

فیستول آبسه توبوآوارین به واژن پس از

هیسترکتومی: گزارش مورد

دکتر عطیه منصوری^۱، مصطفی صادقی^۲، عابد ابراهیمی^۳، شیوا عزیز^۴،

مریم دنیایی^{*۵}

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. کارشناس ارشد تکنولوژیست اتاق عمل، مرکز پیوند اعضا و دیالیز منتصریه، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بوشهر، بوشهر، ایران.
۴. مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
۵. مربی گروه اتاق عمل، دانشکده پیراپزشکی، واحد علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰

خلاصه

مقدمه: آبسه توبوآوارین، یکی از مراحل نهایی در روند عفونت حاد لگنی می‌باشد که می‌تواند پس از دستکاری‌های رحمی یا پس از اعمال جراحی اتفاق افتد و بسیار نادر است. حتی با گسترش پوشش آنتی‌بیوتیکی و مراقبت درمانی، میزان مرگ‌ومیر ناشی از پاره شدن آبسه توبوآوارین به علت شوک سپتیک و پریتونیت منتشر نزدیک به ۱۰٪ است، لذا تشخیص به موقع و درمان مناسب با اهمیت است. در این مطالعه یک مورد فیستول آبسه توبوآوارین به واژن گزارش می‌شود.

معرفی بیمار: بیمار خانمی ۴۴ ساله بود که حدود ۶ ماه قبل تحت عمل جراحی هیسترکتومی ابدومینال قرار گرفته بود و پس از عمل به مدت یک هفته به علت علائم پلوی پریتونیت بستری شده و مرخص شد، ولی مکرراً به علت لکوره چرکی و درد به پزشک مراجعه می‌کرده است. بالاخره به علت علائم درد زیر شکم و خروج ترشحات از واژن تحت لاپاراسکوپی قرار گرفت. آبسه توبوآوارین با فیستول به واژن مشاهده شد که ترشحات آن ساکشن شده و چسبندگی‌های آن آزاد گردید. اوفورکتومی و سپس سالپنژکتومی نیز انجام شد.

نتیجه‌گیری: در موارد لکوره مقاوم به درمان پس از هیسترکتومی باید به فکر لوله‌ای یا توبوآوارین و عفونت مکرر از طریق فیستول به واژن بود و لاپاراسکوپی تشخیصی می‌تواند جهت انتخاب درمان مناسب کمک‌کننده باشد.

کلمات کلیدی: آبسه توبوآوارین، بیماری التهابی لگن، فیستول

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر مریم دنیایی؛ دانشکده پیراپزشکی، واحد علوم پزشکی مشهد، دانشگاه آزاد اسلامی، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۶۳-۲۷۲۰۱۱۷
پست الکترونیک: m.donyayi@yahoo.com

مقدمه

آبسه توبووارین (TOA)^۱ عارضه جدی بیماری التهابی لگن (PID)^۲ است (۱) و در ۱۵-۱۰٪ از زنان مبتلا به بیماری التهابی لگن اتفاق می‌افتد. در آمریکا سالانه ۷۰۰۰۰ نفر از زنان بستری در بیمارستان با بیماری التهابی لگن، تحت درمان برای TOA قرار می‌گیرند (۲). PID و TOA ممکن است متعاقب جراحی لگنی یا آپاندیسیت یا دیورتیکولیت یا حتی پیلونفریت و بدخیمی‌های لگنی و بیماری التهابی روده رخ دهد (۳). آبسه توبووارین معمولاً در زنان ۲۰-۴۹ ساله مشاهده می‌شود و خطر قابل توجهی از عوارض شامل مرگ‌ومیر و عواقب طولانی‌مدت شامل دردهای مزمن لگن و ناباروری دارد (۱). TOA به‌عنوان یک توده التهابی درگیر کننده لوله و یا تخمدان تعریف شده است که مشخصه آن وجود چرک می‌باشد. رایج‌ترین علت عفونت دستگاه تناسلی فوقانی زمانی می‌باشد که مواد چرکی می‌توانند از طریق لوله‌ها مستقیماً به حفره شکمی وارد شوند و باعث ایجاد PID و پیشروی به سمت تشکیل TOA شوند (۳). تشخیص آبسه توبووارین با معاینه بالینی، تست‌های آزمایشگاهی و تصویربرداری انجام می‌شود. در معاینه بالینی، درد شکم (درد لگنی) و حساسیت به لمس رحم وجود دارد. همچنین، در بیماران مبتلا به آبسه لگن، تب درجه بالا، توده لگن قابل لمس، خونریزی یا ترشحات واژن و درد پایین شکم وجود دارد (۵). مهم‌ترین یافته‌های آزمایشگاهی، افزایش گلبول‌های سفید و نشانگرهای التهابی است. استاندارد طلایی برای تشخیص آبسه‌های توبووارین، سونوگرافی است (۴). بیماران مبتلا به PID با عارضه TOA معمولاً به درمان با آنتی‌بیوتیک داخل وریدی پاسخ می‌دهند و آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف می‌توانند بدون نیاز به عمل جراحی، پیش‌آگهی مطلوبی را به همراه داشته باشند. با این وجود، در ۲۵٪ موارد TOA، مداخله جراحی ضروری است (۶). از طرفی فیستول‌های مربوط به دستگاه تولید مثل ممکن است ناشی از جراحی، تروما، عفونت، بیماری‌های التهابی روده و بدخیمی‌های دستگاه تولید مثل یا سایر ارگان‌های

لگنی باشد. در کشورهای پیشرفته، بیشتر فیستول‌ها در نتیجه جراحی برای یک بیماری خوش‌خیم به‌وجود می‌آیند و به‌صورت فیستول و زیکوواژینال می‌باشند، در حالی که در کشورهای در حال توسعه، بیشتر به‌علت زایمان اتفاق می‌افتد (۷). فیستول لوله فالوپ به واژن نوعی فیستول صفاقی-واژینال و یک علت ناشایع نشت مداوم واژینال پس از هیستریکتومی است (۸). در این مطالعه یک مورد فیستول آبسه توبووارین به واژن پس از هیستریکتومی در یک خانم ۴۴ ساله گزارش می‌شود.

معرفی بیمار

بیمار خانمی ۴۴ ساله بود که حدود ۶ ماه قبل به‌علت خونریزی‌های غیرطبیعی طولانی و شدید رحم، تحت عمل جراحی هیستریکتومی ابدومینال قرار گرفته بود و پس از عمل به‌مدت یک هفته به‌علت علائم PID حاد شامل: درد، تهوع، استفراغ و تب، بستری شده و بعد از درمان و بهبود مرخص شد. درمان‌های دارویی بیمار در این مدت شامل مترونیدازول ۶۰۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت به‌مدت ۱۰ روز به‌صورت خوراکی و کلیندامایسین ۶۰۰ میلی‌گرم خوراکی به‌مدت ۱۰ روز بوده است، ولی بیمار بعد از ترخیص مکرراً به‌علت لکوره چرکی و درد زیر شکم به پزشک مراجعه کرده بود. بیمار علاوه بر هیستریکتومی ابدومینال، سابقه عمل‌های میومکتومی، کوله سیستکتومی، سزارین و آنژیوگرافی قلب نیز داشت و مبتلا به دیابت بود. در شرح‌حال مامایی، بیمار سابقه ۴ زایمان طبیعی، یک سزارین و یک کورتاژ داشت. داروهای مصرفی بیمار شامل نیتروگلیسرین، متوهگزال، هیدروکلروتیازید، پیتوز و گلوکوفاز بود و سابقه حساسیت به دگزامتازون داشت. در سونوگرافی شکم و لگن، تصویر یک توده کیستیک در جایگاه آدنکس راست حاوی دبری به ابعاد ۶۸*۶۰*۹۰ میلی‌متر و حجم تقریبی ۲۴۰ میلی‌لیتر رؤیت شد. ضخامت جدار این توده کیستیک ۶ میلی‌متر بوده و این یافته‌ها می‌تواند به نفع کیست complicated یا کیست انکلوزیون و یا آبسه modified باشد. اکوی solid داخل این کیست آواسکولار بود. تخمدان راست به ابعاد ۵۴*۷۷ میلی‌متر،

¹ Tubo-ovarian abscess

² Pelvic inflammatory disease

هیپواکو با افزایش جریان خون حاوی یک کیست به ابعاد ۴۸*۲۹ میلی‌متر بود. این کیست حاوی اکوهای سالیید آواسکولار بوده که این یافته‌ها می‌تواند به نفع PID همراه با کیست تخمدان یا همراه با آبسه باشد و در راستای گزارشات سونوگرافی، بیمار کاندید لاپاراسکوپی تشخیصی شد و بستری گردید.

شرح عمل حذف آبسه توبوواورین و

سالپینگوآفورکتومی راست: پس از پذیرش بیمار در اتاق عمل، بیمار تحت بیهوشی عمومی و پوزیشن لیتاتومی قرار گرفت. با یک تروکار ۱۰ و ۳ تروکار ۵ لاپاراسکوپی انجام شد. اومنتوم به جدار چسبندگی داشت که آزاد شد. توده بزرگ در آدنکس راست با چسبندگی به خلف و کاف واژن در لترال جدار شکم مشاهده شد که این چسبندگی‌ها آزاد شد. همچنین آبسه توبوواورین با فیستول به واژن مشاهده شد که ترشحات آن ساکشن شده و چسبندگی‌های آن آزاد گردید. اوفورکتومی و سپس سالپینژکتومی انجام شد. به کمک اندویگ آبسه، لوله و تخمدان خارج گردید و هموستاز برقرار شد. پس از شست‌وشوی فراوان با ۳ لیتر سرم نرمال سالین، سوراخ فیستول در کاف واژن با نخ ویکریل صفر بسته شد. برای بیمار درن تعبیه شد و در انتهای عمل گاز CO₂ تخلیه و فاشیای پورت ناف و پوست ترمیم شد. بیوپسی بیمار جهت آسیب‌شناسی ارسال گردید. بنا به گزارش پاتولوژی، تخمدان کیستیک پاره شده در چند قطعه مجموعاً به اقطار ۸*۷ و ضخامت ۰/۱ تا ۱ سانتی‌متر و لوله به‌صورت جداگانه به طول ۵ و قطر ۱ سانتی‌متر مشهود بود. شرح ماکروسکوپی پاتولوژی از نمونه لوله و تخمدان راست بدین‌شرح بود: تخمدان کیستیک پاره شده در چند قطعه مجموعاً به اقطار ۸*۷ و ضخامت ۰/۱ تا ۱ سانتی‌متر و لوله به‌صورت جداگانه به طول ۵ و قطر ۱ سانتی‌متر مشهود بود. در شرح میکروسکوپی نمونه، تخمدان در یک قسمت حاوی کیست فولیکولار لوتئینیزه و در حاشیه با واکنش آماسی با سلول‌های پلئومورف در برخی نقاط با تجمع پلی‌نوکلئوهای نوتروفیل همراه بود. برش‌های تهیه شده از لوله رحم نیز با واکنش آماسی مزمن با تجمعات پلی‌نوکلئوهای نوتروفیل بود.

بحث

آبسه توبوواورین، یکی از مراحل نهایی در روند عفونت حاد لگنی می‌باشد که می‌تواند پس از دستکاری‌های رحمی یا پس از اعمال جراحی اتفاق بیافتد و بسیار نادر است. عفونت حاد لگنی معمولاً به‌دلیل عفونت‌های صعود کننده از رحم (اندومتریس، میومتریس) یا لوله‌های فالوپ (سالپنیسیت) و ساختارهای اطراف آن شامل تخمدان (اوفوریت)، لیگامان‌های پهن (پارامتریس) و شکم (پریتونیت) رخ می‌دهد. آناتومی شکم در ایجاد عفونت حاد لگنی مؤثر است. در مردان حفره صفاقی، یک حفره بسته است. در مقابل در زنان، حفره صفاقی به‌وسیله انتهای آزاد لوله‌های فالوپ سوراخ می‌شود. از هر ۱۰ زن، یک نفر در سال به PID مبتلا می‌شود (۱). بیماری التهابی لگن به‌وسیله عفونت‌های صعود کننده از دستگاه تناسلی تحتانی به لوله‌های فالوپ و حفره صفاقی ایجاد می‌شود. درمان انتخابی عفونت حاد لگنی، درمان دارویی است، اما در صورت مقاومت به درمان دارویی و یا گسترش عفونت موضعی یا شرایطی مانند آپاندیسیت و سزارین ممکن است منجر به ایجاد آبسه توبوواورین شود. شکست درمان دارویی ممکن است منجر به پاره شدن آبسه به داخل حفره صفاقی شود و یکی از جدی‌ترین عوارض آن، سپسیس و مرگ می‌باشد که در چنین شرایطی جراحی اورژانسی مورد نیاز است (۸). مکانیسم‌های به‌وجود آمدن TOA به‌دلیل تظاهرات مختلف و درجات آسیب توبوواورین که هنگام تشخیص عفونت وجود دارد، دشوار است. گفته شده است که گام اولیه در تشکیل TOA، آسیب و نکروز اپی‌تلیوم لوله رحمی توسط یک پاتوژن است که معمولاً باکتری بی‌هوای است و در نتیجه محیط مطلوبی برای حمله و رشد باکتری‌های بی‌هوای ایجاد می‌شود. تخریب لوله رحمی منجر به تولید ترشحات چرکی می‌شود. پس از مدتی، تخمدان درگیر التهاب می‌شود. آبسه همچنین ممکن است باعث درگیر ساختارهای همسایه مانند روده، مثانه و لوله تخمدان مقابل شود. اگر التهاب متوقف نشود، صفحات بافت از بین می‌روند و شناسایی ساختارها و اندام‌های لگن دشوار می‌شود. در این مرحله، ممکن است پارگی آبسه رخ دهد که باعث پریتونیت تهدید

کننده زندگی شود. عوارض دیگر ممکن است شامل انسداد روده کوچک و سوراخ شدن روده به‌ویژه درگیری کولون سیگموئید باشد (۱). با توسعه آنتی‌بیوتیک‌ها، در حال حاضر، TOA و آبسه‌های لگنی توسط آنتی‌بیوتیک‌های وسیع‌الطیف به‌عنوان درمان خط اول درمان می‌شوند و میزان موفقیت درمان ۸۸-۳۴٪ است. نرخ شکست آنتی‌بیوتیک‌تراپی در بیماران با آبسه‌های بزرگ، بیشتر است. در صورت عدم پاسخ بالینی، ۷۲ ساعت پس از آنتی‌بیوتیک‌تراپی و یا در صورت پاره شدن آبسه، جراحی ضروری است (۲). روش‌های جراحی شامل: لاپاراتومی یا لاپاروسکوپی با تخلیه آبسه، سالپینگو-اوفورکتومی یک‌طرفه یا دوطرفه و هیستریکتومی می‌باشد (۹). برخی عوامل مؤثر بر تصمیم‌گیری شامل: سابقه جراحی قبلی، تمایل به باروری و اندازه آبسه می‌باشد. اگر فرد برای عمل لاپاراسکوپی مناسب باشد و جراح مهارت کافی برای لاپاراسکوپی داشته باشد، مزایای این روش بیشتر است و بیمار سریع‌تر بهبود می‌یابد. با این‌حال، با وجود مزایای شناخته شده جراحی لاپاراسکوپی، برای برخی از زنان ممکن است لاپاراتومی با انسزیون میدلاین رویکرد ارجح برای TOA باشد. چنین شرایطی می‌تواند شامل جراحی قبلی شکم، آبسه‌های خیلی بزرگ یا بیماری‌های همراه مانند بیماری التهابی روده باشد (۳). هنری ساچت اولین جراحی بود که با لاپاراسکوپی، آبسه‌های لگنی را درمان کرد. وی گروه بزرگی از بیماران را توسط لاپاراسکوپ تحت عمل سالپنگوآفورکتومی قرار داد (۱۰)، (۱۱). در موارد آبسه‌های پاره نشده لگن، کاپلان و همکاران (۱۹۶۷)، هیستریکتومی و برداشتن دوطرفه تخمدان‌ها و لوله‌ها را طی مدت ۷۲ ساعت اول پس از تشخیص آبسه توصیه کردند (۱۲). عده‌ای دیگر از محققان درمان محافظتی و آنتی‌بیوتیکی را پیشنهاد می‌کنند و چنانچه ظرف مدت ۲۴-۷۲ ساعت پاسخ مناسبی به‌دست نیاید، باید جراحی انجام شود (۹). در مطالعه بصیرت (۲۰۰۲) خانم ۳۵ ساله‌ای یک هفته پس از کورتاژ با احساس فشار لگنی، در زیر شکم و اسهال مراجعه کرده بود. در سونوگرافی انجام شده، توده‌ای به اندازه ۸/۵*۷/۵ سانتی‌متر گزارش شد که با آنتی‌بیوتیک

نتیجه‌گیری

در موارد لکوره مقاوم به درمان پس از هیستریکتومی باید به فکر آبسه لوله‌ای یا توبوواورین بود و سونوگرافی تشخیصی و لاپاراسکوپی تشخیصی و درمانی می‌تواند جهت انتخاب درمان مناسب کمک کننده باشد.

1. Habboub AY. Middlemore Hospital experience with tubo-ovarian abscesses: an observational retrospective study. *International journal of women's health* 2016; 8:325.
2. Jiang X, Shi M, Sui M, Wang T, Yang H, Zhou H, et al. Clinical value of early laparoscopic therapy in the management of tubo-ovarian or pelvic abscess. *Experimental and therapeutic medicine* 2019; 18(2):1115-22.
3. Munro K, Gharaibeh A, Nagabushanam S, Martin C. Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses. *The Obstetrician & Gynaecologist* 2018; 20(1):11-9.
4. Silva F, Silva J, Rocha I, Brito T, Paredes E, Ramalho G, et al. Surgical approach of tubo-ovarian abscesses from theory to our minimally invasive practice. *Gynecology and Minimally Invasive Therapy* 2015; 4(3):72-5.
5. Khaliq K, Nama N, Lopez RA. Pelvic Abscess. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL); 2020.
6. Kuo CF, Tsai SY, Liu TC, Lin CC, Liu CP, Lee CM. 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(1):58-64.
7. Narayanan P, Nobbenhuis M, Reynolds KM, Sahdev A, Reznick RH, Rockall AG. Fistulas in malignant gynecologic disease: etiology, imaging, and management. *Radiographics* 2009; 29(4):1073-83.
8. Quezada Y, Karram M, Whiteside JL. Case report: Diagnosis and management of peritoneovaginal fistula. *Journal of minimally invasive gynecology* 2015; 22(1):134-6.
9. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology* 2009; 23(5):667-78.
10. Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tuboovarian abscesses. *Journal of reproductive medicine* 1984; 29(8):579-82.
11. Henry-suchet J. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscesses. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1986; 6(sup1):S60-1.
12. Kaplan AL, Jacobs WM, Ehresman JB. Aggressive management of pelvic abscess. *American journal of obstetrics and gynecology* 1967; 98(4):482-7.
13. Basirat Z. A case report of tubo-ovarian abscess after curettage. *Journal of Babol University of Medical Sciences* 2002; 4(2):40-3.
14. Goharkhay N, Verma U, Maggiorotto F. Comparison of CT-or ultrasound-guided drainage with concomitant intravenous antibiotics vs. intravenous antibiotics alone in the management of tubo-ovarian abscesses. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology: The Official Journal of the International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2007; 29(1):65-9.
15. Doganay M, Iskender C, Kilic S, Karayalcin RA, Moralioglu O, Kaymak OK, et al. Treatment approaches in tubo-ovarian abscesses according to scoring system. *Bratislavske lekarske listy* 2011; 112(4):200-3.
16. DeWitt J, Reining A, Allsworth JE, Peipert JF. Tuboovarian abscesses: is size associated with duration of hospitalization & complications?. *Obstetrics and gynecology international* 2010; 2010.
17. Güngördük K, Guzel E, Asicioğlu O, Yildirim G, Ataser G, Ark C, et al. Experience of tubo-ovarian abscess in western Turkey. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2014; 124(1):45-50.