

Ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken akut karın nedeni: primer peritonitZeliha AKIŞ YILDIZ¹, Ceyhan ŞAHİN¹, Mehmet ARPACIK¹ Aytekin KAYMAKÇI²**Öz**

Çalışmamızda karın ağrısı ile başvurup kısa sürede sistemik inflamatuvar yanıt gelişen çocuk hastanın tanı ve tedavisini sunduk. Aynı gün başlayan karın ağrısı nedeniyle başvuran 4 yaşındaki kız olgunun batın muayenesi peritonit ile uyumlu idi. Akut faz reaktanları yüksek olan hastanın görüntüleme tetkikleri normaldi. Kısa sürede genel durumu bozulan hastaya geniş spektrumlu antibiyotik ve antiviral tedavi başlandı. Cerrahi ve medikal tedaviye yanıt veren hasta başvurudan 2 hafta sonra taburcu edildi. Akut karın tablosu ile gelen her hastanın ayırıcı tanısında primer peritonitte düşünülmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Primer peritonit, çocuk, akut batın**Yayın Bilgisi**

Gönderi Tarihi:21.02.2018
Kabul Tarihi:29.03.2018
Online Yayın Tarihi:30.09.2018
DOI: 10.26453/otjhs.397426

Sorumlu Yazar
Zeliha AKIŞ YILDIZ**A cause of acute abdomen that must be taken into account in differential diagnosis: primary peritonitis**Zeliha AKIŞ YILDIZ¹, Ceyhan ŞAHİN¹, Mehmet ARPACIK¹ Aytekin KAYMAKÇI²**Abstract**

In our study, we present the diagnosis and treatment of a child patient with abdominal pain, developing acute systemic inflammatory response. A 4-year-old girl with abdominal pain starting on the same day was compatible with peritonitis in her abdominal examination. Imaging studies of patient were normal, acute phase reactants were high. In the short term, the general condition of the patient was deteriorated and wide spectrum antibiotics and antiviral treatment were started. The patient responded to surgical and medical treatment and was discharged 2 weeks after admission. Primer peritonitis should be considered in the differential diagnosis of each patient with an acute abdomen.

Keywords: : Genitalia, 21-hydroxylase, congenital adrenal hyperplasia, baby**Article Info**

Received:21.02.2018
Accepted:29.03.2018
Online Published:30.09.2018
DOI: 10.26453/otjhs.397426

Corresponding Author

Zeliha AKIŞ YILDIZ

¹ Çocuk Cerrahisi: Sağlık bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL/ TÜRKİYE² Sağlık bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL/TÜRKİYE**OLGU SUNUMU**

Daha öncesinde sağlıklı olan 4 yaşında kız hasta 4-5 saattir olan karın ağrısı, kusma ve ateş nedeniyle acil servise başvurdu. Üç gün önce kulak ağrısı nedeniyle gitmiş olduğu sağlık ocağında üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla ağrı kesici başlanmış olduğu öğrenildi.

Hastanın başvuru anındaki fizik muayenesinde, uykuya meyilli, soluk ve dehidrate görünümde idi. Kalp tepe atımı

140/dk, tansiyon 90/60 mm Hg, akciğer sesleri ise normaldi. Batında yaygın hassasiyet ve defans mevcuttu. Hasta acil serviste monitorize edildi, idrar sondası ve nazogastrik sonda takıldı. Hemogloblin: 10,7 g/dL, hemotokrit: %34, kan biyokimyasında elektrolit ve karaciğer enzimleri normal, üre:49,2 mg/dL kreatinin:0,53 mg/dL idi. Tam idrar tetkiki normal olarak bulundu.

Akciğer ve batın grafileri normal olarak değerlendirildi. Batın ultrasonografisi ve

tomografisinde patoloji saptanmadı. Hastanın 4 saat sonra genel durumu bozulmaya başladı. Oksijen saturasyonu %90'ın ve idrar çıkışı kg başına 0,5 mL'nin altında olması üzerine yoğun bakıma yatırıldı.

Yoğun bakımda maske ile oksijen verilen hastadan alınan kontrol kanlarında C reaktif protein (CRP): 11,5 mg/dL, procalsitonin >100ng/mL olarak saptandı. Takipneik, taşikardik, periferik dolaşımı bozuk ve oligürisi olan hasta SIRS (Sistemik İnflamatuvar Response Sendromu) olarak değerlendirildi. Kan ve idrar kültürleri alındı. Ampirik olarak Meropenem+vankomisin+oseltamivir başlandı.

Bu hastada olası tanınız nedir?

Acil serviste çocuk cerrahisi tarafında değerlendirilen hastaya primer peritonit tanısı konuldu. Öncelikle tedavisinde cerrahi girişim düşünülmeyen hastanın yoğun bakımda 2. gününde genel durumunun kötü, bilincinin letarjik, batında distansiyon, CRP (20 mg/dL) ve prokalsitonin (100 ng/mL) artışı olması üzerine tanısal laparaskopi yapıldı. Batında seropürülan mayi ve fibrin saptandı. Batındaki sıvıdan kültür alındı daha sonra batın yıkandı ve batına diren yerleştirilerek

operasyon sonlandırıldı. Hastanın tbc ve kollojen doku hastalığı yönünden ayrıca BOS ta micobakteri ve herpes açısından tetkikleri istendi. Parantral beslenme ve intravenöz immünglobulin (IVIG) başlandı, plazmaferez yapıldı. Postoperatif 4. günden sonra genel durumunda düzelme gözlenen hastanın CRP: 10.4 mg/dL, procalsitonin: 61.3 ng/mL, üre: 29.9 mg/dL, kreatinin: 0.46 mg/dL ve INR: 1.29 olarak saptandı. Kan kültüründe Streptococcus pyogenes üreyen, assit kültüründe üreme olmayan hasta oseltamivir tedavisi 7 güne, meropenem ve vankomisin tedavisi 14 güne tamamlanarak şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Primer peritonit, herhangi bir intraabdominal kaynak olmadan peritonun enfeksiyonudur.^{1,2} Çocukluk çağı akut batınların %1 ini oluşturur ve ameliyat öncesi çok ender tanı alır.^{3,4} Primer peritonitin mekanizması tam olarak anlaşılammakla birlikte enfeksiyonun genellikle hematojen yolla, solunum sisteminden, lenfatik sistemden, sağlam barsak duvarından transmural migrasyon ile yada kadınlarda genital yol ile ulaştığı düşünülmektedir.⁵ Genellikle immün yetmezliği, siroz ve nefrotik sendrom gibi sağlık sorunları olan çocuklarda görülür

ancak ender olarak bizim olgumuzda olduğu gibi sağlıklı çocuklarda da görülebilmektedir.^{6,7,8} Antibiyotik

kullanımı ile birlikte 1950 lerden sonra görülme sıklığı %10'dan %1'e düşmüştür.⁴

Primer peritonitli hastalar çoğunlukla karın ağrısı, kusma ve ateş ile başvururlar. Muayenede olgumuzda olduğu gibi batında hassasiyet ve defans çoğunlukla mevcuttur.⁴ Assit sıvı kültüründe genellikle *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, bazende *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycobacterium tuberculosis* ürer. Olgumuzda olduğu gibi assit sıvısında üreme olmaması ise çok enderdir.^{4,9}

Tanı hikaye, fizik muayene ve labaratuvar sonuçları ile konur. Primer peritonitli olgularda apandisit, divertikülit, peptik ülser perforasyonu gibi akut batın nedenleri ekarte edilmelidir. Çoğu zaman tanı koymak oldukça zordur ve genellikle sekonder peritonit düşünülerek yapılan laparotomide tanı konur.¹⁰⁻¹² Ancak primer peritonitten şüphelenilirse peritoneal aspirat ile tanı konulabilir.¹³ Assit sıvında pH ≤ 7.34 , laktat >2.8 mmol/L, PMNL $>500/\text{mm}^3$ olması ve assit kültüründe etyolojik ajanın üretilmesi tanıda yardımcıdır.^{4,14}

Tedavide geniş spektrumlu antibiyotikler ampirik olarak başlanmalı ve sonrasında kültür sonuçlarına göre değiştirilmelidir.⁴ Assit sıvısındaki bakteriyel yükü azaltmak için peritoneal lavaj yapılabilir.¹⁵ Laparoskopi primer peritonit düşünülen olgularda güvenli bir yöntem olarak tanımlanmıştır.^{10,16} Laparoskopi laparotomiye göre daha güvenlidir ancak debridman daha zordur.⁴ Olgumuzda da primer peritonit tanısı konularak geniş spektrumlu antibiyotikler ampirik olarak başlanmıştır. Genel durumunun giderek bozulması nedeniyle laparoskopi yapılarak hem sekonder peritonit nedenlerini ekarte edilmiş hem de bakteriyel yük azaltılmıştır. Bazı yazarlar apendektomiye önerirken diğerleri sağlıklı bir organı almayı uygun bulmamaktadır.⁵ Bizim olgumuzda apendektomi yapılmamıştır.

Karın ağrısı ile gelen olgularda primer peritonit tanısı da akılda tutulmalıdır. Şüphelenilen olgularda tanısal laparaskopi yapılması ve ampirik antibiyotik başlanmasının hayat kurtarıcı olabileceği kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Wilcox CM, Dismukes WE. Spontaneous bacterial peritonitis. A review of pathogenesis, diagnosis, and

- treatment. *Medicine* (Baltimore). 1987;66(6):447–456
2. M.E. Levinson, L.M. Bush, Peritonitis and other intra-abdominal infections, in: G.L. Mandell, J.E. Bennett, R. Dolin (Eds.), *Principles and Practice of Infectious Diseases*, Churchill Livingstone, Elsevier, Philadelphia. 2005; 927–951.
 3. Fowler R. Primary peritonitis: changing aspects 1956-1970. *Aust Paediatr J*. 1971; 7(2): 73–83
 4. Muhammad Faisal Khilji. Primary Peritonitis—A Forgotten Entity. *Eur J Pediatr Surg Rep*. 2015; 3: 27–29.
 5. West KW. Primary peritonitis. In: O'Neill JA, Roe MI, Grosfeld JL, eds. *Pediatric Surgery*, 5th ed. St. Louis, MO: Mosby; 1988: 1345–1348.
 6. Larcher VF, Manolaki N, Vegnente A, Vergani D, Mowat AP. Spontaneous bacterial peritonitis in children with chronic liver disease: clinical features and etiologic factors. *J Pediatr*. 1985; 106(6): 907–912
 7. Gorenssek MJ, Lebel MH, Nelson JD. Peritonitis in children with nephrotic syndrome. *Pediatrics*. 1988;81(6):849–856
 8. McDougal WS, Izant RJ Jr, Zollinger RM Jr. Primary peritonitis in infancy and childhood. *Ann Surg*. 1975; 181(3): 310–313.
 9. Sheckman P, Onderdonk AB, Bartlett JG. Anaerobes in spontaneous peritonitis. [letter]*Lancet*. 1977; 2(8050): 1223.
 10. Kimber CP, Hutson JM. Primary peritonitis in children. *ANZ J Surg*. 1996; 66: 169–170.
 11. Blevrakisa E, Anyfantakis D, Blevrakisc E, Vlachakis I. Primary bacterial peritonitis in a previously healthy adolescent female: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2016; 28: 111–113.
 12. Mark Malotaa, Thomas W. Felbingerb, Reinhard Rupperta, Natascha C. Nüsslera Group A Streptococci: A rare and often misdiagnosed cause of spontaneous bacterial peritonitis in adults. *International Journal of Surgery Case Reports*. 2015; 6: 251–255.
 13. Westwood DA, RobertsRH, Management of primary group. *Astreptococcal peritonitis: asystematic review. Surg Infect(Larchmt)*. 2013; 14(2): 171–176.
 14. Alaniz C, Regal RE. Spontaneous Bacterial Peritonitis : a review of treatment options. *P T*. 2009; 34(4): 204–210.
 15. Strauss RM, Dienstag JL. Ascites and its complications. In: Morris PJ, Malt RA eds. *Oxford Textbook of Surgery*.

New York, NY: Oxford University Press; 1994: 1265–1271.

16. Block SL, Adams G, Anderson M. Primary pneumococcal peritonitis. J Pediatr Surg. 1998; 33(9): 1416–1417.

complicated by exudative pleural effusion in an adolescent girl