



# Abses Tubo-Ovarian: Sebuah Laporan Kasus di RSUD Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh

**Mohd Andalas, Munawar, Yusra, Maqbul**

*Departement Obstetri dan Ginekologi, Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala/Rumah Sakit Umum dr. Zainoel Abidin*

## **Abstrak**

**Latar belakang:** Abses tubo-ovarium sering ditemukan pada wanita usia reproduksi dan umumnya 60% wanita dengan TOA adalah nulipara. Sebelum tahun 2002, 20% dari kasus PID yang dirawat di rumah sakit disertai dengan TOA. Di tahun 2002, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) USA merilis pedoman baru evaluasi dan pengobatan penyakit menular seksual, yang membuat meningkatnya jumlah pasien yang didiagnosis dan dirawat karena PID sehingga mengurangi prevalensi TOA menjadi sekadar 2,3%. Secara umum pada kasus TOA di tatalaksana dengan histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral tetapi pada kasus ini pengelolaannya berbeda.

**Objektif:** Memberikan gambaran terkait terapi konservatif pada tubo-ovarian abses dengan infertilitas primer 3 tahun, yang dilakukan drainase abses dan pemberian antibiotik.

**Kasus:** Seorang wanita 28 tahun datang dengan keluhan nyeri perut bawah, pasien juga mengeluh nyeri pada saat berhubungan, riwayat keputihan positif, berwarna putih susu, namun tidak gatal dan tidak berbau, pasien juga mengeluh sering demam yang bersifat hilang timbul, pasien juga mengeluh belum mendapat keturunan setelah menikah 3 tahun, dari pemeriksaan penunjang didapatkan peningkatan leukosit 22.700 dan Ca-125 133,58 dan hasil USG didapatkan kista berukuran 9x7x8 cm berasal dari adnexa kiri.

**Kesimpulan:** Adanya respon positif pada pilihan terapi konservatif. Kami berharap pengobatan konservatif menjadi salah satu jalan keluar dalam kasus TOA pada wanita infertil.

**Kata Kunci:** Tubo-Ovarial Abses, infertilitas, manajemen konservatif TOA.

## **Tubo-Ovarian Abscess: in Dr. Zainoel Abidin Banda Aceh Hospital: a Case Report**

Mohd Andalas, Munawar, Yusra, Maqbul

*Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine University of Syiah Kuala*

### **Abstract**

**Background:** A tubo-ovarian abscess (TOA) most commonly are found in reproductive-age women and nearly 60% of women with TOA are nulliparous. Before 2002, approximately 20% of PID cases admitted to hospital were accompanied by TOA. In 2002, the USA Centers for Disease Control and Prevention (CDC) released new guidelines for the evaluation and treatment of sexually transmitted diseases, which increased the number of patients being diagnosed with and treated for PID and the prevalence of TOA decreased to a mere 2.3%. In general, the cases of TOA were treated with total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy but in this case it's different.

**Objective:** To describe conservative treatment of tubo-ovarian abscesses with 3 years of primary infertility, which is done by abscess drainage and administration of antibiotics.

**Case:** A 28-year-old woman presented with lower abdominal pain. She also complained of pain during intercourse. She also had odorless whitish vaginal discharge but not itchy. She had intermitten fevers. The patient also complained that he had not yet got offspring after 3 years of marriage. No pain during menstruation, laboratorium examination of the blood, an increase in leukocytes 22,700 and Ca-125 133,58 and the results of ultrasonography is obtained a cyst with the size 9x7x8 cm from the left adnexa.

**Conclusions:** There is a positive response to the choice of conservative therapy. We hope conservative treatment one of wayout in case of TOA in infertile woman.

**Keywords:** tubo-ovarian abscesses, infertility, conservative treatment of TOA

## **Pendahuluan**

Abses tubo-ovarium (*tubo-ovarian abscess/ TOA*) merupakan suatu massa pada adnexa yang terbentuk sebagai komplikasi dari penyakit radang panggul. Secara klasik, TOA bermanifestasi berupa massa di adneksa, demam, peningkatan jumlah sel darah putih, nyeri perut-panggul bagian bawah, dan atau keputihan. Namun, presentasi penyakit ini sangat bervariasi. Jika abses ruptur, dapat terjadi sepsis yang mengancam jiwa sehingga kekhawatiran klinis untuk diagnosis ini memerlukan evaluasi dan pengobatan segera.<sup>1-3</sup>

Abses tubo-ovarium paling sering ditemukan pada wanita usia reproduksi dan hampir 60% wanita dengan TOA adalah nulipara. Sebelum

tahun 2002, 20% dari kasus PID yang dirawat di rumah sakit disertai dengan TOA. Namun, pada tahun 2002, Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) di USA merilis pedoman baru evaluasi dan pengobatan penyakit menular seksual, yang meningkatkan jumlah pasien yang didiagnosis dan dirawat karena PID dan mengurangi prevalensi TOA menjadi sekadar 2,3%. Wanita yang HIV positif dengan PID umumnya memiliki resolusi klinis penyakit yang lebih lambat dan lebih tinggi berisiko untuk terjadinya TOA.<sup>4</sup> TOA didefinisikan sebagai massa inflamasi yang melibatkan adnexa dan/ atau ovarium yang ditandai dengan adanya nanah. Penyebab paling umum adalah infeksi saluran genital atas. Patogen dari infeksi serviks atau infeksi vagina naik pertama kali ke

endometrium dan kemudian melakukan perjalanan melalui saluran tuba ke dalam rongga peritoneum yang akan membentuk suatu massa yang berisi nanah dan berkapsul.<sup>5</sup> Infeksi kadang-kadang dapat melibatkan organ-organ yang berdekatan lainnya seperti usus dan kandung kemih. TOA memiliki tingkat morbiditas yang tinggi dan dapat mengancam jiwa. TOA juga dapat menyebabkan sepsis sistemik yang parah, tingkat kematian dilaporkan setinggi 5-10%.<sup>6</sup>

Diagnosis TOA dibuat ketika ditemukan tanda klinis yang dikaitkan dengan peningkatan penanda inflamasi dan temuan radiologis yang menunjukkan massa. Pada umumnya tatalaksana TOA dengan histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral.<sup>4</sup> Kini manajemen TOA telah berubah secara drastis dengan munculnya antibiotik spektrum luas, peningkatan penggunaan pencitraan, dan teknik drainase. Sebagian besar penelitian manajemen ini telah menunjukkan tingkat keberhasilan 70% atau lebih baik. Hitungan darah lengkap harian harus dilakukan secara serial untuk melihat tren leukositosis dengan harapan melihat perbaikan.<sup>7</sup>

Potensi konsekuensi jangka panjang dari TOA berupa infertilitas, peningkatan risiko kehamilan ektopik dan nyeri panggul kronis. Pasangan subfertilitas merupakan komplikasi jangka panjang dari TOA. Rosen et al, melaporkan bahwa 32-63% wanita mencapai kehamilan setelah laparotomi dan drainase abses dibandingkan 4-15% pada wanita yang diobati dengan antibiotik saja. Penatalaksanaan dengan laparotomi dan drainase abses sebaiknya dipertimbangkan untuk semua wanita dengan TOA yang menginginkan kesuburan di masa depan.<sup>8</sup>

## Laporan Kasus

Seorang wanita 28 tahun datang dengan keluhan nyeri perut bawah sejak 7 hari yang lalu, nyeri dirasakan sampai pinggang hingga tungkai atas, pasien juga mengeluh nyeri pada saat berhubungan, riwayat keputihan diakui pasien, berwarna putih susu, namun tidak gatal dan tidak berbau, pasien juga mengeluh sering demam yang bersifat hilang timbul, pasien sudah

menikah selama 3 tahun namun belum memiliki anak.

Penilaian tanda vital didapatkan keadaan umum pasien baik, komposmentis dengan tekanan darah 130/70 mmHg, nadi 88 kali, nafas 18 kali, suhu 36,7°C, pada pemeriksaan umum didapatkan massa setinggi pusat, pada pemeriksaan ginekologi didapatkan vaginal touche teraba massa di adnexa kiri dan nyeri goyang portio positif. Dari hasil pemeriksaan darah didapatkan hasil laboratorium leukosit 22.700 dengan Ca-125 133,58 dan pemeriksaan penunjang USG didapati ovarium kiri tampak massa kistik ukuran 9,08x7,33x8,02 cm dengan gambaran *cogwheel sign*.

Berdasarkan anamnesa serta data pemeriksaan penunjang yang didapati dari pasien ini Pasien di diagnosa dengan abdominal pain VAS 6 *e.c* tubo ovarial abses kiri dengan infertil primer 3 tahun.

## Diskusi

Pada kasus ini hanya dilakukan laparotomi eksplorasi, eksisi dan evakuasi abses, kistektomi parsial, dan adhesiolisis. Pada umumnya tatalaksana TOA adalah dengan melakukan histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral.<sup>4</sup> Namun mengingat pasien belum memiliki keturunan pasca menikah 3 tahun, jadi kita tidak melakukan salpingo-ooforektomi bilateral. Secara teori pada pasien yang ingin mempertahankan kesuburan maka drainase abses merupakan pilihan utama. Jika pasien tidak ingin memiliki anak lagi maka salpingo-ooforektomi bisa dipertimbangkan sehingga dapat mengurangi tingkat rekurensi dan kemungkinan operasi kedepannya. Henry-Suchet melaporkan pasien yang dilakukan adhesiolisis laparotomi dan drainase abses yang dilanjutkan dengan pemberian antibiotik, pada 90% wanita, pendekatan itu berhasil, dengan hanya 10% yang membutuhkan lebih lanjut operasi.<sup>9</sup> Pada pasien ini diberikan terapi triple drugs cefoperazone 1g/ 12jam, doksisisiklin 2x100 mg dan Metronidazol 500 mg/ 8jam selama 2 hari. Dilanjutkan dengan pemberian terapi oral cefixime 2x100 mg, doksisisiklin 2x100 mg dan metronidazole 3x500 mg selama 12 hari. Pemilihan regimen ini sesuai dengan

panduan dari pusat pengendalian dan pencegahan penyakit (CDC) USA.<sup>10</sup>

### Kesimpulan

Pada kasus ini hanya dilakukan terapi konservatif dengan laparotomy eksplorasi, eksisi dan evakuasi abses, kistektomi parsial, dan adhesiolisis. Mengingat pasien belum memiliki anak pasca menikah 3 tahun. Setelah prosedur drainase dan pemberian antibiotik selama 3 hari, pemeriksaan kadar leukosit terjadi penurunan menjadi 15.100/mm<sup>3</sup>. Pemeriksaan fisik dan klinis tidak didapati adanya tanda-tanda infeksi. Pasca rawatan 3 hari pasien diperbolehkan pulang. Pasca 2 minggu operasi, dan pemberian antibiotik didapatkan kadar leukosit 10.900/mm<sup>3</sup>. Pada kasus ini memperlihatkan adanya respon positif pada pilihan terapi konservatif yang dilakukan. Perlu pertimbangan tindakan terapi konservatif untuk kelompok wanita yang didiagnosa dengan TOA tapi belum memiliki keturunan.

### Daftar Pustaka

1. Tao X, Ge SQ, Chen L, Cai LS, Hwang MF, Wang CL. Relationships between female infertility and female genital infections and pelvic inflammatory disease: a population-based nested controlled study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2018 Aug 09;73:e364. [PMC free article] [PubMed].
2. 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. *J Minim Invasive Gynecol*. 2018 Aug 11; [PubMed].
3. Fouks Y, Cohen Y, Tulandi T, Meiri A, Levin I, Almog B, et al. Complicated Clinical Course and Poor Reproductive Outcomes of Women with Tubo-Ovarian Abscess after Fertility Treatments. *J Minim Invasive Gynecol*. 2019 Jan;26(1):162-8. [PubMed].
4. Munro K, Gharaibeh A, Nagabusham S, Martin C. Diagnosis and Management of Tubo-Ovarian Abscesses. *Review. The Obstetrician & Gynecologist*; 2018; 20: 11-9.
5. Inal ZO, Inal HA, Gorkem U. Experience of Tubo-Ovarian Abscess: A Retrospective Clinical Analysis of 318 Patients in a Single Tertiary Center in Middle Turkey. *Surg Infect (Larchmt)*. 2018 Jan;19(1):54-

60. [PubMed].
6. Lareau SM, Beigi RH. Pelvic inflammatory disease and tubo-ovarian abscess. *Infect. Dis. Clin. North Am*. 2008 Dec;22(4):693-708. [PubMed].
7. Chu L, Ma H, Liang J, Li L, Shen A, Wang J, et al. Effectiveness and Adverse Events of Early Laparoscopic Therapy versus Conservative Treatment for Tubo-Ovarian or Pelvic Abscess: A Single-Center Retrospective Cohort Study. *Gynecol. Obstet. Invest*. 2019 Jan 04;:1-9. [PubMed].
8. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv* 2009;64:681-9.
9. Henry-Suchet J. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscess: thirty years' experience. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9:235-7.
10. Hiller N, Fux T, Finkelstein A, Mezeh H, Simanovsky N. CT differentiation between tubo-ovarian and appendiceal origin of right lower quadrant abscess: CT, clinical, and laboratory correlation. *Emerg Radiol*. 2016 Apr;23(2):133-9. [PubMed].

