

SOUS-PHRENİQUE MESAFEDE GELİŞEN ABSELER VE CERRAHİ TEDAVİSİ

Dr. Nureddin Apaydın - Dr. Aykut Canik

İnsan anatomisinde sous-phrenique mesafe diye tanımlanan boşlukta gelişen süpürativ oluşumlar ile bu boşluğun bilhassa sağ tarafda büyük bir kısmını kaplayan karaciğerin de süpürativ süreçleri, gerek etyoloji, gerek klinik seyir ve gerekse cerrahi tedavi bakımından oldukça büyük bir benzerlik gösterirler.

Bu nedenle bugün sizlere bu bölgede gelişen 3 hastaya ait klinik bulguları ve yapılmış bulunan cerrahi tedaviyi sunacağız.

İntraperitoneal boşluğun süpürativ infeksiyonlarının başlıca iki çeşit lokalizasyonu vardır. Bunlardan birisi Douglas boşluğu abseleri, ikincisi ise Sous-phrenique boşluğun abseleridir. Douglas abseleri konumuz dışıdır.

Sous-phrenique abselerin tanımında ve gelişmesinde ayrıca cerrahi tedavisinde mevcut olan özelliğin iyice kavranması için anatomik yapının bilinmesinde veya hatırlatılmasında yarar umduğumuzdan bu konuyu kısaca tekrarlayacağız.

Sous-phrenique bölge yahut diyafragma altı bölgesi genellikle diyafragma ile mezokolon transvers arasında kalan bir boşluk olup bu boşluk yine muhteviyatı olan organlarla ve bu organların ligamentleri arasında bir takım recessüslerden oluşur. Bu boşlukta bulunan batın organları karaciğer başta olmak üzere, dalak mide ve duodenum, karaciğer dışı safra yolları ve safra kesesi ile pankreastan ibarettirler. Winslov kanalı ile karın arka boşluğu ile iştiraklidir. Torakal tarafda ise plevra, akciğerler, perikard ve kalp ile komşulukları vardır.

Sous-phrenique bölgenin büyük karın boşluğu ile sağda ve solda inen ve çıkan kolonun laterallerinde mevcut sulkuslar yardımı ile iştirakleri vardır. Retroperitoneal mesafe ile ilişkisi peritonun arka uzantısı aracılığı ileler.

Bu ilişkiler ve özellikler nedeniyledir ki, sous-phrenique bölgenin abseleri çok değişik semiyoloji ve aldatıcı klinik belirtiler gösterir.

Sous-phrenique bölge başlıca 3 loj halinde tanımlanır.

1 — Sağ hepato-phrenique loj. Yukarda diafraqma kubbesi, aşaşıda karaciğer üst yüzü, arkada ligamentum coronaria, solda ligamentum falsiparum ile karın duvarı.

2 — Sol phreno-hepatique loj. Ligamentum falsiparum ile ligamentum triangularum arasında kalan orta loj.

3 — Nihayet tamamen solda olan gastro-phreno-pslenique loj. Arkada ve dışta diafraqma ile aşaşıda phreno-colique ligament, sağda ise ikinci veya orta denilen bölge ile devamlılığını sağlamaktadır.

Bu 3 boşluktan herhangi birinde husule gelen cerahetlenmeler hakiki sousphrenique abseleri meydana getirirlerse de, klasik olarak karaciğerin alt yüzü ile pylor ve midenin küçük kurvatürü arasında gelişen abseler, epiplonun arka boşluğu-Bursa Omentalis-te gelişen abseler, son olarak karaciğerin alt arka bölümünde gelişen abseler ile diafraqma kubbesi ile karaciğerin üst yüzündeki abselerden söz edilir.

Bu cerahetlenmeler genellikle erişkin çağlardaki kimselerde ve çoğunlukla erkeklerde daha sık görülürler.

Patojen amil aerobe ve anaerob bakteriler olup bu iki bazen karışık olarak birlikte bulunurlar.

Oluşum genellikle sekonder olarak, ara sıra travmatik nedenlerle husule gelirler.

Mide ve duodenumun perforasyonları, ülser ve tümörlerinin seyri esnasında safra kesesinin akut iltihaplarında, delinmelerinde, safra kesesi ve yollarının taşlarında, kolanjiolitlerin komplikasyonu olarak, karaciğerin abselerinde, süpüre kist hidatiklerinde, ihtilatlı apandistlerde, bazan genital infeksiyonların tedavisi esnasında görülebirlirler.

Bu bahsettiğimiz hastalıkların komplikasyonları sous-phrenique abselerin % 75 ni teşkil ederler. Geri kalan % 25 vak'a da dalak ve pankreas abse ve kistleri ile ameliyatları sonucu teşekkül ederler.

Tifo, dizanteri, ülseröz kolit, divertiloz ve benzer lezyonlar da sebepler arasındadırlar.

Travmatik olanları ise bahsetmeye neden görmüyoruz. Torako-abdominal travmalar bölümünde incelenebilirler.

Konuya sous-phrenique bölgeyi kaplayan peritonun bir özelliği hakkında bilgi vermekle devam edeceğiz. Absenin yerleştiği boşluğun duvarlarını örten periton tabakası infeksiyona çok mukavimdir. Kısa zamanda süpürasyonu çevreleyen aderanslar meydana getirirler. Ancak bu tıbbi tedaviyi veya spontan şifayı sağlayacak bir potesiyalde değildir. Ancak cerrahi tedaviye yardımcıdır. Eğer

yeterli zaman içinde uygun tedavi sağlanamıyacak olursa bu cerahat kolleksiyonu komşu organlara açılmak suretiyle kötü sonuçlar doğurabilirler. Örneğin mide, duodenum, safra kesesi, kolon ile toraks açılmak suretiyle husule gelen gayet ağır komplikasyonlar.

Abse muhteviyatı bazan 2-3 litreyi bulacak kadar olabilir. Hacım itibariyle bir yumruk büyüklüğünden bir çocuk başı cesametine kadar varanları görülmüştür.

Semptomlar: Ameliyat sonucu meydana gelen diyaфра altı abselerinde ameliyattan sonra olayın ortaya çıkması için uzun bir zamanın geçmesi lazımdır. Klinik belirtiler iki grupta toplanırlar.

1 — Sistemik süpürasyon belirtileri. 2 — Absenin lokalizasyonu ile ilgili belirtiler. Birincisinde, tedavi edilmeyip normal seyrine bırakılan diafragma altı abselerinde yüksek ateş, titreme, taşikardi, dehidratasyon, toksemi, terleme, lökositoz gibi bütün süpürativ hastalıkların belirtileri tamamen vardır. Toprak rengi bir yüz görülür.

Lokal belirti olarak ortaya çıkan en önemli semptom ağrıdır. Ağrı karnın üst kısmında, yanlarda, böbrek bölgesinde, omuzda veya sırtta hissedilir. Öksürük, hıçkırık, dispne görülebilir. M. Sternocleidomastoideusun iki başı arasındaki hassasiyet n. frenicusun irritasyonuna bağlıdır.

Sous-phrenique abselerin torakal yöndeki yayılmalarında çok değişik ve enteresan fizik ve radyolojik bulgular ortaya çıkar. Cerahatın gazlı veya gazsız oluşu da burada değişik bulguları ortaya çıkarır. Şöyle ki, şayet cerahat gazsız ise karaciğer matitesinin uzadığı, eğer lezyon solda husule gelmiş ise Traube aralığının sonoritesinin kaybolduğu görülür. Eğer abse gaz ihtiva ediyorsa matite bölgesinin üzerinde timpa nik bir sonorite alınır. Bazan reaksiyonel pleural bir epanşman husule gelir ve matinenin üzerinde sonorite alınır. Oskültasyonda ise gazsız hallerde mutlak bir silans, gazlı hallerde ise pyopnömotoraks belirtileri (tintement metalique, bruit d'airain-tunç sesi-soufle emphorique-testi sesi) alınır.

Diafragma altı abselerinin, karnın boşluğuna doğru yayılma eğilimi gösterenlerde daha çok abdominal fizik belirtiler görülür. Bunlar, ağrı, ateş, sağ hipokondrium'da ve bazen epigastrium'da şişlik, kontraktür ve değişik kıvamda ve cesamette plastron kitlesi palpe edilebilir. Perküsyon bulguları burada da değişiktir. Gazlı cerahatlenmelerde timpanizm tespit edilir. Bu bulgu genu-pektoral pozisyonda değişik fiziki belirti verir.

Diafragma altı abselerinde radyolojik belirtiler de oldukça karakteristiktir. Görüntüler klinik bulgularla beraber değerlendirilir değişik pozisyonlarda grafiler ayırimda rol oynar.

Konuşmamızın başında sub frenik mesafedeki cerahatli oluşumlardan ve bu arada karaciğer abselerinden söz etmiştik. Şimdi konumuzun içinde karaciğer absesine ait kısa bilgi vermek isteriz.

Karaciğer abseleri genellikle iki ayrı bölümde incelenirler:

1 — Adi, cerahatli karaciğer absesi

2 — Amipli dizanteriye bağlı karaciğer abseleri

Daha çok erkeklerde 30-40 yaşları arasında görülen Adi, Cerahatli karaciğer abselerinde pyogen organizmalar karaciğere değişik yollardan gelirler.

a — V, Portae yolu

En sık görülen şekli budur. Özellikle akut appandisitler, ülseröz kolit divertikülit, hemoroide bağlı pleflebitler veya portae yolu ile septik bakteriyel emboliler yapmak suretiyle karaciğerde abseler meydana getirirler.

b — A. Hepatika yolu

c — V. Umlikalıs yolu. Bilhassa çocuklarda omphalitis'leri takiben karaciğer abselerini meydana getirirler.

d — Safra yolları ile husule gelen abseler

e — Direkt yayılma. Komşuluk yolu ile...

f — Karaciğer'in travmatik yaralanmaları

g — Karaciğer kist ve tümörlerinin iltihaplanmaları ile karaciğer abseleri meydana gelirler.

Tek karaciğer abseleri vak'aların çoğunda sağ lobda ve bu lobun kubbesinde oturmaktadır. Amip ve aktinomikoz abseleri genellikle ünik abseler tarzındadır. Kolanjiolit, portal pyemi ve septisemi sonucu meydana gelen abseler multipl lokalizasyonu gösterirler.

Klinik. Bu hastalarda genel olarak septik bir klinik görünüş vardır. Ateşin titreme ile yükselmesi ve bacaklı bir seyir takip etmesi, terleme, iştahsızlık, zayıflama karakteristiktir. Toksemi belirtileri mevcuttur. Hasta sağ hipokondrium'daki bir ağrıdan şikayet eder. Ağrı omuza, toraks alt bölümün ve bazen de epigastrium'a yayılır. Abselerin plevraya açılması ile toraksa ait belirtiler görülür. Karaciğer fizik olarak çok büyük ve ağrılıdır. Granülositlerin hakim olduğu bir lökositoz ve sekonder bir anemi mevcuttur. Sedimentasyon yüksek olup karaciğer fonksiyon testleri genellikle normal bulunup Ağır ve ilerlemiş vak'alarda batında ascite ve ikter de görülebilir.

Radyolojik incelemede, sağ diafragma yükselmiş ve skopik olarak hareketsiz görülür. Karaciğer scanning'i iyi bir teşhis aracıdır. Selektif karaciğer arteriografisinde bir bölgede damarsız bir defektin varlığı karakteristiktir.

Prognoz genel olarak ciddidir. Mortalite % 40 civarındadır.

Tedavi. Multipl ve küçük abselerin başlangıç safhalarında anti-bioterapiden iyi sonuçlar alındığı söylenir. Radikal tedavi cerrahidir. Ancak burada absenin iyi lokalize edilmesi ve drenajın yeterli olarak yapılması gereklidir. Karaciğer abselerindeki cerrahi tedavide 3 giriş yolu vardır.

1 — Transperitoneal yol

2 — Transplöral yol

3 — Sağ 12. kosta yatağından girilmek suretiyle kullanılan yol.

Bu cerrahi tedavi şekli de konumuza esas olan diafragma altı abselerinde tatbik edilen cerrahi yöntemlerin aynıdır.

Karaciğer abselerinin ikinci bir nedeni de amiplerin husule getirdiği oluşumlardır.

Memleketimizin bilhassa güney illerinde bulunan Entamoeba Histolytica paraziti kalın barsaklardan V. Portae sistemi ve lenf yolları ile karaciğere gelir. Burada bir hepatit yapar. Bunlardan bazıları abseleşir. Genel olarak kalın barsak hastalandıktan 1-3 ay sonra karaciğerde abse belirtileri görülür.

Klinik tablo ve teşhis. Erkeklerde 20-40 yaşları arasında sık rastlanır. Fizik, laboratuvar bulguları ve radyolojik incelemelerde pyogen karaciğer abseleri ile aynı bulguları görmek mümkündür.

Tedavi.

1 — Medikal tedavi. Abse gelişmeden önceki amip hepatitis'i döneminde Emetine kullanılır. Verilecek doz günde $2 \times 0,03$ gr. olup gün devam edilir. 1 gr.a kadar çıkılabilir. Chloroquin, Aureimycin, Metrinidazole (Flagy) gibi daha yeni ilaçlarla da tedavi uygulanır.

2 — Cerrahi, Abse teşekkül etmiş ise drenaj yapılır. Ayrıca Emetine de verilir.

Vak'a 1.

T.K. — 23 yaşında erkek hasta. Sivaslı, tornacılık yapıyor. 29.5. 1977 tarihinde 3849 sayılı protokolla hastanemiz 1. Dahiliye kliniğine yatırılarak tetkik edilmiştir. Şikayetleri ve hikayesi ile klinik radyolojik bulguları sonunda SubFrenik abse teşhisi konarak 6.6.1977 tarihinde servisimize nakledilmiştir.

Gerek dahiliye ve gerekse de servisimizde tespit edilen belirli şikayeti, sağ hipokondrium'daki ağrısı olmuştur. Bu ağrı beline doğru yayılıyormuş. 38 derece civarında ateşi tesbit edilmiş. Anamnezde hastalığın başlangıcından itibaren öksürüğün mevcut olduğu ve ateşlendiği ifade edilmektedir. Daha önce birkaç defa diare geçirmiş kısa sürede kendiliğinden geçmiş.

Muayenesinde, öz ve soy geçmişinde kayda değer bir özellik bulunmamıştır. Genel durum pek bozulmamıştır. Zayıfça bir fizik yapıya sahip olup, paslı bir dilin mevcut olduğu tesbit edilmiştir. Fizik muayenede, sağ hipokondrium ve kısmen epigastrium bölgesi tazyikle ağırlı görülmüştür. Sağ hipokondrium ile birlikte epigastrium'da kaburgaları iki parmak geçen bir bölgede matite alınmıştır. Sağ akciğer kaidesinde perküsyonla matite tespit edilmiştir. Oskültasyonda burada solunum seslerinin alınmadığı tespit edilmiştir.

Akciğer grafisinde, sağda 6. İ.C.A.a kadar yükselen bir epanşman plöral görülmektedir. Bu epanşman plöral hastanın ilk şikayetleri ile hastanemize müracaat ettiği zaman yapıldığını tahmin ettiğimiz karın grafisinde sağ hipokondrium'u kaplayan geniş opasitenin üzerinde akciğer kaidesinde görülen infiltratif bulguların bir süre sonra geliştiğinin belirtisi olarak mütalaa edilmiştir.

Dahiliye servisinde iken gün aşırı yapılan lökosit sayımında 15.400 ve 16.000 civarında bir lökositoz bulunmuştur. Ayrıca 38-70-100 civarına varan bir sedimantasyonu bulunmuştur. 8.6.1977 tarihinde plevral ponksiyon yapılmıştır. Bu ponksiyonda alınan mayinin tetkikinde Rivalta müsbet, bakteriyolojik olarak lenfositlerin hakim olduğu görülmüştür. Kültür steril kaldı.

Bu durum karşısında hastada, sub frenik bölgede lokalize olan ve toraksa doğru yayılma gösteren bir sub frenik abse tesbit edilerek 13.6.1977 tarihinde torakal yolla sub frenik mesafeye gerilmiş, burada kirli sarı renkte ve safravi karakterde kokusuz, bol pürülan bir mayi ile karşılaştırılmıştır. Karaciğer kubbesinde ve sub frenik mesafenin duvarlarında mebzul pseudo membranlar tesbit edilerek usulüne uygun olarak aspire edilmiştir ve drenaj sağlanmıştır. Sub frenik mesafeden alınan cerahatın bakteriyolojik tetkikinde cerahat hücreleri tesbit edilmiş ve kültürün steril kaldığı görülmüştür.

Sonuç olarak hastanın sub frenik mesafeye açılmış ve plevral yayılma eğilimleri gösteren bir karaciğer kubbesi absesi komplikasyonu olduğu kanısına varılmıştır. Ameliyat sonrası durum iyi seyretmiş 20.6.1977 tarihinde yapılan radyolojik tetkikten sonra hasta 23.6.1977 tarihinde pansumanlarına ayaktan devam etmek üzere çıkarılmıştır.

Vak'a 2.

A.K. — 43 yaşında Antakya'lı erkek hasta. Peynirci'likle uğraşmaktadır. Vak'aların tekerrürü olarak bir evvelki hastanın yattığı günlerde servisimize 2. Dahiliye kliniğinden intikal etmiştir.

Şikayetleri 1 sene öncesine kadar uzanmaktadır. Sırt ağrısı, öksürük ve ateş ile başlamış. Tedavi eden hekimler pnömoni geçirdiğini söylemişler. Bu hali 2 ay kadar sürmüştür. Sonra ağrılarının myalji olduğu ve bir süre devam edeceği bildirilen hasta kendisini nisbeten iyi hissetmekle beraber halsizlik, iştahsızlık, kilo kaybı, renginde solukluk ve bel ağrısı ile gittikçe artan bir şekilde yeniden hastalanmıştır. Antakya'dan İstanbul'a gelerek 2. dahiliye kliniğine müracaatla yatırılmıştır. 14 gün süre ile tetkik ve tedavi gören hasta yapılan çeşitli laboratuvar muayenelerinden sonra karaciğer tümörü şüphesi ile servisimize konsülte edilmesi istenmiştir.

Hastanın yapılan muayenesinde dikkati çeken soluk ve anemik bir görünüşün yanında karaciğerin kaburga kenarını 6 parmak kadar geçtiği, margo aneterior'unun muntazam olduğu, palpasyonla karaciğerin palpe edilebilen yerlerinde ağrıdan başka tümör ile ilgili soliter veya multipl değişik kıvamdaki bulgulara rastlanmadı. Bu hastada da sedimentasyonun 120-130 civarında olduğu 2.820.000 eritrosit ve 7.800 lökosit bulunmuştur. Dahiliye servisinde yatarken 39 dereceye yükselen ateşi tesbit edilmiştir. Üre, şeker normal hudutlar içerisinde. Diğer biyolojik testleri de normal bulunmuştur.

Akciğer grafisinde görüldüğü gibi sağ diafragmanın oldukça yüksek pozisyonda olduğu tesbit edilmiştir. (Ön ve yan grafilerde...) Karaciğer'in yapılan scanning'inde kubbede radyoaktif maddenin geniş bir sahada tutulmadığı görülmüştür.

Netice olarak, hastanın hikayesi klinik ve laboratuvar bulguları ile bir karaciğer absesi üzerinde hasıl olan kanaat üzerine 22.6.1977 tarihinde laparotomi yapılmış ve muayenede karaciğerin çok büyük olduğu, normal renginin esmerimtırak bir hal almaya dönüştüğü, glisson kapsülü üzerinde yer yer fibrotik oluşumlar bulunduğu tespit edildi. Karın boşluğundaki diğer organlar safra kesesi ve safra yolları üzerinde cerrahi patoloji tesbit edilemedi. Karaciğerin kubbesinin gayet gergin, renittan ve flüktüasyon veren bir oluşumla dolu olduğu görüldü. Kavite peritneal usulüne uygun olarak gaz kompreslerle korunarak kubbeye yapılan bir ponksiyon ile frambuaz karakterde ve içinde beyazımtırak uzantılar bulunan bir mayii aspire edildi. Bilahare trokar ve aspiratör yardımı ile bu muhteviyat boşaltıldı.

sonradan abse boşluğuna büyük bir pesser konarak ucu diafragma altından ve torakstan çıkarılarak su altı drenajına bağlandı. Ayrıca absenin açılan cidarı longetlerle muhafaza edildi. Sub renik boşluk batın yolu ile ikinci bir dren ile drene edildi. Abse mayii steril bulundu ve amip üretilmedi.

Ameliyat sonu olaysız geçti hasta 12.7.1977 tarihinde cerrahi şifa ile çıkartıldı.

Vak'a 3.

Bu hasta 77 yaşında bir erkek hastadır. Özel bir klinikte tedavi edilmiştir. 5.7.1977 tarihinde 4426 sayılı protokolle yatırılmıştır.

Şikayetleri, bir seneden beri devam eden sağ hipokondrium'da lokalize sırtına ve omuzuna vuran ağrılar ile ileri derecede halsizlik ve bitkinlikten oluşmaktadır.

Genel görünümde yaşının gereği halsizlik ve yorgunluk yanında oldukça zayıf bulunmaktadır. Zaman zaman ateşi olmuştur. Konstipasyon şikayetleri belirtiyor. Uzun süre Haseki hastanesi dahiliye kliniğinde yatarak tedavi görmüşse de hastalık hakkında kesin bir yargıya varılamamış. Klinik olarak sağ hipokondrium'da lokalize aşikar bir ağrı ile hiperestezi bulunmuştur. Laboratuvar tetkiklerinde, iki saatte 90 mm. varan bir sedimantasyon yüksekliğinden başka dikkati çeken bir özelliği görülmemiştir. Lavman opakt ile yapılan tetkiklerinde kolon çevresinde dolikikolon ve pytoz halinin dışında bir bulguya rastlanmamıştır. Yalnız bu tetkiklerde appendix'in deffektiv bir tarzda dolduğu görülmüştür. Ürografik tetkik bir prostat'tan başka patolojik bir bulgu göstermemiştir. Akciğerin tomografik tetkiklerinde 4,5 cm. mesafedeki olanı müstesna gerek akciğerde gerekse diafragma kaidesinde belirgin patoloji görülmemiştir. Mide ve kolesistografi bulguları normaldir.

Hastada ağrılar ve yüksek sedimantasyon, karaciğer ve safra yolları üzerinde bir laparotomi endikasyonu doğurmuştur. 7.7.1977 tarihinde yapılan laparatomide karaciğer kubbesinde ön yüze doğru uzanan ve parietal peritonla arasında sıkı iltisaklar yapan yumruk cesametinde, flüktüasyon veren bir mass tesbit edilmiştir. Parmak yardımı ile aderansları ayrılmış, bilahare ponksiyon edilince bir evvelki hastada görüldüğü gibi aynı karakterde bir mayii boşaltılmış ve usulüne uygun bir şekilde drene edilmiştir. Bakteriyolojik muayeneye gönderilen numunede kültür steril kalmış, amip görülmemiştir.

Hasta 18.7.1977 tarihinde cerrahi şifa ile çıkarılmıştır.

Netice olarak takdim ettiğimiz 3 hastada uniloküler karaciğer kubbesine yerleşmiş, semptom ve bütün ayrıntıları ile birlikte amibiaz menşeli olduğu kanaatine varılan karaciğer abseleridir.

Özet

Sub-phrenique mesafede abse gelişen üç hastaya ait observasyonlardır. Gerekli cerrahi tedavileri yapılmış ve başarılı sonuçlar alınmıştır.

Summary

The observations, regarding three cases of abcess in sub-phrenique space, have been discussed. The results of their surgical treatment were successful.

LİTERATÜR

- 1 — Traite de technique chirurgicale. Tom. 6. 1955.
- 2 — Chirurgie du diaphragme, J. Perrotin. J. Moreaux. 1965.
- 3 — Diagnostics urgents. H. Mondor. 1974.