

Postoperatif İntraabdominal Apse ve Peritonitler

Dr. M. Kürşat BOZKURT, Dr. Savaş TEZEL, Dr. S. Hayri GÖZÜBÜYÜK,
Dr. H. İbrahim DURAL, Dr. Şükrü TANER, Dr. Y. Selim İLHAN, Dr. Seçkin SARI

Özet: 1986-1991 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği'nde yapılan 2915 laparatomiden sonra 18 hastada postoperatif erken dönemde intraabdominal apse ve peritonit gelişmiştir. Aynı dönemde kliniğimizde saptanan relaparatomidenleri arasında postoperatif intraabdominal apse ve peritonit olguları 18 olgu ile 2. sırayı almış ve %16,6 mortalite ile seyretmiştir.

Anahtar kelimeler: Peritonit, intraabdominal apse, postoperatif.

Geçirilmiş laparotomiye bağlı enfeksiyöz komplikasyonlar başta gelen relaparotomi nedenleri arasındadır. İlk operasyon acil girişim gerektiren ve karın içinde bakteriyel kontaminasyonun fazla olduğu bir hastalığa bağlı olabileceği gibi, elektif cerrahi girişimler sonrasında da bu komplikasyon gelişebilmektedir(1).

GEREÇ VE YÖNTEM

S. B. Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği'nde 1986-1991 yıllarında 18 hastada postoperatif erken dönemde intraabdominal apse ve peritonit gelişmiştir. Araştırma retrospektif olarak hasta dosyaları üzerinde yapılmış, apse ve peritonite yol açan nedenler, komplikasyonlar ve mortalite nedenleri araştırılmıştır.

BULGULAR

11'i acil, 7'si elektif olarak yapılan operasyonlardan sonra 14 hastada intraabdominal apse, 4 hastada peritonit gelişmiştir. Hastaların 12 tanesi erkek, 6 tanesi kadındır. Ortalama yaş kadın hastalarda 29.6, erkek hastalarda 36.9'dur. Relaparatomiler ilk operasyondan 4-35 gün sonra (Ortalama 15.5 gün) yapılmıştır. Tablo I'de relaparotomi günlerinin dağılımı sunulmuştur.

İlk 1 hafta içinde tekrar opere edilen hastaların 4 tanesinde neden peritonit, 1 tanesinde ise intraabdominal apsedir. Bu hastalardaki ilk operasyon nedenleri Tablo II'de görülmektedir.

S. B. Ankara Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği.

Summary: POSTOPERATIVE INTRAABDOMINAL ABCESS AND PERITONITIS

18 postoperative peritonitis or intraabdominal abscess cases were encountered among 2915 laparatomies in Ankara Hospital 1st General Surgery Clinic between 1986-1991. In the same period among the relaparotomy cases in our clinic postoperative peritonitis and intraabdominal abscess cases constituted the second place of causes and mortality have been %16.6.

Key words: Peritonitis, intraabdominal abscess, postoperative.

Hastalarımızda görülen semptom ve bulgular Tablo III'de görülmektedir.

Preoperatif dönemde 11 hastaya abdominal ultrasonografi yapılmış ve intraabdominal apse gelişmiş olan bu hastalarda tanı doğrulanmıştır. Tanıda en değerli diğer inceleme ise 4 hastada plevral effüzyon ve 3 hastada sağ diaframda yükselme saptanan direkt karın grafisi olmuştur.

Operasyonlarda saptanan apse lokalizasyonları Tablo IV'de sunulmuştur. Bir hastada birden fazla apse mevcuttur.

Operasyon sırasında 10 hastadan kültür alınarak antibiyotik hassasiyeti araştırılmış, sadece 5 hastada alınan örnekte üreme olurken, en sık rastlanan mikroorganizma 3 olguda E. coli olmuştur.

Komplikasyonlar 10 hastada görülmüştür. Mortalite %16.6 (3 hasta) olmuştur.

Mortalite ile sonuçlanan 3 hastamız da postoperatif peritonit nedeniyle reopere edilmiştir. Hastalardan 2'si erkek, 1 tanesi kadındır. Ölüm nedenleri 2 hastada sepsis, 1 hastada sepsis + GİS kanamasıdır.

TARTIŞMA

Postoperatif dönemde gelişen intraabdominal apse ve peritonitler derhal tanı ve tedavi gerektiren, çok yüksek mortalite ve morbiditeye sahip komplikasyonlardır. Laparotomi geçiren-

Tablo I: Relaparotomi Günleri.

Relaparotomi Günü	Hasta Sayısı
1 - 7	5
8 - 14	4
15 - 21	4
22 - 28	2
29 - 35	3

lerde intraabdominal sepsis gelişme sıklığı hakkında değişik sayılar verilmektedir (1-8). Genelde kabul edilen oran %1-1,5 dolaylarındadır. Bizim serimizde bu oran %0,62 olmuştur.

Postoperatif intraabdominal sepsis ciddi, yaygın primer enfeksiyon, yetersiz primer tedavi, anastomoz kaçakları ve düşük konakçı direncine bağlı olarak gelişmektedir (1,5,8-12). Bazı ameliyatlardan sonra görülme sıklığı artmaktadır. Özellikle penetran abdominal yaralanma nedeniyle opere edilen hastalarda travmadan sonra bakteriyel kontaminasyon ve hemoglobin, ölü dokular, yabancı cisimler, şok, transfüzyon gibi yardımcı etkenlerin kombinasyonu apse oluşumuna yol açabilir (1,13). Penetran abdominal yaralanmadan sonra intraabdominal apse gelişme oranı %2,4-12 arasındadır. Driver, Kelly ve Eise-man abdominal travma nedeniyle opere ettikleri 782 olguda reoperasyon oranını %15 olarak bildirirken en sık reoperasyon nedeninin intraabdominal apse ve peritonitler olduğunu vurgulamışlardır (12). Postoperatif intraabdominal apse ve peritonit olgularının çoğu anastomoz kaçığına bağlı olarak gelişirler (1-3,5-8).

Geçirilmiş laparotomi sonrası yüksek ya da düşük ateş, taşikardi, hipotansiyon, ağrı, pulmoner ya da sistemik ödem, hipokapni ile birlikte hiperventilasyon, mental konfüzyon, lökositoz, lökopeni, DIC olmaksızın trombosit sayısının azalması, C reaktif protein düzeyinde artış, (+) kan kültürü sepsise ait özelliklerdir (1,6,8,9,13-17). Septik odak genellikle akciğerler, üriner traktus ya da abdomendir. Klinik değerlendirme ve laboratuvar araştırmaları ile abdomen dışı enfeksiyon kaynakları saptanabilir, ancak intraabdominal sepsis tanısı sıklıkla daha zor konur. Postoperatif peritonitte semptom ve bulgular çok erken ortaya çıkarken lokalize intraabdominal apselerde klinik tablo geç oluşmaktadır (1).

İntraabdominal sepsis tanısının zor konmasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir. Geçirilmiş operasyon nedeniyle hastalarda klinik bulgular

Tablo II: Primer Operasyon nedenleri.

Acil Girişimler	Hasta Sayısı
A. Apandisit	4 *
Kunt karın travması	2 **
Penetran karın travması	2 ***
D. Ülser perforasyonu	1
İleus	1 ****
A. Pankreatit	1

*	1 Hasta periapandiküler apse
	1 Hasta çekum perforasyonu
	1 Hasta perfore apandisit
**	1 Hasta karaciğere primer sütür
	1 Hasta karaciğere primer sütür + splenektomi
***	1 Hasta kolesistektomi + sigmoid kolon primer sütür
	1 Hasta kolesistektomi + pankreas ve kolon pr. sütür
****	İnen kolon tümörü nedeniyle transvers loop kolostomi

Elektif Girişimler	Hasta Sayısı
Kolesistokole dokolitiazis	1
Kr. Taşlı Kolesistit	1
Sigmoid Kolon Tümörü	1
D. Ülser	1
Karaciğer Kist Hidatigi + Sol Over Kisti	1
Alkalen Reflü Gastrit	1
Ozefagus Alt Ucunda Ülser	1

özgül değildir ve maskelenmiştir. Ateş ve lökositoz tüm postoperatif enfeksiyonlarda siktir, hastalarda ağrılı ve insizyon vardır. Bu nedenle fizik muayenede kitle palpe etmek ya da lokalize duyarlılık saptamak mümkün değildir. Hastalarda körlüme uygulanan antibiyotikler de klinik tabloyu baskılamaktadır (1,13). Bizim hastalarımızda en sık saptanan semptomlar %77.8 ile ateş ve %72.2 ile ağrı olmuştur. Hinsdale ve Jaffe pozitif laparotomi yaptıkları hastalarda bu oranları sırası ile %86 ve %90 olarak bildirmişlerdir(8).

Direkt karın grafisi ve akciğer grafisinde plevral effüzyon, yükselmiş hemidiafram, ekstraluminal hava-sıvı seviyesi, mide gazının yer değiştirmesi, retroperitoneal gaz subfrenik apse lehine bulgulardır (1,6,9,13,14). Bizim hastaları-

Tablo III: Hastalardaki Semptom ve Bulgular.

Semptom-Bulgu	Hasta Sayısı	Yüzde
Ateş	14	77.8
Ağrı	13	72.2
Lökositoz	11	61.1
Taşikardi	9	50.0
Kusma	4	22.2
Plevral effüzyon	4	22.2
Drenden pürülan akıntı	4	22.2
Hipotansiyon	2	11.1
İshal	1	5.5

Tablo IV: Apselerin Dağılımı.

Apse Lokalizasyonu	Hasta Sayısı
Sağ Suprahepatik	2
Sağ Subhepatik	1
Sağ Parakolik	2
Retrovezikal Bölge	3
Sol Suprahepatik	1
Sol Parakolik	1
Bursa Omentalis	3
Interloop Apseleri	2
Toplam	15

mızın 4 tanesinde plevral effüzyon saptanmıştır. Bu hastalardan 3 tanesinde tek taraflı diafram yükselmesi mevcuttu ve 3 hastada da operasyonda subfrenik apse saptandı. Driver, Kelly ve Eiseleman (12) akciğer grafisini en güvenilir tanı yöntemi olarak nitelendirirken Machiedo ve arkadaşları direkt karın grafisi ile doğru tanı oranını %63,8 olarak bildirmişlerdir (14). Gastrointestinal sistemin kontrast maddeler kullanılarak yapılan incelemelerinin de %80'in üzerinde tanı olanağı sağladığına ilişkin çalışmalar mevcuttur (8,18).

İntraabdominal apse tanısında en güvenilir yöntemlerden biri de ultrasonografidir. Ancak postoperatif dönemde taze yara, barsak gazı, pansumanlar ve stomalar yüzünden kısıtlı bir tanı rolüne sahiptir (1,6,13,14). Postoperatif intraabdominal apse tanısında tanı değeri %52-90 arasında olarak bildirilen ultrasonografi bizim 11 hastamızın tümünde doğru sonuç vermiştir (1,8,16,18). Tanısal kesinlik CT ile artar. CT'nin tanı değeri %77-98 arasındadır (1, 6, 8, 13, 14, 16, 18, 19). Ultrasonografinin zor yapılabildiği hastalarda CT'nin kolay uygulanması ve değerlendirmenin yapana bağlı olmaması gibi avantajları olmasına karşın biz hastalarımızda bu yöntemi kullanamadık.

Gallium -67 ya da Indium-111 ile işaretli lökositlerle yapılan sintigrafi uzun zaman almakta, postoperatif erken dönemde çok kullanışlı olmamakta, ancak 2. haftadan sonra apselerde tanı değeri artmaktadır. Sintigrafinin tanı değeri %60-75 arasındadır (8,14,18,19).

Görüldüğü gibi postoperatif intraabdominal apse ve peritonit tanısı koymak hiçbir yöntemle kesin olarak mümkün değildir. Tanıda en önemli unsur hastada böyle bir komplikasyon geliştiğinden şüphelenmektir.

Yaygın peritonit bulguları olan hastalarda der-

Tablo V: Komplikasyonlar.

Komplikasyon	Hasta Sayısı
Yara enfeksiyonu	6
Pnömoni	3
Safra fistülü	1
GIS kanaması	2
Plevral effüzyon	1
Toplam	13

hal cerrahi girişim uygulanmalıdır. Tedavide temel cerrahi yaklaşım kontaminasyon odağını ortadan kaldırarak periton boşluğunu temizlemek ve potansiyel boşlukları drene etmektir (1-3,11) Bu hastalarda rektovezikal dren profilaktik olarak kullanılmalıdır. Drenler çok uzun süreli tutulmamalı, en fazla 48 saat sonra alınmalıdır. Postoperatif peritonit olguları çok yüksek bir mortalite oranına sahiptirler. Erken cerrahi girişim ile bu oran biraz düşürülebilir. Bohnen ve arkadaşları ilk 24 saat içinde cerrahi girişim uygulanan hastalarda %35 olan mortalitenin daha geç operasyona alınanlarda %65'e yükseldiğini, bu nedenle cerrahi girişimin zamanlamasının prognozu belirleyen temel unsur olduğunu söylemektedirler (20). Prognozun belirlenmesinde bir diğer unsur da multipl organ yetmezliğidir. Postoperatif peritonit olgularında multipl organ yetmezliği görülme olasılığı apselere göre daha fazladır. Sepsise bağlı multipl organ yetmezliğinde mortalite %45-90 arasında değişmektedir (8,12,15,18,20). Yetmezlik gelişen organ sayısı arttıkça mortalite oranı da artmaktadır. Fry ve arkadaşları 3 organ sistemi yetmezliğinde %80 olan mortalitenin daha fazla organ sistemi yetmezliğinde %100 olduğunu bildirmişlerdir (21).

Bizim mortalite ile sonuçlanan 3 olgumuzda da reoperasyon nedeni peritonittir. Peritonit gelişen 4 hastamızda mortalite oranı %75 olmuş, apse nedeniyle opere edilen 14 hastamızda mortalite olmamıştır.

Postoperatif intraabdominal apselerin tedavisi de drenaj esasına dayanır. Drenaj transperitoneal, ekstraperitoneal ya da perkütan yolla yapılabilir (1). Son zamanlarda ultrasonografi ya da CT eşliğinde yapılan perkütan drenaj popülarite kazanmakta ve başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Perkütan drenaj için apse tam olarak lokalize edilmeli, apse ile karın duvarı arasında barsak anısı bulunmamalı ve hasta dekompanse septik tabloda olmamalıdır (1,13). Ülkemizde

yapılan bir çalışmada 15 hastadan 12'sinde (%80) başarı sağlanmış, ortalama drenaj süresi 12,4 gün, mortalite %13,3 olmuştur (22). Perkütan drenajın cerrahi drenajla karşılaştırıldığı bir diğer çalışmada da cerrahi drenajda %90 olan başarı oranı perkütan drenajda %68,18 olmuş, perkütan drenajla ortalama postoperatif yatış süresi 20,77 günden 12,8 güne düşmüştür (23).

Postoperatif dönemde intraabdominal apse gelişen 14 hastamızın tümünde drenaj işlemi transperitoneal yolla gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemle aynı zamanda batin içi eksplorasyonun da yapılabilmesi ve daha rahat drenaj sağlanması bizce tercih edilme nedeni olmuştur. Major komplikasyonla karşılaşmamış, mortalite olmamıştır.

İntraabdominal apse ve peritonit olgularında mortaliteyi etkileyen etkenler ilk operasyonda peritonitin mevcudiyeti, sistemik sepsis, (+) kan kültürü, multipl apseler, rekürren ya da persis-

tan apseler, hastanın yaşının 50'den yüksek olması, cerrahi girişimin zamanlaması ve multipl organ yetmezliği şeklinde sayılabilir (1-3,8,11,18,20,21,24). Mortalite oranı değişik araştırmacıların sundukları serilerde %12-90 arasında değişmektedir (1,5-8,11,12,15,18-21,24,25). Bizde bu oran %16,6 olmuştur.

Bütün cerrahi kliniklerinin postoperatif dönemde en çekindikleri komplikasyonlardan olan intraabdominal sepsisten hastaları korumak için özellikle acil operasyona alınan ve karın içinin kirli olduğu olgularda uygun antibiyotikler kullanılmalı, operasyon öncesi hazırlık yeterli olmalı, operasyonda cerrahi prensiplere titizlikle uyulmalıdır. Böyle bir komplikasyonun gelişmesinden şüphelenilen hastalar postoperatif dönemde çok iyi izlenmelidir. Unutulmamalıdır ki tanıda en değerli unsur iyi bir klinik değerlendirmedir. Komplikasyon gelişen hastalarda cerrahi girişimden kaçınılmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Rogers, P.N., Wright, I.H.: Postoperative intraabdominal sepsis. *Br J Surg* 74: 973-975, 1987.
2. Kayabalı, İ.Ş.: Karın Şirurjisinde Erken Dönemde Reintervansiyon, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1977.
3. Pusane, A.: Sindirim Sistemi Cerrahisinde Erken Dönem Relaparatomileri, İstanbul, 1981.
4. Papadopoulos, S.A., Manouras, A.J., Pararas, B.N., Papadopolou, Anna: Early Reoperations After Abdominal Surgery, Ulusal Cerrahi Kongresi 90, Özet Kitabı.
5. Basil, N. Pararas, Stamatiadis, A.N., Manouras, A.J., Apostolidis, N.S.: Urgent relaparotomy for postoperative peritonitis, Ulusal Cerrahi Kongresi 88, Özet Kitabı.
6. Munson, J.L.: Management of intra-abdominal sepsis. *Surg Clin N Am* 71: (6): 1175-1185, 1991.
7. Yılmaz, S., Atabekoğlu, Ş., Kuterdem, E., Kayabalı I.: Gastrointestinal şirürjide erken dönemde reintervasyon, Ulusal Cerrahi Kongresi 92, Özet Kitabı.
8. Hinsdale, J.G., Jaffe, B.M.: Re-operations for intra-abdominal sepsis. *Ann Surg* 199: 31-36, 1984.
9. Flint, J.M.: Early postoperative acute abdominal complications. *Surg Clin N Am* 68(2): 445-455, 1988.
10. Altemeier, W.A., Culbertson, W.R., Fullen, W.D., Shook, C.D.: Intra-abdominal abscesses. *Am J Surg* 125: 70-79, 1973.
11. Güleç, S., Özenç, A., Sanaç, Y.: 400 sekonder intraperitoneal infeksiyon olgusunun retrospektif analizi ve mortalite ve morbiditeye etki eden faktörlerin değerlendirilmesi, Ulusal Cerrahi Kongresi 88, Özet Kitabı.
12. Driver, T., Kelly, G.L., Eiseman, B.: Reoperation after abdominal trauma. *Am J Surg* 135: 747-750, 1978.
13. Fry, D.E., Clevenger, F.W.: Reoperation for intra-abdominal abscess. *Surg Clin N Am* 71(1): 159-174, 1991.
14. Machiedo, G.W., Suval, W.D.: Detection of sepsis in the postoperative patient. *Surg Clin N Am* 68(1): 215-228, 1988.
15. Norton, L.W.: Does drainage of intraabdominal pus reverse multiple organ failure? *Am J Surg* 149: 347-350, 1985.
16. Sinanan, M., Maier, R.V., Carrico, J.: Laparotomy for intra-abdominal sepsis in an intensive care unit. *Arch Surg* 119: 652-658, 1984.
17. Dursun, K., Özkan, K.: Postoperatif septik komplikasyonların tanısında C-reaktif proteinin önemi, Ulusal Cerrahi Kongresi 92, Özet Kitabı.
18. Machiedo, G.W., Tikellis, J., Suval, W., Lee, B.C., Blackwood, J.M., Rush, B.F.: Reoperation for sepsis. *Am Surgeon* 51: 149-154, 1985.
19. Saini, S., Kellum, J.M., O'Leary, M.P., O'Donnell, T.P., Tally, F.P., Carter, B., Deterling, R.A., Curtis, L.E.: Improved localization and survival in patients with intra-abdominal abscesses. *Am J Surg* 145: 136-142, 1983.
20. Bohnen, J., Boulanger, M., Meakins, J.L., Mc Lean, P.H.: Prognosis in generalized peritonitis. *Arch Surg* 118: 285-290, 1983.
21. Fry, D.E., Garrison, R.N., Heitsch, R.C., Calhoun, K., Polk, H.C.: Determinants of death in patients with intra-abdominal abscess. *Surgery* 88: 517-523, 1980.
22. Bengisu, N., Sözüer, E., Akgün, E., Ok, E.: Intraabdominal abselerin CT ve ultrason eşliğinde perkütan drenajı, Ulusal Cerrahi Kongresi 92, Özet Kitabı.
23. Altaca, G., Akhan, O., Onat, D., Sayek, I.: Intraabdominal abse tedavisinde cerrahi ve perkütan drenaj yöntemlerinin karşılaştırılması, Ulusal Cerrahi Kongresi 90, Özet Kitabı.
24. Bunt, T.J.: Urgent relaparotomy: The high-risk, no choice operation. *Surgery* 98: 555-560, 1985.
25. Ercan, F., Berberoğlu, M.: Gecikmiş, generalize peritonitli, kritik olguların tedavisinde Fermuar-Mesh yöntemi ve bu yöntemle aldığımız sonuçlar, Ulusal Cerrahi Kongresi 90, Özet Kitabı.