

Gäller för: Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin  
Innehållsansvar: Johanna Rydelius, (johry1), Sektionschef  
Granskad av: Ebba Holmquist, (ebbho1), Specialistläkare  
Godkänd av: Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

Giltig från: 2026-01-28

Giltig till: 2028-01-28

# Turboovarialabscess

## Revidering i denna version

**2026-01-21** ersätter version från 2020-04-22. Rutin reviderad i sin helhet.

## Syfte

Att ge riktlinjer för diagnostik, behandling och uppföljning av tuboovarialabscess (TOA).

## Diagnos/åtgärds-koder

<u>N70.0</u>	Akut salpingit och ooforit
<u>LAA06</u>	Transvaginal punktion av ovarialcysta,
<u>LAA01</u>	Laparoskopisk punktion av ovarialcysta

## Bakgrund

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

Tuboovarialabscess beskrivs som en komplikation till PID, men måste inte föregås av en klinisk PID. TOA utgörs av en abscess i lilla bäckenet som engagerar tuba, äggstock och ibland även blåsa och/eller tarm. TOA kan även orsakas av kirurgiska ingrepp såsom hysterektomi, lokala ingrepp som spiralinsättning eller ingrepp i samband med IVF, utgörs av ett infekterat endometriom, eller höra samman med en bakomliggande malignitet i lilla bäckenet. En TOA kan även utgöras av en abscess utgående från tarm (med divertikulit, appendicit, eller IBD i botten) som involverar adnexa.

# Utförande

## Diagnos

Diagnosen PID ställs generellt på patient som uppvisar lågt sittande buksmärta i kombination med ruckömhet över livmoder eller ömhet över adnex där 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 TOA 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.

## Lab

LPK (ev med neutrofila), CRP, Hb, krea. Bastest, blodgrupp. Blododlingar. Graviditetstest för att styra antibiotikaval.

Man bör avstå provtagning av CA-125 i akutskedet, vilket kan förväntas vara förhöjt vid TOA och inte kan användas för att differentiera mot maligna förändringar.

## Gynekologisk undersökning

Prov för PCR klamydia/gonokocker måste tas, även om det är ovanligt att detta är positivt vid TOA. Man kan överväga prov för PCR mykoplasma. Eventuellt våtutstryk och mikroskopi. Cervixodling är generellt ej 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.

## 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 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 TOA 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.

### **Handläggning på akuten**

En patient med TOA kräver generellt inläggning då tillståndet kan kompliceras av ruptur av abscessen med livshotande sepsis som följd. Patient skall ha dubbla infarter, provtagning enligt ovan inklusive blododling. Ge vätska och påbörja antibiotika intravenöst.

## **Behandling**

### **Antibiotika**

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**

Imipenem 500 mg x 4 iv

Dessa är likvärdiga alternativ.

### **Tömning av abscess**

Små abscesser kan ibland behandlas konservativt med enbart antibiotika men generellt kräver större bukabscesser dränage eller punktion. Det finns en hög risk för infertilitet efter TOA, och studier talar för att konservativ behandling ökar risken ytterligare. Även patienter med mindre abscesser som inte svarar på konservativ behandling kan behöva tömmas. Ingreppet bör om möjligt utföras inom ett dygn från inläggningen.

Ultraljudsledd punktion eller dränage

Transvaginalt i första hand, eller transabdominellt om abscessen ej är åtkomlig via vagina. Ultraljudsledd transvaginal punktion med aspiration av pus kan göras på avdelningen/mottagningen eller i narkos beroende på patientens allmäntillstånd och smärtpåverkan, se [PM Cystpunktion](#). Odlingar skall tas och man bör beställa "PCR 16S" från odlingen (16S-rRNA, sekvensering för att identifiera döda bakterier).

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

Kirurgiskt dränage

Patient som är hemodynamiskt instabil och inte svarar på initial behandling, uppvisar peritonit eller tecken på rupturerad abscess 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. I vissa fall kan salpingo- och/eller ooforektomi krävas. Odlingar skall tas och preparat gå för PAD. Man bör beställa 16S-rRNA från odlingen.

### **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 TOA 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

- Doxycyclin 100 mg 1 x 2 + metronidazol 400 mg x3

eller

- Doxycyclin 100 mg 1 x 2 + klindamycin 450 mg 1x4

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.

## **Uppföljning**

Vid långdraget fluktuerande förlopp kan patient sättas upp för återbesök inom en vecka efter avslutad antibiotikabehandling, lämpligen till ab-

mott med tydlig anvisning om vad som ska kontrolleras. 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. Be därför sekreterare sätta upp tid för uppföljning på gynnottagningen 8 veckor efter utskrivning för dessa patienter, poängtera vikten av att väntetiden hålls.

Kvinnor i fertil ålder skall informeras om risken för nedsatt fertilitet efter TOA, oavsett genomgången behandling. Kvinnor utan tidigare barn med barnönskan remitteras till Reproduktionsmedicin för fertilitetsrådgivning.

Övriga kvinnor skall remitteras till öppenvården för ultraljud efter tre månader. Symptomatiska patienter med kvarstående fynd remitteras tillbaka för operation eller second opinion-ultraljud.

## Referenser

1. Kubota T, Ishi K, Takeuchi H. A Study of Tubo-Ovarian and Ovarian Abscesses, with a Focus on Cases with Endometrioma. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 1997 Oct;23(5):421–6.
2. 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.
3. STRAMA. Empirisk antibiotikabehandling av vuxna på sjukhus och SÄBO. 2019/2020.
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. Chen M-J, Yang J-H, Yang Y-S, Ho H-N. Increased occurrence of tubo-ovarian abscesses in women with stage III and IV endometriosis. *Fertility and Sterility*. 2004 Aug;82(2):498–9.
7. Management and complications of tubo-ovarian abscess - UpToDate [Internet]. [cited 2020 Jan 14].
8. Silva F, Castro J, Godinho C, Gonçalves J, Ramalho G, Valente F. Minimally invasive approach of tubo-ovarian abscesses. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2015 Mar;37(3):115–8.
9. Vasilev SA, Roy S, Essin DJ. Pelvic abscesses in postmenopausal women. *Surg Gynecol Obstet*. 1989 Sep;169(3):243–6.

10. Soper DE. Pelvic Inflammatory Disease in the Postmenopausal Woman. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 1999;7(5):248-52.
11. Pelvic inflammatory disease: Treatment in adults and adolescents - UpToDate [Internet]. [cited 2025 Sep 19].
12. Kremer S, Kutcher R, Rosenblatt R, McGill F, Rozenblit A, Goldman M. Postmenopausal tubo-ovarian abscess: sonographic considerations and clinical significance. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 1992 Nov;11(11):613-6.
13. Fisher M, Drugan A, Govrin J, Timor-Tritsch IE, Brandes JM. Postmenopausal Tubo-Ovarian Abscess. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 1986 Jan 1;65(6):661-3.
14. Chao AS, Chang SY, Soong YK. Postmenopausal tuboovarian abscess. *Changgeng Yi Xue Za Zhi*. 1992 Sep;15(3):128-33.
15. Heaton FC, Ledger WJ. Postmenopausal tuboovarian abscess. *Obstet Gynecol*. 1976 Jan;47(1):90-4.
16. Velcani A, Conklin P, Specht N. Sonographic features of tubo-ovarian abscess mimicking an endometrioma and review of cystic adnexal masses. *Radiology Case*. 2010 Feb 6;4(2):9-17.
17. 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.
18. Granberg S, Gjelland K, Ekerhovd E. The management of pelvic abscess. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2009 Oct;23(5):667-78.
19. Mazuski JE, Tessier JM, May AK, Sawyer RG, Nadler EP, Rosengart MR, et al. The Surgical Infection Society Revised Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection. *Surgical Infections*. 2017 Jan;18(1):1-76.
20. 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.
21. Sawyer RG, Claridge JA, Nathens AB, Rotstein OD, Duane TM, Evans HL, et al. Trial of Short-Course Antimicrobial Therapy for Intraabdominal Infection. *New England Journal of Medicine*. 2015 May 21;372(21):1996-2005.
22. Lipscomb G, Ling F. Tubo-Ovarian Abscess in Postmenopausal Patients. *Southern Medical Journal*. 1992 Jul;85(7):696-9.
23. Blumenfeld Z, Toledano C, Eitan A, Barzilai A, Brandes JM. Tubo-ovarian abscess in the postmenopausal woman. *World J Surg*. 1982 Sep;6(5):634-6.

24. Rosen M, Breitkopf D, Waud K. Tubo-ovarian abscess management options for women who desire fertility. *Obstet Gynecol Surv.* 2009 Oct;64(10):681–9.
25. Gockley AA, Manning-Geist BL, Boatin AA, Gu X, Cohen S. Tubo-ovarian abscesses in postmenopausal women: Clinical presentation and outcomes. *Maturitas.* 2019 Jul;125:20–6.
26. Protopapas AG, Diakomanolis ES, Milingos SD, Rodolakis AJ, Markaki SN, Vlachos GD, et al. Tubo-ovarian abscesses in postmenopausal women: gynecological malignancy until proven otherwise? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2004 Jun;114(2):203–9.
27. Hoffman M, Molpus K, Roberts WS, Lyman GH, Cavanagh D. Tuboovarian abscess in postmenopausal women. *J Reprod Med.* 1990 May;35(5):525–8.
28. Hsiao S-M, Hsieh F-J, Lien Y-R. Tuboovarian Abscesses in Postmenopausal Women. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.* 2006 Sep;45(3):234–8.
29. Brun J-L, Graesslin O, Fauconnier A, Verdon R, Agostini A, Bourret A, et al. Updated French guidelines for diagnosis and management of pelvic inflammatory disease. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2016 Aug;134(2):121–5.
30. Martínez F, López-Arregui E. Infection risk and intrauterine devices. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2009 Jan;88(3):246–50.

## Granskare/arbetsgrupp

Ebba Holmquist, specialistläkare, VO Gynekologi och reproduktionsmedicin, SU

Johanna Wiik, specialistläkare, VO Gynekologi och reproduktionsmedicin, SU

Daniel Bremell, överläkare, sektionschef, Infektionskliniken, SU

# Information om handlingen

**Handlingstyp:** Rutin

**Gäller för:** Verksamhet Gynekologi och reproduktionsmedicin

**Innehållsansvar:** Johanna Rydelius, (johry1), Sektionschef

**Granskad av:** Ebba Holmquist, (ebbho1), Specialistläkare

**Godkänd av:** Pernilla Dahm Kähler, (perda5), Verksamhetschef

**Dokument-ID:** SU9786-1429723585-137

**Version:** 4.0

**Giltig från:** 2026-01-28

**Giltig till:** 2028-01-28