● مجلهٔ دانشگاه علوم پزشکی بابل، سال چهارم، شمارهٔ ۲ (پی‌درپی۱٤)، صفحه ٤۰ الی ٤۳، بهار ۱۳۸۱

گزارش یک مورد آبسه لوله‌ای تخمدانی پس از کورتاژ

دکتر زهرا بصیرت *

استادیار گروه زنان و زایمان دانشگاه علوم پزشکی بابل

سابقه و هدف: آبسه لوله‌ای تخمدان یکی از مراحل نهائی در روند عفونت حاد لگنی می‌باشد. پس از دستکاریهای رحمی ، یا پس از اعمال جراحی اتفاق میافتد و بسیار نادر می‌باشد.

گزارش مورد: خانم ۳۵ ساله‌ای یک هفته پس از کورتاژ، با احساس فشار لگنی، درد زیر شکم و اسهال مراجعه نمود. در سونوگرافی انجام شده توده‌ای به اندازه ۷/۵×۸/۵ سانتیمتر گزارش شد، که با آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف آبسه لوله ای تخمدانی کاملاً بهبود یافت.

نتیجه‌گیری: در صورت وجود تب و احساس فشار لگنی پس از کورتاژ بایستی آبسه لگنی را در نظر داشت. تشخیص زودرس و درمان بموقع آبسه‌های لگنی باعث کاهش مرگ ومیر و ناتوانی بیماران خواهد شد.

واژه‌های کلیدی: *سقط، عوارض، عفونت حاد لگنی، آبسه لوله‌ای تخمدانی.*

مقدمه

آبسه لوله‌ای تخمدانی یکی از مراحل انتهایی در روند عفونت حاد لگنی می‌باشد. این عارضه پس از دستکاریهای رحمی و اعمال جراحی گزارش شده است (۲و۱). ارگانیسمهای دخیل در عفونت پس از سقط، ارگانیسمهای هوازی و بیهوازی می‌باشند(۳). بیشترین میکروارگانیسم‌ها در آبسه‌های لوله‌ای تخمدانی گونه باکتروئید، اشریشیاکلی، باکتروئید فراژیلیس، پپتوکوکوک، پپتواسترپتوکوک هستند(۴). بیماران با آبسه لوله‌ای ـ تخمدانی معمولاً با درد و در معاینه لگنی با توده یا حساسیت در ضمائم رحمی مراجعه می‌کنند. برای آبسه‌های پاره نشده درمان آنتی‌بیوتیکی مناسب که پوشش مناسبی بر میکروارگانیسمهای بی‌هوازی داشته باشد توصیه می‌شود. در صورت عدم پاسخ به درمان طی ۷۲-۴۸ ساعت نیاز به درمان جراحی می‌باشد(۵). پارگی آبسه لوله‌ای تخمدانی به طور خودبخودی و یا بعد از معاینه دودستی رخ میدهد که می‌تواند به رکتوم، سیگموئید کولون و مثانه یا داخل شکم باز شود. در بین تمام عوارض عفونت حاد لگنی، پاره شدن داخل شکمی آبسه، خطرناکترین عارضه آن است که به علت شوک سپتیک و پریتونیت منتشر موجب مرگ ومیر بیماران می‌شود. در ۸۸٪ موارد پارگی آبسه کشنده بوده و مرگ در مدت کمتر از ۹۰ ساعت اتفاق میافتد(۶). از آنجائیکه اکثر این بیماران جوان هستند و حفظ باروری در آنها با اهمیت است، لذا تشخیص به موقع و درمان مناسب با آنتی‌بیوتیکهای وسیع‌الطیف و پاسخ به درمان طبی با حفظ رحم و تخمدانها موجب حفظ عملکرد باروری و کاهش ناتوانی بیماران خواهد شد.

گزارش مورد

بیمار خانم ۳۵ ساله، حاملگی سوم با سن حاملگی ۵ هفته، در اتاق عمل در شرایط استریل با بیهوشی عمومی در مرکز دیگری کورتاژ شد. چند ساعت بعد با حال عمومی خوب با دستور داروئی

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.8.6]

داکسی سایکلین ۱۰۰ میلی‌گرمی هر ۱۲ ساعت ترخیص شد. ۳۶ ساعت بعد دچار تب و لرز شد که در معاینه درجه حرارت ۳۹/۵ درجه سانتی‌گراد، تعداد ضربان نبض ۱۰۰ در دقیقه، تنفس ۳۰ در دقیقه بوده است. در معاینه حساسیت قسمت تحتانی شکم و رحم و ضمائم آن وجود داشت. در سونوگرافی شکمی یافته غیر طبیعی مشهود نبود و آثاری از نسج باقیمانده وجود نداشت. تب بیمار ۲۴ ساعت پس از شروع درمان وریدی، مترونیدازول ۵۰۰ میلی‌گرمی هر ۸ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی‌گرمی هر ۸ ساعت و سفازولین ۱ گرم هر ۸ ساعت قطع شد. آنتی‌بیوتیکها به مدت ۷۲ ساعت ادامه یافت و با درمان خوراکی اوفلوکساسین ۴۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت مرخص شد. پس از یک هفته بیمار به علت درد زیر شکم و احساس فشار لگنی و اسهال مراجعه نمود . درجه حرارت نرمال، در معاینه لگنی حساسیت شدید رحم و ضمائم رحمی و توده لگنی وجود داشت. در سونو گرافی شکمی انجام شده توده‌ای به اندازه ۸/۵× ۷/۵ سانتی‌متر در مجاور رحم در سمت راست وجود داشت. در آزمایش خون محیطی لنفوسیت ۲۰٪ ، پلی مرفونوکلئر ۸۰٪، گلبول سفید ۱۰۳۰۰ بود.

بیمار با تشخیص آبسه لوله‌ای بستری شد. درمان وریدی با کلیندامایسین ۹۰۰ میلی‌گرمی هر ۸ ساعت و جنتامایسین ۸۰ میلی‌گرمی هر ۸ ساعت شروع شد و با سونوگرافی شکمی، آزمایش کامل خون و سدیمانتاسیون خون و اوره و کراتینین یک روز در میان پیگیری شد. آنتی‌بیوتیک وریدی تا ۱۴ روز ادامه یافت. در سونوگرافی انجام شده توده‌ای مشهود نبود. سپس بیمار ۱۴ روز آنتی‌بیوتیک خوراکی دریافت نمود. در خاتمه درمان حال عمومی بیمار خوب و در پیگیریهای بعدی تا چهار ماه، عارضه خاصی مشاهده نشد.

بحث

عوامل مستعد کننده ایجاد عفونت پس از سقط، سن حاملگی بالا (بیش از ۱۳-۱۲ هفته حاملگی)، عفونت کلامیدیا و گونوره درمان نشده، استفاده از روشهای القاء سقط بجای کورتاژ و استفاده از بیحسی موضعی بجای عمومی و وجود نسج باقیمانده می‌باشد(۳). احتمال تب پس از سقط به روش کورتاژ بستگی دارد. شیوع تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد یا بالاتر به مدت یک روز یا بیشتر پس از کورتاژ مکشی کمتر از ۰/۰۱٪، پس از اتساع و تخلیه رحم ۱/۵٪ ، اوره و پروستاگلاندین ۶/۳٪، و در سالین هیپرتونیک ۵٪ است(۳). Thonneau و همکاران عوارض زودرس پس از سقط را ۱/۷٪ و عوارض دیررس را ۱/۲٪ گزارش نموده‌اند (۷).

در مطالعه Johansen و همکاران در سال ۲۰۰۱ که در ۷۶۰ بیمار عارضه‌دار شده پس از سقط انجام دادند، احتباس نسج ۶۲٪، عفونت در ۱۸٪، درد در ۱۷٪ و پارگی رحم در ۳٪ موارد دیده شد(۸).

در مطالعه Schmidt و همکاران درگزارش ۱۷ بیمار با آبسه لوله‌ای تخمدانی علامت بیماران درد و در معاینه لگنی وجود حساسیت یا توده لگنی بوده است(۵). برای آبسه‌های پاره نشده درمان آنتی‌بیوتیکی که پوشش مناسب بی‌هوازی داشته باشد انجام شد. در صورت عدم پاسخ طی ۴۸ ساعت درمان جراحی محافظه‌کارانه با حفظ عملکرد باروری و هورمونی توصیه شده است (۳). در مطالعه Varela و همکاران، از ۲۰ مورد آبسه لوله‌ای تخمدانی ۸۵٪ موارد تب در عرض ۴۸ ساعت با درمان آنتی‌بیوتیک قطع شد.۹۰٪ نیاز به درمان جراحی داشتند که ۳۰٪ این موارد شامل برداشتن رحم و تخمدانهای دو طرف یا یکطرف بوده است (۹).

در مطالعه Gasola و همکاران در ۱۶ بیمار با آبسه لوله‌ای تخمدانی که به درمان طبی جواب نداده بودند درناژ از دیواره قدامی شکم در ۱۱ بیمار و از راه واژن در ۶ بیمار انجام شد. مدت زمان استفاده از کاتتر بین ۲۰-۱۰ روز بوده است. تخلیه در ۱۵ بیمار موفقیت‌آمیز بوده است. در یک بیمار در آوردن رحم و تخمدانهای دو طرف انجام شد. یک مورد نیز به علت عود مجدد جراحی شد (۱۰). در مطالعه Vansonneuberg و همکاران در ۱۴ مورد با آبسه لگنی و تجمع مایع تخلیه با سوزن با راهنمائی سونوگرافی واژینال انجام شد و توصیه شده که درناژ با راهنمائی سونوگرافی واژینال یک جایگزین درناژ از راه پوست میباشد(۱۱). درمطالعه توسط Gaspi و همکاران آسپیراسیون آبسه لوله‌ای تخمدانی در ۱۰ بیمار که به درمان آنتی‌بیوتیکی جواب نداده بودند، به همراه تزریق آنتی‌بیوتیک به داخل حفره آبسه در درمان موفقیت آمیز بوده است(۱۲).

در مطالعه Landers و همکاران بر ۲۳۲ بیمار با آبسه لوله‌ای تخمدانی، پارگی آبسه در ۳٪ موارد اتفاق افتاد. ۱۷۵ بیمار با

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.8.6]

آنتی‌بیوتیک به تنهایی درمان شدند. ۵۷ بیمار نیاز به جراحی داشتند که در ناژ در ۵ نفر و برداشتن رحم و تخمدان یک طرف در ۱۹ نفر و برداشتن تخمدانهای دو طرف در ۳۳ بیمار انجام شد. در این مطالعه در ۶۸٪ بیماران تحت درمان با کلیندامایسین کاهش در اندازه توده دیده شد. درصورتیکه در بیماران بدون درمان با کلیندامایسین در۳۶٪ موارد کاهش در اندازه توده مشاهده شد (۴).

در مطالعه Roberts و همکاران در بررسی بر روی ۸۳ بیمار با آبسه لوله‌ای تخمدانی، ۱۸ بیمار در ۲۴ ساعت اول هیسترکتومی شدند و در ۶۵ بیمار دیگر آنتی بیوتیک شروع شد، که در ۲۰ نفر از آنها به علت شکست درمان، جراحی انجام شد. در دو گروه درمان شده مرگ و میر و ناتوانی و زمان بستری در بیمارستان مورد مقایسه قرار گرفت، و توصیه شد که قدم اول درمان آبسه های لگنی، شروع آنتی بیوتیک وسیع الطیف و در صورت لزوم، جراحی محافظه کارانه باشد (۱۳). Strizhakov و همکاران، جهت تشخیص و درمان توده‌های التهابی لگن سی تی اسکن را پیشنهاد کردند و در بیماران جوان با تخلیه آبسه تحت کنترل سی تی اسکن نیازی به انجام جراحی نبوده است (۱۴).

Davey و همکاران یک مورد آبسه لوله‌ای تخمدانی را در طی حاملگی و Franz و همکاران یک مورد آبسه لوله‌ای تخمدانی اکتینومیکوزی همراه با IUD گزارش نمودند که منجر به برداشت رحم و تخمدانها شد (۱۶و۱۵). در این بیمار نیز با استفاده از آنتی بیوتیک وسیع الطیف بیمار کاملاً به درمان جواب داد. بنابراین توصیه می‌شود در بیمارانیکه پس از کورتاژ دچار تب، درد و احساس فشار لگنی و اسهال می‌شوند آبسه لگنی را مدنظر داشته باشیم. تشخیص زودرس و درمان آن باعث کاهش مرگ ومیر و ناتوانی بیماران خواهد شد.

****

References

1. Pickering KD, Smith DO. Tubo ovarian abscess after Tubal ligation. West Indian Med J 1998; 47(3):13-4.

2. Mendez LE, Bhoola SM, Horowitz IR. Bilateral tubo ovarian abscesses four years after total abdominal hystrectomy. Infect Dis Obstet Gynecol 1998; 6(3): 138–40.

3. Grimes DA. Management of abortion: in Rock jA, Thompson JD. Telinde`s operative gynecology. 8 th ed, Philadelphia lippincott Company 1997; p: 494.

4. Landers DV, Sweet RI. Tubo ovarian abscess : contemporary approach to management . Rev infect Dis 1983; 5(5): 876 –84.

5. Schmidt E, Nehra P. Tubo ovarian abscess. A study of 17 patients. Am Fan Physician 1998; 37 (4): 181.

6. Mark G. Martens. Pelvic inflammatory disease. Telinde' s operative Gynecology. 8th ed, Philadelphia, Lippincott. company 1997; pp: 668 – 9.

7. Thonneau P, Fougey Ollas B, Ducot B, Boubilley D, Dif J, lalande M, Soulat C. Complication of abortion performed under local anesthesia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1998; 81(1): 59 –63.

8. Johansen JK, Schmidt KL. Legal abortion. An analysis of factor Which can effect frequency of complication. Ugeskr laeger 2001; 12: 163 (11): 1565 –9.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.8.6]

9. Varela R, Goncalves V, Tel H, Hormigo C, Tavares C. Tubo ovarian abscess. An analysis of 20 cases . Acta Med Post 1995; 8 (10): 537 – 42.

10. Gasola G, Vansonneuberg E, Dagostino HB, Harker CP, Varr Smith D. Percutaneous drainage of tubo ovarian abscesses. Radiology 1992; 182 (2): 349 – 402.

11. Vansonneuberg ED, Agostino HB, Gasola G. Drainage of pelvic abscesses fluid collections. Radiology 1991; 181 (1): 53 –6.

12. Gaspi B, Zabi Y, Bor Dayan Y, Appelman Z, Katz Z. Sonographically guided aspiration: An alternative therapy tubo ovarian abscess . Ultrasound Obstet Gynecol 1996; 7(6) 439 – 42.

13. Roberts W, Dockery JL. Operative and conservative treatment of tubo ovarian abscess due to pelvic inflammatory disease. South Med J 1984; 77(7): 860 – 3.

14. Strizhakov AN, Todua FL, Podzolkova NM, Karmazanovskii GO, Artiukhina MI. Use of computerized tomography in the diagnosis an treatment of suppurative inflammatory adnexal disease. Akush Ginekol (Mosk) 1989; (4): 15-18.

15. Davey MM, Guidozzi F. Ruptured tubo ovarian abscess late in pregnancy . A case report . S Afr Med J 1987; 71(2): 120 –1.

16. Franz HB, Strohmaier WL, Geppert Wechsel H. Infiltrating tubo ovarian abscess in IUD associated actinomycosis . Geburtshilfe Frauenheilkd 1992; 52 (8): 496 – 8.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید یحیی‌نژاد، دفتر گروه زنان و زایمان، تلفن: ۷-۲۲۲۳۵۹۴-۰۱۱۱.

[DOR: 20.1001.1.15614107.1381.4.2.8.6]