

Sezaryen Sectio Abdominalis Operasyonu Sonrası Gelişen Subhepatik Abse: Olgu Sunumu

DEVELOPMENT OF SUBHEPATIC ABSCESS FOLLOWING ABDOMINAL CAESAREAN SECTION OPERATION: CASE REPORT

Dr. Murat BOZKURT,^a Dr. A. Ender YUMRU,^a Dr. Y. Tahsin AYANOĞLU^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Özet

Premature membran rüptürü sonrası koriyoamnionit gelişen termdeki olguya makrozomi ve fetal distress endikasyonu ile sezaryen sectio abdominalis operasyonu uygulandı. Postoperatif 8. günde 40 derece ateşi olan ve genel durumu bozulan olguya yapılan tüm batın ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi sonrası subhepatik apse tanısı konuldu. Ultrasonografi eşliğinde perkutan apse drenajı ile kombine antibiyotik tedavisi uygulandı. Subhepatik apse daha çok laparoskopik kolesistektomi komplikasyonudur. Literatür tarandığında sezaryen operasyonu sonrası subhepatik apse gelişen olguya rastlanmadı. Bu yazıda jinekoloji ve obstetri pratiğinde oldukça nadir bir komplikasyon olan subhepatik apsenin tartışılması amaçlandı.

Anahtar Kelimeler: Subhepatik apse, sezaryen sectio

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2006, 16:62-66

Abstract

The term case who developed chorioamnionitis after premature rupture of membranes had caesarean operation with indications of macrosomia and fetal distress. The patient had 40 degrees fever and the general appearance went bad in postoperative 8th day. After performing whole abdominal ultrasonography and computerized tomography (CT) the patient was diagnosed as having subhepatic abscess. Percutan abscess drainage with ultrasonography was performed and combined antibiotics treatment was given with. Subhepatic abscess is mostly the complication laparoscopic cholecystectomy. In medical literature there is no case who developed subhepatic abscess following caesarean sectio operation. To discuss subhepatic abscess, which is a rare complication of gynecology and obstetrics practises, is aimed in this article.

Key Words: Subhepatic abscess, caesarean section

Subhepatik apse sıklıkla laparoskopik kolesistektominin nadir bir komplikasyonudur.^{1,2} Geride bırakılan bir veya birkaç safra kesesi taşının yayılarak enfeksiyon kaynağı olması, kötü cerrahi teknik, yeterli hemostaz sağlanamaması, akut alevlenmelerde operasyonun yapılması ve yeterli antibiyoterapinin yapılmaması subhepatik apse oluşumu için kolaylaştırıcı faktörlerdir.^{3,4} Peter H. Van Brunth ve ark. laparoskopik kolesistektomiden 2 ay sonra gelişen subhepatik apse tespit etmişler ve bütün kültür ve biyopsi spesmenlerinin negatif olduğunu bildirmişlerdir.¹

Van Mierlo ve ark. 2 yıl önce laparoskopik kolesistektomi yapılan bir olgu da rekürren stafilokokkal bakteriyemi ve subhepatik apse bildirmişlerdir. İntraperitoneal taş rekürren bakteriyemi ve subhepatik apse nedeni olarak bulunmuştur.⁵ Apseler primer ve özellikle de sekonder peritonitin alt grubudur. Subhepatik apseler lokalize karın içi enfeksiyonlardır ve diffüz peritonite göre daha iyi prognoza sahiptirler. Apse oluşması, enfeksiyöz etkene karşı başarılı peritoneal defans mekanizmasının göstergesidir ve bakterileri sınırlandırarak sistemik enfeksiyonu yani sepsisi önler. Perforasyon peritoniti akut intraabdominal enfeksiyonların en sık görülen şeklidir. Büyük merkezlerde gastrointestinal sistemin ve diğer karın içi organların nekrotik lezyonları %80 olguda, karın içi ameliyat sonrası %10-30 olguda neden olarak görülür.⁶ Hamburg Üniversitesi Tıp Fakültesi Altona General Hospital'da yapı-

Geliş Tarihi/Received: 10.08.2005 **Kabul Tarihi/Accepted:** 07.02.2006

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. A. Ender YUMRU
Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Kadın Doğum Kliniği, Taksim, İSTANBUL
hygnos@tnn.net

Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

lan 7 yıllık çalışmada 567 olgunun %13'ünde intraabdominal enfeksiyonlar bir cerrahi girişim sonrası gelişmiştir. Hastaların %58'inde peptik ülser, kolon divertikülü, apandisit veya malign bir lezyona ikincil gastrointestinal sistem perforasyonu sonucu ortaya çıkmıştır. İnkarere herniye bağlı strangulasyon veya doğrudan kan akımının azalmasına bağlı barsak duvarı nekrozuna ikincil enfeksiyon, olguların %20'sinde saptanmıştır.⁷ Ameliyat sonrası peritonit genellikle anastomoz veya dikiş hattında bir sızdırmaya bağlı ameliyat sonrası 5.-7. günde ortaya çıkar.⁸ Saylam ve ark. sezaryen sonrası multifokal psoas apsesi gelişen olgu tanımlamışlardır.⁹ Yine sezaryen operasyonu sonrası gelişen ovaryan apse ve tüberküloza bağlı tuboovaryan apse nadir enfeksiyöz komplikasyonlar olarak literatürde bildirilmiştir.^{10,11} Biz sezaryen operasyonu sonrası subhepatik apse gelişen bu olguyu tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

4733 nolu protokol ile Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğine kasık ve bel ağrısı şikayeti ile başvuran PB 36 yaşında idi. Gravida 3, para 2, yaşayan 2 ve abortus 0 idi. Hastanın obstetrik muayenesinde kollumda 5-6 cm dilatasyon, %60-70 silinme mevcuttu ve baş pelvis giriminde mobildi. Amniyon membranı intakt değildi ve kötü kokulu az miktarda amniyotik sıvı ve mekonyum mevcuttu. Uterin hassasiyet dikkati çekti. Sorgulandığında amniyon membran rüptürünün 50 saat önce spontan olduğu öğrenildi. Olguya yapılan obstetrik ultrasonografide tahmini fetal ağırlık 4580 gr olarak bulundu. Obstetrik anemnezinde her iki doğumunda vakum ekstraksiyonu ile yapıldığı öğrenildi. Olguya akut fetal distres ve makrozomik fetus endikasyonu ile sezaryen sectio abdominalis operasyonu yapılarak 4800 gram, 52 cm kız fetus, 1. dk. 7 apgar skoru ile doğurtuldu. Operasyon esnasında fetüsün mekonyom ile boyalı olduğu görüldü. Vezikouterin boşluğa, douglas boşluğuna ve cilt altına dren yerleştirildi. Koriyoamnionit olarak düşünülen hastaya sefazolin sodyum 1 gram ile antibiyoterapiye devam edildi. Ciltaltı ve uterovezikal dren 2. günde, douglas boşluğundaki dren 3. günde mayi gelmemesi üzerine çıkarıldı.

Olguda 5. günde subfebril ateş, 8. günden itibaren 40°C'ye ulaşan ateş yüksekliği saptandı. Halsizlik, iştahsızlık, bulantı gibi nonspesifik şikayetleri başlayan olgunun genel durumu bozuldu. Abdominal muayenede batın üst kadranında palpasyonla hassasiyet mevcuttu. Defans vardı fakat rebound yoktu. Batın ultrasonografisinde subhepatik alanda 9x6 cm boyutlarında, düzgün konturlu hipoekoik kolleksiyon alanı apse lehine değerlendirildi (Resim 1). Tanıyı doğrulamak amacı ile oral kontrast madde kullanımını takiben intravenöz kontrast sonrasında çekilen tüm batın bilgisayarlı tomografisinde karaciğer inferior anteriorunda batın ön duvarı ile komşuluk gösteren subhepatik yerleşimli, 9 x 8 x 6 cm boyutlarında, çevresel kontrast madde tutulumu gösteren, içinde hava sıvı seviyesinin izlendiği subhepatik apse ile uyumlu lezyon izlendi (Resim 2, 3). Bunun üzerine Radyoloji Kliniği tarafından ultrasonografi eşliğinde perkutan subhepatik apse drenajı yapıldı. Komplikasyon oluşmadı. Pürülan materyal gelişti izlendi. Apse kavitesine dren yerleştirildi. Olguya eş zamanlı olarak seftazidim flakon 1 gram (Fortum) ve metranidazol %0.5 enjektabl form (Flagly) başlandı. Takiplerinde ateş yüksekliğinin 36.8⁰ gerilemesi ve drenajın 10 cc/gün altına düşmesi üzerine dren 6. günde çekildi. Antibiyotik tedavisi 10. güne tamamlandı. Kontrol ultrasonografide apse boyutunun küçüldüğü tespit edildi. Genel durumu düzelen hasta kendi isteği ile taburcu edildi. 7 hafta



Resim 1. Subhepatik absenin tüm batın ultrasonografik görünümü.



Resim 2. Postpartum uterusun bilgisayarlı tomografide görünümü.



Resim 3. Subhepatik absenin bilgisayarlı tomografide görünümü. Hava sıvı seviyesi net olarak izlenmektedir.

sonra yeniden değerlendirilen hastada klinik ve laboratuvar bulgularının tamamen düzeldiği görüldü.

Tartışma

Olgu bize başvurduğunda maternal subfebril ateş, uterin hassasiyet ve kötü kokulu amniyotik sıvı gelişi mevcuttu. Non stres testte fetal taşikardi izlendi. Uzamış membran rüptürü olması ve bu klinik bulgularla olgu koriyoamniyonit olarak değerlendirildi. Koriyoamniyonit membranlar ve amniotik kaviteyi tutan bir enfeksiyondur. Bakteriyel vaginosis, prematür membran rüptürü ve preterm eylem koriyoamniyonit olasılığını artır-

maktadır.¹² Neden ne olursa olsun intraabdominal enfeksiyon periton, barsaklar ve onu takiben sekonder endokrin, kardiyak, respiratuar, renal ve metabolik olaylara yol açan sıvı kompartmanını ilgilendiren lokal ve sistemik cevap olarak ortaya çıkar. Bu patofizyolojik cevap, klinik olarak görülen belirti ve bulguları açıklar. Karın ağrısı, analjezik verilmesi veya ameliyat yarasının varlığı ile maskelenmemişse hemen daima bulunur. Bizim olgumuzda operasyon sonrası devam eden başlangıçta yaygın ve şiddetli olan daha sonra epigastriuma lokalize olan ağrı mevcuttu. Derin palpasyonda hasta ağrı hissediyordu. İştahsızlık subhepatik apsede hemen her zaman vardır. Bulantı sıkıtır ve kusma ile beraberdir. Bizim olgumuzda bu bulgularla beraber titreme ile gelen ateş mevcuttu. Subhepatik apsenin laboratuvar bulguları arasında lökositozun en önemli bulgu olduğu belirtilmiştir.¹³ Ancak periferik yayma yapmadan sadece total beyaz küre sayımına bakılması yanıltıcı olabilir. Lökositoz özellikle apse formasyonunun başlangıcında olur daha sonra masif peritoneal inflamasyon geliştiğinde lökopeniye rastlanır. Subhepatik apse tanısında bilgisayarlı tomografi ve ultrasonografi oldukça yardımcıdır.^{14,15} Sensitivite bilgisayarlı tomografide biraz daha üstündür fakat ultrasonografinin iki önemli avantajı vardır. Birincisi hasta iyonize radyasyona maruz kalmaz, ikincisi; bilgisayarlı tomografi için kötü durumdaki hastaların yoğun bakımdan radyoloji bölümüne transportu gerekirken, ultrasonografi hastanın yatağında yapılabilir. Ultrasonografi ile barsak peristaltizmi görülebilir, böylece barsak ile apse ayrt edilebilir. Biz olgumuzda genel durumu bozulan hastaya ateş etiyolojisi araştırılırken subhepatik alanda kitle tespit ettik. Bilgisayarlı tomografide bu kitlenin subhepatik apse ile uyumlu olduğunu gördük. Klinikte sık kullanılmamakla beraber, radyo-izotoplar abdominal kavitedeki enfeksiyonları lokalize edebilir. Gallium-67'nin demir bağlayıcı proteinlere yüksek afinitesi vardır ve enfeksiyöz odakta lökositlerdeki laktoferrine bağlanarak apselerin içine girer. Ancak tanı için 24 saat gerekmektedir. Yine indium ile işaretlenmiş nötrofiller, akut enfeksiyonu göstermek için kullanılabilir.¹⁶ Biz deneysel çalışmalara rağmen şu an

için bu tanı yöntemlerini rutin klinik kullanım için önermemekteyiz. Subhepatik apseye yönelik yapılmış önceki yayınların sonuçları, vakaların çoğunda tipik bir polimikrobiyal patojen spektrumu göstermektedir. Sonuçlar her ne kadar polimikrobiyal gibi görülsede iyi bir bakteriolojik teknik kullanıldığında çalışmaların çoğunda belli organizmaların daha ağırlıklı olarak üretildiğini göstermiştir. Aeroblar arasında, gram negatif basil-ler ve özellikle de *Escheria coli* (*E. Coli*) en sık görülmektedir. Aneroblardan ise en sık bakteroides, ardından klostridia ve peptokoklar üretilmiştir. Bu bilgiler, antimikrobiyal tedavide asıl hedefin *E. Coli* ve *Bacteroides fragilis* olduğunu göstermektedir.¹⁷ Jakobsen ve ark. penetran ventriküler ülser perforasyonuna sekonder gelişen subhepatik absede *Trichomonas tenax*/*Trichomonas hominis* ve mix oral bakteriyel florayı bulmuşlardır.¹⁸ Yine literatürde renal transplantasyon sonrası gelişen subhepatik absede patojen olarak *Porphyromonas gingivalis* tespit edilmiştir.¹⁹ Solomkin ve ark. yaptıkları çalışmalarda tek ajan ve kombine antibiyoterapileri tanımlamışlardır. Kombinasyon tedavisinde aminoglikozid ve klindamisin veya metranidazolü içeren antianaerob kombinasyonunu önermişlerdir.²⁰ Alternatif olarak seftriakson, sefotaksim, sefepim veya siprofloksasinle metronidazol kombinasyonu ile benzer sonuçlar alındığını vurgulamışlardır.²¹ Biz olgumuza kültür sonuçları gelmeden ampirik olarak klindamisin ve gentamisin kombinasyonu başladık kültür ve antibiyogram sonuçlarına göre bu tedaviye devam ettik. Kültür antibiyogram miks infeksiyon olarak bildirildi. Subhepatik apsenin tedavisi bütün apselerdeki ana prensip olan drenaj ve etkenlere yönelik uygun antibiyoterapidir. Tedavide cerrahi en önemli basamak olarak kabul edilir. Amaç karın içindeki pürülan ve nekrotik materyali temizlemek ve infeksiyon odağını ortadan kaldırmaktır. Apse tedavisinde infeksiyon odağının kontrolü ile mortalitede %90 lardan %30 lara düşüş sağlanmıştır.²² İnfeksiyon odağının drenaj ile tedavi edilmesi aynı zamanda antibiyoterapinin de başarısını arttırır. Eskiden apse drenajı için laparatomiler yapılırken güncel tedavide apse drenajı perkutan yapılmaktadır. Bil-

gisayarlı tomografi veya ultrasonografi eşliğinde yapılan perkutan drenajlar oldukça başarılıdır.^{23,24} Olgumuza ultrasonografi eşliğinde perkutan subhepatik apse drenajı yaptık ve kateter yerleştirerek dilüe edilmiş povidon iodin ile günde 4-5 defa lavaj uyguladık. Drenden gelen mayi miktarı 20 cc nin altına düşünce dreni çektik. Drenajdan sonra hastanın dramatik bir şekilde genel durumunun düzeldiğini gördük.

Sonuç

Prematür membran rüptürü ve koriyoamnionitis gelişen bu olguda sezaryen operasyonu sırasında amniyotik sıvı subhepatik boşluğa yayılmıştır ve apse meydana gelmiştir. Postoperatif ateş etiolojisi araştırılırken bu oldukça nadir komplikasyon özellikle risk taşıyan olgularda araştırılmalıdır. Radyoloji eşliğinde drenaj minimal invaziv teknik olarak seçilecek yöntem olmalıdır. Uygun antibiyoterapi ve patojen etkenin tanımlanması ve antibiyogramının yapılması tedaviyi tamamlayan ana unsurlardır.

KAYNAKLAR

1. Peter H. Van Brunth, Raymond J Lanzafame. Subhepatic Inflammatory Mass After Laparoscopic Cholecystectomy; A delayed complication of spilled gallstones. Arch Surg 1994;129:882-1.
2. Albrecht RM, Egtestad B, Gibel L, Locken J, Champlin A. Percutaneous removal of spilled gallstones in asubhepatic abscess. Am Surg 2002;68:193-5.
3. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT, Nichols KE, Front ME, Roby SR. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Surgery 1991;110:769-78.
4. Tretola SC, Lillemoe KD, Mallory PC, Osterman FA. Percutaneous removal of dropped gallstones after laparoscopic cholecystectomy. Radiology 1993;188:419-21.
5. Van Mierlo PJ, De Boer SY, Van Dissel JT, Arend SM. Recurrent staphylococcal bacteraemia and subhepatic abscess associated with gallstones spilled during laparoscopic cholecystectomy two years earlier. Neth J Med 2002;60:177-80.
6. Levin S, Harris A. Acute Surgical Infections in Goldin M. Intensive care of the surgical Patient, London: Year Book Med. Publ Chicago; 1981;204-18.
7. Butler T, Tally F, Gorbach S. Infection diseases. In management of medical problems in surgical patients. Philadelphia: Davis Co; 1982. p.299-362.
8. Garibaldi RA. Risk factors for postoperative infections. Am J Med 1991;91:158-5.

9. Saylam K, Anaf V, Kirkpatrick C. Successful medical management of multifocal psoas abscess following caesarean section: report of a case and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002;102:211-4.
10. Bracha J, Lotan M, Zakut H. Ovarian abscess following caesarean section. A case report and review of literature. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1988;15:134-6.
11. Goldszewicz J, Skrzypczak W, Pelc-Jarzabek G. Tuberculous tubo-ovarian abscess as a distant complication caesarean section. *Gynecol Pol* 1998;69: 1280-2.
12. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2000;342:1500-7.
13. Zalesnik DF, Kasper DL. Intraabdominal infections and abscesses. In: Fauci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ, eds. *Harrison's principles of medicine*, 14th ed. New York: McGraw- Hill; 1998. p.792-4.
14. Kumpan W. Computed tomographic analysis of postoperative abdominal compartments. A comparative study of 100 patients with abdominal abscesses. *Radiology* 1987;27:203-15.
15. Morrin MM, Kruskal JB, Hockman MG. Radiologic features of complications arising from dropped gallstones in laparoscopic cholecystectomy patients. *Am J Radiol* 2000;174:1441-5.
16. Korobkin M, Callen PW, Filly RA, Hoffer PB, Shimshak RR, Kressel HY. Comparison of computed tomography, ultrasonography and gallium-67, scanning in the evaluation of suspected abdominal abscess. *Radiology* 1978;129:89-93.
17. Finegold SM. Microflora of the gastrointestinal tract. In: Se Wisno Finegold SM, William RA, eds. *Intraabdominal infection*, New York: 1982. p.1-22.
18. Jakobsen EB, Friis-Moller A, Friis J. *Trichomonas* species in a subhepatic abscess. *Eur J Clin Microbiol* 1987;6:296-7.
19. Lee SC, Fung CP, Lin CC, Tsai CJ, Chen KS. *Porphyromonas gingivalis* bacteremia and subhepatic abscess after renal transplantation: A case report. *J Microbiol Immunol Infect* 1999;32:213-6.
20. Solomkin JS, Meakins JL, Dellinger EP. Antibiotics trials in intraabdominal infections: A critical evaluation of study design and outcome reporting. *Ann Surg* 1984;181:29.
21. Solomkin JS, Mazuski JE, Baron EJ. Guidelines for the selection of anti-infectives for complicated intraabdominal infections. *CID* 2003. p.37-997.
22. Wittmann DH, Aprahamian C, Quebbeman EJ. Improved outcome prediction model with APACHE 2 score derived from 777 patients with intraabdominal infection. Western Trauma Association presentation, Snowbird, Utah 1993.
23. Flancbaum L, Noshier JL, Brodin RE. Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses associated with perforated viscus. *Am Surg* 1990;56:52-6.
24. Weiler H, Frohlich E, Hackelsberger A, Fruhmorgan P, Junghanns R. Ultrasound-controlled percutaneous drainage of subhepatic abscess after conventional cholecystectomy. *Bilgebung* 1993;60:23-6.