

Şok Tablosuna İlerlemiş Postpartum Primer Peritonit

Zeynep ÖZKAN, Ayşe NUR GÖNEN, Bekir SARICIK, Seyfi EMİR, Fatih M. YAZAR, Cengizhan ÖZDEMİR, Metin KEMENT²

Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği
² Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi, 1. Cerrahi Kliniği

ÖZET:

Amaç: Peritonit çeşitli inflamatuvar nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Primer, sekonder ve tersiyer olarak görülebilir. Klinik bulgular inflamatuvar sürece bağlı olarak lokalize ağrıdan sepsis ve şok bulgularına kadar değişkenlik gösterir. Postpartum peritonit de sık görülmeyen fakat ciddi klinik tablolara sebep olabilen bir durumdur. Tedavide cerrahi drenaj ve antibiyoterapi uygulanır. Bu yazıda otuz sekiz yaşındaki 22 hafta 3 günlük gebeliği erken doğumla sonuçlanmış ve buna bağlı peritonit gelişmiş bir vakayı tartışarak, günümüz şartlarında basit tedbirlerle önlenebilen fakat bu tedbirler uygulanmadığında ciddi sonuçları olabilecek bir klinik tabloyu hatırlatmak ve perinatal anne ölümlerinin azaltılmasına katkıda bulunmak istedik.

Anahtar kelimeler: postpartum dönem; peritonit; şok

ABSTRACT :

Postpartum Primary Peritonitis Progressing to Shock - A Case Report

Objective: Postpartum Primary Peritonitis Progressing to Shock; A Case Report
 Peritonitis may occur due to various inflammatory causes. Primary, secondary and tertiary forms can be seen. Clinical findings vary depending on localized inflammatory pain, as long as the findings of sepsis and shock . Postpartum peritonitis is infrequent but can cause serious clinical conditions. The treatment is surgical drainage and antibiotic therapy. In this article, a case of peritonitis in an 38 year- old- women with a gestation that resulted with a premature birth in the 22 week 3 days, was discussed. As postpartum peritonitis can be avoided by simple measures we wanted to remind this clinical situation to reduce perinatal maternal mortality and morbidity.

Keywords: postpartum period; peritonitis; shock

İletişim Bilgileri

İlgili Doktor : Zeynep Özkan

Yazışma Adresi: Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği

Telefon : 0505 372 71 78

GİRİŞ:

Peritoneal kavitenin inflamasyonu olarak tanımlanan peritonit septik veya aseptik, bakteriyel veya viral, primer veya sekonder, akut veya kronik seyirli olabilir. Akut peritonitler primer olabileceği gibi altta yatan başka inflamatuvar olayın devamı olarak sekonder de olabilir. Sekonder peritonitin bir klinik görüntüsü olan akut süpüratif peritonit; viseral organların iskemisi, perforasyonu ya da operasyon sonrası dönemde bu organlardan anastomoz kaçağı ile olur, ayrıca batın içi apselerin açılması gibi nedenlerle de oluşabilir(1,2,3). Rotstein ve Wittmann spontan ya da primer peritoniti şu şekilde tanımlamışlardır; içi boş organlarda herhangi bir perforasyon olmadan ortaya çıkan peritoneal kavitenin diffüz bakteriyel enfeksiyonudur(4,5). Bazen sık görülmeyen nedenlerle de peritonit gelişebilir. Bunlardan biri de postpartum enfeksiyonlardır. Herhangi bir jinekolojik organ bütünlüğü bozulmadan gelişen primer peritonit, postpartum asendan enfeksiyonun nadir bir komplikasyonu olarak karşımıza çıkabilir(6). Çoğunlukla hasta doğum sonrası taburcu edildikten 24 saat sonra postpartum enfeksiyon gelişir. Bu durum gelişmekte olan ülkelere de görüldüğü gibi gelişmiş ülkelere de görülebilir. Enfeksiyonun oluşumu ve ilerlemesinde bazı predispozan faktörler etkilidir. Bunlar kötü hijyenik koşullar, düşük sosyoekonomik durum, kötü beslenme, anemi, obstetrik bazı nedenlerdir. Enfeksiyonlar peritonit, apse oluşumu, sepsis gelişmesine sebep olarak cerrahi müdahaleye ya da mortaliteye neden olabilir. Asepsiye dikkat edilmesi ve antibiyotik kullanımı bu

enfeksiyonların oranının azalmasında büyük rol oynamaktadır(6). Gelişmekte olan ülkeler grubundaki ülkemizde de perinatal sorunlara bağlı anne ölümleri halen istenilen düşük düzeylerde değildir. Anne ölümü ;bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya sürecine bağlı doğrudan yada dolaylı ancak tesadüfi olmayan nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. Bu ölümlerin büyük kısmı obstetrik komplikasyon nedenleriyle; kanama % 25, enfeksiyon % 15, gebeliğe bağlı hipertansiyon %12 sayılabilir. Ülkemizde enfeksiyona bağlı anne ölüm oranı % 4,6 olarak tespit edilmiştir. Türkiye’ de en son yapılan bir çalışmada ana ölüm hızı yüz binde 28,5 olarak tespit edilmiştir(7).

Bu yazıda; hijyen koşullarının sağlanması, doğum öncesi ve sonrası kontrollerin düzenli yapılması, beslenme koşullarının düzeltilmesi, profilaktik antibiyotik kullanımı gibi önlemlerle maternal morbidite ve mortalitenin engellenebileceği, çok sık karşılaşılmayan fakat her branştan klinisyenin akılda tutması gereken postpartum peritonit olgusunu sunmak istedik.

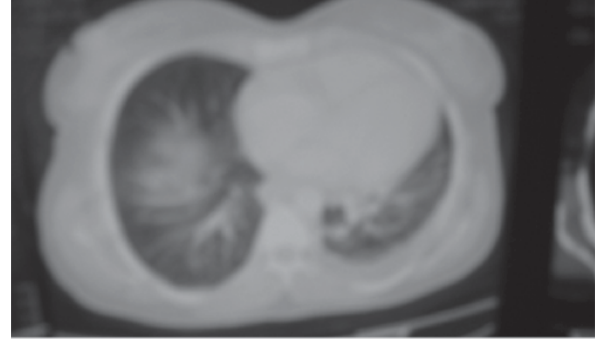
OLGU:

Otuz sekiz yaşında 22 hafta 3 günlük gebe beş gün önce aniden başlayan sancıları nedeniyle kadın doğum kliniğine başvurmuş, burada yapılan muayenede doğum sancılarının başladığı söylenmiş, medikal tedavi uygulanmış, tedaviye cevap alınamamış ve gebeliği erken doğumla sonuçlanmış. Hastanın anamnezi ve muayenesinde erken membran rüptürü tespit edilmemiş. Doğum sonrası yapılan kontrol muayenesinde herhangi bir klinik patoloji gözlenmemesi üzerine aynı gün taburcu edilmiş. Hasta doğum sırasında ve sonrasında herhangi bir antibiyotik tedavisi almamış. Taburcu edilmesini takip eden 3. günde karın ağrısı ve kusma başlayan hasta tekrar hastaneye başvurmuş, yapılan jinekolojik muayenede bir sorun görülmemiş fakat hastada akut batın bulguları, hipotansiyon ve anemi tespit edilmiş. Yapılan batın tomografisinde; batında yaygın sıvı (Şekil1), toraks tomografisinde ise sol plevral effüzyon

ve sol akciğer alt lob bazalde yoğun alveolar pattern saptanmış (Şekil2).



Resim 2: Toraks tomografisinde sol plevral effüzyon ve sol akciğer alt lob bazalde yoğun alveolar pattern görülmektedir



Bu bulgularla ön planda atelektazi, tromboemboli düşünülmüş hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin başlanmış, bu arada klinik durumu giderek kötüleşen hasta hastanemize sevk edilmiş. Acil servise geldiğinde bilinç bulanıklığı, nefes darlığı, solukluk, genel durum bozukluğu dikkati çeken hastanın arteriyel tansiyonu: 60/40 mm Hg, nabız: 110/dk, ateş: 38.5 C0 idi. Batında yaygın distansiyon, defans ve rebound vardı. Lökosit:11400/µL, hemoglobin:7.5g/dL, hemotokrit: %23, trombosit: 409000 U/L, protein: 6g/dL, albümin: 2.2g/dl idi. Hastanemizin Kadın Doğum Kliniği tarafından yapılan jinekolojik muayenede; löşi rubra tarzında akıntısı vardı, uterus normalden iriydi, adneksler istemli defans nedeniyle net değerlendirilemedi, transvajinal ultrasonografide endometrial kavite temiz, sınırlar düzenli idi, douglasta ve barsak ansları arasında yaygın sıvı olduğu izlendi, acil jinekolojik patoloji düşünülmeyen hastanın genel durumu iyi olmadığından ve kültür sonucunu bekleyecek zaman olmadığından vajen kültürü alınmadı. Genel Cerrahi tarafından laparotomi kararı alındı. Laparotomide batında

yaygın, beyaz renkli püvy ve false membranlar mevcuttu. Bunlar temizlenerek organlar eksplore edilmeye çalışıldı. Uterus overler ve tubalarda false membranlar ve püylerle kaplı idi fakat herhangi bir abse formasyonu ya da organ perforasyonu yoktu jinekoloji tarafından peroperatif olarak değerlendirilen hasta da enfeksiyonun primer kaynağının jinekolojik organlar olmadığı düşünüldü. Batın içi organlarda herhangi bir perforasyona, abse ve yer kaplayan oluşuma rastlanmadı, barsaklar ödemli ve frajildi. Bunun üzerine batın yıkandı ve eksternal drenaj yapıldı. Hastadan alınan periton sıvısı kültüründe üreme olmadı. Postoperatif dönemde geniş spektrumlu antibiyoterapi (Tigesiklin 50 miligram, 2x1) başlanan hastanın drenajlarından serohemorajik maye geldiği görüldü. Bu arada tam kan, taze donmuş plazma, albümin replasmanı yapılan hasta postoperatif 2. gün mobilize edildi, postoperatif 3. gün oral gıda başlandı. Genel durumu ve kliniği düzelen hastanın postoperatif dönemde akciğer bulguları da geriledi, hastaya yapılan kontrol toraks tomografisinde bilateral plevral maye tespit edildi, alınan sıvı transüda olarak geldi ek işlem yapılmadı, operasyon sonrası 15. gün şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA:

Peritonit, abdominal kavitenin inflamasyonudur. Bu inflamasyon safra, pankreatik ekzokrin salgı, kan, lenf ve idrar gibi kimyasal etkenlere bağlı aseptik olabileceği gibi, cerrahi kliniklerinde sıklıkla akut, süperatif peritonit olarak karşımıza çıkar. Süperatif peritonit genellikle gastrointestinal sistemin perforasyonu ya da bir apsenin rüptürü ile meydana gelen sekonder peritonittir(1). Primer peritonit visseral organlarda herhangi bir perforasyon olmadan ortaya çıkan peritoneal kavitenin diffüz bakteriyel enfeksiyonudur (4,5). Spontan (primer)bakteriyel peritonit cerrahi müdahale gerektirecek intraabdominal enfeksiyon kaynağı olmaması şartıyla asidik sıvının bakteriyel enfeksiyonu olarak tanımlanır, en sık sirozlu hastalarda görülmesinin yanında nefrotik sendromlu ve kaplı yetmezlikli hastalarda da görülebilir(8). Bunun yanında postpartum dönemde asendan enfeksiyona bağlı nadir bir komplikasyon olarak primer peritonit görülebilir. Primer peritonitte mikroorganizmalar üriner sistem, kan, barsak lümeninden transmural veya genital yolla karın içine gelebilir. Primer peritonit olgularında da

sekonder peritonitte olduğu gibi pürülan karın içi sıvısı görülebilir ve mikroorganizma üretilir(9). Literatürde de bu şekilde doğum sonrası peritonit tablosu gelişen ve laparotomi ile tedavi edilen olgular tanımlanmıştır(3,10). Khalke ve Fischer tarafından yayınlanan 37 yaşında bir vakada, normal doğumdan 4 hafta sonra peritonit gelişmiş ve hastaya laparotomi yapılmış, operasyon sıvısı, vajen ve kan kültürlerinde Streptococcus Pnömonia üremiştir. Bu durum enfeksiyonun asendan olabileceğini göstermiştir(3). Yine ülkemizde de Api ve arkadaşları tarafından sunulan bir olguda; 28 yaşında normal doğumdan 15 gün sonra acil polikliniğe dispne, karın şişliği ve ateş şikayeti ile başvuran hasta Kadın Doğum kliniğine yatırılmış ve puerperal ateş yapan sebepler araştırılmış. Hastanın jinekolojik muayenesinde ve tetkiklerde patoloji düşünülmemiş, batın içinde serbest sıvı tespit edilmiş, hastadan parasentez ile alınan sıvının kültüründe üreme olmamış, genel cerrahi tarafından intraabdominal apse öntanısı ile laparotomi yapılmış ve bizim sunduğumuz vakada olduğu gibi abdominal organ perforasyonu ya da apse görülebilmiş, primer pelvik peritonit olduğuna karar verilmiş. Spesimen kültüründe üreme olmamış(10).

Peritonit kliniğinde süreç ilerledikçe hayatı tehdit eden jeneralize peritonit gelişir. Masif eksüda birikimi sonucu hipovolemi ortaya çıkar. Peristaltik barsak hareketleri durur, bu durumda hastada bulantı, kusma, iştahsızlık, hafif ateş şikayetleri oluşur ve klinik bulgu olarak defans, rebound muayenede saptanır. Tedavi edilmeyen vakalarda giderek hipovolemi, elektrolit imbalansı, sepsis ve ölüm gerçekleşebilir(3). Bu vakada da başlangıçta karın ağrısı ve kusma olmuş, beslenme bozukluğu ve sosyoekonomik koşulların yetersizliğinde etkisiyle klinik tablo hızla jeneralize peritonite ilerlemiş buna bağlı hipovolemi ve şok bulguları gelişmişti.

Laboratuvar bulgusu olarak jeneralize peritonit tablosunda, lökosit sayısı 15000 üzerinde beklenir ama her zaman lökositoz görülmeyebilir. Hemoglobin, hematokrit değerleri altta yatan etiyolojiye göre değişebilir, anemi varlığında ise ön planda intraabdominal hemoraji sebepleri akla gelir. Bazı olgularda hastadaki mevcut hipovolemiye bağlı olarak anemi anlaşılamayabilir (11). Sunduğumuz vakada da lökosit sayısı 11400 idi ve klinik tabloyu tam olarak yansıtmıyordu. Hastada aneminin olması nedeniyle batın içi hemoraji yapan se-

bepler ekarte edilemedi. Bu da tanı koymayı zorlaştırdı. Şiddetli seyreden peritonitin tedavisinde erken teşhis, septik kaynağın ortadan kaldırılması ve drenajı, antibiyoterapi ve destek tedavisi anahtar rol oynar(12,13). Bizim sunduğumuz vakada; beş gün önce erken doğum yapan hasta acil polikliniğe sevkli olarak getirilmişti, bilinç bulanıklığı, nefes darlığı, solukluk, genel durum bozukluğu vardı ve hastada akut batın ve şok bulguları mevcuttu. Fazla vakit kaybetmemek için hızlı bir değerlendirmenin ardından laparotomi kararı alındı. Eksplorasyonda ; homojen, beyaz renkli, kötü kokulu olmayan yaygın, pürülan mayi vardı. Mayi içerisinde barsak içeriği yoktu, sekonder peritonit vakalarında görmeye alışık olduğumuz sarı-yeşil renkli, kötü kokulu mayiden farklı olması dikkatimizi çekti.. Aldığımız spesimen kültüründe ise üreme tespit edilemedi. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi verildi, bunun yanında sıvı-elektrolit, kan ve albümin replasmanları da yapılarak destek tedavisi uygulandı. Hastada kısa bir süre içinde klinik düzelme sağlandı. Postoperatif 15.gün şifa ile taburcu edildi. Bu olgunun primer peritonit olabileceği düşünüldü çünkü; batın içerisinde herhangi bir organdan kaynaklanan perforasyon iske-mi ya da apse rüptürü yoktu, ayrıca toraks tomografisinde plevral mai vardı ve serumda albümin düşüklüğü vardı. Bu nedenlerle hastada önce batında assit gelişmiş olabileceği ve daha sonra buna bağlı primer (spontan) bakteriyel peritonit olabileceği düşünüldü.Özellikle ülkemizin sosyoekonomik ve kültürel bakımdan yeterince gelişmemiş bölgelerinde, hijyen koşullarının yeterince sağlanamaması, beslenme bozukluğu gibi predispozan faktörler göz önüne alınarak hastaları doğum sonrası dönemde daha dikkatli değerlendirilmesi, uygun antibiyotik profilaksisi ve hasta takibinin sağlanması, gerekli önerilerin hasta ve yakınlarına yapılması bu tür vakaları önleyebilir. Çok sık karşılaşılmayan ve ayırıcı tanısı birçok klinik durumla karışabilen postpartum peritonit tablosunun her branştan klinisyen tarafından bilinmesinin perinatal anne ölümlerinin azalmasında faydalı olacağını düşünüyoruz.

KAYNAKLAR

1. Korun N, Yılmazlar T, Yünlük Ö. Sekonder Peritonite cerrahi yaklaşım, Türkiye Klinikleri J Surgery 1998;3(1):35-44
2. Britton J. The acute abdomen. In: Morris P.J, Wood W.C, editors. Oxford Textbook of Surgery. Second Edition, Vol II, 1820-21 New York; Oxford University Press, 2000
3. Kahlke V, Fischer A, Schörededer J. Streptococcus pneumoniae peritonitis postpartum, Infection. 2000; 28: 114-5
4. Rotstein OD, Meakins JL: Diagnostic and therapeutic challenges of intraabdominal infections. World J Surg 1990;14:159-166
5. Wittmann DH: World progress in surgery. Intraabdominal infection-introduction. World J Surg 1990;14:145-147
6. Maharaj D. Puerperal pyrexia: a review. Part II. Obsteric Gynecol Surv. 2007; 62: 400-6
7. Salman FT, Soyer T. İntraabdominal enfeksiyonlar. ANKEM Derg 2011;25(2):130-140 doi:10.5222/ankem.2011.130
8. Api O, Kalender HS, Ünal O, Turan C. Primer postpartum pelvik peritonit: Bir olgu sunumu. Kartal Eğt. Arş. Hast. Tıp Derg. 2001;13:102-4
9. Turnage RH, Li BD, Mc Donald JC. Karın duvarı, umblikus, periton, mezenter, omentum ve retroperiton. Cilt 2, 1171-1197, Bölüm 41. Sabiston textbook of surgery (Türkçe) Çev. Ed: Ulusoy AN, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd. Şti, İstanbul, 2010
10. İğde FAA, Gül R, Yalçın M, Karadenizli D. Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. Genel Tıp Dergisi 2008;18(1):47-53
11. Ertekin C: Karın içi enfeksiyonlar, '' Kalaycı G. (ed), Genel Cerrahi, Cilt I '' kitabında s: 207-211, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul (2002)
12. Pieracci FM, Barie PS. Management of severe sepsis of abdominal origin. 2007;96:184-96.
13. Gönüllü D, Köksoy FN, Demiray O, Özkan SG, Yücel T, Yücel O. Laparostomy in patients with severe secondary peritonitis. Ulusal Travma Acil Cerrahi Derg. 2009 Jan; 15(1):52-7.