



## POSTPARTUM PRİMER PELVİK PERİTONİT: BİR OLGU SUNUMU

Oluş API<sup>1</sup>, H. Seyhani KALENDER<sup>1</sup>, Orhan ÜNAL<sup>1</sup>, Cem TURAN<sup>1</sup>

Postpartum primer pelvik peritonit nadir görülen bir klinik durumdur. 28 yaşında, 15 gün öncesinde vajinal doğum yapan ve sonrasında karında şişlik, nefes darlığı gelişen hastada eksplorasyonda tüm batında yaygın yapışıklık ve pürülan materyal mevcuttu. Yapılan kan ve periton kültürlerinde, Mycobacterium Tuberculosis de dahil olmak üzere patojen mikroorganizma üretilmedi. Nonspesifik antibiyotik ve cerrahi drenaj ile tedavi edildi.

*Anahtar kelimeler: Puerperium, pelvik, peritonit, ateş*

### POSTPARTUM PRIMARY PELVIC PERITONITIS: A CASE REPORT

A 28-year old woman who has delivered vaginally 15 days ago, was admitted to the hospital with the symptoms of abdominal distension and dyspnea. In explorative laparotomy, there were diffuse, dense adhesions and pue. No microorganisms, including Mycobacterium Tuberculosis could be isolated from the cultures. The patient was treated with surgical drainage and empiric antibiotic therapy.

*Keywords: Puerperium, pelvic, peritonitis, fever*

Puerperium doğum ile başlayıp postpartum altıncı haftaya kadar süren, fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin görüldüğü bir süreçtir. Puerperal ateş bu döneme ait en önemli morbidite nedenlerinden olup; ayırıcı tanısında en sık görülen uterin enfeksiyondan, nadir olarak görülen abse ve septik pelvik ven tromboflebitine kadar birçok etken yer almaktadır. Burada, puerperal ateş ve batında yaygın aside neden olmuş bir primer pelvik peritonit olgusu sunulurken tanı ve tedavideki yöntemler tartışılmıştır.

### OLGU

28 yaşında gravidası 2 olan ve 15 gün önce vajinal yolla tek canlı erkek bebek doğuran hasta ani başlayan nefes almada zorluk ve karında şişlik nedeniyle Kadın-Doğum polikliniğine başvurdu. Hastanın özgeçmişinde özellik yoktu. Her iki gebeliğinde maternal ya da fetal komplikasyon gelişmediği öğrenildi.

Hastanın tüm batın ultrasonografisinde batında yaygın serbest sıvı tespit edildi. Uterus 110x80 cm boyutlarında, endometrial kavite düzenli görünümdeydi. Hastaya parasentez yapıldı. Parasentez sıvısı berrak görünümlü ve serohemorajik vasıfta idi. Sıvı sitopatoloji ve kültür için patoloji ve mikrobiyoloji laboratuvarlarına gönderildi. Hastanın genel durumunun orta ve dispneik olması nedeniyle kliniğe interne edildi. Ampisillin 4gr/gün i.v. ve Gentamisin 160 mg/gün i.v. başlandı. İlk başvuruda TA: 100/70 mm/ Hg, nabız: 106 /dk, vücut ısısı: 39°C idi. Laboratuvar değerleri Hb: 9.3gr/dl., Hct: %34, lökosit sayısı: 19200 /mm<sup>3</sup>, trombosit sayısı: 276000 /mm<sup>3</sup>, PT: 15.3 sn, aPTT: 62.64 sn, total protein: 6.5 gr/dl., albumin: 1.7 gr/dl, SGOT, SGPT, BUN, kreatinin, alkalen fosfataz, GGT, ürik asit, açlık kan şekeri normal sınırlarda idi.

Hastanın yapılan meme muayenesinde; sağ memede abse formasyonu tespit edilmesi ve batında yaygın rebound hassasiyet ve defans gelişmesi üzerine Genel Cerrahi Kliniği'ne devredildi. Genel Cerrahi Kliniğinde hastanın antibiyotik tedavisi Ampisillin-Sulbaktam 3 gr/gün i.v. ve Gentamisin 160 mg/gün i.v. olarak değiştirildi. Oral beslenme kesilerek total parenteral nutrisyon başlandı.Yapılan ekokardiografi normal olarak değerlendirildi. Telekardiogramda sağ hemitoraksta az miktarda plevral effüzyon tespiti üzerine Göğüs Cerrahisi konsültasyonu istendi. Torasentez yapıldı. Alınan sıvı sitolojik ve mikrobiyolojik incelemeye gönderildi. İleri tedavi önerilmedi. Sağ memedeki abse drene edildi. Drenaj sonrası 48. saatte ateşi düşmeye başlayan hastanın diffüz peritonite sekonder gelişen akut batın tablosunun gerilemesi üzerine Kadın Doğum Kliniği'ne geri devralındı.

Hastanın kliniğe devrinde kan tablosu şu şekilde idi: Hb: 6.4 g/dl, Hct: %19.5, lökosit: 13500 /mm<sup>3</sup>, trombosit: 497000 /mm<sup>3</sup>, SGOT: 118 U/L, SGPT: 67 U/L, LDH: 567 U/L, ALP: 3.28 U/L, albumin: 1.9 gr/dl. olarak tespit edildi. Total parenteral nutrisyondan oral nutrisyona geçildi. Gentamisin 8. günde, Ampisillin-Sulbaktam 12. günde kesildi. Yapılan tüm batın ultrasonografisinde, peritoneal sıvının azaldığı ve yaygın fibröz bandların olduğu izlendi. Batın muayenesinde defans devam etmekteyken rebound ve hassasiyetin gerilediği görüldü. Hastanın takiplerinde maksimum 38°C'ye varan nokturnal ateşi oldu.

Asid ve ateş etyolojisi yönünden istenen Dahiliye konsültasyonunda Evre 4 malignitenin ayırıcı tanıları arasında düşünülmesi üzerine istenen tümör belirteçleri : B $\beta$ CG: 0,5 İU/ml, CA-125: 12.9 U/ml., CA 15-3: 38.41 U/ml., AFP: 0.557 IU/ml., CA 19-9: 11.44 U/ml. idi. Romatoid faktör negatif, CRP (+++++) idi. Hastaya hipoalbuminemi nedeniyle 200 cc/gün %20 human albumin replasmanı yapıldı. Hastanın anemi yönünden yapılan tetkikleri kronik hastalık anemisiyle uyumluydu. Preoperatif dönemde bir ünite tam kan replasmanı yapıldı.

<sup>1</sup>Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. ve 2. Kadın Doğum Klinikleri



Parasentez sıvısının yapılan aerob ve anaerobik kültürlerinde üreme olmadı. Sitolojik inceleme sonucunda ise polimorfonükleer lökositler ve lenfositler görüldü. İnterne edildikten 20 gün sonra yapılan ultrasonografide, umbilikus ile uterus arasında 113x68 milimetrelik yaygın loküle sıvı tesbit edildi.

Hasta pseudomyxoma peritonei, batın içi abse ön tanılarıyla eksploratif laparotomiye alındı. Göbek altı medyan insizyonla batına girildi. Paryetal peritonun ileri derecede kalınlaşıp barsak ve pelvik organları örttüğü görüldü. Batın içinde bol miktarda serbest pürülan sıvı mevcuttu. Pürülan sıvı drene edildi. Periton künt disseksiyonla serbestleştirilerek barsak ve pelvik organlar ortaya çıkarıldı. Batına iki adet dren yerleştirilerek operasyona son verildi. Alınan materyal patolojik ve mikrobiyolojik değerlendirilmeye gönderildi.

Hastaya postoperatif dönemde, Metronidazol 1 gr/gün i.v., Ampisillin-Sulbaktam 2 gr/gün i.v. başlandı. Postoperatif 8. günde Ornidazol 1gr/gün p.o. ve Ampisillin- Sulbaktam 750 mg/gün p.o. başlanılarak bir aya tamamlamak üzere taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Puerperium, doğum ile başlayıp uterin involüsyonun tamamlandığı postpartum 6. haftaya kadar devam eden bir süreçtir. Bu süre dramatik fizyolojik ve psikososyal değişikliklerin olduğu bir zaman dilimidir. Puerperal ateş, puerperal problemler içerisinde çok önemli bir yer tutmaktadır. Puerperal ateş, postpartum ilk 24 saatten sonra iki ayrı ölçümde oral ısının 38°C'nin üzerinde ölçülmesidir. Ayırıcı tanıda uterin enfeksiyon, septik pelvik ven tromboflebiti, overyen ven trombozu, derin ven trombozu, abseler, hematomlar, vulvar ya da abdominal yara yeri enfeksiyonları, idrar yolları enfeksiyonları, pulmoner sistemi ve memeyi etkileyen enfeksiyöz hastalıklar düşünülmelidir<sup>1</sup>. Endomyometrit puerperiumun en sık ve en ciddi komplikasyonudur. Vajinal doğum sonrası insidansı %2.6'dır<sup>2</sup>. Gelişmiş ülkelerde enfeksiyona bağlı maternal mortalite oranı efektif antibiyotik kullanımına bağlı olarak %0.6 dır.

Postpartum uterin enfeksiyon için major risk faktörleri korioamnionit, abdominal doğum ve düşük sosyoekonomik statüdür<sup>3</sup>. Teşhis için 37°C ve üzeri ateş, uterin hassasiyet, kötü kokulu vajinal akıntı gereklidir. Gebelik süresince pelvisin artmış vaskülaritesine bağlı olarak-teşhis doğru ise-ateş uygun antibiyotik seçimi ile çok hızlı kontrol edilebilir. Bu hastanın başvurusunda yapılan fizik muayenesinde 39°C ateş tesbit edilmesine rağmen uterin hassasiyet ve kötü kokulu akıntı tespit edilmediği için uterin enfeksiyon tanısından uzaklaşıldı.

İntraabdominal abseler puerperal ateşin ayırıcı tanısında yer almasına rağmen çok nadiren görülen olgulardır. Puerperal hastada intraabdominal abse gelişimi operatif ve uzamış bir doğum sonrası oluşan endomyoparametritin bir sekeli olarak görülür<sup>4</sup>. İntraabdominal abse varlığında tedaviye cevap vermeyen ileus ve abdominal distansiyon görülür. Bu vakada ileus gelişmemesine rağmen dispneye neden olan abdominal distansiyon gelişmiştir. Ancak hastada operatif ve uzamış doğum anamnezinin olmaması ve eşlik eden uterin enfeksiyon bulgularının olmaması nedeniyle intraabdominal abse ön tanıda düşünülmedi.

Diğer puerperal ateş nedenleri arasındaki mastit ve meme absesi sık karşılaşılan klinik tablolarıdır. Postpartum kadınların çoğunda angorjmana bağlı ateş 37.8-39°C olabilmekte iken %2.5'unda enfeksiyöz mastit gelişmektedir. Bu %2.5'luk hasta diliminin %5'inde ise abse gelişir. S. aureus ile S. epidermidis en sık izole edilen patojenlerdir. Bu hasta da ateş etyolojisi açısından değerlendirildiğinde sağ memede abse formasyonu tespit edildi. Abse Genel Cerrahi Kliniği tarafından drene edildi. Genel Cerrahi Kliniği'ndeki izlemi süresince hastanın devam etmekte olan geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine ve abse drenajına rağmen febril kalması ve diffüz peritonit bulguları göstermesi nedeniyle devir alınarak batındaki yaygın asid etyolojisi araştırılmaya başlandı. Batındaki yaygın asitin kalp yetmezliğine bağlı gelişebileceği düşünülerek peripartum kardiomyopati yönünden hastaya ekokardiografi yapıldı.

Peripartum kardiomyopati gebeliğin son ayı veya postpartum ilk 6 ayda gelişen kalp yetmezliği tablosudur. Teşhis için hastanın bilinen bir kardiyak hastalığının olmaması gerekmektedir. Görülme sıklığı 1/1300-1/15000'dir<sup>5</sup>. Bu vakada yapılan ekokardiografinin normal olması ve hastada kardiyak disfonksiyon bulgularının olmaması nedeniyle kardiomyopati tanısından uzaklaşmıştır.

Diğer asid nedenleri arasında portal venöz sistemde artmış basınç düşünülmüştür. Duff ve Gibbs, septik pelvik ven tromboflebit "review"larında Virchow'un trombozun klasik triadının gebelikte mevcut olan komponentlerini bildirmişlerdir: Artmış koagülabilite, venöz staz, anormal damar duvarları<sup>6</sup>. Enfeksiyon da vasküler hasara neden olarak tromboza eğilimi artırmaktadır. Bu nedenle septik pelvik ven tromboflebiti, düşmeyen ateş varlığında heparin tedavisine yanıt alınması ile tanısı konulan bir hastalıktır<sup>7</sup>. Bu hastada septik pelvik ven tromboflebiti ve overyen ven trombozu olabileceği gibi Budd-Chiari sendromu (hepatik ven trombozu) da ayırıcı tanıda düşünülmüştür. Fakat tüm batın ultrasonografisinde karaciğer boyutları ve ekojenitesi normal olarak değerlendirildiğinden bu tanıdan uzaklaşmıştır.



Hastanın akut batın bulgularının Genel Cerrahi Kliniği'ndeki takibi süresince gerilemesi ve ateşinin subfebril düzeye inmesi üzerine Kadın-Doğum Kliniği'ne geri devralındı. Kadın-Doğum Kliniği'ndeki takipleri sırasında antibiyotik tedavisine ara verildi. Ancak 39°C'ye varan nokturnal ateş paterni nedeniyle hastaya yeniden parasentez yapılarak sitolojik ve mikrobiyolojik incelmeye gönderildi. Tekrarlanan batın ultrasonografisinde serbest yaygın sıvının azaldığı fakat yaygın fibröz bantlar oluştuğu görüldü. Hastanın nokturnal ateş paterni ve ultrasonografik bulgularının pelvik tüberkülozu düşündürmesi üzerine parasentezle alınan sıvı Mycobacterium Tuberculosis için kültüre gönderildi.

Tüberküloz gelişmekte olan ülkelerde yaygın bir enfeksiyon olup pelvik organları da etkileyebilir. Bazen malign bir tümörü de taklit edebilen, tedavi edilebilir bir enfeksiyondur<sup>8</sup>. Ancak yapılan kültürde üreme olmamıştır. Hastanın klinik tablosu iyileşmesine rağmen ultrasonografik bulguların tam olarak gerilememesi ve tam bir teşhis konulamaması nedeniyle hasta eksploratif laparotomiye alındı. Laparotomide batın içinde yaygın pürülan sıvı ve tüm pelvik organların parietal periton tarafından örtüldüğü görüldü. Peritoneal doku patolojik incelemeye, sıvı Streptococcus Pneumonia, Mycobacterium Tuberculosis ve anaerobik bakteri kültürleri yapılmak üzere mikrobiyoloji laboratuvarına gönderildi. Ancak kültür ve doku incelemelerinde patojen mikroorganizma tespit edilememiştir.

Hasta bu bulgularla "Postpartum Primer Pelvik Peritonit" olarak değerlendirildi. Literatürde Khalke ve Fischer, bu vakaya benzer bir olgu sunumu bildirmişlerdir. Normal spontan doğum sonrası postpartum 4. haftada diffüz pelvik peritonit gelişen ve laparotomiye alınan 37 yaşındaki bir hastanın operasyon spesimeninde, vajinal ve kan kültürlerinde Streptococcus Pneumonia ürettiği bildirilmiştir. Vajenden alınan kültürlerde de aynı bakterinin üremesi peritonitin asendan bir enfeksiyona sekonder geliştiğini göstermiştir<sup>9</sup>. Burada sunulan olguda meme absesi nedeniyle hastaya nonspesifik antibiyotik tedavisi başlanmış olmasından dolayı alınan peritoneal kültürlerde üreme olmamıştır. Vajinal veya kan kültürü alınmamıştır. Vajinal doğum esnasında vajinal kolonizasyon yapmış bir patojenin asendan yolla peritona geçerek diffüz pelvik peritonite yol açtığı düşünülmektedir.

Puerperium doğumdan başlayıp postpartum altıncı haftaya kadar geçen bir süreçtir. Puerperal ateş bu dönemin en önemli sorunlarından olup ayırıcı tanısında uterin enfeksiyondan derin ven trombozuna kadar birçok hastalık yer almaktadır. Postpartum primer pelvik peritonit doğum sonrası 15. günden dördüncü haftaya kadar ortaya çıkabilen, hastada yüksek ateş, batında yaygın asit, akut batın bulgularıyla kendini gösteren bir puerperal enfeksiyondur. Tedavisinde geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi ve cerrahi drenaj yer almaktadır. Etken patojeni antibiyotik tedavisi başlamadan önce alınan vajinal ve kan kültürleriyle, ayrıca drenaj materyalinin kültürüyle tespit etmek mümkündür.

#### KAYNAKLAR

1. Edward HP, Benjamin PS. Puerperal problems. In: High Risk Pregnancy Management Options DK James, PJ Steer, CP Weiner, P Gonik (eds), Second edition. W B Saunders, London, 1999; Chapter 72: 1269-1280.
2. Sweet RL, Leder WJ. Puerperal infectious morbidity: A two year review. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1973; 117: 1093-1100.
3. Goldenberg RL, Klebanof MA, Nugent R, Krohn MA Hiller S, Andrews WW. Bacterial colonization of the vagina during pregnancy in four ethnic groups. American Journal of Obstetrics and Gynecology 1996; 174: 1618.
4. Marliyn JD, Michael WV, Rudolph PG. Anaerobic bacterial infections in pregnancy. In: Gleicher Principles of medical therapy in pregnancy. Plenum Medical Book Company, NY, 1986: 483-495.
5. Cunningham FG, Pritchard JA, Hankins GDV, et al. Peripartum heart failure: Idiopathic cardiomyopathy or compounding cardiovascular events? Obstetric and Gynecology 1986; 67: 157-168.
6. Duff P, Gibbs RS. Pelvic vein thrombophlebitis: Diagnostic dilemma and therapeutic challenge. Obstetrical and Gynecological Survey 1983; 38: 365-373.
7. Witlin AG, Mercer BM, Sibai BM. Septic pelvic thrombophlebitis or refractory postpartum fever of undetermined etiology. Journal of Maternal-Fetal Medicine 1996; 5: 355-358.
8. Changgeng Y, Xue ZZ, Kao CY, Liaw CC, Chen TC. Tuberculosis presenting with pelvic mass, peritoneal lesions, and elevation of serum CA 125 mimicking malignant tumor: A case report. China 2000 Apr; 4: 230-4 .
9. Kahlke V, Fischer A, Schroder J. Streptococcus pneumoniae peritonitis postpartum. Infection 2000; 28(2): 114-5.