

## ‘Pelvic inflammatory disease’ en een geabcedeerde endometriosecyste: een diagnostisch probleem en een therapeutisch dilemma

H.G.I. van Weering, V.Mijatovic, J.Groot, P.G.A.Hompes en H.A.M.Brölmann

Zie ook de artikelen op bl. 730, 732 en 753.

Dames en Heren,

Bij premenopauzale vrouwen met acute buikpijn is ‘pelvic inflammatory disease’ (PID) een veel gestelde diagnose. PID is een ontsteking in het kleine bekken ten gevolge van verspreiding van micro-organismen vanuit de vagina en de cervix naar het endometrium, de tubae en de aangrenzende structuren.<sup>1</sup> In een Amerikaans onderzoek waren bij de helft van de patiënten die vanwege een gynaecologisch probleem de Eerste Hulp bezochten de klachten gerelateerd aan een infectie van de tractus genitalis.<sup>2</sup>

In Nederland bedraagt de incidentie van PID 1 per 1000 vrouwen per jaar. Het gangbare beleid voor huisartsen volgens de NHG-standaard ‘Pelvic inflammatory disease’ is orale antibiotische therapie gedurende 48 h.<sup>1</sup> Indien klinische verbetering uitblijft, dient de patiënte te worden verwezen.

Indien een salpingitis niet reageert op de behandeling, kan de tuba zich, als er een distale afsluiting is, vullen met pus en ontstaat een pyosalpinx. In het eindstadium kunnen tuba en ovarium tot een zogenaamd tubo-ovarieel abces versmelten. Het ruptureren van een dergelijk abces kan tot een infectieuze gegeneraliseerde peritonitis leiden.

Een abces alleen in het ovarium komt zelden voor en wordt in verband gebracht met een endometriosecyste in het ovarium.<sup>3</sup> Terwijl een salpingitis veelal wordt veroorzaakt door de bacteriële verwekkers *Chlamydia trachomatis* of *Neisseria gonorrhoeae* domineren in het tubo-ovarieel abces de anaerobe species zoals *Bacteroides*, *Peptococcus* en *Peptostreptococcus*.<sup>4</sup>

Als men op basis van beeldvormend onderzoek een tubo-ovarieel abces vermoedt, is het beleid erop gericht om met behulp van antibiotica, tegen zowel aerobe als anaerobe bacteriën, de infectie te bestrijden.<sup>5,6</sup> Met antibiotische behandeling lukt het in meer dan de helft van de gevallen om een operatie te voorkomen, waarbij de kleinere abcessen (diameter < 5 cm) in het voordeel zijn.<sup>7</sup> Indien binnen 48-72 h geen klinische verbetering optreedt die blijkt uit

het verdwijnen van koorts, een daling van de concentratie C-reactieve proteïne (CRP) en van het leukocytengetal, alsmede uit het kleiner worden van de cyste of het abces bij beeldvormend onderzoek, zal men in de regel proberen het abces te draineren. Dit kan geschieden door middel van een echogeleide punctie<sup>8</sup> of door een laparoscopische<sup>9</sup> of laparotomische interventie. Het kan noodzakelijk zijn om het gehele adnex te verwijderen.

Bij de echoscopische beoordeling moet men bij aanwijzingen voor een tubo-ovarieel abces rekening houden met de mogelijkheid van een coïncidente adnexafwijking, zoals een endometriosecyste, een dermoïdcyste of een corpus rubrum. Met name de endometriosecyste heeft een verhoogde neiging te ontsteken. Een verhoogde serumwaarde van het antigeen CA-125 kan wijzen op een endometriosecyste.<sup>10,11</sup> Een geïnfecteerde endometriosecyste zal in de regel niet in afmeting veranderen tijdens antibiotische therapie en verandering van de afmeting is dan ook een minder belangrijke parameter voor de follow-up van de medicamenteuze behandeling.

In deze les beschrijven wij 3 patiënten met PID en een endometriosecyste en geven wij aan hoe de combinatie het beleid heeft beïnvloed.

Patiënt A is een 52-jarige para 0 met in de voorgeschiedenis een laparoscopie in verband met progressieve klachten van dysmenorroe, waarbij uitgebreide endometriose op het blaasperitoneum, de achterwand van de uterus en in de fossa ovarica rechts werd geconstateerd. De endometriose werd geëvaporiseerd door middel van laparoscopische CO<sub>2</sub>-laserbehandeling. Postoperatief was patiënte gedurende 6 maanden nabehandeld met een gonadotropine-‘releasing’-hormoon(GnRH)-agonist. Aansluitend gebruikte zij enkele jaren orale anticonceptiva. Zij stopte hiermee in verband met hoofdpijn.

Vanaf haar 50e levensjaar kreeg patiënte een onregelmatige cyclus. Cyclische progestagenen werden voorgeschreven ter regulatie van de cyclus. Enkele maanden later vond een evaluatie plaats wegens progressieve dysmenorroe en intermenstrueel bloedverlies. Ter behandeling werd een levonorgestrelhoudend spiraal ingebracht. Twee weken later presenteerde patiënte zich op de Spoedeisende Hulp met sinds een week bestaande progressieve, zeurende pijn rechtsonder in de buik. Bij onderzoek werd een matig zieke vrouw gezien met drukpijn rechtsonder in de buik. Er waren

Medisch Centrum Alkmaar, afd. Verloskunde en Gynaecologie, Alkmaar. Hr.H.G.Ivan Weering, assistent-geneeskundige (thans: gynaecoloog, Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Gynaecologie en Verloskunde, Geert Grooteplein 10, 6525 GA Nijmegen).

VU Medisch Centrum, afd. Verloskunde en Gynaecologie, Amsterdam. Hr.dr.V.Mijatovic, hr.dr.P.G.A.Hompes en hr.prof.dr.H.A.M.Brölmann, gynaecologen; hr.J.Groot, coassistent.

Correspondentieadres: hr.H.G.Ivan Weering (h.vanweering@vumc.nl).

slinger- en opstootpijn bij het vaginaal toucher. Zij had een rectale temperatuur van 38°C en verhoogde infectieparameters: CRP: 104 mg/l (maximale referentiewaarde: 8,0) en een leukocytengetal van  $15,1 \times 10^6$  per ml (maximale referentiewaarde: 10,0). De serumwaarde van CA-125 was verhoogd en bedroeg 119 U/ml (drempelwaarde voor verhoging: 35). Bij transvaginale echoscopie werd een cyste met homogene, echoarme inhoud gezien van circa 8 cm in diameter, die paste bij een endometriosecyste van het rechter ovarium. Onder de werkdiagnose 'PID na inbrengen van een "intra-uterine device" (IUD), al dan niet in combinatie met een geïnfecteerde endometriosecyste' werd gestart met de toediening van antibiotica intraveneus. Het IUD werd verwijderd. Drie dagen na het starten van het antibioticagebruik verbeterde het klinische beeld niet: de koorts en de buikpijn persisteerden, de CRP-waarde steeg tot 159 mg/l, de leukocytose en het echoscopisch beeld veranderden niet. Er werd besloten tot een laparoscopie. Hierbij werd een geobliteerde excavatio recto-uterina (cavum Douglasi) gezien met een 10 cm groot cysteus proces rechts naast de uterus, vastzittend aan de uterusachterwand en verkleefd met het sigmoïd. De rechter tuba was hyperemisch en over de cyste uitgespannen. Bij manipulatie ruptuurde de cyste, waarbij een chocoladeachtige substantie afliep. Aangezien de cyste vast verkleefd was met het sigmoïd, werd besloten om de ingreep te converteren naar een laparotomie. Na adhesiolysis werd het rechter adnex verwijderd.

Postoperatief herstelde patiënte goed. Pathologisch onderzoek toonde een ovariumcyste met endometriumstroma, ijzerhoudende macrofagen en tekenen van ontsteking. Deze uitslag past bij een ontstoken endometriosecyste op basis van een opstijgende infectie.

Patiënt B is een 29-jarige para 0 met het antifosfolipide-syndroom en recidiverende trombo-embolieën in de voorgeschiedenis. Zij was doorverwezen wegens endometriosis externa. Drie maanden eerder waren namelijk elders laparoscopisch endometriosecysten verwijderd uit beide ovaria. Een maand na de ingreep werd patiënte in verband met een restant van de endometriosecyste rechts van 5 cm in diameter behandeld met een GnRH-agonist.

Vóór de poliklinische evaluatie was afgerond, werd patiënte opgenomen met hevige pijn rechtsonder in de buik. Omdat werd gedacht aan een lekkende endometriosecyste, werd zij 3 dagen met analgetica behandeld. De eerder vastgestelde cyste met een diameter van 5 cm ter hoogte van het rechter ovarium was nog aanwezig (figuur a). De serumwaarde van CA-125 was 214 U/ml. Er waren geen aanwijzingen voor infectie.

Een week later werd patiënte opnieuw opgenomen met pijn onder in de buik. Bij onderzoek was er een pijnlijke buik met druk- en loslaatpijn rechtsonder; de lichaamstemperatuur bedroeg 38,9°C en de laboratoriumuitslagen

waren: CRP: 318 mg/l; leukocyten:  $10,9 \times 10^6$ /ml; CA-125: 107 U/ml. Bij transvaginale echoscopie werd de bekende cyste rechts gezien met een licht echogene, homogene inhoud (zie figuur b). Onder de werkdiagnose 'PID in combinatie met een mogelijk geïnfecteerde endometriosecyste of een tubo-ovarieel abces' werd behandeling ingesteld met antibiotica intraveneus waarop de aandoening aanvankelijk goed reageerde. Na 3 dagen verslechterde echter het klinische beeld. De koorts kwam terug en de waarden van de infectieparameters liepen weer op: CRP: 166 mg/l; leukocyten:  $12,5 \times 10^6$ /ml. De cyste was onveranderd aanwezig. Er werd tot een laparotomie besloten om het abces te draineren.

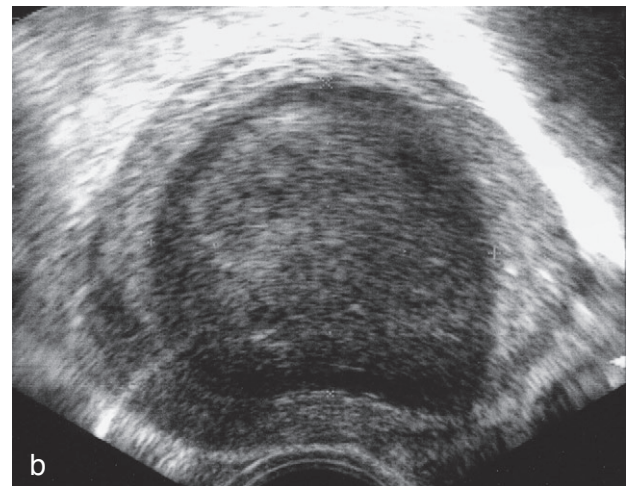
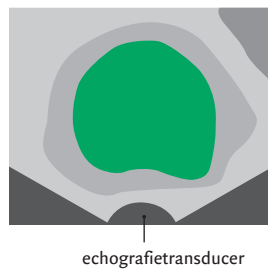
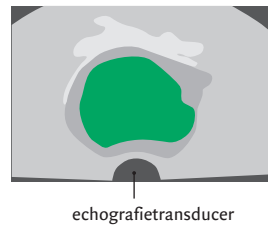
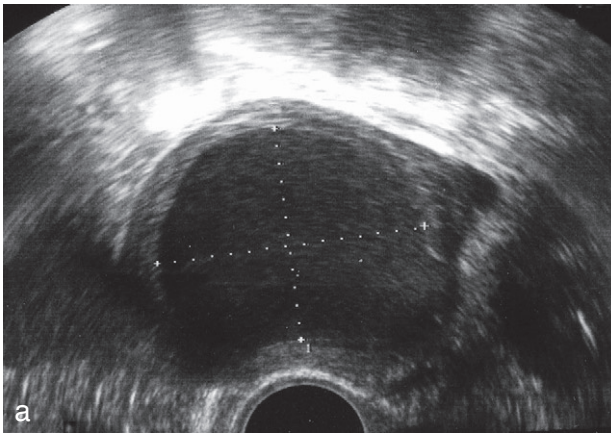
Bij laparotomie werd een 5 cm grote cyste in het rechter ovarium gezien, die bij drainage pus bevatte. Het abces zat vast aan de dorsale zijde van de uterus. De rechter tuba was oedemateus en hyperemisch, maar maakte geen deel uit van het abces. Het linker adnex was niet afwijkend. Na drainage werd de abceswand zoveel mogelijk ovariumsparend geresceerd. Bij verdere inspectie werd een geobliteerde excavatio recto-uterina gezien. In de buikholte waren geen andere endometriosehaarden zichtbaar.

Het postoperatieve beloop was voorspoedig. Patiënte kon 9 dagen na de operatie het ziekenhuis in goede conditie verlaten. Drie weken na de operatie was de serum-CA-125-uitslag 64 U/ml. Pathologisch onderzoek toonde een geabcedeerde endometriosecyste met uitgebreide chronische en acute ontsteking.

Patiënt C is een 43-jarige para 0 die zich meldde op de afdeling Spoedeisende Hulp van ons ziekenhuis met acute buikpijn. Twee maanden eerder was elders bij transvaginale echoscopie een vermoedelijke endometriosecyste van 5 cm in diameter gezien. De serum-CA-125-waarde was toen 51 U/ml. Patiënte kreeg behandeling met lynestrenol.

Bij lichamelijk onderzoek zagen wij een zieke patiënte met drukpijn onder in de buik, zonder loslaatpijn. De rectale lichaamstemperatuur bedroeg 38°C en de laboratoriumuitslagen waren: CRP: 346 mg/l; leukocyten:  $15,5 \times 10^9$ /l; serum-CA-125: 161 U/ml. Echoscopisch werd een cyste met homogene, laag echogene inhoud gezien van circa 5 cm in diameter, die paste bij een endometriosecyste van het rechter ovarium. Onder de werkdiagnose 'PID, mogelijk in combinatie met een geïnfecteerde endometriosecyste' werd behandeling ingesteld met antibiotica intraveneus. Het klinische beeld verbeterde na het starten van het antibioticagebruik: de koorts verdween en de CRP-concentratie daalde, maar de leukocytose bleef bestaan. Na 3 dagen stagneerde de CRP-daling bij 200 mg/l en steeg het leukocytengetal tot  $20,5 \times 10^9$ /l. Omdat patiënte zich niet ziek voelde, werd het conservatieve beleid gecontinueerd.

Op de 6e dag besloten wij tot een diagnostische laparoscopie, omdat de CRP-waarde was gestegen naar 285 mg/l bij een klinisch stabiele situatie. Bij laparoscopie werd een



Transvaginale echoscopische beelden van patiënt B: (a) geïnfecteerde endometriosecyste; (b) niet-geïnfecteerde endometriosecyste.

cysteus rechter ovarium van 10 cm in diameter waargenomen, waaruit zich na manipulatie pus ontlaste. Beide tubae waren hyperemisch, met verder een normaal aspect. De appendix was in het proces betrokken. Er werden een adnexextirpatie rechts en een appendectomie verricht. Het postoperatieve beloop was voorspoedig.

Het pathologisch onderzoek toonde een ovarium dat geheel werd ingenomen door een sterk necrotiserende en abcederende ontsteking. Plaatselijk werden aanwijzingen voor endometriumepitheel gevonden, zodat het geheel paste bij een endometriosecyste. De conclusie luidde: 'ovarieel abces op basis van een geïnfecteerde endometriosecyste'.

In alle casussen had de patiënte een PID in combinatie met een endometriosecyste. Steeds werd het effect van antibiotica op de klinische conditie en de infectieparameters gevolgd. Het was niet mogelijk om bij de afwezigte te betrekken of de echoscopisch zichtbare afwijkingen slonken onder het antibioticagebruik, zoals dit bij een tubo-ovarieel abces het geval zou zijn, vanwege de gelijktijdige aanwezigheid van een endometriosecyste. Bij patiënt A was het kli-

nische beeld evident niet verbeterd na 72 h antibioticagebruik en werd aansluitend tot chirurgische behandeling overgegaan, waarbij haar leeftijd drempelverlagend was om het adnex te verwijderen. De endometriosecyste moet al langer aanwezig zijn geweest en is gemist. Bij patiënt B moest kort na heropname door de verslechtering van de infectieparameters tot een laparotomie worden overgegaan en kon het ovarium behouden blijven. Bij patiënt C was het geprotraheerde klinische beloop de reden voor de laparoscopie, waarbij het ovariële abces was gegroeid en het ovarium moest worden verwijderd.

Bij patiënten B en C leidde de vermoedelijke endometriosecyste tot terughoudendheid met betrekking tot chirurgische interventie. Het verdient altijd de voorkeur om een endometriosecyste à froid te verwijderen boven een verwijdering à chaud.

**Tubo-ovarieel abces of al dan niet geïnfecteerde endometriosecyste?** Een probleem bij de diagnostiek door middel van transvaginale echoscopie is de geringe betrouwbaarheid waarmee men een tubo-ovarieel abces kan onderscheiden van een endometriosecyste of geïnfecteerde endometriose-

cyste, dit vanwege de echoscopische gelijkenis van pus en ingedikd bloed. In een studie bij 25 patiënten met een tubo-ovarieel abces werden met transvaginale echoscopie slechts 2 tubo-ovariële abcessen gevonden met een diameter < 5 cm; geen enkele was > 10 cm.<sup>12</sup> In de meeste tubo-ovariële abcessen (60%) werd er een wisselend echogeen en echolucent patroon gezien, in 32% van de gevallen werden septa of andere harde interne echosignalen gezien. In 8% was er een 'simpele cyste', gedefinieerd door het ontbreken van interne echosignalen. Met behulp van dopplerflowmeting werd in de septa en solide partijen van een tubo-ovarieel abces een abundante bloedstroom gezien, terwijl uit ander onderzoek is gebleken dat in de endometriosecyste geen bloedstroom was te herkennen.<sup>13</sup> Bij MRI kan als kenmerkend voor een endometriosecyste worden gezien het verschil in intensiteit tussen T<sub>1</sub>- en T<sub>2</sub>-gewogen opnamen, de zogenaamde 'shading'.<sup>14</sup>

De endometriosecyste toont bij transvaginale echoscopie een lage, maar homogene echogeniteit. De cystewand is dik en soms onregelmatig. Meerdere loci kunnen voorkomen. Hoe een geïnfecteerde endometriosecyste met behulp van verschillende technieken wordt afgebeeld en of deze te onderscheiden is van een niet-geïnfecteerde is in de literatuur nauwelijks beschreven. Ook de serum-CA-125-uitslag brengt de clinicus op dat punt niet verder, doordat zowel endometriose als PID de serum-CA-125-waarde kan doen verhogen.<sup>15</sup>

**PID en endometriose.** Het klinische beeld van PID wordt gedefinieerd door de trias: (a) pijn onder in de buik, (b) opstoot- en slingerpijn aangevuld met (c) tenminste één van de volgende 5 criteria: (a) niet-acute pijn in de onderbuik; (b) opdruk- of slingerpijn bij vaginaal toucher; (c) pijnlijke of gezwollen adnaxen; (d) BSE  $\geq$  15 mm/1e uur of temperatuur > 38°C; (e) geen aanwijzingen voor andere diagnosen (extra-uteriene graviditeit, appendicitis, torsie van een adnaxtumor of myoom, ovulatiepijn, geruptureerd of hemorrhagisch corpus luteum, urineweginfectie, dysmenorroe, prikkelbare darm).<sup>1</sup> Uit onderzoek volgt een indruk over het gezamenlijk vóórkomen van PID en endometriose. Bij 814 vrouwen met een klinisch beeld van PID werd laparoscopie verricht. Bij 532 van hen (65%) kon de diagnose 'PID' worden bevestigd, terwijl bij 184 (23%) in het geheel geen afwijking werd gezien. Bij 16 patiënten (2%) werd endometriosis externa in het kleine bekken gezien. In een ander onderzoek werd bij 14% van de patiënten met een PID laparoscopisch endometriose vastgesteld,<sup>16</sup> hetgeen beter overeenkomt met de prevalentie van endometriose in de algemene populatie.

Reeds lang bestaat de theorie dat hematomen en in het bijzonder endometriosecysten in het ovarium een goede voedingsbodem vormen voor micro-organismen. Dit leidde in het verleden tot een advies om endometriosecysten te excideren, ook indien ze geen klachten veroorzaken.<sup>12</sup> In een observationeel onderzoek werd een mogelijk verband

bevestigd.<sup>17</sup> Hierin werden de medische dossiers beoordeeld van 6557 wegens PID opgenomen patiënten op de afdeling Gynaecologie. Tubo-ovariële abcessen bleken significant vaker voor te komen indien ook een endometriosecyste aanwezig was. Bovendien bleken de abcessen in het ovarium zonder abcedering van de tuba alleen voor te komen bij de patiënten met een endometriosecyste, zoals ook bij onze 3 patiënten het geval was.

In geval van een tubo-ovarieel abces zonder ruptuur staat het behoud van het ovarium voorop, zeker indien er een kinderwens bestaat. Als men een PID in combinatie met een endometriosecyste vermoedt, kan het standaardbeleid (48-72 h antibiotische behandeling) worden gevoerd. Indien de klinische parameters niet verbeteren, is het, als men een tubo-ovarieel abces of een geïnfecteerde endometriosecyste vermoedt, aangewezen de pus te draineren en de endometriosehaard uit het ovarium te excideren. In die gevallen kan het ovarium ook worden behouden, zoals bij onze patiënt B mogelijk bleek en wat gezien haar leeftijd ook wenselijk was.

Dames en Heren, in bovenstaande casuïstiek hebben wij u 3 patiënten gepresenteerd met PID en tevens sterke aanwijzingen voor een endometriosecyste van het ovarium of voor een tubo-ovarieel abces. Alle drie de patiënten hadden een ovarieel abces. Ovariële en tubo-ovariële abcessen komen vaker voor bij aanwezigheid van endometriose. Met doppleronderzoek kan men een tubo-ovarieel abces onderscheiden van een endometriosecyste, maar infectie in een endometriosecyste kan men als zodanig niet herkennen. Terwijl bij een tubo-ovarieel abces een echogelegeide, laparoscopische of laparotomische drainage in eerste instantie als behandeling volstaat, dient bij een geïnfecteerde endometriosecyste ook het endometrioseweefsel uit het ovarium te worden geëxcideerd. In het laatste geval heeft dan ook laparoscopie of laparotomie als benadering de voorkeur.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 juni 2006

---

#### Literatuur

- 1 Dekker JH, Veehof LJG, Hinloopen RJ, Kessel T van, Boukes FS. NHG-standaard Pelvic inflammatory disease, eerste herziening. Huisarts Wet. 2005;48:509-13.
- 2 Curtis KM, Hillis SD, Kieke jr BA, Brett KM, Marchbanks PA, Peterson HB. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992-1994. Obstet Gynecol. 1998;91:1007-12.
- 3 Lipscomb GH, Ling FW, Photopoulos GJ. Ovarian abscess arising within an endometrioma. Obstet Gynecol. 1991;78(5 Pt 2):951-4.
- 4 Chow AW, Patten V, Marshall JR. Bacteriology of acute pelvic inflammatory disease. Suboptimal survival of Neisseria gonorrhoeae in a nonbuffered transport system. Am J Obstet Gynecol. 1979;133:362-5.

- 5 Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis.* 1983;5:876-84.
- 6 Ross JD. European guideline for the management of pelvic inflammatory disease and perihepatitis. European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. *Int J STD AIDS.* 2001;12 (Suppl 3):84-7.
- 7 Halperin R, Levinson O, Yaron M, Bukovsky I, Schneider D. Tubo-ovarian abscess in older women: is the woman's age a risk factor for failed response to conservative treatment? *Gynecol Obstet Invest.* 2003;55:211-5.
- 8 Perez-Medina T, Huertas MA, Bajo JM. Early ultrasound-guided transvaginal drainage of tubo-ovarian abscesses: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 1996;7:435-8.
- 9 Henry-Suchet J. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian abscess: thirty years' experience. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2002;9: 235-7.
- 10 Hompes PG, Koninckx PR, Kennedy S, Kamp GF van, Verstraeten RA, Cornillie F. Serum CA-125 concentrations during midfollicular phase, a clinically useful and reproducible marker in diagnosis of advanced endometriosis. *Clin Chem.* 1996;42:1871-4.
- 11 Mol BW, Bayram N, Lijmer JG, Wiegerinck MA, Bongers MY, Veen F van der, et al. The performance of CA-125 measurement in the detection of endometriosis: a meta-analysis. *Fertil Steril.* 1998;70: 1101-8.
- 12 Varras M, Polyzos D, Perouli E, Noti P, Pantazis I, Akrivis Ch. Tubo-ovarian abscesses: spectrum of sonographic findings with surgical and pathological correlations. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2003;30: 117-21.
- 13 Clarke L, Edwards A, Pollard K. Acoustic streaming in ovarian cysts. *J Ultrasound Med.* 2005;24:617-21.
- 14 Togashi K, Nishimura K, Kimura I, Tsuda Y, Yamashita K, Shibata T, et al. Endometrial cysts: diagnosis with MR imaging. *Radiology.* 1991;180:73-8.
- 15 Moore E, Soper DE. Clinical utility of CA125 levels in predicting laparoscopically confirmed salpingitis in patients with clinically diagnosed pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 1998;6: 182-5.
- 16 Cibula D, Kuzel D, Fucikova Z, Svabik K, Zivny J. Acute exacerbation of recurrent pelvic inflammatory disease. Laparoscopic findings in 141 women with a clinical diagnosis. *J Reprod Med.* 2001;46:49-53.
- 17 Kubota T, Ishi K, Takeuchi H. A study of tubo-ovarian and ovarian abscesses, with a focus on cases with endometrioma. *J Obstet Gynaecol Res.* 1997;23:421-6.

---

#### Abstract

**Pelvic inflammatory disease and an abscessed endometriosis cyst: a diagnostic problem and a therapeutic dilemma.** – A 52-year-old woman with known endometriosis was treated with a levonorgestrel-containing IUD for irregular vaginal blood loss. Two weeks later she was admitted with signs of pelvic inflammatory disease (PID) and was treated with antibiotics. As no clinical improvement ensued, laparoscopy was performed which demonstrated an infected endometriosis cyst in her right ovary. Ovariectomy was performed. In a 29-year-old woman with a symptomatic endometriosis cyst in the right ovary, PID was also suspected. After an initially good response to antibiotic therapy her condition deteriorated. Laparotomy revealed an infected endometriosis cyst. It was drained with subsequent cystectomy. A third, 43-year-old, woman with known endometriosis was admitted with signs of PID. Although she had a good clinical response to antibiotic therapy, her C-reactive protein (CRP) level remained elevated. Diagnostic laparoscopy demonstrated a large abscess in the right ovary. Ovariectomy was performed. Histology showed signs of an infected endometriosis cyst. All these women presented with PID and, in addition, a cystic adnexal mass on ultrasonography. The incidence of tubo-ovarian and ovarian abscesses is higher in the presence of an endometriosis cyst. Irrespective of the presence of an endometriosis cyst, antibiotics should be the first line of treatment. Reduction in the size of the abscess is not a useful parameter for monitoring conservative treatment when an infected endometriosis cyst is present. If it is decided to perform surgery on the infected endometriosis cyst, drainage of the abscess is usually not sufficient: excision of the endometriosis cyst is the only adequate therapy. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2007;151:725-9