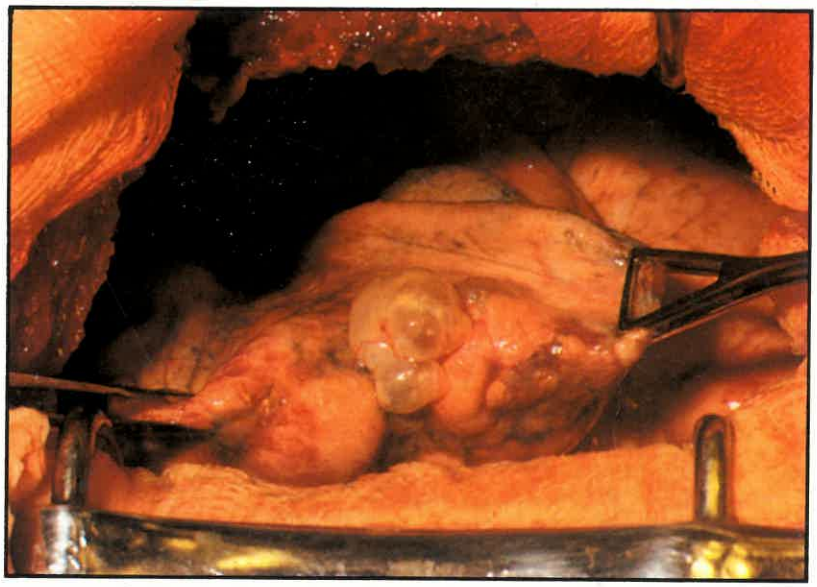
CİLT 2, SAYI 1, 1993

Sakla

CERRAHİ TIP BÜLTENİ

CERRAHİ TIP BİLİMLERİ DERGİSİ



Anal Bölge Kanserlerinin Tedavisinde Gelişmeler

●

Cerrahi Girişim Sonucu Gelişen Peritoneal Yapışıklıkların Önlenmesinde Kalsiyum Kanal Blokörleri ve Vitamin E'nin Etkinliği

●

Pilonodal Sinüs Tedavisinde Limberg Flep (Prospektif Çalışma)

●

Elektif Laparatomilerde Bupivakain HCl ile Yara İnfiltrasyonunun Postoperatif Morbiditeye Etkileri

●

Akut Apandistin Radyolojik Bulguları

Hekimler Yayın Birliği Yayını

Sarılıkla Seyreden Bir Karaciğer Amip Apsesi Olgusu

Dr. Gürkan Ersoy, Dr. N. Zafer Utkan, Dr. Şehsuvar Gökgöz, Dr. Turgay Özer, Dr. Bahattin Dalkılıç

Karaciğer amip apsesi Entamoeba Histolytica adlı protozoonun sebep olduğu paraziter bir hastalıktır. Ağrı, ateş, hepatomegali en sık görülen belirtiler olmakla birlikte sarılık nadir görülmektedir.

Bu yazımızda sarılık tablosu ile seyreden bir karaciğer amip apsesi olgusu takdim edilmektedir.

Summary

Amebic liver abscess is a kind of parasitic infection caused by the protozoon called Entamoeba Histolytica. Though pain, fever and hepatomegaly are the most common findings, jaundice is appeared rarely.

Here, in this article, a case of amebic liver abscess with jaundice is presented.

[Cerrahi Tıp Bülteni, 2 (1): 39-41, 1993]

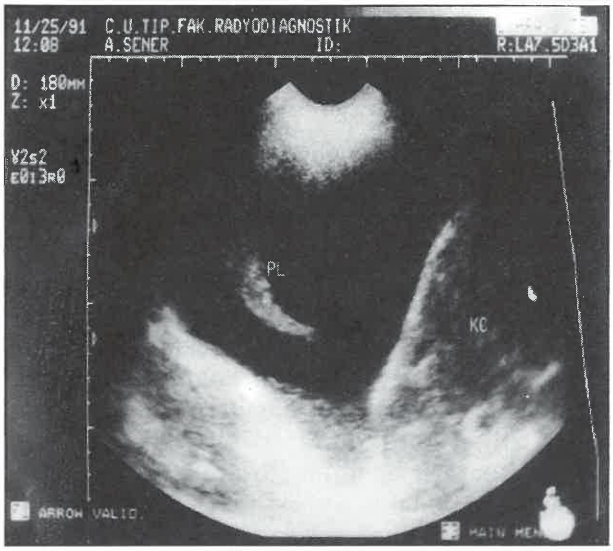
Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Amebiazis, Entamoeba Histolytica adlı parazitin sebep olduğu akut ve kronik seyirli bir hastalıktır. Hastalık tüm dünyada yaygın olmakla birlikte tropikal ve subtropikal bölgeler ile hijyen ve yaşam şartlarının bozuk olduğu yerlerde daha yaygındır. Parazit, oral yoldan alındıktan sonra ince barsaklarda invazif şekline dönüşür. Burada kolona geçen parazit kolon duvarından portal dolaşıma geçerek başta karaciğer olmak üzere diğer organlara yayılır. Karaciğere yerleşen parazit apse oluşturarak ağrı, hepatomegali, ateş, bulantı, kusma gibi klasik belirtilerin ortaya çıkmasına sebep olur. Bu belirtilerin yanında sarılığın da görülmesi nadir olup hastanın morbitide ve mortalitesinin yükselmesine sebep olmaktadır.

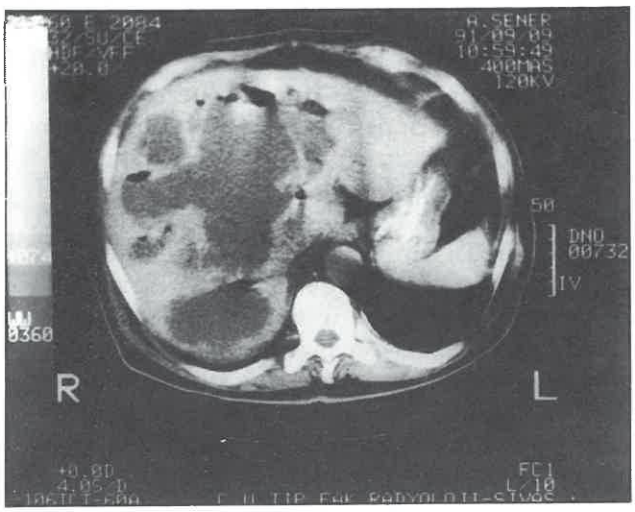
Olgu

A.Ş., 62 yaşında erkek. 05.09.1991 tarihinde mide bulantısı, ateş, karın ağrısı, kusma, zayıflama ve sarılık şikayetleri ile hastanemiz intaniye kliniğine başvurdu. Fizik muayenede; karaciğer 6 cm büyük, ağrılı cilt ikterik idi. Laboratuvar bulgularında; indirekt bilirubin % 4 mg (N: % 0-0,8 mg), direkt bilirubin % 8.9 mg (N: % 0-0.4 mg), alkalen fosfataz: 350 I/U (N: 35-125 I/U), SGOT: 182 KU (N: 8-40 KU), SGPT: 109 KU (N: 5-35 KU), viral hepatit testleri negatif, PT: 15 sn (N: 11-13 sn), PTT: 40 sn (N: 28-32 sn), indirekt hemaglütinasyon testi 1/512'de pozitif, (N: 1/32), sedimantasyon hızı 88 mm/saat, lökosit 16.000, akciğer grafisinde sağ sinüs kapalı idi. Batın ultrasonografisinde karaciğer büyük olup, sağ lobun hemen tümünü kaplayan, düzensiz konturlu kistik bir kitlenin varlığı, çekilen bilgisayarlı batın tomografisinde aynı özellikteki kitle, apse olarak rapor edildi (Resim 1, 2). Hastalığın bu bulgularla karaciğer amip apsesi ola-

bileceği düşünülerek yüksek doz oral metronidazol başlandı. Hastanın bu sırada 39°C'ye varan bacaklı ateşinin olması, tedavinin 10'uncu gününde ateşin düşmeyip, sarılık tablosunun ağırlaşması ve çekilen kontrol ultrasonografisinde düzelme tespit edilmemesi üzerine komplikasyonlu karaciğer apsesi ön tanısıyla kliniğimize devredilerek opere edildi. Peroperatuar karaciğer sağ lobunu kaplayan multiloküler apse poşu açılarak 2 litreye yakın apse materyali boşaltıldı. Direkt yaymada ve apse duvarından yapılan mikroskopik incelemede amip veya patojen etken görülmedi. Lezyon duvarından alınan biyopsiler apse duvarı olarak rapor edildi. Ameliyat sonrası dönemde aynı tedaviye devam edilen hastanın 2'nci günde ateşi düştü, 16'ncı günde klinik tablo ve sarılığın tam olarak düzelmesi üzerine şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 15'inci günde çalışılan indirekt hemaglütinasyon testi 1/32'de pozitif idi. Bir yıl sonraki kontrol muayenesindeki bir özellik tespit edilmedi.



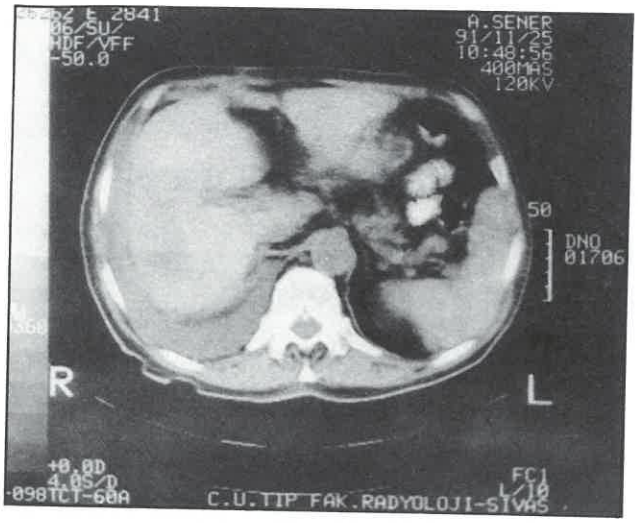
Resim 1. Ameliyat öncesi dönemde çekilen karaciğer ultrasonografisi.



Resim 2. Ameliyat öncesi dönemde çekilen karaciğerin bilgisayarlı tomografisi.

İrdeleme

Amebiazis, Entamoeba Histolytica adlı protozoonun sebep olduğu paraziter bir hastalıktır. Oral yoldan parazit kalın barsağa erişince vejetatif hale geçer. Bu trofozoitler kalın barsak mukozasında ülserler oluşturup portal dolaşıma karışarak karaciğere ulaşır. Portal venleri tıkayan parazit hepatositleri tahrip ederek karaciğer amip apsesine yol açar. Apse poşu tek veya multipl olup genellikle sağ lobta lokalizedir. Apse boşluğu içinde çikolata renk ve kıvamındaki, miktarı bazen birkaç litreyi bulan kokusuz sıvı olguların % 25'inde olayın üzerine sekonder infeksiyonun binmesiyle kötü kokulu, pürülan hale gelir. Parazitolojik incelemede parazit kisti içindeki sıvıdan ziyade apse duvarında izole edilebilir. Karaciğer amip apsesi olgularının % 75-90'ı erkeklerde görülür. Klinikte en sık ağrı (% 92), ateş (% 69), hepatomegali (% 40) ve zayıflama (% 37) dikkati çeker. Gaita muayenesinde parazitin kistleri görülebilir. Tanıda indirekt immünofloresan ve Elisa testlerinin doğruluk derecesi % 95-98'dir. Apse duvarından yapılan histopatolojik incelemelerde her zaman parazitin varlığı gösterilemez. İnfekte olguların sadece % 2'sinde etken üretilebilir. Kan tablosunda lökositoz vardır, sedimantasyon hızı yüksektir. Karaciğer enzimleri ve bilirubinler nadir olgularda (% 6-28) yükselerek sarılık meydana getirir. Toraks grafisinde akciğer ve plevraya ait değişiklikler dikkati çeker. Ultrasonografi ve kompüterize tomografi teşhis ile patolojinin lokalizasyonu ile tek veya multipl olmasını ayırt etmekte yardımcıdır. Karaciğer amip apsesinin primer tedavisi medikaldir. Bu amaçla en sık kullanılan ilaçlar emetin, klorokin ve metronidazoldür. Sekonder infekte olgularda gram negatif bakterilere etkili bir antibiyotik ilave edilir ama klinik



Resim 3. Ameliyat sonrası çekilen karaciğerin kompüterize tomografisi (kontrol grafisi).

tabloda düzelme olmazsa apsenin cerrahi drenajı şarttır (1-10).

Bizim hastamız 62 yaşında, erkek hastaydı. Literatür ile uyumlu klinik ve laboratuvar bulguları komplikasyonlu karaciğer amip apsesi yönünde olup, ameliyat bulguları da tanıyı desteklemekteydi. Postoperatif dönemde hastanın sarılığı ve klinik tablosu süratle düzelmiş, bu düzelme çekilen kompüterize tomografide de doğrulanmıştır (Resim 3).

Kliniğimizde son yedi yıl içinde komplikasyonlu karaciğer amip apsesi nedeniyle ameliyat edilen 6 hastanın sadece birisinde sarılık görülmüştü (% 17). Sarılığın oluş mekanizması halen tam olarak bilinmemektedir. Gupta (6), apse poşu karaciğerin altında veya hiler bölgeye yakınsa, multipl sayıda ve/veya poşu büyük hacimlere ulaşıyorsa sarılık oluşturma ihtimalinin daha yüksek olduğunu, sarılığın intrahepatik safra yolları obstrüksiyonu ve/veya karaciğer hücre fonksiyonlarının bozukluğundan ileri geldiğini öne sürmektedir. Bizim olgumuzda da büyük apse poşunda 2 litreye yakın pürülan materyal boşaltılmıştır. Khan (4), amip apsesinde sarılığın çok nadir görüldüğünü savunmuş fakat oluş mekanizması hakkında yorum yapmamıştır.

Bu olguyu sunmaktaki amacımız, sarılığın bu hastalıkta nadir görüldüğü morbidite ve mortaliteyi artırdığı için böyle hastalarda cerrahi girişimin geciktirilmemesinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Kaynaklar

1. Greetein AJ, Sachar DB: Pyogenic and amebic abcesses of the liver. Seminars in Liver Disease, 8: 210-217, 1988.

2. Sculy RE, Mark EJ, Mc Neely WF: Presentation of a case. N Eng J Med, 332: 454-460, 1990.

3. Pitt HA: Surgical management of hepatic abscess. World J Surg, 14: 498-504, 1990.

4. Khan J, Jafri SM, Khan MA: Obstructive jaundice: an unusual presentation of amoebic liver abscess. J Top Med Huy, 93: 194-196, 1990.

5. Kayabalı I, Kutlu H, Çavuşoğlu T, Yerdel MA: Karaciğer amip apselerinde tanı ve tedavi problemleri. Ulusal Cerrahi Dergisi, 7: 37-41, 1991.

6. Gupta RK. Ultrasound demonstration of amoebic liver abscess causing obstructive jaundice. Australas Radiol, 30: 329-331, 1986.

7. Schttner A, Hall E, Bentwich Z: Silent ameobic liver abscess. Arch Intern Med, 147: 2054-2055, 1987.

8. Kölan N, Aydın R, Özbay O, Ağar N: Karaciğer amip apseleri. Ulusal Cerrahi Kongresi '88, Bildiri Özetleri Kitapçığı, İstanbul, 1988. s: 103.

9. Gibney EJ: Amoebic liver abscess. Br J Surg, 77: 843-844, 1990.

10. Kayabalı İ: Karaciğer Hastalıkları. Cerrahi Kitabı; Ankara. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, 1981. s. 625.