

Çocukluk Çağı Abselerine Yaklaşım: Bir Poliklinik Çalışması

AN APPROACH TO CHILDHOOD ABSCESS:
A STUDY FROM A PEDIATRIC SURGICAL OUTPATIENT FACILITY

Dr. Nur ERAY*, Dr. Hrisi BAHAR***, Dr. Müzeyyen MAMAL TORUN****, Dr. Sinan CELAYİR**

* Uz.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD,
** Doç.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD,
*** Uz.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD,
**** Prof.Dr., İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji AD, İSTANBUL

Özet

Ön bilgi: Çocuk Cerrahisi polikliniklerinde en sık yapılan işlemlerden biri olan abse drenajları basit bir cerrahi işlem olarak görülmesine karşın uygulanan tedavi ve takip protokolleri arasında bir standardizasyon yoktur.

Amaç: Bu çalışmada polikliniğe başvurdurulan ve abse drenajı yapılan olgularda enfeksiyon etkeni mikroorganizmaların dağılımına göre tedavi protokolünün tartışılması ve standardizasyona gidilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: 2,5 yıllık süre içinde başvuran olguların poliklinik kartları genel başvuru sayısı, total abse olguları, başvuru yaşları, abse lokalizasyonları, komplikasyonlar, abselerden alınan örneklerde bakteri üreyen hasta sayısı, üreyen anaerob ve aerob bakteriler, antibiyotiklere duyarlılıkları açısından geriye dönük incelenmiştir. Bulgular: 1999 Ocak-2001 Nisan tarihleri arasında toplam poliklinik başvurusu 6127 olgu olup bunlardan 58'i (%0,94) abse tanısıyla takip ve tedavi edilmişlerdir. Ort. başvuru yaşı 3,5 (11gün-15yaş) olup bunlardan 28 olgu (%48) <1 yaş ve 30 olgu >1 yaş başvurdurulmuştur. Abseli olguların bilinen bir immün yetmezliği yoktur. Sık rastlanan abse lokalizasyonları perianal (n=18), submandibular (n=6), aksiller (n=4), servikal (n=3), inguinal (n=2) olarak tesbit edilmiştir. Diğer lokalizasyonlar meme, gluteal, üst ekstremiteler, kulak çevresidir (n=25). Lokalizasyonu bilinmeyen olgular bu gruba dahildir. Perianal abselerin <1 yaş, submandibular, aksiller ve servikal abselerin >1 yaş olgularda daha sık olduğu saptanmıştır. Abse drenajı 56 olguda lokal, 2 olguda genel anestezi ile yapılmıştır. Absenin lokalizasyonu ve büyüklüğü ile değişmekle birlikte drenaj sonrası hastalar ortalama 1,3 kez kontrole gelmişlerdir. Major komplikasyon gözlenmemiştir. 58 olgunun 43'ünde (%74,1) abselerden alınan örneklerde üreme saptanmıştır. Üreyen bakteri grupları, aerob (n=7, %16,2), anaerob (n=1, %2,3), aerob+anaerob (n=21, %48,8), aerob+aerob (n=13, %30,2) olarak tesbit edilmiştir. Bir olguda tüberküloz basili üremiştir (%2,3). Üreyen bakteriler sıklık sırasına göre, *Enterobacter spp.* (n=15, %25,8), *S. aureus* (n=15, %25,8), *Enterococcus spp.* (n=14, %24,1), *E. coli* (n=11, %18,9), *Propionibacterium acnes* (n=7, %12) dir. *Enterobacter spp.* ve *E. coli* sefoperazon-sulbaktama duyarlı bulunmuştur. *S. aureus*'ların tamamı metisiline

Summary

Background/Aim: Percutaneous abscess drainage is a frequent procedure in the pediatric surgery outpatient setting. However it has its own drawbacks in the treatment and follow-up. In this study we aimed to evaluate the patients with abscesses who had been treated surgically and to discuss the treatment protocol based on the spread of pathogenic microorganisms detected in abscesses.

Methods: Within 2.5 year period we investigated the total admissions, patients with abscess, their register cards, age, abscess localization, complications, bacterial growth in the abscess materials, anaerobic and aerobic bacteria and antibiotic susceptibility of bacteria retrospectively.

Results: Between Jan 1999–April 2001, the total admission was 6127 patients. Admission with abscess was 58 (0.94%). Mean age was 3.5 years. (11 days–15 years). 28 patients were under one year and 30 over one year. None of these had immun deficiency. The frequent localizations of abscess were: perianal; (n=18), submandibular; (n=6), axillar; (n=4), cervical; (n=3). Other localizations were mammary, gluteal region, upper extremities and periauricular region (n=25). Perianal abscesses were most frequent in patients who were under one year. Submandibular, axillar, cervical abscesses were seen frequently in patients who were over one year. Mainly local (n=56, 96%) anesthesia was used. Ampirical antibiotic was initiated and changed if necessary according to the bacterial growth (BG). No major complication was observed. BG demonstrated on bacterial culture of 43 of 58 admission (74,1%). In 16,2% (n=7) of cultured abscesses grew aerobes and 2,3% (n=1) anaerobes exclusively. 48,8% (n=21) grew a mixture of aerobes and anaerobes. 30,2% (n=13) grew a mixture of aerobes and aerobes. It had been only one growth on mycobacterium tuberculosis. Predominant aerobic organisms were *Enterobacter* (n=15, 25,8%), *S. aureus*(n=15, 25,8%), *Enterococcus spp.* (n=14, 24,1%), *E. coli* (n=11, 18,9%) and predominant anaerobic organism was *Propionibacterium acnes* (n=7, 12%). *Enterobacter spp* and *E. coli* had susceptibility against to sefaperazon-sulbactam and all *S. Aureus* susceptible to meticillin. *S. aureus* and *Enterococcus spp* were sensible to ampicillin-sulbactam and amoxicillin-clavulonic acid.

duyarlıdır. Ayrıca *S. aureus* ve *Enterococcus spp.* ampisilin-sulbaktam, amoksisilin-klavulanik aside duyarlı bulunmuştur.

Sonuç: 1. Perianal, submandibular ve aksiller bölgeler en sık rastlanan abse lokalizasyonlarıdır. 2. Cerrahi işlemler büyük oranda (%96,5) lokal anestezi ile yapılmaktadır. 3. Yaş grupları arasında komplikasyon açısından farklılık bulunmamasına karşılık <1 yaş olgular ile >1 yaş olgular arasında lokalizasyon açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.0001$). 4. Polikliniğe başvuran abseli olgulardan mutlaka kültür alınmalı, ampirik antibiyotik uygulaması yapılmalı ve antibiyotiklere bakteri duyarlılığı araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Abse, Çocuk, Poliklinik

T Klin Pediatri 2003, 12:61-66

Conclusion: 1. The frequent localizations of abscesses are perianal, submandibular and axillar. 2. Local anesthesia is the preferred method for abscess incision and drainage. 3. No differences have observed between different age groups on complication of abscesses. There was a difference between the patients whose age was under one year and whose age was over one year in regard to localization of abscesses ($p<0,0001$). 4. Aerobic and anaerobic culture should be done to find out the antibiotic susceptibility and ampicillin antibiotic treatment should be started.

Key Words: Abscess, Childhood, Outpatient

T Klin J Pediatr 2003, 12:61-66

Çocuk Cerrahisi polikliniklerine başvuran olguların bir bölümünü de yüzeysel abseli olgular oluşturmaktadır (1,2). Yüzeysel abselerin cerrahi drenajı basit bir işlem olmasına karşın, takip ve tedavi konusunda yerleşik bir standart oluşturabilmesi için çalışmamızda, polikliniğimize başvurulan yüzeysel abseli olguların geriye dönük bir değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Polikliniği'ne 1999 Ocak-2001 Nisan tarihleri arasında başvuran olguların poliklinik kartları, genel başvuru sayısı, total abse olguları, başvuru yaşları, abse lokalizasyonları, komplikasyonlar, abselerden alınan örneklerde bakteri üreyen hasta sayısı, üreyen anaerob ve aerob bakteriler, antibiyotiklere duyarlılıkları açısından geriye dönük incelenmiştir. Abselerin cerrahi drenajı öncesinde üzeri betadin ile silinerek steril enjektör ile kültür için irin örneği alınmıştır. Daha sonra abseler cerrahi olarak drene edilmiştir. Alınan abse örnekleri mikrobiyoloji laboratuvarına anaerob bakterilerin de üretilmesi için enjektörün iğnesi bükülerek en geç yarım saat içinde yollanmıştır. Tüm örneklerden anaerob kültür istenmiştir. Kültürlerde üreyen bakterilerin tanımlanması ve antibiyotiklere direnç durumları standart klinik laboratuvar yöntemleri ile yapılmıştır (3). Abse olgularının bilinen bir immun yetmezlikleri yoktur.

yoktur. Antibiyotik tedavisine abse drenajı yapıldığı gün, kültür alındıktan sonra ampirik olarak ampisilin-sulbaktam ya da amoksisilin- klavulanik asit ile başlanmıştır. On gün süre ile uygulanan tedavi, gerektiğinde kültür sonucuna göre değiştirilmiştir.

İstatistiksel değerlendirme için Fisher Keskin Olasılık T Testi kullanılmıştır.

Bulgular

1999 Ocak-2001 Nisan tarihleri arasında toplam poliklinik başvurusu 6127 olgu olup bunlardan 58 tanesi (%0,94) abse tanısıyla takip ve tedavi edilmişlerdir. Ortalama başvuru yaşı 3,5 (11gün-15yaş) olup bunlardan 28 olgu (%48) <1 yaş ve 30 olgu >1 yaş başvurudurulmuştur. Sık rastlanan abse lokalizasyonları perianal (n=18), submandibular (n=6), aksiller (n=4), servikal (n=3), inguinal (n=2) olarak tespit edilmiştir. Perianal abselerde 15 olgu <1 yaş, 3 olgu >1 yaş, submandibular abselerde 1 olgu <1 yaş, 5 olgu >1 yaş, aksiller abselerde 4 olgu da >1 yaş, servikal abselerde 1 olgu <1 yaş, 2 olgu >1 yaş olduğu belirlenmiştir. Perianal abselerin bir yaş altında, submandibular, aksiller ve servikal abselerin bir yaş üzerinde daha sık görüldüğü saptanmıştır ($p<0.0001$). Sık rastlanan abse lokalizasyonları, bunların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Abse drenajı 56 olguda lokal, 2 olguda genel

Tablo 1. Sık rastlanan abse lokalizasyonlarının yaşa göre dağılımı

Abse lokalizasyonları	Hasta sayısı (%)	< 1 yaş	> 1 yaş	P
Perianal	18 (%31)	15	3	<0.0001
Submandibular	6 (%10.3)	1	5	<0.0001
Aksilllar	4 (%6.8)	-	4	<0.0001
Servikal	3 (%5.1)	1	2	<0.0001
Inguinal	2 (%3.4)	1	1	- *
Meme	1 (%1.7)	-	1	- *
Gluteus	1 (%1.7)	-	1	- *
Üst ekstremiteler	1 (%1.7)	-	1	- *
Kulak çevresi	1 (%1.7)	1	-	- *
Lokalizasyonu bilinmeyenler	21 (%36)	9	12	- *

*Sayı düşük olduğundan istatistiksel değerlendirme yapılmamıştır.

anestezi ile yapılmıştır. Antibiyotik tedavisinde ampirik olarak ampisilin-sulbaktam ya da amoksisilin-klavulanik asit kullanılmış, kültür sonucuna göre gerektiğinde değişim yapılmıştır. Absenin lokalizasyonu ve büyüklüğü ile değişmekle birlikte drenaj sonrası hastalar, ortalama 1,3 kez kontrole gelmişlerdir. Major komplikasyon gözlenmemiştir. 58 olgunun 43'ünde (%74.1) abselerden alınan örneklerde üreme saptanmıştır. Üreyen bakteriler sıklık sırasına göre, *S. aureus* (n=15, %25,8), *Enterobacter spp.* (n=15, %25,8) *Enterococ spp.* (n=14, %24,1), *E. coli* (n=11, %18,9), *Propionibacterium acnes* (n=7, %12)'dir. Abseli olgularda üreyen aerob ve anaerob bakterilerin dağılımı Tablo 2'de görülmektedir. Abse lokalizasyonlarına göre üreyen bakteriler değerlendirildiğinde; perianal bölge abselerinde aerob+anaerob bakterilerin birlikte üremelerinin en sık olduğu göze çarpmaktadır. Submandibular abselerde tek başına aerob ve birden fazla aerob üremeler ile aerob+anaerob birlikte üremelerin eşit sayıda olduğu gözlenmiştir. Aksiller bölgede absesi olan dört hastadan, birinde aerob+anaerob bakterilerin birlikte ürediği, bir hastada üreme olmadığı saptanmıştır. Diğer iki hastanın mikrobiyolojik bilgilerine ulaşılamadığı için değerlendirilememiştir. Servikal bölge abselerinde hastaların tamamında birden fazla aerob bakteri üremiştir. Inguinal bölgede absesi olan iki hastadan birinde tek başına aerob üreme, diğer hastada aerob+anaerob birlikte üreme saptanmıştır. Meme

abseli tek olguda tek başına aerob üreme, gluteal abseli tek olguda ve kulak çevresinde abse görülen tek olguda aerob+anaerob bakterilerin birlikte üremesi gözlenmiştir. Lokalizasyonu bilinmeyen yirmibir hastanın, onbirinde bakteri üremesi görülmezken, geri kalan on hastanın üçünde aerob bakteriler tek etken olarak, üçünde aerob bakteriler birden fazla etken olarak, birinde anaeroblar tek etken olarak, ikisinde de aerob+anaerob bakteriler birlikte üretilmiştir. Lokalizasyonu bilinmeyen bir abseli olguda ise *M.tuberculosis* saptanmıştır. Abse lokalizasyonlarına göre üreyen bakteri grupları Tablo 3'te görülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen yüzeysel abseli olguların abse örneklerinden cerrahi drenaj öncesinde alınan abse materyellerinde üretilen bakterilerin antibiotiklere duyarlılıkları değerlendirildiğinde; *S. aureus*, β hemolitik streptokoklar ve enterokokların; penisilinler, glikopeptit antibiotikler (vankomisin, teikoplanin) ve β laktam inhibitörlerine (ampisilin-sulbaktam, amoksisilin-klavulanik asit) %100 duyarlı olduğu görülmüştür.

S. aureus, β hemolitik streptokokların; enterokoklar için tercih edilmeyen sefalosporinlere ve makrolid antibiotiklere %90-100 arasında duyarlı olduğu gözlenmiştir. *S. aureus*'ların tamamı metisiline %100 oranında duyarlıdır.

S. aureus ve enterokoklarda kinolonlara %30'a varan direnç gözlenirken, β hemolitik streptokoklarda kinolonlara %100 duyarlılık saptanmıştır. *S.*

Tablo 2. Olgularda üreyen aerob* ve anaerob⁺ bakterilerin dağılımı

Üreyen Bakteri Türü	Hasta sayısı (n)	%
<i>S. aureus</i> *	15	25,8
<i>Enterobacter spp</i> *	15	25,8
<i>Enterococcus spp</i> *	14	24,1
<i>E. coli</i> *	11	18,9
<i>Proteus spp</i> *	4	6,8
β hemolitik streptokok*	1	1,7
<i>P.aeruginosa</i> *	1	1,7
<i>Acinetobacter spp</i> *	1	1,7
<i>M.tuberculosis</i> *	1	1,7
<i>Propionobacterium acnes</i> ⁺	7	12
<i>Peptostreptococ spp</i> ⁺	6	10,3
<i>Bacteroides fragilis</i> ⁺	4	6,8
Siyah pigmentli anaerob Gr(-) çomak ⁺	4	6,8
<i>Clostridium spp</i> ⁺	3	5,1

aureus için denenen aminoglikozidlere %80-100 arasında, tetrasiklin ve kloramfenikole %90-100 arasında duyarlılık saptanmıştır.

β hemolitik streptokoklara sülfametoksazol-trimetoprim %100 etkin bulunurken, *S. aureus*'larda bu durum %60'a düşmüştür. *Enterokoklarda* yüksek düzey gentamisin ve streptomisin direnci saptanmamıştır.

Tüm gram (-) çomakların β laktam inhibitörlerinden sefoperazon-sulbaktam ve piperasilin-tazobaktama ve karbapenemlere %100 duyarlı olduğu görülmüştür.

En sık kullanılan β laktam antibiotiklerden ampisilin-sulbaktam ve amoksisilin-klavulanik aside *proteus* ve *asinetobakter türleri* %100 duyarlı bulunurken, İnduklenebilir β Laktamaz (İBL) yapan *P. aeruginosa*'nın dirençli olduğu görülmüştür. *E. Coli*'de aynı antibiotiklere %50 oranında, *enterobakter türlerinde* %70 oranında direnç saptanmıştır.

İBL yapan *P.aeruginosa*'nın, *proteus* ve *asinetobakter türlerinin* sefalosporinlere %100 dirençli olduğu gözlenirken, *enterobakter türlerinde* ve *E. coli*'de %40-90 arasında duyarlılık saptanmıştır. *Proteus* ve *asinetobakter türleri* aminoglikozidlere %100 duyarlı bulunmuştur. İBL yapan *P. aeruginosa*; gentamisin ve tobramisine direnç geliştirirken, amikasin ve netilmisine duyarlı bulunmuştur. *E. coli* ve *enterobakter türlerinde* ise aminoglikozidlere %60-70 arasında duyarlılık belirlenmiştir. Kinolonlara *E. coli*, *P. aeruginosa* ve *asinetobakter türlerinde* %100'e varan duyarlılık gözlenirken, *proteus türlerinde* %100, *enterobakter türlerinde* %50 direnç gözlenmiştir.

Sülfametoksazol-trimetoprim ve tetrasikline *P. aeruginosa* %100, *enterobakter türleri* %70 duyarlı bulunurken, *E. coli*'nin %70, *proteus* ve *asinetobakter türlerinin* ise %100 dirençli olduğu görülmüştür.

Abse lokalizasyonuna göre tek tek üretilen her bakteri kökeni için, direnç paternini belirleyecek ayrıntılı bir çalışmaya girilememiştir.

Tartışma

Çocuk Cerrahisi polikliniklerine başvuran olguların bir kısmını yüzeysel abseli hastalar oluşturmak-

Tablo 3. Abse lokalizasyonuna göre üreyen bakteri grupları

Abse Lokalizasyonu	Aerob (Tek etken)	Aerob (Birden fazla etken)	Anaerob (Tek etken)	Aerob ve anaerob (Birden fazla etken)
Perianal	-	6	-	12
Submandibular	2	1	-	3
Aksiller	-	-	-	1
Servikal	-	3	-	-
İnguinal	1	-	-	1
Meme	1	-	-	-
Gluteus	-	-	-	1
Üst ekstremiteler	-	-	-	-
Kulak çevresi	-	-	-	1
Lokalizasyonu bilinmeyenler	3	3	1	2
Toplam	7	13	1	21

tadır. Bu hastaların tedavisinde cerrahi drenaj ve antibiotik kullanılmaktadır. Lokal anestezi yapıldıktan sonra, absenin lokalizasyonuna göre, anatomik yapılara zarar vermeden uygun insizyonla abse drene edilir. Drenaj sonrası, ağrının giderilmesi ve yakın takip önem taşımaktadır. En sık rastlanan komplikasyonlar; abse yakınındaki anatomik yapılarda yaralanmalar, bakteriyemi, yetersiz drenaja bağlı enfeksiyonun yayılmasıdır (4).

Abse insizyon ve drenajı sonrası antibiotik kullanımı konusunda bir belirsizlik mevcuttur. Llera JL ve arkadaşlarının yaptıkları bir klinik çalışma sonucunda abse drenajı sonrası antibiotik kullanımının abseli olguların prognozunu etkilemediği belirlenmiştir (1). İmmun sistemi normal olan olgularda lokalize abselerin tedavisinde rutin kültür ve antibiotik kullanımının gerekli olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (5). Her iki çalışmada da komplikasyonsuz iyileşme oranının yüksekliği, antibiotik kullanımının gereksizliğini açıklamada yeterli bulunmuştur. Abse kültürleri ile birlikte kan kültürleri alınarak yapılan çalışmalardan birinde abse drenajı öncesi verilen parenteral antibiotiğin bakteriyemiye azalttığı saptanmış (6). Başka bir çalışmada ise lokalize abseli ateşsiz erişkinlerde abse insizyon ve drenajının geçici bakteriyemiye sebep olmadığı saptanmış ve afebril olgularda rutin antibiotik profilaksisinin gerekli olup olmadığının saptanması için daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (7). Demirel ve Taneri'nin 2001 yılında küçük cerrahi girişimlerde antibiyoterapi ile ilgili bir çalışmaları da yumuşak doku abselerinde çoğunlukla drenaj sonrası izole edilen mikroorganizmaya yönelik antibiyoterapi yapıldığı, perianal ve perirektal bölge abseleri dışında rutin olarak antibiotik profilaksisi önerilmediği bildirilmiştir (8). Çalışmamızda yüzeysel abseli olgularda cerrahi drenaj sonrası izole edilen mikroorganizmaya yönelik antibiotik tedavisi uyguladık. Ancak her olguda lokalizasyon farkı gözetmeksizin, kültür-antibiogram sonucunu beklemeden rutin olarak antibiotik başladık ve gelen sonuca göre gerekli değişikliği yaptık. Olgularımızda major komplikasyon saptanmaması ve on gün gibi kısa bir süre içinde klinik olarak iyileşme sağlanması çocukluk çağı yüzeysel abseli

olgularda her lokalizasyonda cerrahi drenaj sonrası antibiotik kullanımının etkinliğini göstermektedir.

Kutanöz abseleri lokalizasyonlarına göre inceleyen bir çalışmada bütün abselerin %41'inin perianal lokalizasyonlu olduğu saptanmıştır (2). Çalışmamızda da perianal bölge en sık rastlanan abse lokalizasyonudur (%31, 18/58). Ancak üreyen bakteri grupları açısından değerlendirildiğinde literatürden farklılıklar gösterir. Çalışmamızda en sık aerob+anaerob bakteriler birlikte (n=12), daha az sıklıkta ise birden fazla aerob bakteriler birlikte (n=6) üremiştir. Diğer çalışmalarda ise perianal abselerde tek başına aerob üremesi en yüksek oranda gözlenirken, birden fazla bakterili aerob üreme ve anaerob+aerob üreme oranları daha düşüktür (2,9).

Literatürde anaerob bakterilerin çoğunlukla aerob bakteriler ile birlikte buldukları ve mikst enfeksiyonlara neden oldukları bildirilmektedir (6). Çalışmamızda anaerob bakteri üretilen abse lokalizasyonlarında mutlaka aerobların da birlikte ürediği görülmüştür, tek başına anaerob üreme yalnızca lokalizasyonu bilinmeyen bir vakada saptanmıştır.

Çalışmamızda kutanöz abselerde en sık üreyen aerob mikroorganizmalar *S. aureus*, *enterobakter türü* ve *Enterokok türü*, en sık üreyen anaerob mikroorganizmalar *P. acnes*, *peptostreptokok türü*, *B. fragilis* olarak bulunmuştur. Aeroblar en sık servikal ve submandibular lokalizasyonda üretilmiştir. Anaeroblar en sık perianal bölgeden aeroblarla birlikte izole edilmiştir. Bu bulgular benzer çalışmalar ile uyumludur (2,9).

Bu çalışmada, perianal bölge abselerinde en sık üreyen bakteriler olan *Enterobakter*, *enterokok türleri* ve *E. coli* göz önünde bulundurulduğunda sefoperazon-sulbaktam ya da piperasilin-tazobaktam ilk tercih edilecek antibiotik gibi gözükmektedir. Ancak direnç gelişimini arttıracığı yönündeki kuşkularımızdan dolayı daha düşük duyarlılık belirlenmesine rağmen ampisilin-sulbaktam ya da amoksisilin-klavulanik asidin kullanılmasını önermekteyiz (10). Bu tercihimizde anaerob etkenlerin söz konusu antibiotiklere %100 duyarlı olması da büyük önem taşımaktadır (10,11). Özellikle *enterokokların* etken olduğu abselerde yüksek düzey aminoglikozit direnci göz önünde bulundu-

olarak, daha önceden başlanmış olan ampicilin-sulbaktam ya da amoksisilin-klavulanik aside antibiogram sonucuna uygun bir aminoglikozit eklenmelidir (12). Submandibular, aksiller, servikal ve diğer lokalizasyonlardaki yüzeysel abselerin tedavisinde ilk seçilecek ampirik antibiyotik ampicilin-sulbactam veya amoksisilin-klavulanik asit olmalıdır. Çünkü, bu lokalizasyonlarda en sık üreyen bakterilerin başta *S. aureus*, ardından *enterokok türü* olmak üzere, *β hemolitik streptokok*, *E. coli*, *eterobakter türü*, *proteus türü*, *P. acnes*, *B. fragilis'in* ampicilin-sulbactam ve amoksisilin-klavulanik aside duyarlı olduğu gözlemlenmiştir. Olgularımızın yüzeysel abselerinde üreyen *S. aureus*'ların tamamı penisilinlere dirençlidir. Bu bulgu da deri florasında bulunduğu bilinen penisilinlere dirençli stafilokokların abse gelişimi için önemli bir rezervuar olduğunu bildiren çalışmaların sonuçları ile uyumludur (13).

Abse insizyon ve drenajı öncesi lokal anestezi ile birlikte sedasyon amacıyla intravenöz diazepam kullanılması bazı yazarlar tarafından önerilmektedir (14). Ancak polikliniğimizde abse drenajı sırasında yalnızca lokal anestezi uygulaması tercih edilmektedir.

Sonuç olarak; klinik uygulamamız, Çocuk Cerrahisi Polikliniğine başvuran abseli olgulardan önce steril şartlarda kültür için materyel alınması, daha sonra lokal anestezi altında cerrahi drenajın sağlanıp, tüm abse lokalizasyonlarında üreyen mikroorganizmalar, bakteri birliktelikleri ve antibiogram sonuçları göz önüne alınarak başlanan ampirik antibiyotik, kültür-antibiogram sonucuna göre gerekirse değiştirilerek tedavinin on güne tamamlanmasıdır. Polikliniğimizde karşılaşılan yüzeysel abseli olgularda standart olarak başlanan ampirik antibiyotikler ile abselere neden olan aerob ve sıklıkla gözlenen aerob+anaerob birlikte üremelerde %100'e yakın etkinlik sağlanmaktadır. Ülkemizin koşulları göz önünde bulundurulduğunda etkinliği saptanan daha geniş spektrumlu antibiyotiklerin ampirik tedavide kullanılmaması; hem antibiyotiklere direnç gelişimini önler hem de ilaç maliyetlerinin düşük tutulmasına katkıda bulunur. Ayrıca takipte, ağrının giderilmesi, abse poşunun etkili bir şekilde drenajının sağlanması ve

gerekli pansumanların yapılması büyük önem taşımaktadır. Bu standarda uygun olarak tedavi ettiğimiz abseli olgularda komplikasyonsuz iyileşme sağlanması bu yaklaşımın başarıyla uygulanabilirliğini kanıtlamaktadır.

Sonuç: 1. Perianal, submandibular ve aksiller bölgeler en sık rastlanan abse lokalizasyonlarıdır. 2. Cerrahi işlemler büyük oranda (%96,5) lokal anestezi ile yapılmaktadır. 3. Yaş grupları arasında komplikasyon açısından farklılık yoktur. 4. Polikliniğe başvuran abseli olgulardan mutlaka kültür alınmalı, ampirik antibiyotik uygulaması yapılmalı ve antibiyotiklere bakteri duyarlılığı araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Llera JL, Levy RC. Treatment of cutaneous abscess: a double-blind clinical study. *Ann Emerg Med* 1985; 14: 15-9.
2. Llera JL, Levy RC, Staneck JL. Cutaneous abscesses: natural history and management in an outpatient facility. *J Emerg Med* 1984; 1: 489-93.
3. Koneman EW, Allen SD, Janda WM, Schereckenberger BC and Winn WC (1977) *Color Atlas and Text Book of Diagnostic Microbiology*, 4 th edition p 723 JH Lippincott Philadelphia.
4. Halvorson GD, Halvorson JE, Iserson KV. Abscess incision and drainage in the emergency department--Part I. *J Emerg Med* 1985; 3: 227-32.
5. Meislin HW, Lerner SA, Graves MH, McGehee MD, Kocka FE, Morello JA, et al. Cutaneous abscesses. *Anaerobic and aerobic bacteriology and outpatient management. Ann Intren Med* 1977; 87: 145-9.
6. Ghoneim AT, McGoldrick J, Blick PW, Flowers MW, Marsden AK, Wilson DH. Aerobic and anaerobic bacteriology of subcutaneous abscesses. *Brit J Surg* 1981; 68: 498-500.
7. Bobrow BJ, Pollack CV Jr, Gamble S, Seligson RA. Incision and drainage of cutaneous abscesses is not associated with bacteremia in afebrile adults. *Ann Emerg Med* 1997; 29: 404-8.
8. Demirer S, Taneri F. Küçük Cerrahi Girişimlerde Antibiyoterapi. *Antibiyotik ve Kemoterapi (ANKEM) Dergisi*, 2001; 15 (No:3): 454-59.
9. Brook I, Finegold SM. Aerobic and anaerobic bacteriology of cutaneous abscesses in children. *Pediatrics* 1981; 67: 891-5.
10. Tamır G, Göl N. Antibiyotik Direnci, *Klimik Dergisi*. 1999; 12:2, s: 47-54.
11. Gürler N. Anaerob İnfeksiyonlara Genel Bakış ve Antibiyotiklere Direnç Durumu. *Antibiyotik ve Kemoterapi (ANKEM) Dergisi*, 2001; 15 (No: 3): 593-9.
12. Hoşgör M, Çavuşoğlu C, Tünger A, Özinel MA. Enterokoklarda Yüksek Düzey Aminoglikozit Direnci. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)* 1997; 11 (1): 7-9.
13. Dillon HC Jr, Ware JC. Sources and susceptibilities of staphylococci isolated from children. A seven-year survey. *Am J Dis Child* 1981; 135: 427-30.
14. Cheesman AD. Experience with the use of intravenous diazepam in outpatient procedures. *J Laryngol Otol* 1973; 87: 1249-52.

Geliş Tarihi: 17.07.2002

Yazışma Adresi: Dr. Sinan CELAYİR
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Çocuk Cerrahisi AD, İSTANBUL
scelayir@istanbul.edu.tr,
scelayir@ttnet.net.tr