignancy in the pelvis. She had anemia. Carbon hydrate antigen 125 level was measured and this level was higher than the upper limit of normal. The other laboratory findings of the case was normal. The patient was operated with the initial diagnosis of pelvic malignancy. Due to dense adhesive disease, the operation was converted to cystectomy. The results of the pathological examination of the case revealed tubo ovarian abscess and infected endometriosis. This case report aims to emphasize that high fever and leukocytosis are not always seen together with tuba ovarian abscess.

Key Words: endometrioma, ovarian mass, tubal ovarian abscess

Kabul tarihi: 10 Aralık 2013

Giriş

Tuba ovarian abse (TOA); overlerin, tuba uterinaların ve adneksial çevre dokuların (uterus, barsaklar, batin duvarları vb.) iltihabi bir enfeksiyon hastalığıdır (1). TOA; adneksial organların tekrarlayan enfeksiyonlarına, pelvik ve intrauterin operasyonlara ya da diğer intraabdominal organların perforasyonlara sekonder olarak da meydana gelmektedir (2).

Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans (MR) hastaların tanısının konmasında, hastalığın takibinde ve komplikasyonların izlenmesinde sık kullanılan görüntüleme yöntemleridir. TOA tedavi edilmezse rüptüre olabilir ve hayati tehlike oluşturabilecek ciddiyette peritonit gelişebilir. TOA'den şüphe edildiğinde hastaya antibiyotik tedavisi başlanmalı ve acil operasyona alınmalıdır.

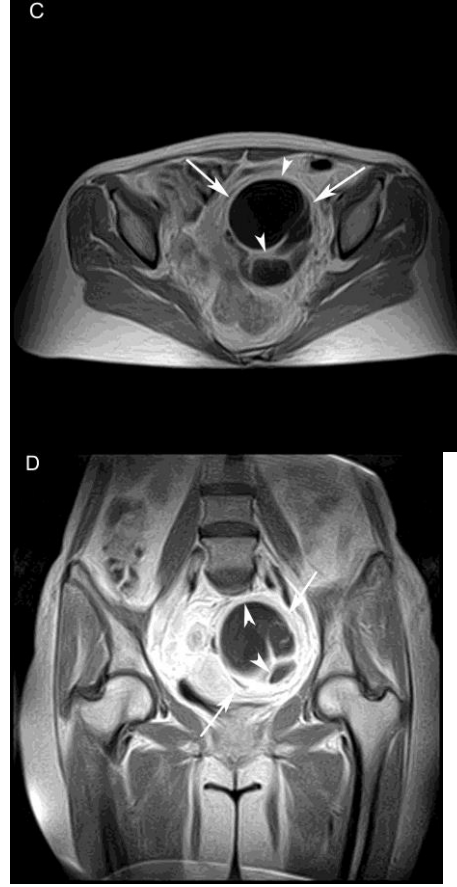
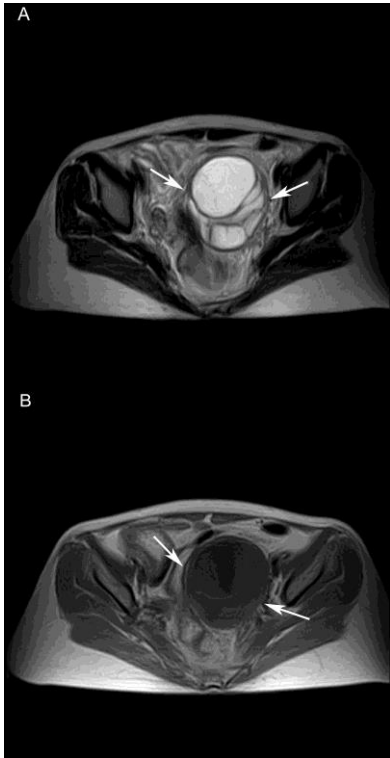
Endometriozis, fonksiyonel endometrium dokusunun uterin kavite dışındaki ektopik alanlarda bulunması ile karakterize benign, kronik, jinekolojik bir hastalıktır. Genellikle pelvik ağrı ve infertilite ile ilişkisi bulunur ve östrojen bağımlıdır. Üreme çağındaki kadınlar arasında pelvik endometriozisin prevalansı yaklaşık olarak %6-10 arasındadır (3).

Burada literatürde nadir olarak kaydedilmiş, apendektomi operasyonundan 1 ay sonra pelvik ağrı ve karında kitle nedeniyle kliniğimize başvuran operasyon öncesi çekilen görüntüleme yöntemlerinde pelvik malignite ile karışan, laboratuvar bulgularında anemi ve karbonhidrat antijen 125 (CA 125) yüksekliği dışında patolojik değeri olmayan ve operasyon sonrasında da enfekte endometriyozis ve tuba ovarian abse teşhisi konulan bir hastanın operasyon öncesi kliniği ve sonrasındaki tedavisi sunulmaktadır.

Olgu

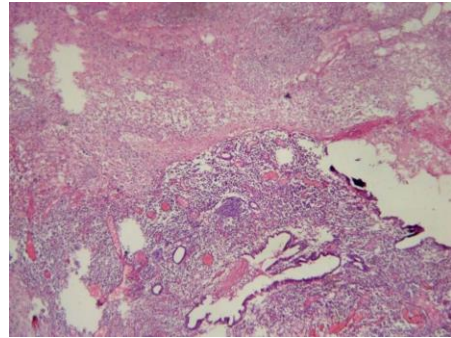
Kırkyedi yaşında (gravida 2, parite 2) olgu, Ocak 2013’de bir aydır süre gelen şiddetli pelvik ağrı şikayeti ile merkezimize başvurdu. Hikayesinde 1 ay önce geçirmiş olduğu apendektomi operasyonu mevcuttu. Adetleri düzenli idi. Anamnezinde sistemik hastalık öyküsü yoktu. Jinekolojik muayenesinde batin içinde umbilikusa kadar uzanan etraf dokulara fikse ağırlı kitle mevcuttu. Kan değerlerlerinde lökosit $11000 /\text{mm}^3$ (normal değer aralığı $4000-10000/\text{mm}^3$), hemoglobin 8,5 gram/dL (normal değer aralığı 12-16 gram/dL), CA-125 78 IU/ml (normal değer: 35 IU/ml 'nin altı) olarak ölçüldü. Ateş 37.20°C , nabız 78/dk idi. Batin ultrasonografisinde sol adeneksiyal alanda kalın duvarlı septasyonlu yoğun içeri-likli kitlesel lezyon izlendi. Doppler ultrasonografide kitlenin duvarında ve septalarda kanlanma izlenmedi. Çekilen manyetik rezonans incelemede sol adeneksiyal alanda T1 ağırlıklı görüntülerde hipo, T2 ağırlıklı görüntülerde hiper intens kalın duvarlı septasyonlu kitlesel lezyon izlendi. Kontrastlı görüntülerde kitlenin duvarında ve septalarında homojen kontrastlanma saptandı (Resim 1).

Resim 1. Aksiyel T2 ağırlıklı manyetik rezonans görüntülemesinde sol adeneksiyal alanda kalın duvarlı ve septalı kistik kitlesel lezyon izleniyor (oklar) (A). Aksiyel T1 ağırlıklı görüntülerde (B) ve aksiyel (C) koronal (D) post kontrast T1 ağırlıklı görüntülerde kalın duvarlı septalı kitlesel lezyon (oklar) izleniyor. Kitle duvarında ve septalarda kontrast tutulmuş (küçük oklar) izleniyor.



Bu tetkikler sonrasında hasta pelvik malignite düşünülerek operasyona alındı. Hastaya göbekaltı median kesi uygulandı. Eksplorasyonda uterus, bilateral overler, kolon rektum ve batin arka duvarı arasında yaygın yapışıklıklar vardı. Yapışıklıklar açılmaya çalışıldı. Sol overdeki kiste yoğun yapışıklık nedeniyle parsiyel kistektomi yapıldı. Çıkarılan parça frozone gönderildi. Frozen sonucu enfekte endometriyozis, tuba ovarian abse olarak geldi (Resim 2).

Resim 2. Endometriyoz alanları yanı sıra yoğun polimorfnüveli lökosit, fibrin, nekroz ve kanama taşıyan alanlar (H&Ex 4)



Hastaya 10 gün boyunca ikili antibiyotik başlandı (seftiakson 1 gr (2x1) + metranidazol 500 mg (3x1) intravenöz). Hastanın postoperatif ikinci günden itibaren pelvik ağrıları azaldı. Operasyon sonrası 1. aydaki kontrolünde hastanın batını rahatlamıştı ve hastanın görüntüleme yöntemlerinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı. Hastanın ne operasyon öncesinde ne de operasyon sonrasındaki takiplerinde ateş yüksekliği izlenmedi.

Tartışma

Olgunun hastaneye başvuru şikayeti, fizik muayenesinde ateş yüksekliğinin ve laboatuvar bulgularında lökositözünün olmaması, USG ve MR görüntüleme bulguları bize ön tanıda pelvik maligniteyi düşündürürken tuba ovarian abse tanısından uzaklaştırdı. Tuba ovarian absesi olan hastaların semptomları farklılık göstermekle beraber genellikle pelvik ve abdominal ağrı, bulantı, kusma, yüksek ateş ve taşikardi en sık rastlanılan semptomlardır. Jinekolojik muayenede sıklıkla adneksial alanda kitle palpe edilebilir. Vakaların %69,2'sinde 38,3°C'den yüksek ateş, %64,1'inde lökositöz mevcuttur (4). Sunulan hastada ise lökositöz, taşikardi ve ateş yüksekliği izlenmedi.

Hastanın yapılan jinekolojik muayenesinde ise umblikusa kadar uzanan fiks kitlenin olması, görüntüleme yöntemlerindeki bulgular ve CA-125 değerinin normalden yüksek olması malign ovarian kitle yönünden şüphe uyandırmaktaydı. Bu vakada ovarian malignite ön tanısı ile laparotomi kararı verildi. Operasyon sonrasında histopatoloji sonucu enfekte endometrioma ve tuba ovarian abse gelen hasta; apandisit bağı enfeksiyöz komplikasyonların gelişebileceğini ve her zaman lökositöz, taşikardi ve ateş yüksekliğinin eşlik etmeyeceğini göstermektedir. USG ve MR görüntüleme yöntemlerinde de tuba ovarian abse ve enfekte endometrioma yanıtıcı olabilir.

Apandisit bağı intraabdominal apse, pelvik apse ve yara yeri enfeksiyonu en sık görülen komplikasyonlardır. Apandisit vakaları sonrasında %1,4 oranında intraabdominal apse meydana geldiği görülmüştür (5). Bu abseler genel olarak pelvisde, barsak ansları arasında, subfrenik alanda görülür. Endometriozisi olan kadınlar arasında TOA gelişimi, ektopik yerleşimli endometrial bez ve stromanın immunitede yaptığı değişikliğe bağlı enfeksiyona yatkınlığın artması sonucu daha kolay gelişebilir (6,7). Yine de bu konuda geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Batın operasyonları sonrasında gelişen intraabdominal abse ve peritonitlerin tedavisi zordur. Bu septik kompli-

kasyonlar sonrasında mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Bu nedenle bu komplikasyonların gelişimini engellemek, gelişmesi halinde ise erken tanı koyup bir an önce tedaviye başlamak önemlidir. Batın operasyonları sonrasında intraabdominal apseden hastaları korumak için; özellikle acil operasyona alınan ve karın içinin kirli olduğu vakalarda uygun antibiyotik kullanılmalıdır. Hastalar operasyon sonrası dönemde çok iyi takip edilmelidir.

Sonuç olarak yapılan literatür incelemesinde endometriozisin enfeksiyonuna nadir olarak rastlanılmıştır. Fakat perfor apandisit nedeni ile opere edilen hastalarda operasyon sonrası devam eden kasık ağrısı, ateş yüksekliği, karında pelvik kitle tespit edildiğinde tubo ovarian abse akıldan çıkarılmamalıdır. Yine de bu semptomların her zaman birlikte olmayacağı unutulmamalıdır. Hasta ayrıntılı bir şekilde araştırılmalıdır. Tuba ovarian abseden şüphelenildiği durumlarda cerrahi müdahaleden kaçınılmalı ve gerekli antibiyotik tedavisi başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Kavoussi SK, Pearlman MD, Burke WM, Lebovic DI. Endometrioma complicated by tubo-ovarian abscess in a woman with bacterial vaginosis. Infect Dis Obstet Gynecol 2006;84:140.
2. Landers LV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: Contemporary approach to management. Rev Infect Dis 1983;5:876-84.
3. Dabrosin C, Gyorffy S, Margetts P, Ross C, Gaultie J. Therapeutic effect of angiostatin gene transfer in a murine model of endometriosis. Am J Pathol 2002;161:909-18.
4. Karakulak M, Pala HG, Aydın Y, Saatlı B, Güçlü S. Tuboovarian Absesi Olguların Değerlendirilmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2008;22(1):9-13.
5. Reid RI, Dobbs BR, Frizelle FA. Risk factors for post-appendectomy intra-abdominal abscess. Aust NZJ Surg 1999;69(5):373-4.
6. Chen MJ, Yang JH, Yang YS, Ho HN. Increased occurrence of tubo-ovarian abscesses in women with stage III and IV endometriosis. Fertility and Sterility 2004;82(2):498-9.
7. Lebovic DI, Mueller MD, Taylor RN. Immunobiology of endometriosis. Fertility and Sterility 2001;75(1):1-10.

İletişim:

Yrd.Doç.Dr. Mine Genç
Şifa Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
35240, İzmir, Türkiye
Tel: +90.535.5627706
mail: doktorminegenc@hotmail.com