

Cerahatli Tek Karaciğer Abse'leri (202 Hastanın Retrospektif Olarak İncelenmesi)

SOLITARY PYOGENIC LIVER ABSCESS (A STATISTICAL ANALYSIS OF 202 CASES TREATED BY SURGICAL DRAINAGE ONLY)

Prof.Dr.fsmail KAYABALI

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrah ABD, ANKARA

ÖZET

Bu çalışmada, 202 tek piyogen karaciğer absesi sunuldu. Yaş ortalaması 34.2 yıl, en önemli klinik bulgular ağrı (%94.2), titreme ve ateş (%74.8) ve hepatomegali (%70) dir. Akyuvarlarda artma (%47.7), hızlanmış sedimentasyon (94.6 mm), %50 mg'in üstünde üre (%24.5)'dir. Akciğer ve diafragma filmlerinde %69.7 patoloji olduğu görüldü. Radyoaktif karaciğer taraması %94.75, karaciğerin vs. incelenmesi ise %80 olumlu sonuç vermiştir. Ameliyat öncesi doğru tanı oranı %73.45'ür. Sağ lob lokalizasyonu %85.6, sol lob lokalizasyonu %12.6, bilateral lokalizasyon %1.8'dir. Ortalama abse hacmi 700 cc, steril cerhat bulunması %45.6'dır. Bu seride total morbidite %8.9, mortalite %10.8'dir. Perforasyonlu hastaların %28.8'i kaybedildi. Bu serinin tümü, sistematik olarak erken cerrahi drenajla tedavi edilmiştir.

2

Anahtar Kelimeler: Karaciğerin tek piyogen abseleri

T Klin Gastroenterohepatoloji 1991, 2:203-207

Son 20 yıldan beri bütün dünyada piyogen tek karaciğer abse insidens'inin arttığı görülmektedir. Klinik ve para-klinik bulgular alabildiğine değişmiş, bunun sonucunda da eski klasik bilgilerin yenilen-

Oeli, Tarihi: 3.5.1991

Kabul Tarihi: 3.6.1991

Yu/işmu Adresi: Dr.Ismail KAYABALI
A.Ü.Tıp Fak.Genel Cerrahi ABD
Cebeci, ANKARA

Türk J Gastroenterohepatol 1991, 2

SUMMARY

In this study, we present 202 cases of solitary pyogenic liver abscess. The average age was 34.2, and the most important clinical findings were pain (94.2%), chills and fever (74.8%) and hepatomegaly (70%). Tltc laboratory findings were as follows: Leucocytosis (47.1%), elevated sedimentation rate (94.6 mm), Urea over 50mg (24.5%), average SGOT: 23.17 U, SGPT: 25.1 U. and alkaline phosphatase: 100.1 U. X-Ray examination revealed pathological findings in the right pleural cavity and diaphragm in 69.4%. Radioisotope scanning of the liver was helpful in 94.75%, echography in 80% of cases. The preoperative diagnosis was correct in 73.45%. The abscess was located in the right lobe in 85.6%, in the left lobe in 12.6%, and in both lobes in 1.8%. The average abscess volume was 700 cc and thus sterile in 45.6%. The overall complication rate was 8.9%, and the mortality rate was 10.8%. All patients were treated by early systematic surgical drainage.

Key Words: Solitary pyogenic abscess of the liver

Türk J Gastroenterohepatol 1991, 2:203-207

mesi gereği, tanı ve tedavide daha çok etkili ve daha enerjik metodlara gerek olduğu anlaşılmıştır.

Bu durum karşısında tek piyogen karaciğer abse materyelimizi incelemenin ilginç olacağı kanısındayız.

MATERYEL VE BULGULAR

Bu seri, 1965-1989 (dahil) döneminde A.Ü.Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD'nda cerrahi (açık) drenajla

tedavi edilen 202 hastadan meydana gelmiştir. Bu hastaların 31 (%15.4)'i kadın, 171(%84.6)'i erkektir. En genç hasta 13, en yaşlı hasta 80 yaşında, yaş ortalaması 34.2 yıldır. 6 hasta (%2.8) nüks ile başvurmuştur.

Hastalığın Prodrom süresi: En kısa 3 gün, en uzun 7 yıl oldu; ortalama süre 4.78 aydır.

Klinik Bulgular (Tablo 1)'de, Laboratuvar bulguları (Tablo 2)'de toplanmıştır.

Radyolojik olarak akciğer ve diafragma'ların incelenmesi %69.4 olumlu sonuç verdi.

Tablo 1. Serimizde Semptomatoloji

Bulgu	Oran (%)
Ağrı	94.2
Ateş	74.8
Sarılık	15.9
Bulantı ve kusma	29.1
Öksürük	11.6
Zayıflama	38.7
İlepatomegali	70 (Ortalama 4.5 cm)
Ascites	1.63

Tablo 2. Serimizde Rutin Laboratuvar Araştırma Sonuçları

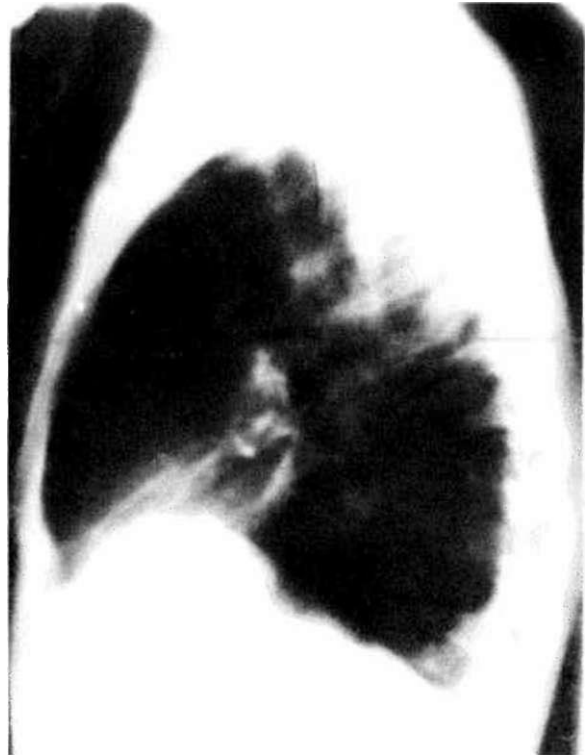
Parametre	Ortalama değer	Normal değer
10.000 üstünde		
Akyuv.artışı	%41.7	10.000
Hb.	%70.2	%100
Akyuvar	3.325.000	5.000.000
Sedim.	94.6 mm	8-10 mm
L're	%14.5 mg	1/104(0)mg
Alk.fosfalaz	1000.1 u.	15-69 U/L.
Total bilirubinemia	9H.2mg	9İ0.2-1 mg
Ser.Alb.fraksiyonu	%4.08 gr	•7,43 gr.

Tablo 3. Materyelimizde perforasyonlar

Perforasyon yeri	Vak'a sayısı	Oranı (7c)
Diafragma altı	8	3.9
Sağplöra sinus'u	8	3.9
Periton	17	8.4
Safra yolları	4	1.9
Karın duvarı	1	0.4
Toplam	38	18.6



Şekil 1. Tek piyujen karaciğer ahse'sinde diafragma ile akciğerin ön görünümü



Şekil 2. Ük i'fvnjen k.ii.niğeri absce'sinde diafragma ile akciğerin yan görünümü.

Tablo 4. Serimizde Morbidite ve Mortalite

Komplikasyon	Morbidite		Mortalite	
	Vak'a Sayısı	Oran (%)	Vak'a sayısı	Oran (%)
Akut karaciğeryetersiz.	10	4	8	80
Sepsis	12	4.8	12	100
Kardiak komplikasyon	2	0.8	2	100
Piöro-pülmorter komptikasyonu	3	1.2	0	0
Nüks	2	0.8	0	0
Toplam	29	14.3	22	10.8

Tablo 5. Kapalı Drenaj Konusunda Verilen Bazı Sayılar

Yazar	Vak'a sayısı	Mortalite (%)	Nüks (%)
S.G.Gerzhof(3)	18	2.8	11
E.Kuligowska(10)	12	0	11
S.R.Mandel(13)	9	0	22.2
A.M.Scheinfeld(8)	6	0	0
J.R.Haaga(14)	7	0	0
L.A.Berger(4)	15	0	0
R.B.Dietrick(19)	109	2.7	0

Tablo 6. Cerrahi (açık) Drenajın Sonuçları

Yazar	Vak'a sayısı	Mortalite (%)	Nüks (%)
A.Ochsner(16)	24	36	0
K.W.Warren(5)	20	95	0
R.W.Wintch(1)	10	20	0
E.S.Hill(17)	18	16	0
J.M.A.Northover(2)	20	40	0
İ.Kayabali(7)	117	17	17
J.P.Ncoptolcmos(18)	21	9.5	9.5
W.L.Verlander(19)	10	0	0
Serimiz	202	10.8	0.8

Görüntüleme metotlarında; karaciğer sinliğrafisi uygulanan hastalarda %94.25 olumlu sonuç elde edilmiştir.

Buna mukabil ultrasonografi uygulanan hastalarda %80 olumlu sonuç alındı.

Bu seride CT-Scaning ve Magnetic resonance incelemeleri yapılmamıştır.

Önlanı'da yanılma oranı %26.55'tir. En çok karışan hastalıklar ilkel ve metastatik karaciğer kanserleri, süpürç kist hidalik'lerdir.



Şekli 3. Tekpiyojen karaciğer absesinde ultrason bulgusu

Ameliyat Verileri

Lokalizasyon Sağ lob: 173 (%85.6), sol lob: 26 (%12.6), bilateral 3 (%1.8).

Abse hacmi ise ortalama hacim 7(X) cc idi. %25 oranında 1 L'den çok cerrahi vardı. Bir kadın hastada ise abse hacmi 5 L idi (Bu hasta halen hayattadır).

Bakteriyolojik incelemelerde Abse poşundaki cerrahat %45.6 oranında steril bulundu. Geri kalanların en büyük bölümünde Gram (-) basiller üretilmiştir. Bir hasta (%0.44) Pyocyanus sepsisi ile kaybedildi.

İlginç bir bulgu da bir hastada (50 yaşında kadın, Prot.3093/1982) abse poşu içinde ascarit çıkmasıdır. Bu abse sol lobda bulunuyordu ve hacmi 1000 cc'den fazlaydı.

Bu seride hemokültür ve anaerob çalışma yapılmamıştır.

Hastalanımızdaki Pclorasyon'lar (Tablo 3)'te gösterilmiştir.

Pcforasyon ile gelen bu 38 (%18.6) hastanın İLİ (%28.8) kaybedilmiştir.

Bütün hastalarda sistematik Cerrahi Drenaj uygulandı. Varış yolu, hepsinde transperitoncal'dir. Bu vak'lardaki Morbidité ve Mortalite (Tablo 4)'te gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Son yıllara gelinceye kadar tek piyojen karaciğer abscleri az gelişmiş ülkelere özel bir hastalık olarak kabul edilmekleidi. Fakat antibiyotik ve stteroid'lerin yaygın ve kontrolsüz bir biçimde kullanılmasından beri bu tür abscler dünyanın her yanında gittikçe artarak görülmeye başlamıştır. Bu yüzden birçok araştırmacı bu konudaki bilgilerin yeniden gözden geçirilmesi gereği üzerinde durmaktadır (1,2).

Elio-pathogenesis yönünden henüz görüş birliği yoktur. Materyelimizin en önemli bölümü, sanitasyon ve hijyen koşullarının iyi olmadığı bölgeler ve gecekondularından gelmiştir.

Birçok hastada kesin tanının laparatomisiz konabildiği, çağımızın bilinmesi gereken gereklerindedir. Ayrıca abse içindeki cerahatin %17-40 oranında steril olduğu bir gerçektir (3,4,5). Bu sayı bizim materyelimizde %45.6'dır. Bu yüzden amip absclerle ayırım ancak abse duvarının histopatolojik incelenmesiyle mümkün olabilmektedir.

Ayırıcı tanı için özellikle karaciğerin primer ve metastatik Ca.'lan ve cerahatli kist hidatik'leri dikkate alınmalıdır (6,7). Kesin tanı konmasında ekografi, CT Scanning ve Magnetic resonance araştırmalarının büyük yardımı vardır (7,8,9,10).

1953'ten beri Hong-Kong'tan A.J.S.McFadzcan tek piyojen karaciğer absclerinde kapalı drenaj yapmaktadır (11). Ultrasonografi rehberliğinde kapalı aspirasyon ise 1972'de Z.Rubinstcin'in çalışmalarıyla günlük pratik alanına girdi (12). O zamandan beri bu alandaki çalışmalar, yaygın bir şekilde devam ettirilmektedir (Tablo 5). Kapalı

drenajın yol açtığı komplikasyonlar ve kontrindikasyon'ları şunlardır (3,4): Nüks (%15), kanama (S.G.Gerzof olmadığını ileri sürüyor), periton içine yayılma (%20), perforasyon durumlarında kullanılamaması ve yetersiz oluşu.

Kapalı drenaj konusunda henüz hiçbir deneyimimiz yoktur.

Cerrahi (açık) drenaja karşı ileri sürülen en önemli itiraz, mortalite'nin yüksek oluşudur (3,4). Fakat buna karşılık kapalı drenajlara özel komplikasyon ve uygulanamazlıkların hiçbiri, açık (Cerrahi) drenajda yoktur. Ayrıca mortalite'nin, her geçen yıl azalmakta olduğu da bir gerçektir (Tablo 6). Bunun en iyi örneklerinden biri serimizdir. 1983'te %17 olan mortalite oranımız, bu son seride %10.8'c düşmüştür (7).

Bizim kabul ettiğimiz ve uyguladığımız tedavi stratejisi, mümkün olduğu kadar erken yapılan geniş bir cerrahi drenaj, yüksek doz antibiyotik, hypoprotecinmia ile savaş ve karaciğer fonksiyonlarının desteklenmesi biçimindedir.

KAYNAKLAR

1. Wintch RW, Rcincs IID, Ranıbo WM: Liver abscess: a changing entity. Am Surg 1982, 48:11-5.
2. Northover JAM, Jones B,IM, Dawson JE et al: Difficulties in the diagnosis and management of pyogenic liver abscess Brit J Surg 1982, 69:48-51.
3. Gerzof SO, Johnson WC, Robbins AII, Nabscth DC: Intrahepatic pyogenic abscesses: Treatment by percutaneous drainage. Am J Surg 1985, 149:487-94.
4. Berger LA, Osborn J)R: Treatment of pyogenic liver abscesses by percutaneous needle aspiration. Lancet 1982, 1:132-6.
5. Warren KW, Hardy KI: Pyogenic hepatic abscess. Arch Surg 1968,97:40-5.
6. Akoğuz K, Oğur M: Malign tümör teşhisi konmuş kist hidatikvak'alan. Ada Oncol Turcica 1973, 6:33-42.
7. Kayabali İ, Yılmaz S, Öürel M: Solitary pyogenic liver abscess: A statistical analysis of 117 cases, Int Surg 1983, 68:149-50.
8. Scheinfeld AM, Steiner AE, Rivkin BE. et al: Transcutaneous drainage of abscesses of the liver guided by computed tomography Scan. Surg Gynec and Obstet 1982, 155:662-6.
9. Braun B, Pernice II, Herzog P, et al: Diagnosis and therapy of liver abscess by ultrasonographic imaging, puncture and drainage, J Hepatogastroenterology 1982,30:9-11.
10. Kuligowska E, Connors SK, Shapiro JII: Liver abscess: Sonography in diagnosis and treatment. Am J Radiol 1982, 138:253-7.

11. McFadzean AJS, Chang KPS and Wong CC: Solitary pyogenic abscess of the liver treated by closed aspiration and antibiotics. A rerort of 14 consecutive cases with recovery. Brit J Surg 1953;41:141-52.
12. Rubinstein Z, Heyman Z, Morag B and Ilyachak Y, Ultrasound and computed tomography in the diagnosis and drainage of abscesses and other fluid collections. Isr J Med Sci 1972;77:629-38.
13. Mandel SR, Body D, Jacques PF, Staab EV: Percutaneous catheter drainage of liver abscess: an alternative to open drainage. Brit J Surg 1980;67:400-2.
14. Ilaaga JR, Weinstein AJ: CT-guided percutaneous aspiration and drainage of abscesses. Am J Radiol 1980, 135:1187-94.
15. Dietrick RB: Experience with liver abscess. Am J Surg 1984, 147:288-91.
16. Oschner A, DeBakey M, Murray S: Pyogenic abscesses of the liver. Am J Surg 1938, 11:292-319.
17. Hill FS, Laws HE: Pyogenic hepatic abscesses. Am Surg 1982;48:49-53.
18. Neoptolemos JP, McPherson DS, Holm J, Fossar DP: Pyogenic liver abscess: A study of forty-four cases in two centers. Acta Chir Scand 1980, 148:415-21.
19. Verlender WL, Frey CF: Management of liver abscess. Am J Surg 1980, 140:53-9.