

# Safra Peritonitinin Tıbbi Tedavisi

Dr.Kadir BAHAR, Ar. G. Eyüp SELVİ, Öğr. G. Hülya ÇETİNKAYA, Dr. Ali Reşit BEYLER,  
Dr. A. Kadir DÖKMECİ, Dr. Nihat SİPAHİ, Dr. Özden UZUNALİMOĞLU.

**Özet:** Safra peritoniti, safra yolları travmasına bağlı gelişen ciddi bir komplikasyon olup cerrahi tedaviyi gerektirir. Tıkanma sarılığı olmayan bir vakada karaciğer biyopsisi sonrası ve tıkanma sarılığı olan bir vakada yapılan PTK sonrası akut batın tablosu gelişti. Tıkanma sarılığı olan diğer bir vaka ise PTK sonrası akut batın geliştikten bir hafta sonra bulantı ve kusma nedeni ile kliniğimize yatırıldı. Tıkanma sarılığı olan iki vakaya perkütan yolla safra kanallarına dren yerleştirilerek safra dekomprese edildi ve aynı anda periton içine perkütan yolla dren yerleştirilerek peritoneal lavaj yapıldı. Tıkanma ikteri olmayan lenfomalı vakaya sadece periton içine yerleştirilen perkütan drenle lavaj yapıldı. Bu üç hastamızdaki akut batın bulguları dramatik şekilde düzeldi. Bu nonoperatif tedavi yöntemi, safra peritonitli vakalarda cerrahi tedaviye alternatif olarak uygulanabilir.

**Summary:** MEDICAL MANAGEMENT OF BILE PERITONITIS

Bile peritonitis is a serious complication of bile duct injuries requiring surgical management. The 1st patient had obstructive jaundice due to pancreatic head carcinoma and was admitted to the hospital with the symptoms of nausea and vomiting, one week after the PTK. In the 2nd patient, symptoms of acute abdomen developed suddenly after the PTK, while in the third patient developed same symptoms after percutaneous liver biopsy. In two patients with obstructive jaundice, a catheter was inserted into the peritoneal cavity for peritoneal lavage. Soon after this procedure a second catheter was introduced into the common bile duct through percutaneous transhepatic route. In the patient with lymphoma without obstructive jaundice, only peritoneal lavage was done by introducing a catheter into the peritoneal cavity. Symptoms of acute abdomen were disappeared dramatically. This non-operative procedure might be an alternative treatment to surgical management in the treatment of bile peritonitis.

**Anahtar kelimeler:** Safra peritoniti, periton lavajı, perkütan drenaj tedavi

**Key words:** Bile peritonitis, peritoneal lavage, percutaneous drainage treatment.

Safra peritoniti; sıklıkla akut kolesistitin önemli bir komplikasyonu olarak ortaya çıkan bir antite morbidittir. Son yıllarda bu komplikasyon artan sıklıkla tıkanma sarılıklı vakalarda tanı ve tedavi amacı ile safra yollarına yapılan girişimler esnasında, daha az sıklıkla da karaciğer biyopsisi ve safra yolları cerrahi girişimleri sırasında safra yollarının travması sonucunda geli-

şebildiği bildirilmektedir (5, 9, 11). Periton boşluğuna sızan safra, bazen belirgin semptom vermeden asit şeklinde görülebildiği gibi, sıklıkla da peritonu irite ederek akut karın tablosu gelişmesine neden olabilir (14).

Bugüne kadar safra peritonitinin tedavisi, safra yollarında oluşan travmatik sızıntının cerrahi olarak durdurulması ve karın boşluğu içine biriken safranın temizlenmesi idi. Biz, giderek sıklığının arttığını tesbit ettiğimiz ve kliniğimizde

perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) ve karaciğer biyopsisi sonrası safra peritoniti gelişen ve tedavisini nonoperatif yöntemle yaptığımız; güncel bulduğumuz 3 vakamızın ilginç tedavi yöntemi sonuçlarını takdim etmeyi uygun bulduk.

**VAKA 1:** Onbeş gündür sarılık, kaşıntı ve akolik gaita şikayeti olan 70 yaşındaki erkek hastaya 1 hafta önce PTK yapılmış. PTK sonrası kusma, şiddetli karın ağrısı, gaz ve gaita çıkaramama şikayetleri başlamış. Bir hafta boyunca semptomatik tedavi yapılan hastanın genel durumunun daha da bozulması üzerine AÜTF Gastroenteroloji Kliniğine gönderilmiş. Hastanın kliniğimizde yapılan sonografik muayenesinde karında yaygın aşit vardı ve safra kanalları ileri derecede genişlemişti. Karından alınan aspirasyon materyali safralı idi. Barsak sesleri alınamıyordu ve hasta anüride idi. Genel Cerrahi kliniği ile konsülte edilen hastanın yaşlı ve genel durumunun çok kötü olması nedeni ile cerrahi bir girişim yapılamayacağı bildirildi. Bunun üzerine periton boşluğuna biriken safranın boşaltılması gerektiğini düşünerek periton boşluğuna sonografi rehberliğinde perkütan yolla dren yerleştirmeye karar verdik. Batın sol alt kadrandan periton boşluğuna ultrason rehberliğinde lokal anestezi ile 8 Fr pig-tail katater yerleştirdik ve aspirasyonla ilk anda 2500 cc safralı mayii boşalttık. Sadece safralı asit mayinin boşaltılmasının periton iritasyonunun önlenmesinde yeterli olamayacağını düşünerek yerleştirilen perkütan katater yardımı ile periton boşluğuna periton diyaliz solüsyonu ile lavaj yapılmasına karar verdik. İki saatte bir 1000 cc periton diyaliz solüsyonu (Vacoliter-Baxter) ile lavaja başladık. Hastanın ağızdan beslenmesi kesilerek parenteral beslenmeye başlandı. Geniş spektrumlu antibiyotikler (Alfasilin 4x1 gr/gün ve Neutromycin 2x150 mg/gün) parenteral yolla verildi. İntraperitoneal antibiyotik tedavisi yapılmadı. İşlem öncesi laboratuvar tetkik sonuçları Tablo 1'de gösterilmiştir. Parenteral antibiyotik tedavisinin 10 gün süreyle devam edildi. Periton boşluğuna dren yerleştirildikten hemen sonra sonografi rehberliğinde koledoka perkütan transhepatik yolla ikinci bir dren yerleştirilerek safra drenajı yapıldı. Lavaj sıvısının rengi hemen açılmaya başladı ve tedavinin ikinci gününde tamamen normale döndü. Tedavinin birinci günü hasta

gaz ve gaita çıkarmaya başladı. Kusması kayboldu. Kan bilirubin ve lökosit değerleri tedavinin 10. gününde normale döndü. Bir hafta sonra ultrasonografik kontrolde periton boşluğundaki sıvı kaybolmuştu, dolayısıyla konulan dren çıkarıldı. Koledok alt uçtaki tam tıkanma nedeniyle koledoka perkütan ve endoskopik yolla stent yerleştirmek mümkün olmadığı için hastaya cerrahi girişimle koledoko-jejunostomi yapılarak internal safra drenajı sağlandı.

**VAKA 2:** Birbuçuk yıl önce tıkanma sarılığı nedeni ile AÜTF Genel Cerrahi kliniğinde ameliyat edilen hastaya koledok alt ucu tümörü tanısı konarak kolesistektomi + T tüpü drenajı yapılmış. Ellibeş yaşındaki erkek hasta AÜTF Gastroenteroloji kliniğine sarılık, kilo kaybı ve kaşıntı şikayetleri ile tekrar başvurdu. Sonografik muayene ile safra kanallarında genişleme tesbit edildi. Perkütan safra drenajı yapılmasına karar verildi. Drenaj öncesi PTK yapılırken hastanın derin nefes alması ile birlikte şiddetli karın ağrısı başladı. Fizik muayenede batın çok hassas rebound müsbet idi. Tekrarlanan sonografik muayenede batında serbest sıvı görüldü.

Aspirasyon sıvısı safralı idi. Hastada safra peritoniti geliştiği kabul edildi. İlk vakada periton lavajının etkili bir tedavi yöntemi olduğunu gördüğümüz için aynı tedavi yöntemini bu hastamızda uygulamayı düşündük ve sonografi rehberliğinde en çok sıvı izlenen batın sol alt kadrandan periton boşluğuna lokal anestezi ile 8 Fr pig-tail katateri yerleştirdik. İlk anda 350 cc safralı sıvı geldi. Daha sonra ilk vakamızda olduğu gibi periton diyaliz solüsyonu (Vacoliter-Baxter) ile lavaja başlandı. Ateşinin yüksek olması nedeni ile hastaya geniş spektrumlu antibiyotikler (Alfasilin 4x1 gr/gün ve Neutromycin 2x150 mg/gün) başlandı. Tedaviye 10 gün devam edildi. Periton diyaliz solüsyonu içine antibiyotik konmadı. Bir gün sonraki kontrol sonografik muayenede sağ subdiyagrafatik lokalizasyonda mayii kolleksiyonunun tesbit edilmesi üzerine buraya ikinci bir dren dana yerleştirildi. Periton lavajının 3. günü hastanın kusma ve karın ağrısının geçmesi üzerine skopi ve ultrason rehberliğinde intrahepatik safra kanallarına perkütan yolla dren yerleştirilerek eksternal safra drenajı temin edildi. Sonografik muayenede periton boşluğunda sıvı kolleksiyonu tesbit edilmediği için

tedavinin 6. gününde periton boşluğuna ve sağ subdiyafragmatik bölgeye yerleştirilen drenler çıkarıldı. Eksternal safra drenajının 4. gününde koledoka endoskopik endoprotez yerleştirilerek eksternal safra drenaj katateri çıkarıldı. Daha sonraki takiplerinde safra peritonitini düşündürecek bir bulgu kalmadığı tesbit edildi. Vaka ile ilgili laboratuvar bulguları Tablo I'de belirtilmiştir.

**Tablo I:** Tedavi öncesi hastaların laboratuvar değerleri

|                            | VAKA 1       | VAKA 2       | VAKA 3       |
|----------------------------|--------------|--------------|--------------|
| Lökosit (mm <sup>3</sup> ) | 15.000       | 11.000       | 8.000        |
| Hemoglobin (% gr)          | 10           | 11           | 13           |
| Serum bilirubin (%mg)      |              |              |              |
| direkt                     | 21           | 17           | 0.5          |
| indirekt                   | 26           | 21           | 0.8          |
| Periton sıvısında          |              |              |              |
| Total bilirubin (% mg)     | 19           | 13           | 4.0          |
| Periton sıvısı kültürü     | Üreme<br>yok | Üreme<br>yok | Üreme<br>yok |

**VAKA 3:** Kırkbeş yaşında erkek hasta 2 yıldan beri AÜTF Onkoloji Kliniğince Lenfoma tanısı ile izlenmekte iken tutulum değerlendirilmesi için yapılan karaciğer biyopsisinden 12 saat sonra şiddetli karın ağrısı, defans ve rebaund gelişmesi nedeni ile kliniğimizde muayene edildi. Yapılan aspirasyonla periton boşluğundan safralı sıvı gelmesi üzerine lokal anestezi ile sonografi eşliğinde sıvı izlenen sol alt kadrandan periton boşluğuna 8 Fr pig-tail katater yerleştirildi. İlk anda drenen aspirasyonla 300 cc safralı sıvı boşaltıldı. Daha sonra iki saatte bir 1000 cc periton diyaliz solüsyonu ile periton lavajına başlandı. Kısa süre sonra hastanın karın ağrısı ve defansı kayboldu. Kan lökosit ve bilirubin değerleri normal seyreden hastanın ateşi olmadı. Önceki hastalarda olduğu gibi bu hastaya da aynı doz ve sürede Alfasilin ve Neutromycin parenteral olarak verildi. Diyaliz solüsyonu içine antibiyotik ilave edildi. İkinci günü yapılan sonografik muayenede sağ alt kadranda drene olmayan mayii kolleksiyonu gözlemlendi. Buraya da ikinci bir dren yerleştirilerek peritoneal lavaja devam edildi. Lavajın 3. günü sonografik muayenede periton boşluğunda sıvının kaybolduğu belirlendi ve tedavinin 4. günü hastanın semptomlarının tamamen kaybolması üzerine drenler çıkarılarak tedaviye son verildi. Hastada tıkanma ikteri olmadığı için internal veya eksternal

safra drenajına gerek görülmedi. Sonraki kontrol muayenelerde hastada herhangi bir nüks tesbit edilmedi.

## TARTIŞMA

Safra peritoniti, peritonun safra ile iritasyonu sonucu gelişen klinik bir durumdur. Etiyolojisinde safra kesesi hastalıkları sonucu kesenin perforasyonu, cerrahi ve cerrahi olmayan travmalar sayılabilir (5, 9, 11, 14). PTK ve perkütan karaciğer biyopsisine bağlı safra peritoniti gelişmesi seyrek (6, 13). Tıkanma ikterli vakalarda ise bu işlemlere bağlı safra kanallarının travması ihtimalinin tıkanma ikteri olmayan vakalara göre daha yüksek oranda olduğu bildirilmiştir (2). Bunun nedeni safra kanallarında tıkanmaya bağlı artmış basıncıdır (14). Nitekim safra peritoniti gelişen vakalarımızın ikisinde tıkanma ikteri vardı. Bir çalışmada, karaciğer biyopsisi yapılan 123.000 vakanın 49'unda safra peritoniti geliştiği ve bunların 12'sinin öldüğü bildirilmiştir (7). Tıkanma ikteri olmayan, lenfomalı hastamızda ise karaciğer biyopsisi sonrası safra peritoniti gelişti.

Perkütan girişimler sonucu safra peritoniti gelişen vakaların çoğunda yanlışlıkla safra kesesinin perfor edildiği bildirilmiştir (3, 10). Karaciğer biyopsisi yapılan bir vaka ve PTK yapılan diğer bir vakamızda, fizik muayenede deride iğne giriş yerinin daha alt inter kostal aralıktan olduğu ve sonografik muayenede safra kesesinin hemen bu anormal giriş yerinin altında olduğu ve arada karaciğer dokusu olmadığı tesbit edildi. Bu bulgular, her iki hastamızda da safra peritonitinin safra kesesi perforasyonuna bağlı olabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan yapılan başka bir çalışmada PTK ya bağlı safra kanallarının travması sonucu %1.45 oranında safra peritoniti geliştiği bildirilmiştir (4). Son 3 yılda kliniğimizde 256 vakaya PTK yapıldı, bunlardan sadece bir vakamızda safra peritoniti gelişti. Safra peritoniti kliniğinde, literatürde çok hafif karın ağrısından çok ciddi akut karın ve/veya şoka kadar giden değişik tablolar bildirilmektedir (1). Hastalarımızın üçünde de ciddi akut karın semptomları vardı.

Safra peritoniti tedavisinde intravenöz beslenme, kan volümünün düzeltilmesi ve diürezin temini, antibiyotik tedavisine başlanması yanında

periton iritasyonunun ortadan kaldırılması gereklidir. Literatürde hafif semptomlarla seyreden vakaların semptomatik tedavi ile tamamen düzeldiği ve cerrahi girişime gerek kalmadığı bildirilmiştir (12). Ancak ciddi semptomları olan vakaların cerrahi tedaviyi gerektirdiği vurgulanmıştır (1, 12). Akut karınla seyreden safra peritonitli bir vakanın semptomatik tedavi yanında periton lavajı yapılarak tamamen düzeldiği bildirilmiştir (8). Bu vaka takdiminde yazarlar, periton lavajının batın travmalarına bağlı gelişen hemoperitoneum tedavisinde etkili bir yöntem olduğunu ve bu nedenle safra peritonitinde iritasyonu ortadan kaldırmak amacı ile uygulanabileceğini düşünerek vakalarında periton lavajını uygulayıp gelişen safra peritonitini başarı ile tedavi etmişlerdir. Bizde ciddi semptomlarla seyreden safra peritonitli 3 vakamızı periton lavajı ile tedavi ettik. Hastalar ortalama 4 günde tamamen düzeldi. Biz bu tedavi yöntemine ilave olarak hastalarımıza periton diyalizide yaparak peritonu irite eden safrayı süratle periton boşluğundan uzaklaştırdık. Tıkanma ikterli vakalarda periton lavajı ile birlikte safra kanallarındaki artmış basıncın azaltılması gerekir. Basıncın azaltılmadığı durumlarda perforasyon odağından devamlı sızıntı olması ve peritonitin devam etmesi kaçınılmazdır. Bu nedenle bizde tıkanma ikterli iki vakamıza perkütan transhepatik yolla diren yerleştirerek eksternal drenajı sağlayıp

artmış safra basıncını azalttık. Tıkanma ikterli vakalarda safra kanallarının dekompresyonu kuşkusuz endoskopik yöntemlerle de yapılabilir (8). Endoskopik yöntemler daha az invaziv ve kolaydır. Hasta endoskopik girişimi tolere edebiliyorsa önce bu yöntem denenmelidir. Bizim vakalarımız acil durumları nedeni ile endoskopik girişimi tolere edemedikleri için perkütan yolla safra kanallarının dekompresyonu yapılmıştır.

Bugüne kadar akut kolesistite bağlı safra kesesi perforasyonu sonucu safra peritoniti gelişen bazı vakalarımızda bu yöntemle tedavi denenmemiştir. Bu tür vakalarda perfore safra kesesinden periton boşluğundan sızan safra genellikle enfektidir ve anlatılan tedavi ile safra sızıntısının önlenmesi imkansızdır. Bu nedenle akut kolesistite bağlı safra kesesi perforasyonu gelişen safra peritonitinin tedavisinde bu tedavi yönteminin yeri olmadığı kanısındayız.

Bu çalışmamızın sonucunda; periton boşluğuna olan safra sızıntısı ister ekstrahepatik safra yollarındaki mekanik tıkanmalı vakalarda yapılan girişimlere bağlı, isterse rutin karaciğer biyopsisi sonucu olsun safrada bakteriyel bulaş olmadığı sürece yukarıda takdim ettiğimiz cerrahi olmayan tıbbi yöntem safra peritoniti tedavisinde tercih edilen en uygun yöntem olduğu kanısına eriştik.

#### KAYNAKLAR

- Ackerman NB, Sillin LF, Suresh K: Consequences of intraperitoneal bile: Bile ascites versus bile peritonitis. *Am J Surg*. 149: 244, 1985.
- Conn HO: Liver biopsy in extrahepatic biliary obstruction. *Gastroenterology*. 68: 817, 1975.
- Ellis H, Adair HM: Bile peritonitis -a report of 15 patients *Post grad Med J*. 50: 713, 1974.
- Harbin WP, Mueller RP, Ferrucci JT: Transhepatic cholangiography: Complications and use patterns of the fine needle technique. *Radiology*. 135: 15, 1980.
- Isidore Conh, JR: Bile peritonitis: *Bocus Gastroenterology*, 4. baskı 1985, WB Saunders Co. Phil., sayfa: 3808.
- Juler GL, Conroj RM, Fuelleman RW: Bile leakage following percutaneous transhepatic cholangiography with the chiba needle. *Arch Surg*. 112: 954, 1977.
- Linder J: Das risiko der perkutanen lever biopsie. *Med Klin*. 66: 924, 1971.
- MacAneny BD, Gibran NS, Braasch JW: Novel approach to iatrogenic bile peritonitis. *Surgery*. 109: 796, 1991.
- Morris JS, et al: Percutaneous liver biopsy in patients with large bile duct obstruction. *Gastroenterology*. 68: 750, 1975.
- Piccinino F, et al: Complications following percutaneous liver biopsy: a multicentre retrospective study on 68,276 biopsies. *J Hepatol*. 2: 165, 1986.
- Roslyn J, Busuttil RW: Perforation of the Gallbladder: a frequently mismanaged condition. *Am J Surg*. 137: 307, 1979.
- Ruben RA, Chopra S: Bile peritonitis after liver biopsy: Nonsurgical management of a patient with an acute abdomen: A case report with review of the literature. *Am J Gastroenterology*. 82: 265, 1987.
- Schultz TB: Fine needle biopsy of the liver complicated with bile peritonitis. *Acta Med Scand*. 199: 141, 1976.
- Taormina V, MaLean GK: Chronic bile peritonitis with progressive bile ascites: A complication of percutaneous biliary drainage, *Cardiovasc Intervent Radiol*. 8: 103, 1985.