

Bölüm 8

KARACİĞER APSESİ VE SARILIK

Can KARACA¹

GİRİŞ

Piyojenik karaciğer absesi tanı ve tedavide kendine özgü zorluklar barındıran nadir görülen klinik bir durumdur. Hipokrat döneminden beri tanınagelmiş bu durum günümüzde enfeksiyöz, malin ve iyatrojenik olmak üzere 3 temel kategoride ele alınmaktadır (1). En sık olarak izole edilen mikroorganizmalar, Streptokok ve Bakteroides suşları ile E. Coli'dir (2,3).

Biliyer sebepler, piyojenik karaciğer absesi olgularının yaklaşık %20 ila 30'undan sorumlu olup en sık karşılaşılan sebep ekstrahepatik safra ağacının tıkanmasına bağlı asendan kolanjittir (2,3). Dolayısı ile sarılığın eşlik ettiği karaciğer absesi olgularında tıkanma sarılığına yol açabilecek etiyolojiler mutlaka dikkatle araştırılmalıdır.

Amip absesi de sarılığın eşlik ettiği karaciğer absesine sıklıkla yol açabilen diğer bir faktördür (4,5). Amip absesinde oluşan sarılığın patofizyolojisi net aydınlatılamamış olmakla birlikte obstrüktif (4) veya hepatik nekroza sekonder bilio-vasküler fistül (5) etiyolojide suçlanan temel nedenlerdir.

Bu bölümde karaciğer absesine ilişkin genel bilgiler özetlenecek olup yukarıda sayılan, sarılığın eşlik ettiği apse sebepleri daha detaylıca tartışılacaktır.

EPİDEMİYOLOJİ

Yirminci yüzyılın ortalarından beri piyojenik karaciğer absesinin insidansı pek fazla değişmemiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde bildirilen insidans 100 bin nüfusta 8 ila 15 vaka olup erkeklerde iki kat daha sık görülmektedir (2).

Amip absesi, Entameoba Hystolytica'nın yol açtığı protozoal bir zoonoz olup

¹ Doktor öğretim üyesi, İzmir Ekonomi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. can.karaca@ieu.edu.tr

%23 ila 37 arasında bildirilmekte olup bu oran biliyer kökenli olmayan karaciğer apselerinde %4 civarındadır (9,18,30,31).

AMİP APSESİ VE SARILIK

Amip apsesi düzenli sınırlara sahip, likefaksiyon nekrozuna uğramış hepatosit ve hücre artıklarından oluşur (32). Amip apsesi olan olgularda sarılık insidansı %6 ila 29 arasında değişmektedir (5,32,33). Bu hastalarda sarılığın mekanizması ile halen tartışmalıdır. Safra kanallarına basıdan, parankimal veya kolestatik süreçlere kadar birçok mekanizma öne sürülmüştür.

Amip apseli olgularda değişken derecelerde biliyer hasar ve hepatik nekroza bağlı oluşan vasküler hasarın yol açtığı biliovasküler fistül varlığı rapor edilmiştir (5). Bunların sonucunda, karaciğerin hasarlanmış bölgesinde kan ve safra karışımı birikip daha az basınçlı alanlara doğru akarak olarak sarılığa yol açabilir. Eğer hasarlanmış damar hepatik veya portal ven dallarından biri ise, bu karışım hepatik veya portal ven yönüne doğru akarak bilirubinde hızlı yükselmelere yol açabilir.

Biliovasküler fistül dışında, bromosülfofitalein ekskresyonu ile yapılan deneysel çalışmalarda amip apseli olgularda bu maddenin ekskresyonunun belirgin azaldığı ancak depolama kapasitesinin etkilenmediği ortaya konulmuş ve sarılığın parankimal kökenli olabileceği ileri sürülmüştür (5,34).

Sarılığın eşlik ettiği amip apseli olgularda önerilen tedavi cerrahi drenajın yanında, safra ağacındaki basıncı azaltmaya yönelik, sfinkterotomi, stentleme ile nazobilyer veya T tüp ile safra drenajıdır.

Sonuç olarak; karaciğer apseli olgularda sarılık tabloya eşlik edebilecek önemli bir bulgu olup günümüzde en sık olarak safra ağacının kendisindeki patolojilere sekonder oluşan apseler ile birlikte görülmektedir. Amip apsesinde görülen sarılığın mekanizması farklı da olsa her iki sebeple oluşan sarılık tedavisinde safra ağacının dekompresyonu hayati öneme sahiptir. Safra ağacının dekompresyonu için yapılacak girişimler aynı zamanda tanıyı destekleyici ipuçları sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Mavilia MG, Molina M, Wu GY. The Evolving Nature of Hepatic Abscess: A Review. *J Clin Transl Hepatol*. 2016;4(2):158-168. doi:10.14218/JCTH.2016.00004
2. Branum GD, Tyson GS, Branum MA, Meyers WC. Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis, and management. *Ann Surg*. 1990;212(6):655-662.
3. Gyorffy EJ, Frey CE, Silva J, McGahan J. Pyogenic liver abscess. Diagnostic and therapeutic strategies. *Ann Surg*. 1987;206(6):699-705.
4. Anurag Mishra AKS. Hyperbilirubinemia in Patients with Amoebic Liver Abscess: A Study of 75 Cases. *J Gastrointest Dig Syst*. 2013;03(03). doi:10.4172/2161-069X.1000138

5. Singh V, Bhalla A, Sharma N, Mahi SK, Lal A, Singh P. Pathophysiology of jaundice in amoebic liver abscess. *Am J Trop Med Hyg.* 2008;78(4):556-559.
6. Chu KM, Fan ST, Lai EC, Lo CM, Wong J. Pyogenic liver abscess. An audit of experience over the past decade. *Arch Surg Chic Ill 1960.* 1996;131(2):148-152.
7. Hashimoto L, Hermann R, Grundfest-Broniatowski S. Pyogenic hepatic abscess: results of current management. *Am Surg.* 1995;61(5):407-411.
8. Chan K-S, Chen C-M, Cheng K-C, Hou C-C, Lin H-J, Yu W-L. Pyogenic Liver Abscess: A Retrospective Analysis of 107 Patients during a 3-Year Period. :3.
9. Shi S-H, Zhai Z-L, Zheng S-S. Pyogenic Liver Abscess of Biliary Origin: The Existing Problems and Their Strategies. *Semin Liver Dis.* 2018;38(3):270-283. doi:10.1055/s-0038-1661363
10. Seeto RK, Rockey DC. Pyogenic liver abscess. Changes in etiology, management, and outcome. *Medicine (Baltimore).* 1996;75(2):99-113. doi:10.1097/00005792-199603000-00006
11. Bowers ED, Robison DJ, Doberneck RC. Pyogenic liver abscess. *World J Surg.* 1990;14(1):128-132.
12. Chou FF, Sheen-Chen SM, Chen YS, Chen MC, Chen FC, Tai DI. Prognostic factors for pyogenic abscess of the liver. *J Am Coll Surg.* 1994;179(6):727-732.
13. Wang W, Lee W-J, Wei P-L, Chen T-C, Huang M-T. Laparoscopic drainage of pyogenic liver abscesses. *Surg Today.* 2004;34(4):323-325. doi:10.1007/s00595-003-2709-x
14. Mohsen AH. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre. *QJM.* 2002;95(12):797-802. doi:10.1093/qjmed/95.12.797
15. Pang TC, Fung T, Samra J, Hugh TJ, Smith RC. Pyogenic liver abscess: An audit of 10 years' experience. *World J Gastroenterol.* 2011;17(12):1622-1630. doi:10.3748/wjg.v17.i12.1622
16. Lübbert C, Wiegand J, Karlas T. Therapy of Liver Abscesses. *Viszeralmedizin.* 2014;30(5):334-341. doi:10.1159/000366579
17. Lardièrre-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. *J Visc Surg.* 2015;152(4):231-243. doi:10.1016/j.jviscsurg.2015.01.013
18. Shi S, Xia W, Guo H, Kong H, Zheng S. Unique characteristics of pyogenic liver abscesses of biliary origin. *Surgery.* 2016;159(5):1316-1324. doi:10.1016/j.surg.2015.11.012
19. Okabayashi T, Shima Y, Sumiyoshi T, et al. Incidence and Risk Factors of Cholangitis after Hepaticojejunostomy. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2018;22(4):676-683. doi:10.1007/s11605-017-3532-9
20. Gudiol C, Royo-Cebrecos C, Laporte J, et al. Clinical features, aetiology and outcome of bacteraemic pneumonia in neutropenic cancer patients. *Respirol Carlton Vic.* 2016;21(8):1411-1418. doi:10.1111/resp.12848
21. Reuken PA, Torres D, Baier M, et al. Risk Factors for Multi-Drug Resistant Pathogens and Failure of Empiric First-Line Therapy in Acute Cholangitis. *PLoS One.* 2017;12(1):e0169900. doi:10.1371/journal.pone.0169900
22. Englesbe MJ, Dawes LG. Resistant pathogens in biliary obstruction: importance of cultures to guide antibiotic therapy. *HPB.* 2005;7(2):144-148. doi:10.1080/13651820510028792
23. Boender J, Nix GA, de Ridder MA, et al. Endoscopic sphincterotomy and biliary drainage in patients with cholangitis due to common bile duct stones. *Am J Gastroenterol.* 1995;90(2):233-238.
24. Chak A, Cooper GS, Lloyd LE, Hammar PJ, Issa K, Rosenthal GE. Effectiveness of ERCP in cholangitis: a community-based study. *Gastrointest Endosc.* 2000;52(4):484-489.
25. Meddings L, Myers RP, Hubbard J, et al. A population-based study of pyogenic liver abscesses in the United States: incidence, mortality, and temporal trends. *Am J Gastroenterol.* 2010;105(1):117-124. doi:10.1038/ajg.2009.614
26. Shen D-X, Wang J, Li DD. Klebsiella pneumoniae liver abscesses. *Lancet Infect Dis.* 2013;13(5):390-391. doi:10.1016/S1473-3099(13)70068-9
27. Parlak E, Çiçek B, Dişibeyaz S, et al. Endoscopic retrograde cholangiography by double balloon enteroscopy in patients with Roux-en-Y hepaticojejunostomy. *Surg Endosc.* 2010;24(2):466-470. doi:10.1007/s00464-009-0591-3

28. Felder SI, Menon VG, Nissen NN, Margulies DR, Lo S, Colquhoun SD. Hepaticojejunostomy using short-limb Roux-en-Y reconstruction. *JAMA Surg.* 2013;148(3):253-257; discussion 257-258. doi:10.1001/jamasurg.2013.601
29. Kucukay F, Okten RS, Yurdakul M, et al. Long-term results of percutaneous biliary balloon dilation treatment for benign hepaticojejunostomy strictures: are repeated balloon dilations necessary? *J Vasc Interv Radiol JVIR.* 2012;23(10):1347-1355; quiz 1357. doi:10.1016/j.jvir.2012.07.004
30. Law S, Li KK. Is pyogenic liver abscess associated with recurrent pyogenic cholangitis a distinct clinical entity? A retrospective analysis over a 10-year period in a regional hospital. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2011;23(9):770-777. doi:10.1097/MEG.0b013e328348cb9c
31. Cheng H-C, Chang W-L, Chen W-Y, Kao A-W, Chuang C-H, Sheu B-S. Long-term outcome of pyogenic liver abscess: factors related with abscess recurrence. *J Clin Gastroenterol.* 2008;42(10):1110-1115. doi:10.1097/MCG.0b013e318157e4c1
32. Stanley SL. Amoebiasis. *Lancet Lond Engl.* 2003;361(9362):1025-1034. doi:10.1016/S0140-6736(03)12830-9
33. Nigam P, Gupta AK, Kapoor KK, Sharan GR, Goyal BM, Joshi LD. Cholestasis in amoebic liver abscess. *Gut.* 1985;26(2):140-145.
34. Datta DV, Chhuttani PN. Cholestasis in patients with amoebic liver abscess. *Am J Dig Dis.* 1971;16(11):977-984.