

PIYOJENİK KARACİĞER ABSELERİNİN TANI VE TEDAVİSİ

Dr.A.Nahit ÖKESLİ, Dr.A.Erkan ÜNAL, Dr. B.Şükrü ÖZER, Dr.M.Metin BELVİRANLI

S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

1984-1991 yılları arasında piyojenik karaciğer absesi tanısıyla tedavi edilen 14 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastaların şikayetleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları ile tedavi yöntemleri literatür bilgileriyle karşılaştırıldı.

Yüksekce yanılğı oranına rağmen, ultrasonografi-nin tanı ve ayırıcı tanıda önemli yeri vurgulandı. Piyojenik karaciğer absesi tanısı yanısıra, etyolojide önemli rol oynayan dış safra yolu hastalıklarının da tanınması ultrasonografiye ait bir üstünlük olarak izlendi.

Cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisinin özellikle dış safra yolu hastalığı bulunan kişilerde en etkili tedavi olduğu görüldü. Bunun yanısıra; ultrasonografi yardımıyla perkütan abse drenajının da seçilmiş olgularda etkili bir tedavi yöntemi olabileceği belirtildi.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer absesi.

SUMMARY

The Diagnosis and Treatment of Pyogenic Liver Abscesses

Between 1984 and 1991, 14 patients treated with the diagnosis of pyogenic hepatic abscess were reviewed retrospectively. The complaints, physical examinations, laboratory results and the treatment methods of these patients were compared with the literature.

The importance of U.S. in diagnosis and differential diagnosis but also the highly incidence of error is implicated. Also the diagnostic value in extrahepatic bile duct diseases which has importance in etiology is the superiority of U.S.

Operative drainage and antibiotic therapy is seen to be the most effective treatment especially in the patients with extra-hepatic bile duct diseases. Also it is determined that percutaneous abscess drainage under the guidance of U.S. is an effective method in selected cases.

Key Words: Liver abscess

GİRİŞ

Piyojenik karaciğer abseleri, cerrahi kliniklerinde az görülen hastalıklardandır. Ochsner'in 1938'de yayınladığı düş kırıcı yüksek mortalite oranları, karaciğer absesi fizyopatolojisinin iyi anlaşılması, tanı yöntemlerinin kullanılması, ilerlemiş cerrahi tekniklerin uygulanması ve geliştirilmiş antibiyotiklerin kullanılmasıyla çok düşmüştür. Ayrıca hastalığa neden olan etyolojik faktörler ve görülme yaşları da tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak değişmiştir.

Cerrahi drenajla birlikte antibiyotik tedavisi yapılan olguların mortalite ve morbidite oranlarının yüksek oluşu yeni arayışlara yol açmıştır. Bu amaçla geliştirilen perkütan drenaj işlem günümüzde uygulanmakta ve başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Ancak bu metodun seçilmiş olgularda uygulanabilmesi

nedeniyle, cerrahi drenaj işlemi önemli bir tedavi yöntemi olarak hala yerini korumaktadır.

Bu yazıda, kliniğimizde tedavi edilen 14 piyojenik karaciğer absesi olgusu retrospektif olarak incelenmiş, olgu özellikleri, tanı yöntemleri ve tedavileri irdelenmiştir.

MATERYAL VE METOD

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda, 1984-1991 yılları arasında tedavi gören 14 piyojenik karaciğer absesi olgusu incelendi. Amip abseleri ve infekte hidatik kist olguları çalışma dışında bırakıldı.

Olgulardan 9'una sadece cerrahi drenaj ve antibiyotik tedavisi uygulandı. Bunlar bir olguya kolesistektomi, bir olguya kolesistektomi + T tüp drenaj, bir olguya kolesistektomi + T tüp ve toraks drenajı,

bir olguya koledoko-duodenostomi ve bir olguya da subhepatik abse drenajı şeklindeydi.

Sekiz olguya 3. kuşak sefalosporin + ornidazol, bir olguya sadece 3. kuşak sefalosporin, dört olguya klindamisin + gentamisin ve bir olguya da penisilin + kloramfenikol kombinasyonu uygulandı.

Tedavi süresince 7 hastaya 1-3 ünite kan transfüzyonu yapıldı. Dört hastaya human albumin verildi.

BULGULAR

18-75 yaşları arasında 14 hasta irdelendi. Ortalama yaş 41 bulundu. Hastaların 11'i erkek, 3'ü kadındı.

En önemli şikayet olan ağrı ve ateş 10 hastada (%71) vardı. Sarılık ise 5 hastada (35.5) bulunuyordu. Fizik muayene ile 9 hastada hepatomegali (64.4), 7 hastada karın sağ üst kadranda duyarlılık (50), 2 hastada ise yaygın peritonit bulguları saptandı. 4 hastada (%28) solunum sistemi bulguları vardı.

Etyolojik olarak 2 hastada akut apandisit suçlandı. Hastaların biri 5 gün, diğeri iki ay önce apandektomi ameliyatı geçirmişlerdi. 5 hastada etyolojik faktör dış safra yollarıydı. Olgulardan üç tanesinde taşlı kolesistit ve ikisinde de koledok taşına bağlı süpüratif kolanjit saptandı. 7 olguda etyolojik faktörü açıklayıcı bir neden bulunamadı. Bunlardan 3 olguda önceden geçirilmiş kolesistektomi anamnezi vardı. Bu hasta grubunun karın eksplorasyonları normaldi. Daha önce geçirilmiş ateşli hastalık anamnezi yoktu.

Hastaların 10'unda (71.4) hemoglobin seviyesi 10 gr/100 ml'in altındaydı. Beyaz küre sayıları 9.000 - 22.000/mm³ arasında idi. Genelde 13.000/mm³'ün üzerindeydi. S.G.O.T. ve S.G.P.T. ile bilirubin değerleri 6 hastada yüksekti (%44). Alkalen fosfatez 9 hastada (64.4) yüksekti.

Abse materyallerinden yapılan kültürlerden sadece yedisinde üreme tesbit edildi. 3 hastada staph. aureus, 2 hastada pseudomonas, bir hastada enterobacter ve bir hastada ise staph. aureus ve staph. epidermitis'den oluşan mikst üreme saptandı. Anaerob kültür yapılmadı. Duyarlılık 3. kuşak sefalosporinlere karşı idi. Kültürde üreme hastaların 4'ünde etyolojik faktör dış safra yolları idi.

PA akciğer grafilerinde; 4 hastada sağ diafragma yüksekliği, bir hastada bazal pnömoni, bir hastada da plörezi bulgusu saptandı.

Hastaların tümüne ultrasonografi ve ikisine

ayrıca CT scan yapıldı. Ultrasonografi ile laparotomi sonuçları karşılaştırıldığında 3 hastada yanılığ saptandı (%21.4). Yanılığ, sayı ve lokalizasyonla ilgili idi (Tablo-1). Ayrıca 5 hastada karaciğer absesi tanısına ek olarak dış safra yolu patolojilerine de ultrasonografi yardımıyla tanı konuldu.

Hastaların 4'tünde diabetes mellitus ve ikisinde de kalp yetmezliği yandaş olarak bulundu.

Hastalarımızdan ikisi tedavi sonrası exitus oldu. Hastalardan birinde çekum fistülü, birinde abse içinden kanama ve stress ülseri perforasyonu ve birinde de orchio-epididimit komplikasyonları görüldü.

Hastanede kalış süresi ortalama 17 gündü.

TABLO 1: Piyojenik karaciğer abselerinin ultrasonografik ve ameliyat bulgularının karşılaştırılması.

No	US	Laparotomi Yanılığı
1	Sağ lob	Aynı
2	Sağ lob	Aynı
3	Sağ lob+	Aynı
4	Koledok taşı Sağ lob+	Aynı
5	Sağ lob+ Safra kesesi taşı	Aynı
6	Sağ lob	Sağ lob +
7	Sol lob (1)	Sol lob (2) +
8	Sağ lob (2) Sol lob	Aynı
9	Sağ lob (1)	Sağ lob (2) +
10	Sol lob	Aynı
11	Sağ lob, sol lob+ Safra kesesi taşı	Aynı
12	Sağ lob (3)	Aynı
13	Sol lob	Aynı
14	Sol lob+ Safra kesesi taşı+ Koledok taşı	Aynı

TARTIŞMA

Hastalarımızın yaş ortalaması 41'dir. Genelde 6.-7. dekat hastalığı olarak bilinmektedir (1,2,3). Hastalığın 4. dekat daha sık görüldüğünü bildiren bazı kaynaklar ise bu durumu toplumlarının genç oluşuyla açıklamaktadırlar (4,5,6). Bizim hastalarımızda da 4. dekat sık görülüşü toplumumuzun genç oluşu yanında, yaygın olarak kullanılan ultrasonografi ile tanının kolay konmasına bağlanabilir.

Safra kesesi ve dış safra yolları hastalıkları kadınlarda sık görülmesine ve etyolojide önemli rol oynamasına rağmen, piyojenik karaciğer abseleri erkeklerde daha sık görülmektedir (1,2,3,4,5,6). Bizim hastalarımızın da çoğunluğu erkekti.

Hastalarımızın çoğunluğu üşüme, titreme ve ateş gibi nonspesifik şikâyetlerle başvurular. Sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık sadece 5 hastada saptadı. Hastalarımızdan karaciğer abse perforasyonu olan ikisi, akut karın öntanısı olarak, kesin tanı ameliyatta konmuştur. Üç hastamızda 2-12 gün arasında kesin tanıya varılmıştır. Diğerleri ise başka merkezlerde önceden tanı konarak servisimize nakledilmişlerdir. Tüm hastalarımızda, şikâyetlerin başlangıcı ile kesin tanı arasındaki süre 2-30 gün arasında değişmektedir.

Hastalarımızdan ikisinde akut apandisit, beşinde safra kesesi ve dış safra yolları etyolojik faktör olarak rol oynamıştır. Diğer yedi hastada etyolojik faktör bulunamamıştır. Bu hastalardan üçünün daha önce kolesistektomi geçirmesi ve ameliyatta dış safra yollarının normal bulunması, bilier sistem dışı kaynakların etkili olabileceğini düşündürmektedir. Çoğu yayınlarda; travma, kolon divertikülitleri, karaciğer iğne biyopsisi, terapötik hepatic arter ligasyonu gibi faktörlerin etyolojide rol oynayabileceği bildirilmektedir (2,5,7). Ancak bu olgularda etyolojik faktörü açıklayabilecek bir bulgu saptayamadık.

Eski yıllarda piyojenik karaciğer absesi oluşumunda sıklıkla gastro-intestinal traktüs suçlanmakta iken, son yıllarda bilier sistem daha sıklıkla etyolojik faktör olarak suçlanmaktadır (1,2,5,6,7). Olgularımızda da dış safra yolu hastalıkları etyolojide önemli rol oynamaktadır.

Hastalarımızdan 10'unun anemik oluşu ve hepsinde de lökositöz bulunması literatür ile uyumludur (1,2,8).

SGOT, SGPT ve bilirubin seviyeleri yüksek bulunan 6 hastanın 5'inde dış safra yolu hastalığı bulunmaktaydı. Alkalen fosfataz 9 hastamızda yüksek bulunmuştu. Alkalen fosfataz ve bilirubin yüksekliği, diğer bulguların yanısıra piyojenik karaciğer absesi tanısında ve prognozunda önemli bir kriter olduğu bildirilmektedir (1,5,6,7). Ancak kaybettiğimiz iki hastadan sadece birinin alkalen fosfataz değeri yüksekti. Bilirubin seviyeleri normaldi. Diğer 8 hastamızda alkalen fosfataz yüksekliğinin prognozu etkileyici rolü olmadığı kanısına vardık.

Bütün hastalarda preoperatif uygulanan ultrasonografi, tanıda çok yardımcı oldu. Ultrasonografide, karaciğer absesi bulguları yanında, 5 hastada dış safra yolu patolojisi saptandı. Bu patolojilerin saptanması, tedavi yönteminin belirlenmesinde son derece önemlidir. Serimizde 2 hastada lateralizasyon ve 1 hastada sayı nedeniyle olmak üzere %21.4 oranında yanılığ saptanmıştır.

Tüm hastalarımız cerrahi drenaj ve antibiyotikle tedavi edildiler. İşleme ek olarak, 5 dış safra yolu girişimi, 1 toraks drenajı ve 2 karın içi abse drenajı yapıldı. Cerrahi drenaj hastaların hepsinde yeterli oldu. Erken ve geç nüks görülmedi.

Klasik tedavi yöntemi yanısıra son yıllarda popülerize edilen bir tedavi yöntemi de CT veya ultrasonografi eşliğinde yapılan perkütan drenajdır. Yöntem, özellikle majör cerrahi riski olan ve karın içi enfeksiyonu olmayan hastalarda önerilmektedir (1,5,6,9). anestezi riski olmayışı, düşük mortalite ve hastanede kalış süresi azlığı gibi avantajları ileri sürülmektedir (3,4,5,6,7,9,10). Bir kez (on step) yapılan drenajlar yerine, devamlı kateterle yapılan drenaj ve irrigasyon tavsiye edilmektedir. Bunun yanısıra kanama, abse rüptürü, hematoma ve safra kesesi perforasyonu gibi komplikasyonlar da bildirilmektedir (3,5,6,10). Ultrasonografi ve CT deki olabilecek yanılığlar göz önüne alınırsa perkütan drenajın küçümsenmeyecek ölçüde ciddi bir girişim olduğu söylenebilir.

CT iki hastamızda yapılmıştır. Bulgular, ameliyat bulguları ile paralel olmasına rağmen daha fazla sayıda hasta ile kontrollü çalışmalar yapılması gerekmektedir. Ancak CT, karaciğer lezyonlarının değerlendirilmesinde ultrasona göre üstündür. Ultrasonografi ise dış safra yolları değerlendirmesinde daha yararlıdır (4,5,11).

Etyolojide önemli rol oynayan ve genellikle cerrahi olarak tedavi edilebilen dış safra yolu hastalıklarının bulunması, perkütan drenaj endikasyonlarını daraltmaktadır. Ancak bu hastalardan majör cerrahi risk taşıyanlar perkütan drenajla geçici olarak tedavi edilebilirler. Multipl abselerde uygulanması da önerilmekle birlikte genel eğilim bu görüşün karşısındadır (3,5).

Bizim 14 hastalık serimizde majör cerrahi riski olan ve karın içi enfeksiyonu bulunmayan sadece bir hastamız vardı. Bu hastada preoperatif olarak diabetes mellitus ve ventriküler prematüre sistoller saptadı. Hastayı ameliyat sonu erken dönemde kaybettik.

Sonuçlar:

1- Cerrahi tedavi, piyojenik karaciğer absesinin yeterli drenajı yanında primer hastalığın da tedavisine olanak verir. Mortalitesi yüksekçe olmasına rağmen tedavide önemli bir yeri vardır.

2- Perkütan drenaj, majör cerrahi risk taşıyan ve karın içi enfeksiyonu olmayan dar bir hasta grubuna

uygulanabilir.

3- Perkütan drenaj işlemi, başarısızlık veya komplikasyonların oluşması durumunda cerrahi girişimin yapılabileceği koşullarında uygulanmalıdır.

4- İşlem öncesi ve esnasında yapılan ultrasonografi ve CT güvenilir olmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Miedema BW, Dineen P. The diagnosis and treatment of pyogenic liver abscess. *Ann Surg* 1984; 200: 328-335.
- 2- Schwartz SI. Hepatic abscesses. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC (ed.) *Principles of Surgery*. New York: Mc Graw-Hill, 1989; 1327-1337.
- 3- Gerzof SG, Johnson WC, Robbins AN, Nabseth DC. Intrahepatic pyogenic abscess: treatment by percutaneous drainage. *Am J Surg* 1985; 149: 487-494.
- 4- Dietrick RB. Experience with liver abscess. *Am J Surg* 1984; 147: 288-291.
- 5- Gyorffy EJ, Frey CF, Silva J and Mc Gahan J. Pyogenic liver abscess. Diagnostic and therapeutic strategies. *Ann Surg* 1987; 206:699-705.

- 6- Bergamini TM, Larson GM, Malangoni MA, Richardson JD. Liver abscess. Review of a 12 years experience. *Am Surg* 1987; 53:596-599.
- 7- Kandel G, Marcon GE. Pyogenic liver abscess: new concepts of an old disease. *Am J Gastroenterol* 1984; 79: 65-71.
- 8- Meier R, Vöglin J, Gyr K. Diagnostik des pyogenen leber abszesses *DMW* 1988; 113: 62-63.
- 9- Meier R, Vöglin J, Gyr K. Diagnostik des pyogenen leber abszesses *DMW* 1988; 113: 64.
- 10- Akhan O, Gülekan N, Özmen MN, Ünsal M, Eryılmaz M. Ultrasonografi kılavuzluğunda perkütan abdominal abse drenajı. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 1990; 6:39-41.
- 11- Kayabalı İ. Cerahatlı tek karaciğer abseleri. *T Klin Gastroenterohepatoloji* 1991; 2:203-207.