

Tubeovarialabscess – KK HS

Hitta i dokumentet

[Syfte](#)
[Bakgrund](#)
[Diagnos](#)
[Handläggning på akutmottagning](#)
[Behandling](#)

[Patienter med immunosuppression](#)
[Uppföljning](#)
[Referenser](#)
[Uppdaterat från föregående version](#)

Syfte

Att ge riktlinjer för diagnostik, behandling och uppföljning av tubeovarialabscess.

Bakgrund

Begreppet PID, pelvic inflammatory disease, innefattar endometrit, salpingit, ooforit, och kan även ge peritonit och perihepatit.

Tubeovarialabscess (TOA) utgörs av en abscess i lilla bäckenet som engagerar tuba, äggstock och ibland även blåsa och/eller tarm. Tillståndet beskrivs som en komplikation till PID, d.v.s en uppåtgående infektion, men måste inte föregås av en klinisk PID.

TOA kan även orsakas av kirurgiska ingrepp såsom hysterektomi, lokala ingrepp som spiralinsättning eller ingrepp i samband med IVF samt utgöras av ett infekterat endometriom, eller höra samman med en bakomliggande malignitet i lilla bäckenet. Vid en abscess utgående från tarm (med divertikulit, appendicit, eller IBD i botten) kan man få en sekundär tubeovarialabscess som involverar adnexa.

Diagnos

Diagnosen PID ställs generellt på patient som uppvisar lågt sittande buksmärta i kombination med ruckömhet över livmoder eller ömhet över adnex. När annan orsak uteslutits och där diagnosen stärks av förhöjda infektionsparametrar, purulent flytning, sparsam till måttlig vaginal blödning, och/eller förekomst av anamnestiska riskfaktorer.

I tillägg till detta uppvisar en patient med tubeovarialabscess ett bilddiagnostiskt fynd av en organiserad abscess i lilla bäckenet, som kan motsvara en ömmande resistens åtkomlig vid bimanuell palpation, och ofta mer påtagligt förhöjda infektionsparametrar.

Handläggning på akutmottagning

En patient med tubeovarialabscess kräver generellt inläggning, då tillståndet kan kompliceras av livshotande sepsis som följd. Cirkulatoriskt påverkade patienter skall undersökas på stora Akuten. Vid röd RETTS eller NEWS2 på 7 eller mer handläggs som [sepsisalarm](#)

Triagering på gynakuten:

- Andningsfrekvens, blodtryck, puls, temperatur (RETTS eller NEWS)
- CRP, LPK, urinsticka, grav-test

Patient ska ha dubbla infarter, provtagning enligt ovan inklusive blododling och urinodling. Ge vätska och påbörja antibiotika intravenös utan fördröjning efter odlingar.

Huruvida man ska dra spiralen eller inte är omdebatterat, vi rekommenderar spiraluttag vid TOA men att man låter den sitta kvar vid salpingit utan abscess. Om patienten är septisk bör man i regel vänta med att dra spiralen tills man gett några doser antibiotika och patienten är stabil.

Blodprover

- LPK (ev med neutrofila), CRP, Hb, krea.
- Bastest, blodgrupp.
- Man bör avstå provtagning av CA-125 i akutskedet, vilket kan förväntas vara förhöjt och inte kan användas för att differentiera mot maligna förändringar.
- Blododlingar

Urinprover

- Urinsticka – frikostig urinodling
- Gravtest

Vaginala prover

- Prov för PCR klamydia/gonokocker måste tas, även om det är ovanligt att detta är positivt vid tuboovarialabscess.
- Prov för PCR mykoplasma samt ureaplasma tas hos patienter med terapivikt eller immunsuppression, men ska inte tas generellt.
- Wet smear och mikroskopi: Rikligt med leukocyter?
- Cervixodling är generellt inte av värde men kan övervägas vid förekomst av spiral. Spiral extraheras, om möjligt, och skickas för odling. Odlingar från spiralbärare ska ha frågeställning Actinomyces på remissen.
- "PCR 16S" (16S-rRNA) från odlingen kan påvisa avdöda bakterier och vara av värde när man odlar efter punktion/dränering.

Bilddiagnostik

Vaginalt ultraljud, eventuellt kompletterat med **abdominellt ultraljud**, visar typiskt en komplex, oregelbunden cystisk massa på platsen för adnex, ibland bilateralt. Man brukar beskriva tjocka septeringar eller "kugghjulstecken" med inkompleta septa. Varet i abscessen ter sig ekogent och skyigt. Bland gynekologiska differentialdiagnoser finns endometriom samt ovarium som varit torkverat under längre tid.

CT buk görs om det finns diagnostisk osäkerhet efter vaginalt ultraljud, eller man behöver utesluta differentialdiagnoser. Differentialdiagnoser inkluderar perforerad divertikulit, appendicit, eller IBD. CT kan dock inte alltid säkert urskilja tuboovarialabscess från dessa diagnoser, och dessutom kan det vid dessa tillstånd uppstå en abscess som innefattar adnexa. CT kan även väljas framför vaginalt ultraljud hos patient där det är omöjligt eller

olämpligt med vaginal undersökning, eller när man inte primärt misstänker gynekologisk förklaring till besvären.

Behandling

Antibiotika

Nedanstående är likvärdiga alternativ:

Piperacillin/Tazobaktam 4g x 3 iv eller

Cefotaxim 1g x 3 och Metronidazol 1,5g x 1 (dag 1) och därefter 1g x 1 eller

Meropenem 1 g x 3 iv

Vid allergi mot PC, cefalosporin eller annan betalaktam: Kontakta infektionsläkare

Tömning av abscess

Små abscesser kan ibland behandlas konservativt med enbart antibiotika, men generellt kräver större abscesser dränage eller punktion. Det finns en hög risk för infertilitet efter tuboovarialabscess, och studier talar för att konservativ behandling ökar risken ytterligare. Även patienter med mindre abscesser som inte svarar på konservativ behandling kan behöva tömmas. Tömning bör övervägas inom ett par dagar.

Ultraljudsledd punktion eller dränage

Ultraljudsledd transvaginal punktion görs i första hand, med aspiration av pus. Ingreppet kan göras på avd/mott men oftast krävs narkos, beroende på patientens allmäntillstånd och smärtpåverkan. Odlingar ska tas och man bör beställa "PCR 16S" från odlingen (16S-rRNA, sekvensering för att identifiera döda bakterier).

Transabdominell punktion kan ibland göras via röntgen om abscessen inte är åtkomlig via vagina

Vid dränage av abscess hos postmenopausala ska utbytet även skickas för cytologi. Negativ cytologi utesluter dock inte malignitet och dessa patienter ska oavsett följas upp enligt nedan.

Kirurgiskt dränage

Ultraljudsledd dränering transvaginalt eller transabdominellt är alltid förstahands-val med mindre risker vad gäller narkos och kirurgisk skada än laparoskopi eller laparotomi. Om inte lyckas hos en patient som är hemodynamiskt instabil och inte svarar på initial behandling eller uppvisar peritonit bör genomgå akut laparoskopisk eller öppen operation med dränage av abscess, spolning av bukhålan och inläggning av drän. Även mycket stora eller multilokulära abscesser kan kräva kirurgiskt dränage. Odlingar ska tas. Vid ingreppet behöver man ta hänsyn till att vävnaderna är sköra och ödematösa av infektionen, och begränsa ingreppet till så lite vävnadsdissektion som möjligt – i första hand enbart inläggande av drän.

Fortsatt behandling med peroral antibiotika

Val av peroral antibiotika styrs helst av fynd i odling eller bakterie-PCR men negativa odlingar är vanligt. Rekommendationerna gällande antibiotikaval och längd på behandlingen går isär. Vid positiv PCR på klamydia, gonorré eller mykoplasma från cervix skall detta

täckas in av den perorala regimen, i tillägg till täckning för anaerober, enterobakterier och streptokocker då tuboovarialabscess ofta är en polymikrobiell infektion.

Följande alternativ är möjliga vid negativa odlingar:

- Amoxicillin-klavulansyra 500-875 mg x 3 + Metronidazol 400 mg x 3 (rekommenderas av STRAMA men har troligen sämre gramnegativ täckning än nedanstående alternativ) eller
- Ciprofloxacin 500 mg 1 x 2 + Metronidazol 400 mg x3 (sämre grampositiv täckning än ovanstående)

Följande alternativ är möjliga vid positiv klamydia-PCR:

- Doxycyklin 100 mg 1 x 2 + Metronidazol 400 mg x 3 eller
- Doxycyklin 100 mg 1 x 2 + Klindamycin 300 mg 1 x 3

Vid mykoplasma eller ureaplasma kontaktas infektionsläkare för diskussion av lämplig antibiotika och behandlingstid. Ureaplasma behandlas vanligtvis med Doxycyklin i flera veckor.

Behandlingstid: Dränerad abscess 10-14 dagar, alternativt 7-10 dagar efter fullständig dränering, förutsatt välmående patient. Kirurgiskt dränerade abscesser kräver enligt senaste rekommendationer kortare tids behandling, men punktion ger sannolikt inte samma tömning och kräver därför eventuellt längre tids peroral antibiotika i efterförloppet. Minst 14 dagars behandling om abscessen inte tömts alls, eller vid kvarvarande större abscess efter punktion.

Patienter med immunosuppression

Patienter som står på immunomodulerande läkemedel eller med medfödd immunbrist har en ökad risk att drabbas av salpingit/tuboovarialabscess i samband med små ingrepp så som spiralbyte. De har också en ökad risk att få allvarliga infektioner av vanligtvis lågpatogeta bakterier så som ureaplasma och mykoplasma. Det finns flera case reports där patienter som står på behandling med Rituximab (Mabthera) drabbats av allvarliga infektioner med ureaplasma. Vid odlingsfynd av mykoplasma eller ureaplasma bör dessa patogener behandlas, vilket kan vara utmanande på grund av resistens framförallt hos mykoplasma. Vi rekommenderar kontakt med infektionsläkare, det är viktigt att fortfarande ha en bred teckning då dessa abscesser oftast är polymikrobiella.

Uppföljning

Vid långdraget fluktuerande förlopp, kan patient sättas upp för återbesök inom en vecka efter avslutad antibiotikabehandling, lämpligen som ett jourbesök till Gynakuten. Övriga ska upplysas om att själva söka igen om deras symtom blossar upp igen.

Risken för bakomliggande malignitet vid TOA, är förhöjd hos postmenopausala kvinnor. Planeras för återbesök efter 48 veckor.

Kvinnor i fertil ålder ska informeras om risken för nedsatt fertilitet efter TOA, oavsett genomgången behandling.

Övriga kvinnor ska planeras för återbesök med ultraljud efter tre månader. Vid kvarvarande ultraljudsförändring eller återfall i infektion kan man behöva överväga borttagande av tuba/adnex.

Referenser

Riktlinjen är skriven utgående från rutin "Tuboovarialabscess", Gynekologi och reproduktionsmedicin, Sahlgrenska sjukhuset, Västra Götalandsregionen, 2020-04-22.

1. Gabriel Levin, Uri P. Dior, Ronit Gilad, Avi Benshushan, Asher Shushan & Amihai Rottenstreich. Pelvic inflammatory disease among users and non-users of an intrauterine device. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2021;41:118-123
2. Victoria Kapustian, Ahmet Namazov, Odeliya Yaakov, Michael Volodarsky, Eyal Y Anteby, Ofer Gemer. Is intrauterine device a risk factor for failure of conservative management in patients with tubo-ovarian abscess? An observational retrospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2018; 297:1201-1204.
3. Yagur Y, Weitzner O, Man-El G, Schonman R, Klein Z, Fishman A, et al. Conservative management for postmenopausal women with tubo-ovarian abscess: *Menopause.* 2019 Jul;26(7):793–6.
4. *Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of tubo-ovarian abscess - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Jan 14].*
5. Dessein R, Giraudet G, Marceau L, Kipnis E, Galichet S, Lucot J-P, et al. Identification of Sexually Transmitted Bacteria in Tubo-Ovarian Abscesses through Nucleic Acid Amplification. Munson E, editor. *Journal of Clinical Microbiology.* 2015 Jan;53(1):357–9.
6. *Management and complications of tubo-ovarian abscess - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Jan 14].*
7. *Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Jan 14].*
8. Fouks Y, Cohen A, Shapira U, Solomon N, Almog B, Levin I. Surgical Intervention in Patients with Tubo-Ovarian Abscess: Clinical Predictors and a Simple Risk Score. *Journal of Minimally Invasive Gynecology.* 2019 Mar;26(3):535–43.
9. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 2009 Oct;23(5):667–78.
10. Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: A study of 302 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2005 Oct;193(4):1323–30.
11. Vimal V Jhaveri, Mary T Lasalvia. Invasive Ureaplasma Infection in Patients Receiving Rituximab and Other Humoral Immunodeficiencies-A Case Report and Review of the Literature. *Open Forum Infect Dis.* 2019; 6:1-4
12. Grenmark A, Axelson O. Urogenital Ureaplasma gav invasiv infektion hos immunosupprimerad. *Läkartidningen.* 2022; 119:22038
13. Sedina Atic Kvalvik, Ingerid Skarstein, Anne Veddeng, Hilde Løland von Volkmann, Torleiv Kvalvik, Øivind Fredvik Grytten Torkildsen, Cathrine Ebbing. An immunocompromised woman in her twenties with abdominal pain and vaginal discharge. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2020; 140 (16).

Uppdaterat från föregående version

Juni -23: Ny riktlinje