



Olgu Sunumu/Case Report

Sezaryen sonrası nadir bir postoperatif komplikasyon: Tüberküloz Peritonit; Olgu Sunumu

Mehmet Bülbül¹, Mustafa Göksu², Tuğba Mandal³, Berna Dilbaz¹

¹ Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD.

² Adıyaman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

³ Adıyaman Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği

ÖZET

Giriş: Acil alınan vakalarda daha sık görülse de sezaryen doğumlarda (SD) intraabdominal apse nadir komplikasyonlardandır. Postoperatif karın ağrısı, ateş, halsizlik, kabızlık/ishal, insizyon hattında kızarıklık, pürülan akıntı ve insizyon hattında açılma gibi belirtileri olabilir. Günümüzde pulmoner tüberküloz sıklığı artmaktadır. Bununla birlikte tüberküloz peritonit (TP) gibi ekstrapulmoner tüberküloz nadir görülmektedir. Tam olarak hangi mekanizma ile geliştiği bilinmeyen TP'in, nonspesifik semptomlar nedeniyle tanısı zordur. Tanıda öncelikle hastalığın düşünülmesi önemlidir.

Vaka: Beş gün önce Sezaryen Doğum (SD) yapan, sonrasında karın ağrısı, halsizlik şikayetiyle başvuran hastaya postoperatif intraabdominal apse tanısıyla relaparotomi yapıldı. Cerrahi tedaviyi sonrasında uygun antibiyotik tedavisi ile semptomları gerileyen ve kontrol görüntüleme yöntemlerinde intraabdominal patoloji saptanmayan hastada tam klinik iyileşme sağlanamadı. Takibinde pulmoner semptomlarının artması üzerine bronkoskopi yapılan hastaya alınan bronş yıkama sıvısında aside dirençli basillerin görülmesiyle pulmuoner tüberküloz tanısı konuldu. Anti tüberküloz tedavi ile tam klinik iyileşme sağlanan hasta TP olarak kabul edildi.

Sonuç: Sıklığı artan TP semptomlarının birçok hastalığı taklit etmesi nedeniyle tanısında zorluklar ve gecikmeler olmaktadır. Özellikle risk faktörü olan bireylerde TP akılda tutulmalı ve nadir de olsa postoperatif dönemde akut batına yol açabileceği düşünülmelidir. Erken teşhis morbidite ve mortaliteyi azaltırken gereksiz cerrahi müdahaleyi engeller.

Anahtar kelime. Sezaryen doğum, İntraabdominal apse, tüberküloz peritonit,

Yazışmadan Sorumlu Yazar

Mehmet Bülbül

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD

Tel : (+90) 416 223 1690

Email: mehmetbulbulmd@gmail.com

DOI:10.30569/adiyamansaglik.419753

Geliş Tarihi: 30.04.2018

Kabul Tarihi: 08.07.2018

A rare postoperative complication after cesarean section: Tuberculous Peritonitis;

Case Report

ABSTRACT

Summary

Introduction: Intraabdominal abscess formation is one of the rare complications observed after cesarean deliveries although it might be observed more commonly during emergency c-sections. The most common signs are postoperative abdominal pain, fever, fatigue, constipation or diarrhea, erythema at the site of the incision, purulent discharge and dehiscence of the incision. Recently, there is an increase in the incidence of tuberculosis. Like this, the incidence of rare forms of extrapulmonary tuberculosis cases like tuberculosis peritonitis are also showing an increase. The mechanism of development of peritoneal tuberculosis is still unclear and its diagnosis is difficult due to nonspecific symptoms.

Case: The patient who applied with abdominal pain, fatigue five days after cesarean section had a re-laparotomy with the diagnosis of postoperative intraabdominal abscess formation. The clinical recovery after the second operation was slow although the symptoms regressed with the antibiotic regimen applied postoperatively and no intraabdominal pathology was detected postoperatively with the imaging techniques. The patient was diagnosed to have pulmonary tuberculosis with the detection of acid-resistant bacteria in the bronchoalveolar lavage fluid during the bronchoscopy performed due to the aggravated pulmonary symptoms of the patient during the follow-up period. The patient who had full recovery with the antituberculous medications had no significant medical history.

Result: The diagnosis and treatment of peritoneal tuberculosis is delayed due to its symptoms that mimic other pathologies. This entity must be considered especially in high risk patients and the possibility of development of a postoperative abscess due to it must be kept in mind. Early diagnosis will reduce the morbidity and mortality and prevent unnecessary surgical interventions.

Key words: Cesarean section, intra-abdominal abscesses, peritonitis tuberculosis

Giriş

Acil durumlarda yapılan sezaryen doğumlarda daha sık görülse de sezaryen doğum sonrası intraabdominal apse nadir komplikasyonlardandır. Jinekolojik ve obstetrik operasyonlardan sonra pelvik apse görülme oranı %1'in altındadır (1). Postoperatif apse gelişiminde etken çoğunlukla anaerobik bakteriler veya gram negatif basillerdir (2). Hastalar postoperatif karın ağrısı, ateş, halsizlik, kabızlık/ishal, insizyon hattında kızarıklık, pürülan akıntı ve açılma gibi belirtilerle başvurabilirler. Bazen tabloya endometrit veya pelvik selülit de iştirak eder.

İmmünsüpresif hastalıklardaki artma ve endemik bölgelerden göçler nedeniyle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde de tüberküloz sıklığı da artmaktadır (3). Böylece tüm tüberküloz olgularının %0,1-3,5'ini, ekstrapulmoner tüberküloz vakalarının %4-10'unu oluşturan tüberküloz peritonit (TP) sıklığında da artış gözlenmektedir (4-7). Tedavi edilmemiş primer pulmoner tüberkülozlu hastalarda %6-38 oranında abdominal tüberküloz gelişir (8,9). TP çoğunlukla lenfohematojen yolla aktif pulmoner tüberkülozdan yayılsa da nadiren tüberküloz basillerinin barsak ve tuba uterinaller gibi komşu organlardan direkt yayılım ile gelişebilir. Enfekte süt tüketimi veya enfekte olmuş balgamın yutulması sonrası da barsak enfeksiyonu gelişebilir (10,11).

TP vakaların %90'ını oluşturan yaş-asidik tipte asit yaygın veya lokule olabilirken, fibrotik-yapışık tip ise omental tutulum, barsak ve omentumun birbirine yapışması ve lokule sıvı birikimiyle seyreder. Çok daha nadir olarak görülen kuru-plastik tipte ise kazeöz nodül, fibrozis, peritoneal reaksiyon ve yoğun yapışıklıklar görülür (12,13). TP kliniğinde genellikle karında rahatsızlık hissi, distansiyon, kilo kaybı, pelvik ağrı, kabızlık/diyare ve ateş gibi nonspesifik belirtiler ile artmış serum CA-125 düzeyi, radyolojik görüntülemelerde omental kalınlaşma, adneksiyel kitle, lenfadenopati ve asit izlenmektedir (10). Bu durum tanıda gecikmelere neden olmaktadır.

Bu bildiride sezaryen doğum sonrası postoperatif intraabdominal apse tanısıyla relaparotomi yapılan ve tedaviye rağmen tam klinik iyileşme sağlanamayan ve takibinde pulmoner tüberküloz tanısı konulan ve antitüberküloz tedavi ile tam klinik iyileşme sağlanan bir TP olgusu sunulacaktır.

Vaka

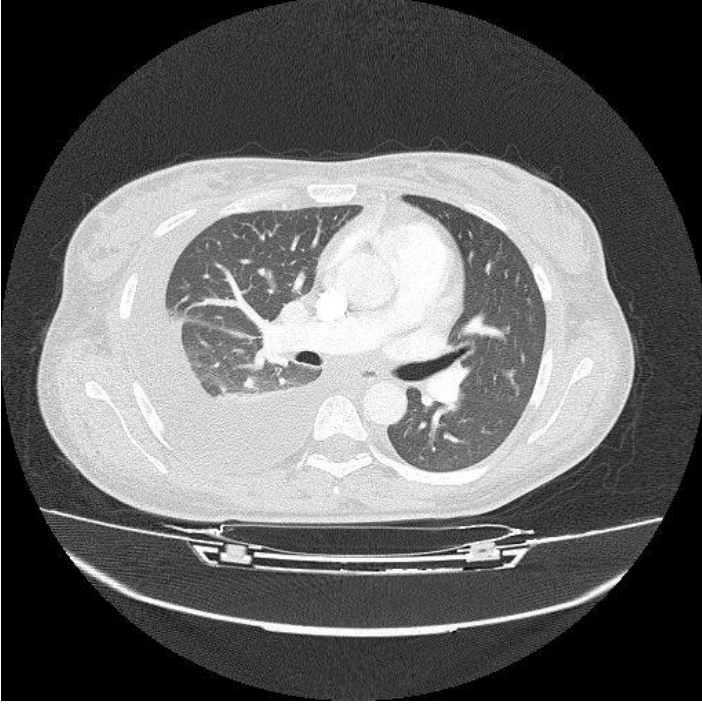
Daha önce 2 kez sezaryen doğum yapan, 29 yaşındaki hasta 5 gün önce ağırlı miadında mükerrer sezaryen tanısıyla acil sezaryene alınarak canlı doğum yapmış ve intaoperatif herhangi bir komplikasyon veya apse oluşumu gözlenmemiştir. Postoperatif takibinde komplikasyon gelişmeyen ve ikinci gün taburcu edilen hasta, postoperatif üçüncü günde başlayan karın ağrısı, kilo kaybı, halsizlik ve karında şişkinlik şikayeti acil servise başvurdu. Gaz-gaita çıkışı olan hastanın yapılan fizik muayenesinde; genel durum orta, TA 100/60 mmHg, nabız 88 /dk, ateş 37,6 °C idi. Akıntısı ve kanaması olmayan ve insizyon hattı temiz olan hastanın batın muayenesinde hassasiyet, rebound, defans ve barsak seslerinde azalma mevcuttu. Tüm batın ultrasonografik incelemesinde barsak ansları dilate ve hareketsiz görünümdeydi. Uterus postpartum beşinci günle uyumlu, kavite normal, douglasta en geniş olduğu yerde 2 cm lik sıvı koleksiyonu, perihepatik ve barsak ansları arasında loküle sıvı alanları saptandı. Laboratuvar incelemede lökosit: 8100 K/uL, Hemoglobin: 11,1g/dL, trombosit: 742,000 K/uL, CRP: 26,7, sedimentasyon: 62 mm/saat ve AST: 14,2 U/L ve ALT: 11,2 U/L saptandı.

Akut batın tanısıyla clindamisin 2x600 mg IV ve gentamisin 2x160 mg IV tedavisi başlanan hastanın çekilen tüm batın bilgisayar tomografisinde (BT), karaciğer, douglas ve barsak ansları arasında apse ile uyumlu görünüm saptandı (**Resim 1**). Postoperatif intraabdominal apse ve akut batın tanılarıyla yatışının dördüncü saatinde acil laparotomiye alınan hastada eski insizyon hattından batına girildi. Gözlemde uterus-mesane arasında omentum tarafından sınırlandırılmış, karaciğer lojunda, barsak ansları arasında ve douglasta kirli beyaz renkli pseudo kapsül ile sınırlanmış kapsül kalınlığı en geniş olduğu yerde 7 mm olan apse formasyonları saptandı. Tuba uterinalar ve uterus serozası enflame görünümdeydi. Barsak ansları birbirine yapışık görünümdeydi. Periton yüzeyleri kirli görünümdeydi. Aps e oluşumları açılıp, yapışık barsak ansları serbestleştirildi. Aps e mayiinden kültür alındı. Pseudokapsüller eksize edilerek patolojik incelemeye gönderildi. Batın içi yaklaşık 3000 cc serum fizyolojik ile yıkandı. Takiben karaciğer lojuna, douglasa ve uterus anterioruna toplam 3 adet dren koyularak batın kapatıldı.



Resim 1: Hastanın çekilen abdominal bilgisayarlı tomografisinde intra-abdominal apse formasyonlarının görünümü.

Postoperatif ikinci günde oksijen saturasyonu %94 saptanan hastanın PA akciğer grafisinde minimal plevral effüzyon saptandı. Takibinde semptomları artan hastanın çekilen akciğer bilgisayarlı tomografisinde plevral effüzyon saptandı (**Resim 2**). Yaygın ödemi olan ve hipoalbuminemi (Albumin 1,4 g/dL) saptanan olguya 50 ml human albümin 20% 2x1 başlandı. Sedim ve CRP değerleri plato çizen ve ateşi devam eden hastanın antibiyoterapisi vankomisin 4x1 gr + sulperazon 3x1 gr olarak düzenledi. Peroperatif alınan periton kültüründe 4. gününde stafilokokus epidermidis üredi.



Resim 2: Akciğer tomografisinde sağda daha belirgin olan plevral effüzyon görülmektedir.

Defekasyonu normal olan ve batin muayenesi rahat olan, drenlerinden aktif geleni olmayan hastanın kontrol abdominal ultrasonografik değerlendirmesinde anormal görünüm saptanmadı. Postoperatif 6. günde hastanın ateşinin olması üzerine tedavisi vankomisin 4x1 gr ve meronem 3x1 gr olacak şekilde değiştirildi. Abdominal BT’de batında minimal sıvı olup lokulasyon ve apse formasyonu izlenmeyen hastanın akciğer kesitlerinde sağda 4 cm, solda 2 cm lik plevral effüzyon ve sağ akciğerde atelektazi saptandı. Tedavisine asist ampul 3x300 mg ve solunum egzersizleri eklenen hastaya tromboemboli profilaksisi için enoksaparin 0,4 cc 1x1 SC başlandı.

Son 48 saatte dreninden geleni olmayan hastanın drenleri birer gün ara ile çekildi. Kontrolde plevral effüzyonu artan hastanın çekilen akciğer BT anjio tetkikinde pulmoner emboli lehine bulgu saptanmadı. Peruktan plevral effüzyondan alınan sıvı light kriterlerine göre eksuda özelliğindedi. Takibinde drenajla plevral effüzyonu boşaltılan hastanın solunumu rahatladı. Cerrahi alanı temiz olan ve görüntüleme yöntemleri ile batin içi patoloji saptanmayan hastaya, kliniğinin iyileşme olmasına rağmen sedim ve CRP değerlerinin plato çizmesi ve zaman zaman subfebril ateş olması nedeniyle bronkoskopi yapıldı. Bronkoskopide alınan örneklerde aside dirençli basillerin görülmesiyle hasta tüberküloz tanısı

ılarak antitüberküloz tedavisine başlandı. Antitüberküloz tedavi ile tamamen kliniği ve laboratuvar değerleri düzelen ve postoperatif 3. ayında olan hasta, halen antitüberküloz tedavisine devam etmektedir.

Tartışma

Günümüzde anestezi ve cerrahideki gelişmeler sayesinde sezaryenlere bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmış olmakla birlikte halen enfeksiyon, kanama, transfüzyon ihtiyacı, tromboemboli gibi riskler devam etmektedir (14,15). Cerrahi alan enfeksiyonu ve endometrit nispeten daha sık görülse de intraabdominal apse gelişimi daha nadir görülmektedir. Bu enfeksiyonların %40-60'ında anaerobik Gram negatif basiller, %25-40 anaerobik Gram pozitif koklar, %20-30 Gram negatif basiller ve %10 aerobik Gram pozitif streptokoklar sorumludur (16). Bizim vakamızda da batından alınan sıvıda stafilokokus epidermidis üredi. Bununla birlikte cerrahi sonrası antibiyograma uygun tedaviye rağmen hastanın kliniğinin tam düzelmemesi, görüntüleme yöntemleri ile patoloji saptanmaması ve artan pulmoner semptomlar tüberküloz enfeksiyonunu düşündürmüştür.

Ekstrapulmoner tüberküloz gelişimi primer pulmoner tüberkülozdan sonra immünoşüpresyonla reaktivasyon gelişip basillerin hematojen yayılımıyla olabileceği gibi primer tüberküloz sırasında basillemi ile eşzamanlı gerçekleşebilir. Ayrıca primer hastalıkta basillemi sırasında ekstrapulmoner organlara yerleşen ve latent faza geçen basillerin reaktivasyonu ile de hastalık gelişebilir (10,11). Bir diğer mekanizma vasküler intimaya yerleşip kazeöz vaskülit geliştirdikten sonra basiller kan dolaşımına geçerek tüm organlara yayılabilir. Bizim vakamızda da sezaryen doğumdan sonra gebelik boyunca baskılanmış immün sistem nedeniyle var olan pulmoner tüberküloz reaktive olarak lenfohematojen yayılımla TP gelişmiş olabilir. Bununla birlikte hasta primer pulmoner tüberkülozla eş zamanlı TP geçiriyor da olabilir. Postoperatif akciğer grafisinde parankideki lezyonlar plevral effüzyon ve atelektazi olması reaktive olan pulmoner tüberküloz ve TP'i daha ön planda düşündürmektedir.

Tüberküloz peritonitin klinik semptomları, laboratuvar sonuçları ve radyolojik bulguları nonspesifik olduğundan çeşitli intraperitoneal lezyonlarla karışabilir (17). Otuz beş çalışmanın dahil edildiği bir

derlemede, başvurularındaki klinik bulguları değerlendirildiğinde hastaların %73'ünde asit, %64,5'inde karın ağrısı, %61'inde kilo kaybı, %59'unda ateş ve %47.7'inde karında hassasiyet saptandı (10). Sunulan olguda da karın ağrısı, karında hassasiyet, distansiyon, kilo kaybı, ateş mevcuttu.

Beş gün önce sezaryen ile doğum yapan hastada nonspesifik bulgular nedeniyle öncelikle cerrahi alan enfeksiyonu ve intraabdominal apse düşünüldü. Hastada saptanan pseudokapsül ile çevrilmiş seropürülan özellikte sıvı koleksiyonu ve barsak ansları ve omentum arasında yapışıklıklar daha çok fibrotik yapışık tip TP ile uyumludur. Batın tomografisinde mezenterik lenf nodların yanı sıra mezenterde kalınlaşma (>15mm) vakaların çoğunda olup TP'in erken bulgusu olarak kabul edilir. Ayrıca peroperatif gözlemlerde peritonda kalınlaşma, hiperemi, asitle beraber olan yapışıklıklar, yaygın ve tüm karına yayılmış beyaz sarımsı miliyer nodüller (<5 mm) ve peynirimsi materyal varlığı önemli bulgulardır (11). Vakamızda da miliyer nodüller dışında benzer bulgular vardı.

TP birçok hastalığı taklit edebilir. Nitekim literatürde over kanseri dahil birçok hastalıkla karıştırılan periton tüberkülozu olguları bildirilmiştir. (18). Bizim vakamız da beş gün önce geçirdiği sezaryen doğum öyküsü nedeniyle, tanıda ilk önce intraabdominal apse düşünülmüştür. Cerrahi sonrası kliniğinin tam olarak düzelmemesi, görüntüleme yöntemleriyle intraabdominal patoloji saptanmamasına karşın serum albümin seviyesinin düşmesi, zamanla artan pulmoner lezyonlar (plevral effüzyon, atelektazi ve parankimdeki nodularite) nedeniyle hastada pulmoner emboli düşünüldü. Akciğer BT anjiyoda emboli lehine bulgu saptanmayan hastanın yapılan tetkiklerinde tüberküloz lehine bulgu saptanmamasına rağmen klinik bulgular ile tüberküloz düşünüldü. Tüm antibiyotik kombinasyonlarının kullanıldığı hastada son olarak bronkoskopide alınan örnekte ARB saptanarak hastanın tanısı konuldu ve antitüberküloz tedavisinin ardından tam klinik iyileşme sağlandı.

Nadir görülen ve pulmoner tüberküloza göre nonspesifik semptom ve bulguları olan tüberküloz peritonit özellikle risk faktörü olan bireylerde her zaman akılda tutulmalı ve nadir de olsa postoperatif dönemde akut batına yol açabileceği düşünülmelidir. Erken teşhis morbidite ve mortaliteyi azaltır ve gereksiz cerrahi müdahaleyi engeller.

Kaynaklar

1. Duff P. Pathophysiology and management of postcesarean endomyometritis. *Obstet Gynecol.* 1986 Feb;67(2):269-76.
2. Duff P. Diagnosis and Management of Postoperative Infection. *Glob libr women's med.* 2011, ISSN: 1756-2228; DOI 10.3843/GLOWM.10032.
3. Delisle M, Seguin J, Zeilinski D, Moore DL. Paediatric abdominal tuberculosis in developed countries: case series and literature review. *Arch Dis Child.* 2016;101:253-8.
4. Marshall JB. Tuberculosis of gastrointestinal tract and peritoneum. *Am J Gastroenterol* 1993;88:989-99.
5. Dinler G, Sensoy G, Helek D, Kalayci AG. Tuberculous peritonitis in children: report of nine patients and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2008;21: 7235-7239.
6. Forssbohm M, Zwahlen M, Loddenkemper R, Rieder HL. Demographic characteristics of patients with extrapulmonary tuberculosis in Germany. *Eur Respir J* 2008; 31: 99-105.
7. Rowińska-Zakrzewska E. Extrapulmonary tuberculosis, risk factors and incidence. *Pneumonol Alergol Pol* 2011; 79: 377-378.
8. Long S, Pickering LK, Prober CG. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases (4th ed). New York: Elsevier Saunders; 2012.
9. Cruz AT, Starke JR. Clinical manifestations of tuberculosis in children. *Paediatr Respir Rev* 2007;8: 107-117.
10. Sanai FM, Bzeizi KI. Systematic review: tuberculous peritonitis-presenting features, diagnostic strategies and treatment. *Aliment Pharmacol Ther* 2005;22:685-700.
11. Rasheed S, Zinicola R, Watson D, et al. Intra-abdominal and gastrointestinal tuberculosis. *Colorectal Disease* 2007;9:773-83.
12. Akhan O, Pringot J. Imaging of abdominal tuberculosis. *Eur Radiol* 2002;12:312-23.
13. Bhargave DK, Shrinivas, Chopra P. Et al. Peritoneal tuberculosis: laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy. *Am J Gastroenterol* 1992;87:109-12.
14. Yancey MK, Clark P, Duff P. The frequency of glove contamination during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1994;83:538-542.
15. Watts DH, Hillier SL, Eschenbach DA. Upper genital tract isolates at delivery as predictors of post-cesarean infections among women receiving antibiotic prophylaxis. *Obstet Gynecol* 1991;77:287-292.
16. Kadanalı A, Karagöz G. Puerperal Infections. *Medical Journal of Ümraniye* 2012;5;1.
17. Uyanıkoğlu H, Uyanıkoğlu A, Büyükfırat E, Gengeç K. Importance of laparoscopic intervention in the differential diagnosis of peritonitis carcinomatosa and tuberculous peritonitis. *Turk J Gastroenterol* 2017; 28: 528-30.
18. Boss JD, Shah CT, Oluwole O, Sheagren JN. TB Mistaken for Ovarian Carcinomatosis Based on an Elevated CA-125. *Case Report Med.* 2012;2012:215293. Epub 2012 Feb 20.