

## Интраабдоминални апсцес непознатог узрока

Радоје Чоловић<sup>1</sup>, Никица Грубор<sup>1</sup>, Стојан Латинчић<sup>1</sup>, Наташа Чоловић<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника за дигестивну хирургију, Клинички центар Србије, Београд, Србија;

<sup>2</sup>Клиника за хематологију, Клинички центар Србије, Београд, Србија

### КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** Интраабдоминални апсцеси су у 98-99% случајева последица секундарног, а само у 1-2% примарног перитонитиса, који се успешно и лако дијагностикују. Апсцеси у абдомену без јасног узрока су веома ретки.

**Приказ болесника** Мушкарац стар 68 година, без значајних података у личној историји, напрасно се разболео; јавили су се бол у епигастријуму, мука и повраћање, а забележена је и леукоцитоза. Примењено је лечење антибиотицима које је ублажило тегобе и смањило број леукоцита, да би после пет дана ултразвуком у епигастријуму дијагностикована инкапсулирана накупина густе течности, што је потврђено компјутеризованом томографијом два дана касније. Ендоскопским прегледом искључено је постојање улкуса, односно перфорације на желуцу и дуоденуму. У локалној анестезији је, кроз леви прави трбушни мишић, извршена пункција, а затим и инцизија апсцеса, при чему је евакуисано око 50 ml гноја, као и палпаторна експлорација кавитета, у којем није нађено страног тела. Уз дренажу уследио је брз опоравак болесника. Испитивањем су искључена друга обољења у трбуху која би била могући узрок апсцеса. Две и по године после операције болесник није имао тегоба, а клинички, ултразвучни и лабораторијски налази били су нормални.

**Закључак** Приказани болесник с интраабдоминалним апсцесом непознате етиологије излечен је антибиотицима, перкутаном пункцијом и дренажом у локалној анестезији. И поред свих дијагностичких метода, узрок апсцеса није установљен. Зато се и на ову могућност – истина, јако ретко – мора рачунати.

**Кључне речи:** абдомен; апсцес; локална анестезија; пункција; инцизија; дренажа

### УВОД

Апсцеси у абдомену су најчешће последица секундарног перитонитиса насталог због перфорације шупљих трбушних органа или дехисценције анастомоза. Веома ретко настају као компликација примарних перитонитиса, код деце с нефротским синдромом, а код одраслих због цирозе, асцитеса, системског лупуса или туберкулозе, као и код перитонеумске дијализе [1].

Практично увек интраабдоминалне апсцесе је лако дијагностиковати и довести у везу с основним обољењем и перитонитисом. Следи приказ болесника с интраабдоминалним апсцесом чији се узрок није могао утврдити.

### ПРИКАЗ БОЛЕСНИКА

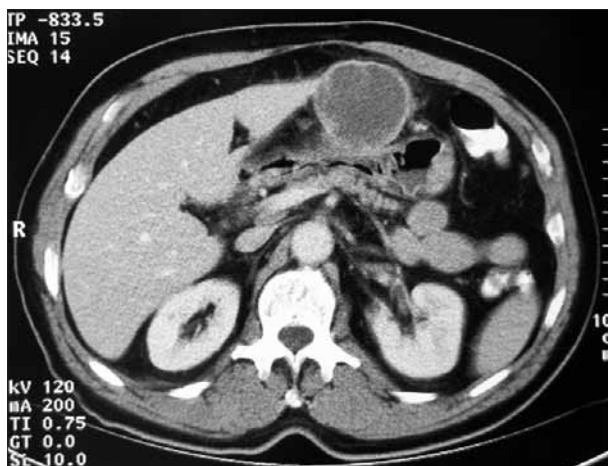
Мушкарац стар 68 година, који никад није боловао од тежих болести и није био оперисан, разболео се средином априла 2007. године. Јавили су се бол у епигастријуму, мука и повраћање, а забележена је и леукоцитоза ( $17,6 \times 10^9/l$ ). Клиничким прегледом у трбуху нису утврђени знаци акутног хируршког обољења. Примео је антибиотике (*per os*), услед чега су се тегобе смањиле, али не и нестале, тако да је пред крај априла, када се број леукоцита смањео на  $11,2 \times 10^9/l$ , оба-вљен преглед ултразвуком, на којем је у епи-

гастријуму, одмах иза предњег трбушног зида, уочена солитарна тумефакција, делом мекоткивна, делом испуњена густим садржајем. Није било калкулозе, знакова акалкулозног запаљења жучне кесе, едема, ни других знакова панкреатитиса, слободне течности у трбуху, нити других патолошких промена. Гастроскопијом на горњем делу предњег зида желуца уочени су знаци спољне компресије, али без промена на мукози. Није било знакова улкуса, нити перфорације желуца или дуоденума. Крајем априла урађена је компјутеризована томографија (СТ), на чијем је налазу између предњег трбушног зида и желуца уочена лоптаста формација тање капсуле и густог садржаја (Слика 1), због чега је болесник упућен у нашу установу.

У време пријема болесник је био доброг општег стања и афебрилан, а у епигастријуму, нешто више улево, постојала је блага проминенција предњег трбушног зида, осетљива на додир. Број леукоцита је био  $16,86 \times 10^9/l$ , а седиментација еритроцита  $80 mm/h$ . Остали лабораторијски налази, укључујући и имунолошке тестове на ехинококозу, били су у границама референтних вредности. На терапију антибиотицима (пен-трексил и гарамидин) и инфузијама није било битног побољшања стања болесника, те је после три дана, почетком маја, у локалној анестезији кроз горњи део левог *m. rectus abdominis* најпре изведена пункција, којом је добијен гној, а затим урађена инцизија

#### Correspondence to:

Radoje ČOLOVIĆ  
Klinika za digestivnu hirurgiju  
Klinički centar Srbije  
Dr Koste Todorovića 6  
11000 Beograd  
Srbija  
marcolov@sbb.rs



**Слика 1.** СТ снимак показује између предњег трбушног зида и желуца лоптасту формацију тање капсуле и густог садржаја

**Figure 1.** CT showed an incapsulated collection of dense fluid in the epigastrium, behind of it's anterior wall

апсцеса дуга око 3 cm, при чему је евакуисано око 50 ml гноја. Кавитет је испран асептичним растворима и прстом експлорисан. Налаз је одговарао лоптастој шупљини промера око 6 cm, а у кавитету није нађено страном телом или било шта друго што би објаснило настајак апсцеса (међу хирурзима се помињу случајеви продора шиљатих предмета, као што су рибља кост и сл., који могу пробити зид желуца и изаћи изван његовог лумена, стварајући перигастрични апсцес). Бактеријске културе гноја из апсцеса су остале стерилне. У два препарата утврђени су бројни полиморфонуклеарни леукоцити. Култура на анаеробе није рађена. Опоравак болесника након операције протекао је брзо и без икаквих компликација. Тегобе су се повукле, бол је потпуно нестао, број леукоцита се нормализовао, а инцизиона рана је зарасла.

Три недеље касније урађени су радиографија желуца, ендоскопија горњих делова дигестивног тракта и СТ; налази су били потпуно нормални. Иригографија није указала на дивертикулозу.

Две године касније болесник није имао тегоба, а лабораторијски и ултразвучни налази били су нормални.

## ДИСКУСИЈА

Највећи број апсцеса у абдомену последица је тзв. секундарног бактеријског перитонитиса, који се дефинише као инфекција перитонеума изазвана перфорацијом шупљих органа или трансмуралне некрозе гастроинтестиналног тракта [1]. Ако се искључи траума, најчешћи узроци генерализованог перитонитиса су перфорација апендикса, перфорација улкуса дуоденума и желуца, перфорација сигмоидног колона (због дивертикулозе, волвулуса или карцинома), странгулације танког црева и перитонитиси настали после хируршке интервенције (због дисрупције цревних анатомоза) [1]. Интраабдоминални апсцеси настају као последица локалног перитонитиса или непотпуног лечења општег перитонитиса.

С друге стране, под примарним перитонитисом подразумева се инфекција перитонеалне дупље код које нема јасног узрока као код секундарног перитонитиса. Његова учесталост је мала. Јавља се и код деце и код одраслих, али данас се бележи знатно ређе него раније [1]. Сматра се да примарни перитонитиси чине 1-2% свих перитонитиса [2, 3]. Овом облику перитонитиса нарочито су склона деца која болују од нефротског синдрома и постнекротичне цирозе [3]. Код одраслих људи ризик од овог перитонитиса постоји код болесника с алкохолном цирозом и асцитесом [4], а нарочито велики ризик постоји код болесника који имају цирозу с асцитесом [5, 6], вероватно због хипопротеинемије и снижења комплемента [7]. И болесници са системским лупусом могу оболети од примарног перитонитиса [8].

Најчешћи узрочници код деце су Грам-позитивне коке, а код одраслих особа с цирозом цревне бактерије (најчешће *Escherichia coli*). Примарни перитонитис може изазвати и *Mycobacterium tuberculosis*, код одраслих који немају цирозу [1].

Код деце с примарним перитонитисом клиничка слика је доста слична оној са секундарним и обично се завршава лапаротомијом. Код болесника с цирозом клиничка слика примарног перитонитиса прилично је нејасна, праћена ниском фебрилношћу и оскудним налазом на абдомену, понекад с хепатичном енцефалопатијом, која доминира клиничком сликом. И туберкулозни перитонитис је праћен оскудним симптомима и оскудним клиничким налазом [1]. Перитонитис се може јавити и код особа на перитонеумској дијализи, вероватно због спољне контаминације бактеријом *Escherichia coli* [1].

Код приказаног болесника апсцес у абдомену се не може довести у везу с евентуалним секундарним перитонитисом, јер није било никаквих знакова перитонитиса нити перфорације, која је искључена ендоскопијом, рендгенским прегледом желуца, ултразвучним прегледом жучне кесе, иригоскопијом и иригографијом. Обољења жучне кесе и панкреаса и ехинококус искључени су након клиничких, ултразвучних, СТ и имунолошких испитивања. Веома тешко би се могло прихватити било какво постојање примарног перитонитиса, јер код болесника није било никаквих болести које би стварале склоност за његов развој, нити је било икаквих клиничких знакова перитонитиса. Због тога верујемо да се примарни перитонитис може са сигурношћу искључити код овог болесника.

Дијагноза интраабдоминалног апсцеса данас се лако и поуздано поставља применом ултразвука, СТ и других дијагностичких метода. Лечење болесника с апсцесом у трбуху, а пре свега метода дренаже, последњих деценија се доста изменило, па се уместо раније хируршке дренаже данас много више користи перкутана дренажа, било као куративна, било као палијативна терапија, усмерена на побољшање општег стања организма болесника, ради стварања услова за његово касније успешно лечење [9].

Иако је било услова за перкутано лечење приказаног болесника, одлучили смо се за хируршку дренажу

у локалној анестезији због два главна разлога. Први, перкутана хируршка дренажа једва да је нешто тежа интервенција од перкутане дренаже катетером. Други, много важнији разлог, био је то што смо претпоставили да је реч о апсцесу на бази неке перфорације желуца, можда страним телом (на пример, рибљом или пилећом кости), које је болесник прогутао а да то није приметио. Надали смо се да би у том случају експлорацијом кавитета прстом могли евентуално страшно тело наипати и одстранити.

Негативан налаз културе гноја из апсцеса код приказаног болесника може се објаснити претходном ви-

шедневном применом антибиотика. Култура на анаеробе није рађена.

Много већи број интраабдоминалних апсцеса последица је секундарног, а ретко примарног перитонитиса. Веома ретко, као код приказаног болесника, апсцес у абдомену се не може довести у везу ни са секундарним, ни са примарним перитонитисом, нити са неким локалним обољењем, као што је перфорација жучне кесе или панкреатитис. Ипак, његово лечење је слично, а састоји се од дренаже (хируршке или перкутане) и примене одговарајућих антибиотика.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ratstein O. Peritonitis and intra-abdominal abscesses. In: Meakins JL. *Surgical Infections. Diagnosis and Treatment*. New York: Scientific American. Inc; 1994. p.329-51.
2. Golden GT, Shaw A. Primary peritonitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1972; 135:513-6.
3. McDougal WS, Izant RJ Jr, Zollinger RM Jr. Primary peritonitis in infancy and childhood. *Ann Surg*. 1975; 181:310-3.
4. Conn HO, Fessel JM. Spontaneous bacterial peritonitis in cirrhosis: variations on a theme. *Medicine (Baltimore)*. 1971; 50:161-97.
5. Hoefs JC, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. *Dis Mon*. 1985; 31:1-48.
6. Wyke RJ. Problems of bacterial infection in patients with liver disease. *Gut*. 1987; 28:623-41.
7. Akalin HE, Laleli Y, Telatar H. Bactericidal and opsonic activity of ascitic fluid from cirrhotic and noncirrhotic patients. *J Infect Dis*. 1983; 147:1011-7.
8. Shesol BF, Rosato EF, Rosato FE. Concomitant acute lupus erythematosus and primary pneumococcal peritonitis. *Am J Gastroenterol*. 1975; 63:324-6.
9. Pruett TL, Rotstein OD, Crass J, Frick MP, Flohr A, Simmons RL. Percutaneous aspiration and drainage for suspected abdominal infection. *Surgery*. 1984; 96:731-7.

## Intraabdominal Abscessus of Unknown Etiology

Radoje Čolović<sup>1</sup>, Nikica Grubor<sup>1</sup>, Stojan Latinčić<sup>1</sup>, Nataša Čolović<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Clinic for Digestive Surgery, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>Clinic for Haematology, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia

### SUMMARY

**Introduction** Intraabdominal abscesses are in 98-99% cases the result of secondary and only in 1-2% of primary peritonitis. They are easy and successfully diagnosed. Abdominal abscesses of unknown cause are extremely rare.

**Case Outline** The authors present a 68-year-old man, without significant data in past history, who suddenly developed epigastric pain, nausea, vomiting and leukocytosis which was treated with antibiotics resulting in the alleviation of complaints and reduction of white blood cells count. After five days ultrasonography showed encapsulated collection of dense fluid in the epigastrium confirmed by CT scan two days later. Upper endoscopy excluded ulcer and/or perforation of the stomach and duodenum. Under local anesthesia, through the upper part of the left rectal muscle, puncture followed by incision was done,

and about 50 ml of dense pus was removed. Finger exploration of the cavity showed no foreign body within the cavity. Using drainage, the recovery was quick and uneventful. By preoperative and postoperative abdominal investigations no cause of the abscess was found. Two and a half years after surgery the patient remained symptom-free with normal clinical, laboratory and ultrasonographic findings.

**Conclusion** The authors presented an intraabdominal abscess of unknown cause that was successfully treated with antibiotics, percutaneous puncture and drainage under local anaesthesia. In spite of all diagnostic methods the cause of the abscess could not be found. Thus, such a possibility, although being rare, should be taken into account.

**Keywords:** abdomen; abscess; local anaesthesia; puncture; incision; drainage

Примљен • Received: 05/02/2010

Прихваћен • Accepted: 03/03/2010