

Tuboovarial abscess

Sist oppdatert: 08.01.2025

[Mer informasjon](#)

Utgiver: Norsk gynekologisk forening

Versjon: 1.4

Forfattere: Astrid Rygh, Sedina Atic Kvalvik, Liv Rimstad Moksnes, Anny Spydslaug

Revisjon august 2025: Liv Rimstad Moksnes, Sedina Atic Kvalvik, Hilde Wesnes, Karianne Nodenes, Kjerstine Røe

[Tidligere versjoner](#)

[Kopier lenke til dette emnet](#)

Kopiert

[Foreslå endringer/gi kommentarer](#)

Lagt til endringslogg.

GENERELT

Tuboovarial abscess (TOA) kompliserer 15-35% av bekkeninfeksjoner og kan utgjøre en alvorlig, potensielt livstruende tilstand som krever aggressiv medisinsk og kirurgisk behandling. TOA skyldes ofte oppadstigende infeksjoner fra genitalia interna, men kan også utgå fra endometriomer, cyster, teratomer og IVF-stimulert ovarier, spesielt etter transvaginal punksjon. TOA kan også skyldes sekundære infeksjoner fra abdomen, for eksempel appendicitt, divertikulitt eller pyelonefritt, eller hematogen spredning. Klamydia og gonore, kan gi TOA, men man finner ofte polymikrobiell genese, og typiske agens er E. coli, bacteriodes, klebsiella, gruppe B streptokokker, hemophilus infl., pseudomonas.

Se ref. nr. (1) (2) (3) (4)

DIAGNOSE

- Anamnese, klinisk undersøkelse, ultralydundersøkelse og laboratorieprøver.
- Nedsatt allmenntilstand. Abdominalsmerter (> 90 %) Feber (60-80 %).
- Forhøyede infeksjonsparametre: CRP (> 90 %), leukocytose (60-80 %), CA125 (80-90 %).
- Purulent fluor fra cervix, palpasjonsømheter, ruggeømt livmor, og oppfylning i adnex.
- Ultralyd: TOA ses som en kompleks cystisk struktur som er tykkvegget, med septa, debris og områder med vekslende ekkogenitet. Fri væske i fossa Douglasi.
- Sikre bakteriologiske prøver fra cervix, abscess, evt. blodkulturer.

- Dersom puss kan sikres, sendes det på sterilt glass til dyrkning og direkte PCR for bakterie-DNA (16S rRNA) siden atypiske mikrober ikke vokser på tradisjonelle medier, eller hvis pasienten allerede har fått antibiotika. Ved tilgang på biopsi (laparoskopi) kan også den sendes inn til direkte PCR på sterilt glass.
- Tenk på opportunistiske mikrober hos immunsupprimerte pasienter (5).
- CT og MR er aktuelt for å differensiere fra malignitet, inflammatorisk tarmsykdom og annen akutt sykdom i nedre del av abdomen (f. eks. appendicitt).
- Laparoskopi: Ved septisk pasient, ved mistanke om rumpert abscess, usikker diagnose eller mistanke om malignitet.

BEHANDLING

Generelt

- Parenteral antibiotikabehandling alene kan være effektivt hos mange pasienter, men effekten er ofte utilstrekkelig ved større abscesser. Bedring bør inntre innen 24- 48 timer, ellers anbefales også drenasje av mindre abscesser. Drenasje anbefales også ved stagnasjon i forløpet. (1)

Antibiotikabehandling

- Ceftriakson (Ceftriakson®) 2 g x 1 iv daglig + metronidazol (Flagyl®) 500 mg x 2 iv/po daglig (eller klindamycin (Dalacin®) 900 mg x 3 iv daglig). Med tillegg av Azitromycin 500 mg x 1 i 5 dager (eller inntil klamydiasvar foreligger).
- Etterfølgende peroral behandling avhenger av mikrobe(r) og resistensforhold:
 - Doxycyklin (Doxylin®) 200 mg x 1 + metronidazol (Flagyl®) 400-500 mg x 2 i minst 14 dager ved klamydia pluss anaerober.
 - Trimetoprim sulfamethoxazol (Bactrim®) (80 mg/400 mg) 2 tabletter x 2 + metronidazol (Flagyl®) 400-500 mg x 2 i minst 14 dager ved grampositiv, gramnegativ og anaerob infeksjon.

Både metronidazol og klindamycin er effektive mot anareobe mikrober, men pga. resistensforhold og komplikasjoner knyttet til clostridieovervekst er metronidazol førstevalg. Antibiotikabehandlingen justeres etter dyrkningssvar og resistensmønster. Parenteral behandling bør fortsette til pasienten har vært feberfri i minst 24-48 timer.

- Antibiotika ved septisk forløp:
 - Klindamycin iv 900 mg x 3
 - + piperacillin/tazobaktam iv 4/0,5 g x 1 ladningsdose etterfulgt av Piperacillin/tazobaktam iv 4/0,5 g x 4 - Ladningsdosen gis over 30 min. Neste dose startes umiddelbart etter ladningsdosen. Denne og videre doser gis over 3 timer (6)

Lenke: [Gynekologiske og obstetriske infeksjoner - Helsedirektoratet](#)

Intervensjoner

Ved septisk pasient, skal drenasje/sanering av abscessen utføres. Ved mistenkt rumpert abscess/akutt abdomen og sepsis, anbefales laparoskopi med sanering av abscess og lavage.

Drenasje anbefales ved store abscesser på over 6-8 cm og ved manglende effekt av antibiotika, selv også ved mindre abscesser. Minimalt invasive metoder, dvs. ultralydveiledet evt CT veiledet drenasje eller laparoskopi, anbefales. (2) (6) (1)

- Transvaginal ultralydveiledet drenasje (se under) i kombinasjon med antibiotika, er vist effektiv uansett størrelse på abscessen. Metoden er minimalt invasiv, gir raskere smertelindring og innebærer kortere behandlingstid/sykehusopphold sammenliknet med antibiotika alene.
Gjentatt drenasje er aktuelt etter 2-4 dager basert på ultralydfunn og klinisk bilde (7).
- Transkutan ultralyd- eller CT-veiledet drenasje med innleggelse av dren er et alternativ, spesielt hvis abscessen ikke er tilgjengelig for effektiv tømming via vagina.
- Laparoskopi i kombinasjon med antibiotika: Inngrepet skal sikre adekvat drenasje av abscessen og puss i buken. Man bør vurdere organbevarende kirurgi hos kvinner med fertilitetsønske. Omfattende kirurgi er komplisert og forbundet med høy risiko for komplikasjoner, blant annet tarmskader og ureterskader. (6)

Transvaginal ultralydveiledet drenasje av TOA

- Transvaginal drenasje av TOA kan utføres med eller uten narkose og gir ofte rask smertelindring.
- Utstyr: Nål 14-Gauge med lumen 1,3 mm. Med nål med dobbelt lumen kan man skylle med 0.9 % NaCl og lettere tømme abscessen. (7)

OPPFØLGING

- Det er viktig å vurdere behandlingseffekten etter utskrivelse. Gjentatt drenasje eller kirurgi kan bli aktuelt.
- Malignitetsutredning er viktig hos postmenopausale kvinner. (1) (8)

ENDRINGSLOGG

REFERANSER

Referanser

1. **Munroe MD MRCOG, Kirsty and Gharaibeh MRCOG, Asma and Nagabushanam MRCOG, Sangeetha and Martin MRD FRCOG, Camberon.** *Diagnosis and management of tubo-ovarian abscesses.* 2018.
2. **Frock-Welnak, Danielle Sequelae and Tam, Jenny.** Identification and Treatment of Acute Pelvic Inflammatory Disease and Associated Sequelae. *Obstet Gynecol Clin North Am.* September 2022.
3. **Granberg, S and Gjelland, Knut and Ekerhovd, Erling.** The management of pelvic abscess. *Best Practice and Research. Clinical Obstetrics and Gynaecology.* Oktober 2009.
4. **Fødselshjelp (NGF). Bakterielle infeksjoner.** [Internett] 2024.
[https://metodebok.no/kapittel/WcqEnL2i/bakterielle-infeksjoner-\(20202024\)/f%C3%B8dselshjelp-\(ngf\)](https://metodebok.no/kapittel/WcqEnL2i/bakterielle-infeksjoner-(20202024)/f%C3%B8dselshjelp-(ngf)).
5. **An immunocompromised woman in her twenties with abdominal pain and vaginal discharge.** *Tidsskrift for den norske legeforening.* November 2020.
6. **Gynekologiske og obstetriske infeksjoner Antibiotikaveileder for sykehu.** [Internett] Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/antibiotika-i-sykehus/gynekologiske-og-obstetriske-infeksjoner>.
7. **Goje MD, Oluwatosin and Markwei ScMb, Metabel and Chavan BS, Monica and Soper MD d, David E.** Outcomes of Minimally Invasive Management of Tubo-ovarian Abscess: A Systematic Review. *Journal of Minimal Invasive Gynecology.* September 2020.
8. **Gjelland, Knut and Ekerhovd, Erling and Granberg, Seth.** Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tub-ovarian abscess: a study of 302 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* Oktober 2005.
9. **Gil, Yaron and Capmas, Perrine and Tuland,Togas.** Tubo-Ovaria Abscess in Postmenopausal Women: A Systemic Review. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproductin.* Mai 2020.