

CERRAHİDE SUBFRENİK ABSE SORUNU (43 vakanın retrospektif incelenmesi ve sonuçları)

Erdal Anadol*

Ertan Tatlıcioğlu**

Ahmet Yaycıoğlu***

Dikmen Arıbal**

Subfrenik abseler Genel Şirürji'nin in karışık konularından birini teşkil etmektedir. Gerek oluşma nedenleri, gerekse ölüm oranının henüz istenilen düzeye indirilememiş olması açısından üzerinde önemle durulmaktadır.

Konunun bir özelliği, mide-duodenum, safra kesesi ve safra yolları, apandisit, pankreas, dalak ameliyatlarından sonra ve son zamanlarda artan trafik kazaları sonucu bir komplikasyon olarak ortaya çıkmasıdır. Ülkemizde sık rastlanan karaciğer kist hidatidinin bir komplikasyonu olarak sıklıkla ortaya çıkması dikkati çeken bir noktadır. Ayrıca karın içi organlarının ivedili cerrahi girişimi gerektiren hastalıklarında, tanı yanılması ve tedavide gecikme veya bu ameliyatlarda cerrahi prensiplerin yetersiz uygulanması sonucu subfrenik abselerin sık ortaya çıkması konunun diğer önemli bir yönünü teşkil etmektedir. Öte yandan subfrenik absele- rin erken tanı ve tedavisi yapılmadığı zaman mortalite oranının yüksek olması, konu üzerinde önemle durulmasını gerektiren diğer bir neden olmaktadır.

Bu makalede subfrenik abselerin oluşma nedenleri, tanı ve tedavi sorunu, kliniğimizde subfrenik abse tanısı alan 43 vakalık bir seriye ait tecrübelerimizle ortaya konmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimizde subfrenik abse tanısı alarak cerrahi tedavi görmüş 43 vaka geriye yönelik olarak incelenmiştir.

Vak'aların cins ve yaşa göre dağılımı; Vak'aların kadın-erkek ve yaş guruplarına göre dağılımı çizelge 1 de gösterilmiştir. Vak'aların en genci 7, en yaşlısı ise 65 yaşındadır. Genel yaş ortalaması 38 olarak hesaplanmıştır. Bu 43 vak'anın 26 sı erkek (% 60,46), 17 si ise kadındır (% 39,54).

* A. Ü. Tıp Fak. Genel Şirürji T.T.D. Kürsüsü Uzman Asistanı

** A. Ü. Tıp Fak. Genel Şirürji T.T.D. Kürsüsü Doçenti

*** A. Ü. Tıp Fak. Genel Şirürji T.T.D. Kürsüsü Profesörü

Çizelge I : Serimizdeki 43 vakanın kadın - erkek ve yaş guruplarına göre dağılımı.

Yaş	Erkek	Kadın
1 - 10	2	2
11 - 20	1	4
21 - 30	6	4
31 - 40	10	5
41 - 50	3	2
51 - 60	3	—
61 - 65	1	—
Toplam :	26 (% 60,46)	17 (% 39,54)

Etyoloji; 43 vakalık materyelde oluş nedeni bakımından 10 vaka (% 23,25) primer, 33 vaka (% 76,75) sekonder subfrenik abse olarak değerlendirilmiştir. Sekonder olarak oluştuğu saptanan 33 vakada subfrenik abseye neden olan primer hastalık çizelge 2 de gösterilmiştir.

Yerleşim; Yerleşim bakımından 43 vakanın 32 si (% 74,4) sağda, 4 ü (% 9,3) sol karaciğer altında yerleşmiş olup 7 vakada (% 16,2) kesin bir yöre saptanamamıştır. (Karaciğer, karın duvarı ve midenin sınırladığı bir alan). Bunlardan sağ karaciğer yerleşim gösteren 32 vakanın; 6 sı (% 18,75) K.C altı alanda, 26 sı (% 81,25) karaciğer üstü alanda yerleşim saptanmıştır.

Klinik belirtiler; İncelediğimiz 43 vak'ada klinik belirtilen çizelge 3 te sıklık sırasına göre gösterilmiştir.

Ateş saptanan 43 vak'anın 31 inde (% 72) baçaklı ateş saptanmıştır. Ağrı tespit edilen 33 vak'anın 27 sinde (% 81,8) sağ hipokondriumda, geriye kalanlardan 5 inde (% 15,1) sol hipokondriumda, 1 vak'ada ise (% 3,03) sol yan ağrısı şeklinde idi.

43 vakadan absenin bulunduğu yörede duyarlılık 23 (% 53,48) vakada tesbit edilmiştir. Yapılan gözlemlerde duyarlılığın hangi bölgede yerleştiği belirtilmemiştir.

İncelediğimiz materyelin sadece 5 inde (% 11,6) karın muayenesinde kitle ele gelmekteydi. Bu vakaların 4 ünde diafragma altındaki abse nedeniyle karaciğer aşağıya itilmişti. Diğer vakada ise kitle subfrenik absenin primer nedeni olan sağ fossa iliaca'da akut apandisit sonucu gelişen plastrondur. Yapılan gözlemde deride ödeme rastlanmamıştır. Serideki vakaların 23 ü (% 53,48) komplikasyonlu vakalardı.

Çizelge 2 : Serimizdeki 33 sekonder subfrenik abse vakasında primer hastalıklar ve yüzde oranları.

Primer hastalık	Vak'a sayısı	% Oranı
Süpüre K.C Hidatik Kisti	13	39,30
AKC Hidatik Kisti	2	6,06
Akut apandisit	1	3,03
Kurşun yaralanması	2	0,06
Ampiyem	1	3,03
K.C absesi	1	0,03
Mide reseksiyonu	7	21,20
Duodenum ülser perforasyonu	1	3,03
Kolesistektomi	1	3,03
Özefagus varis ligasyonu	1	3,03
Trafik kazası, KC rüptürü	1	3,03
Karın, bıçak yaralanması	1	3,03
Splenektomi	1	3,03

Laboratuvar muayeneleri; incelediğimiz materyelin 40 ında (% 93) lökosit sayımı yapılmış olup 26 sında (% 65) lökosit 10.000 in üzerinde bulunmuştur. 43 vakanın 34 ünde (% 79) sedimentasyon tayini yapılmış olup 29 unda (% 85) yüksek bulunmuştur.

Çizelge 3 : 43 vakadaki klinik belirtiler ve yüzde oranları

Belirtiler	Vaka sayısı	% Oran
Ateş	43	100
Baçaklı ateş	31	72
Karın ağrısı	33	76,7
Duyarlılık	23	53,4
İştahsızlık-Halsizlik	16	37,2
Kilo kaybı	14	32,5
Öksürük	9	20,9
Dispne	7	16,2
Bulantı-Kusma	7	16,2
Titreme	5	11,6
Balgam çıkarma	4	9,2

Radyolojik tetkikler; 43 vak'ada tanı için diafragmaları içine alan ön-arka ve yan göğüs, karın grafileri ve skopik tetkikler yapılmış olup saptanan değişiklikler çizelge 4 de görülmektedir.

Çizelge 4 : Vakaların radyolojik tetkikinde saptanan patolojik değişiklikler.

Radyolojik bulgular	Vak'a Sayısı	% Oran
Diafraqma yüksekliği	28	65
Diafraqma hareketlerinde sınırlılık	32	74,4
Diafraqma altı hava-sıvı seviyesi	8	18,6
Pleurada sıvı toplanması bulguları	20	46,5
Kosta-diafraqmatik sinus kapalılığı	14	32,5
AKC kaidelerinde atelektazi	5	11,6
Pnömoni	7	16,5
Ampiyem	1	2,3
Normal grafi	2	4,6

43 vakanın sadece 8 inde karaciğer taraması yapılmıştır. Bu vakaların 7 sinde sağ karaciğer üstünde yer kaplayan lezyon saptanmıştır. 1 vakada ise patolojik bulgu saptanamamıştır.

Çizelge 5 : Üreme saptanan 24 vakada ajan - patojen ve yüzde oranları

Ajan-patojen	Vaka sayısı	% Oran
E. coli	8	33,33
Staf. alb, E. coli	2	8,3
Staf albus	2	8,3
Staf. aureus	3	12,5
Gram negatif basil	3	12,5
Hem. streptokok	1	4,1
Pyocyaneus	1	4,1
Klebsiella	4	16,6
Toplam :	24	% 100

Subfrenik abse saptanan 43 vakanın 34 ünde (% 79) abseden alınan materyelden kültür yapılmıştır. 10 vakada (% 26,4) üreme olmamıştır. 24 vakada ise (% 73,6) üreme olduğu görölmüştür. Üreme saptanan 24 vakada ajan patojen çizelge 5 de görölmektedir.

Tedavi Yöntemi :

Tıbbi tedavi; 43 vakanın 40 ında (% 93) 2'li, 3'lü koruyucu antibiotik ve Emetin tedavisi uygulanmıştır. 3 vakada ise yapılan tedavi (% 7) belirtilmemiştir.

Cerrahi tedavi; 43 vakanın tümüne cerrahi tedavi uygulanmıştır. Cerrahi girişimde drenaj için muhtelif girişim yolları seçilmiş olup bunlar çizelge 6 da görölmektedir.

Çizelge 6 : Abse drenajı için seçilen girişim yolları

Abseye giriş yolu	Vaka sayısı	% Oran
Transpleural	9	20,9
Transperitoneal	27	62,7
Ekstraseröz	7	16,2
Toplam :	43	% 100

Cerrahi girişim uygulanan 43 vakadan 28 i (% 65,1) inde açık drenaj, 14 ünde (% 32,55) kapalı drenaj, 1 vakada ise (% 2,3) hem açık hemde kapalı drenaj uygulanmıştır.

Post-operatif komplikasyonlar :

43 vakanın 22 sinde (% 51,1) post operatif komplikasyonlar görülmüş olup bunların çoğu akciğere ait komplikasyonlardır. Karına ait komplikasyonlar ise iki vakada görülmüştür. Bunlar bir vakada kesi enfeksiyonu, diğerinde ise kesi enfeksiyonu ve arkasından evantrasyondur.

Akciğere ait komplikasyonları ise şu şekilde sıralayabiliriz; 20 toraks komplikasyonunun 4 vakada (% 20) ampiyem, 7 vakada (% 35) pnömoni, 11 vakada ise (% 45) pleura epanşimanıdır.

Çizelge 7 : Serimizde ölen 7 vakanın ölüm nedenleri ve primer hastalıkları

Vaka sayısı	Primer hastalık	Ölüm nedeni
1	Multipl KC absesi	Generalize peritonit ve toksik şok.
1	Akut apandisit	Generalize peritonit ve toksik şok.
1	Ampiyem	Toksik şok + Solunum yetmezliği
2	Mide Rezeksiyonu	Generalize peritonit ve toksik şok.
1	Portal Hipertansiyon Varis Ligas + özefago-gastrik rezek.	Toksik şok + karaciğer yetmezliği
1	Bıçak yaralanması, KC laserasyonu	Toksik şok + karaciğer yetmezliği

Sonuçlar :

Kliniğimizde tedavi edilen vakalardaki hastanede kalış süresi en az 8, en fazla 160 gün olup ortalama yatış süresi 35 gün olarak hesaplanmıştır.

43 vakalık materyelde 36 vaka şifa ile taburcu olurken, 7 vaka (% 16,27) vefat etmiştir. Bu vakalar genel olarak generalize peritonit ve toksik şok sonucu ölmüşlerdir. Ölen vakalardaki ölüm sebepleri çizelge 7 de görülmektedir.

TARTIŞMA

Subfrenik abseler gerek morbidite gerekse mortalite açısından cerrahide korulan ciddi komplikasyonlardan biridir. Bu konuda literatür bilgileri gözden geçirildiği zaman, bu komplikasyonun büyük oranda karın içi ameliyatları sonucu, diğer bir kısmının ise ivedili ameliyatı gerektiren akut karın sendromlarında tanı yapılması ve başka nedenlerle zamanında cerrahi girişim uygulanmaması sonucu oluştuğu ortaya çıkmaktadır.

12 istatistikten toplanan 4632 subfrenik absenin 477 sinin primer (% 9,7), 4155 inin ise (% 90,3) sekonder olduğu görülmüştür. Burada dikkati çeken nokta primer vakalar için en yüksek rakamların FAXON % 26, DİNEEN-MC SHERY % 15,9 tarafından bildirilmesidir (9,11).

İncelediğimiz 43 vakalık serimizde primer subfrenik abse oranı 10 vaka ile % 23,25 olarak saptanmıştır. Bu oranın aşırı derecede yüksek bulunmasında değişik ellerden çıkan toplama materyelimizde bir yanlışlık olduğunu kabullenmek doğru olur kanısındayız.

Sekonder abselerin % 19 u ameliyat geçirmiyenlerde, % 81 de ameliyat geçirenlerde görülmektedir (32). 43 vakalık materyelimizde sekonder abseler 33 vaka olup hepside ameliyat geçirenlerdir. Bu 33 vakada primer hastalıklar çizelge 2 de gösterilmiştir.

Ameliyat olmayanlarda görülen subfrenik abselerin hemen yarısının akut apandisit, mide-duodenum peptik ülser delinmelerinden sonra görüldüğü ileri sürülmüştür. OCHSNER-GRAVES (28) toplanmış 3372 subfrenik absede sebep olarak % 39 apandisit, % 30 mide-duodenum delinmesini ve % 12 safra yolları hastalıklarını sorumlu tutmuşlardır. OCHSNER-DeBAKEY (29) kendilerine ait 75 vakayı da ekliyerek topladıkları 3608 vakalık seride; % 37,7 apandisit, % 28,7 mide-duodenum, % 12,8 karaciğer ve safra yolları hastalıklarını sebep olarak bildirmişlerdir. Aynı görüş diğer yazarlar tarafından da paylaşılmıştır (8,11,35).

Antibiotik devresinden önce yüksek olan akut apandisitten ileri gelen subfrenik abse oranı, antibiotiklerin kullanılması ile, ayrıca erken tanının zamanında ve doğru olarak yapılmasının bir sonucu olarak % 28 den % 11,7 ye düşmüş, buna karşılık karaciğer ve safra yollarından ileri gelen subfrenik abse oranı gittikçe artarak % 14,6 dan % 19,8 e yükselmiştir (6,7,8,9,11,12,18,20,21,25,29,33,37).

Post-operatif subfrenik abse oluşumu daha çok mide-duodenum, ince ve kalın barsak ameliyatlarından sonra görülmektedir (31). Mide rezeksiyonlarından sonra görülen subfrenik abseler, zamanımızda uygulanan vagotomi + drenaj ameliyatlarından sonra azalmıştır. Literatürde araştırıldığı kadariyle sekonder subfrenik abseler arasında süpüre etmiş karaciğer kist hidatiğine bağlı olanına rastlanmamıştır. Halbuki 43 vakalık serimizde 13 vakada süpüre etmiş karaciğer kist hidatiğine bağlı subfrenik abse görülmektedir. O halde karaciğer kist hidatiğinin sık görüldüğü ülkelerde süpüre etmiş vakalarda bu komplikasyonu göz önünde bulundurmak gerekmektedir.

Subfrenik alanın tanımlanmasındaki uyumsuzluklar tanıda da güçlükler ortaya çıkarmaktadır. Ancak bu olayın tanısındaki gecikme büyük ölçüde böyle bir durumdan şüphe etmemekten ileri gelmektedir. OCHSNER-DeBAKEY (29) göre subfrenik alanda abse olmadan bazı vakalarda tanı konulursa da, bu vakaların çoğunda olay subfrenik bir enfeksiyon olup spontan veya koruyucu bir tedavi ile geçirilmekte ve ortadan kalkmaktadır. Yazarların subfrenik enfeksiyon tanısı koyduğu vakaların % 70 inde olay süpürasyona varmadan gerileyip kaybolmuştur. Subfrenik enfeksiyonun ilk belirtileri bakteriyel toksemi belirtilerine benzer. Bacaklı ateş ve lökositöz bulunan, daha önce karın içi süpüratif olaya, veyahut karın içi bir ameliyat öyküsü bulunan ve ayrıca bu durumu açıklayacak bir odak saptanmayan her hastada subfrenik enfeksiyon olasılığı düşünülmelidir.

Eğer subfrenik enfeksiyonun karakteristik belirtileri gerileceğine bir kaç gün veya hafta sürerse, bu durumda subfrenik bir absenin gelişmiş olduğu düşünülmelidir. Böyle bir başlama OCHSNER-DeBAKEY'in 75 vakalık serilerinde 53 vakada (% 70) (29), McWHORTER 'in vakalarının % 100 ünde görüldüğü bildirilmiştir. (23). BARNARD ve WHIPPLE bir oran vermemelerine karşın bu düşüncenin geçerliliği üzerinde durmuşlardır (2,3,37). İncelediğimiz 43 vakalık materyelin tümünde karın içi süpüratif bir olay söz konusu idi.

Subfrenik abselerin büyük çoğunluğunda ısı yüksek bulunmuştur. HARLEY % 97,4 oranında ısı yüksekliği bildirmiştir (14). Serimizde vakaların tümünde ısı yüksekliği saptanmıştır. Bunun yanında bacaklı ateş ve titreme olayın belirgin özelliklerini teşkil etmektedir. Serimizde bacaklı ateş % 72, titreme ise % 11,6 oranında saptanmıştır.

Subfrenik enfeksiyonun başlangıç belirtileri toksemiye ait belirtiler olup, bunun yanında ilk yerel semptom ağrıdır. Şiddeti çok değişiktir. Bazen karının üst kadranında hafif bir rahatsızlık şeklinde olabilir. Vücut hareketleri ve derin inspiriumda ağrı artar. Ağrı her zaman absenin bulunduğu yörede duyulur. Eğer komplikasyonlar araya girmişse, ağrı orta çizgide de duyulabilir (14). HARLEY'in 188 vakalık serisinde % 90 dan fazla (14), SURAKİATCHANUKUL'un 32 vakasında % 50 (34), serimizde ise % 76,7 oranında ağrı saptanmıştır.

Omuza vuran ağrı diafragma altında süpürasyonun bir bulgusu olarak kabul edilir. Subdiafragmatik plevra, diafrağmanın santral kısımları, subfrenik periton ve muhtemelen karaciğer üst yüzeyinin aynı hissi sinirlerle ilişkili oluşu bu yargıyı kuvvetlendirmektedir (27). NEUHOF sol subfrenik abse vakalarında % 18.1 oranında belirgin omuz ağrısı bildirmiştir (27). Bizim 43 vakamızda, ağrı bulularında, % 15,1 oranında omuz ağrısı saptanmıştır.

Sürekli yerleşmiş duyarlılık subfrenik abselerin bir özelliğidir. Duyarlılığın yeri hastalığa uğrayan aralıkla ilgilidir. Genellikle 12. kaburga üstünde veya periton içi enfeksiyon halinde ön kaburga kenarına yerleşir. OCHSNER-DeBAKEY % 39 (29), serimizde ise % 53,14 oranında duyarlılık saptanmıştır.

Yukarıda belirtilen klinik bulgulardan başka öksürük, dispne, göğüs kaidesinde ağrı, gibi hastalığın toraksa yansımalarına ait bulgular, karında abse nedeniyle itilmeye bağlı ele gelen karaciğer, bulantı-kusma, halsizlik-iştahsızlık, terleme, kilo kaybı, absenin bulunduğu yerde ödem gibi belirtilere de sıklıkla rastlanır (1,5,22,-27,36).

Literatürde subfrenik abselerin kan tablosuna ait değişikliklerden lökositoz ve anemiden sıklıkla bahsedilir. BONFİLS-ROBERTS ve ark. eritrosit sedimentasyon hızını % 50 vakada, serum fosfatı ise % 50 vakada yüksek bulduklarını bildirmişlerdir (4).

Subfrenik abselerin tanı ve tedavisinde radyolojik incelemelerin büyük değeri vardır. Tanı için gerekli olan ve inspiriumda çekilen grafilerin minimum sayısı HARLEY'e göre 4 olmalıdır (16). Bunlar postero-lateral, lateral göğüs grafileri ve diafrağmaları ortasına alan postero-anterior ve lateral penetran göğüs grafileridir.

Penetran bazal filimler diafrağmanın kendisinde ve altındaki değişiklikleri ortaya çıkarmaları bakımından çok önemlidir. Bazı vakalarda yan dekübitüs, bariumlu grafiler, pnömo-gastro grafiler, kolesistografi, pnömo-perituan, selektif arteriografi, karaciğer-dalak-akciğer sintigrafileri gibi yöntemler tanıda yararlı olur. Her hastanın mutlaka skopik tetkiki yapılmalıdır. Özellikle bu incelemenin yatar pozisyonda yapılması diafragma hareketlerinin daha iyi incelenmesini sağlar. Diafragma yükselme, küçülme ve hareket kaybı, kalınlaşma ve kontur kaybı genellikle saptanan 4 değişikliktir. Kalınlaşma ve kontür kaybı iltihabi reaksiyonun diafragma ve akciğer kaidelerine yayılmasına bağlıdır (14,15,32,16,24)

Radyolojik incelemede, akciğer alanlarındaki iltihabi reaksiyonun yayılmasına bağlı olarak pnömoni, seröz sıvı birikintisi, akciğer alt lobunda atelektazi, ampiyem, bronş fistülü, diafragma yükselmesine bağlı olarak mediasten ve kalbin diğer tarafa itilmesi, pnömotoraks, akciğer absesi, pulmoner emboli, süpüratif peritonit gibi komplikasyonlara ait bulgular görülebilir (1,4,19,27,29,34).

Subfrenik abse tanısında ve abseye neden olan primer hastalığın belirlenmesinde karaciğer, dalak ve akciğer sintigrafilerinin önemli rolü vardır. BONFİLS-ROBERTS sintigrafilerin bu yönlü rolü üzerinde durmuşlardır (4).

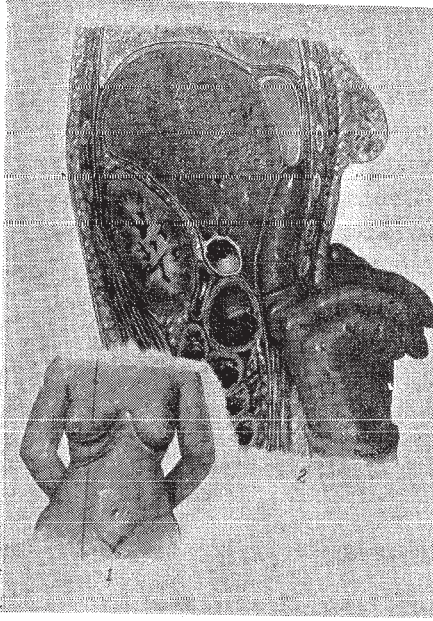
Subfrenik abselerin ayırdıcı tanısında ponksiyon hiç bir zaman başvurulması gereken tehlikeli bir yöntemdir. Çünkü her zaman salim plevra ve peritonu bulaştırma riskini taşır. Tanının şüpheli olduğu vakalarda bu tür bir girişimden çok eksploratris laparotomi tercih edilmelidir. Ponksiyon işleminde pü alınmaması hekimi yanıltarak tanı ve tedavinin gecikmesine, diğer bir anlamda hasta hayatının tehlikeye atılmasına yol açar.

Ameliyatta abselerden alınan materyelden üretilen mikroorganizmaların çokluk, ameliyat öncesi verilen antibiotiklere duyarlılık gösterdiği ortaya konmuştur. (1). Antibiotikler klinik belirtileri silik duruma getirmekte ve bir çok ağır hastanın abse drenajını geciktirerek tehlikeli olmaktadır (4).

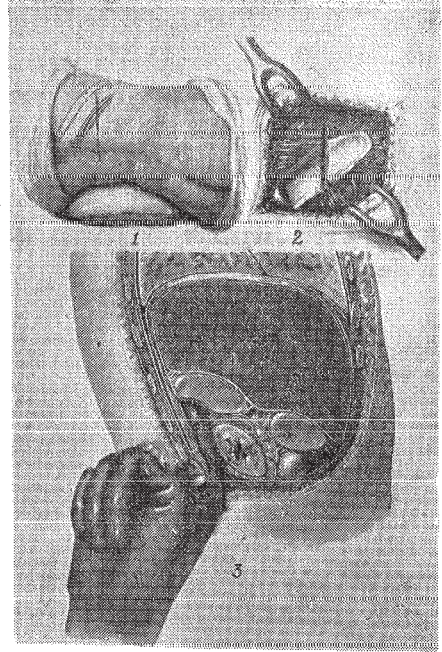
Subfrenik hastaların büyük çoğunluğunda çeşitli komplikasyonlar görülebilir. Bu, karın ve göğüs olmak üzere iki yönde gelişebilir. Serimizdeki vakaların 23 ünde (% 53,48) subfrenik abseye bağlı çeşitli komplikasyonlar görülmüştür. Karın komplikasyonlarının en çok rastlanana yara enfeksiyonu veya evantrasyondur. Diğer komplikasyonlar absenin genel peritonite veya mide, barsak veya deriye fistülleşmesidir. Daha az görülenleri ise gazlı gangreh ve akut mide ülserinden öldürücü ağır kanamalardır. Göğüsteki komplikasyonlar sıklıkla bu komplikasyonlara neden olan subfrenik abse belirtilerini silik bir duruma getirerek tanıyı güçleştirir. Sıklıkla rastlanan göğüs komplikasyonları plevral effüzyon, pnömoni, pnömonitis, ampiyem, bronş fistülü, diafragma delinmeleri, atelettazi, pnömotoraks, akciğer embolisi şeklinde sıralanabilir. Şüphesiz bu tür komplikasyonlar daha çok tanıda gecikmiş vakalarda ortaya çıkar.

Subfrenik absenin başarılı cerrahi tedavisinde önemli olan noktalar, absenin lokalizasyonunun kesin olarak saptanması, tek veya multipl abselerin ayrılması ve erken, yeterli drenajdır. Subfrenik abselerin cerrahi olarak doğru drenaj yolu konusunda literatürde çeşitli tartışmalar vardır.

Subfrenik abse drenajını ilk defa 1879 da VOLKMAN transplevral olarak yapmıştır (36). OCHESNER - GRAVES transtorasik ve transabdominal olmak üzere iki cerrahi yol önermişlerdir (30). Bu girişler de transseröz veya ekstraseröz olarak uygulanabilmektedir. Ekstraseröz yol absenin lokalizasyonuna göre önden veya arkadan yapılacak ensizyonlarla uygulanabilir. Önde veya karaciğer kubbesinin altında yer alan subfrenik abselerde anterior subkostal ekstraperitoneal girişle kolayca drene edilebilir (Resim 1) Karaciğer arkasında yer alan subfrenik abseler ise toraks yoluyla daha iyi drene edilebilirler. Lig. triangularis altında posterior subfrenik alanda yerleşen abseler ise posterior retroperitoneal yaklaşımla yeterli bir şekilde drene edilebilirler (Resim 2).



Resim 1 : Subfrenik ve subhepatik absele- rin drenaj tekniği. 1) subkostal ensizyon 2) ekstraparitoneal diseksiyonla abseye ulaşım. (Ochsner-Graves)



Resim 2 : Subfrenik ve subhepatik absele- rin drenaj tekniği. 1) posterior ekstraplevral yaklaşım 2) 12. kosta rezeksiyonundan sonra kosta yatağından girişim 3) diafraqma altından diseksiyon. (Ochsner-Graves)

Subfrenik abselerin tedavisinde ekstraseroz yol en çok beğenilen ve kullanılan bir yöntem olarak dikkati çekmektedir. Bu yöntemlerle tedavide multipl abselerin gözden kaçması mümkündür. Bundan ötürü HOLMES bütün subfrenik abselerde eksploatis laparatomiyi öğütlemiştir (17). Bu yöntem son zamanlarda daha çok geniş spektrumlu antibiotiklere güvenilerek DINEEN-McSHERRY ve HALAZN tarafından uygulanmıştır (9,13). Subfrenik abselerin drenajında en güvenilir yol transabdominal ekstraseroz (eksraperitoneal) yoldur. Çünkü transseröz yolda plevra ve peritonun enfekte olma olasılığı yüksektir. Her ne kadar çoğul abselerde ve antibiotiklere güvenilerek transperitoneal yöntem önerilmişse de literatür taramalarında bu yöntemin mortalite oranının daha yüksek olduğu görülmektedir.

SURAKİATCHANUKUL transperitoneal girişimle mortalite % 23, ekstraparitoneal yöntem ise % 0 olarak bildirmiştir (34). ELSBERG transplevral yöntemde 22 vakada % 36 mortalite bildirmiştir (10). OCHSNER-DeBAKEY 76 vakalık serilerinde transplevral için % 50, transperitoneal yöntem de % 42.8 mortalite bildirmişlerdir (29). Yine OCHSNER - DeBAKEY bir diğer serilerinde 932

vakalık incelemelerinde transplevral girişime % 36,2, ekstraseröz yaklaşım için ise % 20.8 mortalite bildirmişlerdir (28).

Yukarıdaki oranlar dikkate alındığı zaman gerek traspleural gerekse transperitoneal girişimlerde mortalite oranın yüksek olduğu ortaya çıkmaktadır. Mortalite oranları karşılaştırıldığı zaman subfrenik abselerin tedavisinde ekstraseröz drenaj işleminin avantajları ortaya çıkmaktadır.

İncelediğimiz materyelde 9 vaka transplevral, 27 vaka transperitoneal 7 vaka ise ekstraseröz girişimle drene edilmiştir. 43 vakalık seride 7 ölüm olayının hepsi transperitoneal drenaj uygulanan vakalar olup serinin mortalite oranı % 16,27, transperitoneal drenajı yapılan 27 vaka üzerinden oranlandığında ise mortalite % 25,9 olarak hesaplanmıştır. Literatürdeki mortalite oranlarına kıyasla serimizdeki mortalite oranın düşük olmasını vakaların çoğunun kliniğimizde primer hastalıkları yönünden ameliyat edilen ve bu komplikasyonun erken farkına varılarak tedavi edilmesinin, yine primer hastalık nedeniyle yüksek dozda geniş spektrumlu antibiotik tedavisi altında olmasına bağlanabilir.

S O N U Ç

Diafragma altı abseleri daha çok karın içinde bir organ iltihabından veya mide, barsak ,safra kesesi-yolları ameliyatlarından sonra görüldüğü genel olarak kabul edilmektedir.

Ancak memleketimizin özelliği nedeniyle karaciğer kist hidatiğinin çok görülmesi ve bunun komplikasyonlarına bağlı olarak oluşan sekonder subfrenik abselerin sıklığı % 39.30 civarındadır.

İncelediğimiz materyelde akut apandisitten sonra görülen subfrenik abseler, literatürde saptananın aksine, birinci sırayı tutmaktadır. Bunun nedeni muhtemelen akut apandisit tanısının erken konarak ivedili cerrahi girişim yapılması ve etkili antibiotikler olabilir. Yine günümüzde gastroduodenal ülser cerrahisinde rezeksiyonun rutin yapılmaması mide rezeksiyonu sonrası görülen subfrenik abse oranını azaltmıştır.

Buna karşın trafik kazaları ile multipl organ yaralanmalarında karın içi lezyonun atlanması sonucu diafragma altı abseleri gelişebilmektedir. Yine seçkin ameliyatlarda dikkatsizlik, septik saçıntılara, visserlerde gözden kaçan zedelenmelere, anastomozların uygun yapılmaması sonucu açılmalara ve asıl hastalıktan dikkatsizce bulaşmalara meydan vermek abse oluşumunda rol oynayan başlıca faktörler olmaktadır. Subfrenik abselerin sıklığını azaltmak için ameliyat sırasında ve alanlarda biriken irin, kan ve safranin etkili direnajını sağlamak gerekir.

Yalnız tıbbi tedavi subfrenik abseler için hiç bir zaman yeterli değildir. Subfrenik abselerde en güvenilir girişim karın yolu ekstraseröz yöntemdir. Çünkü, transseröz yolla plevra ve peritonun enfekte olma olasılığı çok fazladır. Literatür taramalarında transseröz ve transperitoneal yolla yapılan girişimlerde mortalite daha yüksek görülmektedir. Yetersiz bir drenaj daima yüksek mortaliteye neden olmaktadır.

Ö Z E T

CERRAHİDE SUBFRENİK ABSE SORUNU

(43 vakanın klinik inceleme sonuçları)

Kliniğimizde subfrenik abse tanısı alarak cerrahi tedavi görmüş 43 vaka geriye yönelik olarak incelenmiştir. Etyoloji açısından ülkemizin bir özelliği olarak karaciğer kist hidatiklerinin sık görülmesi bunun bir komplikasyonu olarak serimizdeki sekonder subfrenik abselerin % 39.3 den sorumlu olması dikkat çekicidir. Buna karşın akut apandisit ve mide rezeksiyonları sonrası oluşan subfrenik abseler, serimizde, literatür bilgilerinin aksine ilk sıraları almamaktadır. Bunun muhtemel nedenleri akut apandisiti erken cerrahi girişim, etkili antibiotikler ve gastro-duodenal ülserlerde günümüzde çoklukla vagotomi-drenaj ameliyatlarını uygulanmasıdır.

Subfrenik abselerde mortalitenin genellikle yüksek olması nedeniyle bu komplikasyondan korunma birinci derecede önem kazanır. Tedavinin temel öğeleri ise erken yeterli drenajdır. Ekstraseröz drenaj işlemi bu yönlerden en çok seçilen, mortalite oranı en düşük yöntem olarak dikkati çekmektedir.

SUMMARY

SUBPHRENIC ABSCESS PROBLEM IN SURGERY

(Retrospective analysis of 43 cases and their results)

Forty three cases of subphrenic abscesses diagnosed and surgically treated in our clinic studied retrospectively. Hydatid cysts of the liver has been shown to be responsible for the 39.3 % of the secondary subphrenic abscesses. On the other hand, acute appendicitis and gastric resections, as ethiological factors, were less striking in contrast to the literature ratios. This might be due to the use of wide-spectrum antibiotics and early surgical intervention for acute appendicitis and wide spread preference of vagotomy + drainage methods for gastro-duodenal ulcers.

Early diagnosis and proper drainage has primary importance in order to reduce the mortality rate of subphrenic abscesses. Among many drainage methods extraserous drainage approach has been proven to be method of choice with less mortality rates.

KAYNAKLAR

1. Ariel IM, Kazarian KK : Classification Diagnosis and Treatment of Subphrenic Abscess, Review Surg 28 : 1-1971
2. Barnard HL : An Adress on Surgical Aspects of subphrenic Abscess, Brit Med J : 429-1909
3. Barnard HL : Surgical Aspects of Subphrenic Abscess, Brid Med Jour 1 : 371-1908
4. Bonfils-Roberts ve ark : Treatment of Subphrenic Abscess, Surg Clin N Amer 55 : 1361-1975
5. Bonfils-Roberts EA, Nealon TF : Jr : Subphrenic Abscess, Comparison Between Operative and Antibiotic Management, Ann Surg 180 : 209-1973
6. Carter R, Brewer LA : Subphrenic Abscess, A Thoraco-Abdominal Clinical Complex, the Changing picture with Antibiotics, Amer J Surg 108 : 165-1964
7. Clairmont P, Meyer P : Subphrenic Abscess, Acta Chir Scandinav 60, 55-1926
8. Clagget OT, Tinney WS : Subphrenic Abscess, Amer J Surg 66 : 189-1944
9. Dineen P, Mc Sherry CK : Subdiafragmatik Abscess, Ann Surg 155 : 506-1962
10. Elsberg CMA : A contribution to the Pathology Diagnosis and treatment of Subphrenic Abscess after Appendicitis, Ann Surg 34 : 729-1901
11. Faxon HH : Subphrenic Abscess : Report of 111 Consecutive Operative Cases, New Eng J M-222 : 289-1940
12. Fraser K : Subprenic Abscess, J Thorac Cardio vasc, Surg 33 : 776-1957
13. Halász NA : Subphrenic Abscess, A Report of 111 consecutive eases, N Eng J. Med 22 : 269-1946
14. Harley HRS : Subphrenic Abscess, Oxford Blackwell 1965
15. Harley HRS : Subphrenic Abscess, Thorax 4 : 1-1949
16. Harley HRS : Peri and Intrahepitic Abscess, Proc R Soc Med 63 : 319-1970
17. Holmes F : Intraperitoneal and Intrapleural Pressure : An Experimental Study Anest- hesia 11 : 69-1965
18. Hochberg LA : Diagnostic Criteria For Subprenic Abscess, Ann Intern Med 17 : 183, 1942
19. Maingot R : Abdominal Operations, vol 11 pp 1172 Subphrenic Abscess, Appleton Centruy Croft London 1968
20. Martineta : Des Varietes Anatomiques et d'Abces sous-phrenique, There de Paris, 1898
21. Magilligan DJ : Subphrenic Abscess, Arch Surg 96 : 14-1968
22. Mc Worter GL : Subphrenic Amscess, Cyclopedia of Medicine Davis Comp, Philadelp- hia 4 : 601, 1974
23. McWhorter GL : Subphrenic Abscess, Arch Surg 35 : 341-1937
24. Miller WT and Talman EA : Subphrenic Abscess, Amer J Rontgen X 101 : 1961, 1969

25. Moore HD : Subphrenic Abscess, Ann Surg 158 : 240-1963
26. Nather K : Die Eingriffe beim Subphrenischen Abscess, Ed : Schmidt Operative Chirurgie Springer Berlin 1977-1943
27. Neuhof H Schlossmann NC : Left Subphrenic Abscess, Surg Gynec Obstet 75 : 751-1942
28. Ochsner A, Graves AM : Subphrenic Abscess, An analysis of 3372 Collected and Personal Cases, Surg Gynec Obstet 66 : 426-1968
29. Ochsner A, De Bakey ME : Subphrenic Abscess Review and Analysis of 3608 Collected and Personal Cases, Surg Gynec Obstet 66 : 426-1938
30. Ochsner A ve ark : Subphrenic Abscess, Ann Surg 91 : 544-1930
31. Postleth/Wait RW : Peritonitis. Hosp Med : 12-1967
32. Sherman NJ ve ark. : Pathogenesis of Peritonitis 11, Surgery 61 : 393-1967
33. STRODE J E: Subphrenic Abscess, Surgery 44:1054-1958.
34. Surakiatchanukul S, Ram D Medhira : Current Patterns of Subphrenic Abscess, Amer J Surg 125 : 718-1973
35. Thorex P : Six Subphrenic Spaces, Applied Anatomy and surgical Considerations, Surgery 21 : 739-1947
36. Volkmann Richard von : Die-Chirurgie, Kirschner-Nordman IV S 173 Urban-Schwarzenberg Berlin 1941
37. Whipple AO : Study of subdiaphragmatic Abscess, With an analysis of 32 Cases Ann J Surg 40 : 1-1926