

# Perianal abseli bir infant: Olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi

S. Tolga YAVUZ (\*), Adem KARATAŞ (\*\*)

## SUMMARY

### An infant with perianal abscess: Case report and review of the literature

*Perianal abscess is a common condition encountered in childhood. It is particular when happening in infants under 6 months of age. Here, a 2-month-old infant with perianal abscess is reported.*

*A 2-month-old infant admitted to hospital with a complaint of painful, swollen perianal lesion suggesting the presence of perianal abscess. Laboratory tests did not reveal any neutropenia nor inflammatory disease. The infant underwent a perianal abscess drainage. No fistula was found during the operation and no recurrence was observed, either.*

*Perianal abscess is not uncommon in childhood, but the precise incidence is unknown. In contrast to adults, the pattern of presentation in children strongly indicates a congenital predisposition. The gender ratio in adults is (M:F) 2:1, whereas in infants it is almost an exclusively male disease. Systemic signs of sepsis are not common in infants. The classical treatment of perianal abscess is incision and drainage. The identification and treatment of corresponding fistula is important to avoid recurrence*

**Key words:** Infant, perianal abscess

**Anahtar kelimeler:** İnfant, perianal abse

Perianal abse, çocukluk çağında yaygın olarak karşılaşılan bir hastalık olup özellikle büyük çocuklarda sıklıkla altta yatan immün yetmezlik, kolonopati vb. predispozan faktörlerle ilişkilidir. İnfantil dönemde, özellikle 6 ayın altında görülmesi halinde ise mutlaka araştırılması gerekmektedir. Bu yaş grubunda predispozan faktörlerle nadiren ilişkili olup anal fistül gibi konjenital bir anomalinin sıklıkla eşlik ettiği gösterilmiştir. Burada perianal abse

tespit edilen 2 aylık bir erkek infant sunulmuştur.

## OLGU SUNUMU

2 aylık erkek infant, 2-3 gündür devam eden anal bölgede ağrılı şişlik ve kızarıklık yakınması ile polikliniğe getirildi. Fiziki incelemede jinekolojik pozisyonunda saat 3 lokalizasyonunda sert, kızarıklık, palpasyonla hassas ve yaklaşık 2 cm çapında lezyon tespit edildi (Şekil 1). Eşlik eden lenfadenopati yoktu. Ateşi olmayan infantın diğer vital bulguları yaşı ile uyumlu olup sistemik muayenesi tabii idi. Anne sütü ile beslenmekte olup emmesi iyi, oryantasyon ve kooperasyonu yaşına göre normal idi. Özgeçmişi ve soygeçmişi özellik arz etmiyordu. Laboratuvar incelemesinde: Hemoglobün 10.4 g/dl, hematokrit % 33.5, MCV 76.2 fl, MCH 23.0 pg, MCHC 31.1 g/dl, RDW 12.5, beyaz küre sayısı  $9.4 \times 10^9/L$ , trombosit sayısı  $391 \times 10^9/L$  ve MPV 9.1 fl idi. Periferik yaymasında PMNL % 58, lenfosit % 36, eritrositlerde hafif hipokromi ve mikrositöz görüldü, trombositlerin yeterli sayıda olduğu saptandı. Mutlak nötrofil sayısı  $5452/mm^3$  idi. Hastaya perianal abse tanısı ile oral amoksisilin-klavulanat tedavisi başlandı. Tedavinin 2. gününde cerrahi olarak abse drene edildi. Drenaj esnasında yapılan anorektal incelemede eşlik eden anal fistüle rastlanmadı. Drenaj sıvısından alınan kültürde S.aureus (Amoksisiline duyarlı) üredi. Antibiyoterapiye bir hafta süreyle devam edildi. Post operatif dönemde komplikasyon gözlenmedi. Düzenli aralıklarla takibi yapılan hastada 10 ay sonunda relaps gözlenmedi.

**Gönderilme tarihi:** 01.07.2008

**Kabul tarihi:** 12.09.2008

Ağrı Asker Hastanesi Çocuk Servisi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı\*; Ağrı Asker Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Genel Cerrahi Uzmanı\*\*



Şekil 1. Yuvarlak, eritematöz ve şiş perianal lezyon.

## TARTIŞMA

Perianal abse, özellikle çocukluk çağında sık karşılaşılan bir tablo olmakla beraber insidansı tam olarak bilinmemektedir. Hill ve ark. anal fistül ve fistülöz absesi olan hastaların % 0.5'inin çocukluk yaş grubunda olduğunu bildirmiştir (1). Mazier ve ark.nın anal fistülü olan 1000 hastalık serilerinde ise bu oran % 4.5 olarak tespit edilmiştir (2). Erişkin hastalarda cinsiyet oranı 2:1 (E:K) iken çocukluk çağında özellikle 2 yaşın altında hastaların çok büyük bir çoğunluğu erkektir. Meyer ve ark.nın perianal abse ve anal fistül nedeniyle opere olmuş 80 olguyu retrospektif olarak inceledikleri çalışmada 2 yaş altındaki olgularda E:K oranı 30:1 iken 2 yaşından büyük çocuklarda aynı oranın erişkin değerlerine yakın (E:K 2.6:1) olduğu bildirilmiştir (3). Murthi ve ark.(4)'nin yaşları 1 ay ile 17 yıl arasında değişen 33 hastalık çalışmalarında olguların %88'i erkek cinsiyette iken Serour ve ark.(5)'nin 24 aylıktan büyük 40 hastalık çalışmalarında ise Meyer ve ark.'nın çalışmasındaki sonuçlara zıt olarak erkek cinsiyet oranı % 92.5 olarak bildirilmiştir. Yine Serour ve ark.nın 77 infantta yaptıkları çalışmada ise olguların % 97'sinin erkek olduğu gözlenmiştir (6). Bizim hastamız da cinsiyet olarak literatür ile uyumlu olup bildirilen en genç olgulardan birisidir.

Lezyon perianal bölgede öncelikle eritemli bir kabarıklık olarak başlayıp daha sonra kızarıklık, şişkinlik ve lezyonun merkezinde yumuşak, beyaz bir

bölge oluşmaktadır. Erişkin hastalarda perianal abse sıklıkla anal glandlardaki akut bir enfeksiyonu takiben oluşurken çocuklarda anal kriptlerdeki konjenital anomalilerin abse ve fistül oluşumuna yol açtığı, özellikle 1 yaşından küçüklerde sıklıkla anal kriptinin abse oluşumunu presipite ettiği bildirilmiştir. Shafer ve ark. perianal abse ve anal fistüllü hastalarda dentat çizgisinin anormal kalınlıkta olduğunu ve derin anal kriptlerin bulunduğunu tespit etmiştir (7). Fitzgerald ve ark., intrauterin dönemdeki androjen fazlalığının veya hamilelik döneminde androjen-östrojen seviyelerindeki dengesizliğin anormal ve kalın anal kript oluşumuna yol açtığını ve bunun da perianal abse ve fistül oluşumunu tetiklediğini iddia etmişlerdir (8). Perianal absenin anal fistül oluşumuna yol açabileceği bildirilmektedir. Piazza ve ark.nın 73 hastalık serisinde 72 hastada perianal absenin anal fistül oluşumunu tetiklediği, bir hastada ise anal fistülün öncül olarak oluştuğu bildirilmiştir (9).

Perianal abse tespit edilen çocuklarda predispozan faktörler araştırılmalıdır. Arditi ve ark. perianal abseli 50 olgunun % 52'sinde predispozan bir faktör olduğunu bildirmişlerdir (10). İmperfore anüs veya Hirschsprung hastalığına bağlı rektal dilatasyon veya miyotomi uygulanan hastaların olguların % 15.3'ünü oluşturduğu bildirilmiştir. Özellikle 1 yaşından büyük çocuklarda gözlenen diğer faktörler arasında HIV enfeksiyonu, Crohn ve ülseratif kolit gibi inflamatuvar barsak hastalıkları, diabetik ketoasidoz, septik granulomatozis ve yüksek doz kortikosteroid ile tedavi edilen juvenil poliartrit yer almaktadır. Nadir olarak *Enterobius vermicularis* enfeksiyonu, cinsel taciz veya granulomatöz enfeksiyon gibi sebepler literatürde bildirilmiştir (11-13). 1 yaşından küçüklerde ise sitotoksik kemoterapi, ağır kombine immün yetmezlik, siklik nötropeni, hiper Ig-M sendromu, Schwachman-Diamond sendromu, otoimmün nötropeni ve glukojen depo hastalığı Tip Ib gibi konjenital ve akkiz nötropenik tablolara eşlik eden olgular mevcuttur (10,14-18). 1 yaşından büyüklerde predispozan faktörlerin birlikteliğine daha sık rastlanırken infant döneminde bu birlikteliğin daha az olduğu görülmüştür.

Klinik olarak perianal abseli hastaların çoğunda lokal semptomların olduğu, nadiren huzursuzluk ve ateşin eşlik ettiği bildirilmiştir (5,6,19). Erişkin hastaların aksine sistemik sepsis bulgularının infant döneminde nadir görüldüğü ve yine erişkin olgulardan farklı olarak spontan iyileşmenin de infant döneminde gerçekleşebileceği bilinmektedir (20). Bizim hastamızın da genel durumu iyi ve vital bulguları tabii idi. Fiziki incelemesinde lokal hassasiyet ve kızarıklık dışında bulgu ve eşlik eden patoloji saptanmadı. Hastanın hematolojik parametrelerinde de anormallik saptanmadığı için ileri tetkik planlanmadı.

Perianal abse cerrahi olarak drene edilirken alınan kültür materyalinde çeşitli patojenlerin ürediği bildirilmiştir. Serour ve ark. (6) 47 hastanın 43'ünde kültürde üreme olduğunu ve E.Coli'nin 29 hasta ile en sık saptanan patojen olduğunu bildirmiştir. Aynı çalışmada 11 materyalde Klebsiella türlerinin, 8 materyalde Bacteriodes fragilis ve 2 materyalde de S.aureus'un ürediği belirtilmiştir. Murthi ve ark.(4)'nin 30 olgusunun 20'sinde E.Coli tek başına veya diğer enterokok ve anaerob bakterilerle beraber üremiş, S.aureus ise sadece 2 hastada bildirilmiştir. Bizim hastamızın drenaj materyalinde de yukarıda bahsedilen çalışmalarda nadir olarak bildirilen S.aureus üremesi saptandı. Arditi ve ark. (10) predispozan faktörler ile izole edilen mikroorganizma türleri arasında ilişki olmadığını bildirmiştir.

Perianal abseli hastaların tedavisinde literatürde çeşitli yöntemler bildirilmiştir. Absenin insizyon ve drenajı, eşlik etmesi muhtemel fistül yönünden inceleme ve gerektiğinde fistülotomi veya fistülektomi, klasik tedavi olarak gösterilmektedir (21,22). Nix ve Stringer, anal sfinkterin zedelenme riskinden ötürü altta yatan fistül açısından detaylı inceleme yapılmasını önermemişlerdir (23). Ancak dik katli ve hassas bir yöntemle fistülün araştırılması ve gerektiğinde fistülotomi veya fistülektomi yapılarak tedavi edilmesinin rekürrens riskini ciddi olarak azalttığı bildirilmektedir (4,7,21). Özellikle 2 yaşın altındaki olgularda fistül oluşma riskinin daha

yüksek olduğu ve preoperatif antibiyotik kullanımının bu riski anlamlı olarak azaltmadığı belirtilmiştir (4,5).

## KAYNAKLAR

1. Hill JR: Fistulas and fistulous abscesses in the anorectal region: Personal experience in management. Dis Colon Rectum 10:421-34, 1967.
2. Mazier WP: The treatment and care of anal fistulas: a study of 1000 patients. Dis Colon Rectum 14:134-44, 1971.
3. Meyer T, Weininger M, Höcht B: Perianal abscess and anal fistula in infancy and childhood. A congenital etiology? Chirurg 77:1027-32, 2006.
4. Murthi GVS, Okoye BO, Spicer RD, Cusick EL, Noblett HR: Perianal abscess in childhood. Pediatr Surg Int 18:689-691, 2002.
5. Serour F, Gorenstein A: Characteristics of perianal abscess and fistula-in-ano in healthy children. World J Surg 30:467-472, 2006.
6. Serour F, Somekh E, Gorenstein A: Perianal abscess and fistula-in-ano in infants: A different entity? Dis Colon Rectum 48:359-364, 2005.
7. Shafer AD, McGlone TP, Flanagan RA: Abnormal crypts of Morgagni; The cause of perianal abscess and fistula-in-ano. J Pediatr Surg 22:203-4, 1987.
8. Fitzgerald RJ, Harding B, Ryan W: Fistula-in-ano in childhood: a congenital aetiology. J Pediatr Surg 20:80-81, 1985.
9. Piazza DJ, Radhakrishnan JM: Perianal abscess and fistula-in-ano in children. Dis Colon Rectum 33:1014-6, 1990.
10. Arditi M, Yogev R: Perirectal abscess in infants and children: Report of 52 cases and review of the literature. Pediatr Infect Dis J 9:411-415, 1990.
11. Avolio L, Avoltini V, Ceffa F, et al: Perianal granuloma caused by Enterobius vermicularis: report of a new observation and review of the literature. J Pediatr 132:1055-1056, 1998.
12. Lahoti SL, McNeese MC, McClain N, et al: Two cases of anal fistula in girls evaluated for sexual abuse. J Pediatr Surg 37:132-133, 2002.
13. Ma JS, Chen PY, Fu LS, et al: Chronic granulomatous disease: a case report. J Microbiol Immunol Infect 33:118-122, 2000.
14. Lejkowski M, Maheshwari A, Calhoun DA, Christensen RD, Skoda-Smith S, Dabrow S: Persistent perianal abscess in early infancy as a presentation of autoimmune neutropenia. Journal of Perinatology 23:428-430, 2003.
15. Welte K, Dale D: Pathophysiology and treatment of severe chronic neutropenia. Ann Hematol 72:158-65, 1996.
16. Uguz A, Yilmaz E, Ciftcioglu MA, Yegin O: An unusual presentation of immunodeficiency with hyper-IgM. Pediatr Dermatol 18:48-50, 2001.
17. Ventura A, Dragovich D, Luxardo P, Zanazzo G: Human granulocyte colony-stimulating factor (rHuG-CSF) for treatment of neutropenia in Schwachman syndrome. Haematologica 80:227-9, 1995.
18. Visser G, Rake JP, Fernandes J, et al: Neutropenia, neutrophil dysfunction, and inflammatory bowel disease in glycogen storage disease type Ib: results of the European Study on Glycogen Storage Disease type I. J Pediatr 137:187-

91, 2000.

**19. Rosen NG, Gibbs DL, Soffer SZ, Hong A, Sher M, Pena A:** The non operative management of fistula-in-ano. J Pediatr Surg 35:938-9, 2000.

**20. Nelson R:** Anorectal abscess fistula: what do we know? Surg Clin North Am 82:1139-51, 2002.

**21. Festen C, Van Harten H:** Perianal abcess and fistula-in-

ano in infants. J Pediatr Surg 33:711-3, 1998.

**22. Howard RJ:** Anal and perianal infections. In: Howard RJ, Simmons R eds. Surgical infectious diseases. Norwalk, CT: Appleton and Lange, 1987: 763-77.

**23. Nix P, Stringer MD:** Perianal sepsis in children. Br J Surg 8:819-821, 1997.