

ULTRASONOGRAFİ EŞLİĞİNDE PERKÜTAN ABSE DRENAJİ

Melih KARINCAOĞLU*
Murat ALADAĞ*
Yüksel SEÇKİN*
Ramazan SARI*
İbrahim DOĞAN*
Bülent KANTARÇEKEN*
Bülent YILDIRIM*
Fatih HİLMİOĞLU*

Amaç: Intraabdominal abseler ciddi komplikasyonlarla seyreden ve mortalitesi, morbiditesi yüksek olan durumlardandır. Ultrasonografi hem tanı hem de perkutan drenaj tedavisi için oldukça yararlı bir yöntemdir. Ultrasonografi eşliğinde drenaj endikasyonları, abselerin lokalizasyonları ve sebeplerine göre karar verilir.

Materyal-Metot: Retrospektif çalışma çerçevesinde intraabdominal abseli 13 olgu değerlendirildi ve bu olgulardan 11'inde ultrasonografi eşliğinde drenaj yapıldı.

Bulgular: Teknik olarak başarı tüm hastalarda sağlanırken girişime bağlı komplikasyon görülmedi. Bir hasta ciddi pankreatit ve sepsis ile kaybedildi, genel olarak mortalite % 9 (1/11) olarak saptandı

Sonuç: Perkutan abse drenajı intraabdominal abselerde oldukça etkin tedavi yöntemidir. Bu yöntem morbidite ve mortaliteyi azaltmaktadır.

Anahtar kelimeler: İntraabdominal, Abse, Ultrasonografi

Ultrasound Guided Percutaneous Abscess Drainage

Intra-abdominal abscesses represent a relatively severe complication in clinical practice owing to their association with high levels of morbidity and mortality. Ultrasound-guided (US-G) percutaneous catheter drainage is useful both in the diagnosis and in treatment of intra-abdominal abscesses. Indications for US-G percutaneous drainage depends on the localization and cause of the abscess.

Material and Methods: In this retrospective study (1993-1999) we evaluated 13 patients with abdominal abscesses. 11 patients were treated with ultrasound guided drainage.

Results: The drainage was technically successful in all of the patients and there was no procedure related complication. One patient was died because of severe pancreatitis and sepsis, overall mortality was 1/11 (9%).

Conclusions: Percutaneous drainage of intraabdominal abscesses is very effective intervention. This method reduces morbidity and mortality.

Key words: Intra-Abdominal, Abscesses, Ultrasound

* İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı
MALATYA

Yazışma Adresi:

Dr. Melih Karıncaoğlu
İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi
Turgut Özal Tıp Merkezi,
Gastroenteroloji Bilim Dalı,
44069 MALATYA
Tlf: 0422-3410660
Fax: 0422-3410729

İntraabdominal abselerin oluşumu halen ölüm ile sonuçlanabilen bir sorun olarak sürmektedir. Özellikle şüphe duyulduğunda ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ya da manyetik rezonans (MR) tetkikleri ile kolaylıkla tanı konulabilmekte ve drenaj planlanabilmektedir. Bütün bu teknolojik gelişmelere rağmen abdominal abselerde mortalite %11-35 arasındadır.¹ Etiyolojiye yönelik araştırmalar ve uygun antibiyoterapilere rağmen drenaj tedavinin en önemli basamaklarından biridir. BT ile abselerin tespiti daha hassas yapılabilmesine rağmen USG, kullanım kolaylıkları ile klinik pratikte öne geçmektedir. Basit abseler olarak tanımlanan enterik bağlantısı olmayan, tümör ve enterik dokulara bitişik olmayan abselerde perkutan drenaj başlıca yöntemdir. Multipl ya da multiloküle olan abselerde perkutan yöntemlere şüphe ile bakılsa da çoğu kez bu durumlarda da perkutan yöntemler denenmektedir.²

MATERYAL ve METOT

1993 Mart 1999 Eylül tarihleri arasında İnönü Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı'na müracaat eden, ya da konsülte edilen 13 intraabdominal abseli olgudan 11'inde USG eşliğinde perkutan drenaj uygulanmasına karar verildi. Hastalarımız 28-85 yaşlarında olup, ortalaması 56 (± 17) olarak bulundu. Girişim öncesi hastalarımız Hitachi EUB 420 ultrasonografi cihazı ile değerlendirildiler. Abselerin USG ile ölçülen büyüklükleri 3-20 cm arasında olup ortalaması 7,5 cm olarak tespit edildi. Uygun cilt temizliği ve dezenfeksiyonu sonrasında lokal anestezi uygulandı. Abse drenajları tüm olgularda klavuz tel kullanılmadan direkt girme tekniği ile yapıldı. Çoğunluğu 8.5 Fr olmak üzere 7-10 Fr arası pigtail uçlu kateterler (Biosphere medical© Radder drainage set) kullanıldı. Drenaj

işlemlerinin çoğu bir kez yapılmasına rağmen, gerektiğinde farklı yerden ve farklı zamanlarda üç defaya kadar girişim yapılması gerektiği, ortalama girişim sayısı 1.6 ($\pm 0,7$) olarak bulundu. Olgularda drenaj işlemi sırasında kültür antibiyogram ve gram boyama örnekleri alınırken kavitenin boşalmasının ardından serum fizyolojik ile irrigasyon yapıldı.

BULGULAR

11 olgudan yedisinde abse basit tipte iken dördünde multiloküle ya da multilobule idi. Etiyolojik olarak değerlendirildiğinde en sık sebep dört olgu ile kolesistektomi sonrası safra kaçağı ve enfekte biloma olarak bulundu. Diğer olgularımızın ikisinde pankreatit sonrası enfekte pseudokist, ikisinde enfekte kist hidatik, 1'inde mide adeno kanser nedeniyle yapılan operasyon sonrasında abse, birinde kolanjite bağlı abse ve diğerinde ise amip absesi vardı (Tablo 1).

Amip absesi düşünülen olguda mikroskopik direkt incelemede amip trofozoidleri izlendi. Abse kültürlerinde dört olguda üreme sağlanamazken üç olguda E. Koli, 1 olguda P. Aeroginoza, iki olguda E. Koli ve P. Aeroginoza birlikte üredi. Teknik olarak tüm olgularda başarı sağlanırken bir olgu ağır pankreatit ve sepsis nedeniyle kaybedildi. Klinik iyileşme basit absesi olan yedi olguda 2-6, komplike absesi olan üç olguda 8-24 günde sağlandı. Olgularımızdaki mortalite basit abselerde 0/7 (%0), komplike abselerde 1/4 (%25) olarak bulundu. Bu olgularımızda girişimin kendisine ait bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

İntraabdominal abseler sık görülmemesine rağmen hayatı tehdit eden durumlardan olması

Tablo 1. Olguların etiyolojik sınıflandırılması

	Basit tip	Komplike tip
Kolesistektomi sonrası biloma	4	
Pankreatit sonrası enfekte pseudokist		2
Amip absesi	1	
Kolanjit sonrası abse	1	
Mide adenokarsinom operasyonu sonrası abse	1	
Enfekte Kist hidatik		2
Toplam	7	4

Ultrasonografi Eşliğinde Perkütan Abse Drenajı

nedeniyle önem taşır. Prognozda oluşum sebepleri yanında büyüklükleri, lokalizasyonları, sayıları ve doku ilişkileri önem taşır. Anatomi lokalizasyonlara göre mortalite rakamları değişmekle birlikte en az intraparakimal (%2), en çok pankreatit abselerinde görülmektedir (%50).¹⁻³

Bilgisayarlı tomografi ile tanı doğruluğu %80-100, USG ile tanı doğruluğu %67-80 arasındadır.^{1,4} Cerrahi ile perkutan drenajların birbirlerine üstünlüğü olmadığına dair veriler olmasına rağmen henüz çok merkezli ya da geniş hasta sayıları ile çalışmalar yoktur.¹ Basit tek absesi olanlarda perkutan yöntemler ile %80-100 oranında kür elde edilirken kompleks olanlarda bu oran %50 oranındadır. Bunlarla birlikte intestinal lümen ile ilişkili olsa bile Crohn absesi ve infekte pseudokist abselerinde %60-100 oranında kür bildirilmektedir.²⁻⁴ Bu başarı oranlarına rağmen pankreatit abselerinde geniş yayılım ve multipl durumlarda başarı %40-60 kadardır.⁴⁻⁶ Bu tür olgularda hastanın genel durumu kötü bile olsa geçici palyasyon amaçlı perkutan yöntemler kullanılmaktadır. Teknik güçlüklerle rağmen pelvik abselerde abdominal ya da endoluminal tekniklerle başarı %80'lere ulaşır. Divertikülit sonrası oluşan abselerde etyoloji ve lokal sepsis nedeniyle başarı oranları düşüktür; ancak çoğu kez en azından başlangıç semptomlarını kontrol altına alabilmek için perkutan drenaj tercih edilmektedir. Apandisit sonrası oluşabilecek abselerde perkutan yöntemlerin başarısına rağmen esas hastalığın etyolojisi nedeniyle ve bu durumda mortalitenin düşük olmasından dolayı cerrahi tercih edilebilmektedir. Özellikle karaciğer için intra-parakimal abselerde başarı oranları yüksektir, multipl abseli olgularda portal ven kateterizasyonu ve buradan uygulanacak antibiyotik tedavi başarısını arttırmaktadır.^{1,2}

Çok sayıda, duvarı kalın, drenaj ile küçülmeyecek, nekrotik materyal ve hematoma içe-

ren abselerde perkutan yöntemlerin başarısı düşüktür. Bu olgularda başarısızlığın bir başka nedeni de fark edilemeyen intermezenterik ve infekte pankreatit pseudokist materyalleridir. Bu durumların tespiti BT ve immünosintigrafi ile sağlanabilir. BT eşliğinde retroperiton ve pelvik abseler daha yüksek başarı ile tedavi edilebilirken USG daha pratik yöntem olması ve hasta başında da kullanılabilmesi ile önemini korur.^{1,2}

Bizim tüm olgularımızda abseye ulaşım ve drenaj başarı ile sağlanabilirken, bir olguda ağır pankreatit ve sepsis nedeniyle teknik başarıya rağmen klinik düzelmeye sağlanamadı. Sonuç olarak daha önceki çalışmalar ve daha önceki verilerin ışığında perkutan drenaj yöntemlerinin özellikle seçilmiş basit tip intraabdominal abselerin tedavisinde etkili ve cerrahiye göre daha az travmatik olduğunu düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Minei JP, Champine I. Abdominal abscesses and gastrointestinal fistulas. In: Feldman M, Sbharschmidt BF, Sleisenger MH, eds. Gastrointestinal and Liver Disease 6 th ed. Philadelphia. 1998: 357-68.
2. Goletti O, Lippolis PV, Chiarugi M, Ghiselli G, De Negri F, Conte M, Ceragioli T, Cavina E. Percutaneous ultrasound guided of intra-abdominal abscesses. Br J Surg. 1993; 80: 336-9.
3. Civardi G, Di candio G, Giorgio A, Goletti O, Ceraglio T, Filice C, Caremani M, Buscarini L. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses in the hands of clinical: a multicenter Italian study. Eur J Ultrasound 1998; 8: 91-9.
4. Tortum BO. Intraabdominal abseler. In Hasan Kalafat. Intraabdominal infeksiyonlar. 1. Baskı. Ankara. 1998: 101-21.
5. Lambiase RE, Cronan JJ, Dorfman GS ve ark. Percutaneous drainage of abscesses in patients with Crohn's disease. Am J Roentgenol 1998; 128: 1043-5
6. Van Sonnenberg E, Wittich GR, Casola G ve ark. Complicated pancreatic inflammatory disease: diagnostic and therapeutic role of intervention. Radiology 1985; 155: 335-60.
7. Pickelman J, Moncada R. The role of percutaneous drainage of infected and noninfected pancreatic pseudocyst: experienced in 101 cases. Radiology 1987; 170: 757-61.
8. Adams DB, Harvey TS, Anderson MC. Percutaneous catheter drainage of infected pancreatic and peripancreatic fluid collections. Arc Surg 1990; 125: 1554-7.