

## BİR DALAK ABSESİ VAKASI (OLGUSU)

## A CASE OF SPLENIC ABSCESS

Dr. Havva Şahin Kavaklı<sup>a</sup>  
Dr. Orhan Delice<sup>b</sup>  
Dr. Nuraydın Özlem<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Acil Tıp Uzmanı, Ankara  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
<sup>b</sup> Acil Tıp Araştırma Görevlisi, Ankara  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
<sup>c</sup> Genel Cerrahi Kliniği, Ankara Atatürk  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yazışma Adresi / Correspondence:  
Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Acil Servis  
Bilkent Yolu No:3, Bilkent, Ankara  
Tel: (312) 2912500 (3250)  
Cep: 505 7087034  
e-mail: havvasahin1973@yahoo.com

**ÖZET:** Dalak absesi nadir görülür. Tanı koymak zordur ve tedavi edilmezse sıklıkla fatal seyreder. Bu yazıda 27 yaşında ateş şikayetiyle acil servise başvuran bir erkek hastayı rapor etmekteyiz. Hastanın bir haftadır ateşi ve sol omuz ağrısı vardı. Bir aydır karın ağrısından yakınmaktaydı. Fizik muayenesine dayanarak dalak patolojisi düşünüldü. Laboratuvar analizlerinde lökositoz ve CRP düzeyinde artış belirlendi. Batın ultrasonografi (USG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçları dalak absesini teyit etti. Hastaya perkutan abse drenajı uygulandı ve antibiyotik tedavisi verildi. Hastaya etyolojiyi belirlemek için ekokardiyografiye ilaveten kan ve abse materyalinde çeşitli testler yapıldı. Ancak belirgin bir abse nedeni tesbit edilemedi. Tedavi sonrası hastanın klinik bulguları düzeldi. Herhangi bir komplikasyon gelişmeyen hasta taburcu edildi. Böylece splenektomi uygulanmasına gerek kalmadan konservatif yaklaşımla tedavisi gerçekleştirilmiş oldu.

**Anahtar Kelimeler:** Dalak; Abse; Ateş

**ABSTRACT:** Splenic abscess is an uncommon case. It is difficult to diagnose and its outcome is often fatal if left untreated. We report on a case of splenic abscess in a 27-year-old male patient presenting fever to emergency service. He had fever and left shoulder pain for a week. He was complaining of an abdominal pain for a month. Based on physical examination, splenic pathology was considered. Leucocytosis and increased CRP level were determined in laboratory analysis. Abdominal ultrasonography and computed tomography results confirmed splenic abscess. Percutaneous abscess drainage was applied and the patient received antibiotic therapy. For the determination of etiology, several blood and abscess material tests were done in addition to echocardiography. However any significant cause of abscess could not be determined. After treatment the patient's clinical results were recovered. He was discharged without any complication. Thus, his treatment was performed via conservative management without any necessity of splenectomy.

**Key words:** Spleen; Abscess; Fever

Turkish Medical Journal 2009;3(2):86-91

## GİRİŞ

Dalak absesi nadir bir klinik durumdur. Klinik semptomlar nonspesifiktir, bu nedenle tanı konması zor olabilir. Her zaman etyolojisi belirlenemeyebilir. Bu yazıda ateş şikayetiyle acil servise başvuran ve incelemeler sonucunda dalak absesi tanısı alan bir olgu sunulmaktadır. Amacımız dalak absesinin, acil servise ateş ve karın ağrısı ile başvuran hastalarda hatırlanması gereken bir klinik tablo olduğunu vurgulamaktır.

## OLGU

27 yaşındaki erkek hasta ateş şikayetiyle başvurdu. Bir haftadır yüksek ateşi ve sol omuz ağrısı vardı. Son bir aydır karın ağrısı mevcuttu. Hasta omuzdaki ağrısı için ortopedi polikliniğine başvurmuş ve manyetik rezonans görüntüleme istenmiş, ağrısı artınca acil servise başvurmuş. Hastanın travma ve immünsupresyon öyküsü olmadığı öğrenildi. Batında sol üst kadranda hassasiyeti vardı. Ateşi 39 °C idi. Lökositoz (14K/uL) ve CRP yüksekliği (197 mg/L) tesbit





Şekil 1. Olgunun BT görüntüsü

edildi. Batın USG'de dalak alt polde 74X43 mm boyutlarında anekoik alan ve dalak çevresinde sıvı izlendi. Mesane posteriorunda 15 mm derinliğinde serbest sıvı mevcuttu. Batın BT'de; dalak boyutları normal olup, posterior kesiminde 83X35 mm boyutunda subkapsüler yerleşimli düzensiz sınırlı hipodens yapıda lezyon izlendi ve solda plevral efüzyon saptandı (Şekil 1). Genel cerrahi kliniğine yatırıldı. Radyoloji kliniği tarafından subkapsüler yerleşimli abse ile uyumlu kavite olduğu kanaatinin oluşması üzerine perkutan abse drenajı uygulandı. Drenaj materyalinden örneklemeye yapıldı. Bu örneklemeden yapılan incelemede, ARB boyama ve kist hidatik hemaglutinasyon testi negatif ve kültürde üreme yoktu. Kanda brusella tüp aglutinasyonu negatifti. Hastanın ekokardiyografisinde enfektif endokardit düşündürülen bulgusu yoktu. Sonuç olarak dalak absesi dışında bir enfeksiyon odağı tesbit edilmedi. Seftriakson ve metronidazol tedavisi verildi. Hastanın klinik tablosunun düzelmesi nedeniyle ayaktan tedavisinin devam etmesi, hematolojik ve immünolojik ileri araştırmanın poliklinik şartlarında yapılması uygun görüldü.

### TARTIŞMA

Dalak sessiz ve unutulmuş karın organı olarak kabul edilir. Bunun temel sebebi karaciğere göre hastalıklarının nadir görülmesidir<sup>1</sup>. Dalak absesi nadir görülür, tanısı zordur ve yüksek mortalite oranlarına sahiptir<sup>2,3</sup>. İmmün sistemi baskılanmış hasta sayısı artışına paralel olarak dalak absesi sıklığının arttığı düşünülmektedir.

Dalak absesi çok çeşitli nedenleri olsa da en sık travma ve enfeksiyonla bağlantılı görülür. Enfeksiyon genellikle özellikle enfektif endokardit<sup>4</sup> ya da iskemik

enfarkt bölgesi nedeniyle sekonder enfeksiyon olarak meydana gelir. Enfeksiyon ajanları olarak en sık aerobik mikroorganizmalar; özellikle de stafylokok, streptokok, salmonella ve Escherichia coli tesbit edilir. İmmünyüpresyon major bir risk faktörüdür. Fizik muayenede genellikle ateş, sol üst kadranda ağrısı ve kusma izlenir. Laboratuvar bulguları sabit değildir. Ancak dalak absesi sebebi bilinmeyen ateş olan tüm hastalarda düşünülmelidir<sup>5</sup>. Erken tanı ve uygun tedavinin zamanında başlanması hastalığın yıkıcı geç komplikasyonlarının önlenmesini sağlar. Radyolojik tekniklerdeki son gelişmeler tanı ve yaklaşımını etkilemiştir. USG ilk seçilecek tetkik aracıdır, ancak USG infarkt ve apse ayırımını yapamaz. BT bu konuda başarılıdır<sup>6</sup>. BT en duyarlı tanı aracı olduğu için dalak absesinden şüphe edilirse çekilmelidir.

Tedavi konservatif yaklaşım ve cerrahi tedaviyi içerir. Çocuklarda ve kalın duvarlı soliter abselerde perkutan drenaj düşünülebilir, bunun dışında çoğu merkezde splenektomi tercih edilmektedir<sup>7</sup>. Dalak absesinin perkutan tedavisi cerrahi tedaviye alternatif etkili bir tedavidir. Özellikle genç hastalarda olmak üzere, splenektomiden immünolojik disfonksiyon nedeniyle kaçınılır. Abse ayrı bir duvarla çevrili uniloküler veya biloküler ise, internal septasyonları yoksa ve sıvı içeriği drenaja uygun incelikte ise çoğu otür en uygun tedavinin perkutan drenaj olduğunu düşünür<sup>8,9</sup>. Bu olguda antibiyotik tedavisine ek olarak, splenektomi yapılmadan perkutan drenaj ile dalak absesi başarılı bir şekilde boşaltılmıştır. Bu tedavi şekli olgunun genç olması ve dalak fonksiyonlarının korunmuş olması açısından son derece önemlidir. Dalak absesi ile karşılaşıldığında uygulanacak tedavi konusunda kriterler genel olarak netleşmiş olsa da tanı konusundaki zorluklar devam etmektedir. Dalak absesi tanısı kesin konduktan sonra da etyolojisini bulmak her zaman mümkün değildir<sup>10</sup>. Bizim olgumuz da dalak abse tanısını koyduğumuz ancak absenin nedenini gösteremediğimiz bir olgudur.

Sonuç olarak dalak absesi tedavi edilmediğinde yüksek mortalite ile seyreder. Ateş, sol üst kadranda ağrısı ve lökositöz varlığında şüphelenilmelidir. Gelecekte yaklaşım antibiyotikle birlikte splenektomi olsa da son yıllarda USG eşliğinde perkutan drenaj ve iğne aspirasyonu ile başarılı tedaviler gerçekleştirilmektedir.