

KOLONDA PERFORASYONA YOL AÇAN AMEBİK KOLİT (OLGU SUNUMU)

THE AMEBIC COLITIS WHICH CAUSED COLONIC PERFORATION (CASE REPORT)

Dr.Metin AYDIN* Dr.Osman GÜLER* Dr.O.Nuri DİLEK** Dr.F.Hüsniye DİLEK**

SUMMARY: *Entamoeba histolytica* is a parasite that lives in colon without damaging its environment. But when it involves mucosa and submucosa, it may manifest clinical symptoms. In this report, a case of colon perforation which was a rare complication of intestinal amebiasis was presented, and intestinal amebiasis cases in the literature were reviewed in the light of current diagnosis and treatment strategies.

Keywords: Colon, Amebiasis, Perforation

Entamoeba histolyticanın oluşturduğu gastrointestinal kanal infestasyonu amebiasis olarak tanımlanmaktadır. Enfekte bireylerin çoğu asemptomatik taşıyıcıdır. Klinik belirtileri vermeyen amebiasis, nadiren ve kesin olarak bilinmeyen nedenlerle kalın barsakta mukozal inflamasyon ve ülserasyonlarla karakterize fulminan nekrotizan kolit ve perforasyon oluşturabilmektedir (1).

Bu yazıda akut batın nedeniyle hastanemize başvuran ve operasyon esnasında sigmoid kolon perforasyonu, postoperatif patolojik muayene sonrası amebik kolit tesbit edilen bir olgu sunulmuştur.

OLGU

E.B. 73 yaşında erkek, 3 aydır kolik tarzında tekrarlayan karın ağrısı tarif eden hastada, göbek altında ani bıçak saplanır tarzda başlayan ve tedrici olarak artan ağrı meydana gelmiş. Batında şişkinlik, bulantı, gaz ve gaita çıkaramama şikayetleriyle servisimize müracaat eden hasta tetkik ve tedavi amacıyla yatırılmıştır. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, T.A: 130/80mmHg, nabız 11/dk, batında distansiyon, defans, ağrı ve hassasiyet, rebaund, timpanizm, perküsyonda karaciğerde matite kaybı, barsak seslerinde azalma tesbit edildi. Rektal tuşe normaldi. Ayakta direkt batın grafisi ve Akciğer grafisinde sağ sub-

diafragmatik alanda serbest hava, batında yer yer hava-sıvı seviyeleri tesbit edildi (Resim-I). Abdominal ultrasonografide dilate barsak ansları mevcuttu. Kan tetkikleri: Hb:14,1 gr/dl, htc:%42,9, K.K.:5020000 mm3, B.K.:20100mm3, BUN: 41mg/dl olarak tesbit edildi. Laparotomide sigmoid kolon (rektosigmoid bileşke) antimezenterik kenarda 1 cm çapında perforasyon ve tüm kolda distansiyon görüldü. Perforasyon bölgesinde nekrotik materyal mevcuttu. Kolon, perforasyonun olduğu seviyede dışarı alınmaya çalışıldı ancak olmadı. Bu nedenle kısmi rezeksiyon ve uç uca anastomoz yapıldı. Transvers koldan bağıt kolostomi açıldı. Operasyon esnasında mikrobiyolojik analiz için perforasyon sahasından numune alındı. Postoperatif komplikasyon olmayan hastaya, operasyonda alınan örnekte amip tespit edilmesi nedeniyle antiamebik tedavi başlandı (Ornidazol ampul 2x500 mg infüzyon). Postoperatif dönemde yapılan ultrasonografi ve tüm vücut CT'lerinde diğer organlarda bir patoloji saptanmadı. Ancak hastada kolostomiye karşı aşırı bir depresif reaksiyon meydana geldi. Tedaviyi kabul etmek istemedi. Bu nedenle postoperatif 14.gün kolostomi revizyonu uygulandı ve 2. operasyondan 10 gün sonra şifa ile taburcu edilerek periyodik kontrollere çağrıldı. Patolojik incelemede perforasyon alanına uyan bölgede geniş doku kaybı ve çevresinde iltihabi eksudasyon, iltihabi hücreler arasında bol miktarda amip trofozoidi görülmüştür (Resim-II).

TARTIŞMA

Amebiasis dünyada hemen her yerde görülebilmektedir. Ancak coğrafik dağılımda farklılıklar göstermektedir. Sa-

* Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D.

** Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Patoloji ABD.

Yazışma Adresi: Dr.Metin AYDIN

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D., Van.

nitasyonun yetersiz ve koşulların bozuk olduğu gelişmekte olan ülkelerde %50'nin üzerinde olarak rapor edilmiştir. Türkiye'de çeşitli bölgelerde yapılan çalışmalarda %0,3-17,2 arasında değişen infestasyon oranları verilmiştir. Güneydoğu illerimizde ya da diğer şehirlere bu bölgelerden gelenlerde daha sık görülmektedir (2).

Amebik koliti, diğer akut kolitlerden ayırdetmek zorunludur. Çünkü ülseratif ve granüloamatöz kolit tedavisinde steroidler sıklıkla kullanılmaktadır. Oysa fulminan amebik kolitte steroid verilmesi ölümcül olabilir. Amibin, karaciğer, akciğer, beyin, dalak, deri gibi organ ve dokuları içeren sistemik yayılımı da söz konusudur. Fekal-oral yol parazitin en sık bulaşma yoludur. Erkek homoseksüeller arasında seksüel ilişki yoluyla da bulaşma olmaktadır. Junod intestinal rahatsızlıklardan muzdarip olan 200 homoseksüel ve 500 heteroseksüel arasındaki taşıyıcılığı karşılaştırdığı zaman, taşıyıcılığın homoseksüellerde %52, heteroseksüellerde %3,6 olduğunu bulmuştur (3). Amebik kolit, klinik olarak ateş olmaksızın abdominal kolik ve tenesmusla seyreder. Fizik incelemede olumlu herhangi bir bulgu olmayabilir. Tanı, dışkıda Entamoeba histolytica'nın saptanması ve sigmoidoskopide tipik ülserlerin görülmesiyle konur. Serolojik testler şüpheli olgularda yardımcıdır. Tedavisi genellikle medikaldir ancak apse rüptürü, fulminant kolit, amebik appendisit ve perforasyonlarda cerrahi müdahale zorunlu olabilir (4,5).

Amebiasis asemptomatik taşıyıcıdan, sık olmamasına rağmen fulminan veya nekrotizan kolit gibi yüksek morbidite ve mortalite ile karakterize değişik klinik formlara sahiptir (1,4). Akut fulminant amebik kolitte tanı önemlidir. Çünkü tıbbi tedavi son derece etkilidir (5). Ancak Aristozabel ve ark. 50 adult vakalık bir seride global mortaliteyi %60 olarak vermiştir (1). Wanke ve ark. 85 vakalık, gaitalarında E. histolytica hematophagous trofozoidleri görülen hospitalize diareli hastalarda, mortaliteyi %29 olarak tespit etmişlerdir. Amebiasise bağlı 22 ölümlü bu çalışmada postmortem muayenede, yaygın kolit ve derin ülserleri olan 2 vakada kolon perforasyonu, 4 vakada peritonit, 9 vakada pnömoni, 5 vakada septisemi komplikasyonları tespit etmişlerdir. Çalışmada, çocuklarda her iki cinste eşit oranda görüldüğü, ancak genç erişkinlerde kadınlar, ileri yaşlarda ise erkeklerde daha sık görüldüğü belirtilmiştir (6). Mendonsa ve ark. 1977 yılında bizim vakamızda olduğu gibi amebik kolit şüphelenilmeyen 2 vakada kolon perforasyonu yayınlamışlardır. Vakalar preoperatif olarak, toksik megakolona neden olan akut ülseratif kolit ve akut kolesistite bağlı peritonit tanısı almış. Doğru tanı her iki vakada da operasyon sonrası konulmuştur. İlk

hasta kolektomi ve antiamebik tedavi sonrası iyileşmiş, 2. hasta erken postoperatif dönemde septik şoktan eksitus olmuştur (5).

Amebik kolitinin tanısında ve tedavinin kontrolünde kolonoskopi önemli yer tutar (7,8). Celestino ve ark. 2770 hastada tanı için 3054 kolonoskopi uygulamışlar. Vakaların %52,78'inde, polip, kanser, divertikül, spesifik inflamatuvar hastalık (tbc, radyasyon proktosigmoiditis, amebiasis) ve nonspesifik barsak hastalığı (ülseratif kolit, eroziv kolit, Crohn hastalığı) tanısı koymuşlardır (7). Ivanov ve ark. 131 diareli hastada amebiasisin erken tanı ve tedavi takibi için kolonoskopi uygulamışlar. Infestasyonun eliminasyonunun, hafif semptomlu hastalarda 25-30. gün, orta semptomlu hastalarda 40-45 gün aldığını tesbit etmişlerdir (8). Kolon Amebiasisi, karsinoma, leiomyosarkoma ve Eozinofilik gastroenterite eşlik edebilir (9,10,11).

Cardosa ve ark. 3000'nin üzerinde invaziv amebiasisli vakada radyolojik olarak hastalığın klinikopatolojik formlarını sınıflandırmışlar ve vakaların %95'inde ülseratif rektokolit, %3'ünde tifloappendisit, %1,5'unda ameboma ve fulminant kolit belirlemişlerdir (12).

Biz, literatürde son 10 yılda amebik kolit perforasyonuna rastlamadık.

Sonuç olarak başlangıçta tanı, bir çok vakada ülseratif ve granüloamatöz kolittir. Gerçek tanı ise kolonik perforasyon veya hepatic apse için uygulanan operasyon sonrası konur. Amebik kolit, diareli hastalarda daha sık olarak düşünülmelidir, ancak gaita muayenesinin sıklıkla negatif sonuç verebileceği unutulmamalıdır. Serolojik testler genellikle pozitifdir ve amebiasisten şüphelenildiğinde, kanlı ishal ve diğer klinik semptomları bulunan hastalarda erkenden yapılmalıdır. Rektal biopsi faydalı tanısal bir yaklaşımdır. Tıbbi tedaviye cevap vermeyen fulminant amebik kolit, toksik megakolon ve perforasyonda acil ope-

KAYNAKLAR

1. Aristozabel H, Acevedo J, Botero M, Fulminant amebik colitis. *World J Surg.* 1991 15 (2): 216-221.
2. Temel Cerrahi Ed. Sayek İ. in, Devicioğlu S, Çetiner S, Akdeniz A, A, Amebik kolit, 1991, Cilt-1 S-792, Can ofset, Ankara.
3. Junod C: Comparative result of coprological test for the detection of intestinal amebae and flage llates in 200 male homosexuals. An appraisal of the risk of amebiasis. *Bull Soc Pathol Exot Filiales.* 1983. 76 (5 Pt 2): 805-817.
4. Chun D, Chandrasoma P, Kiyabu M.: Fulminant amebic colitis. A morphologic study of four cases. *Dis Colon Rectum* 1994 37 (6): 535-539.

5. Mendonça HL Jr, Vicia JO, Karbt. BL.: Perforation of the colon in unsuspected amebic colitis: report of two cases. *Dis Colon Rectum*. 1977 20 (2): 149-153.
6. Wanke C, Butler T, Islam M: Epidemiological and clinical features of invasive amebiasis in Bangladesh: a case-control comparison with other diarrheal diseases and postmortem findings. *Am J Trop Med Hyg*. 1988 38 (2): 335-341.
7. Celestino A, Castillo T, Contardo C, Frisancho O, Osorio M, Huaroto M, Vidal P, Ruiz E, Gomez A, Mantilla L, et al.: Colonoscopic diagnosis (In Peru with English abstract). *Rev Gastroenterol Peru* 1994 14 (2): 115-122.
8. Ivanov K.S., Ponomarev SV, Gorelov AI, Boiko II, Volcheh IA, Vasilev VI, Basos SF.: Fibrocolonoscopy in patients with intestinal amebiasis (In Russia with English abstract). *Klin Med (Mosk)* 1989 67 (10): 116-118.
9. Mhlanga BR, Lanoie LO, Norris HJ, Lack EE, Connor DH.: Amebiasis complicating carcinomas: a diagnostic dilemma. *Am J. Trop. Med. Hyg.* 1992 46 (6): 759-764.
10. Adekunle OO, Abioye A.: Synchronous leiomyosarkoma and ameboma of the rectum: report of a case. *Dis Colon Rectum*. 1978 21 (2): 123-125.
11. Schulze K, Mitros FA.: Eosinophilic gastroenteritis involving the ileocecal area. *Dis Colon Rectum* 1979 22 (1): 47-50.
12. Cardoso JM, Kimura K, Stoopen M, Cervantes LF, Flizondo L, Churchill R, Moncado R.: Radiology of invasive amebiasis of the colon. *Am J. Roentgenol.* 1977 128 (6): 935-941.
13. Sigler Morales L, y Diaz J, Melgoza Ortiz C, Blanco Benavides R, Medina Gonzales E.: Amebiasis. Surgical treatment in 1989. *Rev. Gastroenterol Mex.* 1989 54 (3): 185-189.
14. Latimer RG.: Surgical intervention in intestinal amebiasis. *Am Surg.* 1975 41 (6): 385-390.