

Dalak Abseleri

SLENIC ABSCESES

Dr.Koray ACARLI, Dr.Edip AKPINAR, Prof.Dr.Ali EMRE,
Pmf.Dr.Aydu ALPER, Prof.Dr.Orhan ARIÖGUL

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Karaciğer ve Safra Yolları Cerrahisi Birimi, İSTANBUL

ÖZET

Piyojenik dalak abseleri genellikle bazı predispozan faktörleri olan hastalarda oluşan nadir bir durumdur. Dünya literatüründe 1990'a kadar 375 vaka bildirilmiştir. Biz İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Karaciğer Safra Yolları Cerrahisi Biriminde 1978-1989 yılları arasında yatırılıp tedavi edilen 3 dalak absesi vakasını sunup literatürü gözden geçirmeyi amaçladık. Her üç vakaya splenektomi uygulandı, mortalite ve morbidite yoktu. Ameliyat edilmediği takdirde mortalitenin yüksek olması, dalak absesi şüphesi olan hastalarda vakit kaybetmeden kesin tanı ve tedaviyi gerekli kılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dalak absesi, Splenektomi

T Klin Gastroenterohepatoloji 1992, 3: 66-69

Otopsi de dalak absesi sıklığı dünya literatüründe %0.14 ile %0.70 olarak verilmektedir (1,2,3,4,5,6). Otopsi çalışmalarından ortaya çıkan bu nispeten yüksek sıklık oranına rağmen klinik olarak tesbit edilebilen ve yayınlanan dalak abseleri sayısı, bu yüzyılımızın başından günümüze kadar 375 vaka civarındadır (6). Özellikle son 20 yılda dalak abseleri literatürde daha çok vaka takdimleri şeklinde olmak üzere güncelliğini korumaktadır.

Geliş Tarihi: 18.10.1991

Kabul Tarihi: 15.11.1991

Yazışma Adresi: Dr.Edip AKPINAR
Velid Çelebi Sok. No: 28/14
Pırdık/ade, İSTANBUL

SUMMARY

Pyogenic splenic abscesses are rare conditions that tend to occur in patients with predisposing factors. Three hundred seventy five cases have been reported in the world literature up to 1990. We present three cases with splenic abscesses who were admitted between 1978-1989 to Department of Hepatobiliary Surgery of Istanbul Medical Faculty. Splenectomy were performed to all of three cases and there were no morbidity and mortality. Also we have reviewed the literature about this topic. Since it has a potential high mortality rate, it is necessary to make prompt diagnosis and surgical intervention when splenic abscess is suspected.

Key Words: Splenic abscesses, Splenectomy

Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3: 66-69

Bu yazımızda, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Karaciğer ve Safra Yolları Cerrahisi Biriminde yatırılıp tedavi edilen üç dalak absesi vakasını retrospektif olarak inceleyip sunmayı ve literatürü, özellikle son on yılda, bu konudaki tanı ve tedavi yöntemleri ile etyolojik spektrum açısından gözden geçirmeyi amaçladık.

MATERİYEL VE METOD

Vaka

59 yaşında kadın hasta. Kasım 1977'de kliniğimize iki aydır belinin sol tarafında, sol omu/una doğru yayılan ağrı ve zaman zaman yükselen ateş

şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde, küçük yaşta geçirdiği Malarya enfestasyonu dışında bir özellik tesbit edilemedi. Fizik muayenede 4 cm splenomegali ile perküsyonla sol lomber bölgede ağrı dışında patolojik bulgu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; 20.000/mm³ lökosit ve hafif sedimantasyon yüksekliği (1/2.st'de 15 cm, 1.st'de 40 cm) dışında anormal bir bulgu mevcut değildi. Ateş 38°C idi. Diğer kan ve idrar tetkikleri normal sınırlarında idi. Urografide, sol böbrekte fonksiyon zayıflığı saptandı.

Hasta bu bulgular ile sol böbrek tümörü ön tanısıyla ameliyata alındı. Laparatomide sol böbrek normal bulundu, dalak normalden büyüktü ve üst polde abse mevcuttu. Splenektomi yapıldı. Abse mataryelinden E.Coli üredi. Postoperatif dönem komplikasyonsuz seyretti. Daha sonra yapılan 2 senelik kontrollerinde anormal bir bulgu saptanmadı.

Vak'a2

18 yaşında kadın hasta. Mart 1982'de ateş, başağrısı, nefes darlığı ve çarpıntı, halsizlik, zayıflama şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde 3 yıl önce geçirdiği akut eklem romatizmasına bağlı romatizmal kardit vardı. İki ay önce subakut bakteriyel endokardit tanısı konularak tedaviye başlanmış, uzun süre septik tablo içinde kalan hastada meningeal irritasyon belirtileri, tromboflebit ve sol femoropopliteal emboli gelişince tromboembektomi uygulanmıştı. Septik tablosu sona ermeyen hastada splenomegali saptanarak servisimize sevk edilmişti.

Fizik muayenesinde hastanın genel durumunun bozuk, kaşektik olduğu saptandı. Ateşi 38.5 °C idi. Kalpte 4/6 şiddetinde sistolik üfürüm mevcut olup, karın muayenesinde sol hipokondrium ağırlı idi ve 5 cm splenomegali vardı. Laboratuvar tetkiklerinde Hct: %24, lök: 15.200/mm³ sedimantasyon 125/st idi. Ultrasonografik inceleme ve sintigrafide dalakta yer kaplayan, aktivite tutmayan sıvı içerikli lezyon görüldü. Laparatomide perforate dalak absesi tespit edildi. Ancak komşu organ ve dokularla omentumunu bu bölgeye yapışıp olayı sınırlandırdıkları görüldü. Splenektomi uygulandı. Abse materyelinde Stafilococcus aureus üredi. Postoperatif dönemi komplikasyonsuz seyreden hasta 14.günde çıkarıldı.

Vak'a3

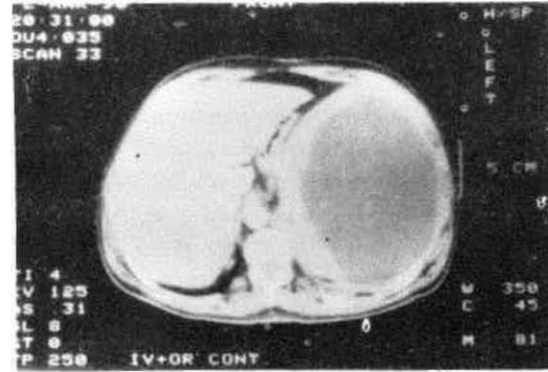
45 yaşında erkek hasta. Mart 1990 tarihinde karın ve sol omuz ağrısı, iştahsızlık, halsizlik, zayıflama, ateş şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde herhan-

gi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde 7 cm splenomegali saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde lök: 12.000/mm³ Ateş: 38.5°C ve hafif alkalin fosfataz yüksekliği (3.8 BLÜ) dışında bir özellik yoktu. Akciğer grafisinde sol pleural efüzyon, ultrasonografide dalak bölgesinde sol böbrek üst pol lateralde 12 cm çaplı kistik lezyon saptandı. Bilgisayarlı Tomografi de dalak boyutları 15x8 cm idi. Başka patolojik bulgu tesbit edilemedi.

Dalak kisti ötitanı ile laparotomi yapıldı. Dalak normalden 5 katı büyüklükte olduğu, omentumu dalağa yapıştığı üst polde abse olduğu görüldü ve 500 cc pürülan mayi boşaltıldı. Splenektomi yapıldı. Abse materyelinde Klebsiella pneumonia üredi. Postoperatif dönemde duyarlı olan antibiyotige devam edildi ve hasta 12.günde çıkarıldı.

TARTIŞMA

İster sistemik ister lokal olsun bütün piyoenik enfeksiyonlar kontrol edilemediği takdirde tüm vücutta yayılım gösterme ve vücudun diğer dokularında piyoenik lezyonlar oluşturma eğilimindedir. Lezyonlar savunma direnci düşük dokularda daha kolay gelişebilir. Lenfoid bir organ olan dalakta herhangi bir mikroorganizmanın piyoenik lezyon oluşturabilecek miktarda inokülasyonu pek olası değildir. Bu durum 1938'de Caldarera (7) tarafından tavşanlarda yapılan deneysel bir çalışma ile açıkça ortaya konmuştur. Caldarera normal tavşan dalağında stafilokok suşlarıyla enfeksiyon oluşturamamış, fakat splenik arterin teminial bir dalını bağlayarak infarkt oluşturduğu veya dalaklarını travmatize ettiği tavşanlara intravenoz yoldan verdiği stafilokoklarla dalakta enfeksiyon oluşturabilmiştir. Bundan hareketle Caldarera dalak abselerinin ancak travmatize edilmiş veya belli bir bölgesinde infarkt olmuş dala-



Şekil 1. Vaka J'e ait bilgisayarlı tomografi.

klarda superenfeksiyon sonrası gelişebileceğini ileri sürmüştür. Bu görüş halen geçerlidir.

Dalak abseleri çok çeşitli nedenlere bağlanarak yüzyılımızın başından beri vaka takdimleri şeklinde sürekli yayınlanmıştır. Bu konuda ilk literatür taramasını Chulay ve arkadaşları (4), 1976'da; ve Chun ve arkadaşları (3) 1980'de yapmışlardır. Chun 1980'e kadar yaptığı taramada 173 vaka tespit etmiştir. Bunlardan 14 tanesi kendi serisine aittir.

Dalak abselerinin etyopatogeneze yönelik sınıflandırılmasında genellikle Chun ve arkadaşlarının (3) tanımladıkları sınıflandırma kabul edilmiştir. Buna göre dalak abselerinde predispozan faktörler 4 grup altında incelenir.

1. Piyojenik enfeksiyonlar: Vücudun herhangi bir bölgesinde var olan piyojen enfeksiyondan kaynaklanan bakteriyemilerle dalağın çok miktarda enfeksiyon etkenine maruz kalması veya septik mikroembolizasyonla birer uç arter olan dalak kanlanmasının küçük bir bölümünde inokulasyonun olması sonucu enfeksiyon gelişmesi. Buna örnek olarak; endokarditler, üriner enfeksiyonlar, otit, apandisit, pnömoni, bruselloz, akciğer abseleri, divertikülit, amibiyaz, peritonsiller abse, akut parotit, bronşiektaziler, perinefrik abseler, dekübitus ülserleri, komplike enfeksiyöz mononükleoz, tüberküloz, salmonelloz ve daha pek çok primer odak verilmiştir (3,4).

2. Travma: Dalağın **kunt** veya penetran travmalarından sonra oluşan hematoma ve kontüzyonların sekonder olarak enfekte olması ile oluşan abseleridir.

3. Hemoglobino patiler: Özellikle orak hücre anemili hastalarda görüldüğü şekilde eritrosit içinde çökelmiş hemoglobinler dalakta mikroemboluslarla infarkt alanlarının oluşmasına yol açarlar. Bu bölgelerde önce enflamasyon gelişmekte, sonra sekonder olarak bir enfeksiyon gelişerek abseleşmeye neden olmaktadır.

4. Dalağın komşuluğundaki organlardan kaynaklanan abseler: Çok az sayıda olmak üzere duodenal ülser perforasyonları, mide tümörleri, akut pankreatit, subfrenik abseler, kolon tümörleri ve perinefrik abselerden komşuluk yolu ile dalak abseleri oluşabilir.

Piyojenik odaklardan yayılım ile oluşan abseler %75, travma ve hemoglobino patilerle oluşanlar % 15, komşu organlardan yayılım yolu ile bulaşmay-

la oluşanlar ise % 10 oranında bildirilmektedir (3,4). Son zamanlarda çeşitli sitostatik ajanların kullanımının artması, ayrıca steroidlerin ve transplantasyonda immunsupresörlerin kullanılması ve dolayısıyla immin sistemin baskılanması splenik abselerin bu gruplarda daha çok görülmesine yol açmıştır. Etyolojik faktör olarak mantarlar eskiden splenik abse lerde az rol oynarken, son zamanlarda fungal splenik abse oranı gittikçe artmaktadır. Nelken ve arkadaşları (8) bir çalışmalarında 1900-1977 arasında görülen splenik abseleri %0.8'inin, 1978-1986 arasında kilerin ise %26'sının fungal kökenli olduğunu göstermişlerdir.

Bizim vakalarımızda da predispozan faktör olarak 1 vakada geçirilmiş malarya enfestasyonu, bir vakada bakteriyel endokardit saptanmış bir vakamızda ise etyoloji aydınlatılamamıştır. Bir vakamızda Escherichia coli, birinde Stafilokokoccus aureus, birinde de Klebsiella pneumonia üremiştir.

Dalak abselerinde fizik bulgular klasik olarak batın sol üst kadranda ağrı, ateş ve splenomegalidir. Sıklıkla sol plörezi de bu tabloya eşlik eder. Her üç vakamızda da bu bulgular vardı. Tedavi edilmeyen dalak abselerinde mortalite %100 olduğundan bu belirtiler saptanan hastalarda dalak absesini akla getirmeli ve erken dönemde tedavisine girilmelidir. Literatürde yayınlanan dalak abselerinin büyük bir kısmına kesin tanı laparotomi ile konmuştur. Hastalarımızın ikisine ameliyat öncesi dönemde, birine ise ameliyat sırasında kesin tanı konulabilmiştir.

Dalak absesinde tanıya gitmede çeşitli radyolojik yöntemlerden yararlanılabilir. Düz karın grafisinde sol üst kadranda kitle imajı, ekstraluminal gaz ve hava-sıvı seviyesi saptanabilir. Sintigrafide 2 cm üzerindeki lezyonlar doluş defekti olarak görülür. İki cm altındakiler Angiografi ile kolaylıkla saptanır fakat kesin tanıya gidilemez. Ultrasonografi ve özellikle bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme tekniklerinin kullanımı başladıktan sonra diğer tüm yöntemlerin tanısal değeri çok azalmıştır. Özellikle bilgisayarlı tomografide abse hipodens, iyi sınırlı, i.V. kontrast tutmayan kistik bir lezyon gibi görülür, kistten ayırımı yoğunluk çalışması ile yapılabilir. Ultrasonografide düzensiz, belirsiz sınırlı, internal ekojenitesi ve akustik geçirgenliği azalan anekoik kitle olarak görülür. Artmış ekojenite ve distal akustik gölgelenme absedeki gazı gösterir (9,10,12). Sunduğumuz vakalardan 2.vakada doğru tanı konmuş, 3. vakada BT ile dalak kisti tanısı konmuştur.

Dalak aliselerinin tedavisinde 3 ayrı yöntem tanımlanmıştır.

1. Splenotomi ve abse drenajı: Eskiden kullanılan ancak bugün terkedilmiş bir yöntemdir.

2. Splenektomi: En çok tercih edilen tedavi biçimidir.

3. Bilgisayarlı tomografi (BT) altında abse drenajı: İyi seçilmiş vakalarda uygulanır. BT eşliğinde drenaj yöntemi son 10 yılda başlamış ve gittikçe daha yaygın olarak kullanılmamaktadır. Bu yöntemle BT altında abseye önce ponksiyon yapılmakta ve bir pigtail kateter abse boşluğuna yerleştirilerek drenaj sağlanmaktadır. İyi seçilmiş hastalarda, cerrahi girişiminin çok riskli olduğu, çok aşırı yapışıklıkların olduğu ve risk faktörleri açısından yüksek riske sahip olan hastalarda, abse multiloküle değilse BT altında drenaj uygulanabilir (13).

Yukarıda tanımlanan yöntemlerden başka özellikle çocuklarda kullanılmaya başlanan parsiyel splenektomi gibi dalak koruyucu ameliyatlarda kullanılmaktadır.

Ameliyat mortalitesi oranı eskiden %40'lara çıkmakta idi. 1989'da yayınlanan Faught'un (6) serisinde bu oran % 10'du.

Sonuç olarak Dalak absesinin oluşabilmesi için dalakta herhangi bir nekrotik lezyonun olması ve buraya süperenfeksiyon yerleşmesi şarttır. Dalakta abse oluşturacak miktarda inokulasyon gelişmesi çok zordur, o yüzden de genel durumu oldukça bozuk ve septik olan hastalarda veya inmının sistemi baskılanmış olanlar da abse gelişebilmektedir. Eskiden en sık görülen neden subakut bakteriyel endokardit iken şimdi belkide antibiyotiklere bağlı olarak bu oran azalmış, buna karşın immunsupresyon uygulananlarda abse sıklığı yükselmiştir. Ayrıca fungal kökenli abse sayısı da gittikçe artmaktadır (11). Dalak absesi erken tanı konmayı gerektiren ve tedavi edilemezse mortalitesi %100'e varan bir hastalıktır. O yüzden tercihan tanı konar konmaz splenektomiye gidilmeli, seçilmiş, yüksek risk grubu ve uygun vakalarda BT altında drenaj yapılmalıdır. Ayrıca yoğun bir antibiyotik tedavisi sürdürülmelidir. Fungal abselerde ise öncelikle medikal tedavi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Shackelford RT. Surgery of the Alimentary Tract Second edition. W.B. Saunders Co. vol. 4 pp:642-4.
2. Howard JR. Surgical Infectious Diseases. Appleton & Lange. Second ed 1989; 672-4.
3. Chun CH, Raff MJ, Contreras L, Varghese R, Waterman N, Daffner R, Melo JC. Splenic Abscesses. Medicine 1980; 59:50-56.
4. Chulay JD, Lankerani MR. Splenic abscesses Report of 10 cases and review of the literature. Am J Med 1976; 61: 513-22.
5. Cohen MAA, Oalera M, Ruiz M, Calle PL, Riis X, Artigas V, Calle JPL. Splenic abscesses. World J Surg 1990; 14: 513-7.
6. Eaughl WE, Gilbertson JJ, Nelson EW. Splenic abscesses. Presentation, Treatment options and Results. Am J Surg 1989; 158:612-4.
7. Calderera E. Acute abscesses of the spleen (abstracts from Ann. Hal. di Chir. 1938; 16: 953). Surg Gynecol Obstet 1938; 67: 265-6.
8. Nelken N, Ignatius J, Skinner M, Christensen N. Changing clinical spectrum of splenic abscesses. A unilicenter study and review of the literature. Am J Surg 1987; 154: 27-34.
9. Pawar S, Kay JC, Gonzales R, Taylor KJW, Rosenfield AT. Sonography of Splenic abscesses. AJR 1982; 138: 259-62.
10. Eisenberg RL. Diagnostic Imaging in Surgery. Mc draw Hiliinc 1988; 443.
11. Johnson JD, Raff MJ. Eungal Splenic abscesses. Arch Intern Med 1984; 144: 1984-93.
12. Ralls PW, Quinn EM, Coleliti P, Lapin SA, Halls J. Sonography of pyogenic splenic abscesses. AJR 1982; 138: 523-5.
13. Tierkman WA, Harris SA, Bemardine MA. Nonsurgical drainage of splenic abscesses. AJR 1983; 141: .395-6.