

KARACİĞER AMİP APSELERİ (13 Olgunun analizi)

Dr. Durkaya ÖREN (x)

Dr. Zeki ÜLGER (xx)

Dr. Kemal KARAKAŞ (xxx)

Karaciğer amip abseleri özellikle sağlık koşulları kötü ülkelerde önemli ölçülerde ekonomik kayıplara neden olan ve insan yaşamını tehdit eden tıbbî bir problemdir. Hastanın acil ameliyatını gerektiren akut karın bulguları verebilirler. Erken tanı ve tedavi, komplikasyonları ve mortaliteyi azaltır (5,11,15).

Entamoeba histolytica enfestasyonunun görülme sıklığı tropikal bölgelerde çok yüksek olmakla birlikte ılıman iklimlerde % 10-20 dir. Bu oran gelişmiş ülkelerde 100.000 de 1,3'e düşmüştür. Memleketimizde Güneydoğuanadolu bölgesinde seyrek olarak amib'e rastlanır (5,11,15).

Barsak amebiyazlı hastalarda karaciğerin ne sıklıkla tutulduğunu saptamak zordur. Araştırmalar % 1 ile % 29 arasında değişen tutulma sıklığı göstermiştir (4).

İleri tıp ve tekniğe karşın hepatik amebiazis önemini korumakta ve erken tanısı zorluk arzemektedir. Amebiazisin yaygın olduğu bölgelerde dahi durum aynıdır. Endemik olmayan bölgelerde ise, klinik bulgular hepatik amebiazisi telkin etse bile şüphelenilmediği için gözden kaçır veya geciktirilir (3,7).

Kesin tanı apse irinininde amip saptamakla, karaciğer biyopsisininin pozitif olmasıyla, apsenin tipik klinik görünümü ve otopsi bulguları ile konur. Apse irininde amip saptamak oldukça zordur. Endemik olmayan bölgelerde serolojik ve immunolojik testlerin değeri büyüktür. Radyoloji tanıya ençok yardım eden yöntemlerdendir. Aksiyal tomografi, sintigrafi ve ultrasonografi günümüzde ileri tetkikler olup tanı değerleri yüksektir. Ancak bu araçlar az merkezde bulunmakta ve geniş kitlelere sunulamamaktadır (3,4,5,6,7).

Eggseton ve arkadaşları (6) 85 olgudan 56 sına ameliyat öncesi tanı koyabildiklerini belirtmişlerdir.

x	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel cerrahi	Bilim dalı uzmanı
xx	" "	" "
xxx	" "	" "

Bütün bu nedenlerle tıbbi bir problem olmaya devam eden bu hastalığın yeniden gözden geçirilmesi bakımından bu yayının yapılması uygun görülmüştür.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmanın gereğini 1974 ile 1981 yılları arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine yatırılıp cerrahi girişimle tedavi edilen 13 karaciğer amip apseli olgu oluşturmaktadır.

Olguların tümünde Hb, Bk, Py, sedimentasyon, karaciğer fonksiyon testleri, PA ve lateral akciğer grafileri, gaitada amip aranması gibi incelemeler ameliyat öncesi yapıldı. Gerekli hazırlıklardan sonra hastalar ameliyata alındı, tümüne transperitonel yolla cerrahi girişim yapıldı. Eksplozasyonda karaciğerde apse şüphesi olan bölgeye ponksiyon yapılarak lokalizasyon kesinleştirildi. Apse poşu açılıp materyal aspire edildi. Aspirattan alınan örnek amip aranması için laboratuvara gönderildi. Poşa iki adet peser diren konup diren uçları karın dışına çıkarıldı. Genellikle ameliyat sonrası 10. günden itibaren apse poşları serum fizyolojikle yıkınmaya başlandı. Bir hafta aralıklarla poşun hacmi ölçüldü. Hacimleri küçülünce direnler çıkarılıp ince direnler takıldı. Poş hacmi 10 cc ve daha aşağısına düşünce direnler çekildi. Amip aranmasına ameliyat sonrası günlerde aralıklarla tekrar bakıldı. Cerrahi tedaviye ek olarak 1 mg/kg/gün ve 10 gün İ.M. Emetin yapıldı. Hiç bir olguda ikinci küre gerek kalmadı. Sekonder enfeksiyonu olanlarda antibiogramda hassas görülen antibiyotik vurıldı. Kesin tam apse irininde amip aranmasıyla ve apsenin klinik görünümü ve radyoloji ile kondu. Yaşayan hastalar 1 ay sonra çağrılıp kontrol edildi. Sonuçlar benzer çalışmaların sonuçlarıyla karşılaştırıldı.

BULGULAR :

Olguların 10 u erkek, 3 ü kadındı. En genci 8, en yaşlısı 72 yaşında idi. Hastalığın en sık görüldüğü yaş gurupları ise 20-39 olarak saptandı (Tablo I).

Tablo I : Olguların yaşa göre dağılımı

Yaş gurubu	Hasta sayısı	%
1-9	1	7,60
10-19	1	7,60
20-29	3	23,40
30-39	3	23,40
40-49	2	15,20
50-59	1	7,60
60-69	1	7,60
70 ve yukarısı	1	7,60

Hastaların 1'i şikayetleri başladıktan bir hafta sonra, 10'u ilk altı ay içinde, 2 si 6 aydan sonra başvurdu.

İlk muayenede saptanan semptom ve bulgular tablo II de gösterilmiştir.

Tablo II: Semptom ve muayene bulgularının olgulara göre dağılımı ve görülme sıklıkları

Semptom ve bulgular	Hasta sayısı	%
Bulantı-kusma	6	46,10
Kilo kaybı	7	53,80
Sarılık	2	15,30
Titreme	8	61,50
Ateş	13	100,00
Abdominal ağrı	8	61,50
Lokal hassasiyet	9	69,20
Hepatomegali	13	100,00

Olguların 4'ünde 5 cm ve daha az, 7 sinde 5-10 cm, 2 sinde ise 10 cm ve daha büyük hepatomegali saptandı.

PA ve sağ lateral akciğer grafisi bulguları tablo III de gösterilmiştir.

Tablo III: Olguların akciğer grafi bulgularının hasta sayısına göre dağılımı ve sıklığı

Radyolojik bulgu	hasta sayısı	%
sağ hemidiafragma yüksekliği	8	61,50
Sağ plevral efüzyon	5	38,40
Sağ alt lobda prankimatöz konsolidasyon	4	30,75

Laboratuvar bulgusu olarak ençok göze çarpanlar anemi ve hipoproteinemidir.

Olguların % 85,70 inde sedimantasyon, % 53,50 sinde BK yüksek bulundu. Laboratuvar bulguları tablo IV te gösterilmiştir.

Tablo IV: olguların laboratuvar bulguları:

Yapılan tetkik	Değerler	Hasta sayısı	%
Hemoglobin	7-9,9	3	23,20
	10-11,9	5	38,40
	≥12	5	38,40

Beyaz küre	< 10.000	6	46,30
	10.000-14.000	3	23,20
	≥15.000	4	30
Sedimentasyon	10-19 mm/h	2	15,30
	20-99 mm/h	9	69,40
	100-140 mm/h	2	15,30
Total bilirubin	1	10	76,80
	1-3	3	23,20
	> 3	0	—
SGOT	< 40	7	53,90
	41-200	6	46,10
	>200	0	—
SGPT	< 40	9	69,40
	41-200	4	30,60
	> 200	—	—
Alkalin fosfataz	< 5	4	30,50
	5-9,9	5	39,00
	> 10	4	30,50
Serum albumini	<1,9	2	15,30
	2-2,9	6	46,30
	> 3	5	38,40

Aspirattan alınan kültür sonuçları tablo IV de gösterilmiştir.

Tablo IV : Kültür sonuçları

Üreyen mikro organizma	hasta sayısı	%
Pozitif kültür	8	66,6
Negatif kültür	5	33,4
E. Coli	3	23,1
Psödomonas aeri ginosa	4	30,2
Staf Coag pozitif	3	23,1
Gram (+) Coc.lar	1	7,7
Proteus	1	7,7
Enterobacter aerogenese	3	30,7

Hastaların % 6,50 si 6 haftada, % 92,40 ı 12 haftada, % 7,7 ise 12 haftadan sonra taburcu edildi.

13 olgudan 2 si (% 14,40) ameliyattan sonra exitus oldu.

TARTIŞMA :

Hepatik amebiazis yaygın olup amebiazisin ekstrakolonik öldürücü bir komplikasyonudur. Fizik muayene bulgularıyla hastalıktan şüphe edilir. Laboratuvar bulguları ise, spesifik olmayıp tanıya yardım ederler. Seroojik testler, sintigrafi, ve ultrasonografi gibi ileri tanı yöntemlerini ise her yerde bulmak olanaksızdır. Bu yüzden çoğu kez cerrahi girişim zorunlu olmaktadır (3,4,5,6).

Kliniğimizde transperitoneal cerrahi girişimle tedavi edilen 13 olgu çeşitli yönleriyle incelendi.

Olgularımızın en genci 4 en yaşlısı 72 yaşında idi. Hastalık en sık 20-39 yaş guruplarında görüldü. Bunlardan 10'u erkek 3'ü kadındı. Kolon amebiazisi kadın ve erkeklerde aynı oranda görüldüğü halde karaciğer amebiazisi erkeklerde daha sık görülmektedir (5,6) Carneiro Chaves ve arkadaşları (3) 42 si zenci olan 56 olgunun 50 sinin erkek olduğunu, Eggleston ve arkadaşları (6) olguların % 85 ini erkek hastaların teşkil ettiğini bildirmişler, diğer yazarlarda kadın erkek oranının 1/10 olduğunu belirtmişlerdir (5). Hastalığın birkaç haftalıktan ileri yaşlara kadar her yaşta görülebileceğine işaret edilmiş, en sık olarak 30-50 yaşlarında görüldüğü rapor edilmiştir. Sonuçlarımız literatür bilgilerine uymaktadır (2,3,5,6).

Semptomların süresi 1 haftadan 6 ay ve ötesine kadar değişmekte olup ortalama 9 hafta bulundu. Eggleston ve arkadaşları (6) birkaç saatten 6 aya kadar değişen sürelerde hastalık hikayesi saptadıklarını, bu sürenin ortalama 4-6 hafta olduğunu yazmışlardır.

Ateş, hastalığın belli başlı semptomlarından biridir. 40°C ye varan ateş olabilmekte, özellikle akut olgularda ateş titreme ile yükselmektedir. Kronik olgularda titreme nadirdir (2,3,5,15). Carneiro Chaves ve arkadaşları (3) olgularının % 78,6 sinda ateş, % 44,7 sinde titreme saptarken, diğer yazarlar % 10-25 olgunun ateşsiz olabileceğini vurgulamışlardır (5). Bizim olgularımızın tümünde 39°-41°C arasında değişen ateş, % 62,5 unda ise titreme saptadık. Yüksek oranda ateş görmemiz geç gelen hastaların sekonder enfeksiyona fazla oranda uğramalarına bağlanmıştır.

Olgularımızın tümünde epigastrium ve sağ hipokondriumda duyulan ağrı vardı. Bu bölgelerde duyulan devamlı ağrının hastalığın önemli bir semptomu olduğunu diğer araştırmacılar da vurgulamakta; olguların % 90-96, 4'ünde abdominal ağrı bulunabileceğini, abdominal ağrının % 75-90,7 sinin sağ hipokondriumda lokalize olduğunu, sağdaki ağrının % 5 oranında omuza yayıldığını, plevral rüptür halinde hem ağrının artacağını, hemde sağ göğüs alt tarafında ağrı duyulacağını ve bunun da omuza yayılacağını, ayrıca periton içine olan rüptürlerde yaygın karın ağrıları oluşacağını belirtmektedirler (3,5,7,15).

Bulantı kusma sık görülen semptomlar değildir. Araştırmacılar % 15-30 arasında değişen oranlarda görülebileceğini bildirmişlerdir (3,5). Olgularımızda bu oran % 50 dir.

İştahsızlık ve dermansızlık ayrıca kronik olgularda kilo kaybı, önde gelen bulgulardır. Literatürde % 50 civarındaki olguda 20 kg'a kadar varan kilo kaybı bildirilmiştir (3,5). Olgularımızdaki kilo kaybı literatüre uygundur.

Bazı olgularda sağ hipokondriumda ele gelen sert, hassas ve fluktuasyon veren bir kitle saptanabilir. Araştırmacılar % 87,5 oranında hepatomegali saptadıklarını, bunlarında % 65,3'ünde karaciğerin kosta kenarını 5-10 cm geçtiğini bildirmişlerdir. Karaciğer hassasiyeti önemli bir bulgu olup % 50 olgudan fazlasında vardır. Olguların % 81,5'inde palpasyonla sağ hipokondriumda ağrı, % 96,4 ünde ise perküsyon ağrısı saptanabilir. Sonuçlarımız bu bilgilere uymaktadır. (2,3,4,5).

Postero-anterior ve lateral göğüs grafilerinde olguların % 61,5 inde sağ hemidiafragma yüksekliği, % 38,4 ünde sağ pleval efüzyon, % 30,7 sinde sağ alt lob parankimatöz konsolidasyonu ve atelektozisi saptadık. Özellikle serolojik testlerin ve sintigrafi, ultrasonografi, ekografi gibi ileri tetkiklerin yapılamadığı bölgelerde X-Ray bulguları tanı bakımından önemli bilgiler elde etmemize yarar (2,4,5,15).

Carneiro Chaves ve arkadaşları (4) kendi serilerinde % 74,5 sağ hemidiafragma yüksekliği, % 43, 6 sağ pleval efüzyon, % 20 sağ akciğer alt lobda parankimatöz konsolidasyonu; % 66,9 sağ diaphragmada hareket azlığı ve durması saptadıklarını, bu değişikliklerin görülme sıklığının diğer yayınlarda % 25-50 olarak belirlendiğini rapor etmişlerdir. Diğer yazarlarda bu bulguların hastaların % 80 inden fazlasında bulunduğunu bildirmişlerdir (5).

Hepatik amebiaziste laboratuvar bulguları nonspesifik olup ancak ileri tetkiklerin yapılamadığı yerlerle tanıya yardımcı olurlar. En sık görülen abnormaliteler; lökositoz, sedimantasyon hızında artma, anemi ve hipalbuminemi (2,4-5, 15). Anemi sık rastlanan bir bulgu olup, Mayet ve Powel anemiyi diğer enfeksiyonlarda olduğu gibi demir kullanımının yetersizliğine ve beslenmenin bozulmasına bağlamışlardır(4). Corneiro Chaves ve arkadaşları (4) en düşük Hb değerini 7 gram/100 ml saptamış, olgularının % 60,7 sinde ise 12 gr/100 ml den düşük bulmuşlardır. Bizim olgularımızın % 61,6 sinda Hb 12 gr/100 ml den düşüktü. Diğer yazarlarda % 50 oranında anemi görülebileceğini yazmışlardır (5). Carneiro Chaves (4) normal sedimantasyonun nadir olduğunu, sedimantasyon hızının artmasının önemli bir bulgu olduğunu ve 140 mm/saat a kadar çıkabileceğini, kendi serilerinde % 92,9 oranında 20 mm/saat-ın üzerinde sedimentasyon hızı saptadıklarını bildirmişlerdir. Bizim olgularımızda bu oran % 84,7 dir. Lökositoz tanı için değişmez bir kriter değildir ve hastaların % 50-75 inde ml de 10.000 den fazlada olabileceği bildirilmiştir (4,5) Olgularımızda bu oran % 53,5 tir. Düşük

serum albumin seviyesi önemli bir bulgu olup, Corneiro Chaves (4) % 87,2 olguda 100 ml de 3 gramın altında serum albumini saptamıştır. Diğer yazarlar ise % 50 olguda 100 ml de 3,5 gramın altında albumin seviyesi bildirmişlerdir (5). Olgularımızda bu oran % 61,6 dır. Transaminazlar ve kan bilirubini seviyelerinde önemli olmayan değişiklikler saptadık. Bu testlerdeki değişikliklerin tanıya fazla yardımcı olmayacağı diğer yazarlar tarafından da bildirilmektedir (4,5,15).

Olgularımızın tümünde transperitoneal cerrahi girişim uygulayıp dışa direnaja sağladık. Cerrahi işleme ek olarak 1 mg/kg/gün im ongün emetin, ayrıca nonspesifik kültüre uygun antibiyotik verdik. Karaciğer amip apselerinin günümüzdeki tedavisi; 1- Amip apsesinden kuşkulanan her olguya herhangi bir girişimde bulunulmadan önce bir süre amibisidal ilaçların verilmesi (tek istisna apsenin yırtılmak üzere olmasıdır.) 2- Apsenin mutlaka boşaltılması gerektiğinde aspirasyon ve önceden amibisidal ilaçların kullanılması, 3-Apsenin açık direnaji (Sekonder enfeksiyona uğramış az sayıda olguda) şeklinde özetlenebilir (5). Ancak, bu konuda çeşitli yazarların değişik görüşleri vardır. Eggleston ve arkadaşları (6) ameliyat endikasyonlarını; rüptür, rüptüre eğilim, tıbbi tedaviye direnç sol lob apselerindeki aspirasyon yetersizliği ve akut karın olarak tanımlamaktadırlar. Bizim ameliyat endikasyonlarımız bu görüşlere uymaktadır. Ancak, ameliyat öncesi tıbbi tedaviye direnç ve aspirasyon yetersizliği istisnadır. Zira biz bu yöntemleri kullanmadık. Çünkü hastalar baş vurduğunda diğer endikasyonlar belirgin olarak vardı. Bazı yazarlar tıbbi tedaviye dirençli ve rüptür tehdidi olanlarda aspirasyonu önermektedirler (5). Eggleston (6) un bildirdiğine göre ise Davy, cerrahiye ihtiyaç olduğuna, Paulbe başka yöntemlerle iyileşmeyen hastaların cerrahi olarak tedavi edilmesi gerektiğine inanmaktadır. Carneiro Chaves ise (3) iyi seçilmiş kemoterapötik rejimin etkili olduğunu savunmaktadır. Plevral rüptürler açık veya kapalı torakotomi ile direne edilir (6,7). Eggleston (6) aspirasyona ek olarak kombine antiamebik ilaç tedavisini önermektedir. Aspirasyon için kesin tanıya ve ileri tanı yöntemleriyle apse lokalizasyonunun saptanmasına ihtiyaç vardır. Cerrahi direnaja bu işlemin yapılamadığı yerlerde zorulu olmaktadır. Levy ve arkadaşları (10) Computed Tomography (CT) ile hepatik apse lokalizasyonlarının kesin gösterilebileceğini, dolayısıyla percutaneous direnajan kolay yapılabileceğini bildirmektedirler. Amibisidal ilaçların etkileri konusunda yazarlar arasında tam bir görüş birliği yoktur. Bazı yazarlar Metronidazol'un günümüzde seçkin bir ilaç olduğunu belirtmektedirler (5,8). Bunlardan Kane ve arkadaşları (8) Metronidazol'un ayrıca anaerobik bakterilere de etkili olduğunu, dolayısıyla endemik bölgelerde serolojik ve diğer tanı yöntemleri uygulanıyorsa şüpheli karaciğer apselerinde terapötik denemenin yararlı olacağını, toksitesinin diğer ilaçlardan az olduğunu vurgulamaktadırlar. Halbuki Canby (1), emetin ve Chloroquin'in metronidazoldan daha etkili olduğunu, Kotsaimanis ve arkadaşları (9), metronidazolu aspirasyonla beraber kullanıp sonuç alamadıklarını ve emetin kullandıklarını bildirmektedirler. Emetinin günümüzde etkili bir ilaç olduğu konusunda

yazarlar görüşbirliği içindedirler (5,6,7). Ancak kombine tedaviyi Eggleston (6) emetin'e ek olarak Chloroquin eya diiodohydroxyquin, Ibarra-Ferez (7) metronidazol ve emetin olarak önermektedirler .

Scragg ve arkadaları (14), çocuk karaciğer amip apselerinde tinidazol (5 mg/kg/gün-5 gün süre ile) kullanarak % 92 oranında iyileşme sağladıklarını, bunun metronidazol + emetin kombinasyonu ile elde edilen % 75 lik başarı oranına göre çok iyi olduğunu bildirmişlerdir. Olgularımızda cerrahi direnaja ek olarak yapılan emetin tedavisinden çok iyi sonuç alındı. Kortikosteroid tedavi amebiazisi birden bire alevlendirilip fulmunian hale getirmektedir. Bu yüzden, özellikle tropik bölgelerde yaşayanlarda kortizon tedavisi yapmadan önce amebiazis elimine edilmelidir (1).

Tedavi edilmeyen amipli karaciğer apseleri, karaciğer yüzeyine erişinceve kardar çevre dokuları tahribeder, daha sonra ise seröz boşluklara veyabaşka bir organa açılır. En sık görüleni taransdiafragmatik açılmadır. Periton boşluğuna açılması yaygın peritonit ve şok yapar. Plevral efüzyonun artması, diafragmanın çok yükselmesi, karaciğerde belirgin bir yumuşama olması ve hassasiyetin artması rüptürün yakın olduğunu gösterir. En tehlikelisi apsenin perikard'a açılmasıdır. (3,5,6) Carneiro Chaves ve arkadaşları (3) 56 olguda 4 rüptür saptamışlardır. Bizim olgularımızın % 25 inde apse peritona açılmıştı.

Saltzman (13)'a göre ağır karaciğer yetmezlikleri amip apselerinin bir komplikasyonu olarak nadiren oluşur ve kısa zamanda hastayı öldürür. Bu nedenle amip apselerini hayati tehlike oluşturan hastalık olarak düşünmek gerekir. Bizim olgularımızın birinde ağır karaciğer yetmezliği oldu.

Apse irininde amip saptamak kesin tanı için tek yöntemdir ama rutin değildir ve amip görebilme oranı imkanlara bağlıdır (7). Corneiro Chaves (3) 56 olgudan 1 inde paraziti saptamış, değişik yayınlarda parazit görme sıklığının % 0-27 olarak belirtildiğini bildirmiş, Eldson ve Dew'in %90 olguda Entamoeba histolytica'yı gösterebilmelerini farkedilir bir başarı olarak nitelemiş, bunu yazarların çalışma koşullarının çok iyi olmasına yorumlamıştır. Diğer yazarlar ise apse irininde amip görülme sıklığını 1/3 ve % 39 gibi oranlarda bildirmişlerdir (5,6). Biz olgularımızın % 23 ünde apse irininde, % 15,3 ünde gaitada amip saptadık. Leonard Rosoff karaciğer amip apseli hastaların % 15'inin gaitasında trofozoit, kist veya herikisinin birden görülebileceğini rapor etmiştir. (5),

Olgularımızın 2 si (% 15,3) ameliyat sonrası öldü. Ölüm nedenleri ileri derecede genel durum bozukluğu ve sepsisti. Birinde aynı zamanda karaciğer yetmezliği belirgindi. Eggleston ve arkadaşlarının (6) Cerrahi tedavi uyguladıkları 83 hastada mortalite % 34'tür. Yazarlar, ençok ölüm nedeni olarak şok, sepsis ve kaşeksiyi göstermişler, karaciğer yetmezliği, perikard tamponadı ve kolon perforasyonunu da ölüm nedeni olarak nitelemişler, en önemli nedenin genel durum bozukluğu olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca ameliyat öncesi tıbbi tedavi yetersizliğinin

ve apsenin seröz kavitelere açılmasının mortaliteyi kötü yönde etkilediğini belirtmişlerdir. Ibarra-perez ve arkadaşları (7), plevraya açılmış 88 olguda tedavi sonucu 13'ünün (% 15,8) öldüğünü bildirmişler, ölüm nedenlerini solunum yetmezliği ve sepsis olarak belirtmişlerdir. Diğer yazarlar sonuçların hastanın ilk görüldüğü andaki hastalık durumuna, beslenme ve genel sağlık durumuna, komplikasyonların olup olmayışına göre değişeceğini, erken olgularda günümüzdeki tedavi ile mortalitenin % 4 ünün altına düştüğünü rapor etmişlerdir (5)

SONUÇ :

Karaciğer amip apseleri sağlık koşulları düzeltilmemiş ülkelerde insan sağlığını önemli ölçüde kötü yönde etkileyen, ekonomik ve işgücü kayıplarına neden olan bir hastalıktır.

Erken tanı ve tedavinin önemi büyüktür. Ancak, henüz kesin tanı koyabilme şansı düşüktür. Çünkü sintigrafi, ultrasonografi ve aksiyal tomografi gibi tanı yöntemleri, ayrıca serolojik testler her yerde uygulanamamaktadır. Diğer yöntemlerden göğüs grafileri önemli ipuçları verir. Erken tanı ve tedavi ile mortalite % 40 tan, % 4 ve altına düşebilmektedir.

Seçkin tedavi, kesin tanı konulabilenlerde önce amibisidal ilaçları vermektir. Amibisidal ilaçları kombine vermek yararlıdır. Henüz en etkin ilaç emetindir. Aspirasyona ek olarak amibisidal ilaçlar verilmesi şeklindeki tedaviyi önerenler de vardır. Sekonder enfeksiyona uğramış, tıbbi tedaviye cevap vermeyen, komplikasyon yapmış veya bu ihtimal olanlarda, ayrıca kesin tanı konulamayanlarda ise tedavi açık cerrahi direnajdır.

KAYNAKLAR

- 1- Canby, C.J., Ariz, F.H.: Metronidazole Treatment of Amebic Abscess. Jama 230: 538, 1974.
- 2- Candar, Z., Akata, O., Akin, H. ve arkadaşları; Cerrahi Ders Kitabı, Sayfa: 437-42, Ankara Üniversitesi Yayınları, No: 318., Ankara Üniversitesi Basımevi Ankara, 1975.
- 3- Carneiro Chaves F.J.Z., Cruz, I., Gomes, C., et al: Hepatic Amebiasis, Analysis of 56 Cases American Journal Gastroentorology 68: 134-140, 1977.
- 4- Carneiro Chaves, F.J.Z., Gomes, C.: Hepatic Amebiasis-Analysis of 56 Cases American Journal Gastroentorology. 68: 273-77, 1977.
- 5- Davis-Cristopher: Textbook of Surgery 11 th Edition P: 1207-24 1977.
- 6- Eggleston, F.C., Werghase, M., et al: The results of surgery in amebic liver

- abscess: Experiences in eighty-three patients Surgery 83/5: 536, 1978.
- 7- Ibarra-Perez, C., Selman-Lama, M.: Diagnosis and Treatment of Amebic Ampyema. American Journal of Surgery 134/2: 283-87, 1977.
 - 8- Kane, J.G., Fossieck, B.E., Parker, R.H.: Metronidazole and Hepatic Abscess Jama, Vol 236, No: 23: 2653-4, 1976.
 - 9- Kountsaiman, K.G., Timms P.W., Ree, G.H.: Failure of metronidazole in A patient With Hepatic Amebic Abscess. Am. J. Trop. Med. Hyg. 28(4): 768-769, 1979.
 - 10- Levy, M.J., Nykamp, P.W., Jogerst, G., et al: CT-Guided Percutaneous Drainage of an Amebic Liver Abscess. American Journal Gastroenterology 70: 298-301, 1978.
 - 11- Onul, B.: İnfeksiyon Hastalıkları 4 Baskı, Sayfa: 569-575. Ankara Tıp Fakültesi yayınları No: 232, Ankara, 1971.
 - 12- Stuiiver, P.C.: Corticosteroids and Liver amebiasis. British Medical Journal 394-395, 1978.
 - 13- Saltzman, D.A., Smithline, N., Davis, J.R.: Fulminant Hepatic Failure Secondary to Amebic Abscess. The American Journal Digestive Vol 23 No: 6 561-567-1978.
 - 14- Scragg, J.N., Proctor, E.M.: Tinidazole in treatment of Amebic Liver abscess in Children Archives of Disease In Childhood 52: 408-410, 1977.
 - 15- Unat, E.K., Tıp Parazitolojisi Sayfa: 494-514 İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları No: 2597/62 Ciltut Matbaacılık kollektif şirketi, İstanbul, 1979.

Ö Z E T :

Transperitoneal cerrahi girişimle tedavi edilen hepatik amebiazisli 13 olgunun klinik ve laboratuvar bulgularıyla tedavi yöntemleri gözden geçirildi.

Bu hastalık 20-39 yaş gurubunda daha sık görüldü.

Klinik tabloya; karın sağ üst kadrantındaki ağrı, genel durum bozukluğu, perküsyonla sağ hipokondriumlaki hassasiyet, ateş ve ağrılı hepatomegali hakimdi.

Anemi, sedimantasyon yükselmesi ve lökositoz en sık görülen hematolojik bulgulardı. Karaciğer fonksiyon testi bozuklukları hafif ve nonspesifikti.

Akciğer grafilerinde en sık görülen anormallik sağ hemidiafragma yüksekliği idi.

Bu bulgular, daha geliştirilmiş tanı yöntemlerinin bulunmadığı endemik bölgelerle tanıya büyük ölçüde yardımcı olur.

Bu seride mortalite % 14,4 tür.

Hepatic amebiasis (Analysis of 13 Cases)

S U M M A R Y The clinical and laboratory findings and their therapy in 13 Cases with hepatic amebiasis are reviewed which transperitoneal surgery have been utilized.

This illness was most frequent in 20-39 years old. The clinical picture is dominated by upper right quadrant abdominal pain, general malaise, pain on percussion of the right hypochondrium, fever, and tender hepatomegaly. Jaundice is not rare and appears to have no prognostic significance.

Anemia, an elevated, E.S.R. and Leucocytosis were the most frequent hematologic findings. Abnormalities of liver function tests were mild and nonspecific. The most frequent abnormalities seen in chest X-ray were an elevated right hemidiaphragm.

These abnormalities may be of great help in diagnosis in endemic areas where more sophisticated facilities may not be available.

The importance of early diagnosis is emphasized. In this series

Mortality is 14.4 per cent.