

34

Karaciğer Apsesi

Mustafa Emre DUYGULU
Talat AYYILDIZ

GİRİŞ

Karaciğer apseleri, karaciğer parankiminde bakteriyel, paraziter veya fungal mikroorganizmalara bağlı gelişen kapsülle çevrili süpüratif koleksiyonlardır. Yıllık insidansı 100.000'de 2,3'tür. Erkeklerde daha sık görülür (1). Piyojenik karaciğer apseleri visseral apselerin yaklaşık yarısını ve intra-abdominal apselerin %13'ünü oluşturmaktadır (2).

Biliver kanalı hastalıkları (biliver taş, darlık, malignite ve konjenital anomaliler) karaciğer apselerinin ana nedenleridir. En sık bakteriyel veya amebik kaynaklı görülür. Bakteriyel apselerin yarısı kolanjite bağlı gelişir, daha az sıklıkla hepatik arter bakteriyemisi, portal ven bakteriyemisi, divertikülit, kolesistit ve penetre edici travma kaynaklı karaciğer apsesi gelişebilir (3). Amebik enfeksiyonların çoğu *Entamoeba histolytica* (*E.histolytica*) kaynaklıdır. Herhangi bir risk faktörü olmayan ve nedeni tespit edilemeyen karaciğer apseleri de vardır (4).

Apse gelişimi için risk faktörlerinden bazıları diyabetes mellitus, karaciğer sirozu, immünsupresyon, ileri yaş, proton pompa inhibitörü (PPI) kullanımı ve erkek cinsiyettir (5).

Drenaj tekniklerindeki gelişmeler ve antibiyotik kullanımının yaygınlaşması ile geçmiş yıllara göre hastalık prognozu daha iyidir. Hastane mortalitesi %2,5-19 arasında bildirilmiştir (6). Mortalite artış nedenlerinden bazıları malignite, eşlik eden komorbid hastalıklar, sepsis, apse rüptürü, apse çapının 5 cm den fazla olması ve karaciğer dışı tutulumdur (5).

KLİNİK VE TANI

Hastaların semptomlarının non-spesifik olması nedeni ile (karın ağrısı, ateş, bulantı ve kusma gibi) tanı konulması zor olabilmektedir. Klinik şüphe ile birlikte yapılan görüntüleme yöntemleri ile tanı mümkün olmaktadır. Karın ağrısı ve ateş yüksekliği hastaların tipik yakınmalarıdır. Bulantı, kusma, halsizlik, iştahsızlık görülebilir. Karın ağrısı genellikle sağ üst kadrandır. Hepatomegali ve sarılık sık saptanan bulgulardır (7).

lar, tekrarlayan karaciğer apseleri gibi komplikasyonlar drenaj sonrasında da görülebilir (17). Subfrenik apse, yakın organ fistülleri, batın içi vasküler trombozlar, septik emboli görülebilecek diğer komplikasyonlardandır (4).

Karaciğer apselerinde klinik ve laboratuvar bulgulara çeşitli diğer patolojilerde de rastlanabileceği için tanı konulması güç olabilmektedir. Kliniğe ateş yüksekliği, karın ağrısı şikayetleri ile başvuran, sağ üst kadran muayene bulguları ve laboratuvar değerlerinde karaciğer enzim yüksekliği, bilirubin yüksekliği, kolestatik enzim yüksekliği bulgularının bir kısmının da eşlik ettiği hastalarda karaciğer apsesi ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Tanıyı doğrulamak için batın görüntülemesi yapılmalıdır. Tanının erken konulup drenaj ve antibiyotik temelli tedavinin başlanması hastalık prognozunda önem taşır.

KAYNAKLAR

1. Huang CJ, Pitt HA, Lipsett PA, et al. Pyogenic hepatic abscess. Changing trends over 42 years. *Ann Surg.* 1996;223(5):600-609.
2. Altemeier WA, Culbertson WR, Fullen WD, Shook CD. Intra-abdominal abscesses. *Am J Surg.* 1973;125(1):70-79.
3. Lardière-Deguelte S, Ragot E, Amroun K, et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. *J Visc Surg.* 2015;152(4):231-243.
4. Akhondi H, Sabih DE. Liver Abscess. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 6, 2020..
5. Mavilia MG, Molina M, Wu GY. The evolving nature of hepatic abscess : A review. *J Clin Transl Hepatol.* 2016;4(2):158-168.
6. Chen YH, Li YH, Lin YJ, et al. Prognostic factors and visual outcomes of pyogenic liver abscess-related Endogenous Klebsiella pneumoniae endophthalmitis: A 20-year retrospective review. *Sci Rep.* 2019;9(1):1071.
7. Rubin RH, Swartz MN, Malt R. Hepatic abscess: changes in clinical, bacteriologic and therapeutic aspects. *Am J Med.* 1974;57(4):601-610.
8. Halvorsen RA, Korobkin M, Foster WL, Silverman PM, Thompson WM. The variable CT appearance of hepatic abscesses. *AJR Am J Roentgenol.* 1984;142(5):941-946.
9. Serraino C, Elia C, Bracco C, et al. Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(19):e0628.
10. Jeong SW, Jang JY, Lee TH, et al. Cryptogenic pyogenic liver abscess as the herald of colon cancer. *J Gastroenterol Hepatol.* 2012;27(2):248-255.
11. Tan YM, Chung AY, Chow PK, et al. An appraisal of surgical and percutaneous drainage for pyogenic liver abscesses larger than 5 cm. *Ann Surg.* 2005;241(3):485-490.
12. Rajak CL, Gupta S, Jain S, Chawla Y, Gulati M, Suri S. Percutaneous treatment of liver abscesses: needle aspiration versus catheter drainage. *AJR Am J Roentgenol.* 1998;170(4):1035-1039.
13. Cai YL, Xiong XZ, Lu J, et al. Percutaneous needle aspiration versus catheter drainage in the management of liver abscess: a systematic review and meta-analysis. *HPB (Oxford).* 2015;17(3):195-201.

14. Lee KT, Wong SR, Sheen PC. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors. *Dig Surg.* 2001;18(6):459-466.
15. Lübbert C, Wiegand J, Karlas T. Therapy of liver abscesses. *Viszeralmedizin.* 2014;30(5):334-341.
16. You MS, Lee SH, Kang J, et al. Natural course and risk of cholangiocarcinoma in patients with recurrent pyogenic cholangitis: A retrospective cohort study. *Gut Liver.* 2019;13(3):373-379.
17. Dietrick RB. Experience with liver abscess. *Am J Surg.* 1984;147(2):288-291.