

### PERFORASYONSUZ SAFRA PERİTONİTLERİ

ASTARCIOĞLU, K., SAYDAM, S.,  
BAYAR, H., HARMANCIOĞLU, Ö.

**ÖZET:** Çeşitli nedenlerle oluşan safra peritonitleri mortalitesi yüksek olgulardır. Herhangi bir perforasyon olmadan oluşan safra peritonitlerinin klinik ve peroperatuar tanılarının zor olması ve seyrek görülmeleri nedeniyle bu konudaki literatür gözden geçirilerek 2 olgu sunulmuştur.

**ABSTRACT:** Kemal ASTARCIOĞLU, Serdar SAYDAM, Halit BAYAR, Ömer HARMANCIOĞLU, Department of Surgery, Faculty of Medicine, Dokuz Eylül University, İzmir. Biliary peritonitis without intraabdominal perforation.

Biliary peritonitis, caused by various etiological reasons has a high mortality rate. Cases of biliary peritonitis without perforation are rare and difficult to diagnose, clinically as well as peroperatively. Herein we present two such cases and review relevant literature.

**Anahtar sözcükler:** Biliyer peritonit, perforasyonsuz

**Key words:** Biliary peritonitis, without perforation.

**OLGU I:** 140556 protokol nolu 60 yaşında bayan hasta Z.Y. 1.1.1988 tarihinde acil servisimize karın ağrısı nedeniyle başvurmuş ve yapılan cerrahi konsültasyonu sonucu Akut Karın olarak değerlendirilmiş ve cerrahi kliniğimize yatırılmıştır.

**Fizik muayenede:** Tüm batında yaygın hassasiyet mevcut. Mikroperkülyon bütün karında pozitif. Barsak sesleri alınmıyor.

**Laboratuar Tetkikler** Hematokrit %33 Hemoglobin %73 Eritrosit 3.680.000<sup>3</sup>  
Lökosit 9400mm<sup>3</sup>, Kanama Zamanı 1 dk, Pıhtılaşma Zamanı 3 dk. 30 sn. AKŞ %271 mg, Üre %68 mg, Tam İdrar Normal, EKG Koroner yetmezlik bulguları mevcut, Ayakta Direk Batın Grafisi Normal, USG Batında serbest sıvı mevcut.

Prof.Dr.Kemal ASTARCIOĞLU, Dr.Serdar SAYDAM, Dr.Halit BAYAR, Doç.Dr.Ömer HARMANCIOĞLU, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

Hastaya uygulanan laparotomide batın içinde yaklaşık 1 litre safralı sıvı saptandı. Yapılan eksplorasyonda safra kesesinin minimal ödemli olduğu fakat safra sızdırmadığı ve devitalize alanlar içermediği saptandı. Diğer batın içi organlarının yapılan bakışında başkaca patoloji saptanamadı. Ameliyat öncesi mevcut kardiyak patolojiye bağlı olarak ortaya çıkan patolojik ekstrasistoller üzerine batın temizliği yapıldıktan sonra Winslowa bir adet boru dren konup operasyon sonlandırıldı.

Hastada post-op 6. günde ciltaltı enfeksiyonu ortaya çıkmış ve yara enfeksiyonu tedavi edilerek post-op 23. günü taburcu edilmiştir.

Operasyonda hastadan KC ve omentumdan biopsi alınmış ve gelen patoloji sonucunda omentumda yağ nekrozu ve peritonit ile kolestaz saptanmıştır.

**OLGU II :** 167216 protokol nolu 25 yaşında bayan hasta U.C. 12.9.1988 tarihinde acil servisimize karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayetleri ile başvurmuş ve yapılan muayenede Akut Batın olarak değerlendirilerek cerrahi servisimize yatırılmıştır.

**Fizik muayenede:** Batın solunuma az iştirak ediyor. Heriki alt kadranda ve sağ hypocondriumda palpasyonda hassasiyet ve defans mevcut. Mikroperküsyon pozitif. Barsak sesleri azalmış.

**Laboratuvar Tetkikler:** Hematokrit %37, Hemoglobin %80, Lökosit 13800mm<sup>3</sup>, Kanama Zamanı:50 sn, Pıhtılaşma Zamanı:4 dk. 10 sn., AKŞ: %74 mg, Üre: %24 mg, Tam İdrar: Normal, EKG Normal, Ayakta Direkt Batın Grafisi: Normal, USG: Batında minimal serbest mayi mevcut, safra kesesinde multipl taş mevcut, safra kesesi duvarı 2 mm. kalınlığında, sağ overde 3X2 cm. ebadında kist mevcut.

Hastaya uygulanan laparotomide batın içinde yaklaşık 300 cc. safra ile bulaşmış mayi saptandı. Yapılan eksplorasyonda safra kesesinin flemenöz olduğu ve içinde multipl taşlar olduğu tespit edildi. Bunun haricinde appendiksin reaksiyonel olarak akut appendisit bulguları verdiği ve sağ overde 3X2cm ebadında follikül kisti mevcut olduğu gözlemlendi. Hastaya Kolesistektomi, Appendektomi, Kistektomi uygulandı. Winslowa boru dren konulup operasyon sona erdirildi.

Hasta post-op 8. günde şifa ile taburcu edildi.

Patoloji sonucu:1-Flegmenöz Taşlı Kolesistit

2-Akut Appendisit

3-Ovariumda follikül kisti olarak değerlendirildi.

**TARTIŞMA:** Perforasyonlu ve perforasyonsuz safra peritonitleri mortalitesi tüm çabalara rağmen halen %20'lerin üstünde seyretmeden bir klinik tablo oluştururlar (5,7,8).

Peritoneal kavitede safra bulunmasıyla oluşan klinik tablo çok hafiften çok ağır tablolar oluşumuna kadar değişiklik göstermektedir. Bazı hastalarda periton kavitesindeki çok miktarda toplanan sıvının basıncının yaptığı bulgulardan başka esansiyel bulgu yoktur. Bazılarında ise belirgin kardio-vasküler mobilite ile birlikte ciddi peritoneal iritasyon bulgularına sahiptir. %10-50 olguda orta şiddette iktet oluşabilir (5).

Perforasyonsuz safra peritonitlerinin olup olmayacağı halen tartışmalı bir konudur. Perforasyonsuz safra peritonitleri olabileceği yolundaki başlıca görüşler şöyle sıralanır:

Ellis, safra kesesi mukozasının normal yapısının bozulduğu olgularda perforasyonsuz safra peritonitlerinin olabileceğini ileri sürmüştür (6).

Cope, safra yollarındaki taşların küçük ülserasyonlara neden olduğu, artan safra yollarındaki basıncın küçük ülserasyonlardan safranın sızmasıyla düşmesi sonucu lenfosit tıkaçlarının mikroperforasyon yerini iyileştirdiğini öne sürmüştür. Small'ın bir olguda safra kesesi duvarında fibrinle tıkanmış mikroperforasyonlar saptaması Cope'un görüşünü destekler mahiyettedir (2).

Bernardo, deneysel olarak köpeklerde koledağın bağlanmasıyla safra peritonitinin oluştuğunu göstermiştir (1).

Nobusawa ve ark. yayınladıkları 18 olguda başlangıçta belirgin bir perforasyon saptamadıklarını, yapılan per-operatuar kolanjiografide ise intrahepatik duktus perforasyonu saptadıklarını bildirmişlerdir (4).

Bu tür olgularda uygulanacak cerrahi girişim safranın bir müddet dışı drenajı olmalıdır (1,3). Biz olgumuzun birinde Kolesistektomi ve T tüp drenajı yapmayı planlamamıza rağmen hastanın genel durumunun bozulmasıyla Winslowa 1 adet boru dren koyup hastayı kapamamıza ve konulan drenin günlük 5-100 cc. ve 5 gün devam eden safra; mayinin gelmesi ilginç olsa gerektir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki yapılan eksplorasyonda belirgin bir nedeni bulunmadan safra peritonitleri ile karıştırdığımız perforasyonsuz safra peritonitleri yanında özellikle nadiren olsa intrahepatik

safralı yolları spontan perforasyonları da düşünülmesi, per-operatuar kolanjiografi yapılarak bu olasılık mutlaka ekarte edilmelidir. Çünkü perforasyonsuz safralı peritonitlerdeki safranın bir müddet drenajı yeterli olmasına rağmen, bunlarda perforasyon sahasının tamiri de mutlak gereklidir.

#### KAYNAKLAR

1. Ataseven, A.: Safralı peritonitler. Cerrahpaşa Tıp Bülteni, 1972; 5: 182.
2. Dinçtürk, C.: Akut batin cerrahisi. Güven Kitapevi, 1978; 243.
3. Ellis, H. et al.: Bile peritonitis. Brit. J. Surg., 1968; 7: 160.
4. Nobusawa, S. et al.: A case report of Biliary Peritonitis- Spontaneous perforation of an intrahepatic duct. The American Journal of Gastroenterology, 1986; 81: 568-71.
5. Norman, A. Et al.: Consequences of intraperitoneal bile: bile ascites versus bile peritonitis: The American Journal of Surgery, 1985; 149: 244-46.
6. Ronson, J.H.C.: Perforation of gallbladder. Gall bladder and Bile duct Surgery, 1st. ed. Saunders Company, 1987; 731.
7. Singh, B.P.: Bile peritonitis after cholecystectomy. Int Surp., 1972; 57: 651-3.
8. Wig, J.D. et al.: Gall Bladder perforations. Aust N: Z.J. Surg, 1984; 54: 531-34.