

Perkütan Drenajın Yetersiz Kaldığı Dev Retroperitoneal Apse Olgusunun Laparoskopik Drenaj İle Tedavisi

8

Ali Kemal KAYAPINAR¹

GİRİŞ

Retroperitoneal apse büyük boyutlara ulaşana kadar fiziksel muayene bulgusu ve spesifik semptomu olmayan, drene edilmediğinde mortal seyreden ve genellikle tanısı geç konan bir hastalıktır (1).

Apse kaynağı retroperitona yerleşmiş lümenli organların (bilier sistem, alt gastrointestinal sistem , üriner sistem) enfeksiyonu, kas-iskelet sistemi enfeksiyonu, travma, perforasyon, malignite, retroperitondaki invaziv girişimler, intraperitoneal veya retroperitoneal operasyonlar gibi nedenlerden kaynaklandığı gibi nedeni tespit edilemeyen vakalarda bildirilmiştir. İdiyopatik apseler daha çok immunosupresif hastalarda gelişmekte olup etiyoloji tam olarak bilinmemektedir. Diabetes mellitus ve kronik böbrek yetmezliği gibi kronik hastalıklarda idiyopatik apse oranlarının arttığı görülmüştür (1-3).

Genellikle apse drenajı cerrahi olarak yapılırken son dönemlerde girişimsel radyolojideki

gelişmelerden dolayı ultrasonografi (USG) veya bilgisayarlı tomografi (BT) eşliğinde yapılan perkütan drenajla da başarılı sonuçlar alınmaktadır (4). Ancak büyük boyutlardaki retroperitoneal apselerde perkütan drenaj yeterli olamamakta ya da rekürens oranı yüksek olabilmektedir. Olgumuzda retroperitonun tüm boşluğu kaplayan, tekrarlayan perkütan drenajın yetersiz kalmasıyla laparoskopik retroperitoneal drenaj ile başarılı tedavi sağlanmıştır.

VAKA

Preoperatif tanı süreci ve perkütan drenaj sonuçları

53 yaşında kadın hasta, vücut kitle indeksi:32, hipertansiyon ve insuline bağlı tip II diyabetes mellitus kronik hastalıkları mevcuttu. Özgeçmişinde operasyon ve invaziv girişim öyküsü yoktu. Üç ay önce başka merkezde ateş, solunum sıkıntısı, bulantı, dizüri, sol alt ekstremiteye yayılan bel ve kalça ağrısı şikayetleri nedeniyle acil servise yatırılan hastanın fizik muayenesinde: Bilinç açık kopoore, takipne, akciğer oskültasyonunda solunum sesleri olağan, batın muayenesinde hasasiyet, defans ve

¹ Gastroenteroloji Cerrahi Uzmanı, S.B.Ü. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, alikemalkayapinar@gmail.com

%75.4'ünde kür sağladığı, % 12,9'unda yetersiz olduğu, % 10.6'sında geçici tedavi sağladığı tespit edilmiştir. Perkütan drenajın reküren apselerin drenajında da başarılı (%72) olduğunu belirtmişlerdir. Aynı çalışmada 3 cm'den küçük abselerin ince iğne aspirasyon drenajla başarı sağlandığını sadece mycobacterium tuberculosisin etken olduğu vakalarda aspirasyonun başarısız olduğu görülmüştür. Olgumuzda apse içeriğinin direkt bakısında ARB negatif ve doku kültüründe üreme olmamıştır (14).

Olgumuzda retroperitoneal apse tanısı konduğunda apsenin büyük boyutlarda olmasının yanında multiloküle olması ve tekrarlanan perkütan drenaj işlemlerinin yetersiz olması cerrahi girişimi zorunlu kılmıştır. Konvansiyonel cerrahinin büyük insizyon gerektirmesi, hastanın kontrolsüz DM ve obez olması nedeniyle postoperatif yara iyileşmesinin gecikmesi ve hastanede kalış süresinin uzaması gibi nedenlerden dolayı minimal invaziv prosedür olan laparoskopik drenaj planlandı. Laparoskopik yöntem apse lojunu direkt görüş altında değerlendirme imkanı sağlayarak nekrotik doku ve yoğun apse içeriğinin geride debris bırakmayacak kadar etkili aspirasyonunu sağlamıştır. Ayrıca retroperitoneal alanda 10 F aspirasyon sistemi ile en uç apse odaklarına ulaşma olanağı sağlamıştır. Tekrarlayan perkütan drenaj, apse loju irrigasyonu ve parenteral antibiyoterapiye rağmen üç ay iyileşme sağlanamayan olgumuzda laparoskopik drenaj ile 5 gün içinde tam iyileşme sağlanarak taburucu edilmiştir. Olgumuzda perkütan drenajın yetersizliği apsenin perirenal bölge dışındaki tüm potansiyel retroperitoneal alanı doldurması apse odaklarının ve debrisin yeterince temizlenememesinden kaynaklanmaktadır.

Sonuç olarak büyük retroperitoneal apselerde perkütan drenajın yetersiz kalabileceğini, laparoskopik cerrahi ile hem hastanın etkili drenajı sağlanarak hastanede kalış süresi ciddi oranda azaltılabilir hem de gereksiz antibiyotik kullanımından kaçınılmış olur .

KAYNAKLAR

1. CREPPS, J. T., WELCH, J. P., & ORLANDO, R. (1987). Management and Outcome of Retroperitoneal Abscesses. *Annals of Surgery*, 205(3), 276–281. doi:10.1097/0000658-198703000-00010
2. Oluwale SF, Adekunle A, Akintan B. Retroperitoneal abscess. *J Natl Med Assoc* 1983;75:693–700.
3. Siam ARM, Hammoudeh M, Uwaydah AK. Pyogenic sacroiliitis in Qatar. *Br J Rheumatol* 1993; 32: 699–701.
4. Coelho, R. F., Schneider-Monteiro, E. D., Mesquita, J. L. B., Maz-zucchi, E., Marmo Lucon, A., & Srougi, M. (2007). Renal and Perinephric Abscesses: Analysis of 65 Consecutive Cases. *World Journal of Surgery*, 31(2), 431–436. doi:10.1007/s00268-006-0162-x
5. Tejido A, Jime'nez M, Duarte JM, Villacampa F, Mart'ın MP, Lo-zano F and Leiva O. Tratamiento percutáneo de los abscesos retroperitoneales. *Actas Urol Esp* 2000;24(2): 131–137.Go'mez A, Silmi A, Bla'zquez J, Diego A, Salinas J,
6. Delgado JA, Ram'ırez JC and Resel L. Absceso retroperitoneal: Ana'lisis de 26 casos. *Arch Esp Urol* 1992; 45:509–513.
7. Oluwale SF, Adekunle A, Akintan B. Retroperitoneal abscess. *J Natl Med Assoc* 1983;75:693–700.
8. Yamamichi F, Shigemura K, Kitagawa K, Arakawa S, Tokimatsu I, Fujisawa M. Should we change the initial treatment of renal or retroperitoneal abscess in high risk patients? *Urol Int*. 2017;98:222–7.
9. Manjón, C. C., Sánchez, Á. T., Lara, J. D. P., Martínez Silva, V., Bet-riu, G. C., Sánchez, A. R., ... Galvis, Ó. L. (2003). Retroperitoneal Abscesses. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 37(2), 139–144. doi:10.1080/00365590310008884
10. Lawlor, B. T., Orenstein, S. B., & Sardella, W. V. (2015). Laparoscopic-Assisted Drainage of a Massive Retroperitoneal Abscess Caused by Group B Streptococcus. *Surgical Infections*, 16(1), 110–111. doi:10.1089/sur.2014.041
11. Thorley JD, Jones SR, Sanford JP. Perinephric abscess. *Medicine* 1974;53:441–451.2.Salvatierra O, Bucklew WB, Morrow JW. Perinephric abscess: a report of 71 cases. *J Urol* 1967;98:296–302.
12. Salvatierra O, Bucklew WB, Morrow JW. Perinephric abscess: a report of 71 cases. *J Urol* 1967;98:296–302.
13. Adachi RT, Carter R. Perinephric abscess: current concepts in diagnosis and management. *Am Surg* 1969;35:72–75.
14. Akhan O, Durmaz H, Balci S, Birgi E, Çiftçi T, Akıncı D. Percutaneous drainage of retroperitoneal abscesses: variables for success, failure, and recurrence *Diagn Interv Radiol*. 2020 Mar; 26(2): 124–130.doi: 10.5152/dir.2019.19199 PMID: PMC7051265