

Salmonella ve Dalak Absesi ***Salmonella And Splenic Abscess***

Bartu Badak

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Özet: Dalak abseleri nadir görülür. Tanı koymak zor olmakla beraber tedavisiz bırakılan olgularda mortalite oldukça yüksektir. Abse tespit edilse bile her zaman etyolojisi belirlenemeyebilir. Özellikle sol üst kadranda ağrısı ve yüksek ateşle kendini belli etmektedir.

Anahtar Kelimeler: dalak, abse, tanı

Badak B. (2018). Salmonella ve Dalak Absesi Adult Ileocecal Intussusception, *Osmangazi Tıp Dergisi*, 40(3):92-95
Doi: 10.20515/otd.302172

Abstract: Splenic abscess is rare. It's difficult to diagnose and its mortality is quite high if untreated. Even if abscess is diagnosed, etiology may not be always determined. It's manifestations are especially left upper quadrant pain and fever.

Keywords: spleen, abscess, diagnosis

Badak B. (2018). Salmonella And Splenic Abscess, *Osmangazi Journal of Medicine*, 40(3):92-95
Doi: 10.20515/otd.302172

1. Giriş

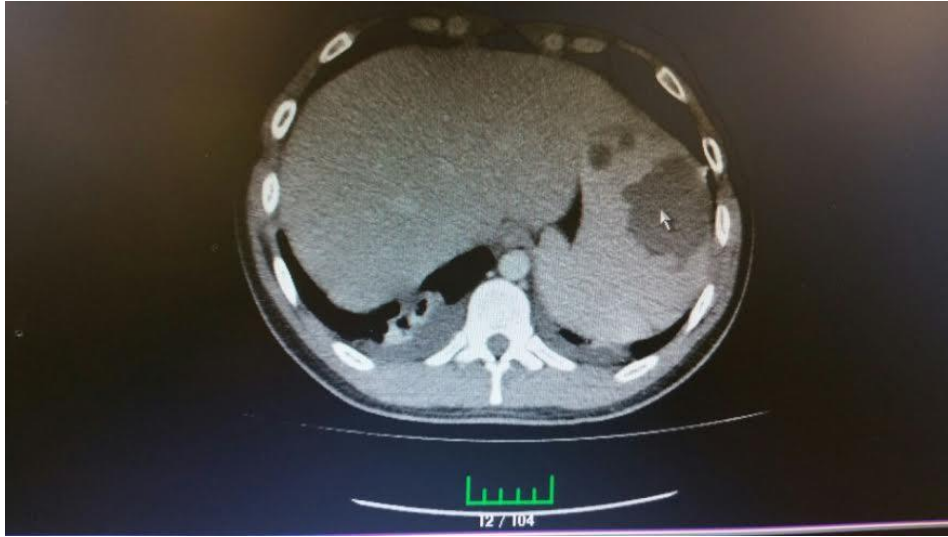
Dalak abseleri nadir görülen enfeksiyonlardır. Tanı koymak oldukça zor olmakla beraber ; tedavisiz bırakıldıkları takdirde oldukça mortal seyretmektedirler. Etiyoloji her zaman belirlenemeyebilir (1). İntravenöz ilaç bağımlıları, hematolojik hastalar ve travma sonrası daha sıklıkla görülebilmektedir. Primer yayılım yolu hematojen yoldur (2). Dalak abseleri kendini özellikle yüksek ateş ve sol üst kadranda ağrısı ile belli ederler. Tanısında abdominal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans gibi görüntüleme yöntemleri yardımcı olabilmektedir (3). Bu yazıda biz, karın ağrısı ve yüksek ateş nedeniyle acil servise başvuran 20 yaşında bir erkek hastayı tanı ve tedavi süreciyle sunmayı amaçladık.

2. Olgu

Yüksek ateş ve şiddetli sol üst kadranda ağrısı nedeniyle acil servise başvuran 20 yaşındaki erkek hasta verilen medikal tedaviye yanıt vermemesi nedeniyle genel cerrahi kliniğimiz ile konsulte edilmesi üzerine hasta yatak başı değerlendirildi. Anamnezinde herhangi bir ameliyat öyküsü, ilaç kullanımı ve kronik hastalığı bulunmayan hastanın fizik muayenesinde karının tüm kadranda hassasiyet ve özellikle sol üst kadranda defansı pozitif olması sebebiyle laboratuvar değerlerinin çalışılmasını takiben hastanın karın ağrısı etyolojisine yönelik tüm abdomen ultrasonografi çekildi. Hastanın wbc değeri 23000, plt değeri ise 54000 olarak geldi. Çekilen ultrasonografisinde “dalak boyutu 17,5 cm çapta- splenomegali, üst kutupta yerleşimli 58×54×67 mm boyutta yoğun içerikli, heterojen yapıda, hiperekoik yer

kaplayan oluşum ve hemen medial komşuluğunda 45×50×55 mm boyutlarda içerisinde seviyelenme veren ekojenitenin izlendiği hipoekoik yer kaplayan oluşumlar izlenmektedir (enfekte kist?, abse?)” olarak raporlanması üzerine vasküler-enfeksiyon ayırımını yapmak üzerine hastaya kontrastlı tüm batın bilgisayarlı tomografi planlandı. Bu esnada genel cerrahi yoğun bakım ünitesine yatırılıp yapılan hastaya intravenöz antibiyoterapi ve mayi tedavisi ivedilikle başlandı. Hastanın acil servise başvuru saatinden itibaren sürekli bir şekilde 40C bulan ateşleri mevcuttu. Çekilen bilgisayarlı tomografi sonucu “dalak 18cm vertikal aksa sahip olup (splenomegali) konturları, parankim dansitesi olağandır. Dalak alt polde 3,7 cm çapta düzgün sınırlı hipodens nodüler görünüm izlenmiştir (kist?). Dalak orta kesim-üst pole uzanan yaklaşık olarak 5 cm çapta ve 6,5 cm çapta iki adet düzensiz sınırlı periferinde belirsiz sınırlı milimetrik hipodens alanların ve duvarlarında milimetrik kalsifikasyonların izlendiği yüksek dansiteli lezyonlar izlenmiştir. (enfekte kist?, dalak absesi?). Bu seviye komşuluğunda dalak anteriorunda belirsiz sınırlı hipodens alan izlenmiştir. (dalak enfarkt?)” olarak

raporlandı (Şekil 1-2). Antibiyoterapi devam edilen hastanın trombosit değerlerindeki düşüklük, aferez ve trombosit transfüzyonlarına rağmen yatıştan itibaren 48. saate kadar yükseltilemedi. Aynı süreçte ateş değerlerinde anlamlı düşmeler gözlemlenmeyen hastanın fizik muayenesinde de herhangi bir gerileme olmaması üzerine hastaya multipl enfekte dalak abseleri nedeni operasyon kararı alındı. Ameliyata alınmadan tüm kan, idrar kültürleri alınan hasta yatışının ikinci gününde ameliyata alındı. Eksplorasyonda dalak üst, orta ve alt kutupta dalağın vertikal aksını tamamen kaplayan 3 ayrı abse odağı görülmesi üzerine splenektomi kararı alındı ve usülüne uygun uygulandı. Ameliyat sonrası kontrol laboratuvar değerlerinde dramatik iyileşmeler gözlemlenen hastanın aynı zamanda ateşleri de olmadı. Wbc değeri 10000 plt değeri 440000'lere ulaşan hastanın ameliyata girmeden önce alınan kan kültüründe ve operasyon esnasında dalak absesinden alınan abse kültüründe de ‘Salmonella species’ pozitif gelmesi üzerine hastanın etyoloji araştırılması sonucu tamamlanmış oldu. Ameliyat sonrası herhangi bir sıkıntısı olmayan hasta 3. günde şifa ile taburcu edildi.



Resim 1. Dalak absesi bilgisayarlı tomografi görüntüsü



Resim 2. *Multipl sayıda dalak absesi*

3. Tartışma

Dalak abseleri nadir görülen ancak tedavisiz bırakıldığı takdirde yüksek mortaliteye sahip infeksiyonlardır (1). Dalak abselerinin pek çok sebebi olsa da, intravenöz ilaç bağımlıları, hematolojik hastalığı olanlar ve travma hastalarında daha sık görülürler (2). Enfeksiyon genellikle enfektif endokardit veya iskemik enfarkt bölgesine hematogen yolla sekonder olarak oluşur (4). Enfeksiyondan sorumlu ajanlar olarak en sık Stafilokoklar, Streptokoklar, Salmonella spp ve Escherichia coli, Brucella spp., Proteus spp tespit edilir. Klebsiella pneumoniae, Peptostreptococcus spp., Bacteroides spp., Fusobacterium spp ve Clostridium spp de zaman zaman enfeksiyondan sorumlu tutulmaktadır (5). Bizim olgumuzda da izole edilen faktör Salmonella spp olarak tiplendirilmişti. Fizik muayenede genellikle sabit ateş, sol üst kadranda ağrısı ve bulantı-kusma görülür. Laboratuvar bulguları çoğu zaman enfeksiyon belirteçlerinin yükselmesi şeklinde görüntü verir. Tanıda ultrasonografi ilk tercih edilecek yöntemdir. Ancak abses, enfarkt ayırımını yapmada noksan kalabileceği için tanı koymada en değerli yöntem bilgisayarlı tomografidir (6). Tedavi konservatif yaklaşım ve cerrahi içerir. Klinik tablosu bozulmamış hastalarda, drene edilemeyecek veya

splenektomiye gerek duyulmayacak kadar küçük boyutlarda olan abselerde başlangıçta geniş spektrumlu ve parenteral antibiyoterapi denenebilmekle beraber; soliter, kalın çeperli, uniloküle abselerde perkütan drenaj yöntemleri uygulanabilir (7). Ancak kliniği süratle bozulan, multipl veya multiloküle absesi olan, antibiyoterapiye cevap vermeyen hastalarda splenektomi tercih edilmektedir. Özellikle genç hastalarda ve immunsupresif tedavi alan hastalarda çoğu zaman mümkün olduğunca splenektomiden kaçınılır (8). Bizim olgumuzda hasta yaşı 20 olmasına rağmen, kliniğin şiddetli seyretmesi, antibiyoterapiye cevap alınamaması ve 3 adet multiloküle kist olması nedeni hastaya splenektomi uygulandı.

4. Sonuç

Sol üst kadranda ağrısı ve yüksek ateş nedeni başvuran hastalarda dalak abseleri akılda tutulmalı, sebep olan tüm faktörler dikkatle incelenmeli ve tedavisiz dalak absesi olgularının yüksek mortaliteye sahip olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Nelken, N., Ignatius, J., Skinner, M., & Christensen, N. (1987). Changing clinical spectrum of splenic abscess: a multicenter study and review of the literature. *The American journal of surgery*, 154(1), 27-34.
2. Ooi, L. L. P., & Leong, S. S. (1997). Splenic abscesses from 1987 to 1995. *The American journal of surgery*, 174(1), 87-93.
3. Levison, M. A. (1992). Percutaneous versus open operative drainage of intra-abdominal abscesses. *Infectious disease clinics of North America*, 6(3), 525-544.
4. Chou, Y. H., Hsu, C. C., Tiu, C. M., & Chang, T. (1992). Splenic abscess: sonographic diagnosis and percutaneous drainage or aspiration. *Gastrointestinal radiology*, 17(1), 262-266.
5. Pawar, S., Kay, C. J., Gonzalez, R., Taylor, K. J., & Rosenfield, A. T. (1982). Sonography of splenic abscess. *American Journal of Roentgenology*, 138(2), 259-262.
6. Brook, I., & Frazier, E. H. (1998). Microbiology of liver and spleen abscesses. *Journal of medical microbiology*, 47(12), 1075-1080.
7. de Dios Colmenero, J., Queipo-Ortuño, M. I., Reguera, J. M., Suarez-Muñoz, M. A., Martín-Carballino, S., & Morata, P. (2002). Chronic hepatosplenic abscesses in brucellosis. Clinico-therapeutic features and molecular diagnostic approach. *Diagnostic microbiology and infectious disease*, 42(3), 159-167.
8. López, C. A., Gómez, D. R. S., Muñoz, B. A., Lucero, P. M., Sánchez, S. M., Bornay, B. E., & Pérez, J. J. (1999). Ultrasound guided percutaneous drainage of splenic abscesses. *Gastroenterología y hepatología*, 22(8), 402.