

T. C.
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
Yöneticisi
Doç. Dr. Bülent ALIÇ

KARACİĞER ABSELERİ

(İHTİSAS TEZİ)

37025

T. C. DİCLE ÜNİVERSİTESİ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No.	0037025
Tasnif No.	617.556
	KEL

Dr. M. Cem KELEŞOĞLU

1986

DIYARBAKIR – 1986

İ Ç İ N D E K İ L E R

1. Önsöz.....	1
2. Giriş.....	3
3. Tarihçe.....	5
4. Genel Bilgiler.....	8
5. Materyal ve Metod.....	33
6. Tartışma.....	56
7. Sonuç.....	88
8. Özet.....	91
9. Summary.....	93
10. Kaynaklar.....	95

Ö N S Ö Z

Karaciğerin gerek pyojenik gerekse amibik abselerinin, tedavi yönünden günümüzde de önemli sorunlar yarattığı görülmektedir.

Karaciğer abselerinde erken teşhis ve buna yönelik uygun tedavinin çok önemli olduğu bir gerçektir. Teşhis yöntemlerindeki ilerlemelere rağmen bazı olgularda gecikmeler olabilmektedir. Bu nedenlerle günümüzde de tehlikeli komplikasyonların geliştiği ve sonuçta hala yüksek mortalite oranlarına rastlandığı bilinmektedir.

Tedavide iki temel prensip benimsenmektedir; biri antibakteriyel veya anti-amibik ajanların uygulanması, diğeri abse materyalinin çeşitli drenaj yöntemleri ile boşaltılmasıdır. Abse materyalinin drenajında seçilecek cerrahi girişimin şekli konusunda hala fikir ayrılıkları sürmektedir.

Bölgemizde karaciğer abseli hastalarla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Kliniğimizde 1.1.1970 - 1.1.1985 yılları arasında tedavi gören karaciğer abseli hastalarımızdan elde ettiğimiz bilgileri sunarak, karaciğer abselerinin tedavi ilkelerini gözden geçirmek istedik.

Bu tezin hazırlanmasında bana çalışma olanağı sağlayan, daima yol gösterip yardım eden ve bu güne gelmemi kendilerine borçlu olduğum değerli hocalarım; Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doçent Dr.Bülent Aliç'a, Sayın Dekanımız Prof.Dr.İsmail Kayabalı'na, Yardımcı Doçent Dr.Bilsel Baç'a ve daha önce kliniğimizde görev yapmış bulunan Sayın Prof.Dr.Asım Duman'a, Doçent Dr.Mustafa Tireli'ye en derin şükranlarımı sunar, teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca çalışmalarında bana yardımcı olan tüm mesai arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr.Cem Keleşoğlu

G İ R İ Ş

Karaciğer abseleri konusunda son yıllarda çok değerli çalışmalar yapılmıştır. Kemoterapötik ajanlardaki yenilikler, teknik ilerlemeler, teşhis ve tedavi yöntemlerinin gelişmesine karşılık günümüzde de karaciğer abseleri hala birer klinik problemdirler. Bazı tehlikeli komplikasyonların oluşu, mortalite oranının yüksekliği hastalığın teşhis ve tedavisinde çözüm bekleyen sorunlar olduğunu göstermektedir.

Çalışmalar, karaciğer abselerinin etiyolojik, patolojik, teşhis ve tedaviye ait farklılıklarının olduğunu göstermiştir. Serolojik testler, radioisotoplarla yapılan sintigrafi, selektif hepatik arteriografi, ultrason ve diğer radyolojik çalışmaların klinikte uygulanmasından artan tecrübelerin ve gittikçe artan tekniktaki gelişmelerin erken teşhiste büyük yararlar sağladığı bildirilmektedir. Ayrıca bunların morbidite ve mortalite oranlarını da büyük ölçüde etkilediği gerçektir.

Karaciğer abselerinin tedavisinde iki temel prensip benimsenmektedir; bunlardan birincisi antibakteryel veya antiamibiklerin uy-

gulanması yani kemoterapi, diğeri abse materyalininin çeşitli yöntemlerle drenajdır. Yazarlar arasında drenaj için seçilecek cerrahi girişimin şekli konusunda günümüzde de fikir ayrılıkları bulunmaktadır.

Bu çalışmada D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda 1.1.1970-1.1.1985 tarihleri arasında tedavi gören karaciğer abseli hastalarımızı retrospektif olarak inceledik.

T A R İ H Ç E

Karaciğerin iltihabi hastalığı Hipocrates'den beri bilinmektedir. Ancak amib ve pyojenik abselerin birer değişik klinik antite olarak ele alınması ancak bu yüzyılın başlarına doğru olmuştur.

Amib abselerinin genellikle dizanteri gibi bir hastalıkla birlikte bulunması veya ondan sonra oluşması tropikal bölgelerde rastlanması nedeni ile dikkatleri üzerine çekmiştir. Amibli dizanteri ile karaciğer amib absesi arasındaki ilişki 1818'de Ballengal ve daha sonra Anestey, Budd, Dutroulow ve diğer yazarlar tarafından ortaya konulduğu fakat etiyolojik ilişkiyi tanımlayamadıkları bildirilmektedir. Karaciğer absesinin ilk olarak 1836'da Bright'ın tarif ettiği-ne inanılmaktadır.

İnsan gaitasında amibler ilk defa 1860'da Lamb tarafından saptanmış, *E.hystolitica*'yı ilk tanımlayan 1875'de Rus Losch olmuştur. Wilmot Losch'un yalnızca şiddetli bir dizanteri vak'asının gaitasında amibler ortaya çıkarmakla kalmayıp, aynı zamanda bu gaitaya karışık materyali ağız yoluyla ve rektundan köpeklere vererek onlarda dizanteri meydana getirmek ve bu hayvanların gaitalarında da aynı

amiblerin atıldığını göstermek suretiyle, amiblerin duruma neden olduklarını göstermiştir. 1882'de Koch amiblerle tropikal dizanteri arasında ilişkileri ortaya koymuş, 2 yıl sonra da bir karaciğer absesinin çeperinde amiblerin bulunduğunu göstermiştir. 1886'da Kartulis karaciğer absesine ait sıvıda ve dizanterili hastaların gaitalarında amiblerin varlığını saptamıştır. 1891'de Councilvan ve Tajleur amibiazise ait klinik ve patolojik bulguları içeren klasik tanımlamayı yapmıştır. Ve amibli dizanteri ile amibli karaciğer absesi deyimlerini ilk kez kullanmışlardır.

Amibli karaciğer abselerinin etiyolojisi, tanı ve tedavisi konularındaki bugünkü bilgiler Rogers'ın çalışmalarına dayanmaktadır. 1922'de bu bilgileri Tıp literatürüne sokmuştur. Abse materyalinde amib bulunmadığını, fakat daima abse duvarında bulunabileceğini ve birçok vak'ada ilk açıldığında pyojenik mikroorganizmaların olmadıklarını göstermiştir. Bu durum dolayısıyla ilk kez absenin konservatif tedavisi, aspirasyon ve Emetin ile tedavi edilmeleri gereğine işaret etmiştir.

Karaciğer pyojenik abselerinin etiyolojisinin çok farklılık göstermesi nedeniyle oldukça uzun tartışmalara konu olmuştur. Başlangıçta tüm karaciğer pyojenik abselerinin nedenleri apandisit olarak bilinmektedir. Apandisite bağlı pyojenik abselerin ilk raporları 1846'da Waller'e kadar uzanır. 1849'da Hillairet, 1855'de Bubl aynı şekilde vak'aları neşretmişlerdir. Fransızlar bu konu üzerinde önemle durmuşlardır. 1898'de Dienlafoy'un "La Voie Appendiculaire" deyimi

mi bunu çok iyi izah etmektedir.

Uygulanacak tedavi yöntemi bakımından da antibakteryel ajanların olmadığı yıllarda çok değişik görüşler ortaya atılmıştır. 1903'de Gerster, phlebit durumunda enfekte venayı çıkartmayı ileri sürmüştür. 1909'da Willus bu venaların ileocaecal açıdan bağlanması gerektiğini söylemiştir ve başarılı iki vak'a yayınlamıştır. 1911'de Sprenger bu yöntemi uyguladıktan sonra bir hastanın üç hafta içerisinde multipl karaciğer absesinden öldüğünü kaydetmiştir.

1932'de Murphy, 1934'de Rothenberg, Jinder, Ochsner, De Bakey karaciğer abseleri üzerine geniş çalışmalarda bulunmuşlardır.

Antibiotiklerin ortaya çıkması ve klinik uygulamanın yaygınlaşması neticesi pyojenik abselerin insidansında azalma meydana gelmiştir. Bu azalma giderek etiyojide apandisitisin tek başına etiyojik faktör olması özelliğini etkilemiştir.

Ochsner ve ark. kimyasal tedavi başlangıcı ile 186 olguluk karaciğer absesi bildirmişler, bunların ancak % 25'inin pyojenik abse olduğuna işaret etmişlerdir. Ayrıca pyojenik abselerde etiyojinin değişikliğine de geniş olarak deyinmişlerdir.

Tek karaciğer abselerininin kapalı iğne aspirasyonu 1950'de önce Mc Fadzean tarafından kullanılmıştır. Giderek selektif karaciğer arteriografisi, karaciğer sintigrafisi, ultrason ile yapılan çalışmalar tedavideki yeni kimyasal ajanlar teşhis ve tedaviye yeni yöntemler getirmiş, morbidite ve mortalite olumlu yönde etkilenmiştir (6, 24, 25, 62, 65).

GENEL BİLGİLER

Karaciğer içi abseleri; teşhis ve tedavi yöntemleri henüz tam aydınlanamamış, yaygın olmayan bir hastalıktır (1, 26, 61).

Karaciğer abseleri etiyolojilerine göre iki tiptir:

1. Bakterilerin neden olduğu Pyojenik abseler
2. Entamoeba histolytica'nın neden olduğu Amibli Karaciğer Abseleri

Pyojenik Karaciğer Abseleri:

Eski İonya'lı hekimlerce pyojenik abseler bilinmekle beraber, modern çağda ilk tanım Bright tarafından yapılmıştır. 1836'da Bright, bir tanesi kolanjitisi sonucu sekonder olarak gelişen, diğeri ise pyleflebitisi sonucu pyojenik karaciğer abseli 2 hasta tarif etmiştir (6, 22, 51).

Antibiyotiklerin kullanılma başlanılmasından beri apandisit ve pyleflebitise bağlı sekonder pyojenik karaciğer absesi oranı çok azalmıştır. Ayrıca bu abselerin bakteriyolojilerinin anlaşılması, daha yeni anaerobik izolasyon tekniklerinin ortaya çıkmasıyla etiyo-

lojik faktörler daha iyi tanınmış, buna bağlı olarak da tedavide başarı oranı artmıştır. Geniş antibiotik kullanımı döneminden önce insidans 0.044 iken bugün 0.028'e düşmüştür (6, 10, 16, 22, 36, 38).

Pyojenik karaciğer abselerinin çoğu bilier veya intestinal traktüsün enfeksiyonu ile meydana gelir. Bu abselerin nedeni enfeksiyonun yayılma şekline bağlı olarak 6 guruba ayrılır:

1. Assendan bilier enfeksiyonlar
2. Portal ven; Apandisit ve divertikülitis nedeni ile oluşan pyleflebitise bağlı
3. Hepatik arter; Septisemi sonucu
4. Periton içi enfeksiyondan direkt yayılımla
5. Künt veya delici yaralanmaya bağlı hepatik travma sonucu
6. Kriptojenik; Abdominal eksplorasyon veya otopside sonra bile bulunamayan primer enfeksiyon kaynağı olduğunda.

Apandisit % 34 oranında absenin kaynağı iken antibiotiklerin kullanılmasıyla bu oran son yıllarda % 2'ye düşmüştür. Son zamanlarda en sık neden olarak ekstrahepatik safra yollarının taş veya karsinomuna bağlı kolanjitis gösterilmektedir (6, 11, 17, 18, 24, 33, 39, 45).

Portal ven sepsisi ile oluşan pyojenik abselerin en sık kaynağını divertikülitis, perfore ülser ve perfore karsinomlar oluşturur. Daha az oranda ise pankreatik, splenik, pelvik ve ischiorektal abseler sorumludur (25, 65, 67).

Kriptojenik abse insidansı % 20'dir. Kriptojenik abseler multifaktoryel kabul edilmektedir. Bu konudaki görüşlerin birisi; gram negatif bakteriyemi ile birlikte olan kronik aktif pyelonefrittir. Diğer görüş portal kanda anaerob organizmaların bulunmasıyla sekonder olarak enfekte olan karaciğerde enfarktüs veya intrahepatik tromboembolizmin sonucu kriptojenik abse gelişebileceği şeklindedir (4,25).

Pyojenik karaciğer abseleri 30-40 yaş arasında sık görülüp seks ayırımı gözetmez (14, 25, 26, 27, 33, 36, 37, 38).

Orta yaş gurubunda vücut direncinin azalması predispozan faktör olarak önemlidir. Geçen 20 yıl içerisinde yapılan araştırmalarda pyojenik abseli hastaların çoğunda başka bir malign hastalığın da birlikte bulunduğu görülmüştür. Benign ekstrahepatik tıkanma sonucu oluşan sarılığın immun cevabı değiştirdiği, bunun da bazı hastalarda predispozan faktör olabileceği düşünülmüştür (25, 45, 47).

Pyojenik karaciğer abselerinin % 65'i sağ lobda, % 12'si sol lobda, % 23'ü bilateral lokalizasyonludur. Karaciğerde abselerin sağ lobda yerleşme eğilimi portal yende mezenterik kan akımının yönüne bağlanmıştır. Septisemi sonucu gelişen abseler multipl olma eğilimindedir (25, 36, 38, 39, 46, 53, 57, 61, 65, 67).

Pyojenik karaciğer abselerinin ancak % 50'sinde pozitif kültür elde edilebilmiştir. Antibiotiklerden önce en sık üretilen mikroorganizma gram negatif aeroblardı. 1970'den sonra yapılan yayınlarda anaerobik karaciğer abselerinin görülme sıklığında artış saptandı.

Antibiotiklerin kullanılmaya başlanması, bakteriyolojik gelişmeler, izolasyon tekniklerindeki ilerlemeler bu değişikliğin nedenleridir (17,22,23).

Hastaların çoğunda abse birden fazla mikroorganizma ihtiva etmektedir. Coğunlukla E.Coli, karaciğer abselerinde en sık izole edilen ajan olmuştur. Diğer izole edilen bakteriler sırasıyla; Klebsiella, Enterobacter, Proteus ve Pseudomonastır. Gram pozitif aeroblar % 28 hastada izole edilmiştir. % 12-20 oranında aerobik streptokok ve stafilokok saptanmıştır. Çocuklarda pyojenik abseler genellikle gram pozitif organizmalarla özellikle Stafilokokus aureus tarafından meydana getirilir (5, 6, 20).

Pyojenik karaciğer abseli hastalarda ortalama prodromal dönem 2 haftadır. Bazı hastalar prodromal dönem hiç olmadan akut olarak septik şoka girerler. Ayrıca hastaların 1/3 'ünde bulgular orta şiddette ve 1 ay ile 1 yıl arasında prodromal döneme sahiptirler (6,7,10,14,22,26,30,39,47).

Makroskopik soliter abseli hastalar büyük olasılıkla kronik ağrısız tipte olabilir. Ateş olguların % 83'ünde görülür. Hastaların yarısından fazlasında karın sağ üst kadranda ağrı vardır. Hastaların 1/3'ünde bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı ve titreme gibi nonspesifik bulgular vardır (4,6,7,11,13,14,19,22,24,33,36,39, 65, 68).

Fizik bulgu olarak olguların % 50'sinde duyarlı, büyümüş karaciğer tespit edilir. % 30 olguda sarılık vardır. Solunum siste-

mi bulguları % 25 olguda bulunur. Splenomegali % 10, asit % 25 ve batında palpabl kitle % 25 olguda saptanır (7,14,19,22,39,65,68).

Pyojenik karaciğer absesinin teşhisi aldatılabilir. Ağrısız seyirde veya karındaki primer başka hastalık nedeniyle karaciğerdeki abseden uzaklaşılabilir. Teşhis yöntemleri şöyle sıralanabilir:

1. Laboratuvar bulguları: Sola kayan lökositoz en yaygın laboratuvar bulgusudur. Anemi % 50 olguda vardır. % 90 olguda alkalen fosfataz yükselir. Serum bilirubinlerinde yükselme % 39 oranındadır. Karaciğer fonksiyon testlerinde S.G.O.T. ve S.G.P.T. normaldir. Hipoalbuminemi % 60 olguda görülür. Hipoalbuminemi ile beraber hiperbilirubineminin bulunuşu kötü prognoza işaret eder. Bu 2 kritere ilave olarak polimorfonükleosis ve yükselmiş S.G.O.T. bulunuşu yüksek mortalite ile birlikte (39,51,56,61,65,68,70).

2. Radyolojik bulgular: Hastaların yarısından fazlasında posterior P-A akciğer grafilerinde anormal bulgu saptanır. Sağ diafragma yükselmesi ve sağ pleural effüzyon en yaygın bulgudur. Gaz üreten mikroorganizmaların oluşturduğu abselerde karaciğerde sıvı-gaz seviyeleri görülür. Mide, kolon, üriner sistemin kontrast çalışmalarını karaciğere komşu bu organların pozisyonlarını göstermekte veya enfeksiyon kaynağı için ipucu vermektedir (4,6,7,9,17,22,30,33,39,47).

3. Kolanjiografi: Pyojenik karaciğer abselerinin nedeni olarak kolanjitisin rolünün artmasından sonra kolanjiografi sıklıkla

kullanılmaya bağlanmıştır . İV kolanjiografi minimal anatomik bilgi sağlar. Endoskopik retrograd kolanjiografi (E.R.C.P.) anatomik ayrıntıların gösterebilir. Ayrıca abse boşluğunun sınırlarını tayin eder. Ancak süperatif kolanjitisi ve multipl karaciğer abseli hastalarda E.R.C.P. kontraendikedir (23,25).

Bilier etiyojili pyojenik karaciğer abseli olgularda en yararlı yöntem perkütanöz transhepatik kolanjiografidir (P.T.C.). PTC'nin en önemli rolü bilier sistemde yatan enfeksiyonu göstermesidir. PTC'de ERCP gibi artmış intrabilier basınçlı hastalarda septik tabloyu fazlalastırma gibi bir dezavantaja sahiptir. Bu nedenle bazı cerrahlar süperatif kolanjitisi hastalarda cerrahi dekompresyondan sonra sadece sınırlı operatif kolanjitisi tavsiye ederler (6,23).

4. Karaciğer sintigrafisi: Pyojenik karaciğer abselerinin teşhisinde 1960'dan beri karaciğer sintigrafisi kullanılmaya bağlanılmıştır. Karaciğer sintigrafisi karaciğer abselerinin erken teşhisini, lokalizasyonunu, hacmini, sayısını belirtebilir, ancak 2 cm'den küçük abseleri saptayamaz. Teknesyum sülfür-kolloid (Tc^{99m}), Gallium Sitrat (Ga 67), İndium lökosit (In 111) sintigrafileri karaciğer abseleri teşhisinde kullanılır. Tc^{99m} ve Ga 67 sintigrafileri karaciğer abselerinde % 88-90 müspet sonuç verir (6,9,17,19,48).

5. Ultrasonografi: Ultrason, 2 cm'den küçük karaciğer abselerini tespit edebildiği için, karaciğer sintigrafisi yerine kullanılmaya bağlanılmıştır. Ultrasonun ionize radyasyon gerektirmemesi, içi

sıvı dolu kitleden solid kitleyi ayırt etmesi gibi avantajları vardır. Bunun yanında karaciğer kubbesini kolayca görüntüleyemediğinden bu alandaki lezyonları atlaması, assendan kolanjitisle birlikte bulunan multipl mikroskopik abseleri değerlendirememesi ve yağ infiltrasyonları ile abseleri karıştırabilmesi gibi dezavantajları da vardır. Bu dezavantajlarının yanında abseyi tümörden ayırt edebilmesi ve aspirasyon gerektiğinde kılavuzluk yapması gibi üstünlükleri dolayısıyla uygun teşhis aracıdır (17,39,56,65,68).

6. Computerize Tomografi: Computerize tomografi, 2 cm'den küçük lezyonları saptayabildiği gibi, abseyi yağ infiltrasyonundan da ayırt edebilir (12).

7. Anjiografi: Selektif karaciğer arteriografisi, splenoportografi, inferior vena cava grafi, transumbilikal hepatografi gibi çeşitli anjiografi şekilleri intrahepatik abselerde kullanılmıştır. Arteriografi invaziv bir işlem olduğundan computerize tomografi gibi diğer metodlardan sonuç alınamazsa son yöntem olarak uygulanmalıdır (49).

Pyojenik karaciğer abseleri için 3 önemli komplikasyon bildirilmiştir: Pulmoner veya pleural komplikasyonlar, septisemi, subfrenik veya subhepatik abseler. Peritoneal boşluğa perforasyon olduğunda mortalitesi yükselir (25,39,51,56,61,64,65,68).

Kesin teşhisi konulamayıp uygun tedavisi yapılamayan pyojenik abselerin mortalitesi yüksektir. Başlıca tedavi uygun antibiyotik

kullanımı ile birlikte seçilmiş vak'alarda cerrahi drenajdır. Drenaj, özellikle soliter abseler veya geniş multipl abselerde endikedir (5,6,7,13,22,33,36,38).

a) Antibiyotikler: Pyojenik karaciğer abseli hastaların büyük çoğunluğunda ateş vardır ve kan kültürleri pozitifdir. Bu nedenle erken antibiyotik tedavisi çok önemlidir. Kültürde elde edilen organizmalar sıklığına göre; gram negatif aeroblar % 65, Streptokoklar % 20, Anaeroblar % 15 oranında üretilir. En yaygın kültüre edilen anaeroblar ise Bakteroides % 10, Klostridia % 3'dür (25).

Spesifik bakteri elde edilip antibiogram yapılincaya kadar geniş spektrumlu antibiyotik vermek gerekir. Bir aminoglikosid ile penicillin kombinasyonuna Bakteroides fragilise karşı bir ajanın ilavesi en uygun tedaviyi sağlar. Penicillin türevlerinden Carbenicillin, Mezlocillin, Pipierocillin ve Ticarcillin kullanılabilir. Hastada penicillin allerjisi varsa aminoglikosid türevi ile Metranidasole kombinasyonu geniş etki sağlar (26,33,41,46,48,58,68,69,70). İkinci veya üçüncü jenerasyon Cephalosporinler enterokoklar hariç diğer patojenlere mükemmel etki sağlar (16). Renal hastalar için başlangıç antibiyotik olarak Kloramfenikol kullanılmalıdır. Multipl abseli hastalarda antibiyotik süresi 4-6 hafta olmalıdır. Buna karşılık yeterli şekilde drene edilen soliter abseli hastalarda antibiyotik kullanım süresi daha kısa olabilir (26,33).

b) Kapalı aspirasyon: Çok dikkatli seçilmiş, genç, sağlıklı, intraabdominal bir enfeksiyon kaynağı olmayan hastalarda kapalı aspirasyon ve antibiotiklerin başarılı olduğu ileri sürülmüştür (10, 16,47,49).

c) Perkütaneus Drenajlar: Abse, ultrason veya computerize tomografi altında perkütan olarak drene edilir. Bu metodla başarı oranı % 80'e ulaşan çalışmalar bildirilmiştir. Karaciğer abselerinin kesin lokalizasyonu ile abseden tümörü ayırmak için ince iğne ile perkütanöz drenaj minimal sızıntı ve peritonit riskine rağmen çoğu vak'ada başarı ile uygulanmıştır. Perkütanöz drenaj, ameliyatı kaldıramayacak kadar genel durumu bozuk hastalara veya cerrahi girişimi reddeden pyojenik abseli hastalara son çare olarak uygulanır. Perkütanöz drenaj uygulanmasının kontraendike olduğu haller şunlardır (30) : Multipl abseler, altta bilier patoloji bulunup cerrahi gerektirenler, intraabdominal abse ile birlikte olanlar, assit bulunanlar (9,19,20,30,34,48,65).

d) Ekstraperitoneal cerrahi drenaj: Antibiotiklerden önceki dönemde hepatik abselerin drenaja için ekstra seröz yaklaşım; transperitoneal veya transpleural girişimlerde pleural veya peritoneal boşluğa kontaminasyon korkusu nedeni ile tavsiye edilirdi. Ekstraseröz drenaj için en iyi yöntem; absenin pozisyonunu tespit ederek uygulamaktır. Anterior abseler subkostal kesiden drene edilir. Sağ lobda posterior karaciğer abseleri 12 inci kodun yatağın-

dan arka retroperitoneal insizyon yapılarak drene edilirdi. Çoğu hepatic abselerde bu insizyondan ulaşılabilmesine rağmen sağ lob kabbesinde, yüksek pozisyondaki abselerde anterior veya posterior yaklaşım çok uzak olabilir. Drenaj için abseye kısa yoldan yaklaşım prensip olduğundan, bu yüksek yerleşimli lezyonlar için transpleural girişim tarif edilmiştir (67). Bu girişimde; pleural boşluk ya pleurayı diafragmadan disseke ederek veya pleurayı insize edip diafragmayı insizyona tespit ederek korunabilir. Bu ekstraperitoneal veya transpleural metodlar etiyojisi iyi bilinen ve yeterli tedavi edilmiş olan soliter abseli hastalar için çok uygundur. Ancak bu 2 kriteri taşıyan hasta sayısı çok azdır.

Ekstraperitoneal cerrahi drenajın dezavantajı; tüm karaciğerin eksplorasyonunun yeterli yapılamaması ve intraabdominal enfeksiyon kaynağının görülebilmesine imkan sağlamamasıdır (25,58).

e) Transperitoneal cerrahi drenaj: Bugün otörler pyojenik karaciğer abselerinin tedavisinde sistemik antibiyotikle birlikte en iyi cerrahi girişim olarak transperitoneal drenajı savunuyor (4,7, 9,11,12,17,22,25,33,36,38,39,51,54,56,65,68).

Transperitoneal drenaj; tüm karaciğerin en iyi eksplorasyonunu, drene edilecek en iyi yeri saptamayı ve multipl abselerin lokalizasyonlarını tespit etme olanağını verir. Ek olarak sepsis kaynağı bilinmeyen olgularda primer enfeksiyon kaynağını bulmak için tüm karın eksplorasyonuna imkan sağlar. Ayrıca endikasyon varsa operatif

kolanjiografi koledok eksplorasyonu ve drenajı uygulanabilir. Son yıllarda çoğu yazar pyojenik abse kuşkulandıkları hastalarda tedavi seçimi olarak abdominal eksplorasyonu düşünürler. Her ameliyatta olduğu gibi karaciğer absesinin drenajından önce tüm karının titizlikle eksplorasyonu zorunludur. Bilier orijinli multipl abselerde, akut süperatif kolanjitisi hastalarda koledok eksplorasyonu gereklidir. Bu hastaların çoğunda yeterli safra drenajı sağlamayan koledokotomisizkolesistektomi yerine koledokotomi + T drenajı gerekli görülmüştür. Bilier kaynaklı multipl karaciğer abseleri olan hastalar için en iyi tedavi biçimi cerrahi eksplorasyonla koledokotomi + T drenajı olmalıdır. Olguların büyük çoğunda preoperatif computerize tomografi veya ultrasonografi yapılmalıdır. Bu işlem cerraha abse lokalizasyonunu tespit etmede büyük yarar sağlar. İğne aspirasyonu yapıp alınan abse materyali anaerob kültür ortamına konulur, ayrıca bu materyal gram boyası ile boyanıp amip bakılmalıdır (25).

Multipl mikroskopik abseli hastalar için karaciğer drenajı gerekli değildir, fakat bu hastalarda bilier veya intraabdominal enfeksiyon odağı dikkatlice aranır. Antibiyotik enfüzyonu için umbilikal ven kateterizasyonu düşünülebilir (4,6,56,60,64).

Sıklıkla, multipl makroskopik abselerin bulunduğu durumlarda enfeksiyonu kontrol altına alabilmek için nekrotik hepatik doku debridmanı gerekebilir. Bazı durumlarda nadir de olsa multipl hepatik abseleri kontrol etmenin tek yolu hepatik rezeksiyondur. Bu tür tedavi genelde yalnız bir loba ait ve uzun süreli bilier obstruksiyon-

lı hastalar için uygulanmalıdır. Zira bu hastalarda daha önceki intrahepatik enfeksiyonun çeşitli girişimlerle örneğin bilier drenaj gibi tedavisi başarılı olmamıştır. Bu seçilmiş guruplarda hepatik rezeksiyon tek tedavi yöntemidir. Hepatik rezeksiyon için diğer bir endikasyon nadiren de olsa abse drenajı sonrası hemobiliadır (42).

Pyojenik karaciğer abseleri için mortalite oranı 1950-1980 yılları arasında % 24-88 olarak bildirilmiştir (57). Bu geniş varyasyon, çeşitli serilerdeki multipl abseler, bilier orijinli abseler, genel sepsis sonrası gelişen sekonder abseler ve anaerobik abselerin relatif yüzdesindeki farklılıklar ile açıklanabilir. Multipl abseler ile bilier orijinli abselerin yüksek oranda olduğu serilerde mortalite oranının yüksek olduğu bildirilmektedir. Ayrıca genel sepsise bağlı ve genellikle başka organdaki enfeksiyondan orijinli multipl mikroskopik abselerin bulunduğu serilerde de mortalite yüksektir.

Büyük bir çoğunluğu soliter anaerobik abse ihtiva eden serilerde çok daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir. Multipl hepatik abselerde mortalite oranı eskiden olduğu gibi günümüzde de yüksek olmaya devam etmektedir. Mortalite bir çok faktörle ilişkilidir; Yaşlılık mortalite ile doğru orantılıdır. Sarılık ve artmış transaminaz seviyeli ciddi disfonksiyonlu hastalarda prognoz kötüdür. Hipalbuminemi ve bakteremi de mortalite ile direkt ilişkilidir. Hemobilia, periton içerisine, pleura içerisine veya perikardiuma açılan abselerde prognoz kötüdür. Mortalitenin yüksek olmasının nedenleri göyle sıralanabilir (64); anamneze dikkat etmemek ve dikkatli

fizik muayene yapmamak, küçük intrahepatik lezyonların gözden kaçması, yetersiz cerrahi tedavi, enfeksiyon odağının kontrol altına alınmayışı, abse ile aynı zamanda gelişen malign hastalıkların ilave olması.

Tek abseli sağlıklı hastalarda prognoz iyidir. 1950-1984 yılları arasında toplanan hasta serilerinde mortalite % 27 bulunmuştur (33).

Amipli karaciğer abseleri

Pyojenik karaciğer abselerinin tanınması Hipocrates'e dayanmasına rağmen amibik karaciğer abselerinin tanınması, 19 uncu yüzyılı bulmuştur. 1890'lara doğru Sir William Osler aynı hastanın hem gaitasında hem de karaciğer absesinde amibi gösterdi. 1922'de Sir Leonard Rogers amibik karaciğer absesinin duvarında ve abse materyali içerisinde amibi gösterdi. Keza drene ettiği bu absede pyojenik organizma olmadığını bildirdi (1,60,62).

Amibiazis, tüm dünyada kötü hijyenik şartlara sahip bölgeler ile tropikal ve subtropikal iklim kuşaklarında yüksek insidansa sahiptir. Amibiazis insidansı güney illerimizde daha fazla olmak üzere % 1.2-17.2 arasındadır (40).

Amibik karaciğer abselerinin sık görüldüğü yaş gurubu yoktur. Ortalama yaş 30 civarındadır (65). Erkek/Kadın oranı 10/1 'dir. Amibik karaciğer abseleri ırk gözetmez (25).

E.hystolitica kistleri vücuda kontamine su ile daha fazla olmak üzere enfekte materyalin oral yolla alınmasıyla girer. Bu nedenle hijyenik standartlar hastalığın yayılmasının kontrolünde önemli rol oynar.

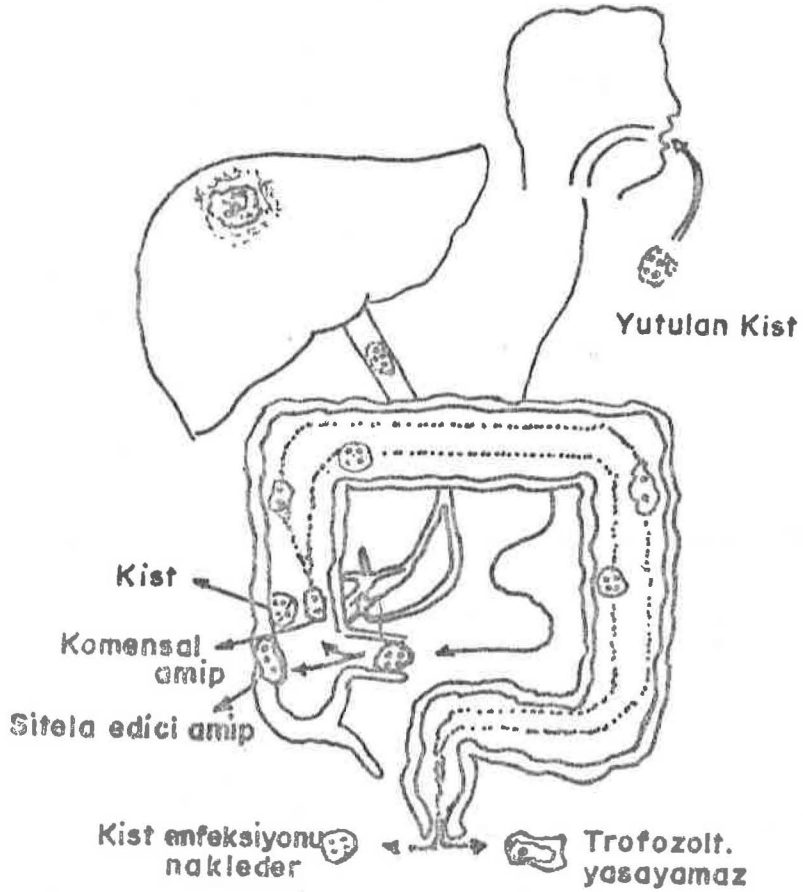
E.hystolitica'nın olgun kistleri 10-20 mikron çapındadır. Kist aside rezistandır. Kuru ortama dayanıklıdır. Su ve yiyeceklerle alındıktan sonra kist değişmeden mideden barsağa geçer. Rezistan kist duvarı tripsin tarafından sindirilir. 4 invaziv trofozoit ağıza çıkar. Trofozoitler kalın barsak lümeninde özellikle caecumda yaşar, çoğalır. Trofozoitler, çapı 10-20 mikron olan küçük şekil ve çapı 20-60 mikron olan geniş şekil olmak üzere 2 tiptir. Geniş trofozoitler invaziv amibiiasisde mevcuttur. Sitoplasmalarında fagozite edilmiş eritrositleri içerir. Trofozoitler distal kolona geçerek yuvarlak ve oval hale değişebilir. Rezistan kist olarak feçesten atılır. Portörler primer enfeksiyon kaynağıdır (25,39,52,56,60).

E.hystolitica dokulara yayılmadan önce küçük formlarda kalın barsak lümeninde yaşar. Dokuya yayılırsa trofozoitler eritrositleri sindirir ve büyümeye başlar. Bu hematofagos, trofozoitlerin gaitada gösterilmesi parazitin yayılmaya başladığının en iyi kanıtıdır. Caecum muayene edildiğinde trofozoitlerin mukozaya yerleştiği yerlerde küçük ülserasyonlar görülür. Daha sonra invazyon, hemoraji, perforasyon, bir enterokolik veya kutaneus fistül, amebik apandisit veya bir ameboma ile sonuçlanır. Aynı zamanda trofozoitler mezenter venlere veya lenfatiklere gerebilir. Karaciğer, akciğer, diğer organlara ta-

şınabilir. Barsak dışı kolonizasyonun en sık yeri karaciğerdir (Şekil 1). Amipler karaciğere 3 yolla ulaşır;

1. Portal ven
2. Lenfatikler
3. Peritona kolonduvarından direkt yayılma

Birçok yazar portal ven şakında hemfikirdir (1,8,17,25).



Şekil 1: Amib trofozoitinin karaciğere yerleşmesi

Eğer trofozoitler karaciğere yeterli sayıda girerse küçük venler uzunlaşmaya başlar ve hepatic parankimada trombozis ve infarktüsler meydana gelir. Karaciğerin yıkımı, amibin sitolitik aktivitesinden meydana gelir. Bu erken safhaya amib hepatiti denir. Hastalar çoğunlukla bu safhada müracaat etmediklerinden amib hepatitinin patolojisi yeteri kadar aydınlık değildir (9,17,34,39,40). Amibli karaciğer absesinin gelişmesi, muhtemelen karaciğer parankimasının amibik sitolitik yıkımı ve küçük alanların nekrozisinden olur. Amib absesi içinde bulunan sıvı çikolata rengindedir ve steril olup çikolata sosu, şarap tortusu, ezilmiş çilek diye de isimlendirilir (25,39). Amibik trofozoitler amib absesinin içinde nadir bulunur, fakat karakteristik olarak dış abse duvarına komşu nekrotik doku bölgesinde bulunur. Trofozoitlerin gösterilmesi absenin erken safhasında rahat olur. Amibik absede lökositik infiltrasyon ve inflamatuvar cevap yoktur. Abse kavitesinin çapı 1-25 cm arasındadır. Tedavi edilmemişse komşu organlara, peritoneuma, pleural boşluğa, akciğere veya pericardiuma rüptür olur (1,8,9,17,18,24,28,34,35,40,42,59,62,65).

Amibli karaciğer abselerinin çoğu soliter olup % 70-85 sağ loba lokalizedir. Abselerin sağ lobdaki hakimiyeti portal vendeki kan akımı ile açıklanabilir. Amibiazis en sık çıkan kolonu etkiler. Sağ kolondan drene olan V. Mesenterica Sup. sağ loba girer (25,34,35,37,39,52,60,62,63,65).

Amibli karaciğer abseleri ya akut inflamatuvar hastalık gibi veya malign hastalığın kronik ağrısız dönemi gibi bulunabilir.

% 60 olguda prodromal dönem 2 haftadan azdır (25). Amibli karaciğer abselerinin en önemli şikayetleri genellikle sağ üst kadranda lokalize ağrıdır. Ağrı ayrıca epigastriuma lokalize olabilir, genel olabilir, pleuratik olabilir. Ateş, olguların 3/4 'ünde varken, titreme % 20'sinde görülür. Bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı % 30-40 oranındadır. İshal % 20 olguda görülür (1,9,17,24,25,39,40,42).

Fizik muayenede; % 75-85 oranında hepatomegali ve karaciğerde duyarlılık saptanır. Sarılık % 35 oranındadır. Akciğer muayenesinde; raller, konsolidasyon belirtileri, effüzyon veya yükselmiş sağ diafragma bulgusu % 50 oranındadır. % 15 oranında batında palpe edilebilen kitle saptanır (25,39,40,65).

Özetlenirse; fizik muayenede amibli karaciğer abselerindeki ağrı, ishal, hepatomegali, karaciğer hassasiyeti abseli hastalardan daha fazladır. Ateş her iki tip absede varken, titremeyele birlikte yüksek pik yapan ateş daha ziyade pyojenik abselerde görülür. Amibli karaciğer abselerinde sekonder enfeksiyon gelişirse ateş çok yükselir (19).

Klinikte iki tip absenin birbirinden ayırt edilmesi güçtür. Ayrıca her iki tip abse çeşitli neoplastik hepatik lezyonlarla karıştırılabilir. Birkaç serolojik test amibik abse tanısına yardımcı olur. Gaitada *E.lystolitica*'nın gösterilmesi sadece barsak amibiazisinin kesin kanıtını verir (9).

a. Gaita muayenesi: Amibli karaciğer abselerinde hastaların gaitalarında amib trofozoit ve kistlerinin görülme sıklığı % 15-50 arasındadır (18,52). Bu değişik oranlar E.hystolitica kist ve trofozoitlerinin ayırımına, örneklerin dikkatlice araştırılmasına, tecrübeyle, karışmış olduğu yabancı maddelerden ayırd edilebilmesine bağlıdır. Kist tespiti için birkaç gaita muayenesi gerekir. Tamponlanmış metilen mavisi, trikrome ve iodin gibi baz boyalar amib teşhisinde yardımcıdır (62).

b. Serolojik testler: Amibiazis için birçok serolojik test geliştirilmiştir. Bu testlerin bazıları; İndirekt hemagglutination, jel diffüzyon precipitin, kompleman fiksasyon, lateks agglutination, counter current immune electrophoretic agglutination, sellüloz asetat precipitin ve enzim bağlı immünosorbent assay (ELİSA) dır (25, 29,32,34,55). Bu testlerden elde edilen titrelerle enfeksiyonun şiddeti arasında çok küçük bağlantı vardır. Eğer pozitiflik varsa, bu testler şimdiki veya önceki amib enfeksiyonunugösterir. Bu sebeple bu testler endemik bölgelerin dışında yararlıdır. İndirekt hemagglutination ve jel diffüzyon precipitin en sık kullanılan testlerdir. Amib abselerinde % 95'inde indirekt hemagglutination 1/128 ve daha yüksek titrede pozitifdir. % 94 oranında jel diffüzyon precipitin pozitifdir. İnvaziv amibiazisi izleyen uzun yıllar indirekt hemagglutination testi pozitif kalır. Hastaların 2/3'ünde jel diffüzyon precipitin testi 6 ayda negatifleşir (29,32). ELİSA testinin ileri-ki yıllarda gelişmesi abse materyalinde amibik antijenin saptanmasını

sağlayabilir (55).

c. Laboratuvar Bulguları: Kan ve karaciğer fonksiyon testinin sonuçları amib absesi ile pyojen absede birbirine yakındır. Amibli karaciğer abseli hastaların % 70'inde $20000 / \text{mm}^3$ üzerinde lökositoz vardır. Eozinofili nadirdir. Anemi sık görülür. % 50 olguda Alkalen fosfataz artar. % 35-45 olguda SGOT ve SGPT orta derecede artar. Amibli abselerde iltihabi reaksiyonun olmayışı ve lokalizasyonun yapısı nedeniyle transaminazlarda yüksek artış nadirdir. Hiperbilirubinemi görülme sıklığı % 5-30 arasındadır (1,8,18,19,39,40,52,56,60).

d. Radyolojik bulgular: Amibli karaciğer hastalarının 2/3'ünde anormal akciğer grafisi vardır. Bu hastalarda en yaygın bulgu sağ diafragma yükselmesidir. Sağ diafragmada hörgüç şeklinde bir görünüm tipiktir. Diafragma skopisi de çoğu hastada diafragmanın hareketliliğini gösterir. Diğer akciğer bulguları ise sağ pleural effüzyon, sağ alt lob infiltrasyonu ve hepatomegalidir. Baryumlu grafiler hepatomegali nedeniyle itilen mide ve kolonu gösterir (63,65).

e. Karaciğer sintigrafisi: Karaciğer sintigrafisi 2 cm'den büyük amibli abseleri gösterir. Teğhis için yapılan sintigrafisi % 87 oranında absenin doğru teğhisini koymuştur. Sintigrafinin bir avantajı da abse lokalizasyonunu ve sayısını da tam olarak saptayabilmesidir. Sintigrafisi, medikal tedavi edilen amib abseli hastalarda, hastanın gidişini izlemek için de uygun bir yöntemdir. Sırasıyla

I^{131} Human serum albumin, kolloid altın (Au^{198}), I^{131} rozebengal, technesyum sülfür kolloid (Tc^{99m}), gallium sitrat (Ga^{67}) ve induim-la (In^{111}) işaretlenmiş akyuvarlak gibi radyonükleitlerin biri amib abselerinin teşhisinde kullanılmıştır. Şimdi Tc^{99m} ve Ga^{67} ile yapılanları en yaygın kullanılan sintigrafilerdir (17,25,34,56,60,62,65).

f. Ultrason: Birçok yazar ultrason'un abse teşhisinde kesin sonuç verdiğini bildirdiler. Ultrason, absenin lokalizasyonunu, hacmini, sayısını saptayabilir. Perkütanöz aspirasyona kılavuz olabilir. İnvaziv, hızlı, ucuz olduğu için özellikle medikal tedavi edilen hastaların takibinde ultrason idealdir (2).

g. Computerize tomografi ve arteriografi: Amibli karaciğer abseli hastaların çoğuna ultrasonla tetkik yapılırken azınlıkta bir kısmına tomografi ve arteriografi yapılmaktadır. Tomografinin ultrasona avantajı küçük lezyonları da saptayabilmesidir. Tomografi pahalı olduğu için ultrasonun saptayamadığı amib absesi düşünülen olgularda kullanılır.

Selektif hepatik arteriografi nonvasküler, yer kaplayan lezyonu karakteristik şekilde gösterir. Anjiografi pahalı oluşu ve invaziv oluşundan dolayı ultrason kadar sıklıkla kullanılmaz (17,25,60,62).

h. Aspirasyon: Bir karaciğer absesini aspire etmenin 2 amacı vardır; tanıyı koymak ve büyük abselerin rüptür ihtimalini azaltmak. Serolojik testlere, gaita tetkikine rağmen veya amibik absenin bak-

teriyel süper enfeksiyonu durumunda kesin teşhis konulamadığında diagnostik aspirasyon endikedir. Amib kavitelerinden trofozoitlerin gösterilmesi % 30-38 olguda mümkün olmuştur. Amib daima gösterilemediği için sıvı analizi dikkatlice yapılmalıdır. Gerçek amib abses muhtevası aerob ve anaerob bakteri bakımından steril olmalıdır. Abses sıvısı, superenfeksiyon eklenmediği müddetçe kokusuzdur (48,50).

Amibli karaciğer abselerinde komplikasyon insidansı % 20-35 arasındadır. Amibli abselerde gelişen komplikasyonların çoğu komşu organlara veya başka bir organa absenin rüptürüne bağlıdır (9,17, 19,25,28,39,40).

1. Pleuropulmoner komplikasyonlar: Amibli karaciğer abselerinin en yaygın komplikasyonları pleuropulmoner komplikasyonlardır. Pleural effüzyon % 15, ampiyem % 7, diafragma penetrasyonu %5, pneumoni % 4.5 , akciğer absesi % 1.5'dur (17).

Bu hastaların tedavisi pleural ve pulmoner sonuçların niteliğine göre değişir. Bununla birlikte amibli karaciğer absesi sonucu gelişen ampiyemli 31 hastanın tedavi sonuçlarının analizinde Dala-segaram ve ark. (1974), kalın bir membranın hızla gelişmesi nedeniyle çoğu hastalarında kapalı thorax drenajının yeterli olmadığını, bu hastalara dekortikasyon ve torakotominin daha faydalı olacağını bildirdi. Transüdatif pleural effüzyon veya pneumoni cerrahi girişimi gerektirmez.

2. Peritoneuma rüptür: Üç klinik tipte görülür. Genel peritonitin hakim olduğu tip, lokal peritonitin hakim olduğu tip, perito-

nitsiz ağırlı tip (3,8).

İntraperitoneal rüptürün en fazla görülme sıklığı % 30 tespit edilmiştir. Tedavide cerrahi drenaj + metranidazole kullanılması tavsiye edilmiştir. Amib absesinin intestinal traktüse veya karın duvarına erozyonu nadir bir komplikasyondur (% 0.1). Karın veya yan taraf derisine doğru erozyon seyrek görülür (% 0.6).

3. Perikarda rüptür : Sol lob abselerinin bir komplikasyonu olan perikardiuma rüptür % 0.5-1.9 oranında görülür. Perikardiuma rüptür kendisini üç ayrı tabloyla belli eder; hepatik bulguların ön planda olduğu tip, kardiak bulguların ön planda olduğu tip, çok bulgularının ön planda olduğu tip (28).

4. Diğer komplikasyonlar: Sekonder enfeksiyon % 18, karaciğer yetersizliği % 3, bakteriyemi % 2.5, hemobilia % 0.5, beyin absesi % 0.1 (3,8,18,42). Çoğu amib absesi büyük hacimde bile olsa karaciğer yetersizliği nadirdir.

Uzun yıllar amibli karaciğer abselerinde tedavi; amibisit ilaçlar, kapalı aspirasyon, perkütanöz drenaj ve cerrahi drenaj olarak yapılmıştır. Bütün yazarlar amibisidal ilaçta hemfikir olmalarına rağmen, drenaj seçiminde farklılık göstermektedirler (1,8,18,20,24,28,34,40,48,52,60,62).

a. Amibisidal ilaçlar: Uzun yıllar Emetin amibli karaciğer abseli hastaların etkin tek ilacı olarak kullanılmıştır. Emetin ve Dehidroemetin kardiyotoksik olup kalb hastalığı olanlarda kaçınılmalı veya çok titiz kullanılmalıdır.

İntestinal amibiazise karşı 1948'den beri Chloroquin kullanılmaya başlandı. 20 yıl süreyle amib abse tedavisinde Emetin + Chloroquin kombine edildi (15). Chloroquin oral alınıp az toksik olmasıyla avantajlara sahiptir. Emetin + Chloroquin 'in etkisi % 90 olarak verilmiştir. Emetin ve Chloroquin intestinal amibiazisi temizleyemediğinden Tetrasiklin, Karbazon, Diloksamidfumoad gibi bir ilaçla kombine edilmelidir. 1966'da Howel ve ark., Metranidazole'e başladılar. İzleyen yıllarda 5 gün 400 mg - 2.4 gr/gün dozlarında tedavi ettikleri 100 hastada % 100 başarı bildirdiler. Bu ilk bildirimler Metranidazole'ün çok etkili, güvenilir, az toksik olduğunu belirtmesine rağmen son çalışmalarda iddia edildiği kadar etkili olmadığı saptanmıştır (15,41,43,56,62,69). İV Metranidazole'ün kullanılması ayrıca rektal yoldan da Metranidazole'ün kullanılabilmesi büyük avantajdır (43). Tinidaz ve Niridazol gibi yeni ajanların uzak sonuçları karandır.

b. Kapalı aspirasyon : Amibli karaciğer absesi tedavisinde kapalı iğne aspirasyonu ile tedaviye yazarların çoğu karşı çıkmaktadır. Bir gurup yazar kapalı aspirasyon endikasyonlarını şöyle sıralarlar (48); Yeterli medikal tedaviye rağmen dirençli olguların bulunması, absenin lokalizasyonu ve hacminden dolayı rüptürden korkulması, pyojenik veya bakterilerle sekonder olarak enfekte olacak abse şüphesi, ilk aspirasyonda 250 ml 'den fazla cerahat elde edilen büyük bir absenin varlığı. Tomografi veya Ultrasonun kılavuzluğunda kapalı aspirasyon yapılabilir. Kapalı aspirasyonun bir dezavantajı bakteriyel süperenfeksiyon riskini arttırmasıdır. Kapalı aspirasyon özellikle

sol lobda bulunan, perikardiuma penetre olabilecek ve konservatif tedaviye cevap alınamayan hastalara ve çok büyük abselere son çare olarak kullanılmalıdır (43,50).

c. Perkütanöz drenaj: Amibli karaciğer abselerinde henüz yeterli cazibeyi bulamamıştır. Burada şu faktörler etkilidir; bakteriyel süperenfeksiyon korkusu ve kapalı iğne aspirasyonu ile veya aspirasyonsuz amibisidal tedavi ile çoğu hastalarda cevap alınmasıdır (20,21,49).

d. Cerrahi drenaj : Amibli karaciğer abseli çoğu hastada amibisidal ilaç ve kapalı iğne aspirasyonu kombinasyonu ile veya sadece amibisidal ilaçtan olumlu sonuç alınırken komplike hastalarda en uygun tedavi yolu açık cerrahi drenaj olmuştur (8,19,24,25,28,34). Absenin peritone perfore olduğu durumlarda cerrahi drenaj kesin endikedir. Öte yandan pleuropulmoner komplikasyonlarda veya perikardiuma rüptür durumlarında cerrahi drenajın kesin endikasyonu olduğu konusunda fikir birliği yoktur. Amibik perikarditli hastalarda çok iyi sonuçlar bildi en ve büyük tecrübeleri olan Adams ve MacLeod cerrahi drenaj önermezler. Ancak perikardium ve karaciğer absesinin iğne aspirasyonunu tercih ederler (3,28).

Cerrahi drenaj endikasyonları için farklı görüşler vardır ve bu farklılık cerrahi drenaj gerektiren hastaların yüzdelerinin farklı olmasına yol açar.

Eggleston ve ark. (1978) tarafından Hindistan'da yapılan bildirilerinde açık cerrahi drenaj endikasyonlarını şöyle sıralamışlardır (19); Rüptür veya rüptüre yakın abse, medikal tedaviye cevapda

başarısızlık, sol lobun yetersiz aspirasyonu. Yüksek riskli hasta guruplarında mortaliteyi % 34 bulmuştur.

Amibik abselerde prognoz pyojenik abselere göre daha iyidir. Amibli karaciğer abselerinin prognozunu etkileyen faktörler; sarılık, yaşlılık, periton veya perikardiuma rüptür gibi komplikasyonlar sayılabilir.

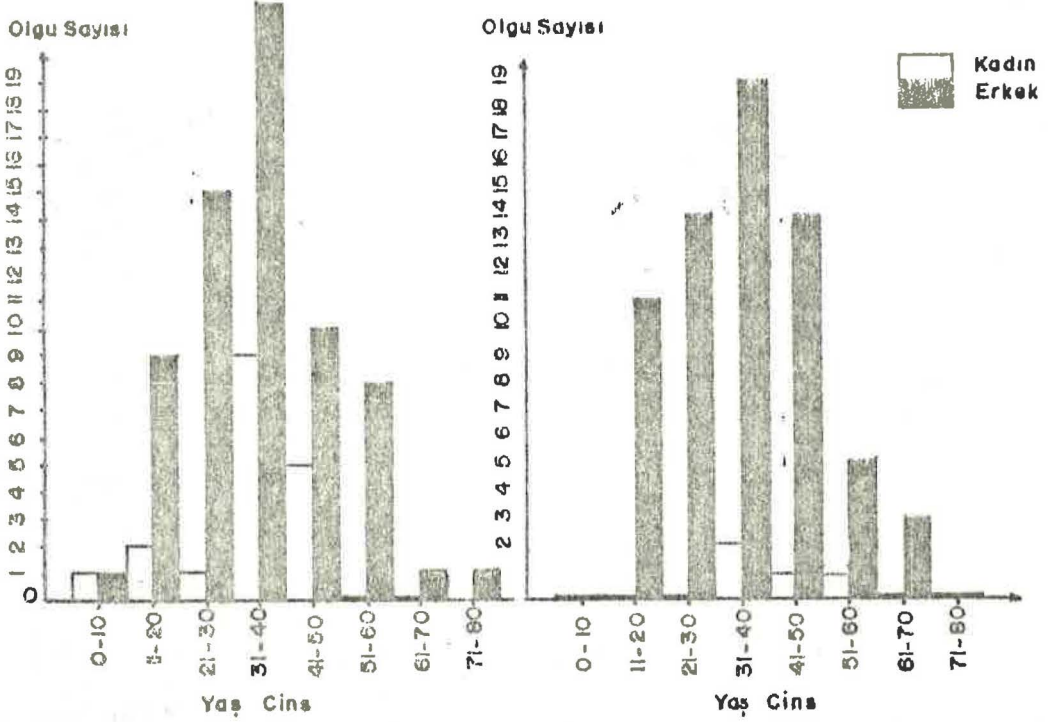
M A T E R Y A L V E M E T O D

Bu araştırma 1.1.1970 - 1.1.1985 yılları arasında D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı'nda tedavi edilmiş 85 pyojenik ve 70 amibli karaciğer abseli 155 olgu üzerinde yapılmıştır.

Hastalarımızın yaş, cins, hastalık süresi, etiyoloji, klinik ve laboratuvar bulguları, ameliyat bulguları, abse komplikasyonları, tedavileri, morbidite ve mortaliteleri incelenmiştir.

Pyojenik karaciğer abseli olgularımızda yaş 3-80 arasında ve yaş ortalaması 34.2 iken amibli karaciğer abseli olgularımızda yaş 15-65 arasında olup, ortalama yaş 31.4 'dür.

Pyojenik abseli olgularımızın 18'i (% 21.1) kadın, 67'si (% 78.9) erkek olup kadın/erkek oranı 1/3.7, amibli karaciğer abseli olgularımızın 4'ü (% 5.7) kadın, 66'sı (% 94.3) erkek olup kadın/erkek oranı 1/16 'dır. Hastalarımızın yaş ve cins dağılımı aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.



Tablo 1: Pyojenik abselerde yaş ve cins dağılımı

Tablo 2: Amib abselerinde yaş ve cins dağılımı

Pyojenik abselli olgularımızın hastaneye müracaat edinceye kadar geçen süre en kısa 4 gün, en uzun 7 yıl olup ortalama süre 4.6 aydır. Amibli abselerin bulunduğu olgularımızın ise hastaneye gelinceye kadar geçen süreleri en erken 2 gün, en geç 3 yıl olup ortalama süre 63.5 gündür.

Hastalarımızda sağ üst kadrın bölgesinde ağrı, 37.5 - 39 c ateş en çok tespit edilen klinik belirtilerdir. Daha az oranda ise bulantı, kusma, zayıflık, subikter ve ikter, kanlı ve kansız ishal,

öksürük gibi klinik bulgular vardır. Fizik muayene bulgusu olarak en sık hepatomegali, karın sağ üst bölgesinde hassasiyet bulunurken daha az oranda assit, karında yaygın hassasiyet tespit edilmiştir. Olgularımızdaki klinik ve fizik muayene bulguları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Bulgular	Olgu sayısı	Oran (%)
Klinik Bulgu		
Ağrı	85	100.0
Ateş	66	77.6
Bulantı ve kusma	37	43.5
Zayıflama	34	40.0
İkter-Subikter	27	31.7
Öksürük	13	15.2
İshal (Kanlı-kansız)	3	3.5
Fizik muayene bulguları		
Hepatomegali	65	76.4
Assit	4	4.7
Karında yaygın hassasiyet	-	-
Karın sağ üst bölgede hassasiyet	-	-

Tablo 3: Pyojenik abse materyalimizdeki klinik ve fizik muayene bulgularına

Bulgular	Olgu sayısı	Oran (%)
Klinik Bulgu		
Ağrı	69	98.5
Ateş	52	74.2
Zayıflama	29	41.4
Dulanti-kusma	27	38.5
İkter-Subikter	24	34.2
İshal (Kanlı-kansız)	14	20.0
Öksürük	13	18.5
Fizik Muayene Bulguları		
Hepatomegali	49	70.0
Karın sağ üst bölgesinde hassasiyet	28	40.0
Karında yaygın hassasiyet	12	17.1
Assit	2	2.8

Tablo 4: Amibli abse materyalimizdeki klinik ve fizik muayene bulguları

Pyojenik karaciğer abseli 85 olgunun 5'inde (% 5.8) karaciğerde abse olmasında rolü bulunan bir enfeksiyon odağı, 1'inde (% 1.1) duktus hepatikus karsinoması tespit edilmiştir. Enfeksiyon odaklarınının 2'si (% 2.3) kronik kolesistit, 2'si (% 2.3) akut apandisit, 1'i (% 1.1) perinefritik abse idi. Geriye kalan 79 (% 92.9) pyojenik abseli olguda abse oluşunda rolü olan bir faktör bulunamamıştır. Yani kriptojenik abselerdir.

Materyalimiz oluşturan 70 olguluk amib abseli seride 14 (% 20) olguda anamnezlerinde ishal vardı.

Pyojenik abseli 85 olgunuzun hepsine rutin kan tetkikleri yaptırılmış olup % 70 oranında $10.000 / \text{mm}^3$ üzerinde lökositoz ve

20 mm/s üzerinde sedimentasyon artmıştır. Karaciğer fonksiyon testleri fazla bozulmamış, serum albumin seviyesi bir miktar azalmıştır.

Amibli karaciğer abseli olgularımızın hepsine rutin kan tetkikleri yaptırılmış olup % 80 oranında $10.000/mm^3$ 'den fazla lökosit ve 40 mm/s 'den fazla sedimentasyon artışı saptanmıştır. Burada da karaciğer fonksiyon testleri bozulmamıştır. Amib abseli olgularımızın gaita kültürlerinden 8 tanesinde amib trofozoitleri görülmüştür. Olgularımızın ortalama laboratuvar bulguları aşağıdaki tablolarda gösterilmektedir.

Parametre	Laboratuvar Değerleri
Lökosit	8.000 - 22.000
Sedimentasyon	20 - 140 mm/s
Britrosit	3 - 5 milyon
Hemoglobin	% 60-90
Azotemi	% 23 mg
SGOT	28 Ü
SGPT	26 Ü
Total Protein	6.4 g.
Serum Albumin	3.2 g.
Serum globulin	2.3 g.
AKŞ	% 80 mg.
Alkalen Fosfataz	89 Ü
Direkt Bilirubin	% 0.8 mg.
İndirekt Bilirubin	% 1.2 mg.

Tablo 5: Pyojenik abselerde ortalama laboratuvar değerlerimiz

Parametre	Laboratuvar Değerleri (Ortalama)
Lökosit	11.400
Sedimentasyon	45.4 mm/s.
Eritrosit	4 milyon
Hemoglobin	% 60-85
Azotemi	% 32 mg.
SGOT	45 Ü
SGPT	42 Ü
Total Protein	5.3 g.
Serum Albumin	3.8 g.
Serum globulin	1.8 g.
AKŞ	% 80 mg.
Alkaleen Fosfataz	% 50
Direkt Bilirubin	% 1.1 gr.
İndirekt Bilirubin	% 1.9 gr.

Tablo 6: Amib abselerinde ortalama laboratuvar değerlerimiz.

Pyojenik ve amibli karaciğer absesi olgularımızda çekilen postero-anterior akciğer grafilerinde en fazla sağ diafragma yükselmesi tespit edilmiştir. Ayrıca karaciğer sintigrafisi pyojenik abseli (% 7.05) olguya, amib abseli 8 (% 11.42) olguya; karaciğer ultrasonografisi pyojenik abseli 4 (% 4.70) olguya ve amib abseli 2 (% 2.85) olguya teşhis amacı ile yaptırılmıştır. Karaciğer sintigrafisi ve karaciğer ultrasonografisi abse teşhisinde yüksek oranda yardımcı olmuştur.

Akciğer Grafisi	Olgu sayısı	Oran (%)
Sağ diafragma yükselmesi	47	55.2
Sol diafragma yükselmesi	2	2.3
Akciğerde infiltrasyon	8	9.4
Tüberküloz odakları	-	-

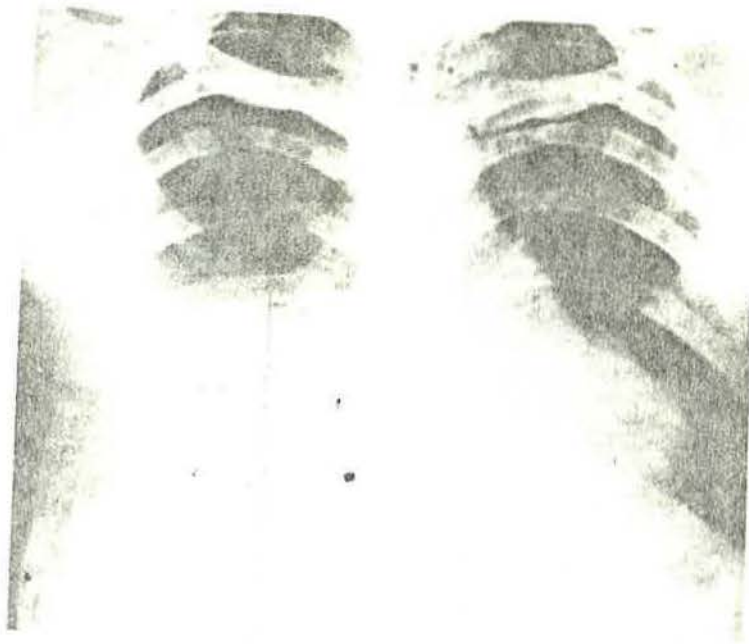
Tablo 7: Pyojenik abseli olgularımızdaki radyolojik bulgularımız.

Akciğer Grafisi	Olgu sayısı	Oran (%)
Sağ diafragma yükselmesi	35	50.0
Sol diafragma yükselmesi	3	4.2
Akciğerde infiltrasyon	2	2.8
Tüberküloz odakları	2	2.8

Tablo 8: Amib absesi olgularımızdaki radyolojik bulgularımız.

Abse komplikasyonu gelişen olgularımızın postero-anterior akciğer grafilinde 10 olguda sağ diafragma yükselmesi, 4 olguda sağ akciğer sahasında kaybolma, 3 olguda pleurada sıvı toplandığı saptanmıştır. Olgularımızdaki akciğer bulguları aşağıdaki resimlerde görülmektedir.

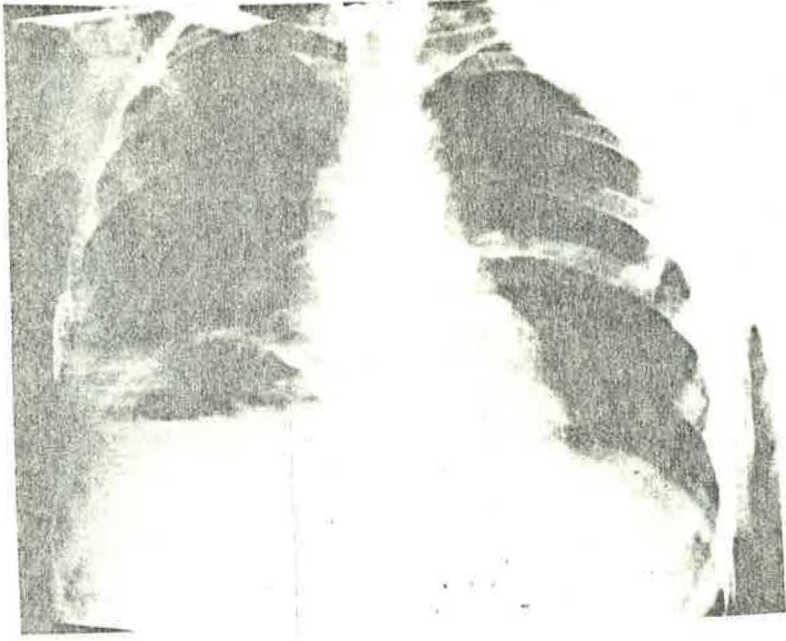
Absenin karaciğerdeki lokalizasyonu araştırıldığında; Pyojenik karaciğer abselerinin 53'ü (% 62.3) sağ lobda, 7'si (% 8.2) sol lobda yerleşmişti. Amibli karaciğer abselerinin ise 59'u (% 84.2) sağ lobda, 1'i (% 1.4) sol lobda lokalize idi. Pyojenik abseli 25 (% 29.4) olgu ile amib abseli 10 (% 14.2) olgunun



Resim 1: Amib abseli bir vak'ada olugmug akciğer komplikasyonu



Resim 2: Bir bagka vak'ada sağ diafragnada yükselme



**Resim 3: Amib abseli bir hastamızda karaciğerde
absese ait sıvı-gaz gölgesi**



**Resim 4: Amib abseli bir hastamızda
sağ diafragma yükselmesi**



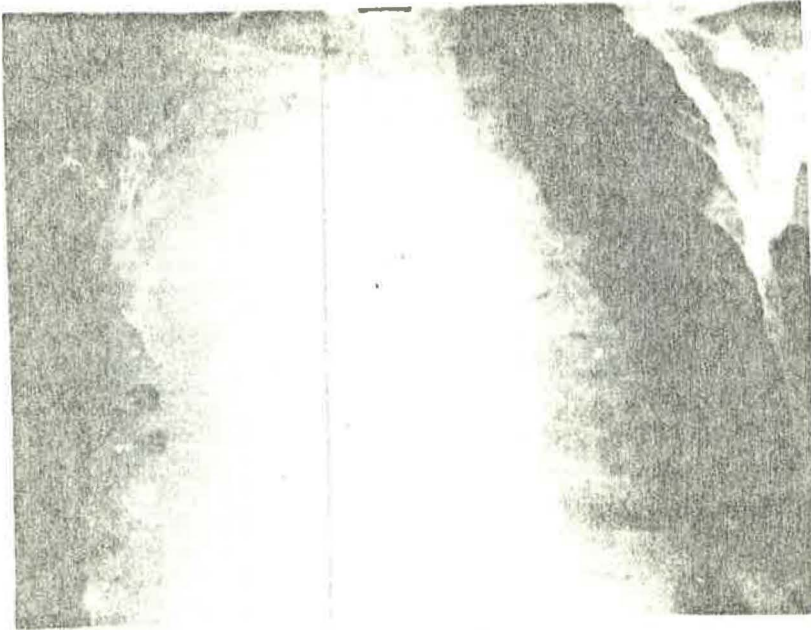
Resim 5: Pyojenik abseli bir hastamızda sağ diafragma yükselmesi



Resim 6: Pyojenik abseli bir hastamızda karaciğerdeki abseye ait sıvı-gaz gölgesi



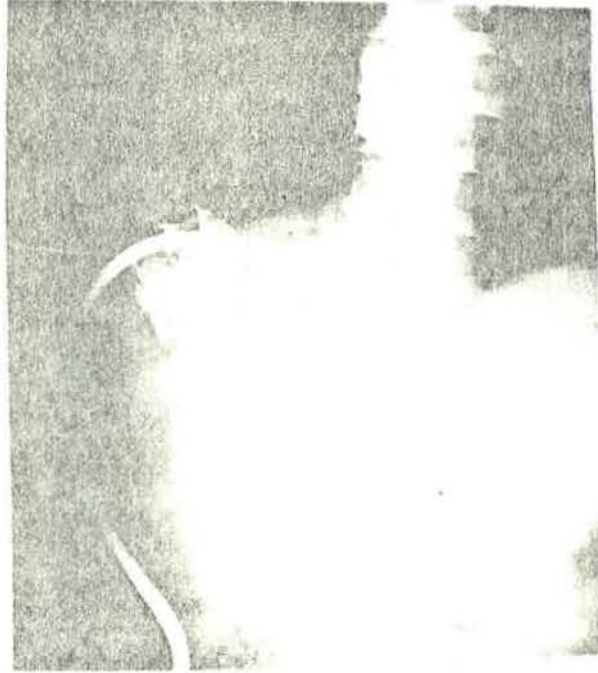
**Resim 7: Pyojenik abseli bir hastamızda
sağ diafragma yükselmesi**



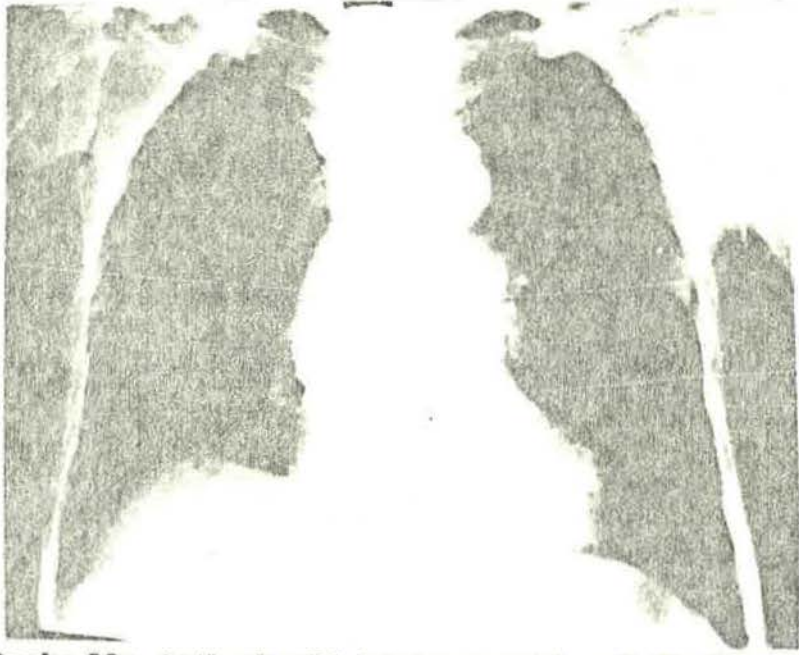
**Resim 8: Pyojenik abseli bir hastamızda
sağ akciğer infiltrasyonu**



Resim 9: Pyojenik abseli hastamızdaki abseye ait sıvı-gaz gölgesinin yandan grafisi



Resim 10: Pyojenik abseli hastamızdaki abse boşunun kontrast grafisi



Resim 11: Amib abseli hastamızıdaki sağ diafregma yükselmesi



Resim 12: Amib abseli hastamızdaki sıvı-gaz gölgesinin yandan grafisi

karaciğerdeki lokalizasyonları saptanamamıştır. Olgularımızdaki abselerin karaciğer lokalizasyonları aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Absenin lokalizasyonu	Laparotomi + Diğer Yöntemler	Medikal Tedavi + Diğer Yöntemler	Toplam
Karaciğer sağ lobe	48	5	53
Karaciğer sol lobe	7	-	7
Medikal tedavi edilip yeri belirlenemeyenler			25
			85

Tablo 9: Pyojenik abseli olgularımızda absenin karaciğerdeki lokalizasyonları.

Absenin lokalizasyonu	Olgu sayısı	Oran (%)
Karaciğer sağ lobe	59	84.2
Karaciğer sol lobe	1	1.4
Medikal tedavi edilip lokalizasyonu belirlenemeyen	10	14.4
TOPLAM	70	100.0

Tablo 10: Amibli abselerdeki abselerin karaciğerdeki lokalizasyonu .

Pyojenik abselerin 79'si (% 91.7) tek, 7'si (% 4.7) multipldir. Multipl abselerin hepsi de sağ lobe lokalize olmuşlardır. Amib abseli olgularımızın 65'inde (% 92.8) abse tek, 5'inde (% 7.1) abse multipldir. Bu multipl abseli 5 olgumuzun 4'ünde abseler sağ lobe, 1'inde ise her iki lobe lokalize idi.

Pyojenik karaciğer abseli olgularımızın 3'ü nüks idi ve 3'ü de sağ loba yerleşmişti. Bu 3 olgunun oranı % 3.5 'dir. Nükslerin 2'si 2 ay önce, 1'i ise 1 yıl önce karaciğer absesi sebebi ile laparotomi + drenaj ameliyatı geçirmişlerdir. Amibli karaciğer abseli 70 olgumuzun 1 tanesi (% 1.4) nüks olup karaciğer sağ lobuna lokalize idi. Bu nüks olguya da 3 ay önce laparotomi yapılarak drene edilmişti.

Pyojenik abseli olgularımızın 5'inde (% 5.8) abse perfore idi. Bu perfore abselerin 4'ünde abse sağ loba, 1 tanesinde ise sol loba yerleşmişti. 4'ünde genel peritonite, 1 olguda ise lokalize peritonite neden olmuştu.

Amib abseli olgularımızın 21'inde (% 30) abse perfore idi. 14 olguda genel, 7 olguda ise lokal peritonit yapmıştı.

Abse cinsi	Tek	Oran (%)	Multipl	Oran (%)
Pyojenik abse	78	91.7	7	4.7
Amib absesi	65	92.8	5	7.1

Tablo 11: Materyalimizdeki abselerin sayılarını gösteren tablo .

Abse cinsi	Perfore	Oran (%)	Perfore olmayan	Oran (%)
Pyojenik abse	5	5.8	80	94.1
Amib absesi	21	30.0	49	70.0

Tablo 12: Materyalimizdeki abselerin perforasyon sayılarını gösteren tablo.

Pyojenik abseli 35 olgunun 25'inde abse kapsamındaki kültür yapılmış, 15'inde (% 17.6) üreme olmaması, 4'ünde (% 4.7) Pyocyanus, 4'ünde (% 4.7) Stafilococcus, 1'inde (% 1.1) E.Coli, 1'inde (% 1.1) Ascaris lumbricoides üretilmiştir. Amib abselerinde ise süpüre olan 5 (% 7.1) tanesinin 3'ünde (% 4.2) Stafilococcus, 2'sinde (% 2.8) E.Coli üretilmiştir. Süpüre olmayan olgulardan 12 tanesinin abse kapsamındaki kültürü yapılmış ve üreme olmamıştır.

Pyojenik karaciğer abseli olgularımızdan 51 (% 71.7) tanesine, amibli karaciğer abseli olgularımızdan 46 (% 65.7) tanesine ameliyat öncesinde doğru teşhis konulduğu görülmüştür.

Pyojenik abseli olgularımızda abse çapı ortalama 8 x 10 cm, abse muhtevası ortalama 900 cc, amib abseli olgularımızdaki ise abse çapı ortalama 8 x 10 cm, abse muhtevası ise ortalama 1200 cc olmuştur.

Pyojenik karaciğer abseli olgularımızın 30'una (% 35.2) medikal tedavi uygulanmıştır. Medikal tedavi Penicillin Cristalize 20 milyon ü./gün + Kloramfenikol 2 gr/gün + Gentaeycin 80 mg 3 x 1 / gün ile yapılmıştır. Son yıllarda penicillin cristalize yerine Ampicillin gurubu 4 x 1 / gün, Kloramfenikol yerine de Clindamycin gurubu 8 saat ara ile uygulanmıştır. Medikal tedavide ayrıca 2 hastamıza pyotoraks nedeniyle, 1 hastamıza da sağ sinusta sıvı nedeniyle kapalı toraks drenajı ilave edilmiştir. 55 (% 64.7) olgumuza karın yoluyla periton açılarak abseye müdahale edilmiştir.

47 (% 55.2) olgumuzda laparotomi sonrası abse lastik drenlerle dışarıya drene edilmiş, 2 (% 2.3) olgumuza abse drenajı yanısıra kronik kolisitit dolayısıyla kolisistektomi eklenmiş, 2 (% 2.3) olgumuza sol lateral segmentektomi yapılmış, 2 (% 2.3) olgumuza abse boşaltıldıktan sonra abse boşluğu karın duvarına ağızlaştırma (marsupializasyon) ile dışarıya drene edilmiştir. 1 (% 1.1) olgumuzda abse boşaltıldıktan sonra abse boşluğu intrafleksiyon ile, 1 (% 1.1) olgumuz ise abse boşaltılıp abse boşluğu lastik drenle dışarıya drene edilmiş ayrıca bu hastamızda duktus hepatikus karsinoması da tespit edildiğinden koledok'a T drenajı uygulanmıştır. Cerrahi tedavi uyguladığımız olgularımızın hepsinde karaciğer arkası ve üstüne perfora olanlarda ise periton boşluğu geniş bir şekilde drene edilmiştir. Ameliyat sonrası düzenle kültür sonucuna göre antibiotik tedavisi uygulanmıştır.

Nüks pyojenik abseli 3 olgumuzun 1'ine Ampicillin Flac. 4 x 1 gr + Kloramfenikol 2 x 1 gr + Gentamycin 80 mg 3 x 1 / gün kombinasyonundan ibaret medikal tedavi uygulanmış, diğer 2'sine karın yoluyla cerrahi müdahale uygulanıp bunlardan 1'inde abse boşluğu lastik drenle dışarıya drene edilmiş, 1'inde de abse boşluğu marsupialize edilmiştir.

Amib abseli 70 olgumuzun 10'una (% 14.2) Emetin 1 mg/kg/gün + Ornidazole tb. 2 x 2 tb kombinasyonundan ibaret medikal tedavi 10 gün uygulanmıştır. 59 (% 84.2) olgumuza karın yoluyla periton içi cerrahi müdahale uygulanmış, bunların 56'sında (% 80) abse boşal-

tilip abse poğu lastik lenle digarı drene edilmiştir. Bu 56 olgumuzun 1'inde abse ayrıca bronsa fistülize olduğundan diafragmaya primer sibir konulmuş, başka bir hastamızda ise abse ile birlikte tağla kolosistit bulunduğu için kolosistektomi eklenmiştir. 3 olguda (% 4.2) abse poğu digarıya marsupialize edilmiştir. 1 (% 1.4) olgumuzda ise abse spontan bronş fistülü olduğu için sonradan kapalı thoraks drenajı uygulanmıştır. Amibli karaciğer abseli hastalarımıza ameliyat sonrası Ornidasole tb 2 x 2 tb verilmektedir.

Karaciğer içi abseli olgularımıza uygulanan tedavi şekilleri aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tedavi	Olgu sayısı	Oran (%)
Medikal	30	35.2
Laparotomi + Drenaj	47	55.2
Laparotomi+Drenaj+Kolosistektomi	2	2.3
Laparotomi + Marsupializasyon	2	2.3
Sol Lateral segmentektomi	2	2.3
Laparotomi+Drenaj+ T dreni	1	1.1
Laparotomi + İntrafleksiyon	1	1.1
TOPLAM	85	100.0

Tablo 13: Pyojenik abse materyalinize uygulanan tedavi şekilleri

Tedavi	Olgu sayısı	Oran (%)
Laparotomi + Drenaj	56	80.0
Medikal	10	14.2
Laparotomi + Marsupializasyon	3	4.2
Kapalı thoraks drenajı	1	1.4

Tablo 14: Amib abse materyalinize uyguladığı z tedavi şekilleri

Pyojenik abseli 85 olgumuzun 5'inde (% 5.8) abse periton boğluğuna perforé olarak 4'ünde (% 4.7) genel, 1'inde (% 1.1) lokal peritonite sebep olmuştur. 2'sinde (% 2.3) pyotoraks, 1'inde (% 1.1) bilateral plörezi, 1'inde (% 1.1) subakut kolelitis, 1'inde (% 1.1) subileus, 4 (% 4.7) olguda karaciğer yetersizliğine neden olmuştur. Ameliyat sonrası dönemde 2 (% 2.3) cildaltı süpürasyonu, 2'sinde (% 2.3) subdiafragmatik abse, 1'inde (% 1.1) yara evantrasyonu meydana gelmiştir. Ameliyat sonrası dönemde ortaya çıkan komplikasyonların hepsi soliter, sağ loba lokalize olup karın yolu ile periton içi cerrahi girişim yapılan ve lastik drenle dışarı drene edilen abselerde görülmüştür.

Amibli karaciğer abseli 70 olgumuzun 21'inde (% 30) abse perforé olarak 14'ü (% 20) genel, 7'si (% 10) lokal peritonit meydana getirmiştir. 2 olgumuzda (% 2.8) ampiyem meydana gelmiş, 1 olgumuzda (% 1.4) kotlarda enfeksiyon görülmüş ve kot rezeksiyonu uygulanmıştır. 2 olguda (% 2.8) pnömotoraks görülmüş, 1 olguda (% 1.4) karaciğer yetersizliğine neden olmuştur. Ameliyat sonrası dönemde 5 (% 7.1) olgumuzda cildaltı süpürasyonu görülmüştür. Amib abseli olgularımızdaki komplikasyonlarda sağ loba lokalize olan ve Laparotomi + Drenaj ameliyatı yapılan tek abselerle ortaya çıkmıştır.

Olgularımızdaki morbiditelerimiz aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Komplikasyon	Perfore olan	Perfore olmayan	Toplam	Oran (%)
Genel peritonit	4	-	4	4.7
Karaciğer yetersizliği	-	4	4	4.7
Pyotoraks	2	-	2	2.3
Gilgaltı süpürasyonu	1	1	2	2.3
Subdiafragmatik abse	1	1	2	2.3
Lokal peritonit	1	-	1	1.1
Yara evantresyonu	1	-	1	1.1
Bilateral plörezi	1	-	1	1.1
Subakut kolesistit	1	-	1	1.1
Subileus	1	-	1	1.1
TOPLAM	13	6	19	21.8

Tablo 15: Pyojenik karaciğer abselerindeki morbiditemiz

Komplikasyon	Perfore olan	Perfore olmayan	Toplam	Oran (%)
Genel peritonit	14	-	14	20.0
Lokal peritonit	7	-	7	10.0
Gilgaltı süpürasyonu	3	2	5	7.1
Enfötoraks	-	2	2	2.8
Ampiyon	2	-	2	2.8
Karaciğer yetersizliği	-	1	1	1.4
Kotlarda enfeksiyon	-	1	1	1.4
Toplam	26	6	32	45.5

Tablo 16: Amibli abselerdeki morbiditemiz.

Pyojenik karaciğer abselerindeki toplam morbiditemiz % 21.8, amibli karaciğer abselerindeki toplam morbiditemiz ise % 45.5 'dir.

Pyojenik karaciğer abselerinde 2 (% 2.3) olgumuz medikal tedaviden sonra, 11 (% 12.9) olgumuz Laparotomi + Drenaj ameliyatından sonra ölmüşlerdir. 5 (% 5.8) olgu sepsis sonrası toksik

şoktan, 4 (% 4.7) tanesi karaciğer yetersizliği sonrası hepatik komadan, 3 (% 3.5) tanesi solunum ve dolaşım yetersizliğinden, 1 (% 1.1) tanesi de myokard enfarktüsünden olmak üzere toplam 13 (% 15.2) hastamız ölmüştür.

Tek abseli olgularımızın 11'i (% 12.9), multipl abseli olgularımızın 2'si (% 2.3) ölmüştür. Perfore pyojenik abseli olgularımızdan 2'si (% 2.3), perfore olmayan pyojenik abseli 11 (% 12.9) olgumuz ölmüştür. Pyojenik karaciğer abseli olgularımızda ölüm; en erken aynı gün toksik şok sonucu olmuş, en geç 10. günde yine toksik şoktan meydana gelmişti. Ortalama ölüm süresi 4 gündür.

Pyojenik abselerde toplam mortalitemiz % 15.2, komplikasyonlu olgularda mortalite % 75 olup toplam mortalitemize göre % 10.5 olmuştur.

Amibli karaciğer abselerinde 11 (% 15.7) olgumuz sepsis sonrası toksik şoktan, 2 (% 2.8) olgumuz solunum ve dolaşım yetersizliğinden, 1 (% 1.4) olgumuz ise karaciğer yetersizliği sonucu hepatik komadan olmak üzere toplam 14 (% 20) olgumuz ölmüştür. Ölen hastalarımızın hepsine de abse tedavisi olarak cerrahi girişim yapılmıştı. Medikal tedavi gören 10 (% 14.2) olgumuzda ölüm olmamıştır. Niüks amibli karaciğer abseli 1 (% 1.4) olgumuz da ölmüştür. Perfore olan olgularımızdan 9'u (% 12.8) ölmüştür. Multipl abseli hastalarımızdan 1'i (% 1.4) ölmüştür.

Amibli karaciğer abselerindeki toplam mortalitemiz % 20'dir. Komplikasyon gelişen hastalarımızdaki mortalitemiz % 70.6 olup top-

lan mortalitemize göre % 17.1 'dir. Amibli karaciğer abselerinde ölüm en erken aynı gün toksik şoktan, en geç 6. günde hepatik komadan olmaktadır. Ölüm ortalama 5.2 günde meydana gelmiştir.

Pyojenik ve amibli karaciğer abseli hastalarımızdaki mortalitemiz aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tedavi yöntemi	Ölüm sebebi					
	Toksik şok	Hepatik koma	Sol/Dol yet.	M.İ.	Toplam	%
Laparotomi + Drenaj	4	4	3	-	11	12.9
Medikal	1	-	-	1	2	2.3
TOPLAM	5	4	3	1	13	15.2

Tablo 17 : Pyojenik abselerdeki mortalitemiz

Abse sayısı	Olgu sayısı	Oran (%)
Tek abse	11	12.9
Multipl abse	2	2.3

Tablo 18: Pyojenik abselerde abse sayısına göre mortalitemiz.

Absenin yerleştiği lob	Ölüm sebebi				
	Toksik Ş.Sol/Dol yet.	Hepa.K.	Toplam	%	
Sağ loba yerleşik multipl abse	1	-	-	1	1.4
Sağ loba yerleşik tek abse	1	1	1	3	4.2
Sağ loba yerleşik nüks abse	1	-	-	1	1.4
Sağ loba yerleşik perfore abse	7	1	-	8	11.4
Sol loba yerleşik perfore abse	1	-	-	1	1.4
TOPLAM	11	2	1	14	20.0

Tablo 19: Amibli karaciğer abselerindeki mortalitemiz.

Ryojenik karaciğer abselerinde hastalarımızın hastanede kalma süresi; en erken 3 gün, en geç 60 gün, ortalama 14 gündür.

Amibli karaciğer abseli hastalarımıza hastanede kalma süreleri; en erken 11 gün, en geç 60 gün, ortalama 26 gündür.

T A R T I Ő M A

Teghis ve tedavi konusu henüz tam aydınlanmamış olan karaciğer abseleri etiyolojilerine göre iki guruba ayrılır (26,61);

1. Pyojenik abseler
2. Amib abseleri

Biz, 1970 - 1985 yılları arasında D.J.F.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na başvuran karaciğer abseli hastalarımızda pyojenik abselerin amibli karaciğer abselerinden 1.2 kat daha fazla olduğunu tespit ettik. Son yıllarda A.B.D. 'nin güneyinde her iki tip abse oranı ya eşit ya da pyojenik abse oranı biraz daha fazladır. Bu sonuç Güney bölgelerinde hijyenik şartların düzeltilmesi ve amibiiazisin önlenmesine bağlıdır.

Hijyen şartları kötü olan bölgelerde, ayrıca tropikal ve subtropikal ülkelerden yapılan yayınlarda amibik karaciğer abse oranının yüksek olduğu bildirilmektedir (7,8).

Bir grup yazar pyojenik karaciğer absesi olgularının 1/3 'den fazlasında etiyolojik faktör olarak apandisitini bildirmiş -

lerdir. Antibiyotiklerin kullanılmaya başlanılmasından beri apandisit ve pyleflebitise başlı sekonder pyojenik karaciğer absesi oranı çok azalmıştır. Otopsi ve hastahane verilerinden elde edilen sonuçlar 20. Yı 'da pyojenik abse görülme sıklığında çok az değişiklik olduğunu göstermektedir (10,16,36,51).

Sherrman ve Robbins (1970), pyojenik karaciğer absesinin görülme sıklığını % 0.035 olarak bildirdiler ve bu oranın 1900 yılından bu yana fazla değişiklik göstermediğini bildirdiler. Pitt ve Zuidema retrospektif çalışmalarında son yıllarda bu oranın % 0.013-0.016 olduğunu belirttiler (57). Amibiazis tüm dünyada kötü hijyenik şartlara sahip bölgelerde yüksek insidansa sahiptir.

Amibiazis ülkemizde güney illerimizde daha fazla olmak üzere % 1.2-17.2 oranındadır (40).

Amibli ve pyojenik karaciğer abseleri 30-40 yaş gurubunda daha sık görülür (14,36,38,55). Ochsner ve ark., 560 olguluk serilerinde aynı yaş gurubunu doğrulamışlardır (51). Son yıllarda ise Alteneir ve ark.ile Lazarchick ve ark., pyojenik karaciğer abselerinin yaşlı hastalarda daha sık görüldüğünü savundular (14). Yaşlılardaki bu eğilim tahminen araştırmanın hem yaşlı genel popülasyonda yapılması ve hem de malign hastalıklar gibi etiyolojik faktörlerdeki değişikliğe bağlıdır.

Bizim çalışmamızda ortalama yaşı 31 - 34 olarak tespit ettik.

Amibli karaciğer abselerinde erkek/kadın oranı 10/1 iken, pyojenik abselerde Ochsner ve ark., 877 olguluk serilerinde

erkek/kadın oranını 2.1/1, Rubin ve ark. ile Pitt ve Zuidema'nin bildirdiği serilerde bu oranı 1.2/1 olarak bildirdiler. Barbuier ise erkek/kadın oranını 1.8/1 olarak vermiştir (9,51,57).

Bizim serimizde pyojenik karaciğer absesi insidansımız % 0.030, amibli karaciğer absesi insidansımız ise % 0.028 olarak tespit edilmiştir. Erkek/kadın oranını pyojenik abselerde 3.7/1 ve amibli abselerde 16/1 olarak bulduk.

Pyojenik karaciğer abselerinin çoğu bilier veya intestinal traktüsün enfeksiyonu ile meydana gelir. Enfeksiyon karaciğere 6 yolla ulaşır (6,11,17,18,24,25);

1. Bilier yolla
2. Portal ven yoluyla
3. Hepatik arter yoluyla
4. Direkt yayılma
5. Künt veya delici travmalarla
6. Kriptojenik yolla

Bir grup yazar tarafından yapılan 622 olguluk bildiride enfeksiyonun bulama yolu;

1. Portal ven yoluyla (% 43),
2. Bilier traktüs yoluyla (%14) olarak verdiler (25).

1970'den bu yana yapılan 525 olguluk 16 çalışmada assendan kolanjitisin neden olduğu pyojenik karaciğer absesi oranında artış

görülmektedir. Bu artış, risk olarak yağlılar arasında komplike bilier sorunların oranındaki fazlalığa bağlıdır. Bilier sistem son yıllarda pyojenik abselerde % 35 oranında bulaşma yolu olarak gösterilmiştir (22). Bilier orijinli bu abselerin araştırılmasında altta yatan neden olarak % 40 oranında malign hastalık saptanmıştır.

Bizim 85 olguluk serimizde 3 (% 3.5) olgu bilier orijinli idi. Bu 3 olgunun 2'si (% 2.3) kronik kolelisitit, 1'inde (% 1.1) ise duktus hepatikus karsinomu altta yatan neden idi.

Kriptojenik abse insidansı % 20 oranındadır. Kriptojenik absenin multifaktöryel olduğu kabul edilmektedir.

Bizim retrospektif çalışmamızda kriptojenik abse oranımız 79 (% 92.9) olgudur.

Pyojenik karaciğer abseleri çocuk ve gençlerde seyrekdir. 1969'da Kissaue ve Dehrer, 1978'de Chusid vücut direnci düşük olan akut lösemili veya kronik enflamatuvar hastalıklı çocuklarda genellikle gram (+) mikroorganizmalı sepsise bağlı pyojenik abse olabileceğini gösterdiler. Orta yaş gurubunda enfeksiyona karşı vücut direncinin azalması predispozan faktör olarak önemlidir. Geçen 20 yıl içerisinde yapılan araştırmalarda pyojenik karaciğer abseli hastaların büyük çoğunluğunun kanser ile birlikte olduğunu göstermiştir. Pitt ve Zuidema, olgularında % 28-36 oranında kanser saptadılar.

Bunların da % 22-23'ünde kanser, ekstrahepatik bilier obstruksiyona sebep olmuştur (14,57). Benign ekstrahepatik obstruksiyon sonucu oluşan sarılığın immün cevabı değiştirdiği görülmüştür. Bunun da bazı

Hastalarda predispozan faktör olabileceği düşünülmüştür (25).

1975'de Ranson ve ark., kriptojenik abseli hastalara arasında Diabetes mellitus bulunduğunu bildirdiler. Keza Pitt ve Zuidema, anamnezinde siroz, pankreatit veya önceden ülser perforasyonlu hastaların oransal olarak büyük çoğunlukta olduğunu ifade etmişlerdir. Bu yazarlar ayrıca hastaların % 6'sının steroid aldığına, % 5'inin de pyelonefrite sahip olduğunu bildirdiler.

Antibiyotik ve kortikosteroidlerin kontrolsüz kullanımı bu abselerin yaygınlaşmasında rol oynar (36,38).

1980'de Mc Donald ve Howard kendi literatür taramalarında makroskopik pyojenik karaciğer abselerinin % 65'inin sağ lobda, % 12'sinin sol lobda, % 23'ünün bilateral olduğunu saptadılar (25).

Bizim serimizde % 56.4'ü sağ lobda, % 8.2'si sol lobda ve % 8.2'si de bilateral lokalizasyonlu idi.

Karaciğerde abselerin sağ loba yerleşme eğilimi portal vende mezenterik kan akımının yönüne bağlanmıştır (36,46,53,57,61,65,66).

Amibli karaciğer abseleri çoğunlukla soliterdir. Pyojenik abselerden daha çok sağ loba yerleşir. 1970'den beri yayınlanan amib abseli 722 olguda % 85'i soliter absesdi. 1981'de Balasegaram topladığı serilerin oranlarında pyojenik abseli 125 hastanın % 53'üne karşılık amib abseli 317 hastanın % 84'ünde soliter abses saptadı. Toplanan serilerde 722 amibli karaciğer absesinin % 72'si sağ lobda lokalize idi. Bu oranlar 1930'de Ochsner ve De Bakey'in bildirdikleri ile paraleldir (7,25,52).

Bizim serimizde soliter abse oranı % 92.8 ve multipl abse oranı ise % 7.14'dür. Serimizdeki amib abselerinin % 84.2 'si sağ lobda, % 1.4 'ü sol lobda lokalize ili.

Amib absesinin karaciğer sağ lobundaki hakimiyeti portal vendeki kan akım yönü ile açıklanır. Amibiazis en sık çıkan kolonu etkiler. Sağ kolondan drene olan V.Mesenterika Sup. sağ loba drene olur.

Pyojenik karaciğer abselerinin % 50'sinde pozitif kültür elde edilir. Antibiotiklerden önce izole edilen mikroorganizma en sık gram (-) aeroblardı. 1970'den sonra yapılan bildirimlerde anaerobik karaciğer abselerinin görülme sıklığında artış saptanmıştır (22,23).

Abselerin çoğunda birden fazla mikroorganizma üretilmiştir. 1970'den bu yana yapılan bildirimlerde her hastadan 1.6 organizma elde edilebileceği gösterilmiştir (25). Son yıllarda E.Coli'nin görülme sıklığı % 38 olup karaciğer abselerinden izole edilen en yaygın mikroorganizma olmuştur. Gram (+) aeroblar % 28 oranında izole edilir. % 12-20 oranında aerobik Streptokok ve Stafilokok saptanmıştır. Çocuklarda pyojenik abse genellikle gram pozitif organizmalarla özellikle Stafilokokkus aureus tarafından meydana getirilir (5,6,20).

Bizim çalışmamızda kültür yapılan olgulardan izole edilen organizmalar ise 1 (% 1.2) olguda Askaris Lumbricoiles, 4 (% 4.6) olguda Pyocyaneus, 4 (% 4.6) olguda ise Stafilokok'tur.

Çeşitli yazarlar anaerobik bakteri izole edilen pyojenik abse-

lerin büyük olasılıkla soliter olacağını saptamışlardır (65).

Bu nedenle anaerobik abseler düşük mortalite ile birlikte dir .

Sobbaj ve ark.'nın bildirisinde 25 olgulu k serilerinde soliter abse oranı % 68, mortalite ise % 24 idi.

Bizim çalışmamızda soliter abse oranı % 64.6 , mortalitemiz ise soliter pyojenik karaciğer abselerinde % 12.9 'dur.

Ayrıca anaeroblar ile karaciğer metastazları arasındaki bağlantı Trump ve ark. (1978) tarafından yayınlanmıştır. Bu yazarlar anaerobik bakteriler için uygun ortam olarak hipoksik alan olan karaciğer metastazlarını düşünmüşlerdir.

Amibli abselerde etiyolojik faktör *E.hystolitica*'dır. *E.hystolitica* kistleri vücuda kontamine materyalin oral yolla alınmasıyla girer. Trofozoitler karaciğere 3 yolla ulaşırlar; portal ven, lenfatikler, peritona kolon duvarından direkt yayılırlar. Kolonlardaki trofozoitler rezistan kist olarak feçesden dışarı atılır.

Bizim materyalimizde 8 olguda (% 9.1) feçeste amib kistleri tespit edilmiştir. Materyalimizde tespit ettiğimiz ortalama abse ebadı 8 x 10 cm olup, ortalama abse kapsamımız 1200 cc'dir. Abseden bakteri üretilememiştir.

Pyojenik karaciğer abselerinde ortalama prodromal dönem 2 haftadır.

Bizim serimizde ise hastalarımızın kliniğimize müracaat edinceye kadar geçirdikleri süre ortalama 4.6 aydır.

Makroskopik soliter abseli hastalar büyük olasılıkla kronik

ağrısız tiptedir. Ateş olguların % 83'ünde görülür. Hastaların yarısından fazlasında karın sağ üst kısmında ağrı vardır. Bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı gibi nonspesifik bulgular olguların 1/3 'ünde bulunur (4,6,7,11,13,14,19). Fizik bulgu olarak % 50 oranında hepatomegali, % 30 oranında sarılık, % 10 splenomegali, assit ve karında ele gelen kitle ile % 25 oranında solunum sistemi bulguları tespit edilir (7,14,19,22,39,65).

Bizim çalışmamızda klinik belirtiler olarak ağrı % 100, ateş (37.5 - 39 C) % 77, bulantı ve kusma % 43, zayıflık % 40, subikter % 18, ikter % 12, öksürük % 15, kansız ishal % 3 oranında tespit edildi. Aynı hastalarımızda fizik muayene bulgusu olarak hepatomegali % 76, assit % 54 oranında saptadık. Olgularımızın diğer serilerle karşılaştırması Tablo 20 'de gösterilmiştir.

Amibli abseler de pyojenik abseler gibi ya akut inflamatuvar hastalık gibi veya malign hastalığın kronik ağrısız dönemi gibi bulunabilir. Durban, Adams, MacLeod amibli karaciğer abseli 400 hastanın analizinde 2 haftadan az süre içerisinde bulguların ortaya çıkışı % 59 oranında, 2 haftadan 4 haftaya kadar geçen süre % 20 'sinde ve 12 haftadan uzun sürede bulguların ortaya çıkması da % 5 olguda saptanmıştır (3). 1978'de Shabat ve Patterson'un 52 olguluk serilerinde hastaların yarısında 2 haftadan az sürede bulgular bağliyordu. 2/3 'ünde bu süre 1 aydan azdı.

Bizim serimizde hastalarımızın kliniğimize gelinceye kadar

	Ochsner et al 1928	Ochsner et al 928-37	Pitt Zuidema 936-65	Lee Block 965-70	Altemeier et al 955-70	Rubin et al 961-73	Balasegaram 1965-80	Kayabalı 956-81	Serimiz 970-85
Olgu sayısı	518	47	12	11	65	50	125	117	85
Semptom (%)									
Ateş	96	94	96	92	95	87	98	52	77
Ağrı	100	90	88	75	54	62	47	97	81
Bulantı-Kusma	43	33	33	70	31	15	28	68	30
Zayıflama	40			-	-	54	38	65	64
Fizik Bulgu (%)									
Sarılık	12	36	24	52	8	31	20	22	14
Hepatomegali	76	89	61	80	54	49	51	89	64
Sağ üst böl.hass.	56	92	91	76	69	49	47	89	-
Akciğer bul.	15	36	24	52	8	21	24	36	61

Tablo 20: Pyojenik abse olgularımızdaki bulguların diğer serilerle karşılaştırılması

geçen süreleri ortalama 63.5 gündür.

Amibli karaciğer absesi olarak teşhis edilen hastaların çoğunda dizanteri bulguları yoktu.

Balasegaram, amibiazis ile karaciğer absesi gelişmesi arasında geçen süreyi hastaların % 53'ünde 2 aydan fazla, % 11 'inde 2 - 8 yıl kadar uzun buldu (7).

Amibli karaciğer absesi barsak amibiazislerinin % 3-7 'sinde görülür (39,62).

Hastaların en önemli şikayetleri karın sağ üst bölgesindeki ağrıdır. Ağrı epigastriuma, bütün karına yayılabilir, pleuratik olabilir. Son zamanlarda yayınlanan amib abseli 954 olgunun % 90 'ında ağrı vardır. Ağrı, pyojenik abseli olgulara göre daha siktir. Ateş % 75 oranında varken titreme % 20 oranında görülür. Bulantı, kusma, iştahsızlık, kilo kaybı gibi nonspesifik bulgular % 30-40 oranında görülür. Diare % 20 oranında görülmüştür (25).

Fizik muayenede : 75-85 hepatomegali ve karaciğerde duyarlılık saptanır. Sarılık % 35 oranında mevcuttur. Akciğer muayenesinde raller, konsolidasyon belirtileri, effüzyon, yükselmiş sağ diafragma bulguları % 50 oranında görülür. % 15 oranında karında palpe edilen kitle saptanır (1,9,17,24,39,40,42).

Bizim materyalimizin analizinde amib abseli 70 olgumuzda şu klinik belirti ve fizik muayene bulgusu tespit edilmiştir; ağrı % 98, ateş % 74, zayıflama % 41, bulantı ve kusma % 38, ikter ve sub-ikter % 34, kanlı ve kansız ishal % 20, öksürük % 18, hepatomegali

% 70, karın sağ üst bölgede hassasiyet % 40, karında yaygın hassasiyet % 17, asit % 2 'dir.

Klinikte pyojenik abse ile amib absesinin ayırımı zor olabilir. Diğer taraftan her iki hastalık geçitli intrahepatik neoplastik hastalıklarla karıştırılabilir. Daha yeni noninvaziv radyolojik tanısal yöntemlerin birkaçı bu ayırımı yardımcı olur.

Pitt, Zuidema ve Rubin'in serilerinde alkalen fosfataz yükselmesi % 90 oranında görülür. Serum bilirubin artışı % 39 oranındadır. Pyrttek ve Bartus soliter abseli olgularla karaciğer fonksiyon testlerini normal bulmuş ve bu gözlemler diğer araştırmacılar tarafından desteklenmiştir. Hypoalbuminemi hastaların yarısından fazlasında görülür. Birçok araştırmacı hypoalbuminemi ile beraber hiperbilirubineminin bulunuşuyla hastalığın kötü sonuçlanacağını düşünmüşler. Bu iki kritere ek olarak Pitt ve Zuidema polimorf nükleozis ve yükselmiş SGOT 'yi yüksek mortalite ile birlikte oluşunu bildirmişlerdir (39,56,57).

Bizim çalışmamızda pyojenik karaciğer abselerinde ortalama laboratuvar bulgularını şöyle tespit ettik; % 77 oranında $10.000/mm^3$ üzerinde lökositoz, % 26 oranında ortalama 89 ü alkalen fosfataz, Hb. % 60-90, 3.000.000 - 5.320.000 eritrosit, 20 - 140 mm/s. sedimentasyon, % 23 mg azotemi, % 28 ü SGOT, % 26 ü SGPT, total protein 6.4 gr , serum albumin 3.2 g. , serum globulin 2.3 g., direkt bilirubin 0.8 g indirekt bilirubin 1.2 g .

Amib abselerinde laboratuvar bulguları şöyledir; % 70 olguda

lökositoz vardır ve sıklıkla $20.000/\text{mm}^3$ üzerindedir. Eozinofili nadirdir. Anemi sıktır. % 50 olguda alkalen fosfataz artar. % 35-45 olguda SGOT ve SGPT orta derecede artar. % 30' olguda serum bilirubinleri orta derecede artar (1,3,18,19,39,40,56).

Bizim materyalimizde ise % 80 olguda $11.000/\text{mm}^3$ üzerinde lökositoz, 45.4 mm/s sedimentasyon, % 73.9 Hb. , ortalama 3.830.000 eritrosit, % 32.9 mg azotemi, % 45 ü SGOT , % 42 ü SGPT, 5.3 g total protein, 3.8 g serum albumin, 1.8 g serum globulin, %80 mg AKŞ, % 64 ü alkalen fosfataz, % 1.1 mg direkt bilirubin ve % 1.9 mg indirekt bilirubin ortalama laboratuvar bulgularımızdır.

Pyojenik ve amibli karaciğer abselerinde olguların yarısından fazlasında PA akciğer grafilerinde patolojik bulgu tespit edilmiştir. Sağ diafragma yükselmesi ve sağ pleural effüzyon en sık görülen bulgudur. Amib abselerinde hörgüç şeklinde diafragma yükselmesi tipiktir. Gaz üreten mikroorganizmaların sebep olduğu pyojenik karaciğer abselerinde karaciğer içerisinde sıvı-gaz seviyesi görülür (4,6,7, 17,24,30,63,65). Rubin ve ark., direkt karın grafisi çektikleri hastaların % 7'sinde hava-sıvı seviyesi veya hava gördüler. Pitt ve Zuidema ise hastalarının % 20'sinde abse içerisinde hava saptadıklarını bildiler (57,63).

Mide, kolon ve üriner sistemin kontras çalışmaları bu komşu organların pozisyonu hakkında bilgi verir.

Serimizde tespit ettiğimiz radyolojik bulgular aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Radyolojik Bulgu	PKcA	AKcA
Sağ diafragma yükselmesi	% 55.2	% 50.0
Sol diafragma yükselmesi	% 2.3	% 4.8
Akciğerde infiltrasyon	% 9.4	% 2.8
Karaciğerde hava-sıvı gölgesi	% 1.1	-

Tablo 21: Olgularımızın radyolojik bulguları

Amib abseli olguların gaitalarında amib trofozoit ve kistlerinin görülme sıklığı değişik oranlardadır. Balasegaram 57 olguluk serisinde % 15'den az gaitada amib bulmuştur. 1979'da Patterson 49 olgusunun 9'unda (% 18) gaitada amib izole etmiştir. 1981'de Abul-Khair ve ark., Mısır'lı 19 hastanın 10'unda (% 53) gaitada amibi izole etmiştir. Kragstad ve ark., amib oranlarının farklı olmasında laksatiflerin, radyolojik kontras maddelerin, lavmanların, antidiareik ilaçların rolünün olduğunu belirttiler (2,8,54).

Bizim 70 olguluk amib absesi serimizde ishali olan 14 (% 20) olgunun gaitalarının tetkikinde 3 (% 11.4) tanesinde amib kistleri tespit edilmiştir.

Pyojenik ve amibli karaciğer absesi teşhisinde 1960 yılından itibaren karaciğer sintigrafisi kullanılmaya başlanılmıştır. Altemeier, karaciğer sintigrafisininin tanıda kullanılmasıyla 15 yıllık dönemin son 5 yılında mortalitede azalma olduğunu bildirmiştir(4).

Mc Donald ve Howard 1980'deki yayınlarında toplanan serilerinde % 80 oranında karaciğer sintigrafisi saptadılar (47). Verlanden ve Frey 1980'de çalıştıkları 29 hastanın % 97'sinde anormal sintigrafi bulmuşlardır (70).

Satiani ve Davidson, soliter abseli hastaların % 90'ında, multipl abseli hastaların % 71'inde anormal karaciğer sintigrafisi tespit etmişlerdir (64). Robson ve ark., bildirimlerinde Tc^{99m} ve Ga^{67} sintigrafilerinden % 88-90 olumlu sonuç aldıklarını bildirdiler. Fawcett ve ark., (1980) hem In^{111} hem de Tc^{99m} sintigrafilerinin abseyi tümörden ayırt edebileceğini düşündüler (25).

Bizim serimizde karaciğer sintigrafisi pyojenik abseli 6 (% 7.0) olgu ile amib abseli 8 (% 11.4) olgumuza teşhis aracı olarak kullanılmış ve teşhise yüksek oranda yardımcı olmuştur.

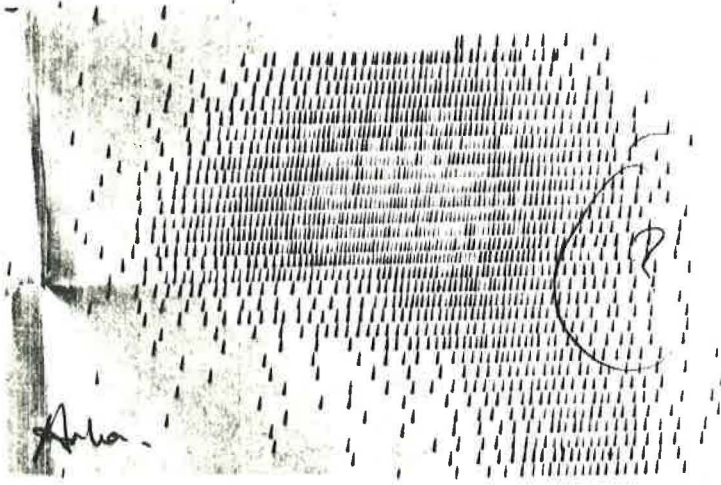
Birçok yazar ultrasonografinin karaciğer absesi teşhisinde kesin sonuç verdiğini bildirmişlerdir. Abul-Khair ve ark., ultrason ile amibli karaciğer absesi teşhisinde % 95 doğruluk oranı bildirdiler. Bu serideki 1 yanlış değerlendirme dejenere hepatoma idi (2). Boulton ve ark., serilerinde doğruluk oranını % 89 olarak verdiler (25). 1980'de Verlanden ve Frey, Ferrera ve ark., 1981'de Balasegaram son bildirimlerinde çalıştıkları 38 olgunun 37'sinde pyojenik karaciğer absesinin doğru teşhisini ultrasonla koyduklarını bildirmişlerdir. 1 yanlış ise abseyi taklit eden kaviteleşmiş hepatosellüler karsinomalı hasta idi (8.56 - 70).

Bizim serimizde pyojenik abseli 4 (% 4.7), amib abseli

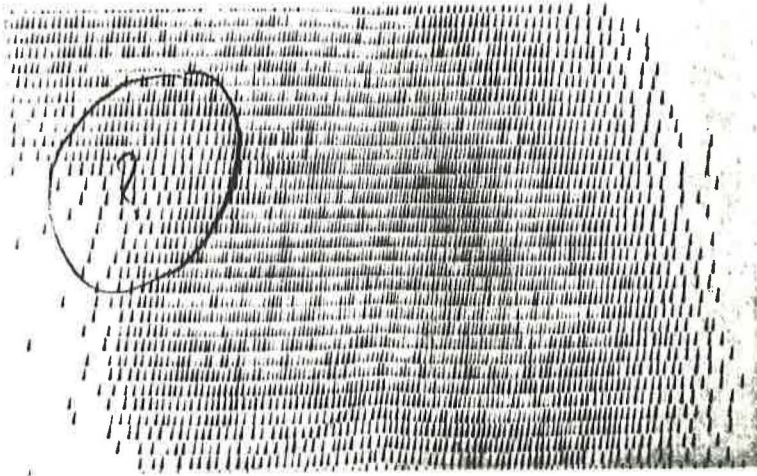
2 (% 2.8) olgumuza batin ultrasonografisi yaptirilmis olup teghise buyuk katklari olmustur.

Karaciğer abselerinin teghisinde kulllanılan diğér yöntemlerden kolanjiografi, komputerize tomografi, karaciğer anjiografisi ve serolojik testler bizim 155 olguluk pyojenik ve amibli karaciğer absesi serilerimizde hiçbir hastamızda kulllanılmamıştır.

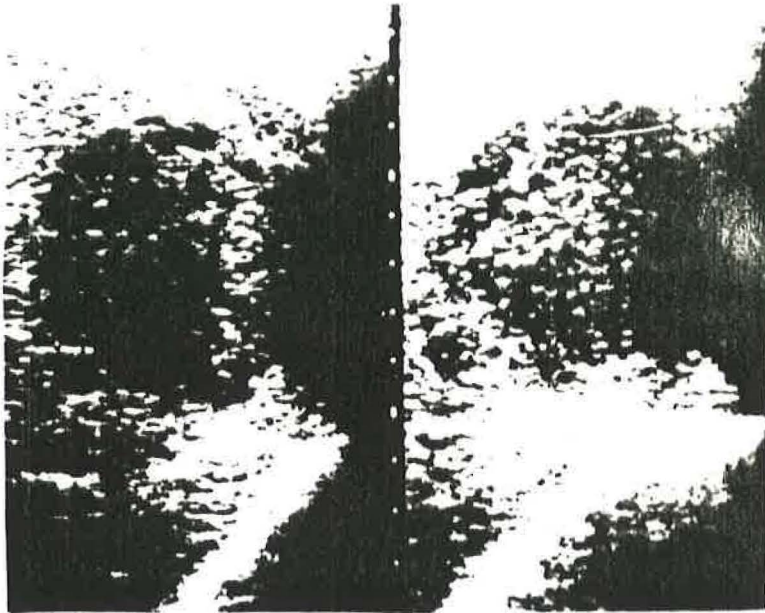
Hastalarımıza yaptirılan karaciğer sintigrafisi ve ultrasonografisinden görüntüler, aşağıdaki resimlerde gösterilmiştir.



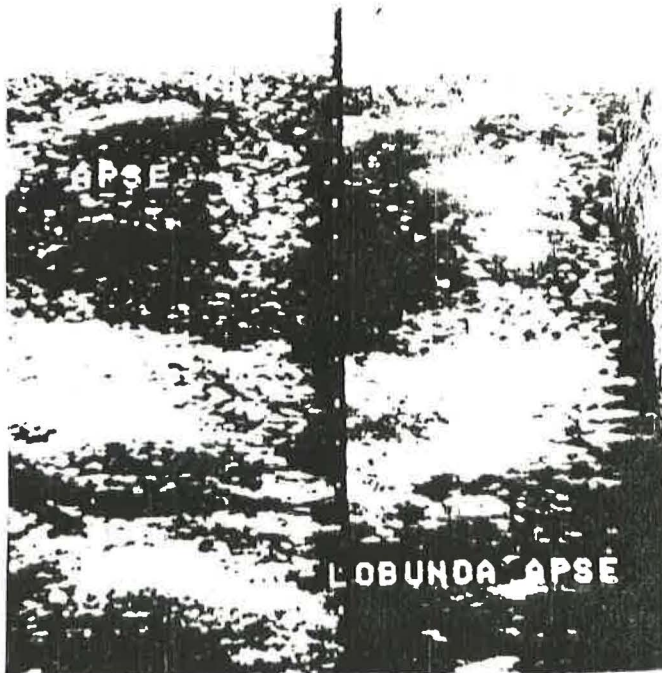
Resim 13: Pyojenik abseli hastamızdaki karaciğer sintigrafisi



Resim 14: Amib abseli hastamızdaki karaciğer sintigrafisi



**Resim 15 : Projenik abseli hastamizdaki
karsiler ultrasonografisi**



**Resim 16: Anib abseli hastamizdaki
karsiler ultrasonografisi**

Ochsner ve ark., 453 olguluk pyoöenik karaciğer absesi serilerinde antibiotiklerden önce % 31 komplikasyon bildirdiler. Bununla beraber mortalite komplikasyonsuz serilerinde % 61, komplikasyonlularında % 91 idi (51). 1975'de Pitt ve Zuidema'da 80 olguluk serilerinde aynı bulgular bildirdiler. Komplikasyonları % 44 idi ve komplikasyon gelişmeyen % 56 olguya göre yüksek mortalite ile birlikteydi (% 77) (57).

Pyoöenik karaciğer abseleri için bildirilen 3 önemli komplikasyon; pulmoner ve pleural komplikasyonlar, sepsis, subfrenik veya subhepatik abselerdir. Pneumoni, pleural effüzyonlar, ampiyem, akciğer abseleri, bronkopleural fistül içeren pleuropulmoner komplikasyonlar 1938'de Ochsner ve ark. tarafından bildirilmiştir. Altemeier ve ark. (1970), Pitt ve Zuidema (1975) en yaygın komplikasyon olarak bakteriemiyi saptadılar. Pitt ve Zuidema bakteriemili hastalarda mortaliteyi % 86 buldular. Polimikrobik bakteriemili 14 olgu eksistüs oldu. Bu analizde hastaların % 31'inde meydana gelen pleuropulmoner komplikasyonlar mortalite artışı ile birlikte değildir. 1981'de Balasegaram, retrospektif incelemesinde % 11-16 oranında subfrenik abse veya subhepatik abse saptadı (4,7,57). Periton veya pericardiuma intrahepatik abselerin açılmaları tehlikeli olup mortalitesi yüksektir.

Bizim 85 olguluk pyoöenik karaciğer absesi materyalimizin analizinde 5 olguda (% 5.8) peritona rüptür olmuş ve 4'ünde genel peritonit tablosuna yol açmışlardır. 2 olguda (% 2.3) pyotoraks ,

1 olguda (% 1.1) bilateral plörezi meydana gelmiştir. Ayrıca 5 olguda (% 5.8) sepsis sonrası septik şok gelişmiş ve bu 5 olgu kaybedilmiştir. 4 olgumuzda (% 4.7) karaciğer yetersizliği sonucu hepatik koma gelişmiş ve bu 4 olgumuz da eks olmuştur. Ameliyat sonrası dönemde 2 olgumuzda (% 2.3) cild altı süpürasyonu, 2 olgumuzda (% 2.3) subdiafragmatik abse, 1 olgumuzda (% 1.1) yara evantrasyonu, 1 olgumuzda (% 1.1) subakut kolisitit, 1 olgumuzda (% 1.1) subileus gelişmiştir. Komplikasyon gelişen hastalarımızda mortalitemiz % 75 olmuştur. Pyojenik karaciğer abselerinde genel mortalitemiz % 15.29 olup komplikasyon gelişen hastalarımızdaki mortalite genel mortalitemize göre % 10.58 olmuştur.

Amibli karaciğer abselerinde komplikasyon insidansı % 20-30 arasında(25). Ochsner ve De Bakey 180 olgu analizinde olguların 39'unda (% 22) komplikasyon olduğunu bildirdiler. Mortalite bu 39 olguda % 41 iken komplikasyon gelişmeyen 141 olguda % 9 idi. Bu bulgular 1867 amib abse olgu serisi bulunan Dourrough'un (1967) bildirileri ile paraleldir. Bu analizde 381 olguda (% 20) komplikasyon gelişti ve 122'si (% 32) öldü(18). Adams ve MacLeod (1977) 2074 olgunun sadece 215'inde komplikasyon geliştiğini ve komplikasyonlu hastalarda mortalitenin % 12 olduğunu bildirdiler (3). Amibli karaciğer abseli hastalarda gelişen komplikasyonların çoğu komşu organ veya başka bir organa absenin rüptürüne bağlıdır. Bu komplikasyonlar;

a. Pleuropulmoner komplikasyonlar : Craere ve ark., (1972)

10 yıllık dönemde Kore'de tedavi ettikleri 200 olgunun 66'sında (% 33) pleuropulmoner komplikasyon bildirdiler. Bu komplikasyonlar, pleural effüzyon, ampiyem, diafragma perforasyonu, pneumoni ve akciğer absesidir. Dourrough'un amibli karaciğer abseli 1867 olguluk serisinde 203 olguda (% 11) bulunan pleuropulmoner komplikasyonlar en yaygın olan komplikasyondur (18). Adams ve MacLeod da aynı şekilde 2074 olgunun 145'sinde (% 7) amib absesinin göğüse yayıldığını bildirdiler. Dourrough'un pleuropulmoner komplikasyonlu olgularının % 22'si öldü. Adams ve MacLeod serilerinde ise bu komplikasyondan ölüm % 6 idi. Balasegaram ve ark. (1974), ampiyem gelişen 31 olgunun tedavisinin sonucunda kalın bir membranın hızla gelişmesi nedeniyle çoğu hastada kapalı thoraks drenajının yeterli olmadığını öne sürdü. Bu hastalara dekortikasyon ve thorakotomiyi öğütlediler(8).

b. Peritona rüptür : Ramachandran ve Gonatillake (1974), 80 olgularının 16'sında (% 20) intraperitoneal rüptür veya prerüptür saptadılar. İntraperitoneal rüptürün en fazla görülme sıklığı Balasegaram tarafından 317 olgunun % 30'unda tespit edilmiştir. Craere ve ark., (1972) Kore'li hastalarının 200'ünün % 12'sinde subfrenik abse formasyonu ve % 13'ünde intraperitoneal rüptür saptamışlardır. Dourrough'un topladığı serilerde olguların sadece % 6'sında amibli karaciğer abse rüptüründen genel peritonit meydana geldi ve % 55 mortaliteye sahipti. Eggleston ve ark. (1982), Hindistan'da tedavi edilen 799 olgunun sadece 19'unda (% 2.4) amib peritoniti bildirdiler (19).

Bunun yanısıra hastaneye gelmeden 19 olgunun 17'sinde rüptür olmuştur. Bu sebeple % 42 mortaliteyle birlikte idi. Adams ve Mac Leod 2074 olgu arasında sadece 38'inde (% 2) intraperitoneal rüptür saptadılar. Bu 38 hastada mortalite % 18 idi. Yazarlar tedavide cerrahi drenaj + Metranidasole kullanılmasını tavsiye etmişlerdir (3).

Amib absesinin intestinal traktüse veya karın duvarına erozyonu nadir bir komplikasyondur. Adams ve Mac Leod 2074 olgusunun sadece 2'sinde (% 0.1) barsağa rüptür saptadılar. Bu olguların 2'si de eksitus oldu. Turrill ve Burnham 13 yıllık dönemde topladığı 100 olgusunun sadece 1'inde (% 1) barsağa amib abse erozyonu bildirdi. Bu hasta da eks oldu (25). Karın veya yan taraf derisine doğru erozyon seyrek görülür ve daha az maligndir. Dourrough 1867 olguda sadece 1'i ölen (% 0.6) ölen 12 olguda kutaneus fistülizasyon bildirdi. Craere ve ark., 200 olgusunun 2'sinde (% 1) ve Balasegaram 317 olgusunun sadece 2'sinde (% 0.6) bu komplikasyonu bildirdi.

c. Pericardiuma rüptür: Perikardiuma rüptür sol lob abselerinin komplikasyonudur. Dourrough 1867 olgusunun sadece 10'unda (% 0.5) bu komplikasyonu tespit etti ve bunların 8'i öldü (% 80). Crone ve ark., % 1.5 insidans bildirmiş olup Balasegaram'ın % 1.9'luk insidansından daha iyidir. İberra-Perez ve ark. (1972), amibik perikarditisli 11 olgularının 8'inin öldüğünü bildirdiler (28). Adams ve Mac Leod 2074 olgularının 27'sinde (% 1.3) amibik perikarditis bildirdi. Bu 27 olgunun 8'i (% 30) öldü. Adams ve Mac Leod, perikardiuma rüptür sonucu 3 klinik tablo tanımladılar: Hepatik bulguların

hakim olduğu tablo, kardiyak bulguların hakim olduğu tablo ve çok tablosu. 27 olgularının 8'i (% 30) karaciğer absesi bulgusuyla kabul edildi. Sonuçta perikardit gelişti. Olgularının % 75'i önce kardiyak bulgularla kabul edildi. Karaciğer abse belirtileri gözden kaçtı. Bu 18 olgu perikarditis efüzyonu, konjestif kalb yetmezliği veya her ikisi ile kabul edildi. 27 olgunun 1 tanesi ise kardiyak tamponada sekonder olarak gelişen çok tablosundaydı. Adams ve MacLeod iğne aspirasyonu ile perikardın yeterli drenajını ve etkili do-ku amibisidlerinin kullanılmasını tavsiye ettiler. Diğer konstruktif perikarditis gelişirse konservatif tedavi önerdiler.

d. Diğer komplikasyonlar: Bu komplikasyonlar; sekonder enfeksiyon, bakteriyemi, karaciğer yetersizliği, hemobilia, beyin absesidir.

Dourrough, 45 olgunun 8'inde (% 18) sekonder bakteriyel enfeksiyon bildirdi. Bu % 18 olgunun 6 tanesi insizyon ve drenajdan sonra, 1'i aspirasyondan sonra enfekte olmuştu. 1'i primer enfekte idi. Turrill ve Burnham 100 olgularının 7'sinde (% 7) sekonder enfeksiyon bildirdiler. Bu hastalarda üretilen mikroorganizmalar pyojenik abselerde üretilenler ile paraleldir. 7 olgunun 1'i eks oldu. Balasegaram, 317 olgunun 7'sinde (% 2.2) bakteriyemi bildirdi. Balasegaram olgularının 10'unda (% 3.1) karaciğer yetersizliği bildirmiştir. Craene ve ark., 200 olgudan 5'inde (% 2.5) karaciğer yetersizliği bildirmiştir. Hemobilia çok nadir olup, Balasegaram 2 olguda (% 0.7) hemobilia bildirdi ve karaciğer rezeksiyonu tav-

siye etti (8). Kosky ve ark., (1979) amibli karaciğer absesi sonrası gelişen 1 hemobilialı hastalarına karaciğer rezeksiyonunu başarıyla uyguladılar. Adams ve MacLeod 2074 amibli karaciğer abseli hastalarından sadece 1'inde hemobilia bildirdiler ve bu komplikasyonu sağ hepatic arter ligasyonu ile başarı ile tedavi ettiler (3). Beyin absesi çok nadir görülür Adams ve MacLeod, Balasegaram, Dourrough 1'er olgu bildirmişlerdir.

Bizim 70 olguluk amibik karaciğer absesi serimizde; peritona rüptür 21 olguda (% 30) meydana gelmiş olup, bunların 14'ü (% 20) genel peritonite, 7'si (% 10) lokal peritonite sebep olmuştur. Diafragma penetrasyon 2 olguda (% 2.8), ampiyem 2 olguda (% 2.8) , kotlarda enfeksiyon 1 olguda (% 1.4) gelişmiştir. Postoperatif dönemde 5 olguda (% 7.1) cildaltı süpürasyonu oluşmuştur. 11 olgumuzda (% 15) sepsis sonrası toksik şok gelişmiş ve bu 11 hastada eks olmuştur. 1 olgumuzda (% 1.4) karaciğer yetersizliği meydana gelmiş ve hepatic komadan ölmüştür. Komplikasyon gelişen olgularımızda mortalitemiz % 70.6 , total mortalitemiz % 20 olup, komplikasyon gelişen hastalarımızdaki mortalite genel mortalitemize göre % 17.1 dir.

Kesim teşhisi konulamayıp uygun tedavisi yapılamayan pyojenik karaciğer abseleri öldürücüdür. Tavsiye edilen tedavi uygun cerrahi drenaj ve kültür antibiogram sonucuna göre antibiyotik tedavisidir. Drenaj özellikle soliter abseler veya geniş multipl abselerde endikedir (6,7,13,22,33,38). Komplike olmayan amibik karaciğer absele-

rinde tedavi, amibisidal ilaçlar, kapalı aspirasyon, perkütanöz drenaj ve cerrahi drenajdır (1,8,18,28,34,48,52,62). 1966'da Powel ve ark., Metranidasole bağladılar. Nair ve ark. (1974), Hindistan'da metranidasole ile tedavi ettikleri 9 olguda hızlı düzelme bildirdiler (25). Kovalski ve ark. (1981), cerrahi deranj ve İV metranidasole ile perfore amib abseli 1 hastayı başarı ile tedavi ettiler (43).

Bizim serimizde, pyojenik karaciğer absesinin medikal tedavisinde parenteral olarak 20 milyon Ü/gün Penicillin Cristalize + 2 gr/gün Kloramfenikol + Aminoglikosid (Gentamycin 80 mg. 3 saat ara ile) kombine edilmiştir. Hasta operasyona alınmış ise operasyon sırasında alınan cerrahattan kültür alınıp, kültür antibiogram sonucuna göre postoperatif antibiotik tedavisi düzenlenmiştir. 1983 yılından itibaren başlangıç antibiotiği olarak penicillin criztalize yerine Ampicillin gurubu antibiotiği günde 4 eşit dozda veriyoruz, ayrıca Kloramfenikol gurubu yerine de daha geniş spektrumlu örneğin Clindamycin gurubu antibiotiği tercih ediyoruz. Amibik karaciğer absesi tedavisini ise 1 mg/kg. Emetin + Ornidazole tb 2 x 2 (gün kombinasyonu ile sağlıyoruz. Medikal yolla pyojenik karaciğer abseli olgularımızın 30'unu (% 35.2), amibik karaciğer abseli olgularımızın ise 10'unu (% 14.2) tedavi ettik.

1953'de Mc Fadzean ve ark., kapalı iğne aspirasyonu ve intrakaviter antibiotiklerle tedavi ettikleri pyojenik karaciğer abseli 14 olguda başarılı olduklarını bildirdiler (48). Moher (1979), Per-rera ve ark., Balasegaram (1981) pyojenik abselerde kapalı aspirasyon

ve sistemik antibiotik tedavisinin başarılı olduğunu bildirmişlerdir (8,56). Ferrera ve ark., kapalı aspirasyonla 16 olgunun 7'sini, Balasegaram ise 125 olgunun 10'unu (% 8) tedavi etmiş ve ölüm olmamıştır. Balasegaram, pyojenik abseli geniş serisinde kapalı aspirasyon uygulamasına rağmen açık drenajın karaciğer absesinde daha yeterli drenaj sağladığını ve iyileşmenin daha hızlı olduğunu bildirmiştir (7). Kapalı aspirasyon özellikle sol lobda bulunan, pericardiuma penetre olabilecek ve konservatif tedaviye cevap alınamayan hastalara, çok büyük abselere son çare olarak kullanılır.

Bizim çalışmamızda hiçbir hastamıza kapalı aspirasyon uygulanmadığını tespit ettik.

1970'de Patterson, açık iğne aspirasyonu ile soliter pyojenik abseli 3 olguda başarılı tedavi bildirdi. 1977'de Haaga ve ark., 5 tanesi pyojenik karaciğer abseli olan 22 intraabdominal abseli hastada computerize tomografi kılavuzluğunda iğne aspirasyonu bildirdi. Ayrıca 14 hastaya perkütanöz drenaj uyguladı. 12'sinde başarılı olmuşlardır. 1980'de Kraulis ve ark. perkütanöz drenaj ile başarılı sonuç aldıkları 4 pyojenik abseli olgu bildirdiler (44). 1981'de Martin ve ark., perkütanöz drenaj ile 7 olgu tedavi ettiler. Bu 7 hastanın 2'sinde tekrar cerrahi girişim gerekli oldu (20). Gerzof ve ark., bu metodla 9 pyojenik karaciğer abseli hasta tedavi ettiler, ölüm bildirmedi, ancak 1 olguda bakteriyemi, diğer hastada periton kontaminasyonuna bağlı peritonit gelişti ve acil laparotomi yapıldı (21). 1981'de Balasegaram, perkütanöz drenaj ile 12 pyojenik abseli hasta

tedavi etti. Ancak Balasegaram, perkütanöz drenajı cerrahi girişini reddeden veya ameliyatı kaldıramayacak kadar yaşlı olan hastalara son çare olarak uyguladı. Bu kriterlere rağmen 12 olgunun 1'i ölmüştür (7,8). Perkütanöz drenaj, amibli karaciğer abselerinde yeterli cazibe bulamamıştır. Metz ve ark. (1973), perkütanöz drenaj ile 12 amibik abseli hastadan 7'sini başarı ile tedavi ettiklerini bildirmişlerdir (25). Bu olgularında mortalite yoktu. Ancak hastanede yatma süreleri ortalama 16 gün olmuştur. Balasegaram (1981), amibik abseli 317 olgunun 10'unda (% 3.2) perkütanöz drenaj yapmış, sadece 1 tanesi kanama nedeni ile ölmüştür (8).

Bu bildiriler perkütanöz drenajın seçilmiş intrahepatik olgularda başarılı olabileceğini ortaya koymuştur.

Bizim çalışmamızda hiçbir hastaya perkütanöz drenaj uygulanmamıştır.

Antibiotiklerden önceki dönemde intrahepatik abselerin drenajı için ekstraseröz girişim tavsiye edilmiştir. Ekstraseröz müdahale etiyojisi iyi bilinen ve yeterli tedavi edilmiş olan soliter abseli hastalar için çok uygundur. Ancak bu kriterleri taşıyan hasta sayısı çok azdır.

Bizim materyalimizde hastalarımıza ekstraseröz müdahale yapılmamıştır.

Bugün otörler pyojenik karaciğer absesi tedavisinde sistemik antibiotik ile birlikte en iyi cerrahi yaklaşım olarak transperitoneal cerrahi drenajı savunurlar (4,7,9,11,12,17,22,33,38,39,51,54,65).

Transperitoneal drenaj, karaciğerin en iyi eksplorasyonuna imkan sağladığı gibi drenaj yerinin seçimi ve multipl abselerin lokalizasyonlarını tespit imkanını da verir. Ayrıca endikasyon varsa operatif kolanjiografi çekilebilir, koledok eksplorasyonu yapılabilir, drenaj uygulanabilir. Bazı durumlarda multipl abseleri kontrol etmenin tek yolu hepatik rezeksiyondur. Bu tür tedavi 1 loba ait ve uzun süreli bilier tıkanmalı hastalara uygulanmalıdır. Pyojeni'k karaciğer abselerinde hepatik rezeksiyonu en geniş Balasegaram uygulamıştır. 21 olgusunun sadece 3'ü eks olmuştur (7). İ.Kayabalı ve ark. (1981), 117 olguluk serilerinde tedavi olarak intraperitoneal cerrahi drenajı uygulamışlardır (38). Amibli karaciğer abselerinde komplikasyonlu hastalarda en iyi tedavi yöntemi açık cerrahi drenajdır. Absenin peritona perfore olduğu durumlarda cerrahi drenaj kesin endikasyondur. Öte yandan pleuropulmoner komplikasyonlarda veya pericardiuma rüptür durumlarında cerrahi drenajın kesin endikasyonu konusunda fikir birliği yoktur. Adams ve MacLeod, böyle vak'alarda cerrahi drenaj önermezler. Ancak pericardium ve karaciğer absesinin içine aspirasyonunu tercih ederler (3). Cohen ve Reynolds (1975), tedavi ettikleri 66 amibli karaciğer abseli hastanın hiçbirine cerrahi drenaj uygulamadı (15). Turnnill ve Burnham (1967) tarafından bildirilen 100 hastanın 12'sine cerrahi drenaj uyguladılar (25). Craene ve ark. (1972) ile Barbour ve Juniper (1972), retrospektif incelemelerinde hastaların % 26-30'una açık cerrahi drenaj gerektiğini bildirdiler (9). Balasegaram ise 317 hastasının % 85'ine açık

cerrahi drenaj uygulamıştır. Balasegaram, cerrahi drenaj yaptığı 269 olgusunda sadece 6 mortalite bildirdi. Bu % 2.1'lik mortalite amibisidal ilaçlarla veya kapalı aspirasyonla kombine edilen serilerle kıyaslanınca açık cerrahi drenajın daha etkili olduğunu ortaya koyar. Balasegaram, cerrahi girişimde ısrar etmektedir. Amib absesi için operasyon geçiren 269 olgusunun 37'sinde hepatik debridman, 17'sinde parsiyel hepatik rezeksiyon, 10'unda abse eksizyonu yapmıştır. Bu, toplam 64 hastasında mortalite diğer cerrahi drenaj geçiren 205 olgusundaki % 0.7'lik mortaliteye göre % 6 olmuştur.

Bizim materyalimizde 85 olguluk pyojenik abse serimizde 30 olguya medikal tedavi uygulanıp geriye kalan 55 hastaya transperitoneal cerrahi girişim yapılmıştır. Abse drenajı 47 olguya (% 55.2), abse drenajına ilave olarak kolesistektomi 2 olguya (% 2.3), abse drenajı ile birlikte koledokun T drenajı 1 olguya (% 1.1), sol lateral hepatik segmentektomi 2 olguya (% 2.3), abse drenajı ile abse poşunun intrafleksiyonu 1 olguya (% 1.1), abse drenajı ile birlikte abse poşunun marsupializasyonu 2 olguya (% 2.3) uygulanmıştır. Periton içerisine perforan olan 5 olgumuzun hepsine laparotomi yapıp geniş drenaj uygulanmıştır. Medikal tedavi uyguladığımız olgularımızda mortalite % 2.35 , transperitoneal drenaj uyguladığımız olgularımızda ise mortalite % 12.94 olup pyojenik karaciğer abselerinde toplam mortalitemiz 13 olgu (% 15.29)'dur.

Amibik karaciğer abseli 70 olguluk materyalimizde 10 olguya (% 14.28) Emetin 1 mg/kg + Ornidasole tb. 2 x 2/gün 'den ibaret

medikal tedavi uygularken 59 olguya (% 80.0) transperitoneal cerrahi girişim yapılarak abse drene edilmiştir. 3 olguya (% 4.28) abse drenajına ilave olarak abse poşunun marsupializasyonu uygulanmıştır. 1 olgumuzda (% 1.42) abse spontan olarak bronşa fistülize olmuştur. Bu hastamıza sonradan kapalı thoraks drenajı uygulanmıştır. Laparotomi sonrası abse drenajı yapılan olgularımızdan 1 tanesinde absenin ayrıca bronşa da fistülize olduğu tespit edilip diafragnaya primer dikiş konulmuş, ameliyat sonrası 3. günde kapalı thoraks drenajı ilave edilmiştir. Medikal tedavi gören hiçbir olgumuz kaybedilmemişken cerrahi drenaj uygulanan amibli karaciğer abseli olgularımızda mortalite 14 (% 20) olmuştur.

Pyojenik karaciğer abselerinde mortalite oranı 1950-1984 yılları arasında % 24-80 olarak bildirilmiştir. Mortalitenin bu kadar yüksek olmasının nedeni şöyle özetlenebilir; anamnezi dikkate almayıp dikkatli fizik muayene yapmamak, küçük intrahepatik lezyonların gözden kaçması, yetersiz cerrahi tedavi, enfeksiyon odağının kontrol altına alınamayışı, abse ile aynı zamanda gelişen kanserler. Cerrahi olarak tedavi edilmeyen olgularda sonuç çok kötüdür (38).

Tedavi, erkenden yapılan geniş cerrahi drenaj, gerekli antibiyotiklerin yüksek dozda kullanılması, hipoproteinemiyi ve karaciğer fonksiyonlarının düzeltilmesi biçiminde özetlenebilir.

Erken cerrahi girişim ve enerjik bir destek tedavisine rağmen mortalite çarımızda gene de yüksektir.

Pyojenik karaciğer abse serimizdeki mortalitenin diğer yazarlarla karşılaştırılması aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Yazar	Olgu sayısı	Yıl	Mortalite (%)
W.G.Dieffenbaugh	9	1960	77.7
M.A.Block	48	1964	58
W.Ostermiller	22	1967	26
W.D.Gaisford	21	1969	30
W.A.Altemeier	65	1970	63.3
A.I.Reyes	26	1970	30
J.Lazarchick	75	1975	40
Pitt et al.	80	1977	65
İ.Kayabalı	117	1980	17.9
Serimiz	85	1985	15.2

Tablo 22: Pyojenik abse mortalitemizin diğer serilerle karşılaştırılması.

1950-1980 yılları arasında tedavi edilen amib abseli olgular-
da mortalite % 0-34 arasındadır. Ribauda ve Ochsner ile Pitt ve Dahk
tarafından yapılan 50 ve 21 olguluk serilerde mortalite bildirilme-
miştir(60). Egglest on ve ark., yüksek risk gurupları dolayısıyla
serilerinde mortaliteyi % 34 verdiler (19) . Toplanan 3081 amibli ka-
raciğer absesi analizinde sadece 118 ölüm vardır (25). Buna karşılık
aynı dönemde toplanan pyojenik karaciğer abseli 598 olgunun 273'ü
(% 46) ölmüştür (52).

Bu sonuçlar amib abselerinin pyojenik abseye göre prognozunun
daha iyi olduğunu göstermektedir.

Serimizde amibli karaciğer abselerinin mortalitesini % 20

olarak tespit ettik.

Çeşitli serilerin analizinde halen amibli karaciğer abselerinin tedavisinde yazarların görüş birliğine vardığı tedavi biçimi yoktur. Cohen ve Reynaulis (1975) hemen yalnız amibisidal ilaçlarla tedavi edilen 66 olgu arasında sadece 2 (% 3) eksitus bildirilmişlerdir. Hastalarının 4'üne iğne aspirasyonu uygulanmış, hiçbirine cerrahi girişim yapılmamıştır (15). Adams ve MacLeod 2074 olgunun % 75'ine kapalı iğne aspirasyonu yapmışlar ve mortaliteyi % 2 vermişlerdir (3). Ribaud ve Ochsner (1973), Balasegaram (1981), Pai ve Balık (1970) cerrahi drenajı savundular ve retrospektif değerlendirmelerinde Ribaud ve Ochsner olgularınının % 71'ine, Balasegaram % 85'ine, Pai ve Balık ise % 100'üne açık cerrahi drenaj uyguladılar. Bu 3 serideki 334 olgunun sadece 6'sı (% 2) ölmüştür (8,25,60).

Datta ve ark. (1973), sarılıklı amib abseli 27 hastasında mortaliteyi % 32 bildirdi. Bu yazarlar sarılığın sebebini intrahepatik safra kanallarının yıkımı veya masıya uğramasına bağladılar (15). Ramachandron ve ark. (1976), 137 olguluk serileriyle eksitus olan 15 olgularınının 10'unun yaşının 50'nin üzerinde olduğunu vurguladılar. Ek olarak 15 olgunun 9'unda intraperitoneal (8 olgu) ve intratorasik (1 olgu) rüptür vardı. Adams ve MacLeod'un serileriyle komplikasyonsuz olgularda mortalite % 0.7 iken büyük komplikasyonlu olgularda % 12 olmuştur (3). Bu serilerdeki yüksek mortaliteye sebep olan komplikasyonlar; pericardiuma (% 30), peritoneuma (% 18) rüptürdü. İntrathorasik rüptür % 6 mortaliteyle birlikte olmuştur.

Bizim serimizde peritoneuma rüptür komplikasyonu gelişen olgularımızdaki mortalite % 12.8 olup (9 olgu) toplam mortalitemizin % 64.2 'sini meydana getirmektedir.

Amibli karaciğer abselerinin aspirasyonla tedavisinin sonuçlarının % 3-10 mortal olduğu bildirilmiştir (20,24).

II. Dünya Savaşından sonra Emetin'in toksik etkisine karşı amib tedavisinde, spesifik olduğu kabul edilen Terramycine ve Metranidasole önem verilmiştir. Fakat bu ilaçların her zaman başarı vermediği bildirilmektedir . Bu bakımdan biz gene Emetin'i kullanmaya devam ediyoruz. Bizimle aynı fikirde olan başka araştırmacılar da vardır (24). Medikal tedavinin, nüksleri ve sonuçları hemen daima öldürücü olan amibiasis komplikasyonlarına önleyemediği bir gerçektir (34,35).

Tedavide, çağımızda en güvenilir yolun cerrahi drenaj olduğunu kabul ediyoruz. Bu konuda bizimle aynı görüşte olan yazarlar vardır (8,60). Varış yolları çok değişik olmakla beraber biz transperitoneal direkt yolu tercih ediyoruz.

S O N U Ç

Karaciğer abselerinin görülme sıklığı 1900-1984 yılları arasında toplanan serilerde % 0.013 - 0.035 bulunmuştur.

Bizim serimizde bu oran pyojenik karaciğer abseleri için % 0.035 , amibli karaciğer abseleri için % 0.028 olmuştur.

Erkek/kadın oranı pyojenik abselerde 3.7/1, amib abseli olgularımızda ise 16/1 olarak tespit edildi.

Absenin karaciğer içerisindeki lokalizasyonunun literatür taramalarında % 65 karaciğer sağ lobunda, % 12 sol lobunda, % 23 bilateral olduğu görülmüştür.

Bizim serimizde abse lokalizasyonları; % 56.4 sağ lobda, % 8.2 sol lobda, % 8.2 de bilateral olarak tespit edilmiştir.

Hastaların klinik belirtileri ve bulguları, hele geçitli abse komplikasyonları meydana gelmişse çok değişiklikler göstermektedir. Ağrı, ateş ve hepatomegali en sık tespit edilen klinik ve fizik muayene bulgusudur. Laboratuvar bulgusu olarak karaciğer fonksiyon testleri fazla bozulmaz, $10.000/\text{mm}^3$ üzerinde lökositoz ve 50 mm/saat üzerinde sedimentasyon çöğü olguda tespit edilir. Radyo-

lojik bulgu olarak literatüre paralel şekilde bizim serimizde de sağ diafragma yükselmesi en fazla görülen bulgudur. Son yıllarda klinik çalışma sahasına giren ultrasonografi abselerin erken teşhisi konusunda çok yararlı bilgiler vermektedir.

Karaciğer absesi tedavisinde ilk basamak sayılan antibakteriyel veya antiamibik ajanların uygulanmasında hemen hemen tüm yazarlar küçük farklılıklara rağmen görüş birliği içindedirler. Ancak hastalığın cerrahi tedavi yönteminin seçimi konusunda günümüzde de bir takım farklılıklar vardır. Son 40 yıl öncesine kadar tedavide tercih edilen aspirasyon tekniği günümüzde önemini kaybetmiştir. Çok geniş bir görüş alanı sağlaması, tam bir drenaja fırsat vermesi, multipl abselerde de tedavi olanağı sağlaması, pyojenik abselerde abse gelişiminde rolü olan primer sebebin tespit ve tedavisine olanak sağlaması gibi çok olumlu yönleri sebebi ile transperitoneal cerrahi girişim önerilmektedir. Biz de bu görüşe katılmaktayız.

Tüm ilerlemelere rağmen günümüzde de karaciğer abselerinde yüksek mortalite oranları bildirilmektedir. Hastaların yaşı, multipl abselerin bulunuşu, çeşitli abse komplikasyonlarının gelişmesi, hastada kanser, diabetes mellitus gibi yandaş hastalıkların bulunuşu, karaciğerde abse gelişmesinde safra yollarının sorumlu olması, hastanın direnci prognozla rol oynayan faktörlerdir.

Bizim serimizde pyojenik abselerde total morbiditemiz % 21.8 , total mortalitemiz % 15.2 , komplikasyon gelişen hastalarımızdaki mortalitemiz % 75, komplikasyon gelişen hastalarımızdaki

mortalite total mortalitemize göre % 10.5 olmuştur. Amib abseli olgularımızdaki total morbiditemiz % 45.5 , total mortalitemiz % 20 , komplikasyon gelişen olgularımızdaki mortalitemiz % 70.6 , komplikasyon gelişen olgularımızın mortalitesi total mortalitemize göre % 17.1 olmuştur.

Ö Z E T

Kliniğimizde 1.1.1970 -1.1.1985 yılları arasında tedavi edilmiş olan 85 pyojenik ve 70 amibli karaciğer abseli toplam 155 hastamızı retrospektif olarak inceledik.

Pyojenik karaciğer abseli olgularımızda ortalama yaş 34.2 iken amib abseli olgularımızda 31.4 'dür. Kadın/Erkek oranı pyojenik abselerde 1/3.7 amib abseli olgularımızda 1/16 'dır.

Olgularımızda sağ üst karın bölgesindeki ağrı ve ateş en sık görülen klinik bulgu olup, fizik muayenede hepatomegali hastalarımızın büyük çoğunda mevcuttu. Olgularımızda lökositoz ve akciğer grafilerinde sağ diafragma yükselmesi sık rastlanan teşhis kriterleri olmuştur. Pyojenik abseli olgularımızda abse, % 91.7 oranında tek, % 4.7 oranında multipl idi. Amib abseli olgularımızda ise abse % 92.8 oranında soliter, % 7.1 oranında ise multipl idi.

Pyojenik abseli olgularımızın 30'una medikal, 55'ine cerrahi tedavi uygulanmıştır. Amib abseli olgularımızın ise 10'una medikal, 59'una cerrahi tedavi, 1'ine de tedavi olarak kapalı thoraks drenajı uygulanmıştır.

Pyojenik karaciğer abselerinde total morbiditemiz % 21.8 ,
amibli karaciğer abselerinde % 45.5 'dir.

Pyojenik abselerde total mortalitemiz % 15.2 , amibli ab-
selerde total mortalitemiz % 20 'dir.

S U M M A R Y

We have analysed 70 patients with amebic liver abscess and 85 patients with pyogenic liver abscess which had been treated from 1.1.1970 to 1.1.1985 in our clinic.

The mean age was 34.2 years in the cases of pyogenic liver abscess and 31.4 years in the cases of amebic liver abscess. Female/male ratio was 1/3 in pyogenic abscess and 1/16 in amebic liver abscess.

Pain in the right upper abdomen and fever were the most common clinical findings in our cases. Hepatomegaly was present in most of the patients in physical examination. The most common laboratory findings are leucocytosis and elevated right hemidiaphragma in our cases and these findings are basis of the diagnosis. In pyogenic liver abscess, lesions were single in 91.7 percent and multiple in 4.7 percent. In amebic abscess, lesions were single in 92.8 percent and multiple in 7.1 percent.

The surgical intervention were performed in 55 patients and medical therapy were performed in 30 cases of pyogenic liver abscess. 59 of the amebic abscess were gerated on, and medical therapy were

used in 10 cases of amebic liver abscess and thorax drainage was performed in only one patient.

Morbidity rate was 21.8 percent in the cases of pyogenic liver abscess and 45.5 percent in amebic abscess.

Mortality rate was 15.2 percent in the cases of pyogenic abscess and 20 percent in amebic liver abscess.

K A Y N A K L A R

1. Abuabara, S.F., Barret, J.A., Han, T., Jonasson, O.: Amebic liver abscess. Arch Surg 117;239-44,1982.
2. Abul-Khair, M.E., Kenawi, M.M., Korashy, E.E.A., et al.: Ultrasonography and amoebic liver abscess. Ann.Surg. 193;221,1981.
3. Adams, E.B. and MacLeod, I.N.: Invazive Amibiiasis. Amebic liver abscess and its coplications. Medicine, 56;325,1977.
4. Altemeier, T.A., Schawengerdet, G.C. and Whiteley, B.H.: Abscess of the liver. Surgical Considerations. Arch.Surg. 101;258,1970.
5. Ampel, N., Peter, G.: Aeromonas Hydrophilia liver abscess. Lancet. March 20;134,1982.
6. Arthur, S., Mc Tee, M.O., Morris, E.: Pyogenic karaciğer abseleri. Temel Cerrahi, Cild 2; 1202-12, 1977.
7. Balasegaram, M.: Management of hepatic abscess. Curr Probl. Surg. 18; 282,1981.
8. Balasegaram, M.: New Concepts of hepatic amoebiasis. Ann.Surg. 175;528,1972.
9. Barbour, G.L. and Juniper, K.Jr.: A clinical comparison of amebic and pyogenic abcesses of the liver in sixtysix patients. Ann.In-tern.Med. 77;629,1972.

10. Berger, L.A., Osborn, D.R.: Treatment of pyogenic liver abscesses by percutaneous needle aspiration. *Lancet*. 1;132-34, 1982.
11. Bichet, D., Schrier, R.: Management of liver abscesses. *Lancet*. March 27;137, 1982.
12. Buchmann, T.G. and Zuidema, G.D.: The role of Computerized tomography scanning in the surgical management of pyogenic hepatic abscesses. *Surg. Gynecol. Obstet.* 153;1, 1981.
13. Cheung, N.K., Malfitan, R.C., Najem, A.C., et al: Pyogenic liver abscesses. *Am. Surg.* 44;272, 1978.
14. Chusid, M.J.: Pyogenic hepatic abscesses in infancy and childhood. *Pediatrics* 62; 554, 1978.
15. Cohen, H.G. and Reynolds, T.B.: Comparison of Metranidasole and chloroquine for the treatment of amoebic liver abscesses. *Gastroenterology*. 69;35, 1975.
16. Cunha, B.A., Ristuccia, A.M.: Third generation Cephalosporins. *Med. Clin. N. Am.*: 66;283-91, 1982.
17. De Bakey, M.E. and Jordan, G.J. Jr: Hepatic abscesses. Both intra and extrahepatic. *Surg. Clin. North. Am.* 57;325, 1977.
18. Dorrough, R.C.: Amebic liver abscesses. *South. Med. J.* 60;305, 1967.
19. Eggleston, P.C., Handra, A.K. and Verghese, M.: Amebic peritonitis secondary to amebic liver abscess. *Surgery*. 91; 46, 1982.
20. Eric, C., Martin, M.A., M.R.C.P., F.R.C.R.: Percutaneous drainage in the management of hepatic abscesses. *Surgical Clinics of North Am.* Vol. 61, No.1, Feb., 1981.

21. Gerzof, S.G., Robbins, A.H., Birkett, D.H. et al. : Percutaneous catheter drainage of abdominal abscesses guided by ultrasound and computed tomography. *Am.J.Roentgenol.* 133;1-8, 1979.
22. Greenstein, M.D., F.A.C.S., D.Lowenthal, B.A., et al: Continuing changing Patterns of Disease in Pyogenic liver abscesses. A study of 28 patients. *Am.J. of Gastroenterology.* Vol.79, No.3, 1984.
23. Grosman, R.I., Ring, E.J., Oleaga, J.A., et al: Diagnosis of pyogenic hepatic abscesses by percutaneous transhepatic cholangiography. *Am. J. Roentgenol.* 132;919, 1979.
24. Gupta, R.K. and Ortho, D.: Amebic liver abscesses. A report of 100 cases. *Ina.Surg.* 69;261-4, 1984.
25. Henry, A., Pitt, M.D.: Liver Abscesses. *Surgery of the Alimentary Tract.* Schackelford and Zuidema: 465-497, 1983.
26. Herbert, D.A. et al.: Pyogenic liver abscesses. Successful non-surgical therapy, *Lancet*, 1;134-36, 1982.
27. Heyman, D.A.; Clinical aspects of grave pyogenic abscesses of the liver. *Surg. Gynecol. Obstet.* 149;209-13, 1979.
28. Iberra-Perez, C., Green, S.L., Calvillo-Juarez: Diagnosis and treatment of rupture of amebic abscesses of the liver into the pericardium. *J.Thorac.Cardiovasc.Surg.* 64;11, 1972.
29. Jeanes, A.L.: Evaluation in clinical practice of the fluorescent amoebic antibody test. *J.Clin.Path.* 22;427, 1969.
30. Joseph, W.L., Kahn, A.M., and Longmiere, W.P.: Pyogenic liver abscesses. *Am.J.Surg.* 115063-68, 1978.

31. Kadir,S. et al: Percutaneous biliary drainage in the management of biliary sepsis. Am.J.Roentgenol. 1338;25-9,1982.
32. Kasliwal,R.M., Kenney,M. : Significance of the Complement fixation test in the diagnosis of amoebiasis in an endemic area. Brit.Med.J.1;8737,1966.
33. Kaudel,G., Norman,B., Marcon,M.D.: Pyogenic liver abscesses. New Concepts of an old disease. The Am.J.Surg. Vol.1, No.1, 65-71, 1984.
34. Kayabalı,İ., Yılmaz,Ş., Gürel,M.: Karaciğer amib abseleri. (Cerrahi yolla tedavi edilen II vak'anın incelenmesi) İzmir Devlet Hastanesi Mec. 18;482-485, 1980.
35. Kayabalı,İ., Baskan,S., Gürel,M., : Amebik Colon necrosis (A report of 2 cases) Ankara Tıp Bülteni, 3; 217-220,1981.
36. Kayabalı,İ.: Abscés uniloculaires a pyogène du foie, Lyon Chir., 71;187-188,1975.
37. Kayabalı,İ., ve ark.: Sur le diagnostic et le traitement des kystes hydatiques du foie. Idem, 79;186-188, 1983.
38. Kayabalı,İ., Yılmaz,Ş., Gürel,M: Solitary Pyogenic liver abscesses. Statistical analysis of 117 cases. Int. Surg. 68;149-150,1983.
39. Kayabalı,İ.: Karaciğer abseleri. Cerrahi Ders Kitabı. A.Ü.T.F. Yay. 422;625-630, 1981.
40. Kayhan,B.: Karaciğer amib absesi. Hacettepe Tıp Cerrahi Bülteni. Cilt 4,2; 233-244, 1981.

41. Kortelainen, P., Huttunen, R., Rairavoma, M. I., Mokka, R. E. M., Laitinen, S. Larmia, T. K. I.: Single dose intra rectal Metranidasole against Wound infection after appendectomy. *Am. J. Surg.* 143;244-245, 1982.
42. Koshy, A., Khuroo, M. S., Sari, S., et al: Amebic liver abscesses with hemobilia. *Am. J. Surg.* 138; 453, 1979.
43. Kovalski, T., Malangoni, M. A. and Wheat, L. J.: Treatment of an Amebic liver abscess with intravenous Metranidasole. *Arch. Intern. Med.* 141; 132, 1981.
44. Kraulis, J. E., Briar, B. L., Colapinto, N. D.: Percutaneous catheter drainage of liver abscess an alternative to open drainage. *Br. J. Surg.* 67;400-2, 1980.
45. Larry, P. M. D., Stephen, K. M. and John, T. Cameron, M. D.: Intrahepatic abscess as a complication of long-term percutaneous internal biliary drainage. *Surgery.* 642-645, 1982.
46. Maher, J. A., Reynolds, T. B., Yellin, A. E.: Successful medical treatment of pyogenic liver abscesses. *Gastroenterology.* 77; 618-22, 1979.
47. Mc Donald, A. P., Howard, R. J.: Pyogenic liver abscesses. *World J. Surg.* 4;369-80, 1980.
48. Mc Fadzean, A. J. S., Chang, K. P. S., Wong, C. C.: Solitary pyogenic abscesses treated by closed aspiration and antibiotics, fourteen consecutive cases with recovery. *Br. J. Surg.* 41;141-152, 1953.

49. Nakayama, T., Ikeda, A. and Okuda, K: Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract. Technique and results in 104 cases. *Gastroenterology*. 74;554,1978.
50. Novy, S.B., Wallace, S., Goldman, A.M. et al: Pyogenic liver abscesses . Angiographic diagnosis and treatment by closed aspiration. *Am.J.Roentgenol*. 131;338,1974.
51. Ochsner, A., De Bakey, M., and Murray, S.: Pyogenic abscesses of the liver. *Am. J. Surg.* 40;292,1938.
52. Ochsner, A., De Bakey, M.: Diagnosis and treatment of amebic abscesses of the liver. A study based on 4.484 collected and personal cases. *Am. J. Dig. Dis.* 2;47,1935.
53. Odar, I.V.: *Anatomi Ders Kitabı*. 2;115,1974.
54. Patterson, H.C.: Open aspiration for solitary liver abscesses. *Am. J. Surg.* 119; 326,1970.
55. Patterson, M., Healey, G.R. and Shabot, J.M. : Serology testing for amoebiasis. *Gastroenterology*. 78; 136,1980.
56. Ferrera, M.R., Kirk, A., Noone, P: Presentation, diagnosis and management of liver abscesses. *Lancet*. 11;629-32, 1980.
57. Pitt, H.A., Zuidema, G.D.: Factors influencing mortality in the treatment of pyogenic hepatic abscesses. *Surg. Gynecol. Obstet.* 140;228-34, 1975.
58. Ranson, J.C.H., Madayag, M.A., Lachao, S.A.: New diagnostic and therapeutic techniques in the management of pyogenic liver abscesses. *Ann.Surg.* 181; 508,1975.

59. Rasaretman,R., Paul,A.T.S. and Yoganathan,M.: Pleural emphyema due to ruptured amoebic liver abscesses. Br.J.Surg. 61;713,1974.
60. Ribaudó,J.M. and Ochsner,A.: Intrahepatic abscesses; Amebic and pyogenic. Am.J.Surg. 125;570,1973.
61. Ronald,B., Dietric,M.D.: Experience with liver abscesses. Am.J. Surg. 147;288-91,1984.
62. Rossof,L.: Amibli karaciğer abseleri. Temel Cerrahi. 2;1214-1232, 1977.
63. Rubinson,H.A., Isikoff,M.D. and Hill,M.C.: Diagnostic imaging of hepatic abscesses. A retrospective analysis. Am.J.Roentgenol. 135;735, 1980.
64. Satiani,B., Davidson,E.O.: Hepatic abscesses. Improvement in mortality with early diagnosis and treatment. Am.J.Surg. 135; 647-50,1978.
65. Seymour,S.: Hepatic abscesses. Principles of Surgery. 1264-68, 1983.
66. Sheinfeld,A.M., Steiner,A.E., Rivkin,L.B. ve al: Transcutaneous drainage of abscesses of the liver guided by Computed Tomography. Slav.Ilem, 155; 662-666, 1982.
67. Silver,S., Weinstein,A., Cooperman,A.: Changes in the pathogenesis and detection of intrahepatic abscesses. Am.J.Surg. 137; 608-610,1977.
68. Şirin,F.,Kayabaş,B., Alver,O., Üzbal,A.: Karaciğer abseleri. Medica. 6;32-34,1985.

69. Tanner, W.A., Ali, A.E., Collins, P.G., Lane, B.E.: Single dose intrarectal Metranidasole as prophylaxis against wound infection following emergency appendectomy. *Br. J. Surg.* 67;809-810, 1980.
70. Verlenden, W.L. and Trey, C.P.: Management of liver abscesses. *Am. J. Surg.* 140;53, 1980.