

KARIN İÇİ İNFEKSİYONLARINDA MİNİMAL İNVAZİV YAKLAŞIMLAR

Dursun BUĞRA

Mide barsak sisteminin spontan delinmeleri, travmaları ya da karmaşık ameliyatlar sonrasında ortaya çıkan karın içi infeksiyonları halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Karın içi infeksiyon bakterilerin yol açtığı peritonittir. Karın içi abse ise karın içinde belirli bir bölgeye sınırlanmış olan irin birikimine denmektedir. Bu iki terim yanlış olarak birbirlerinin eş anlamlısı gibi kullanılmaktadır. Karın içi infeksiyon bakterilere ve toksinlerine karşı peritonun inflamatuvar cevabı olarak tanımlanır ve karın içinde irin oluşumu ile sonlanır. Peritonun böylesi inflamatuvar cevabınınoluştuğu, ancak infeksiyonun gelişmediği durumlarda (örneğin

travmaya bağlı barsak delinmesinin erken dönemi) ya da infeksiyon sürecinin hastalıklı organda devam ettiği, ancak cerrahi ile kolayca tedavi edilebileceği durumlarda (örneğin akut apandisit, kolesistit) peritonitin basit şekillerinden söz edilir. Bu tür olgularda uzun süreli antibiyotik kullanımı gerekmeyez (1,3).

Peritonitlerin sınıflandırmasında çok geniş bir hastalık ve farklı patolojiler yelpazesi yer almaktadır (3). Bu sınıflamada yer alan patolojilerden bir bölümü tıbbi tedavi ile iyileştirilirken, önemli bir bölümü cerrahi tedavi gerektirir. Tersiyer peritonitler ise genelde tedaviye yanıt vermez (Tablo 1).

Tablo 1. Karın içi infeksiyonların sınıflandırması.

I. Primer peritonit	A. Çocukta spontan peritonit B. Erişkinde spontan peritonit C. Periton diyalizi yapılan hastada peritonit D. Tbc ve diğer granülomatöz peritonitler
II. Sekonder peritonit	A. Akut delinmeye bağlı peritonit 1. Gastrointestinal delinme 2. Barsak iskemisi 3. Pelviperitonit B. Ameliyat sonrası peritonit 1. Anastomoz kaçığı 2. Kaza ile delinme ve iskemi C. Travma sonrası peritonit 1. Künt karın travması sonrası 2. Delici karın travması sonrası
III. Tersiyer peritonit	A. Patojen belirlenmemekszin peritonit B. Mantarlara bağlı peritonit C. Düşük dereceli patojen bakteriye bağlı peritonit

Cerrahi uygulamalarımızda en sıkılıkla karşılaştığımız sekonder peritonitlerde bulunan mikroorganizmalar genelde zorunlu anaeroblar veya karışık floradır. Karışık flora genellikle mikroorganizma içeren organın spontan ya da travmatik delinmesi sonrası ya da barsak anastomozunun kaçırmasını takiben görülür. Mide-barsak traktusunda aşağı doğru gidildikçe bakterilerin sayısında ve çeşitliliğinde artış gözlenir. Sekonder peritonitlerde en sıkılıkla rastlanan bakteriler *Escherichia coli* ve *Bacteroides fragilis*'tir.

Sekonder peritonitlerde tedavinin ilk adımını tanı konulması oluşturur. Hastanın klinik muayenesi, laboratuvar bulguları çoğunlukla peritonite yönlendirici olmaktadır. Diğer taraftan günümüzdeki ileri görüntüleme tekniklerinin yaygın kullanımı ile tanı koyulmasında büyük ilerlemeler kaydedilmiştir. Peritonitin tedavisinde başlıca aşamalar tablo 2'de özetlenmiştir (5).

Tablo2. Peritonit tedavisinde ilkeler

I. Destek önlemleri
A. Hipovolemi ve şokla mücadele, doku oksijenlenmesinin sağlanması
B. Uygun antibiyotiklerin, uygun doz ve sürede kullanımı
C. Yetersiz organ sistemlerinin desteklenmesi
D. Uygun beslenme düzeninin sağlanması
II. Cerrahi tedavi
A. Birinci ilke: İnfeksiyon kaynağını kontrol et (tamir)
B. İkinci ilke: Karın içi irin ve infekte sıvıları boşalt (periton temizliği)
C. Üçüncü ilke: Karın içi kompartiman sendromunu tedavi et (dekompresyon)
D. Dördüncü ilke: Kalıcı ya da tekrarlayıcı infeksiyonu önde ve tedavi et (kontrol)

Son yıllarda karın içi infeksiyonlarda tanı ve tedaviye yönelik minimal invaziv girişimler giderek daha sık uygulanmaktadır. Ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, magnetik rezonans görüntüleme, perkütan drenaj girişimleri, laparoskopgi gibi yöntemler gereksiz cerrahi girişimlerden kaçınma-

yı, morbiditeyi azaltmayı sağlamaktadır (2,4). Karın içi infeksiyonlarda laparoskopinin rolü Dr Taviloğlu, abdominal abselerin perkütan yolla tedavisi Dr Poyanlı tarafından bizlere aktarılacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Farthmann EH, Schoffel U: Epidemiology and pathophysiology of intraabdominal infections, *Infection* 26:329 (1998).
- 2- Memon MA, Fitzgibbons RJ: The role of minimal access surgery in the acute abdomen, *Surg Clin North Am* 77:1333 (1997).
- 3- Nichols RL: Surgical infections: Prevention and treatment-1965 to 1995, *Am J Surg* 172:68 (1996).
- 4- Targarona EM, Balagué C, Knook MM, Trias M: Laparoscopic surgery and surgical infection, *Br J Surg* 87:536 (2000).
- 5- Wittmann DH, Schein M, Condon RE: Management of secondary peritonitis, *Ann Surg* 224:10 (1996).