



**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI**

**YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KADIN  
HASTALIKLARI**

**VE DOĞUM ANABİLİM DALI**

**TUBO-OVARYAN APSELER: KLİNİK ÖZELLİKLERİ, RİSK FAKTÖRLERİ VE  
TEDAVİLERİNİN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ**

**Dr.Emin HAQVERDİYEV**

**Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Emre Erdem TAŞ**

**Ankara, 2016**

## ÖNSÖZ

Meslek hayatımın önemli bir basamağı olan uzmanlık eğitimime başladığım daha ilk günden bu yana öğrencisi olmaktan onur duyduğum ve uzmanlık eğitimim boyunca her konuda insanüstü özverisini, bilgisini ve desteğini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Ayşe Filiz YAVUZ'a, bilgi ve üstün cerrahi yetenekleriyle ilham kaynağım Yard. Doç. Dr. Emre Erdem TAŞ'a eğitim sürecimin planlanması ve yürütülmesinde sorunlarımızla yakından ilgilenen, ilk ameliyatlarımı elimden tutarak yaptıran, değerli katkılarından dolayı Doç. Dr. Levent KESKİN'e eğitimimdeki müstesna katkılarından dolayı Doç. Dr. Özlem ŞENGÜL, Op. Dr. Ulaş ÇALI, Op. Dr. Reyhan ÖZCAN, Op. Dr. Ayşegül ÇINKAYA, Op. Dr. Emine ÇELEN, Op. Dr. Hilal AĞIŞ, Op. Dr. Gülin YEĞİN, Op. Dr. Nihal MAVRAL'a, iyi günde kötü günde hep beraber omuz omuza çalıştığım arkadaşlarım Dr. Volkan EGE, Dr. Ulviye ABDULLAYEVA, Dr. Gökçen EGE, Dr. Gülcan DAULETKAZİN, Dr. Alptuğ KIR, Dr. Mahru NURULLAYEVA, Dr. Aybüke TAYARER'e, bütün hemşirelerimize ve ameliyathanedeki özverili desteğinden dolayı Vehbi KARAKOÇ'a derinden teşekkürü kendime borç bilirim.

Tüm hayatım boyunca emek ve desteklerini hiç esirgemeyen, bana hep güvenen, her türlü zorlukta yanımda olduğunu hissettiren annem Kemale, babam Yusuf HAQVERDİYEV'in önünde saygıyla eğilir, sevgi ve şükranlarımı sunarım.

**Dr. Emin HAQVERDİYEV**

**Ankara, 2016**

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Tuboovaryen abse (TOA) tanısıyla tedavi edilen hastaların klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi ve tedavi yöntemleri ile tedavi sonrası komplikasyonların araştırılmasıdır.

**Metod:** Bu retrospektif analiz 2005-2016 yılları arasında Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde Tuboovaryen abse tanısıyla tedavi edilen 136 hastayı içermektedir. Çalışmada hastaların demografik özellikleri, risk faktörleri, klinik ve laboratuvar verileri, tedavi yöntemleri ve tedavi sonrası komplikasyonları kaydedilmiştir. Sonuçlar değerlendirilirken p değerinin  $< 0,05$  olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen hastaların yaş aralığı 18-65 olup; ortalama değer 40.7 olarak saptanmıştır. Rahim içi araç kullanımı sıklığı % 39'dur. Hastaların vücut sıcaklığı ortalaması 37.2 C, lökosit sayımı ortalaması 14694 m<sup>3</sup> /uL, sedimentasyon hızı ortalaması 80.1 mm/saat, C-reaktif protein ortalaması 101.5 mg/L, Ca 125 ortalama değeri ise 30.5 IU/mL olarak tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen her hastaya medikal tedaviyi takiben cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastalardan 26'sına (%19.2) laparoskopi 110'a (%80.8) ise laparotomi uygulanmıştır. Her 2 yöntemin ortalama ameliyat süresi 85 dakika olarak tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Tuboovaryen abse ciddi morbidite ve mortalite sebebi olarak önemini koruduğundan ideal tedavi yöntemi seçilirken hastanın yaşı, klinik özellikleri ve gebelik istemi göz önünde bulundurulmalıdır. TOA morbiditeyi arttırdığından ve azalmış fertilitate oranlarına sebep olduğundan, hastalığın hızlı tanısı, erken tedavi ve medikal tedaviye cevap vermeyen olgularda doğru zamanda cerrahi kararın alınması büyük önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Cerrahi Tedavi, Pelvik İnflamatuvar Hastalık, Tuboovaryen Abse, Medikal Tedavi

## ABSTRACT

**Objectives:** The objective of this study was to evaluate the clinical and laboratory outcomes of the patients treated due to tuboovarian abscess (TOA) and to investigate the treatment procedures and after treatment complications.

**Methods:** The retrospective analysis included 136 patients who were treated at Department of Gynecology and Obstetrics of Yildirim Beyazıt University Medical School due to tuboovarian abscess between 2005 and 2016. Demographic characteristics, risk factors, clinical and laboratory outcomes, treatment procedures, and after treatment complications were recorded. P values < 0.05 was considered as the level statistical significance when evaluating the results.

**Results:** The ages of the patients ranged between 18 - 65 years and the mean age was  $40.7 \pm 8.6$  years. The prevalence of intrauterine device (IUD) use was 39 %. Mean value of body temperature was  $37,2$  °C; mean leukocyte count was 14694 /uL; mean sedimentation rate was 80,1 mm/ hour; mean high C-reactive protein 101,5 and mean CA125 was 30.5. All of the patients underwent surgical treatment in addition to medical treatment. Twenty six (19.2%) of the patients underwent laparoscopic and 110 (80.8%) patients underwent surgery by laparotomy. Mean duration of surgeries was 85 minutes.

**Conclusion:** Tuboovarian abscess (TOA) remains a serious disease with high rates of morbidity and mortality and thus the ideal treatment modality should be determined based on the age and clinical condition of the patient, and desire for pregnancy. Since TOA leads to high morbidity and decreased fertility rates, a rapid diagnosis of TOA, a prompt initiation of the treatment, and switching to surgical treatment in patients not responding to medical treatment is of prime importance.

**Keywords:**

Tuboovarian Abscess (TOA), Pelvic Inflammatory Disease (PID), Medical Treatment, Surgical Treatment

## İÇİNDEKİLER

|   |    |
|---|----|
| ÖNSÖZ.....  | 2  |
| ÖZET.....   | 3  |
| ABSTRACT.....   | 4  |
| İÇİNDEKİLER.....                                      | 5  |
| KISALTMALAR.....                                      | 7  |
| GRAFİK VE ŞEKİL DİZİNİ ŞEKİL DİZİNİ .....             | 7  |
| TABLO DİZİNİ.....                                     | 8  |
| GİRİŞ.....  | 8  |
| 2.GENELBİLGİLER.....                                  | 10 |
| 2.1. TANIMLAR.....                                    | 10 |
| 2.1.1 Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH).....         | 10 |
| 2.1.1.1 Epidemiyoloji ve Risk faktörleri.....         | 10 |
| 2.1.1.2 Patogenez.....                                | 12 |
| 2.1.1.3. Tanı.....                                    | 12 |
| 2.1.1.4. Fizik Muayene.....                           | 13 |
| 2.1.1.5. Laboratuvar bulguları:.....                  | 13 |
| 2.1.1.6. Servikal kültür.....                         | 14 |
| 2.1.1.7. Görüntüleme.....                             | 14 |
| 2.1.1.7.1 USG:.....                                   | 14 |
| 2.1.1.7.2. BT:.....                                   | 14 |
| 2.1.1.8. Endometrial Biyopsi.....                     | 14 |
| 2.1.2. Tedavi.....                                    | 15 |
| 2.1.3. Ayırıcı tanı.....                              | 16 |
| 2.1.4. PIH'a Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar..... | 17 |
| 2.2. Tuboovaryan Apse (TOA).....                      | 18 |
| 2.2.1. Epidemiyoloji ve risk faktörleri.....          | 18 |
| 2.2.2. Patogenez.....                                 | 19 |

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 2.2.3. Klinik.....        | 19 |
| 2.2.4 Ayırıcı Tanı.....   | 20 |
| 2.2.5 Tedavi.....         | 20 |
| 3. AMAÇ.....              | 22 |
| 4. GEREÇ VE YÖNTEM.....   | 21 |
| 5. BULGULAR.....          | 22 |
| 6. TARTIŞMA.....          | 32 |
| 7. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 34 |
| 8. KAYNAKLAR.....         | 35 |
| 8. ÖZGEÇMİŞ.....          | 39 |

## **KISALTMALAR**

TOA : Tuboovaryan Apse

PIH : Pelvik İnflamatuvar Hastalık

CRP : C-Reaktif Protein

ESH : Eritrosit Sedimentasyon Hızı

USG : Ultrasonografi

TA-USG: Transabdominal Ultrasonografi

TV-USG: Transvajinal Ultrasonografi

RİA : Rahim içi Araç

IVF : In Vitro Fertilization (Tüp Bebek)

HIV : Human Immunodeficiency Virus (insan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü)

BK: Beyaz Küre

BT : Bilgisayarlı Tomografi

GİS : Gastrointestinal Sistem

AGE : Akut Gasroenterit

MRI : Manyetik Rezonans Görüntüleme

L/T : Laparotomi

L/S : Laparoskopi

USO : Unilateral Salpingooferektomi

BSO : Bilateral Salpingooferektomi

TAH : Total Abdominal Histerektomi

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık

## **GRAFİK VE ŞEKİL DİZİNİ**

Grafik 1: Tubo-overyan apse endikasyonu ile cerrahi uygulanan hastalarda görülen ek medikal hastalık tipleri ve dağılımı-26

Grafik 2: Tubo-overyan apse endikasyonu ile cerrahi uygulanan hastalarda geçirilmiş pelvik cerrahi tipleri ve dağılımı -26

Grafik 3: Tubo-overyan Apse Endikasyonu İle Ameliyat Edilen Hastaların Patoloji Sonuçları-27

Şekil 1. Laparoskopi veya laparotomi yoluyla uygulanan cerrahi yaklaşımlar -27

## TABLO DİZİNİ

- Tablo 1 PİH' de semptomlar-8  
Tablo 2: Pelvik İnflamatuvar Hastalık için risk faktörleri-10  
Tablo 3: Pelvik İnflamatuvar Hastalık etyolojisinde rol aldığı gösterilmiş patojenler-10  
Tablo 4: PIH Tanısında 'Centers for Disease Control and Prevention' Kriterleri-12  
Tablo 6: Ayaktan PIH tedavisi-14  
Tablo 7: PIH olgularının hastaneye yatırılma endikasyonları-15  
Tablo 8: Yatan hastalarda antibiyotik seçimi ve dozları-15  
Tablo 9 PİH'in ayırıcı tanısındaki hastalıklar-16  
Tablo 10 PİH komplikasyonları-16  
Tablo 11: Tubaovaryen Abse İçin Risk Faktörleri-18  
Tablo 12: TOA olgularında önerilen antibiyotikler-20  
Tablo 13: Laparoskopik veya Laparotomi Uygulanan Olguların Demografik, Laboratuvar ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması -24

## GİRİŞ

Pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) özellikle serviks yolu ile bulaşan, etiyolojisinde genellikle cinsel geçişle bulaşan hastalıkların yer aldığı (özellikle: *C. Trachomatis* ve *N. Gonore*) polimikrobiyal bir enfeksiyondur. Tablonun ilerlemesiyle enfeksiyon uterus, overler, fallop tüpleri ve pelvik peritona da ilerleyebilir. Hastalığın belirti ve bulguları çeşitlilik gösterir. PIH' ın etiyolojisinde cinsel yola bulaşan hastalıklar (CYBH) olduğu için görülme sıklığı son yıllarda giderek artmaktadır(1).

Erken tanısı, hastalığa has belirtiler olmadığı için zordur. Tanı sistemik bir muayene sonrası pozitif bulguları destekleyen laboratuvar ve gerekirse görüntüleme yöntemleri yardımıyla konulmaktadır. Tedavisi oral ve gerekirse sistemik antibiyoterapi ile yapılmaktadır. Antibiyotik tedavisine yanıt %70' dir. Tanı ve tedavide gecikme veya başlanan tedaviye yanıtızsız hastalarda tuboovaryen apse (TOA) oluşumuna, infertiliteye, kronik pelvik ağrıya yol açabilmektedir. Tuboovaryan Apse (TOA), tuba uterinalar,



overler ve adneksiyel dokuların iltihabi hastalığıdır. Tablonun devamı ile barsaklar, uterus, omentum ve mesanenin de TOA kompleksine eşlik ettiği vakalar görülebilmektedir. Yıllık 1 milyon kadın PIH nedeni ile tedavi almakta ve yaklaşık 200.000 kadın yatırılarak tedavi edilmektedir(1,2). PIH hastalarda çeşitli klinik yansıma ile seyretmektedir. Bu semptomlar Tablo 1’ de gösterilmiştir:

**Tablo 1: PIH de bulgular**

1. 38.5 üzeri ateş
2. Vajinal mukopürülan akıntı
3. Servikal salgıların serum fizyolojikli mikroskopik incelemesinde bol lökosit görülmesi
4. Sedimantasyon ve CRP yüksekliği
5. Servikal kültürde gonore veya klamidya görülmesi

Tubeovaryan apse, akut veya kronik pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) sonrası komplikasyon olarak karşımıza çıkmaktadır. Dikkatli vajinal muayene ile pelvik kitle tespit edilebilir. (3). Tedavide ilk seçenek olarak antibiyoterapi kabul görse de, apse duvarından antibiyotik pasajının zor olması nedeni ile antibiyoterapinin başarı oranı % 70 olarak bildirilmektedir ve TOA nedeni ile antibiyoterapi uygulanan bir hasta grubunda olguların % 25’ine cerrahi işlem uygulanmıştır(4). Bu nedenle laparotomi yada laparoskopi ile apse yada apseyi de ihtiva eden adneksin çıkarılması tavsiye edilmektedir (5). Genç hastalar için ise öncelikli olarak fertilitate koruyucu cerrahi karşımıza çıkmaktadır(6). Bu çalışmamızdaki amacımız; kliniğimizde TOA nedeniyle ameliyat edilen hastaların retrospektif olarak klinik ve laboratuvar sonuçlarını değerlendirmek ve uygulanan tedavi yöntemleri ve sonrasında karşılaşılan komplikasyonları ele almaktır.

## GENEL BİLGİLER

### 2.1.Tanımlar

#### 2.1.1 Pelvik inflamatuvar hastalık (PİH)

PİH asemptomatik olabileceği gibi hafif ve ciddi klinik semptomlarla da seyredebilir. Bu hastalık genellikle üreme döneminde görülmektedir. Literatürde menopozdaki kadınlarda da görüldüğünden bahseden yayınlar bulunmaktadır(7).

##### 2.1.1.1 Epidemiyoloji ve Risk faktörleri

PID etiyolojisi net olarak gösterilemese de çeşitli risk faktörleri belirlenmiştir (Tablo 2). Rahim İçi Araç (RİA) ise ilk 20 gün PİH riskinde artışa neden olsa da 20 günden sonra PİH için risk artışına neden olmamaktadır. Bariyer yöntemlerle veya hormonal yöntemlerle korunanlarda ise PİH daha az görülmektedir (8,9). Bariyer yöntemlerle korunanlarda CYBH oranı düşük seyredeceği için PİH gelişiminde önemli etyolojik faktörlerden biri dışlanmış olmaktadır. Hormonal yöntemler servikal mukusu kalınlaştırarak, asendan yolla enfeksiyon bulaşını engellemektedir(10,11).

**Tablo 2: Pelvik İnflamatuvar Hastalık için risk faktörleri**

|  |
|--|
| 1. Vajinal duş   |
| 2. Çok sayıda cinsel eş  |
| 3. Düşük sosyo-ekonomik düzey  |
| 4. N. Gonore veya C. Trochomatis için pozitif endoservikal testler (mikrobiyolojik ve/veya serolojik olarak kanıtlanmış) |
| 5. Bekar olmak   |
| 6. Genç yaş (10 – 20 yaş arası)  |
| 7. Geçirilmiş pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü  |
| 8. Diğer cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü veya mevcudiyeti   |
| 9. Cinsel eşlerde üretrit öyküsü veya mevcudiyeti  |
| 10. Bariyer kontraseptifler kullanmamak  |

PİH etkenleri her zaman araştırma konusu olmuş olup bu konuyla ilgili kaynaklarda çok miktarda veri bulunmaktadır. Değişen çevre koşulları antibiyotik duyarlılığı sebebiyle bu verilerden güncel olanlarının daha çok dikkate alınması gerekmektedir . PİH etiolojisinde rol aldığı gösterilen patojenler Tablo 3 de gösterilmektedir (12).

**Tablo 3: Pelvik İnflamatuvar Hastalık etiolojisinde rol aldığı gösterilmiş patojenler**

|  |
|--|
| 1. Neisseria gonore  |
| 2. Chlamydia trachomatis   |
| 3. Diğerleri: Anaerob mikroorganizmalar (Bacteroides, Peptostreptococcus spp.),<br>Fakültatif anaerob mikroorganizmalar (Gardnerella vaginalis, Streptokoklar, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum) |

### 2.1.1.2 Patogenez :

Hastalığın gelişim mekanizması net bilinmese de 3 esas mekanizma üzerinde durulmaktadır (13).

**1.Trikomonas varlığı :** Motil trikomonaslar beraberinde götürdüğü enfeksiyonlar ile vajinadan tubalara asendan olarak ilerleyebilmektedir.

**2.Spermiler:** Mikoplazma, gonokok, toksoplazma ve sitomegalovirus gibi mikroorganizmalar spermle birlikte tubalara ulaşabilmektedir.

**3.Pasif transport:** Pasif transport mekanizması iyi bilinmemektedir. Uterin aktivite, bunun yanı sıra nefes alış verişte diyaframın hareketi ile periton boşluğunda oluşan negatif basınç burada rol oynayabilir. Vajinanın asit ortamı ve servikal mukus, mikroorganizmaların üst genital traktusa ulaşmasında en önemli engellerdir. Bakteriyel vajinosis başta olmak üzere gerek aerobik, gerekse anaerobik enfeksiyonlarda mikrobik artıkların, genital sistemin savunma mekanizmalarını bozarak patogenezde önemli rol oynadıkları bilinmektedir (14,15).

### 2.1.1.3. Tanı

PİH'da spesifik bir belirti ve bulgular olmadığı gibi en sık görülen şikayet karın ağrısıdır (16). Bunun yanında hastalar anormal uterin kanama, üriner sistem semptomları (dizüri, sık idrar, idrara çıkma hissi) ve enfeksiyonlara sıkça eşlik eden sistemik semptomlardan (ateş, terleme, bulantı-kusma...) şikayetçi olabilirler. Bu nedenle, PİH tanısı oldukça güç olabilmekte ve tanı-tedavide gecikmeler olabilmektedir. Bu nedenle PİH tanısı konulabilmesi için CDC (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından majör ve minör kriterler belirlenmiştir(17).

**Tablo 4: PIH Tanısında ‘Centers for Disease Control and Prevention’ Kriterleri**

---

**a) Major kriterler**

1. Başka kaynağı olmayan pelvik ağrı
2. Uterin hassasiyet
3. Adneksiyel hasasiyet
4. Servikal hareketlerde hassasiyet

**b) Minör kriterler**

1. Ateş >38,5 °C
  2. Anormal vajinal veya servikal mukopürülan akıntı
  3. Vajinal akıntının mikroskopik incelemesinde bol lökosit görülmesi
  4. Eritrosit sedimentasyon hızında artış (>15 mm/saat)
  5. C-reaktif protein artışı (> 5 mg/L)
  6. Vajen veya servikal kültürde *Streptococcus agalactiae*, *Escherichia.coli*, *Klebsiella*, *Neisseria. gonorrhoea* , *Clamidha.trachomatis*’ in birinin üretilmesi
- 

**2.1.1.4. Fizik Muayene:**

PİH tanısı koymak için öncelikle şüphelenmek gerekmektedir. Sadece ateş yüksekliği ve karında hafif hassasiyet gibi nonspesifik bulgularla karşımıza çıkabildiği gibi karında yaygın hassasiyet defans rebound pozitifliği gibi gürültülü bulgularla da karşımıza çıkabilmektedir. Hastaların %40’ında ateş yüksekliği gözlenmemiştir (18). Bu bulgulara vajinal ısı artışı, servikal hareketlerde hassasiyet, servikal rebound gibi kısmi spesifik bulgular da eşlik edebilir (19).

**2.1.1.5. Laboratuvar bulguları:**

PİH’da en temel laboratuvar bulgusu lökositozdur. Hastaların % 55’ de lökosit değerleri 12.000 U/L in üzerinde seyrederek.(17). PİH’ den bağımsız herhangi bir nedene bağlı yükselebileceği için spesifik bir belirteç değildir. Beraberinde C-reaktif protein, Eritrosit sedimentasyon hızı gibi diğer inflamasyon parametrelerine bakılarak tanı

netleştirilebilir. Hastaların % 85'inde yüksek sedimentasyon hızı; % 92'sinde ise yüksek CRP değerleri görülmektedir. CA 125 özellikle premenoposal hastalarda epitelyal kaynaklı over malignitelerinde yükselen bir tümör belirteci olmakla beraber periton irritasyonu yapan diğer durumlarda da yüksekliğine rastlanmaktadır. Aynı zamanda PİH'ların %33 ünde yükselmiş CA 125 değerleri saptanmaktadır (20).

#### **2.1.1.6. Servikal kültür:**

PİH temel olarak cinsel aktif kadınların hastalığı olduğu için, etyolojide *Chlamydia trachomatis* ve *Neisseria gonorrhoea*'nın etkili olduğu düşünülmekle beraber polimikrobiyel hastalık olduğu belirtilmektedir. 232 kadının dahil olduğu bir seride %33'ünde endoservikte *N. gonorrhoea* izole edilmiştir. Bu bağlamda servikal kültür alımı sırasında vajenle olan kontaminasyon da önemli olmaktadır. İmmünsüprese hastaların servikal kültürlerinde ise *Mycobacterium Tuberculosis* saptanmaktadır (21).

#### **2.1.1.7. Görüntüleme:**

PİH' da en iyi görüntüleme yöntemleri Ultrasonografi (USG) ve Bilgisayarlı Tomografidir (BT) dir. PİH tanısı klinik tanı olup görüntüleme ve histopatolojik tanı sadece genel tanıya yardımcı olabilmektedir.

##### **2.1.1.7.1 USG:**

Üst genital yolda yüksek kaliteli görüntü vermeye başladığından beri ilk görüntüleme basamağıdır. BT'den daha ucuz olması ise avantajlarıdır. Özellikle PİH'ın erken dönemine özgü bir USG bulgusu yoktur. İnflamasyonun ilerlemesiyle beraber adneksler tutulmuşsa tutulan taraf tuba göülebilir hale gelir. Eşlik eden serbest mayi olabilir.

##### **2.1.1.7.2. BT:**

BT' nin PİH tanısında klinik kullanımı kısıtlıdır. Nonspesifik bulgu olarak kirli omentum temel adneksiyel patolojilere eşlik edebilir.

#### **2.1.1.8. Endometrial Biyopsi**

Endometrium yüzeyinde polimorfonükleer lökositlerin bulunması akut veya kronik inflamatuvar sürecin bulgusu olabilir. Ancak PİH için patognomonik değildir.

Benzer şekilde myom uteri veya endometrial polip bulunan olguların yapılan endometrial biyopsilerinde de endometriumun plazma hücreleri tarafından infiltre edildiği gösterilmiştir. Bu nedenle endometrial biyopsinin tanı veya tedavi planı üzerinde etkisi bulunmamaktadır. (22).

### 2.1.2. Tedavi

Belirgin semptomları olmayan hastalarda dahi oluşabilecek komplikasyonları önlemek adına tedavi edilmelidir. PİH tedavisi ampirik antibiyoterapi ile başlar. Antibiyotik seçimi olası patojenleri kapsayacak şekilde olmalıdır. Bu güne kadar yapılan metaanalizler sayesinde hastaların % 60-90 ına etkili antibiyotik rejimleri belirlenmiştir (23,24). Günümüzde PİH tedavisi ayaktan hasta şeklinde yürütülmeye çalışılmaktadır. Hastaların sadece %15'i hastaneye yatarak tedavi almıştır. Ayaktan tedavi seçenekleri tablo 5 da verilmiştir.

#### Tablo 5 ayaktan PİH tedavisi

- 1.Seftriakson (250 mg intramusküler tek doz) ve Doksisisiklin (100 mg oral 14 gün boyunca günde 2 defa)
- 2.Sefoksitin (2 g intramusküler tek doz) ya da Probenesid (1 g oral tek doz) ve doksisisiklin (100 mg oral ile birlikte.14 gün boyunca günde 2 defa) birlikte.
- 3.Diğer parenteral üçüncü kuşak sefalosporin, (1 gr intramusküler tek doz) vey a seftizoksim (1 gram intramusküler tek doz) ve Doksisisiklin (100 mg oral 14 gün boyunca günde 2 defa) birlikte.

Alternatif ajan olarak yarı ömrü uzun olan azitromisin kullanılabilir. Haftada 1 kere intramusküler 2 hafta boyunca kullanımı 100 mg doksisisiklinin oral günde iki doz 2 hafta boyunca kullanımıyla eşit başarıya sahiptir (25). Penisilin alerjisi olan hastalarda ise klindamisin ve gentamisin kullanılabilir.

Hastalıktan 60 gün önce cinsel ilişki öyküsü var ise tekrar enfeksiyonu engellemek için cinsel eş tedavisi önerilir. Seftriakson (250 mg) İM ile Azitromisin (1 gram) oral, tek doz ya da doksisisiklin (100 mg) günde iki defa, oral yolla 1 hafta

boyunca kullanılması önerilir.

**Tablo 6: PIH olgularının hastaneye yatırılma endikasyonları**

1. Kesin tanının konulamaması
2. Apse şüphesi
3. Gebelik mevcudiyeti
4. Oral tedaviye cevap vermeyen ağır olgular
5. Oral tedaviyi uygulayamayacak hastalar (özellikle ergenlik dönemindekiler)
6. Peritonit bulguları saptanan vakalar
7. Bulantı, kusma, yüksek ateş
8. Tubo-ovaryan Apse

.İlaç seçimi ve dozundaki farklılıklar Tablo 7’de gösterilmiştir.

**Tablo 7: Yatan hasta antibiyoterapi seçim ve dozları**

- 1.Sefoksitin (2 gr IV 6 saatde bir) veya Sefotetan (2 g IV 12 saatde bir) doksisiklin (100 mg oral 12 saatde bir).
- 2.Klindamisin (900 mg intravenöz 8 saatde bir) ve gentamisin yükleme dozu (2 mg/kg ) takip eden dönemde 8 saatde bir (1.5 mg/kg) birlikte.
- 3.Azitromisin (500 mg IV günlük 2 gün) devamında 250 mg oral olarak günlük 5 gün

### 2.1.3. Ayırıcı tanı

PİH tanısı için özgün bir tanı yöntemi olmadığı gibi anatomik komşuluk nedeni ile gastrointestinal sistem (GİS) veya üriner istem (GÜS) hastalıkları (infeksiyöz veya non-infeksiyöz) PİH’I taklit edebilir. Ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması gereken



hastalıklar ise Tablo 8’da sunulmuştur.

**Tablo 8 PİH’in ayırıcı tanısındaki hastalıklar**

- 1.Üreme sistemi: ovaryan kitle, rüptüre ovaryan kist, ovaryan torsiyon, dejenere uterin fibroid, dismenore, ektopik gebelik, septik abortus
- 2.GİS: apendisit, AGE (akut gasroenterit), inflamatuvar barsak, irrite barsak, divertikülit, kabızlık, kolesistit
- 3.Üriner sistem: sistit, piyelonefrit, nefrolityazis, üretrit

Antibiyoterapiye rağmen hastaların yaklaşık % 10 – 40’ında yanıt alınamamakta ve bu hastalarda morbidite ve mortaliteyi arttıracak çeşitli komplikasyonlar gelişebilmektedir.

#### **2.1.4. PİH’a Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar**

Tedavi gecikmesi ve yetersiz olması durumunda istenmeyen PİH komplikasyonları gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. PİH’e bağlı gelişen komplikasyonlar tablo 9 da sunulmuştur.

**Tablo 9 PİH komplikasyonları**

- 1.Kr.pelvik ağrı, dismenore
- 2.İnfertilite
- 3.Fitz-Hugh-Curtis sendromu
- 4.Tuboovaryen apse

Ayrıca PIH'li kadınların % 1-30'da Fitz Hugh Curtis sendromu görülebilmektedir. Pelviste enfeksiyon karaciğer kapsülüne ulaşarak abdominal ön duvara yerleşip adezyon ve inflamasyona neden olur (12).Tipik bulgusu karın sağ üst kadran ve omuz ağrısıdır. Akut PIH bulguları olmadan perihepatit de kendini gösterebilir. En sık etkenler C. trachomatis ve N. gonore'dir. Laparoskopide karaciğer kapsülü üzerinde pürülan eksudat görülmesi tanı koydurucudur. Tedavisi PIH tedavisiyle aynıdır.

PİH ciddi komplikasyonlarından biri olan TOA, PIH tanısı konulan olguların % 15'inde yatırılarak tedavi edilen olguların ise %33'nde görülmektedir(16).

## **2.2. Tuboovaryen Apse (TOA)**

Pelviste enfeksiyon minimal pelvik adezyonlardan bilateral adneksiyal kitlelere kadar geniş bir yelpazede değişikliklere sebep olan inflamatuvar yapılardır. Fallop tüpünde enfeksiyon ilerler ve tüpün fimbriyası tutulursa piyosalpenks oluşur. Bu yapıya over de eşlik edebilirse bu klinik tablo da TOA olarak adlandırılır. Bazen apse rüptüre olup batına yayılabilir; bu tablo ise pelviperitonit olarak adlandırılır (26).

### **2.2.1. Epidemiyoloji ve risk faktörleri**

TOA'ların tamamı PİH ile ilgili olmasa da yukarıda da bahsettiğimiz üzere hastaneye başvuran PİH' lı hastaların %33 de TOA tespit edilmektedir (27-29). Tuboovaryen apse için belirlenen risk faktörleri Tablo 10'da sunulmuştur (30).

**Tablo 10: Tubaoveryan Abse İçin Risk Faktörleri**

- 
1. 15-25 yaş arası
  2. Geçirilmiş intrauterin cerrahi
  3. RİA kullanımı
  4. Birden fazla cinsel eş varlığı
  5. Geçirilmiş pelvik taban cerrahisi
  6. İntraabdominal operasyonlar
  7. İmmüsupresyon (31,32)
  8. IVF (In Vitro Fertilization ) tedavisi
- 

### **2.2.2.Patogenez**

TOA'ların temel gelişim mekanizması alt genital sistem kaynaklı patojenlerin üst genital organları infekte etmesi olsa da, enfeksiyon komşuluk yolu ile veya Mycobakterium'larda olduğu gibi hematogen yolla da olabilmektedir. Gelişim mekanizması net olarak bilinmese de genellikle üst genital yol, bağırsak ve apendiksin enfeksiyonuna bağlı geliştiği bilinmektedir. Alt genital sistem kaynaklı vakalarda ise ya seksüel geçişli patojenler ya da endojen flora sorumludur. Asenden enfeksiyonlar, fallop tüpte endotel hasarına yol açıp, tubalarda ödeme sebebiyet verir (28,29,30).

TOA genellikle polimikrobialdir. Genelde PİH'dakilere benzer bakteriler izole edilir. Cl.Trachomatis ve N.Gonore'nin etyolojide yer alan başlıca mikroorganizmalar olduğu düşünülmektedir. Ancak abse kültürlerinde Bacteroides Fragilis, Prevotella, Escherichia Coli, Aerop Streptokok ve Peptostreptokoklar gibi anaeroplarda genellikle izole edilmektedir (27). TOA ve bakteriyel vajinozis arasında bir bağ gösterilememiştir (28).

### **2.2.3.Klinik**

TOA'lı kadınların klinik yansıması farklılık gösterebilir. Alt kadran ağrısı, ateş, vajinal akıntı, titreme başlıca belirti ve bulgular olsa da, üst kadran ağrısı, barsak alışkanlığı değişikliği gibi nonspesifik bulgularla da karşımıza gelebilirler. Yüz yetmiş beş hastanın dahil edildiği çalışmada ateş yüksekliğinin olguların %40'ında, atipik karın

ağrısının ise olguların %25'inde bulunduğu gösterilmiştir(27).

Anamnez ve pelvik muayeneyi takiben istenecek laboratuvar parametreleri ise; tam kan testi, eritrosit sedimentasyon hızı, C- reaktif protein (CRP) ve gebelik testidir. TOA' nın detaylı incelenmesi için ise görüntüleme yöntemlerine başvurulur. USG, genital sistem değerlendirilmesinde ilk basamaktır. Bilgisayarlı Tomografiden daha ucuz olması, eşzamanlı görüntüleme altında şüphelenilen yerden örnek alınmasına izin vermesi bu yöntemin üstünlükleridir. Ancak kalitesinin incelemeyi yapan kişiye büyük ölçüde bağımlı olması ve çoğu zaman ikinci hekimin fikrinin alınmaması olumsuz taraflarındandır. USG'de TOA'nın en sık bulgusu ise kompleks kitle görünümüdür (27).

BT; GİS'e ait hastalıklardan (apendisit flegmon, barsak kaynaklı apse vs) şüphelendiğimiz hastalarda başvurmamız gereken bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürde BT 'nin USG' ye göre yüksek bir sensitiviteye sahip olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Ama bu yüksek sensitiviteyi ortaya çıkarmak için çoğu zaman kontrast madde kullanımı gerekmektedir ki bu da bazı özel durumlarda (çeşitli böbrek klirensini düşüren hastalıklar, kontrast madde allerjisi vs.) mümkün olmamaktadır(18, 33, 34). Hem USG hem BT'de kalın cidarlı adneksiyel kitle, kalınlaşmış tubalar batında serbest mayi görüntüsü TOA düşündürecek bulgulardır.

#### **2.2.4 Ayırıcı Tanı**

Ovaryan kitle, torsiyon, myom, ektopik gebelik, apendisit, divertikülit, kolesistit, kabızlık, pyelonefrit, nefrolitiazis ayırıcı tanıda aklımıza gelmesi gereken diğer klinik tablolarıdır.

#### **2.2.5 Tedavi**

TOA olgularının başlıca tedavi yolu antibiyoterapidir ve araştırmalarda antibiyoterapiye yanıt % 60 – 90 oranında bildirilmektedir. Ancak antibiyoterapiye yanıtı olmayan olgular için tek tedavi şansı apsenin USG veya BT klavuzluğunda boşaltılması veya laparoskopik veya laparatomik eksizyonudur (28).

TOA'nın antibiyoterapisi PİH için önerilen tedavi ile benzer olup tüm olguların

yatırılarak, sistemik yolla tedavi edilmesi önerilmektedir. CDC tarafından TOA olguları için önerilen antibiyoterapi ise Tablo 12’ de sunulmuştur. Rüptür belirtisi olmayan, 9 cm’ den küçük apseler, premenopozal hastalarda sadece antibiyoterapi yeterli olmaktadır (35,36). Genelde polimikrobiyel olduğundan dolayı tekli antibiyotik tedavisi mümkün olmamakta, ikili ve üçlü tedavi parenteral olarak ve hastane koşullarında uygulanmaktadır (37).

**Tablo 11: TOA olgularında önerilen antibiyoterapi**

- 
1. Her 12 saatte bir Sefotetan 2g iv yada her 6 saatte bir Sefoksitin 2 gr İV ek olarak Doksisiklin 100 mg oral yada her 12 saatte bir İV
  2. Her 8 saatte bir Klindamisin 900 mg İV ve Gentamisin 2mg /kg yükleme dozunu takiben her 8 saatte bir 1.5 mg /kg idame dozu. Her gün günlük tek doz 3 ile 5 mg /kg yerine kullanılabilir.
- 

Medikal tedavide önemli noktalardan biri de antibiyoterapiye ne kadar devam edileceğidir. CDC tarafından 14 gün bekleme süresi önerilse de tedavinin 3. gününde antibiyoterpi ile TOA’ye klinik ve laboratuvar tetkikleri açısından olumlu yanıt alınması beklenmektedir. Tedavi sırasında yeni başlayan ateş, batın muayenesinde defans veya rebondın sebat etmesi, sepsis belirti ve bulgularının görülmesi (hipotansiyon, taşikardi, takipne...) veya görüntüleme yöntemlerinde apse çapının artması, antibiyoterapinin TOA tedavisinde yetersizliği açısından uyarıcı olmalıdır. Benzer şekilde 3 günlük sistemik antibiyoterapiye klinik ve/veya laboratuvar bulgularında düzelme olmayan olgularda da başarı şansı endişe verici olarak azalmakta ve bu olgularda drenaj veya cerrahi ile apsenin çıkarılması gerekmektedir. Bu iki invaziv işlemi karşılaştıran literatürde çalışma bulunmasa da drenaj yapılan olgularda %70 - 100 oranında başarı bildiren çalışmalar bulunmaktadır(38,39). Drenaj işlemin başarısını etkileyen faktörler ise apsenin boyutu, uniloküle-multiloküle olması ve drenaj yapan hekimin deneyimi olarak bildirilmektedir.

Antibiyoterapiye yanıt alınamayan, sepsis gelişen, drenaj yöntemleri için uygun aday olmayan veya drenaj ile yanıt alınamayan olgularda cerrahi ile apse odağının çıkarılması gerekmektedir. Cerrahi yaklaşımda L/T veya L/S yol tercih edilebilse de apsenin rüptüre olduğundan şüphelenilen olgularda L/T yapılması önerilmektedir. Cerrahi uygulanacak olgularda olası komşu organ yaralanmaları riski artabileceğinden

cerrahi öncesi tüm olgulara uygun barsak temizliği yapılması önerilmektedir. İntraoperatif ise antibiyotik duyarlılığı açısından mutlaka apse içeriğinde kültür çalışılması önerilmekte ve eksize edilen dokularda olası ko-morbidite nedeni ile patolojik incelemeye gönderilmesi gerekmektedir. Geçmişte radikal cerrahi önerilse de (total abdominal histerektomi ile bilateral salpingo-ooferektomi), güncel cerrahi yaklaşım sadece apse ile apse duvarlarının eksizyonu ile organ koruyucu cerrahi yaklaşımın uygulanması şeklindedir(27, 40, 41).

### **3. AMAÇ**

Bu çalışmanın amacı Tuboovaryen abse (TOA)'de ülkemizdeki demografik, laboratuvar verilerin, tedavi modaliteleri, ve tedavi sonrası komplikasyonların yurtdışı kaynaklı diğer çalışmalarla benzerlik ve farklılıklarını belirlemek ve bu sonuçların altında yatan sebepleri araştırmaktır.

### **4.GEREÇ VE YÖNTEM**

Hastanemiz Yerel Etik Kurul onayı alındıktan sonra (Referans No: 26379996 / 255) Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2005 – 2016 yılları arasında TOA endikasyonu ile cerrahi tedavi uygulanan (laparokopi veya laparotomi) toplam 136 olgu retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Çalışmamız retrospektif bir çalışma olduğundan hastalardan onam alınmadı. Hastaların başvuru anı ve takip süreçlerindeki anamnez bilgilerine, demografik özelliklerine, fizik muayene sonuçlarına, laboratuvar değerlerine ve görüntüme yöntemlerinin raporlarına klinik içi hasta takip yönetimi ve hastane bilgisayarlı bilgi sisteminden ulaşıldı.

İstatistiksel değerlendirme SPSS versiyon 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) programı kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogorov – Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan verilerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama  $\pm$  standart sapma (en düşük – en yüksek); normal dağılıma uymayan verilerin tanımlayıcı istatistikleri ise ortanca (çeyreklikler arası aralık - IQR) (en düşük – en yüksek) şeklinde sunuldu. Verilerin parametrik veya non-parametrik dağılım göstermelerine göre grupların karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem T Test

veya Mann-Whitney U Test kullanıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Testi kullanıldı. Tüm testlerde  $p < 0,05$  istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

## 5.BULGULAR

Tüm olguların yaş ortalaması  $40.7 \pm 8.6$  (18-65) iken, gravida ve parite ortancaları ise sırasıyla 3 (2) (0-9) ve 2 (1) (0-6)'dü. Olguların % 16,9'u (n=23) menopozdayken, % 83,1'i ise (n=113) üreme çağındaydı. Elli üç (% 39) olgu rahim içi araç (RİA) ile korunuyordu. RİA ile korunan olguların son RİA yerleştirildikten sonra ortalama korunma süreleri ise  $9 \pm 3.9$  (1-23) yıldır. Ayrıca olguların % 52,9'u (n= 64) sigara kullanmaktaydı. Tüm olguların Vücut Kitle İndeksi'nin (VKİ) ortanca değeri ise 26 (6) (16-37)  $\text{kg/m}^2$ 'ydi. Yirmi (% 14,7) olguda ek hastalık mevcutken, 52 (% 38,2) olguda geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü mevcuttu. Hipertansiyon ve/veya Diyabetes Mellitus en sık görülen ek sistemik hastalıklarken (n= 15, % 11), sezaryen doğum en sık geçirilmiş pelvik cerrahi nedeniydi (n=31, % 23,5). Olguların ek hastalıkları ve geçirilmiş pelvik cerrahi tipleri ise Grafik 1 ve 2 de sunulmuştur.

Olguların ilk başvuru anında oral yalla bakılan vücut ısılarının ortanca değerleri  $37,2$  (0,9) (35-39)  $^{\circ}\text{C}$ 'ydi. Beyaz küre (BK), hemoglobin (Hg), C-reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) değerleri ise sırasıyla; 14694 ( $\pm 5882$ ) (4400-37000) IU/L, 10,4 ( $\pm 1,2$ ) (7,9-14,6) gr/dl, 101,5 ( $\pm 166,7$ ) (3-326) mg/L, 80,1 ( $\pm 44,7$ ) (11-215) mm/sa'di. Otuz iki olgunun (23,5 %) serum Hb değeri ise 10 gr/dl'nin altındaydı. Yüz otuz dört olgudan bakılan serum CA-125 değerinin ortanca değeri ise 30,5 (53) (8 - 714) IU/mL'ydi. Hastaların tümüne yatış anında trans-abdominal veya trans-vajinal ultrasonografi (TA-USG veya TV-USG) yapılmıştı. USG sonuçları değerlendirildiğinde ise çapının ortanca değeri 6 (2) (3-14) cm olarak hesaplandı.

Operasyona alınan 136 olgunun 26'sına (% 19,2) laparoskopik cerrahi uygulanırken, 110 tanesine (% 80,8) laparatomik yolla cerrahi uygulanmıştı. Serum Hb değeri 10 gr/dl'nin altında olan 32 olguya (% 23,5) preoperatif dönemde serum Hb değerini 10 gr/dl'nin üzerine çıkaracak şekilde eritrosit süspansiyonu (ES) verilmişti ve preoperatif tüm olguların ortalama Hb değeri  $11,4 (\pm 1,5)$  (10,1 – 14,6) gr/dl'di. Olgulara

seçilen cerrahi yaklaşıma göre uygulanan cerrahi tipleri ise akış şemasında sunulmuştur (Şekil 1).

Tüm olguların toplam cerrahi süresi ise (anestezi başlangıcından operasyon bitimine kadar geçen süre) ortalama 85 (60) (30-300) dakika (dk)'ydi. Tüm olgulardan intraoperatif apse kültürü gönderilmişti, ancak 123 vakada (% 90,4) patojen izole edilememişti. Kültürde izole edilebilen patojenler ise sırasıyla *Escherichia Coli* (n=5, % 3,7), *Staphylococcus Aureus* (n=3, % 2,2), *Candida Spp.* (n=2, % 1,5), *Streptococcus Pneumoniae* (n=1, % 0,7), *Klebsiella Pneumoniae* (n=1, % 0,7) ve *Actinomyces Israelii* (n=1, % 0,7)'di. Olguların patoloji sonuçları incelendiğinde ise 107 (% 78,6) olguda sadece "apse formasyonu" izlenirken, kalan 29 (% 21,4) olguda ek patolojik tanı elde edilmişti. Ek patolojik tanıları içinde ise apse formasyonuna en sık eşlik eden patolojik tanı ise % 18,4 (n=25) ile "Endometriozis"di.

Hastaların klinik ve laboratuvar bulgularına göre tam iyileşme kabul edildikten sonra taburcu olma süresi ise 5 (4) (2-31) gündü. Tüm olguların preoperatif – postoperatif Hg farkı ise 1,5 (0,9) (0,5-4,1) gr/dl'ydı. Postoperatif dönemde 120 olgu (% 88,2) sorunsuz olarak iyileşirken; 8 olguda (% 5,9) ileus, 3 olguda (% 2,2) yara yeri enfeksiyonu, 3 olguda (% 2,2) pnömoni, 1 olguda (% 0,7) mezenterik emboli ve 1 olguda (% 0,7) apse tekrarı gelişmişti. Ayrıca 9 (% 6,6) olguya bu komplikasyonlar nedeni ile tekrar cerrahiye alınmıştı.

Laparoskopik ve laparotomik olarak tedavi edilen olgular karşılaştırıldığında ise, olguların yaş, gravida, parite, RİA mevcudiyeti, VKİ ( $\text{kg/m}^2$ ), tanı anında bakılan oral vücut ısı değerleri ( $^{\circ}\text{C}$ ) ile Hg, ESH, CA-125 değerleri ve USG ile tespit edilen apse çapları arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p>0.05$ ). Benzer şekilde geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsünün veya ek hastalıkların bulunup bulunmaması da gruplar arasında anlamlı olarak farklı değildi ( $p>0.05$ ). Ancak menopozda olan olgu sayısı, serum CRP değeri, operasyon süresi, pre-operatif – post-operatif Hg farkı ve post-operatif hastanede kalış süresi laparotomi uygulanan olgularda anlamlı olarak daha yüksekti ( $p<0.05$ ). Post-operatif dönemde gelişen komplikasyon oranı ve re-operasyon gerekliliği laparotomi uygulanan olgularda daha yüksekken (sırasıyla % 15,4'e % 10,9; % 15,4'e % 4,5); bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla  $p= 0.09$  ve  $p=0.06$ ) (Tablo 12).



**Tablo 12: Laparoskopi veya Laparotomi Uygulanan Olguların Demografik, Laboratuvar ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

| <b>Özellik</b>                          | <b>Laparoskopi Uygulanan Olgular (n=26, 19.2%)</b> | <b>Laparotomi Uygulanan Olgular (n=110, 80.8%)</b> | <b>p&lt;0,05</b><br>istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi. |
|---|--|--|---|
| <b>Yaş</b>                              | 39.8 (±7.2) (22-55)                                | 40.9 (±8.9) (18-65)                                | 0.56  |
| <b>Gravida</b>                          | 3.5 (2.25) (0-7)                                   | 3 (2) (0-9)  | 0.57  |
| <b>Parite</b>                           | 2 (1.25) (0-6)                                     | 2 (1) (0-6)  | 0.48  |
| <b>VKİ (kg/m<sup>2</sup>)</b>           | 25.5 (4.25) (16.2-36)                              | 26 (6) (18-37)                                     | 0.95  |
| <b>RİA mevcudiyeti</b>                  | <i>Evet:</i> 15 (11%)                              | <i>Evet:</i> 38 (27.9%)                            | 0.06  |
|   | <i>Hayır:</i> 11 (8.1%)                            | <i>Hayır:</i> 72 (52.9%)                           |   |
| <b>Menapoz durumu</b>                   | <i>Evet:</i> 3 (2.2%)                              | <i>Evet:</i> 20 (14.7%)                            | 0.41  |
|   | <i>Hayır:</i> 23 (16.9%)                           | <i>Hayır:</i> 90 (66.2%)                           |   |
| <b>Geçirilmiş pelvik cerrahi öyküsü</b> | <i>Evet:</i> 8 (5.9%)                              | <i>Evet:</i> 44 (32.4%)                            | 0.38  |
|   | <i>Hayır:</i> 18 (13.2%)                           | <i>Hayır:</i> 66 (48.5%)                           |   |
| <b>Preoperatif Hg Değeri (gr/dl)</b>    | 11.6 (±1.2) (10.1-13.6)                            | 11.3 (±1.3) (10.1-14.6)                            | 0.33  |
| <b>Beyaz Küre (Ku/L)</b>                | 15709 (±5606) (6700-29900)                         | 14454 (±5944) (4400-37000)                         | 0.33  |

|   |                           |                             |              |
|---|---------------------------|-----------------------------|--------------|
| <b>CRP (mg/L)</b>                                     | 149 ( $\pm$ 91) (3.4-326) | 95.7 ( $\pm$ 82.1) (3-311)  | <b>0.005</b> |
| <b>ESH (mm/sa)</b>                                    | 76.6 ( $\pm$ 51) (17-215) | 80.8 ( $\pm$ 43.4) (11-204) | 0.68         |
| <b>CA 125 (Ku/L)</b>                                  | 15 (90) (8-543)           | 32 (52) (10-714)            | 0.43         |
| <b>Vücut Isısı (<math>^{\circ}</math>C)</b>           | 37.35 (1.05) (36-38.5)    | 37.2 (0.9) (35-39)          | 0.5          |
| <b>çapı (cm)</b>                                      | 6.5 (4) (3-10)            | 6 (2) (3-14)                | 0.74         |
| <b>Operasyon Süresi (dk)</b>                          | 57.5 (26.25) (30-100)     | 90 (50) (45-300)            | <b>0.001</b> |
| <b>Preoperatif-<br/>Postoperatif Hg Farkı (gr/dl)</b> | 1.1 (0.53) (0.5-1.9)      | 1.6 (1.03) (0.5-1.9)        | <b>0.001</b> |
| <b>Postoperatif Hastanede Kalış Süresi (gün)</b>      | 5 (4) (2-20)              | 5 (4) (3-31)                | <b>0.02</b>  |
| <b>Re-operasyon gerekliliği</b>                       | <i>Evet:</i> 4 (2.9%)     | <i>Evet:</i> 5 (3.7%)       | 0.06         |

*Hayır:* 22 (16.2%)

*Hayır:* 105 (77.2%)

**Komplikasyon**

*Evet:* 4 (2.9%)

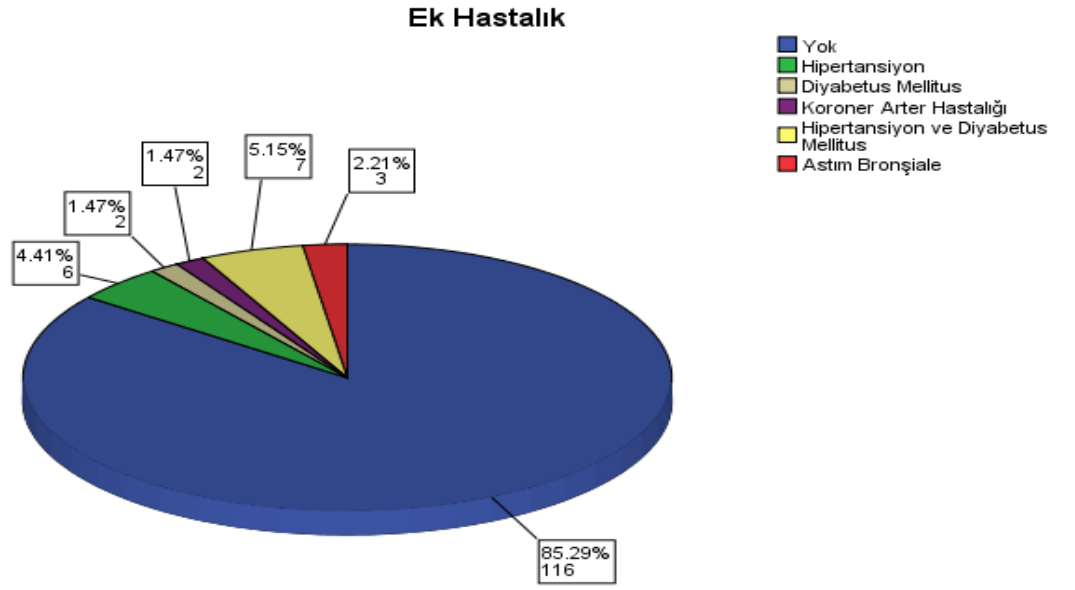
*Evet:* 12 (8.8%)

0.5

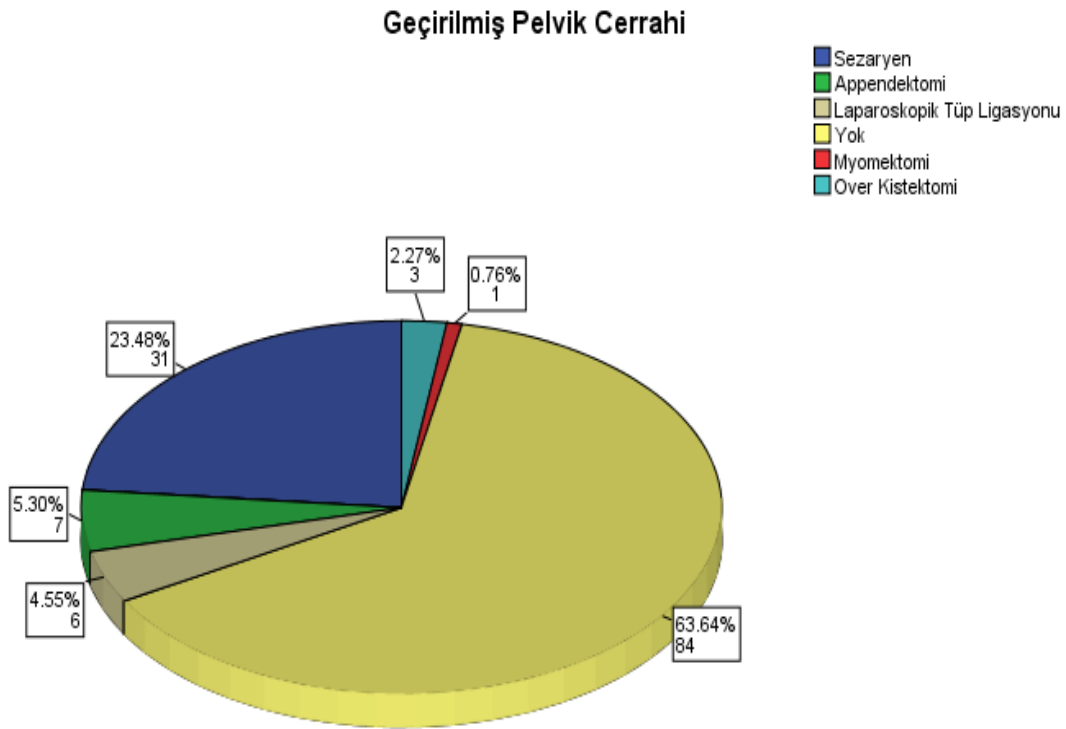
*Hayır:* 22 (16.2%)

*Hayır:* 98 (72.1%)

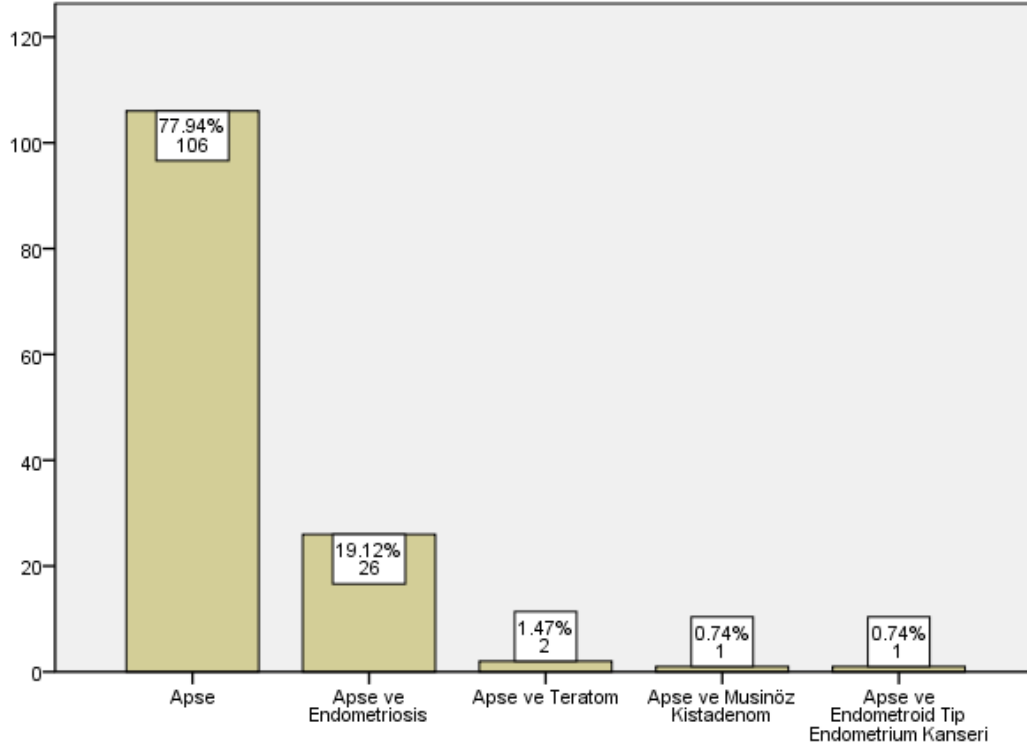
**Grafik 1: Tubo-ovaryen apse endikasyonu ile cerrahi uygulanan hastalarda görülen ek medikal hastalık tipleri ve dağılımı**



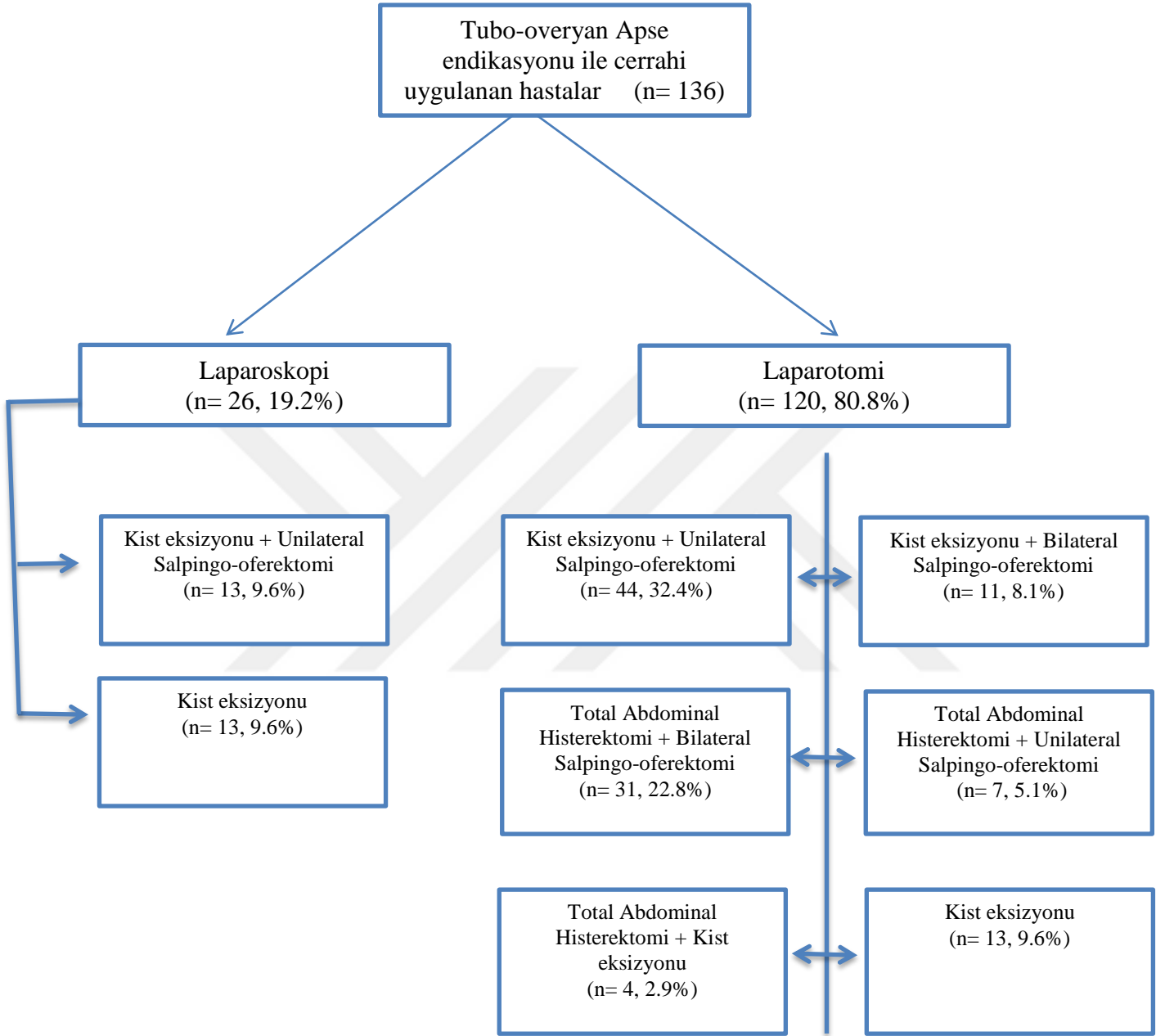
**Grafik 2: Tubo-ovaryen apse endikasyonu ile cerrahi uygulanan hastalarda geçirilmiş pelvik cerrahi tipleri ve dağılımı**



**Grafik 3: Tubo-ovaryen Apse Endikasyonu İle Opere Edilen Hastaların (n= 136) Patoloji Sonuçları**



**Şekil 1. Laparoskopik veya laparotomik yolla uygulanan cerrahi yaklaşımlar (n= 136)**



## 6.TARTIŞMA

TOA ile ilgili araştırmalardaki çalışmalar incelendiğinde hastalığın her yaş grubundaki kadınlarda görülebirse de, çoğunlukla reproduktif dönemdeki kadınlarda geliştiği görülmektedir. Farklı çalışmalarda olguların ortalama yaş aralığı ise 35 - 45 yaş arası olarak belirtilmektedir (42-46). Çalışmamızda TOA gelişen olgular 18 – 65 yaş aralığındaki kadınlardan oluşsa da, olguların ortama yaş değeri  $40.7 \pm 8.6$  olup literatür ile uyumlu bulunmuştur. TOA'nın özellikle üreme çağının ileri dönemlerindeki çağdaki kadınlarda gelişmesi ile ilgili elde kesin bir kanıt bulunmasa da, artan yaş ile hem enfeksiyöz ajanlara maruziyet hem de bu enfeksiyonların oluşturduğu kronik inflamasyon sorumlu olabilir. Benzer şekilde TOA ile parite arasındaki ilişki net olarak bilinmese de, artan parite ile riskin arttığı belirtilmektedir(43-46). Bu artıştan ise artan parite ile gelişen servikal hasarlanma ve dilatasyon suçlanmaktadır (44).

Araştırmalardaki çalışmalarda ortalama yaşın bizim sonuçlarımızla uyumlu olarak 35 - 45 yaş aralığındaki kadınlarda geliştiği görülmektedir (42-46). Kendi olgu serimizde de olguların yaş ortalaması  $40.7 \pm 8.6$  (18-65) yaş olup, olguların % 81.6'sını 35 yaş ve üzeri kadınlar oluştırmaktaydı. Benzer şekilde olgularımızın % 16.9'u postmenopozal kadınlar tarafından oluştırılmaktaydı ve bu oran da literatür ile uyumluydu (43,45.)

TOA çoğunlukla üreme çağındaki kadınlarda görölse de, postmenapozal kadınlarda da görülebilmektedir. Araştırmalarda alışma gruplarına göre farklılık gösterse de olguların %14-18'nin postmenopozal olgularda görüldüğu bildirilmektedir. Bu durum postmanopozal olguların görece olarak daha az cinsel aktif olmasına bağlanmıştır(43,45). Bizim alışmamızda ise postmenopozal olguların oranı tıbbi araştırmalardan yüksek bulunsa da (%16.9), biz bu durumun rastlantısal olabileceğini düşünmekteyiz.

TOA tanısı alan hastalarda RIA kullanım ilişkisine bakıldığında ise TOA gelişen olguların %35-45'inin RIA ile korunduğu görülmektedir ( 42,46). Çalışma grubumuzda RIA kullanım sıklığı % 39 saptanmış, son RIA yerleştirildikten sonra ortalama korunma süresi ise  $9 \pm 3.9$  (1-23) yıl olarak bulunmuştur. Araştırmalarda da RIA ile korunmanın PIH veya TOA gelişimi açısından risk yaratıp yaratmadığı gösterilememişse de artan RIA kullanım süresi risk artışı ile ilişkili olabilir.

TOA'lı hastalarda DM'un sık olarak eşlik ettiği görüldü. Tuboovaryan apsenin DM ile ilişkisine bakıldığında; literatürde hastaların % 8'inde DM olduğu bildirmektedirler (46) Bizim çalışmada da literatür ile benzer olarak hipertansiyon ve/veya Diyabetes Mellitus en sık görülen ek sistemik hastalık olarak % 11 oranında tespit edilmiştir (n= 15).

Bazı çalışmalarda geçirilmiş pelvik cerrahi, intrauterin girişimler ve diğer abdominal organ yaralanma öyküsü ile TOA ilişkilendirilmiş olup (49) yurtiçi bir çalışmada olguların %33,3'ünde son 6 ay içinde geçirilmiş cerrahi veya intrauterin girişim öyküsü olduğu bildirilmiştir(42). Bizim çalışmamızda çarpıcı olarak bu oran % 61.7 olarak tespit edilmiştir. Bu oranın yüksek olması; kliniğimizin 3. basamak bir hastane olması ve çok sayıda başka hastanelerden sevk almasına bağlı olabilir. Ayrıca hastaların tıbbi geçmişlerindeki geçirmiş oldukları cerrahi girişimlerin hepsinin istatistiksel olarak değerlendirilmesine de bağlanabilir.

Vücut sıcaklığı TOA için spesifik bir bulgu olmadığından hastalığın değerlendirilmesinde önemi tartışmalıdır(42,44,45). TOA'lı hastaların ortalama vücut sıcaklıkları 37 – 38 C olarak ölçülmüştür (50). Bizim çalışmamızda da hastaların ortalama ateş değerleri başka çalışmalarla benzer olarak 37,2 °C'olarak tespit edilmiştir. TOA kliniğinde sistemik vücut sıcaklığının yanı sıra vajinal muayene ile saptanan lokal ısı artışı tanıyı desteklemesi açısından önemli bir bulgudur.

PIH tanısında CRP, sedimentasyon, lökosit ve nötrofil sayısı gibi nonspesifik belirteçler de kullanılmaktadır. PIH tanısının daha erken dönemde konulabilmesi için daha spesifik yeni belirteçler aranmaktadır. Çalışmada artmış plazma lökosit, sedimentasyon ve CRP sırasıyla %57, %70 ve %71 olarak bulunmuş ve bu testlerden hiçbirinin TOA için spesifik olmadığı bildirilmiştir (36). Lökositoz tanısı için >12.000 İU/L sınırı alındığında, çalışmalarda lökositoz sıklığı % 60 - 70 saptanmaktadır (45). Ancak bizim çalışmamızda ise lökosit ortanca değeri 14.694 (±5882) olarak görülmüş olup, literatürdeki çalışmalar ile karşılaştırıldığında daha düşük olduğu görülmüştür. Olguların tanı konulmasını takiben antibiyoterapi ile enfeksiyon bulgularının baskılanması bu duruma gerekçe olarak gösterilebilir. Ayrıca çalışmamızda hemoglobin (Hg) ortanca değeri 10,4 gr/dl, serum CA-125 değerinin ortanca değeri ise 30,5 (53) (8 - 714) kU/L olarak bulundu. Kaynaklardaki araştırmalarda özellikle Hg değerini ele alan çalışmaya rastlanmamaktadır. Bizim çalışmamızda L/S ve L/T uygulanan hastalar arasındaki hemoglobin farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Fakat PİH ların % 33 de CA 125 yüksekliği olmaktadır (20).



Yapılan çalışmalarda CRP' nin, TOA tanısı için sensitivitesi %71 olarak bulunmuştur ( 51.) Hastaların CRP değerleri, her çalışmanın temel aldığı referans aralıklarına göre değerlendirilmekle birlikte, çalışmalarda hastaların % 70- 80 de CRP yüksekliği saptanmakta ve çalışma sonuçlarımızda mevcut diğer çalışmaları destekler niteliktedir. Enfeksiyöz tabloya daha spesifik bir belirteç olan ESR TOA'lı hastalarda çalışmamıza benzer olarak % 80- 90 oranında yüksek bulunmaktadır (42,46).

Tubeovaryan apseli hastalarda, görüntüleme yöntemleri ile tespit edilen ortalama tubeovaryen apse çapı 6-7 cm olarak bildirilmiştir (42,44,46). Bizim çalışmamızda hastaların tümüne yatış anında trans-abdominal veya trans-vajinal ultrasonografi (TA-USG veya TV-USG) yapılmıştır. USG sonuçları değerlendirildiğinde ise abse çapının ortanca değeri 6 cm olup, çalışmalarla benzerlik gösterdiği göstermektedir.

Mevcut çalışmalarda, cerrahiye alınan hasta oranı, apse boyutu ve her iki tuba-overin tutulma yüzdesi ile doğru orantılı olarak artmaktadır. Çalışma grubumuz TOA endikasyonu ile cerrahi tedavi uygulanan hasta grubunu içerdiğinden bu anlamda bir karşılaştırma yapılamamıştır. Cerrahi ekip tecrübe ve bilgisine dayalı olarak hastanemizde TOA tanısı alan hastaların 26'sına (% 19,2) laparoskopik cerrahi uygulanırken, 110 tanesine (% 80,8) laparatomik yolla cerrahi uygulanmıştır ve bu oran özellikle laparoskopi yapılan hasta yüzdesi açısından değerlendirildiğinde diğer çalışmalara göre görece olarak üstündür. Ancak bu değerlendirme yapılırken karşılaştırılan çalışmalarda medikal tedavi veya girişimsel drenaj yöntemi ile tablonun sınırlandırıldığı ve tüm hastalara büyük cerrahi tedavi uygulanmadığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Cerrahi tedavi planlanırken hastanın yaşı, fertilité istemi, apsenin yaygınlığı oldukça önemlidir. Tüm olguların toplam cerrahi süresi ise (anestezi başlangıcından ameliyat bitimine kadar geçen süre) ortalama 85 dk'ydı. Bu veriyi biraz daha açacak olursak L/S ortanca operasyon süresi 57.5 dakika iken L/T ile bu süre ise 90 dakikadır. Yöntemler arası istatistiksel anlamlı fark olma sebebi ise doğru vaka seçimi, cerrahi ekip kalitesinin yüksek olması ile ilgili olduğu düşünülebilir. Literatürde L/T yapılan hastaların çoğuna unilateral salpingo-oofektomi yapıldığı, laparoskopi yapılan hastaların çoğuna ise; sadece drenaj yapıldığı görülmektedir (44.)

Çalışmamızda tüm olgulardan intraoperatif apse kültürü gönderilmiştir, ancak 123 (% 90,4) hastada herhangi bir patojen izole edilememiştir bu durum hastaların preoperatif antibiyoterapi tedavi almasına bağlanabilir. Kültürde üretilen patojenler değerlendirildiğinde, en sık etken Escherichia Coli olarak saptanmış, bunu stafilococcus

aerius ve candida spp izlemiştir.

Çalışmamızda klinik ve laboratuvar bulgularına göre tam iyileşme kabul edildikten sonra L/S ve L/T uygulanan hastaların hastanede kalış süreleri arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur.

TOA cerrahisine bağlı ameliyat komplikasyonları açısından literatür incelendiğinde; en sık görülen komplikasyonlar barsak hasarı, mesane yaralanması ve postoperatif dönemde yara yeri enfeksiyonudur (42,44,46). Çalışmamızda, postoperatif dönemde 120 olgu (% 88,2) sorunsuz olarak iyileşirken; postoperatif en sık görülen komplikasyon ileus olup, sadece 9 hasta (%6,6) gelişen postoperatif non-jinekolojik komplikasyonlar sebebi ile tekrar cerrahiye alınmıştır. Bütün çalışma hastalarından sadece 1 hastada (% 0,7) abse rekürrensi izlenmiştir.

## 7.SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda tuboovaryan apsenin genellikle premenapoz döneminde görülen, overleri ve fallop tüplerini içerebilen bir enfeksiyon olduğu, genelde çok doğurmuş kadınlarda olduğu görüldü. Ortalama yaş ve parite öyküsü, özellikle yurtiçi çalışmalarla benzerlik gösterdi. Muayenede genelde abdominal hassasiyetin olduğu saptandı. Tuboovaryan apse nedeniyle yatırılanların ateş değerleri ve laboratuvar değerlerinden beyaz küre, CRP, sedimentasyon yüksekliğinin diğer parametrelere göre daha ön planda olduğu görüldü. Aynı zamanda ateş, sedimentasyon ve CRP değerleri yüksek olan hastalarda, medikal tedavide yetersizlik, daha çok cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulduğu dikkatlerden kaçmadı. Hastaların, RIA kullanımının, PIH öyküsünün ve cerrahi işlem geçirmiş olmanın, TOA gelişiminde yüksek risk oluşturduğu görülür. Apsenin iki taraflı olmasının cerrahi işlem geçirme ihtimalini artırdığı tespit edildi. Cerrahi seçenektan önce antibiyotiklerin denenmesi gerektiği unutulmamalıdır. Fertilitate kaygılı hastaların çoğuna öncelikli olarak organ koruyucu cerrahinin uygulanması gerekir. Genel olarak hastanın yaşı, gebelik istemi ve klinik tablo göz önünde bulundurularak hastaya en uygun yaklaşım seçilmelidir.

## 7 KAYNAKLAR

1. Washington AE, Aral SO, Wolner-Hanssen P, et al . Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. *JAMA* 1991; 266: 2581-2586
2. Walker CK, Landers DV. Pelvic abscesses: New trends in management. *Obstet Gynecol Surv* 1991; 46:615-624
3. Moley KH, Massad LS, Mutch DG. Pelvic Inflammatory Disease: Correlation of severity and CA-125 levels. *J Reprod Med* 1996; 41:341-46
4. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. Best practice and research *Clinical Obstetrics and Gynecology*.2009; 23(5): 667-78.
5. Krivak TC, Cooksey C, Propst AM. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management. *Compr Ther*. 2004; 30(2): 93-100.
6. Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril*. 1997; 68(5):765-79.
7. De Kroon CD, de Jong LW. The practice guideline ‘pelvic inflammatory disease’ (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of gynaecology. *Ned Tijdschr Geneesk* 2007;151:732–34
8. Kelly AM, Ireland M, Aughey D. Pelvic inflammatory disease in adolescents: High incidence and recurrence rates in an urban teen clinic. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17(6):383-8.
9. Beigi RH, Wiesenfeld HC. Pelvic inflammatory disease: new diagnostic criteria and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 30: 777-93
10. Keith LG, Berger GS, Edelman DA, Newton W, Fullan N, Bailey R, Friber J. On the causation of pelvic inflammatory disease. *Am J Obstet Gynecol* 1969;105:1088-1094
11. Mc Cormack WM. Pelvic inflammatory disease. *New Engl J Med* 1994;330: 115-19.
12. Ness RB, Hillier SL, Kip KE, Soper DE, Stamm CA, McGregor JA, Bass DC, Sweet RL, Rice P, Richter HE. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2004;104(4):761-9
13. Quan M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management. *J Am Board Fam Pract* 1994;7:110-23
14. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22:693-702
15. Halperin R, Svirsky R, Vaknin Z, et al. Predictors of tuboovarian abscess in acute pelvic inflammatory disease. *J Reprod Med* 2008; 53:40-48.

16. Ilmer M, Bergauer F, Friese K, Mylonas I. Genital tuberculosis as the cause of tuboovarian abscess in an immunosuppressed patient. *Infect Dis Obstet Gynecol* 2009; 2009:745060
17. Achilles SL, Amortegui AJ, Wiesenfeld HC: Endometrial plasma cells: do they indicate subclinical pelvic inflammatory disease? *Sex Transm Dis* 32:185, 2005 [PMID: 15729157]
18. Kubota T, Ishi K, Takeuchi H. A study of tubo-ovarian and ovarian abscesses, with a focus on cases with endometrioma. *J Obstet Gynaecol Res.* 1997;23(5):421-426.
19. . Charonis G, Larsson PG. Prolonged use of intrauterine contraceptive device as a risk factor for tubo-ovarian abscess. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009;88(6):680-684
20. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009;23(5):667-678.
21. Novy , M.J.: Infection as a cause of infertility. *Scierra , Gynecology and obstetrics.* 1985, 5; 57:8-16.
22. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis* 1983; 5:876.
23. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36:433.
24. . Sorbye IK, Jerve F, Staff AC. Reduction in hospitalized women with pelvic inflammatory disease in Oslo over the past decade. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:290
25. Washington AE, Aral SO, Wølner-Hanssen P, Grimes DA, Holmes KK. Assessing risk for pelvic inflammatory disease and its sequelae. *JAMA* 1991;266(18):2581-6.
26. Cohen CR, Sinei S, Reilly M, et al. Effect of human immunodeficiency virus type 1 infection upon acute salpingitis: a laparoscopic study. *J Infect Dis* 1998; 178:1352
27. Kamenga MC, De Cock KM, St Louis ME, et al. The impact of human immunodeficiency virus infection on pelvic inflammatory disease: a casecontrol study in Abidjan, Ivory Coast. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172:919.
28. Gagliardi PD, Hoffer PB, Rosenfield AT. Correlative imaging in abdominal infection: an algorithmic approach using nuclear medicine, ultrasound, and computed tomography. *Semin Nucl Med* 1988; 18:320.
29. . McClean KL, Sheehan GJ, Harding GK. Intraabdominal infection: a review. *Clin Infect Dis* 1994; 19:100.

30. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscess: comparison of broad-spectrum beta-lactam agents versus clindamycin-containing regimens. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164:1556.
31. Dewitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization & complications? *Obstet Gynecol Int* 2010; 2010:847041.
32. Workowski KA, Berman S, Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep* 2010; 59:1
33. Gerzof SG, Johnson WC, Robbins AH, Nabseth DC. Expanded criteria for percutaneous abscess drainage. *Arch Surg* 1985; 120:227.
34. 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* 2005; 193:1323
35. Sweet RL. Soft tissue infection and pelvic abscess. In: *Infectious diseases of the female genital tract*, 5th ed, Sweet RL, Gibbs RS (Eds), Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2009.
36. Ginsburg DS, Stern JL, Hamod KA, et al. Tubo-ovarian abscess: a retrospective review. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:1055.
37. Karakulak M, Pala HG, Aydın Y, Saatli B, Guclu S. Tuboovarian abseli olguların değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;22(1): 9-13.
38. Kuo Chien-Feng, Tsai Shin-Yi, Liu Te-Chu, Lin Cheng-Chih, Liu ChangPan and Lee Chun-Ming. Clinical characteristics and treatment outcomes of patients with tubo-ovarian abscess at a tertiary care hospital in Northern Taiwan. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection* (2012) 45: 58-64.
39. Güngördük K, Guzel E, Asicioğlu O, Yıldırım G, Ataser G, Ark C ve ark. Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 124 (2014) 45–51
40. Yenieli Ö, Ulukuş M, Yılmaz A, Ulukuş M, Dinçer Ö. Clinical and laboratory findings in case of pelvic inflammatory disease complicated by tubo-ovarian abscess. *T Klin J Gynecol Obst* 2003, 13:379-383
41. Kaplan Ö, Güney M, Yüksel M. Tuboovarian abscess: 61 olgunun değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Derg.* 2012;19(2)/47-50

42. Çelik C, Gorkemli H, Cicek N, Acar A, Koşış A, Akyurek C. Evaluation of the cases with tuboovarian abscess. *Gynecol Obstet Reprod Med* 2002;8(4):219-222
43. Soydiñ H.E, Evsen M.S, Özler A, Sak M.E, Turgut A, Görük N.Y ve ark. Tubo-ovarian abscesses: A retrospective analysis of risk factors, clinical features and treatments. *Gaziantep Med J* 2013;19(2): 71-75.
44. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: Contemporary approach to manangement. *Rev Infect Dis* 1983; 5(5): 876-882
45. Topçu H.O, Kokanalı K, Güzel A.I, Tokmak A, Erkılınç S, Ümit C ve ark. Risk factors for adverse clinical outcomes in patients with tubo-ovarian abscess. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2014; Early Online: 1–4.
46. Schindlbeck C, Dziura D, Mylonas I. Diagnosis of pelvic inflammatory disease (PID): intraoperative findings and comparison of vaginal and intra-abdominal cultures. *Archives of Gynecology and Obstetrics* © Springer-Verlag Heidelberg 2014 10.1007/s00404-014-3150-7

## 8.ÖZGEÇMİŞ

Emin HAQVERDİYEV 1988 yılı Nisan ayında Azerbaycan'da doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Azerbaycan'da tamamlamıştır. 2006 yılında Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı yükseköğrenimini 2012 yılında tamamlamıştır. 2012 Kasım ayından bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Kadın Hastalıkları ve Doğum Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

