

Gebelerde Nadir Bir Akut Karın Nedeni: Piyojenik Karaciğer Apsesi

A Rare Cause of Acute Abdomen in Pregnancy: Pyogenic Liver Abscess

Fatih Selvi, Sevdegül Karadaş, İrfan Aydın

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Ana Bilim Dalı, Van, Türkiye

ÖZET

Gebelik esnasında görülen akut karın tabloları içerisinde nadiren karşımıza çıkan nedenlerden birisi de Piyojenik Karaciğer Apsesi (PKA)'dir. Normalde tanısı son derece sıkıntılı bir durum olan PKA'nde olaya gebeliğin eklenmesi tanı koyma sürecini daha da zorlaştırır. Bu yüzden karın ağrısı şikayeti ile gelen bir gebede PKA mutlaka ayırıcı tanı listesinde yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, piyojenik karaciğer absesi, akut karın, acil

ABSTRACT

Pyogenic liver abscess is one of the causes we rarely encounter in acute abdomen tables during pregnancy. While it is difficult to diagnose pyogenic liver abscess under normal conditions, pregnancy makes the diagnostic process even more difficult. Therefore pyogenic liver abscess should be included in the list of differential diagnosis in a pregnant woman presenting with abdominal pain.

Keywords : Pregnancy, pyogenic liver abscess , acute abdomen, emergency

İletişim Adresi ve Sorumlu Yazar:

Fatih SELVİ

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı 65200 Van – Türkiye

E-mail: drfatihselvi@hotmail.com

Telefon: 0 532 256 38 56

Başvuru Tarihi: 25.11.2009

Kabul Tarihi: 09.12.2009

GİRİŞ

Karın ağrısı acil servislere olan sık başvuru nedenleri arasında yer alır ve tüm teknolojik gelişmelere rağmen tanı ve tedavi bakımından hekimleri sıkıntıya sokan durumların başında gelir ^(1,2). Kadın cinsiyet ve özellikle de gebe hastalar, mevcut tablonun daha da karmaşık bir hal almasına neden olur. Karın ağrısı ile gelen gebelerin %40-50'sinde herhangi bir patolojiye rastlanmaz ⁽³⁾. Ancak vakaların 1:500-635'inde tablo akut karındır ve bu vakaların yaklaşık olarak %0.2-2.2'si cerrahi bir yaklaşım gerektirir ^(3,4).

Gebeliğe bağlı akut karın tabloları içerisinde en sık görüleni akut apandisitir. Ancak akut karına neden olan tüm durumlar gebelerde de karşımıza çıkabilir ⁽⁴⁾. Bu durumlardan birisi de Piyojenik Karaciğer Apsesidir. PKA, hayatı tehdit edici durumların arasında yer alır ve mortalite oranı yaklaşık olarak %10-40 arasında değişmektedir. Tanısal yaklaşımdaki ilerlemeler ve yeni tedavi yaklaşımlarına rağmen PKA yönetimi hala sıkıntı olmaya devam etmektedir ⁽⁵⁾.

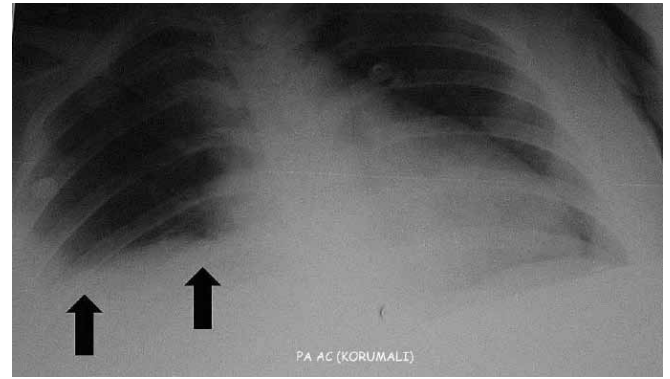
Bu olgu sunumunda acil servise karın ağrısı ile başvuran ve uzun bir süreç sonucunda PKA tanısı konulan bir gebede yaşanan sıkıntıların paylaşılması ve konu üzerine hekimlerin dikkatlerinin çekilmesi amaçlanmıştır.

OLGU SUNUMU

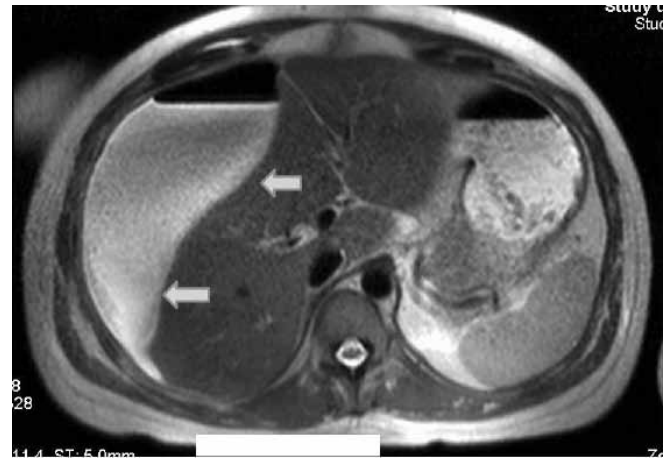
Otuz haftalık hamile olan 27 yaşındaki bayan hastanın, bir başka sağlık kuruluşuna karın ağrısı, ateş, bulantı-kusma ve idrarda yanma şikayetleri ile başvurduğu ve idrar yolu ön tanısı ile yatırılarak beş gün antibiyotik tedavisi aldığı ve karın ağrısının geçmemesi üzerine de hastanemiz acil polikliniğine Akut Pankreatit ön tanısı ile sevk edildiği öğrenildi. Hastanın dış merkezde yapılan laboratuvar tetkiklerinde lökosit 12.3 $10^3/\mu\text{L}$, hemoglobini 10.2 g/dl ve amilaz değeri 52 u/lt idi. Acilde yapılan ilk değerlendirmesinde genel durumu iyi, şuuru açık, koopere ve oryante idi. Vital bulguları TA: 100/60 mmHg, Nabız: 84/dakika, Solunum Sayısı 22/dakika ve Ateş 36.5 °C olarak ölçüldü. Sağ üst kadranda ağrısı tarifleyen hastanın fizik bakışında hassasiyet, defans ve rebound saptanmadı. Batın 30 haftalık gebelik ile uyumlu cesamette idi. Diğer sistem muayeneleri doğal idi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökositin 14.6 $10^3/\mu\text{L}$, hemoglobinin 9.9 g/dl ve tam idrar tetkikinde ise proteinüri ve idrar renginin bulanık olması dışında herhangi bir anormallik saptanmadı. Acilden istenen batın Ultrasonografi (USG)'sinde de patolojik bulguya rastlanmadı. Hasta Kadın Doğum, Genel Cerrahi, Üroloji ve Enfeksiyon Hastalıkları ile konsülte edildi ve idrar yolu enfeksiyonu ön tanısı ile Enfeksiyon Hastalıkları Servisine yatırıldı. Servis takiplerinde sedimantasyonu 20 mm/saat ve CRP'si 360 mg/L gelen hastanın kendi isteği ile taburcu olduğu öğrenildi. Ancak hasta, evde nefes darlığının ortaya çıkması üzerine tekrar acil polikliniğimize başvurdu. Çekilen korumalı akciğer grafisinde plevral efüzyon saptandı (Resim 1). Yapılan ekokardiyografisinde ise ejeksiyon fraksiyonu %60 ve perikardiyal efüzyon tespit edilmesi üzerine Kardiyoloji Servisine yatırıldı. Hastanın servis takiplerinde de karın ağrısından şikayet ettiği ve bunun üzerine Genel Cerrahi ile tekrar konsülte edildiği ve yapılan muayenede sağ

üst kadranda hassasiyet saptanması üzerine istenen USG'de karaciğerde subkapsüler yerleşimli 3x9.5 cm'lik hematoma veya apse ön tanıları konduğu ve Genel Cerrahi tarafından devralındığı öğrenildi. Sonrasında hastadan Magnetik Rezonans Görüntüleme (MRG) istendiği ve burada söz konusu lezyonun apse olarak rapor edildiği tespit edildi (Resim 2). USG eşliğinde drene edilen apsedan yaklaşık olarak 1200 cc pürülan materyal gelen hastanın klinik takiplerinde herhangi bir sorun yaşanmadığı ve amoksisilin-klavulanik asit 1 gr. tb. 2x1 ile metranidazol 500 mg 3x1 reçete edilerek önerilerle taburcu edildiği saptandı.

Resim 1



Resim 2



TARTIŞMA

Akut karın nedeni ile başvuran bir gebe kadının değerlendirilmesi hekimleri sıkıntıya sokan durumların başında gelir ⁽¹⁾. Çünkü ağrı, gebelik veya gebelik dışı bir nedenden kaynaklanabilir ⁽⁶⁾. Tanısal yaklaşımdaki yaşanılacak herhangi bir gecikme morbidite ve mortaliteyi ciddi şekilde etkiler. Bu yüzden de genel kural, gebelerin değerlendirilmesinde akut karın yönetimi açısından bir değişikliğe gidilmemesi ancak gebeliğe bağlı meydana gelen değişikliklerin mutlaka göz önünde bulundurulmasıdır ⁽⁵⁾.

Gebelik sürecinde tanısal yaklaşımı etkileyen faktörler; uterusun genişlemesiyle intra-abdominal organların itilmesine

bağlı olarak fizik muayenenin güçleşmesi, karın ağrısı, bulantı ve kusmanın normal gebelerde de görülebilmesi ve gebeleri gereksiz yere ameliyat etmekten kaçınan bir yaklaşımın sergilenmesidir ⁽⁴⁾.

Gebe bir kadında karın ağrısı round ligamanın ağrısı gibi patolojik olmayan bir nedenden kaynaklanabileceği gibi; akut pankreatit, akut kolesistit, gebeliği bağlı akut yağlı karaciğer gibi ciddi bir patolojiden de kaynaklanabilir ⁽⁵⁾.

PKA, gebelerde karşılaşılabilecek bir klinik tablo olmasına karşın nadir görülmeleri nedeni ile gebelerdeki akut karın ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulmuş durumların arasında genellikle yer almazlar ^(1,3). Hastamızda acil servis başvuruları ve servis takiplerinde PKA'nin akla gelmemesi tanının gecikmesinde büyük rol oynamıştır.

PKA'nde tanı ayrıntılı alınan hikaye ve detaylı fizik muayeneye dayanır. En sık karşılaşılan klinik semptomlar üst batında ağrı, hassasiyet, hepatomegali, yüksek ateş, bulantı ve kusmadır. İştahsızlık, sarılık ve solunum problemleri daha az sıklıkla karşımıza çıkar ⁽⁷⁾. Bizim olgumuzda ilk başvuru sağlık kuruluşunda tariflenen semptomlar literatür ile uyumlu olacak şekilde karaciğer apsesini düşündürmektedir. Ancak bizdeki bulgular ve yapılan değerlendirmeler hastada karaciğer apsisi ile uyumlu değildir. Bu durumun hastaya önceki sağlık kuruluşunda konulan tanı ve uygulanan tedaviden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

PKA'nde tanısal yaklaşımda en önemli tanı araçları USG ve Bilgisayarlı Tomografi (BT)'dir ⁽⁷⁾. Fakat gebe hastalarda fetus dikkate alınarak MRG tetkiki BT'ye tercih edilmelidir ⁽³⁾. Bizim hastamızda da tanıda öncelikle USG istenmiş ancak başvuru anında yapılan USG normal olarak değerlendirilmiştir. Ancak hastanın takiplerinde istenen USG'de apse görülmüş ve durum hasta gebe olduğu için MRG ile de doğrulanmıştır. Bu durum klinik takip ve tekrarlanan USG'nin önemini ortaya koymasından önemlidir.

PKA'nde tedavi, intravenöz antibiyotik ve apsenin perkütan olarak drene edilmesidir. Ancak perkütan drenaj başarısız ise, apse rüptüre olmuşsa veya medikal tedavi başarısız ise apse cerrahi olarak tedavi edilmelidir ⁽⁵⁾. Bizim olgumuzda USG eşliğinde uygulanan apse drenajı ve medikal tedavi başarılı olmuştur.

SONUÇ

PKA, son derece nadir de olsa gebelerde karşımıza çıkabilir. Ancak gebelik sürecinde gerek şikayetler gerekse de muayene bulguları değişkenlik gösterebilir. Bu durum yanlış tanı ve tedavilere neden olabilir. Bu yüzden PKA, üst batın ağrısı ile başvuran bir gebede mutlaka ayırıcı tanı içerisinde yer almalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sivanesaratnam V. The acute abdomen and the obstetricia. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000;14:89-102.
2. Hamzaoğlu İ. Akut karına yaklaşım. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Etkinlikleri: İç Hastalıkları Aciller Sempozyum Dizisi 2002;29;173-180.
3. Nair U. Acute abdomen and abdominal pain in pregnancy. Curr Obstet Gynaecol. 2005;15;359-367.
4. Agustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. Eur J Obstet Gynecol. 2007;131:4-12.
5. Chan KS, Chen CM, Cheng KC, Hou CC, Lin HJ, Yu WL. Pyogenic Liver Abscess. A Retrospective Analysis of 107 Patients During a 3-Year Period. Jpn J Infect.Dis. 2005;58:366-368.
6. Arora D, Bhattacharyya TK, Kathpalia SK, Kochar SPS, Lele PR. Acute abdomen in gynaecological practice. MJAFI 2005;61:66-70.
7. Bugti QA, Baloch MA, Wadood A, Mulghani AH, Azeem B, A JA. Piogenic liver abscess: demographic, clinical, radiological and bacteriological characteristic and management strategies. Gomal J Med Sci. 2005;3:10-4.