

18.2. Peritonitler (İntra-Abdominal Enfeksiyonlar)

Ekmel TEZEL¹

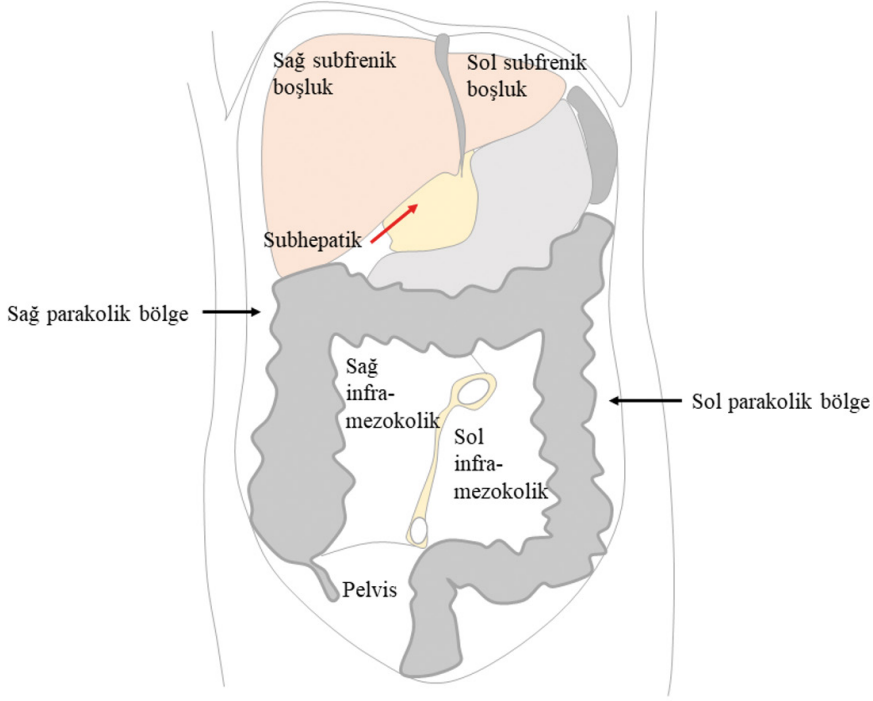
Peritoneal kavitenin enfeksiyonuna peritonit denir. Peritonitler etiyojilerine göre 3 başlıkta incelenir:

- ▶ **Primer mikrobiyal peritonit** hematogen veya direkt inokülasyon yoluyla gelen bakterinin çoğalması ile ortaya çıkar. Altta yatan hazırlayıcı faktörler karında yaygın asit olması ve kronik böbrek yetmezliğinde uygulanan peritoneal diyaliz kateteri varlığı önemlidir. Karından yaygın hassasiyet ve yaygın defans vardır. Genellikle monobakteriyel enfeksiyon söz konusudur. Periton sıvısından alınan örnekte (parasentezde) Gram (+) ve (-) bakteriler görülür. Tedavide uygun antibiyotik ve varsa kateterin çıkarılması çoğunlukla yeterli olur. Cerrahi girişim nadiren gerekir.
- ▶ **Sekonder mikrobiyal peritonit** gastrointestinal bir organın enfeksiyonu ve perforasyonu sonucu gelişir. Sıklıkla akut apandisit, divertikülit gibi durumlarda görülür. Gram (+) ve (-) kok ve basiller ve anaeroblar sekonder peritonite neden olurlar (polibakteriyel enfeksiyon). Perforasyon yeri ne kadar distalde ise morbidite ve mortalite o

kadar yüksektir; kolonik perforasyonlarda bakteriyel içerik daha yoğun olduğu için en yüksektir. Cerrahi tedavi sıklıkla gerekir: kaynağın çıkarılması ve peritoneal kavitenin drenajı ile birlikte kombine antibiyotik tedavisi uygulanması mortaliteyi %5'lere düşürür. Enfeksiyonun kontrol edilemediği durumlarda mortalite yükselir (%40).

- ▶ **Tersiyer veya postoperatif peritonit** anastomoz kaçağı sonrası ortaya çıkan bir durumdur. İmmünsüpresif hastalarda görülme sıklığı daha fazladır. Antibiyotiklere dirençli suşlar ve fırsatçı organizmalar daha sık izole edilir (*E. faecalis*, *P. aeruginosa*, *S. epidermidis* ve *C. albicans* gibi). Mortalite oranı yüksektir (>%50). Tanı oral ve IV kontrastlı abdominal BT ile konur. apseler perkütan drenaj ile tedavi edilir. Anastomoz kaçağının devam ettiği durumlarda cerrahi eksplozasyon, anastomozun devre dışı bırakılması için diversiyon ameliyatı ve peritoneal kavitenin yıkanıp drene edilmesi gerekir. Kolonik bir anastomoz kaçağında proksimalde diversiyon ileostomi veya Hartmann prosedürü ve peritoneal drenaj gerekebilir (Bkz. Akut divertikülit bölümü, Şekil 5).

¹ Prof. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD., ekmeltezel@yahoo.com



Şekil 1. Peritoneal kavitedeki potansiyel apse bölgeleri. (Kırmızı ok, foramen Winslow'dan girerek ulaşılan omentum minus boşluğunu (subhepatik bölgeyi) işaret etmektedir (Çizim: Dr. Tezel).

Peritoneal kavitede apse gelişimi için potansiyel boşluklar vardır. Cerrahi drenaj sırasında boşluklar mutlaka gözden geçirilmeli ve apse saptanırsa açılarak drene edilmelidir. Bu potansiyel boşluklar şunlardır: sağ ve sol subfrenik (subdiafragmatik), subhepatik, sağ ve sol parakolik, sağ ve sol infra-mezokolik bölgeler ve pelvis (Şekil 1).

KAYNAKLAR

1. Ioannis Karavokyros, Evangelos Messaris. Peritonitis: Pathophysiology and Local Defense Mechanisms. *Surgical Clinics of North America*, Volume 97, Issue 6, Pages 1335-1351 (2017).
2. John H. Stewart, IV. Management of Peritonitis. *The Surgical Clinics of North America*, Volume 92, Issue 6, Pages 1443-1462 (2012).
3. Brunicaardi FC, Andersen D, Billiar TR, Dunn DL, Kao LS, Hunter JG, et al. *Schwartz's principles of surgery*, 11th edition ed. New York, N.Y: McGraw-Hill Education LLC, 2019.