

Dalak Abseleri

Dr. Betül BOZKURT , Dr. Sezai YILMAZ, Dr. Koray ÖCAL, Dr. Hakan ÖZEL

Özet: Splenik abseler seyrek görülen olgulardır. Bu yazıda az görülmesi nedeniyle, 3 dalak absesi olgusu sunulmuştur. Bunlardan ikisi endokardite, biri piyojenik fokusa sekonder oluşmuştur. Bir olguda, abse kültüründe *Staphylococcus aureus* üredi. Tanı, iki hastada ultrasonografiyle, bir olguda laparotomide kondu. Her üç hastayada operasyonda splenektomi uygulandı. Biz splenektominin tek tedavi seçeneği olduğuna; sadece spesifik vakalarda ve cerrahi hasta için yüksek risk taşıyorsa konservatif tedavi kullanılacağına inanıyoruz.

Anahtar kelimeler: Dalak, abse.

Az görülen patolojilerden biri olan dalak abseleri ile ilgili, literatürde 1990 yılına kadar 375 olgu yayınlanmıştır (1-3). Otopsi serilerine dayanan insidans %0,2-1,4 arasındadır (1-9). Bu yazıda, 1986-1992 yılları arasında Ankara Numune Hastanesi Genel Cerrahi Klinikleri'nde tedavi edilen 3 dalak absesi olgusunu sunarak, konuyla ilgili yayınları kısaca gözden geçirdik.

OLGU 1

30 yaşında, kadın hasta, Ş.G. 1357/1992 16.1.1992'de 15 gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, ateş, çarpıntı yakınmalarıyla yatırıldı. Genel durumu iyi olmayan hastanın, nabızı 118/dakika ritmik, mitral odakta III/VI şiddetinde sistolik üfürüm, epigastrium ve sol hipokondriumda hassasiyet, musküler defans, travbe kapalı, 3 cm hepatomegali saptandı.

Düz karın graflerinde, sağ diafragma altında serbest hava vardı (Şekil-1), laboratuvar olarak belirgin lökositoz rastlanmadı.

Akut karın tablosuyla operasyona alınan hastadan, intraperitoneal yaklaşık 1 litre süpüre sıvı boşaltıldı. perfore dalak absesi saptanarak splenektomi uygulandı.

Dalak absesinin endokardit atağına sekonder geliştiğine karar verildi.

Summary: SPLENIC ABSCESS

Splenic abscess is a relatively uncommon entity. In this article three cases of splenic abscesses are described, two occurring in relation to endocarditis and one due to pyogenic focus. Abscess culture included *staphylococcus aureus* at one case. Two patients were diagnosed by ultrasonography and one by laparotomy. All three patients were operated by splenectomy.

We believe that the treatment of choice is splenectomy with conservative treatment used only in specific cases where surgery represents a high risk for patient.

Key words: Spleen, abscess.

Operasyon spesmeninin histopatolojik incelenmesinde (312/1992): Dalakta abseleşen nekrotik iltahap saptandı.

Postoperatif dönemde endokarditi için antimikrobial tedavi uygulanan hasta, postoperatif 8. günde şifa ile taburcu edildi.

OLGU 2

52 yaşında, kadın hasta, H. N. 28121/1990 8.11.1990 tarihinde 15 gün önce başlayan sol üst kadran ağrısı, ateş yakınmaları olan, mitral stenoz ve atrial fibrilasyon tanılarıyla dahiliye kliniğinde yatarak tedavi gören hasta, yapılan ultrasonografide dalak absesi saptanması üzerine genel cerrahi kliniğine nakledildi. Muayenede mitral odakta IV/VI diastolik üfürüm, sol hipokondriumda hassasiyet, travbe kapalı; ultrasonografide dalakta abse veya hematomla uyumlu görünüm saptandı.

Beyaz küre: 10.000/mm³, sedimentasyon: 53mm/saat.

Bu bulgularla opere edilen hastada, operasyonda dalak absesi saptanarak splenektomi yapıldı. Abseden kültür alındı. Kültürde üreme olmadı. Hastadaki dalak absesi endokardit atağına bağlandı. Postoperatif 11. günde hastada saptanan sol plevradaki 250 cc'lik efüzyon perkütan boşaltıldı.

Operasyon spesmeninin histopatolojik incelen-



Şekil 1: Olgu 1'de düz karın grafisinde, sağ diafragma altında serbest hava izlenmektedir.

mesinde (946/1990): Abse oluşumuyla karakterli perisplenit saptandı.

Hasta postoperatif 16. günde şifa ile taburcu edildi.

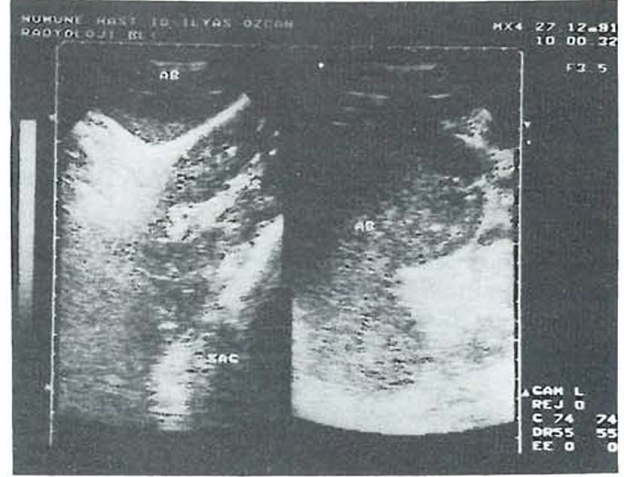
OLGU 3

25 yaşında, erkek hasta, İ.Ö. 28191/1991 18.12.1991'de 4 ay önce belinde başlayan ağrı, bacaklarında kuvvetsizlik ve 10 gündür idrarını yapamama (sonda takılmış) yakınmalarıyla başvuran hasta Nöroşirürji Kliniğine yatırıldı. Fizik muayenede nabız 120/dakika, splenomegali; nörolojik muayenede alt ekstremitelerde %60 paraparezi ve alt ekstremitelerde bilateral belirgin atrofik görünüm mevcuttu.

Beyaz küre: 11500/mm³, LDH: 292 Ü/l, Hb:8,6 ALP: 104 Ü/l idrarda bol eritrosit, bol bakteri, bol lökosit; idrar kültüründe hemolitik E. coli üredi.

Yapılan ultrasonografide hepatosplenomegali, dalakta hipoekoik, anekoik görünüm (Abse?), bilateral Grade 1 hidronefroz, sağ ve sol iliopsoas absesi (Şekil-2); P-A akciğer grafisinde sol akciğer bazalinde nonspesifik infiltrasyon mevcuttu. MRI: L1-L5 düzeyinde spinal kanala, paravertebral alana psoaslara uzanım gösteren geniş yumuşak doku komponenti ile karakterize yer kaplayan lezyon (abse ile uyumlu) olarak rapor edildi.

Bu bulgularla 25.12.1991 tarihinde nöroşirürji kliniği tarafından bilateral paraspinal abse



Şekil 2: Olgu 3'de karın ultrasonografisinde dalaktaki ve iliopsoaslar boyunca izlenen abse görülmektedir.

drene edildi. Hastada postoperatif dönemde karın ağrısı ve distansiyon gelişmesi üzerine genel cerrahi kliniğine nakil alındı. Hastaya 31.12.1991'de akut karın tablosuyla laparotomi yapılırken peritonla fascia arasından aşağıda symphysis pubise, yanlarda retroperitona ulaşan abse açıldı, drene edildi. Laparotomi yapıldı. Dalağın normalden büyük ve lateral yüzde multipl yapışıklık ve abse içerdiği görüldü. Splenektomi yapıldı. Karın drene edildi. Abse içeriğinden Staphylococcus aureus üredi.

Postoperatif dönemde sorunsuz seyreden hastanın laboratuvar bulguları normale döndü ve taburcu edildi.

TARTIŞMA

Lenfoid bir organ olarak, mikroorganizmalar için efektif bir filtre görevi gördüğü için, dalakta abse görülme sıklığı çok düşüktür. Tedavi edilmediği takdirde dalak abseleri %100 fetal seyreder (1).

Birçok şekilde sınıflandırılabilen dalak abseleri için, bugün kabul edilen en yaygın sınıflama Chun ve arkadaşlarının etyopatogeneze yönelik yaptıkları sınıflamadır; buna göre dalak abseleri; piyojenik abseler, splenik travma sonrası gelişen abseler, hemoglobinopatili hastalarda ortaya çıkanlar, dalağa komşu organlardan ve bunların süregen enfeksiyonlarından kaynaklananlar, immun yetmezlikli hastalarda gelişen abseler olarak ayrılabilir (10). En sık rastlanan sebep piyojenik enfeksiyonların neden olduğu dalak abseleridir ve en sık endokardite sekonder ortaya çıkarlar (1,2,3,4,5,6,8). Yaşlı hastalarda özellikle diabetes mellituslularda nonendokardial septik bir fokus etyolojide rol oynar (8).

Olgularımızın ikisinde literatüre uygun olarak neden endokarditti; diğer olgumuzda ise etyolojik nedeni epidural absenin retroperitondan abdome yayılımı oluşturmuştur.

Dalak abseleri 6 ay-83 yaş arasında görülebilmesine karşılık (2,11) dağılım bimodaldır, 3-4. ve 6-7. dekatlarda sık rastlanır (2,7). Çocuklarda etyolojik neden daha çok hematolojik hastalıklar olup, özellikle lösemidir (8).

Enfeksiyona sıklık sırasına göre aerob organizmalar, funguslar özellikle candida türleri ve anaerob mikroorganizmalar neden olur (2,8). Bazı hastalarda bakteriel ve fungal mikst enfeksiyonlar görülebilir (2). Bizim 2. olgumuzda abse içeriğinden üreme olmadı, 3. olguda abse içeriğinden Staphylococcus aureus üredi.

Hastaların çoğunda ateş (%90-95), abdominal ağrı ve hassasiyet (%40-60), palpabl ve hassas dalak (%30-50) görülür (2,3,7,8,9,11). En sık görülen yakınma, Chulay ve arkadaşlarına göre karın ağrısıdır (12). Chun ve arkadaşlarına göre ise ateş ve lökositöz primer bulgulardır (10). Bu bulguların hepsi olgularımızda gözlenmiştir. Lökositöz %88 gözlenir (1,2,4,5). Olgularımızın birinde lökositöz izlenmemiştir.

Splenik abseye neden olan etyolojik faktörle, absenin klinik olarak ortaya çıkması arasında genellikle, 2 haftalık bir zaman aralığı gözlenir (8,9).

Uniloküler veya multiloküler olan splenik abselerin en sık görülen komplikasyonu, peritoneal kaviteye rüptürle akut peritonite neden olmasıdır (8). İki olgumuzda görülen bu komplikasyon nedeniyle hastalar acil operasyona alınmışlardır.

Düz karın grafisi %69 duyarlıdır; sol alt kadranda kitle imajı, ekstraluminal gaz ve hava sıvı seviyesi izlenebilir (1,2,7). Olgu 1'de karın içinde

izlenen serbest hava Şekil-1'de gösterilmiştir. Akciğer grafisinde %82 hastada anormallik mevcuttur ve sol üst kadranda kitle etkisi, sol plevral efüzyon, sol hemidiafragma elevasyon, sol alt lobda infiltrasyon ya da atelektazi, nadiren sol üst kadranda ekstragastrik gaz gibi indirekt bulgular görülebilir (2,8,9). Tec-99, gallium ve indiumla yapılan sintigrafilerde 2 cm üzerindeki lezyonlar dolma defekti olarak görülür (1,2,5,8,9). Ultrasonografinin duyarlılığı %76-80 olarak verilmektedir (2). Olgu 2 ve 3'de tanı ultrasonografi ile operasyon öncesi konulabilmiştir. Bilgisayarlı tomografi ve MRI'de %96 duyarlıdır, tomografide abse hipodens iyi sınırlı, intravenöz kontrast tutmayan kistik bir lezyon gibi görülür (1,2,7).

Splenotomi ve abse drenajı bugün terkedilmiş bir tedavi yöntemidir (1,2,9). Günümüzde splenektomi ve spesifik antibiyoterapi en çok kabul gören tedavi biçimidir (3-9,11,13) ve splenektominin başarı oranı %86-94 olarak verilmektedir (7). Bilgisayarlı tomografi eşliğinde abse drenajı: iyi seçilmiş hastalarda, cerrahi girişim çok riskli ise, çok aşırı yapışıklıklar var ise, abse multiloküle değilse, düşük yoğunluklu sıvı içeriyorsa, splenik hilusa yakın değilse, son günlerde tercih edilen yöntemlerden birisidir (1,3,7). Perkütan drenajda başarı oranı %68-76 olarak verilmiştir (5,8,7). Parsiyel splenektomi bugün daha çok çocuklarda tercih edilen dalak koruyucu girişimlerden biridir (1,8). Fungal abseler için önerilen tedavi şekli antimitotik tedavidir (1,2,5).

Dalak abseleri için tedavi uygulanmadığında gözlenen %100'lük mortalite, tedavi ile yüzyılımız başlarında %40-70 iken, tanı yöntemlerinin, cerrahi tekniğin ve gelişmesi ile günümüzde %2-6'ya inmiştir; morbidite ise %10-12'lere düşmüştür (1,2,5,6,7).

KAYNAKLAR

1. Acarlı K., Akpınar E., Emre A. et al: Dalak Abseleri. T. Klin. Gastroenterohepatoloji, 1992; 3: 66-69.
2. Nelken N., Ignatus J., Skinner M., et al: Changing clinical spectrum of splenic abscess. Am. J. Surg., 1987; 154: 27-34.
3. Yağmur Ö., Sungur I., Gülkaya M.: Dalak abseleri. Çağdaş Cerrahi., 1991; 5: 226-228.
4. Thomas K., Dayal A.K., Gijshers A., et al: Splenic abscess. J Assoc. Physicians India, 1987; 88: 5: 388-389.
5. Faught W. E., Gilbertson J.J., Nelson E.W.: Splenic abscess: Presentation, Treatment Options and results. Am. J. Surg., 1989; 158: 612-614.
6. Oğuz M., Utkan N.Z., Dülger M., et al: Splenic abscesses due to Salmonella (report of two cases). Materia Medica Polona., 1989; 4 (72): 319-322.
7. Westh H., Reines E., Skibsted L.: Splenic Abscesses: A Review of 20 Cases. Scand. J. Infect Dis., 1990; 22: 569-573.
8. Cohen M.A.A., Galera M.J., Ruiz M., et al: Splenic Abscess. World. J. Surg., 1990; 14: 513-517.
9. Quinlan R.M.: Operative Indications for Disorders of the Spleen. In: Surgery of The Alimentary Tract, 2nd. ed. Vol: 4, pp. 642-645, Edited by Shackelford R.T., Zuidema G.D. Philadelphia, W.B. Saunders Company, 1983.
10. Chun C.H., Raff M.J., Contreras L., et al: Splenic Abscess. Medicine., 1980; 59: 50-65.
11. Dewan R., Grover A.K., Gupta B.K., et al: Splenic abscess. J Assoc. Physicians India., 1990; 38: 8: 586-587.
12. Chulay J.D., Lankerani M.D.: Splenic abscess. Am. J. Med., 1976; 61: 513-522.
13. Kayabalı I.: Karaciğer dışı safra sistemi, pankreas dalak ve portal dolaşım şirürjisi. Ankara: Ank. Üniv. Tıp. Fak. Yay., 1962; 309.