

## PELVİK ABSELER

Dr. Kemal Eyiceoğlu (x)  
Dr. M. Akif Gökçeoğlu (xx)  
Dr. Tahsin Gümüşburun (xx)  
Dr. Nevres Okyar (xx)  
Dr. Hülya Çehrelî (xx)

### ÖZET

Bu çalışmada Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniğinde Ekim 1983-Ocak 1986 yılları arasında pelvik abse nedeniyle tedavi gören 13 hasta incelendi. 12 hastaya laparotomi, bir hastayada kuldotomi yapıldı. 12 hastada post operatif herhangi bir komplikasyon görülmedi, bir hastada cilt altı enfeksiyonu oluştu. Hastalara uyguladığımız tıbbi ve operatif tedavileri inceledik literatür ile karşılaştırdık.

### ANAHTAR KELİME

Pelvik abse, Antibiotikler.

### GİRİŞ

1830'larda Recamier pelvik absenin vaginal drenajını ilk uygulayan kişidir bu uygulama İngilterede Wells ve Savage ve Amerika Birleşik Devletlerinde Sims ve Emmett tarafından geliştirildi. Lawson Tait 1872 de ilk olarak bir tubo-ovaryal abseyi abdominal yolla çıkarmıştır (1,4).

Pelviste enfeksiyonun sebep olduğu patolojik değişiklikler minimal adhezyonlardan bilateral adneksiyal kitlelere veya pelvis yapılarının tümünü ilgilendiren orta çizgide yer alan abseye kadar çeşitli değişiklikleri kapsar (1).

1942'de antibiotik çağının başlamasından beri pelvik enfeksiyonun değerlendirilmesinde; mikrobiyal etyoloji, efektif antimikrobiyal tedavi, ameliyat endikası-

---

x Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Başkanı.  
xx Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlileri.

yonları, asemptomatik portörlerin teşhisi ve pelvik infeksiyonun kontrolünün halk sağlığındaki önemine yönelmiştir. (4).

Pelvik infeksiyon geçiren hastalarda mortalitenin düşük olmasına karşılık önemli derecede yüksek morbidite mevcuttur. Keza salpenjitten sonra ektopik gebelik riski 10 misli yükselir, infertilite riskide artar (4).

Te Linde (4) pelvisin iltihabi hastalığını kilinik muayeneye göre gradelendirmiştir. Buna göre:

GRADE 1: Komplikasyonsuz salpenjit yahut unilateral veya bilateral salpingooforit.

- a. Pelvik peritonit yok,
- b. Pelvik peritonit var.

GRADE 2: Komplikasyonlu salpenjit, salpingooforit, piyosalpinks veya iltihabi adneksiyal kitleler ile birlikte uni veya bilateral tubo-ovaryal abse,

- a. Pelvik peritonit yok,
- b. Pelvik peritonit var.

GRADE 3: Geniş (8 cm. veya daha büyük çaplı) tubo-ovaryal veya pelvik abseler, infeksiyonun üst batına yayılması veya rüptüre tuboovaryen abseler. diye sınıflandırmıştır.

Pelvik inflamatuvar hastalık, mikroorganizmaların vagina veya endoserviksten uterus ve fallop tüplerine ulaşması suucu oluşan genel bir semptom ve belirtiler kompleksidir. Erken ve etkili tedavi bu hastalığın jeneralize pelvipertonit, abse formu ve adneksiyal destrüksiyon gibi komplikasyonlarının insidensini azaltır. Yetersiz tedavi hastalarda hidrosalpinks sekeli, infertilite, ektopik gebelik veya kronik pelvik ağrı ile pelvik infeksiyonun tekrarlamasını predispoze edebilir (5).

## MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada Atütürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın hastalıkları ve doğum kliniğinde Ekim 1983-ocak 1986 yılları arasında pelvik abse nedeniyle opere ettiğimiz 12 ve kuldotomi yaptığımız 1 hasta materyalimizi oluşturmaktadır.

Hastalarımızın ilk başvurusunda ayrıntılı bir anamnez alınıp sistemik fizik muayene yapıldı. Gerekli görülen durumlarda genel cerrahi, Üroloji gibi ilgili kiliniklerden konsültasyon istendi. Tüm hastalara laboratuvar tetkiki olarak hemoglobin, beyaz küre, kanama zamanı pıhtılaşma zamanı, üre, sedimantasyon, açlık kan şekeri, tam idrar yaptırıldı. Göğüs grafisi, ayakta boş batın yatarak boş batın ve elektrokardiyografi çekildi.

Pelvik abse düşündüğümüz iki olgumuzun esas yakınması infertilite idi bu hastalara Laparoskopî+Laparotomi uygulandı.

## BULGULAR

Pelvik abse öntanısı koyarak laparotomi ve kuldotomi yaptığımız hastaların en küçüğü 13, en büyüğü 44 yaşında idi. Evli olan 10 olgumuzun 4'ünde infertilite sorunu mevcuttu. İnfertilite sorunu olmayan olgularımızın hiç bir kontrasepsiyon uygulamamıştı. Pelvik abse gelişen olgularımızı etyolojilerine göre tablo 1 de gösterdik.

TABLO 1: Pelvik abseli olgularımızın etyolojilerine göre dağılımı

| ETYOLOJİ      | OLGU NO | %    |
|---------------|---------|------|
| Önceki Doğum  | 3       | 23.3 |
| Önceki kürtaj | 2       | 15.3 |
| Diğer         | 8       | 61.4 |

Olgularımızı pelvik absenin görüldüğü yaşa göre değerlendirdiğimizde Tablo 2 deki sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

TABLO 2: Pelvik absenin görülme yaşı dağılımı.

| YAŞ   | SAYI | %    |
|-------|------|------|
| 10-20 | 2    | 15.4 |
| 20-30 | 6    | 46.1 |
| 30-40 | 3    | 23.1 |
| 40-   | 2    | 15.4 |

Buna göre bizim çalışmamızda pelvik abse en çok 20-30 yaş grubunda görülmüştür.

Olgularımıza çeşitli operasyonlar uyguladık. 6 (% 46.1) vaka ile Bilateral salpingooforektomi+histerektomi Total+Bridektomi en çok uyguladığımız operasyon çeşidi idi. Uygulanan operasyon çeşitleri tablo 3'de gösterilmiştir.

TABLO 3: Uygulanan operasyon çeşitleri.

| OPERASYON                        | SAYI | %    |
|----------------------------------|------|------|
| Bridektomi+Drenaj                | 2    | 15.4 |
| Kuldotomi                        | 1    | 7.7  |
| Bil. S. Oof. +Tot. Hist. + Brid. | 6    | 46.1 |
| Unilat. S. oof. + Brid., + App.  | 2    | 15.4 |
| Lap. +Salpingolis+salpingostomi  | 2    | 15.4 |

Kuldotomi yaptığımız hastadan aldığımız pü kültüründen Enterobakter aerogenez üredi, diğer laparotomi yaptığımız 12 hastamızın kültürlerinde üreme olmadı. Bu hastalar kültür almadan önce antibiotik tedavisi görmüşlerdi. Postoperatif antibiotik tedavisi olarak Tüberküloz çıkan bir olguya Rifampisin+et-hambutol+Streptomisin'le tedavi uygulandı. Diğer olgularımızdan 7'sine Ampisilin+ Aminoglikozit +Clindamisini ile üçlü tedavi, iki olguya tek olarak üçüncü kuşak sefalosporinlerden, bir olguyada ampisillin tedavisi uygulandı. İki olgumuzda Ampisillin+Aminoglikozit ile ikili tedavi uygulandı. Tüm olgularımız postoperatif en erken 7, en geç 27.'nci gün taburcu oldular tek olgumuzda post operatif komplikasyon çıktı, bu olguda cilt altı enfeksiyonu meydana geldi sekonder iyileşme ile düzeldi.

Operasyon materyallerinin patolojik anatomik tetkikinde bir olgumuzda salpenjit tüberküloza geldi, diğer olgular ise nonspesifik iltihap bulguları göste riyordu.

## TARTIŞMA

Fallop tüpünde pelvik enflamatuvar hastalığın yapmış olduğu enfeksiyon ilerler ve tüpün fimbrial ucu kapanırsa piyosalpinks olarak bilinen tubal abse oluşur. Bu proces tubo-ovaryal bir abse içinde ovaryumuda işgal edebilir, bazen abse douglasta birikebilir, bazen bunlar rüptüre olarak batına yayıyıp pelviperitonite sebep olabilir.er (1).

Teşhis koymada anamnez, fizik muayene, laboratuvar çalışmaları, kuldosen-tez ve laparoskopi, ultrasonografi gibi yaygın teknikler değer taşırlar (1,2,4).

Pelvik bir enfeksiyon mevcut olduğunda bu vakalar hemen hemen değişmez bir şekilde polim,krobialdır. Bu mikst yapı aerop ve anaerob komponentlerden oluşmaktadır (1,3,4,5,6,7,8,9).

Pelvik enfeksiyonları intrauterin araç, histerosalpingografi, tubal insuflasyon, dilatasyon ve küretaj gibi işlemler kolaylaştırırken oral kontraseptifler koruyucu bir etki yapmaktadır (1,4,5). Bizim olgularımızın % 38.6'sında predispozan faktör olarak daha önceki küretaj ve doğum tesbit edilmişken, % 61.4 'ünde pelvik enfeksiyona sebep olacak bir predispozan faktör tesbit edilemedi.

Polimikrobial yapıda olan pelvik enfeksiyonlarda görülen başlıca ajan patojenler sırayla:

|       |        |              |
|-------|--------|--------------|
| Aerob | Gr (—) | E. Coli      |
|       |        | Klepsiella   |
|       |        | Proteus      |
|       |        | Enterobakter |
|       |        | Pseudomonas  |
|       |        | Gonokoklar   |

|         |        |                                |
|---------|--------|--------------------------------|
|         | Gr.(+) | Streptokoklar<br>Stafilokoklar |
| Anaerob | Gr (-) | Bacteroides<br>Fusobacteriler  |
|         | Gr (+) | Streptokoklar<br>Stafilokoklar |

### **Mycoplasma Hominis**

Chlamidia Trochomatis 'dir (1,4,7).

İntraabdominal operatif yerleşimli enfeksiyona kültür için ulaşmak zordur. Servikal veya vaginal kültürlerin yararı sınırlıdır. N. Gonorea gibi eksojen kaynaklı organizmaların tesbiti dışında böyle kültürlerin değeri yoktur zira bunlar bilinen normal floradaki organizmaları geliştireceklerdir. Ve klinik duruma aydınlık gelmiyecektir. Ayrıca vaginadaki mikroorganizmalarla olan kontaminasyondan dolayı douglastan elde edilen sıvıdan yapılan kültürde yardımcı olmaz (1,4,7).

Literatürde pelvik absenin her yaşta görülmekle birlikte daha çok 30-40 yaş arasında görüldüğünden bahsedilmektedir (2,4). Bizim olgularımızda ise bu yaşta görüme sıklığı % 23.1 'idi, hastalarımızın % 46.1 'inde pelvik abse 20-30 yaşları arasında meydana gelmiştir.

Opere edilmesi gereken pelvik abseli hastalar hemen hospitalize edilmeli, semi-fowler pozisyonunda baş yükseltilmiş olarak yatak istirahatine alınmalıdır. İhtiyacı olan intra venöz sıvı, elektrolit replasmanı ve kan transfüzyonu yapılmalıdır. Abdominal distansiyonun derecesine bağlı olarak nazogastrik bir tüp veya uzun bir intestinal tüp kullanılmalıdır. Hastada rahim içi araç varsa derhal çıkartılmalıdır ayrıca başka mevcut (Diabet gibi) tıbbi problemlerde ele alınmalıdır (4,2.)

Pelvik abseler polimikrobial tabiatlı olduğundan dolayı genellikle tekli antibiyotikle tedavi mümkün olmamaktadır, ikili ve üçlü tedavi rejimleri uygulanmaktadır. En çok kullanılan tedavi rejimi Ampisilin+Clindamisin+Gentamisin ile birlikte olan üçlü rejimdir. Ayrıca

Ampisilin+Gentamisin veya tobramisin,

Gentamisin+Clindamisin,

Cephalosporin+Aminoglikozit,

Metranidazol+Cephalosporin,

Metranidazol+Penisilin.

gibi kombinasyonlarda tercih edilen tedavi rejimleridir(4,7).

Bütün bunlara rağmen antibiotik kullanımının pelvik absenin major komplikasyonlarını veya pelvik tromboflebiti azalttığı veya engellediği ispatlanamamıştır. Diğer önemli bir durumda anaerobik pelvik enflamasyonu olan hastalarda pelvik tromboflebiti önleyici olarak düşük doz heparin tedavisi (5000 Ü/ 12 saat) uygulanabilir. Bununla beraber bu yaklaşımı rutin olarak savunmadan önce daha çok veriye ihtiyaç vardır(8).

Pelvik abseli olgular her gün abdominal ve pelvik muayeneden geçirilmeli ve tıbbi tedaviye verdiği cevap dikkatlice izlenmelidir. Antibiotikler akut pelvik absenin tedavisinde etkili olmasına rağmen cerrahi derenaj daha da etkilidir. Douglası dolduran alt pelvik absede arka fornixten yapılan 4 cm. lik posterior kolpotomi dramatik bir iyileşme sağlar. Posterior kolpotomi yapabilmek için:

1. Abse fluktuan olmalıdır,
2. Abse orta çizgide olmalıdır,
3. Abse rektovaginal septumu birbirinden ayırıyor olmalıdır. Eğer bu kriterler mevcutsa barsak ve ureteral zedelenme gibi komplikasyonlar minimuma indirilmiş olur (1).

Akut pelvik abse teşhisi kesin değilse laparoskopi veya laparotomi gerekebilir. Şiddetli pelvik enfeksiyon formları laparoskopiyi güçleştirir bu durumlarda diagnostik laparotomi gerekebilir. Abse geniş ise (8 cm. veya daha fazla çaplı) ve hasta müteaddit akut enfeksiyon alevlenmeleri ile birlikte perimenopozal dönemde bir hasta ise tıbbi tedaviye verilen cevap tatminkar değilse tubo, ovaryal korumanın mümkün olmadığı durumlarda seçilecek operasyon total abdominal histerektomi ve bilateral salpingoootektomidir. Bu vakalarda vaginal os drenaj için açık bırakılır, bir penros drende konulabilir. Operasyon esnasında ureter, rectum ve ince barsakların zedelenme ihtimali vardır, çok dikkatlice disseksiyon yapılmalıdır. Son zamanlarda yapılan çalışmalar hastaların % 25-50'sinin bir taraf tüp ve overinin normal olduğunu göstermiştir, bu durumlarda konservatif adneksiyal cerrahi yapılarak ovaryal fonksiyonun devamı sağlanmalıdır. Laparotomide genç bir kadında unilatera pelvik abse görülürse çocuk doğurmak isteyen bir hastada uterus ve diğer adneks bırakılarak hastalıklı tüp ve overler alınmalıdır (4).

Rüptüre tubo-ovaryal absede ise yegane tedavi operatiftir ne kadar gecikilirse mortalitede o kadar yükselir. Yapılacak operasyon abse, uterus, tüpler ve overlerle birlikte serbest pü'nün uzaklaştırılmasıdır (2 4).

## PELVIC ABSCESSSES

### SUMMARY :

*Thirteen patients treated ause of pelvic abscesses between 1983 and 1986 in our Clinic were included in study. Laparotomy was performed for 12 patients.*

*And culdotomy for one patients. In 12 patients no complication was bseen postoperatively, However in one patient ru intraderOal infection occured. The medical and rurgical treatment applied were wiewed under the light of previous studier.*

**KEY WORDS:**

*Pelvic abscesser, Antibiotier.*

**KAYNAKLAR**

1. Benigno, B.B.: : Pelvic inflammatory Disease Including Gonorrhoea. *Scierra, Gynecology and Obstetrics.* 1985. 1: 44: 1-10.
2. Hemsell, D.L., Cunnigham, F.G.: Ruptured pelvic abscess in Quenan's *Managing ob/gyn Emergencies* second ed. New Jersey Medical economics books, 1983; 27: 225-230.
3. Henry, S.A.: Overall clinical Experience with Aztreonam in the treatment of obstetric gynecologic infections. *Reviews of infectious diseases.* 1985; 7 (Supp 4): 703-707.
4. Mattingly, R.F., Thompson, J.D.: *The Linde's Operative Gynecology.* 1985; 13: 287-302.
5. Novy, M.J.: Infections as a Cause of infertility. *Scierra, Gynecology and obstetrics.* 1985, 5; 57: 8-16.
6. Pasterek, J.G., Cole, C., Aldridge, K.E., Crapanzano, J.C.: Aztreonam Plus Clindamycin as Therapy for pelvic infections in Women. *The American Journal of medicine.* 1985. 78 (Supp 2A): 47-50.
7. Schwartz, R.H.: The Treatment of Major Gynecologic sepsis. *Scierra, Gynecology and Obstetrics.* 1985. 1: 48: 1-12.
8. Weinstein, L.: Prophylaxis for the practitioner Guidelines for prevention of infection. *Scierra, Gynecology and Obstetrics.* 1985. 1; 47: 1-4.
9. Wilkowske, C.J., Hermans, P.E.: Antimicrobial Agents in the Treatment of obstetric and gynecologic infections. *The Medical Clinics of North America.* 1974; 58: 711-727.