

Adölesanda vajene spontan drene olan anorektal apse: Olgu sunumu

Anorectal abscess with spontaneous drainage into the vagina in an adolescent: A case report

Ali Ekber Hakalmaz¹, Ayşe Kalyoncu Uçar², Gonca Topuzlu Tekant¹, Yunus Söylet¹, Sinan Celayir¹

Öz

Pelvik organlar ile perineal yüzeyler arasında birçok mekanizmayla birbirinden farklı apse formasyonları gelişebilmektedir. Anorektal apseler bu hastalıkların en yaygın sebeplerindedir. Klinik olarak daha çok lokal bir enflamasyon şeklinde karşımıza çıksa da, özellikle altta yatan başka patolojiler olduğunda komplikasyonlar ile birlikte seyrebilir. Olguların çoğunda tedavi, drenaj ve antibiyotik tedavidir. Ancak klinik tabloların anatomik ve terminolojik açıdan sınıflandırılması, tedavi yönetimi ve komplikasyonların takibi açısından çok önemlidir. Bu yazıda, akut batın ve sepsis kliniği ile başvuran periüretal, perivajinal, perirektal boşlukları doldurarak gluteoperineal sahaya yayılan ve vajen lümenine spontan drene olmuş bir anorektal apse olgusu sunuldu.

Anahtar sözcükler: Akut batın, anorektal apse, iskiyorektal apse, periüretal apse, perivajinal apse, vajinal akıntı.

Abstract

Various abscess formations can develop between the pelvic organs and perineal surfaces by different mechanisms. Anorectal abscesses are one of the most common causes of these disorders. Although it appears clinically as a local inflammation, it can progress with complications, particularly when there are other underlying pathologies. In most cases, treatment is drainage and antibiotherapy. However, anatomical and terminological classification of clinical presentations is of utmost importance for treatment and follow-up of complications. In this article, we present a case of an anorectal abscess which filled the periurethral, perivaginal, and perirectal spaces and spread to the gluteoperineal area and spontaneously drained into the vaginal lumen in an adolescent case who presented with the clinic of acute abdomen and sepsis.

Keywords: Acute abdomen, anorectal abscess, ischiorectal abscess, periurethral abscess, perivaginal abscess, vaginal discharge.

Pelvik lümenli organlar ile perineal yüzeyler arasındaki doğal boşluklarda, değişik mekanizmalarla çeşitli apse formasyonları gelişebilmektedir. Pilonidal sinüsler, anorektal apseler, ürogenital bezlerin enfeksiyonları, enfekte travmatik hematolar,

gluteo-perineal bölgeyi tutan apselerin yaygın nedenlerindedir.^[1-5] Apsenin drene edilmesi ve antibiyotik tedavileri, birçok olguda kalıcı olarak iyileşmeyi sağlamaktadır. Ancak komplike seyreden olgularda, etiyoloji, tedavi yönetimi ve prognoz açısından anatomik ve terminolojik sınıflandırmalar önem arz eder. Ayrıca aynı isimle tanımlanan bazı patolojilerin erişkindeki ve çocuktaki karşılıkları birbirine benzemeyen özellikler taşır. Örneğin; pediatrik anorektal apseler, büyük oranda süt çocuklarında görülür ve erişkin tutulumundan klinik seyir ve etiyoloji açısından farklı özellikleri mevcuttur.

Makalemizde periüretal, perivajinal, perirektal boşlukları doldurarak gluteo-perineal sahaya yayılan ve vajen lümenine spontan drene olmuş bir apse olgusu tartışıldı.

Geliş tarihi: 25.06.2023

Kabul tarihi: 15.09.2023

Online yayın tarihi: December 29, 2023

İletişim: Ali Ekber Hakalmaz, MD.

E-posta: ali.hakalmaz@iuc.edu.tr

¹Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Atrf:

Hakalmaz AE, Kalyoncu Uçar A, Topuzlu Tekant G, Söylet Y, Celayir S. Anorectal abscess with spontaneous drainage into the vagina in an adolescent: A case report. Turkish J Ped Surg 2023;37(3):119-126. doi: 10.62114/JTAPS.2023.70814.

OLGU SUNUMU

On üç yaşında kız hasta, bir haftadır süregelen gluteo-perineal bölgede ağrı ve son iki gündür butabloya eklenen karın ağrısı, yüksek ateş, kanlı dışkılama ve kötü kokulu vajinal akıntı yakınmaları ile başvurdu. Kalp tepe atımı 130/dk, vücut ısısı 39.2°C idi. Fizik muayenede, suprapubik alanda ve sağ alt kadranda hassasiyet ve dış genitelyada pürülan kötü kokulu akıntı saptandı. Çocuk ve ebeveyni aydınlatılmış onam vermediğinden ayrıntılı genital muayene gerçekleştirilemedi. Hastanın kan tahlillerinde beyaz küre sayısı: 24.200/μL, nötrofil sayısı: 21.500/μL, C-reaktif protein (CRP): 283,27 mg/L olarak saptandı. Tam idrar tahlilinde lökosit veya eritrosit görülmedi. Abdomino-pelvik ultrasonografi (USG)'de, 12 mm çapında, kompresyona yanıtızsız, sağ alt kadrandan pelvise uzanan appendiks yapısı saptandı. Ayrıca periçekal enflamasyon, rektovajinal aralıkta minimal efüzyon ve vajen lümeni içerisinde sıvı mevcuttu. Bulgular, radyolojik açıdan akut appendisit ile uyumluydu; ancak kanlı dışkılamayı, vajinal lümendeki sıvıyı ve genital akıntıyı açıklayacak sonografik başka bir bulgu saptanmadı. Mevcut bulguların appendisit veya vulvovajinit kliniği ile tam olarak örtüşmemesi nedeniyle hasta Pediatrik Radyoloji ekibi ile konsülte edildi ve pelvik manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'si yapıldı. Çekilen MRG'de USG bulgularına ek olarak üretra, vajen ve rektumu çepeçevre saran ve iskiyorektal saha boyunca devam eden koleksiyon alanı saptandı (Şekil 1). Pelviste, perianal bölgede, vulvada ve gluteal alanda yumuşak dokuda yaygın inflamasyon ile uyumlu sinyal değişiklikleri mevcuttu. Ayrıca vajen sol yan duvarda, duvar bütünlüğünün seçilemediği perforasyon açısından şüphe uyandıran bir alan görüldü. Olgu, vajinal penetrasyon şüphesi ile Adli Tıp ve Çocuk Psikiyatrisi ile konsülte edildi. Vajinal perforasyon, inflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH)'na sekonder komplike anorektal apse, perfore appendisit sekonder appendiko-vajinal fistül ön tanılarını ile genel anestezi altında muayene, vajinoskopi, kolonoskopi ve laparoskopik planlandı.

Genel anestezi altında seftriakson (1×50 mg/kg) profilaksisi sonrası yapılan muayenede vajen içerisinden pürülan, kötü kokulu bir akıntının drene olduğu gözlemlendi. Dış genital yapılar doğaldı. Perineal cisim ve himen yaş ile uyumlu olarak normal görünümdeydi. Anal bölge muayenesi doğaldı, fissür veya ekimoz yoktu. Hastada vajinal penetrasyon düşündürücü bulgu saptanmadı. Vajen içerisinden, labiumlar üzerindeki sıvılardan, anal kanal ve perianal

alandan sürüntüler alındı. Ardından povidon iyodin ile dezenfeksiyon yapılarak sistoskopi ve vajinoskopiye başlandı. Sistoüretroskopide patolojik bir bulgu saptanmadı. Vajinoskopiye vajen mukozası doğaldı ve servisit mevcuttu. Himenal ringden yaklaşık 2 cm proksimalde, vajen sol yan duvarda MRG bulguları ile uyumlu lümeninden kabarıklık endire bir mukozal düzensizlik görüldü. Bu alan manipüle edildiğinde lümen bol miktarda pürülan akıntısının boşaldığı görüldü (Şekil 2). Crede manevrası yapılarak pürülan içerik akışı kesilene kadar drenaj sağlandı. Drenajın olduğu alanda vajen duvar devamlılığının bozuk olduğu bir açıklık vardı. Açıklık endoskopik olarak dilate edildi. Açıklıktan paravajinal destek doku arasına ilerlendi. Yağ ve bağ doku dışında mukozal bir başka dokuya rastlanmadı. Rektum, üretra veya mesane ile bağlantı saptanmadı. Komplike anorektal apse, İBH ve appendiko-vajinal fistül açısından incelemeye devam edildi.

Kolonoskopide distal 10 cm'lik rektumda ciddi hiperemi ve mukozal ödem mevcuttu (Şekil 3). Bu inflamatuvar bulgular İBH'yi destekler nitelikteydi. Ancak bu segmentin proksimalindeki kolon mukozası tamamen doğaldı. Kolon duvar bütünlüğü tamdı, perforasyon ya da fistül ağzı saptanmadı. Biyopsi alınmadan kolonoskopi sonlandırıldı. Rektum içerisine metilen mavisi verilerek vajen lümenine bir fistül olup olmadığı kontrol edildi, vajen içerisine gelen olmadığı görüldü. İnflamatuvar bağırsak hastalığının perineal veya rektal tutulumu ile tam örtüşmeyen bu bulgularla kesin bir kanıya varılamadı. Perfore appendisit ve buna sekonder appendiko-vajinal fistül olabileceği düşünülerek işleme laparoskopik ile devam edildi.

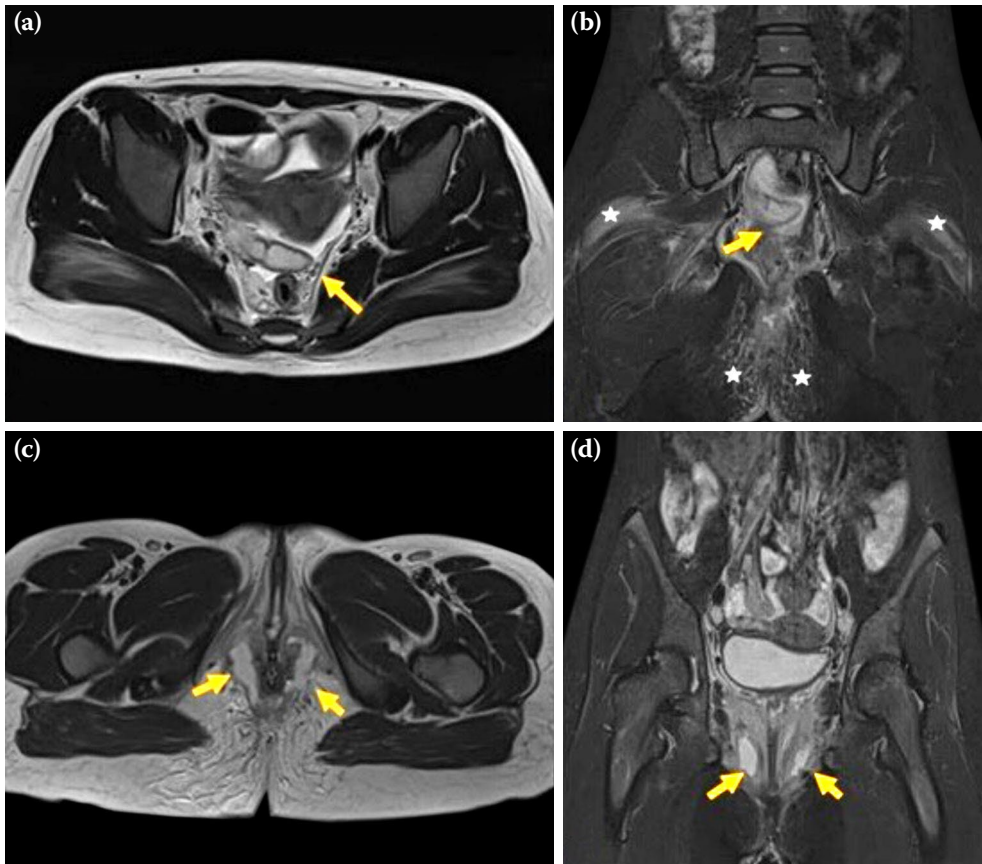
Transumbilikal açık teknik ile 12 mm'lik trokar üzerinden 30° optik ile yapılan laparoskopide overler, fimbrialar, tubalar ve mesane doğaldı. Uterus üzeri ve pelvik peritoneal yüzeyler enflame görünümdeydi, Douglas boşluğunda minimal seröz mayi mevcuttu. Appendiks enflameydi, ancak hidropik değildi. Pelvis sağ yan duvarına füzyone şekilde intraperitoneal olarak pelvik alana doğru seyrediyordu (Şekil 4). Lümen devamlılığı tamdı ve peritoneal yüzeylerde fistül bulgusu yoktu. İntraperitoneal alan temizdi. Bulgular appendisit ile uyumluydu, ancak durumun peritoneal refleksiyon altındaki pelvik inflamasyona sekonder olabileceği düşünüldü. Crohn hastalığı olasılığı nedeniyle appendektomi yapılmadı. Apsenin drenajı sağlanmış olduğu için hastaya ek müdahale yapılmadı. Parenteral antibiyotik ile anorektal apse,

İBH ve appendisit açısından takip kararı verildi. Aktif gelen olmadığından vajen duvarındaki perforasyon alanına dren konulmadı.

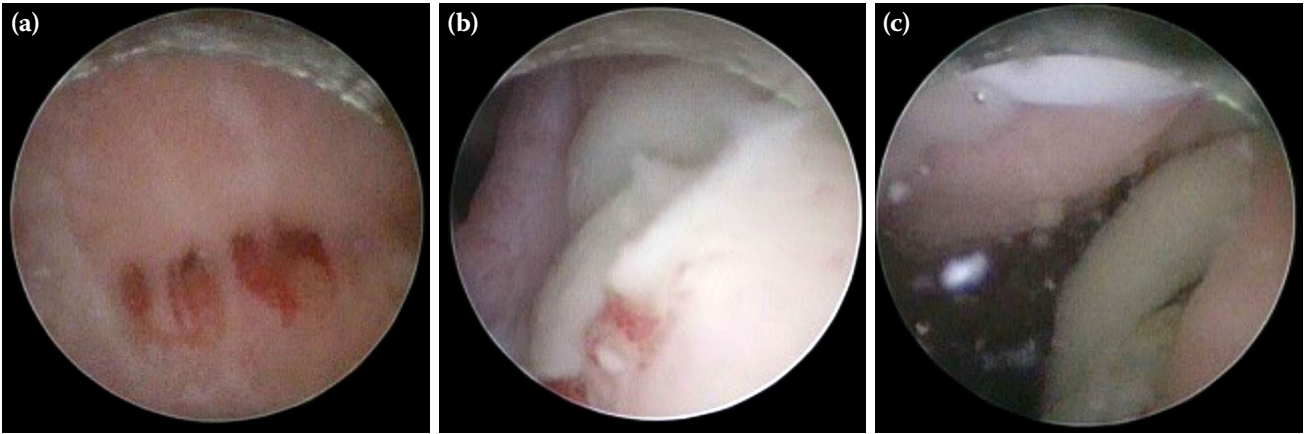
Servis takibinde, meropenem (3×20 mg/kg/gün), amikasin (2×7.5 mg/kg/gün), metronidazol (3×10 mg/kg/gün) tedavisi altında hastanın septik belirteçleri geriledi. Vajinal akıntı işlem sonrası ikinci günde tamamen kesildi. Ameliyat sonrası yedinci gün batın USG'de apse, koleksiyon veya serbest efüzyon görülmedi, renal anomali saptanmadı. Appendiksteki inflamasyonun gerilemiş olduğu ve çapının 7 mm'ye gerilediği görüldü. Hastanın İBH ve tüberküloz açısından tetkikleri yapıldı. Fekal kalprotektin negatif olarak sonuçlandı. Tüberkülin deri testi (PPD) testi negatif olarak sonuçlandı.

Manyetik rezonans enterografi yapıldı, pelvik apsenin tam olarak gerilediği görüldü. İnflamatuvar bağırsak hastalığı düşündürecek bir başka gastrointestinal tutulumu rastlanmadı. İmmünolojik açıdan hastanın immün fenotipleme parametreleri ve nitrozamin mavisi testi normal olarak sonuçlandı. Hastada immün yetmezlik düşünülmedi. Virgo olduğu görülen hastada vajinal sürüntüde gram boyama ile direkt incelemede gram pozitif diplokoklar görüldü, ancak kültürde bakteri üretilmedi. Hasta ameliyat sonrası sekizinci günde yakınmasız olarak taburcu edildi.

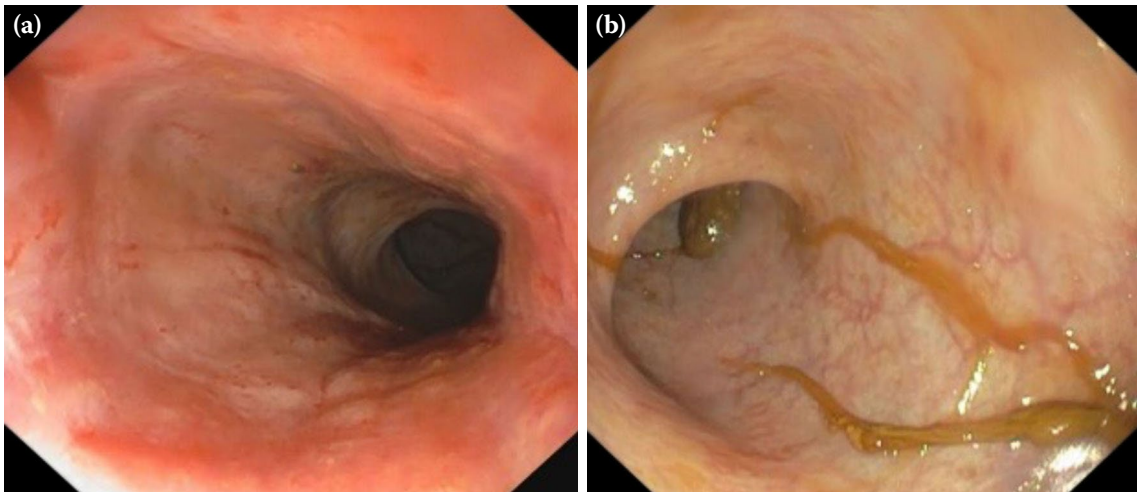
Ameliyat sonrası ikinci ayında kontrol vajinoskopi, kolonoskopi, pelvik MRG yapıldı. Pelvik MRG'de bulguların tamamen gerilediği görüldü. Vajinoskopi ve kolonoskopide de tüm bulgular normaldi, eski



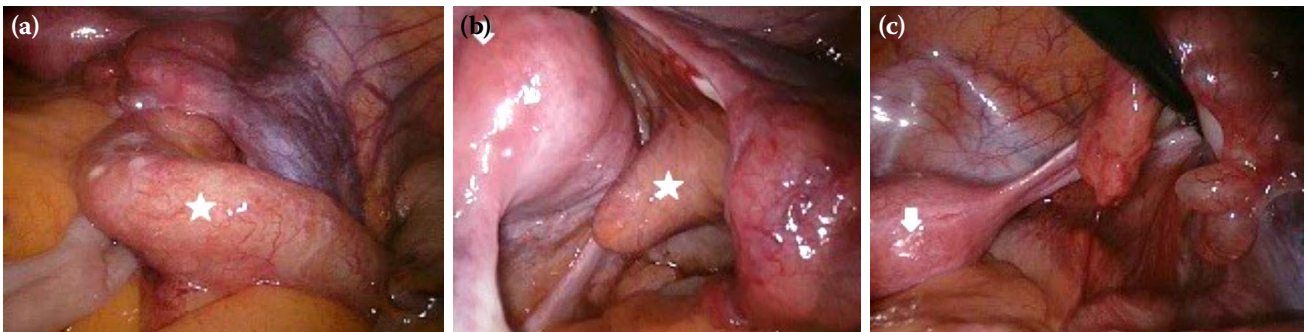
Şekil 1. (a) Pelvis düzeyinden geçen T2 aksiyel manyetik rezonans görüntüleme kesitinde pelviste sıvı varlığı ve sağ alt kadrandan pelvis orta kesimine uzanarak kör bir şekilde sonlanan çapı artmış appendikse ait görünüm ok işareti ile gösterilmektedir. (b) Koronal T2 ağırlıklı MRG kesitinde yine ok ile işaretli olarak çapı artmış appendiks ve yıldız ile işaretli olarak gluteal kas ve ischioanal yağlı planlardaki inflamatuvar sinyal artışları vizüalize edilmektedir. Perine düzeyinden geçen T2 aksiyel (c) ve T2 koronal (d) kesitlerde ok işareti ile iskiyorektal sahada, üretra ve vajeni çevreleyen koleksiyonlar seçilmektedir.



Şekil 2. (a) Vajinoskopide inflame serviksin görünümü. (b) Vajen sol yan duvardaki düzensiz, enflame alanın görüntüsü. (c) Crede manevrası yapıldığında bu defektif alandan bol miktarda pürülan mayi drene olduğu görüldü.



Şekil 3. (a) Kolonoskopide rektum distal 10 cm'lik bölümünde inflamasyon mevcut. (b) Proksimal rektum ve sigmoid kolon mukozası normal görünümde.



Şekil 4. (a) Laparoskopide çapı artmış inflame görünümdeki appendiks (yıldız). (b) Appendiksin duvar bütünlüğü korunmuş ve pelvik organlar ile ilişkisi bulunmamakta. (c) Uterus (ok), sağ over ve pelvik peritoneal yüzeyler doğal görünümde.

vajinal perforasyon alanının tamamen iyileşmiş olduğu görüldü. Hasta komplike anorektal apse tanısı ile poliklinik takibine alındı. Takiplerinde klinik bulguları normal seyreden hasta işlem sonrası ikinci yılında ve yakınmasıdır.

TARTIŞMA

Anorektal, ürogenital veya gluteal bölge kaynaklı apseler her yaşta görülebilir. Dişi ürogenital bölge apselerinin başlıca nedenleri; posttravmatik hematomların, inklüzyon kistlerinin, Bartholin, Skene veya Gartner kistlerinin enfekte olmasıdır.^[1-3] Klinik olarak daha çok kitle etkisi ile semptomatik olan bu lezyonlar enfekte olduklarında ağrılı kızarıklık şişlikler şeklinde belirti verirler ve eksternal genital bölgeye lokalize yerleşirler. Bu tür apseler çocuk yaş grubunda nadirdir ve daha çok ergenlerde görülür. Gluteal sahada görülen apselerin en sık nedeni pilonidal sinüslerdir.^[4] Pilonidal apseler genelde cilt ve cilt altı dokuyu tutma eğilimindedir, ancak komplike olgularda perianal bölgeye yayılım görülebilir. Anorektal bölge apseleri perianal ve perirektal sahayı tutar. En sık infant yaş grubunda ve erkeklerde görülür. Anorektal apselerin anal kript enfeksiyonlarından kaynaklandığı ve infantil hiperandrojenizmin de buna katkısı olduğu düşünülmektedir.^[5,6] İnflamatuvar bağırsak hastalıklarının perineal bölge tutulumları da anorektal apse veya fistül nedeni olabilir.^[6,7] Yukarıda tariflenen hastalıklar, bütün yönleriyle iyi tanımlanmış oluşumlardır. Olgumuz; klinik bulguları, laboratuvar ve radyolojik özellikleri, endoskopik bulguları ve uzun dönem seyri ile bugünkü bilginiz dahilinde, tanımlanmış klinik tablolar ile tam olarak örtüşmeyen özellikler taşımaktadır.

Anatomi/yerleşim: Anatomik lokalizasyon perineal ve pelvik bölgede yer alan organların septik tutulumlarında birçok açıdan karakteristik özellikler taşır. Skene kistleri gibi periüretral lezyonlar apseleştiklerinde cilt altı yumuşak dokuya, prevezikal sahaya veya perivajinal alana yayılabilir.^[1] Periüretral enflamatuvar lezyonlar, konjenital malformasyonlar, geçirilmiş cerrahiler veya travmalar aracılığıyla vajene veya rektuma fistülize olabilirler.^[8,9] Bartholin kisti apsesi, Gartner kisti apsesi gibi perivajinal lezyonlar, vajen lümenine veya himenal açıklıktan vulvaya protrüde olurlar.^[3] Büyük çoğunluğunda cilde ya da vajen lümenine cerrahi drenaj sağlanarak tedavi gerçekleştirilir. Anorektal sahaya yayılım göstermeleri

pek beklenmese de periüretral apseler ile benzer mekanizmalarla nadiren rektovajinal fistüle neden olabilirler.^[10-12] Obturator apselerinin vajene fistülize olabileceği bildirilmiştir, ancak yerleşimin tek taraflı olması beklenir.^[13]

Anorektal apseler, anatomik olarak sfinkter yapılarına ve levator kas planına göre sınıflandırılır. Komplike olduklarında planlar arası yayılım gösterebilirler. Submukozal, perianal, iskiyorektal veya supralelevator planlarda gelişebilir ve cilde veya rektuma fistülize olabilir. Olguların %55'ini oluşturan yüzeysel perianal apseler cilde drene olma eğilimindedir.^[14] Erişkinde olguların %27'sini oluşturan iskiyorektal apseler ise transsfinkterik fistüllerin öncüsü olup supralelevator veya retrorektal sahaya yayılım gösterebilirler.^[14] İskiyorektal apseler bazen intersfinkterik plandan anteriora geçerek Colles fasyası derininde öne doğru uzanabilirler. Oikonomou ve ark.^[15] yetişkin erkek bir hastada pararektal alandan perivezikal sahaya dek yayılım gösteren tekrarlayan anorektal apse olgusu bildirmişlerdir. Olgumuzdaki apse formasyonu topografik olarak iskiyorektal alanı doldurmakla birlikte bu sahanın komplike apselerinde olabileceği gibi anteriora Retzius aralığına, posteriyorda gluteal alana kadar yayılmaktadır. Ayrıca vajeni ve üretrayı çepeçevre sarmakta ve vajene fistülize olmaktadır. Ancak eşlik eden ek patolojiler olmaksızın anorektal apselerin vajene drenajı çocuklarda daha önce tanımlanmamıştır.

Etiyoloji: Literatürde tariflenen perineal-pelvik apselerin vajene fistül veya spontan drenajı, ön planda İBH, perforate appendisit ve travma ilişkili olgulardır.^[16,17] Olgumuzda travmayı destekleyen öykü veya klinik bulgu yoktur. Appendisit açısından yapılan laparoskopide appendiksin enflame olduğu görülmüş olsa da vajinal perforasyon sol yan duvardadır ve laparoskopide pelvik peritoneal yüzeylerin salim olduğu görülmüştür. Crohn hastalığında, %3 sıklıkla gastrointestinal tutulum olmaksızın perineal tutulum ilk bulgu olarak karşımıza çıkabilir.^[18] Bu oran diğer İBH olgularında çok daha düşüktür. Başlangıç yakınması olarak perianal tutulum ile başvuran olgularda Crohn tanısının konulması ortalama 1-3 ay sürmektedir.^[18] Öte yandan, ilk başvuruda başka yakınması olmayan ve yıllar sonra Crohn tanısı alan perianal apse olguları da vardır.^[18] Olgumuzun iki yıl süren takibinde İBH'yi düşündürecek başka klinik veya laboratuvar bulguya rastlanmamıştır. Ek olarak ilk başvuruda perianal

TABLE 1

Gluteal, perineal ve pelvik apse oluşumlarında anatomik, etiyolojik ve mikrobiyolojik bulgular

Apse türü	Yerleşim	Etiyoloji	Mikrobiyoloji
Anorektal • Perianal • İntersfinkterik • Supralevator • İskiyorektal	• Yüzeysel • Sfinkterler arası plan • Supralevator plan • İskiyorektal fossa	Kriptit Kriptit Kriptit, İBH, apendisit Kriptit	<i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , Enterokok, Pnömokok , <i>Staphylococcus aureus</i>
Pelvik	İntraperitoneal pelvik sahalar ve yüzeysel	Komplike apendisit, İBH, pelvik inflamatuvar hastalık	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>
Gluteo-perineal	Cilt ve cilt altı	Pilonidal sinüs	<i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>
Genital	Cilt ve cilt altı, paravajinal-perianal alan (tek taraflı)	Bartholin kisti, Gartner kisti, yabancı cisimler	<i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> , pnömokok
Obturator	Obturator fossa	Artrit	<i>Escherichia coli</i> , <i>Staphylococcus aureus</i>

yumuşak dokuda hiçbir lezyonun bulunmaması İBH olasılığından uzaklaştıran bir diğer bulgudur. İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında vajinal fistülün tekrarlayan semptomatik ataklar sonrasında ortaya çıkması beklenir. Olgumuzdaki takip süresi İBH üzerine tartışmanın güvenilirliğini azaltan bir unsur olarak değerlendirilebilir.

Mikrobiyoloji: Mikrobiyolojik etkenler birçok çalışmada değişik klinik verilerle ilişkilendirilmiştir. Bakteriyel etkenin belirlenmesinin klinik açıdan anlamlı bulgular sağlayabildiği ifade edilse de son dönemde literatürde bunun tersine işaret eden çalışmalar giderek artmaktadır.^[19,20] Anorektal apselerde, cilt florası kaynaklı enfeksiyonlarda fistül gelişme olasılığının intestinal flora kaynaklı enfeksiyonlara nazaran daha az olduğu bildirilmiştir.^[21]

Olgumuzda mikrobiyolojik etkenin kültürde izole edilememesinin nedeni profilaktik seftriakson kullanımına bağlanmıştır. Ancak alınan vajinal akıntı örneklerinin direkt mikroskopik incelemesinde gram pozitif diplokoklar görülmüştür. Olası etkenler enterokok veya pnömokoklardır. Gastrointestinal, jinekolojik veya cilt florası açısından belirli bir kaynak belirlenememekle birlikte her iki etken de anorektal apselerde ve kadın genital sistem enfeksiyonlarında karşılaşılabilecek etkenlerdendir.^[19-24] Literatürde karşılaşılan pelvik ve gluteo-perineal apseler ile ilişkili tanımlamalar, etiyoloji, anatomik lokalizasyon ve

mikrobiyolojik etken karşılaştırmaları Tablo 1'de sunulmuştur.^[21-23,25-27] Olgumuzun bakteriyolojik bulguları tanısıl bir veri sağlamamıştır.

Görüntüleme: MRG, pelvik yumuşak doku bozukluklarında, anorektal apse ve fistüllerde oldukça detaylı bilgiler sağlar. Kız çocuklarında iç genital organlara ait patolojilerde ilk tercihtir.^[28] Olgumuzda kesitsel inceleme endikasyonu, akut batın kliniğine eşlik eden ve sonografik bulgularla açıklanamayan vajinal akıntı olmuştur. Hasta yaşının anestezi ihtiyacı olmaksızın çekime uygun olması da MRG kararında etkili olmuştur. Pelvik MRG'de saptanan yaygın iskiyorektal apse ve vajinal perforasyon bulguları vajinal penetrasyon şüphesi doğurmuştur. Vajen perforasyonu cinsel istismar olgularında sık rastlanan bir bulgudur.^[29] Ancak bu olgularda lezyon yerleşimi genelde posteriyor forset veya posteriyor fornikstedir.^[29,30] Anestezi altında muayene ve vajinoskopi bulguları bu olasılığı dışlamıştır. Komplike perineal sepsislerde, kliniğin açıklamadığı eşlik eden bulgular saptandığı durumlarda MRG daima önemli bir seçenek olarak akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak, akut karın kliniğine eşlik eden dış genital veya anorektal bölge yakınmaları bulunan olgularda farklı etiyolojiler akla gelmelidir. Pelvik organların inflamatuvar hastalıklarında akut evrede MRG önemli veriler sağlar. Çocuklardaki ürogenital ve anorektal bölge apseleri üzerine veriler erişkin nazarın oldukça kısıtlıdır. Erişkin literatür ile birlikte

değerlendirildiğinde vajene fistülize perivajinal ve periüretral sahalarla yayılan anorektal apse kliniği, tanımlanmış kalıplara uymamaktadır. Olgumuz, iskiyorektal apsenin çocuklara özgü atipik bir yayılımı olarak değerlendirilmiştir. Bu ve benzeri olgular, özellikle çocuk yaş grubunda erişkinden farklı yeni bir terminolojiye gereksinim olabileceğini düşündürmektedir.

Yayın için Hasta Onayı: Hastanın ebeveyninden ve/veya yasal vasisinden yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Veri Paylaşım Beyanı: Bu çalışmanın bulgularını destekleyen veriler talep üzerine ilgili yazardan temin edilebilir.

Yazar Katkıları: Idea, design: A.E.H., S.C.; Control/supervision: G.T.T., Y.S., S.C.; Data collection and/or processing: A.E.H., A.K.U., G.T.T., Y.S.; Analysis: A.K.U., S.C.; Writing: A.E.H., A.K.U., S.C.; Critical review: S.C.; Literature review, references, material: A.E.H., A.K.U.

Çıkar çakışması beyanı: Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman: Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Nickles SW, Burgis JT, Menon S, Bacon JL. Prepubertal Skene's abscess. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2009;22:e21-2. doi: 10.1016/j.jpag.2007.11.004.
- Verma ML, Tripathi V, Singh U, Sankhwar PL. Transabdominal ultrasound-guided Gartner's abscess drainage, a rare cause of acute urinary retention in second trimester of pregnancy. *BMJ Case Rep* 2018;2018:bcr2018224704. doi: 10.1136/bcr-2018-224704.
- Liaci AL, Boesmueller H, Huebner M, Brucker SY, Reisenauer C. Perivaginal benign masses: Diagnosis and therapy in a series of 66 women. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295:367-74. doi: 10.1007/s00404-016-4234-3.
- Khanna A, Rombeau JL. Pilonidal disease. *Clin Colon Rectal Surg* 2011;24:46-53. doi: 10.1055/s-0031-1272823.
- Afşarlar CE, Karaman A, Tanır G, Karaman I, Yılmaz E, Erdoğan D, et al. Perianal abscess and fistula-in-ano in children: Clinical characteristic, management and outcome. *Pediatr Surg Int* 2011;27:1063-8. doi: 10.1007/s00383-011-2956-7.
- Ding W, Sun YR, Wu ZJ. Treatment of perianal abscess and fistula in infants and young children: From basic etiology to clinical features. *Am Surg* 2021;87:927-32. doi: 10.1177/0003134820954829.
- Mutanen A, Pakarinen MP. Perianal Crohn's disease in children and adolescents. *Eur J Pediatr Surg* 2020;30:395-400. doi: 10.1055/s-0040-1716724.
- Wong MJ, Wong K, Rezvan A, Tate A, Bhatia NN, Yazdany T. Urogenital fistula. *Female Pelvic Med Reconstr Surg* 2012;18:71-8. doi: 10.1097/SPV.0b013e318249bd20.
- De Bortoli J, Chowdary P, Nikpoor P, Readman E. Clinical approach to vulvovaginal cysts and abscesses, a review. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2018;58:388-96. doi: 10.1111/ajo.12822.
- Nasser HA, Mendes VM, Zein F, Tanios BY, Berjaoui T. Complicated rectovaginal fistula secondary to Bartholin's cyst infection. *J Obstet Gynaecol Res* 2014;40:1141-4. doi: 10.1111/jog.12294.
- VanBuren WM, Lightner AL, Kim ST, Sheedy SP, Woolever MC, Menias CO, et al. Imaging and surgical management of anorectal vaginal fistulas. *Radiographics* 2018;38:1385-401. doi: 10.1148/rg.2018170167.
- Bensardi FZ, Kabura S, Layla E, El Bakouri A, Bouali M, El Hattabi K, et al. Bartholin's gland abscess a rare cause of rectovaginal fistula: A case report and literature review. *Int J Surg Case Rep* 2021;86:106344. doi: 10.1016/j.ijscr.2021.106344.
- Mohanty D, Choudhary D, Rath V, Jain BK, Garg PK. Obturator internus abscess: Spontaneous perforation into the vagina. *Surg Infect (Larchmt)* 2013;14:167-8. doi: 10.1089/sur.2011.134.
- Oliver I, Lacueva FJ, Pérez Vicente F, Arroyo A, Ferrer R, Cansado P, et al. Randomized clinical trial comparing simple drainage of anorectal abscess with and without fistula track treatment. *Int J Colorectal Dis* 2003;18:107-10. doi: 10.1007/s00384-002-0429-0.
- Oikonomou C, Alepas P, Gavriil S, Kalliouris D, Manesis K, Bouboulis P, et al. A rare case of posterior horseshoe abscess extending to anterolateral extraperitoneal compartment: Anatomical and technical considerations. *Ann Coloproctol* 2019;35:216-20. doi: 10.3393/ac.2018.03.05.
- Sonoda T, Hull T, Piedmonte MR, Fazio VW. Outcomes of primary repair of anorectal and rectovaginal fistulas using the endorectal advancement flap. *Dis Colon Rectum* 2002;45:1622-8. doi: 10.1007/s10350-004-7249-y.
- Yeh D, Moyles K, Ekwenna O, Thompson WR, Neville HL, Sola JE. Spontaneous vaginal drainage of a pelvic abscess: An unusual presentation of perforated appendicitis. *Pediatr Emerg Care* 2009;25:856-8. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181c39a50.
- Goddard GR, Lim IIP, Cheng YC, Velazco CS, Jenkins T, Rosen NG, et al. A child presents with perianal symptoms - how often is this Crohn's disease? *J Pediatr Surg* 2021;56:1618-22. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2020.11.016.
- Xu RW, Tan KK, Chong CS. Bacteriological study in perianal abscess is not useful and not cost-effective. *ANZ J Surg* 2016;86:782-4. doi: 10.1111/ans.13630.
- Lalou L, Archer L, Lim P, Kretzmer L, Elhassan AM, Awodiya A, et al. Auditing the routine microbiological examination of pus swabs from uncomplicated perianal abscesses: Clinical necessity or old habit? *Gastroenterology Res* 2020;13:114-6. doi: 10.14740/gr1279.
- Toyonaga T, Matsushima M, Tanaka Y, Shimojima Y, Matsumura N, Kannayama H, et al. Microbiological analysis and endoanal ultrasonography for diagnosis of anal fistula in acute anorectal sepsis. *Int J Colorectal Dis* 2007;22:209-13. doi: 10.1007/s00384-006-0121-x.
- Serour F, Somekh E, Gorenstein A. Perianal abscess and fistula-in-ano in infants: A different entity? *Dis Colon Rectum* 2005;48:359-64. doi: 10.1007/s10350-004-0844-0.
- Murthi GV, Okoye BO, Spicer RD, Cusick EL, Noblett HR. Perianal abscess in childhood. *Pediatr Surg Int* 2002;18:689-91. doi: 10.1007/s00383-002-0761-z.
- Niyogi A, Agarwal T, Broadhurst J, Abel RM. Management of perianal abscess and fistula-in-ano in children. *Eur J Pediatr Surg* 2010;20:35-9. doi: 10.1055/s-0029-1241878.
- Soares R, Reis T, Valido F, Chaves C. Bartholin's gland abscess caused by *Streptococcus pneumoniae* in a sexually active young woman. *BMJ Case Rep* 2019;12:e228492. doi: 10.1136/bcr-2018-228492.

26. Schindlbeck C, Dziura D, Mylonas I. Diagnosis of pelvic inflammatory disease (PID): Intra-operative findings and comparison of vaginal and intra-abdominal cultures. *Arch Gynecol Obstet* 2014;289:1263-9. doi: 10.1007/s00404-014-3150-7.
27. Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical pathology of Bartholin's glands: A review of the literature. *Curr Urol* 2015;8:22-5. doi: 10.1159/000365683.
28. Brown MA, Sirlin CB. Female pelvis. *Magn Reson Imaging Clin N Am* 2005;13:381-95. doi: 10.1016/j.mric.2005.03.001.
29. Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK. Has this prepubertal girl been sexually abused? *JAMA* 2008;300:2779-92. doi: 10.1001/jama.2008.827.
30. Frioux SM, Blinman T, Christian CW. Vaginal lacerations from consensual intercourse in adolescents. *Child Abuse Negl* 2011;35:69-73. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.08.006.