

Nadir Bir Akut Karın Nedeni: İdiopatik Şilöz Peritonit

A Rare Cause of Acute Abdomen: Idiopathic Chylous Peritonitis
Genel Cerrahi

Başvuru: 23.07.2016
Kabul: 11.09.2016
Yayın: 29.09.2016

Adem Yüksel¹, Özkan Subaşı¹, Hamdi Taner Turgut¹, Murat Coşkun¹

¹ Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Özet

Batın içinde şilöz sıvı birikimi nadiren akut karın semptomlarına yol açabilmekte ve akut karına yol açan diğer hastalıklarla karışabilmektedir. Şilöz peritonit genellikle idiyopatiktir ve ayırıcı tanı çoğunlukla cerrahi girişim (laparotomi, laparoskopi) ile yapılabilmektedir. Bu yazıda, akut perforate apandisit ön tanısı ile acil opere edilen ve batın içinde şilöz asit dışında patoloji saptanmayan bir vakamızı sunmayı amaçladık. Bu vakada hastaya peritoneal lavaj uygulandı. Hasta, postoperatif 2. ayında sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Şilöz peritonit, Akut batın

Abstract

Effusion of chylous fluid in abdomen can rarely cause acute abdominal symptoms and mimic other diseases that cause acute abdominal pain. Chylous peritonitis is usually idiopathic and differential diagnosis usually made by surgery (laparotomy, laparoscopy). In this article, we aimed to present our case that operated for an initial diagnosis of acute perforated appendicitis and no pathology observed except chylous ascites in abdomen. Peritoneal lavage was performed to the patient in this case. Patient is under follow up in postoperative 2nd month without any problems.

Keywords: Chylous Peritonitis, Acute Abdomen

Giriş

Şilöz asit, batın içinde serbest lenfatik sıvı birikimidir. Lenfatik sistemin çeşitli nedenlere bağlı olarak hasarlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Genellikle kronik bir hadisedir ve çoğunlukla asemptomatiktir. Ancak nadir olarak lenfatik sıvının ani ekstrasvazasyonu, peritonit bulgularının eşlik ettiği akut karın ağrısına yol açabilmektedir ¹. Bu yazıda, akut perforate apandisit ön tanısı ile acil şartlarda opere edilen ve intraoperatif şilöz asit dışında başka patoloji saptanmayan bir vakamızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Yirmi bir yaşında erkek hasta, acil servise iki günden beri devam eden karın ağrısı ve bulantı şikayeti ile başvurdu. Hastanın bilinen bir hastalığı, travma ve geçirilmiş operasyon öyküsü yoktu. Fizik muayenede özellikle batın sağ alt kadranda olmak üzere batın alt kadranda hassasiyet, rebound ve defans mevcuttu. Hastanın tam kan sayımında beyaz hücre sayısı 10200/mm³ idi. C-Reaktif protein düzeyi 25,1 mg/dl idi. Diğer biyokimyasal parametrelerde özellik saptanmadı. Ayakta direkt batın grafisinde özellik yoktu. Kontrastlı tüm batın tomografisinde; apandiks çapı 8 mm olarak ölçüldü. Ayrıca batın alt kadranda olmak üzere sıvama tarzında serbest sıvı mevcuttu (Şekil 1,2).



Şekil 1 : Batın Tomografisi



Şekil 2 : Batın Tomografisi

Hasta, akut perfore apandisit olarak değerlendirilerek acil operasyona alındı. Hastaya Mc Burney insizyon yapıldı. Yapılan eksplorasyonda; batın içinde yaklaşık 150 ml kadar şilöz mayii olduğu görüldü. Bu mayiden biyokimyasal (trigliserid ölçümü) ve mikrobiyolojik inceleme için örnekler alındı. Apendiks minimal inflame ve ödemli görünümde olması nedeni ile apendektomi yapıldı. Ardından insizyon kısmen genişletilerek ince barsaklar ileoçekal valvden yaklaşık 250 cm proksimale doğru eksplore edildi. Herhangi bir özellik saptanmadı. Ancak sağ parakolik alanda şilöz karakterde mayii birikimi olduğu görüldü. Batın içi yaklaşık 3000 ml izotonik sıvı ile yıkandı. Rektovezikal alana uzanacak şekilde batın dreni yerleştirilerek operasyon sonlandırıldı. Batın içi mayinin

mikrobiyolojik analizinde patoloji saptanmadı. Mayinin biyokimyasal incelemesinde trigliserid düzeyi 753 mg/dl olarak değerlendirildi. Hastanın postoperatif takipleri stabil seyretti. Postoperatif 1.gün batın dreninden yaklaşık 100 ml kadar şilöz karakterde mayii drenajı olduğu görüldü. Batın dreninden şilöz drenaj postoperatif 4. güne kadar azalarak devam etti ve kesildi. Kontrol ultrasonografide batın içi serbest sıvı saptanmaması üzerine postoperatif 5. gün batın dreni çekildi ve düşük yağ içerikli diyet önerileri ile hasta taburcu edildi. Postoperatif 2. ayında hasta sorunsuz olarak takip edilmektedir.

Tartışma

Şilöz asit, trigliseridden zengin süt veya krema karakterinde lenfatik sıvının batın içinde toplanmasıdır². Şilöz asit, tüm hastane yatışlarının 1/20000 ini oluşturmaktadır³.

Yüz kırk hastayı içeren bir çalışmada, şilöz asit saptanan hastaların yetişkinlerde %21, çocuklarda ise %14 oranında görüldüğü bildirilmiştir⁴.

Şilöz asit etyolojisinde birçok neden mevcuttur. Batı toplumunda en sık nedenler, batın içi malignite ve sirozdur. Doğu toplumu ve gelişmekte olan ülkelerde en sık nedenler ise tüberkülozis veya filaryazis gibi enfeksiyöz hadiselerdir. Bunların dışında şilöz asit konjenital, inflamatuvar (radyasyon, pankreatit, retroperitoneal fibrozis v.s), postoperatif, travmatik nedenlere bağlı ortaya çıkabilir⁵.

Lenfatik sıvının ani ekstrevasyonu ile akut batın bulgularının eşlik ettiği akut şilöz peritonit genellikle idiopattiktir. Yapılan bir derlemede, akut şilöz peritonit vakalarının %56 sının idiopatik, %22 sinin çeşitli hastalıklara bağlı lenfatik obstrüksiyon, %12 sinin travma ve %10 unun mezenterik kist rüptürüne bağlı geliştiği bildirilmiştir⁶.

Bizim vakamızda da herhangi bir etyolojik neden bulunamadı ve idiopatik olarak değerlendirildi.

Kronik şilöz asit genellikle ağrısız batın distansiyonu şeklinde bulgu vermektedir. Buna ilave olarak non spesifik karın ağrısı, kilo kaybı, iştahsızlık, diare, steatore, ödem, lenfadenopati ve gece terlemesi gibi semptom ve bulgular ortaya çıkabilir⁵. Akut şilöz peritonit nadir karşılaşılan bir durumdur ve iştahsızlık, bulantı, kusma, karın ağrısı gibi semptomlar görülebilmektedir. Karın ağrısı ve fizik muayene bulguları en sık sağ alt kadranda lokalize olmaktadır⁶. Bu nedenle klinik pratikte akut apandisit ile karışabilmektedir⁷⁻⁹. Bizim vakamızda da, karın ağrısı sağ alt kadranda lokalize ve fizik muayenede özellikle sağ alt kadranda peritoneal irritasyon bulguları mevcuttu.

Akut apandisit ayırıcı tanısında, rutin laboratuvar testleri yeterli olmamaktadır. Beyaz hücre sayısı yükselebilir ancak diğer sonuçlar nonspesifiktir¹.

Radyolojik tetkiklerden batın tomografisi, intraabdominal kitle veya patolojik lenf nodlarının tespitinde, karın içindeki sıvının lokalizasyonu ve yaygınlığı hakkında bilgi verebilir. Diğer radyolojik tetkikler, lenfanjiografi ve lenfosintigrafi, dilate lenfatiklerden kaçığı, fistülizasyonu ve duktus torasikusun durumunu değerlendirmede yardımcı olabilir. Ancak akut batın semptomları ile karşımıza çıkan vakalarda bu testlerin kullanımı sınırlıdır. Preoperatif dönemde akut şilöz peritonit tanısında, en önemli tanı yöntemi parasentezdir. Şilöz sıvının süt veya krema görünümünde olması karakteristiktir. Bunun dışında sıvı içeriğindeki trigliserid düzeyinin, plazma trigliserid düzeyinden 2-8 kat yüksek olması şilöz asit tanısı için diagnostiktir⁴.

Kronik şilöz asit tedavisinde, yüksek protein-düşük yağ içerikli diyet önerileri, total parenteral nutrisyon, somatostatin ve oktreotid tedavisi veya cerrahi gibi tedavi seçenekleri mevcuttur. Ancak tedavinin temelini altta yatan patoloji belirlemektedir¹⁰.

Akut karın bulguları ile ortaya çıkan akut şilöz peritonit olgularında, laparotomi veya laparoskopi en önemli tanı ve tedavi seçeneğidir¹¹⁻¹³.

Batın eksplorasyonunda, lenfatik kaçak lokalize edilebilirse primer sütürasyon yeterli ve güvenli bir seçenektir. Bunun dışında, lenfatik kaçağın ve altta yatan ek patolojinin saptanmadığı vakalarda peritoneal lavaj etkin bir tedavi seçeneğidir^{12,13}.

Bizim vakamızda da altta ek patoloji saptanmayan hastada peritoneal lavaj uygulandı. Postoperatif takibinin 2. ayında olan hastada nüks veya ek bir problem gözlenmedi.

Sonuç olarak, akut sağ alt kadran ağrısı etyolojisinin nadir bir sebebi de akut şilöz peritonittir. Tedavisi altta yatan patolojiye yöneliktir. İdiopatik olgularda peritoneal lavaj yeterli ve güvenli bir tedavi seçeneğidir.

Referanslar

1. Thompson PA, Halpern NB, Aldrete JS. Acute chylous peritonitis. J Clin Gastroenterol. 1981;3 Suppl 1:51-5.
2. Frick E, Scholmerich J. Etiology, diagnosis and management of noncirrhotic ascites. In: Arroyo V, Gine`s P, Rode`s J, Schrier RW, eds. Ascites and renal dysfunction in liver disease. Malden: Blackwell Science, 1999:116–25.
3. Press PW, Press NO, Kaufman SD. Evaluation and management of chylous ascites. Ann Intern Med. 1982; 96: 358–365.
4. Vasko JS, Tapper RI. The surgical significance of chylous ascites. Arch Surg. 1967 Sep;95(3):355-68.
5. Cárdenas A, Chopra S. Chylous ascites. Am J Gastroenterol. 2002 Aug;97(8):1896-900. Review.
6. Krizek TJ, Davis JH. Acute chylous peritonitis. Arch Surg. 1965; 91: 253–62.
7. Fazili FM, Khawaja FI. Acute chylous peritonitis simulating acute appendicitis: A case report and review of the literature. Ann Saudi Med. 1999;19(3):236-8.
8. Fang FC, Hsu SD, Chen CW, Chen TW. Spontaneous chylous peritonitis mimicking acute appendicitis: a case report and review of literature. World J Gastroenterol . 2006; 12: 154-6.
9. Hardy SC, Yu A, Fieldman NR. Acute chylous effusion with peritonism. Eur J Surg. 1992 Sep;158(9):511-2. Review.
10. Aalami OO, Allen DB, Organ CH Jr. Chylous ascites: a collective review. Surgery. 2000 Nov;128(5):761-78. Review.
11. Sanna A, Adani GL, Anania G, Donini A. The role of laparoscopy in patients with suspected peritonitis: experience of a single institution. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2003;13(1):17-9.
12. Ozgüç H, Narmanlı M, Keskin MK. Acute chylous peritonitis: Report of a case. Int J Surg Case Rep. 2013;4(4):419-21.
13. Tolan HK, et al. Primary chylous peritonitis presenting with acute abdomen. CausaPedia. 2015;4: 1312.