

Antibiyotik tedavisine yanıt veren karaciğer apseli bir olgu

A case of liver abscess with respond to antibiotic therapy

Vicdan Köksaldı Motor¹, Ramazan Davran², Ömer Evirgen¹, Yusuf Önlen¹, Melek İnci³, Sabahattin Ocak¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

²Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Hatay

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Hatay

Yazışma adresi: Vicdan Köksaldı Motor, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, 31100 Hatay, Tel: (0326) 229 10 00/3368, Fax: (0326) 245 53 05, E-mail: vicdanmotor@yahoo.com.tr

Özet

Piyojenik karaciğer apsesi nadir görülen mortalitesi yüksek bir hastalıktır ve tedavisi uygun antibiyotik kullanımı ve apse drenajıdır. Kırk altı yaşında erkek hasta sekiz gündür devam eden yüksek ateş şikâyetiyle polikliniğimize başvurdu. Batında palpasyonla sağ tarafta hassasiyet mevcuttu. Ultrasonografi ve abdominal tomografide karaciğerde düzgün sınırlı multipl sayıda soliter lezyonlar saptandı. Uzun süreli antibiyotik tedavisi sonunda klinik durumu düzeldi ve kontrol tomografisinde karaciğerdeki lezyonlar tamamen kayboldu. Klasik bilgiler karaciğer abselerinde cerrahi girişim veya perkütan drenajını önermelerine rağmen bizim olgumuz tek başına antibiyotik tedavisiyle düzelmiştir.

Anahtar kelimeler: Piyojenik karaciğer apsesi, ilaç tedavisi, tanısal görüntüleme

Abstract

Pyogenic liver abscess is a rare disease with a high mortality rate, and the treatment depends on appropriate antibiotic usage and drainage. A forty-six year old male patient was admitted to our clinic with high fever for eight days. Abdominal palpation revealed tenderness on the right upper quadrant. Multiple solitary lesions with smooth margins in the liver were determined at abdominal ultrasonography and computed tomography scan. Clinical condition improved and liver lesions were regressed in control tomography scan at the end of a long-term antibiotic treatment. Although the traditional knowledge suggested that surgical operation or percutaneous drainage should be performed for liver abscess, our case was successfully treated with antibiotics.

Key words: Pyogenic liver abscess, drug therapy, diagnostic imaging

Giriş

Primer veya metastatik tümörler, hemanjiyom, kist ve apse gibi lezyonlar karaciğerde değişik şekillerde kitle oluşturabilirler. Piyojenik karaciğer apsesinde klinik olarak yüksek ateş ve sağ üst kadranda hassasiyet vardır (1). Piyojenik karaciğer apsesi; nadir görülen, mortalitesi yüksek, klinik bulguların varlığında görüntüleme yöntemlerinin kullanılması ile kolay tanı konulan ve uygun antibiyotik ve drenaj ile mortalitesi önemli ölçüde azalan bir hastalıktır (2). İnsidansı 100.000'de 10-20 olarak bildirilmektedir. Orta yaşlı insanlarda, yaşamın beşinci ve altıncı dekatında sık görülür. Vakaların yaklaşık yarısında apse soliter görünümdedir ve en sık karaciğerin sağ lobuna yerleşir (3).

Safra yolları patolojileri, divertikülitler, kolon kanseri, atrofik gastrit ve kriptojenik karaciğer hastalıkları piyojenik karaciğer apselerinin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (4, 5). En sık neden olan mikroorganizmalar, *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumoniae*'dir. Bunu streptokok ve enterokoklar izler (3, 6). Piyojenik apselerin tedavisi, uygun intravenöz (iv) antibiyotiklerin yanı sıra apse drenajıdır (7). Bu yazıda, drenaj yapılmaksızın antibiyotik tedavisine yanıt veren multipl yerleşimli karaciğer apsesi olan bir olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu

Kırk altı yaşında erkek hasta, sekiz gündür devam eden üşüme ile yükselen ateş şikâyetiyle polikliniğe başvurdu. Anamnezinde daha önce bu şikâyet ile iv seftriakson ve azitromisin tablet kullandığı fakat ateşinin düşmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, ateş 38.8 °C, vital bulguları stabil, batında palpasyonla sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit: 6900/mm³ (%75,8 nötrofil), aspartat aminotransferaz: 73 IU/L, alanin aminotransferaz: 92 IU/L, alkalin fosfataz: 82 IU/L, gama glutamil transferaz: 200 IU/L, total bilirubin: 0,3 mg/dL, direkt bilirubin: 0,1 mg/dL, eritrosit sedimentasyon hızı: 51 mm/saat, C-reaktif protein: 17,6 mg/dL (0-0,8) olarak tespit edildi. Sefaperazon-sulbaktam 2 gr/gün iv tedavi başlanan hasta takibe alındı. Karaciğer ultrasonografisinde en büyüğü yaklaşık 31x28 mm boyutunda, hipoekoik görünümde, düzgün sınırlı multipl sayıda solid kitlesel lezyonlar saptandı (Resim 1). Metastaz şüphesi üzerine gastrointestinal sistem malignitesi araştırıldı ve tespit edilmedi. Abdominal bilgisayarlı tomografi (BT)'de karaciğerde multipl hipoekoik lezyonlara rastlandı (Resim 2a, 3a). Amip apsesi için bakılan gaita mikroskopisi ve serolojik testler negatif bulundu. Kan kültüründe üreme olmadı. Karaciğerdeki kitlelerden biyopsi planlanan hastada

biyopsi öncesi yapılan USG' de lezyonların gerilemesi üzerine apse düşünülerek antibiyoterapiye devam edildi. Takibinde ateşi düşen, genel durumu düzelen hasta tedavinin ikinci haftasında taburcu edildi ve oral amoksisilin-klavulanik asit 2x1 gr ve ciprofloksasin 2x500 mg şeklinde tedavisi yeniden düzenlendi. Tedavinin 6. ayında aspartat aminotransferaz: 27 IU/L, alanin aminotransferaz: 26 IU/L, C-reaktif protein: 0,301 mg/dL saptandı. Kontrol BT'de karaciğerdeki lezyonlar tamamen düzeldi (Resim 2b, 3b).

Tartışma

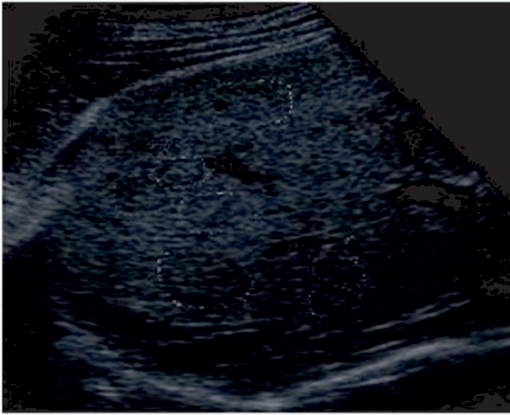
Karaciğer apseleri tüm dünyada önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. En sık 50-60 yaş arası erkeklerde görülmektedir. Diabetes mellitus, alkolizm, immün yetmezlik, malignensi ve karaciğer transplantasyonu karaciğer apseleri için risk faktörlerdir (2, 8). Olguda karaciğer apsesi için herhangi bir risk faktörü tespit edilememiştir.

Günümüzde görüntüleme ve girişimsel radyoloji alanındaki gelişmeler, antimikrobiyal tedavideki ilerlemelerle karaciğer apselerinin tanı ve tedavisindeki yaklaşım değişmiştir (8). Piyojenik karaciğer apselerinin tanısında USG hızlı, kolay ve her yerde yapılabilir olması ve lezyonları lokalize edebilmesi nedeni ile en sık kullanılan görüntüleme yöntemidir. BT ise tanıda kullanılan altın standart yöntem olarak kabul edilmektedir (4). Vakaların yarısında apseler vakamızda olduğu gibi soliter görünümde olabilir. Karaciğer apselerinde en sık görülen komplikasyonlar

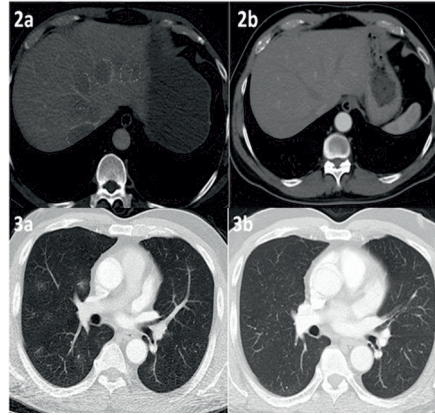
plevral efüzyon, pnömoni, sepsis ve septik şoktur (9). Olgumuzda herhangi bir komplikasyon gelişmemiştir.

Piyojenik karaciğer apselerinde en etkin tedavi, uygun antibiyotik kullanımı ve apse drenajı olarak kabul edilmektedir. Tek başına antibiyotik tedavisinin başarı oranı düşüktür (4, 7). Cerrahi drenaj yapılan intraabdominal apselerde mortalite oranı % 30-43 olarak verilirken, drenaj yapılmayanlarda bu oranın % 80-100'e ulaştığı bildirilmektedir (10). Cerrahi drenajın yüksek morbidite ve mortalite oranları nedeniyle görüntüleme yöntemleri eşliğinde perkütan drenaj, yüksek başarı oranları ile (% 70-100) karaciğer apselerinin tedavisinde ilk seçenek halini almıştır (5). Bir çalışmada perkütan drenaj uygulanan karaciğer apselerinde genel başarısızlık % 9,5, mortalite % 3,8 olarak bildirilmiştir (11). Olgumuzda lezyonların multipl olması ve antibiyoterapiye yanıt vermesi nedeniyle perkütan drenaj düşünülmemiştir. Sefaperazon-sulbaktam 2 gr/gün iv olarak 2 hafta verilen hastanın tedavisi oral olarak 6 aya tamamlanmıştır. Herhangi bir cerrahi müdahale veya drenaj uygulanmayan hastanın uygun antibiyoterapi ile tamamen düzeldiği gözlenmiştir. Muhtemelen daha önceden antibiyotik kullanması nedeni ile etken izole edilememiştir.

Sonuç olarak, klinik ve laboratuvar olarak yakından takip edilmek kaydı ile drenaj uygulanmadan karaciğer apsesinin uygun antibiyoterapi ile tedavi edilebileceği bu vaka nedeni ile vurgulanmak istenmiştir.



Resim 1: Karaciğer USG' de sağ lob içerisinde periferik halosu bulunan multipl hipoekoik lezyonlar



Resim 2a, 3a: Aksiyal abdomen BT' de karaciğerde hilusa yakın multipl hipoekoik lezyonlar

Resim 2b, 3b: Aksiyal abdomen BT' de tedavi sonrası karaciğer lezyonları tamamen kaybolmuş. Bu olgu 3. Türkiye EKMUD Kongresi'nde sunulmuştur. Poster no: P-186 (12-16 Mayıs 2010, Ankara)

Yazarlarla ilgili bildirilmesi gereken konular (Conflict of interest statement) : Yok (None)

Kaynaklar

1. Çelebi S. Karaciğer kitlelerine yaklaşım. Değertekin H, Yalçın K, ed. Karaciğer hastalıklarına klinik yaklaşım. 1. Baskı. İstanbul, 2009: 160-162.
2. Chan KS, Chen CM, Cheng KC, Hou CC, Lin HY, Yu WL. Pyogenic liver abscess: a retrospective analysis of 107 patients during a 3 year period. Jpn J Infect Dis 2005; 58: 366-8.
3. Sifri CD, Madoff LC. Infections of the liver and biliary system. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2010: 1035-44.
4. Cigarrán S, Neches C, Lamas JM, Garcia-Trio G,

- Alonso M, Saavedra J. A case report of a pyogenic liver abscess caused by Fusobacterium nucleatum in a patient with autosomal dominant polycystic kidney disease undergoing hemodialysis. Ther Apher Dial 2008; 12: 91-5.
5. Mohsen AH, Green ST, Read RC, McKendrick MW. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. QJM 2002; 95: 797-802.
6. Chen SC, Wu WY, Yeh CH. Comparison of Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae liver abscesses. Am J Med Sci 2007; 334: 97-105.
7. Chung YF, Tan YM, Lui HF, Tay KH, Lo RH, Kurup A et al. Management of pyogenic liver abscesses: percutaneous or open drainage? Singapore Med J 2007; 48(12): 1158-65.

8. Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. Medicine 1996; 75: 99-113.
9. Montgomery RS, Wilson SE. Intraabdominal abscesses: image guided diagnosis and therapy. Clin Infect Dis 1996; 23: 28-36.
10. Hernández JJR, Mazorra ML, Martel AC, Gomez JM, Miller MH, Leon PB. Pyogenic liver abscesses: mortality-related factors. Eur J Gastroenterol Hepatol 2007; 19: 853-8.
11. Akıncı D, Akhan O, Özmen M, Abbasoğlu O, Sayek İ, Öztürk A, Özkan O, Karçalıncaba M, Çil B. Karaciğer apselerinde perkütan drenaj: 105 apsenin uzun dönem takip sonuçları. İnfeksiyon Dergisi 2005; 19: 61-6.