

Retroperitoneal Apse ile Ortaya Çıkan Posterior Duodenal Perforasyon

Ozan Efesoy¹, Süleyman Ülger¹, Halil Ülger², Erdem Yücel², Mehmet Yavuz Gözükara³

ÖZET:

Retroperitoneal apse ile ortaya çıkan posterior duodenal perforasyon Duodenumun peptik ülser nedeniyle posterior duodenal perforasyonuna bağlı retroperitoneal apse klinik pratikte oldukça ender görülen bir problemdir. Literatürde klinik belirti ve bulgularına dair oldukça az bilgi yer almaktadır. Bu olgu sunumunda literatür verileri derlenerek peptik ülserle ilişkili posterior duodenal perforasyon ile ilişkili retroperitoneal apse vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Aps, duodenum, peptik ülser perforasyonu, retroperitoneal boşluk

ABSTRACT:

Posterior duodenal wall perforation presenting as a retroperitoneal abscess Retroperitoneal abscess associated with a posterior perforation of the duodenum due to peptic ulcer disease is extremely rare problem in clinical practice. There are scarce data about its clinical signs and symptoms in the literature. We report a case of retroperitoneal abscess associated with a posterior perforation of the duodenum due to peptic ulcer disease and review the literature.

Key words: Abscess, duodenum, peptic ulcer perforation, retroperitoneal space

Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2015;49(2):159-62



¹Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği, Mersin-Türkiye
²Mersin Toros Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Mersin-Türkiye
³Mersin Devlet Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Mersin-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Ozan Efesoy,
Mersin Toros Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği,
Mersin-Türkiye

Telefon / Phone: +90-505-746-2494

E-posta / E-mail:
oefesoy@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
12 Ağustos 2014 / August 12, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
17 Kasım 2014 / November 17, 2014

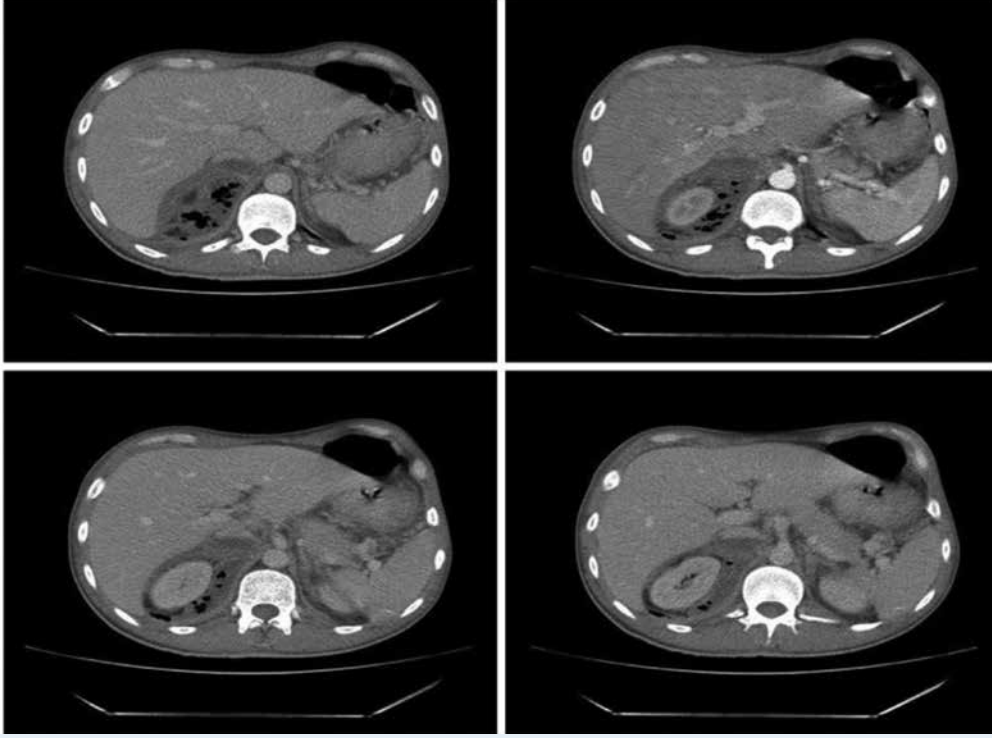
GİRİŞ

Retroperitoneal apse en sık renal hastalık kaynağıdır. Gastrointestinal organların enfeksiyon ve perforasyonları da retroperitoneal apseye neden olmakla beraber duodenumun peptik ülser nedeniyle posterior duodenal perforasyonuna bağlı retroperitoneal apse oldukça nadir görülen klinik bir durumdur. Literatürde 1966 ile 2013 yılları arasında bildirilen yalnız 12 olgu bulunmaktadır (1). Bu makalede retroperitoneal apse ile ortaya çıkan posterior duodenal ülser perforasyonlu olgu sunulmuştur.

OLGU

Otuz beş yaşında erkek hasta karın ve sırt ağrısı nedeniyle acil servise müracaat etti. Alınan anamnezde yaklaşık 20 gündür iştahsızlığı ve karın/sırt bölgelerinde ağrılarının olduğu, bugün ise ağrılarının

nın çok arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde appendektomi dışında özellik bulunmayan olgunun fizik muayenesinde vücut ısısı: 37.6°C, nabız: 76/dakika/ritmik, arteriyel kan basıncı: 110-70 mm/Hg olarak ölçüldü. Batın sağ üst kadranda ve sağ kostovertebral açıda hassasiyet saptanan olgunun diğer sistem muayeneleri ise normaldi. Tam kan sayımında beyaz küre sayısı: 20.100/mm³, nötrofil sayısı: 18.100/mm³, trombosit sayısı: 337.000/mm³, hemoglobin: 12.9 g/dl, hematokrit: %36.5 ve C-reaktif protein: 41.16 mg/L saptanan olgunun serum elektrolit düzeyleri, karaciğer fonksiyon/koagülasyon testleri ile tam idrar tetkiki normal sınırlarda idi. PA akciğer grafisi ve ayakta direkt batın grafisinde patolojik bulguya rastlanmayan olgunun abdominal ultrasonografisinde batında serbest veya retroperitoneal alanda lokalize olduğu tam olarak ayırt edilemeyen yaygın mayii gözlenmesi üzerine çekilen abdominal tomografide sağ perirenal alanda



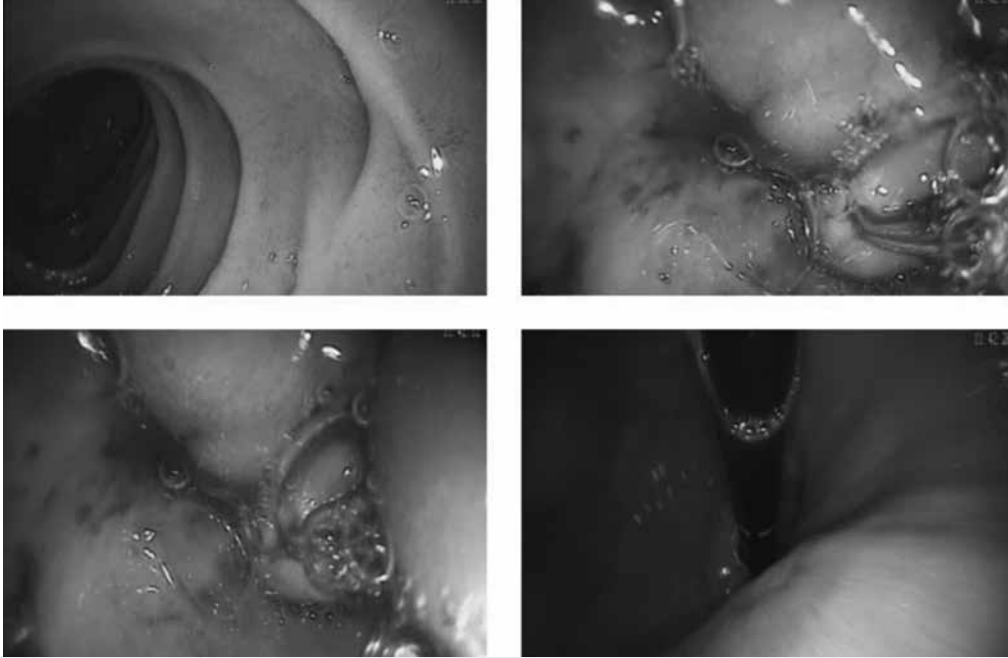
Resim 1: Retroperitoneal koleksiyon (apsenin) BT görüntüsü

içinde gaz dansiteleri olan sıvı koleksiyonu saptandı (Resim 1).

Drenaj amacıyla ultrasonografi eşliğinde retroperitoneal alana 8 F pigtail kateter takıldı ancak yoğun pürülan içerik nedeniyle kateterin drenaj sağlanması/tıkanması üzerine pigtail kateter çıkarıldı ve derhal mini lumbotomi yapılarak takılan 16 F pezzet kateter ile pürülan vasıfta mayii drenajı sağlandı. Ampirik olarak Amikasin 1x1000 mg ve Ornidazol 2x500 mg başlanan hastanın apse kültüründe ESBL (+) E. Coli üremesi üzerine antibiyoterapi İmipenem 4x500 mg olarak düzenlendi. Yatışının 2. gününde kateterden gastrik içerikli drenaj olan hastaya üç yollu (oral, i.v. ve rektal) kontrast verilerek kontrol BT'si yapılması planlandı ancak rektal kontrastı tolere edemeyen hastaya oral ve i.v. kontrast verilebildi. BT'de drenin retroperitonda yerleştiği ve retroperitoneal alana kontrast geçişi olmadığı izlendi. Bunun üzerine hastaya primer ve sekonder retroperitoneal apse ayırıcı tanısı amacıyla gastrointestinal sistem (GİS) endoskopisi yapılması planlandı. Yapılan üst GİS endoskopisinde duodenal bulbusun ödemli olduğu, bulbusda posterior yerleşimli 2 cm çaplı ve eksuda

ile kaplı ülser izlendi, biyopsi alındı (Resim 2). Üst GİS endoskopisi esnasında apikal dönüşte lümenin içinde dren ucu izlenen ve histopatolojik inceleme sonucu peptik ülser olarak raporlanan olguya mevcut veriler ışığında peptik ülserle ilişkili retroperitoneal apse tanısı konuldu.

Konservatif tedavi planlanan olguda antibiyoterapiye devam edilerek oral beslenmesi kesildi, antiasit (PPI) ve total parenteral nutrisyon başlandı. Takiplerinde enfeksiyon parametreleri gerileyen ve drenajı azalarak sıfırlanan hastaya yatışının 10. gününde oral beslenmeye başlandı. Yatışının 11. gününde masif GIS kanaması olan hastaya acil cerrahi girişim planlandı. Yapılan eksplorasyonda duodenumun birinci kıta posteriorunda perforasyon ve gastroduodenal arterden kanama olduğu ayrıca perforasyonun penröz dren ucu tarafından kapatılmış olduğu izlenen olguya subtotal gastrektomi + Roux-en-Y gastrojejunostomi yapıldı. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta yatışının 18. gününde taburcu edildi. Olgu altı aydır sorunsuz takip edilmektedir.



Resim 2: Peptik ülser perforasyonunun duodenoskopik görüntüsü

TARTIŞMA

Önde posterior parietal periton, arkada transvers faysa, yukarıda diyafragmatik faysa, aşağıda ise pelvik brim ile sınırlandırılan retroperiton, üç farklı kompartmana ayrılır; Anterior Pararenal Boşluk, Perirenal Boşluk ve Posterior Pararenal Boşluk (2). Retroperitoneal alanın bu üç boşluğunda spontan veya enfektif, enflamatuvar, kanseröz, travmatik ve iatrojenik nedenlere bağlı olarak kan, irin, idrar, lenfatik ve GİS salgıları vasfında sıvı koleksiyonu görülebilmektedir (3).

Duodenumun peptik ülser nedeniyle posteriordan perforasyonu ve buna bağlı olarak gelişen retroperitoneal apse oldukça nadir görülen durumlardır. Wong ve ark. 12.5 yıllık periyotta perforasyonlu peptik ülser nedeniyle cerrahi girişimde buldukları 532 olgunun yalnız 6'sında (%1.1) duodenumun posteriordan perforasyonunu bildirmişlerdir (4). Altemeier ve Alexander ise 1912 ile 1961 yılları arasında retroperitoneal apse tedavisi uyguladıkları 189 olgunun yalnız 2'sinde (%0.95) apsenin duodenal perforasyondan köken aldığını bildirmişlerdir (5). Literatürde 1966 ile 2013 yılları arasında posterior duodenal ülser perforasyonu nedeniyle retroperitoneal apse

geliştiği bildirilen yalnız 12 olgu bulunmaktadır. Bu olguların yarısında ülser lokalizasyonu bilinmiyor iken olguların ikisinde bulbusta, ikisinde duodenum ikinci kısmında ve ikisinde ise duodenum üçüncü kısmında yerleşimli olduğu bildirilmiştir (1).

Retroperitoneal duodenum anterior pararenal boşlukta, anterior pararenal fasyanın önünde ve posterior parietal peritonun arkasında yer alır. Duodenumun retroperitoneal alana perforasyonunda açığa çıkan gaz ve sıvı genellikle sağ anterior pararenal boşlukta birikmektedir (3). Olgularda en sık semptom batında epigastrik bölge ve sağ üst kadranda ağrıdır. Ağrı çoğu olguda 24 saatten uzun süredir mevcuttur. Bulantı, kusma ve ateşin ağrıya eşlik edebildiği olgularda genellikle peritonit bulgularına rastlanmaz ve belli belirsiz klinik tablo nedeniyle tanı konması zordur. Semptomların geç ortaya çıkması, tanının genellikle erken dönemde konulamaması nedeniyle bu olgularda morbidite ve mortalite oranları halen yüksektir (1).

Çoğu olguda direkt radyografi ve ultrasonografi tanıda yardımcı değildir. Ancak, retroperitoneal havanın pararenal fasyal hat boyunca ilerleyerek diyafragmatik hiatustan mediastene geçip pnömomediasten ve pnömotoraksa neden olduğu geniş perfo-

rasyonlu olgularda ayakta direkt batin grafisi ve akciğer grafisi tanıya yardımcı olabilmektedir. Batin içi sıvıları gösterebilmesine rağmen artefaktlar nedeniyle gastrointestinal yolun incelenmesinde etkin bir yöntem olmayan ve pahalı bir tetkik olan manyetik rezonans görüntülemenin de bu amaçla kullanılması uygun görülmemektedir (6). Retroperitonun değerlendirilmesinde ilk tercih, oldukça duyarlı bir yöntem olan, bilgisayarlı tomografi (BT) olmalıdır. Retroperitoneal apselerde primer veya sekonder (özellikle GIS kaynaklı) olarak ayırım yapılması amacıyla oral, intravenöz ve rektal yolla kontrast madde verilerek üç yollu BT çekilmelidir. İntravenöz kontrast öncesi, sonrası erken ve geç fazda alınan kesitler sıvının içeriği hakkında da bilgi verebilmektedir. Kontrast öncesi çekimde sıvı içerisinde hava görülmesi, kontrast sonrası erken ve geç fazda sıvının dansitesinin değişmemesi yani kontrast dağılımı olmaması apse lehine, oral ve rektal kontrast sonrası retroperitona kontrast madde kaçığı ise GIS perforasyonu lehine bulgulardır. BT ayrıca duodenal duvar ve çevre dokular hakkında da bilgi vermektedir (3,6,7). Perforasyon alanının genişlemesi ve retroperitoneal alanın daha fazla kontamine olması risklerini taşımakla beraber kesin tanı GIS endoskopisi ile perforasyonun görülerek biyopsi alınması ve retroperitoneal sıvıdan örneklem yapılması ile mümkündür (1).

Duodenal perforasyonlu olgularda sepsis geliştik-

ten sonra mortalite arttığından tedavide amaç sepsis gelişiminin önlenmesidir. Güncel literatürde iki görüş mevcuttur: acil cerrahi girişim ve konservatif tedavi (6). Posterior duodenal perforasyon nedeniyle retroperitoneal apse gelişen olguların birçoğunda intraperitoneal kontaminasyon olmadığından konservatif tedavi başarıyla uygulanabilmektedir. Konservatif tedavide sepsisi önlemek amacıyla apse drenajı, antibiyoterapi, oral beslemenin kesilerek parenteral beslenmeye geçilmesi ve GIS asidite ile salgılarını azaltan medikal tedaviler kullanılmaktadır. Konservatif tedavi uygulanan olgular peritoneal kontaminasyon açısından seri fizik muayene ve BT ile yakından takip edilmelidir (1). Ancak acil cerrahi girişimi savunan otörler 'posterior duodenal perforasyonlu olgularda konservatif tedavi ile sepsis önlenilebilmekle beraber posterior gastroduodenal artere komşuluğa bağlı yüksek kanama riski' nedeniyle konservatif tedavi yerine acil cerrahi girişimi önermektedir (1,6).

Retroperitoneal apse tanısı konulan ve kaynak olarak renal hastalık düşünülmemeyen olgulardan uzun zamandır devam eden epigastrik bölge ve/veya sağ üst kadranda ağrısı olanlarda posterior duodenal perforasyon akla getirilmesi gereken bir etiyolojik nedendir. Bu olgularda tanının geç konulmasının günümüzde dahi yüksek seyreden mortalite ve morbidite oranlarının en önemli sebebi olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Sadatomo A, Koinuma K, Zuiki T, Lefor AT, Yasuda Y. Retroperitoneal abscess associated with a perforated duodenal ulcer. *Clin J Gastroenterol* 2013; 6: 373-7.
2. Meyers MA, Charnsangavej C, Oliphant M. The Extraperitoneal Spaces: Normal and Pathologic Anatomy. In: Meyers MA, Charnsangavej C, Oliphant M (eds). *Meyers' Dynamic Radiology of the Abdomen: Normal and Pathologic Anatomy*. 6th ed. NY: Springer New York; 2011. p.109-202.
3. Korobkin M, Silverman PM, Quint LE, Francis IR. CT of the Extraperitoneal Space: Normal Anatomy and Fluid Collections. *AJR* 1992; 159: 933-41.
4. Wong CH, Chow PK, Ong HS, Chan WH, Khin LW, Soo KC. Posterior perforation of peptic ulcers: Presentation and outcome of an uncommon surgical emergency. *Surgery* 2004; 135: 321-5.
5. Altemeier WA, Alexander JW. Retroperitoneal Abscesses. *Arch Surg* 1961; 83: 512-24.
6. Çetin M, Demirpolat G, Bozkaya H, Elmas N. İyatrojenik duodenal perforasyonun BT bulguları. *Tanışal ve Girişimsel Radyoloji* 2002; 8: 79-81.
7. Celik A, Altinli E, Koksall N, Onur E, Sumer A, Uzun MA, et al. Management of isolated duodenal rupture due to blunt abdominal trauma: case series and literature review. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2010; 36: 573-8.