

Kolanjit

Dr. Öğr. Üyesi Ertan EMEK

Ana Konular

- ▶ Epidemiyoloji
- ▶ Patogenez
- ▶ Klinik Gidiş
- ▶ Tanı
- ▶ Tedavi

Akut kolanjit safra yollarının sıklıkla tıkanıklık sonucu enfeksiyon ve enflamasyonu ile karakterize klinik bir tablodur. Hafif şiddetten multiorgan yetmezlikleri ve ölümlerle sonuçlanabilecek kadar geniş bir klinik yelpazede görülebilir. Tedavi edilmediği takdirde klinik kötüleşme çabuk geliştiğinden etiyo-lojiye yönelik tanısal girişimleri ve tedavileri hızla yapmak gerekmektedir

EPİDEMİYOLOJİ

Hastalık beşinci ve altıncı dekatlarda daha sık görülür ve yaşla birlikte görülme sıklığı da artar. Ülkelere göre primer etiyo-loji değişirse de en sık safra kesesi taşlarının koledoka ilerlemesi sonucu oluşan obstrüksiyon nedeniyle görülür. Tümöral obstrüksiyon zemininde gelişen kolanjitlerde ise tablo daha az gürültülü olup, akut kolanjit kliniği tümörlere yapılan girişimsel müdahalelerle birlikte artar. Taş ve tümör dışında ise etiyo-lojide otoimmün hastalıklar, geçirilmiş safra yolu cerrahileri ve girişimleri suçlanabilir.

PATOGENEZ

Duodenum ile olan anatomik ilişkisine rağmen koledok ve intrahepatik safra yolları genellikle bakteriyel flora açısından sterilidir. Akut kolanjit

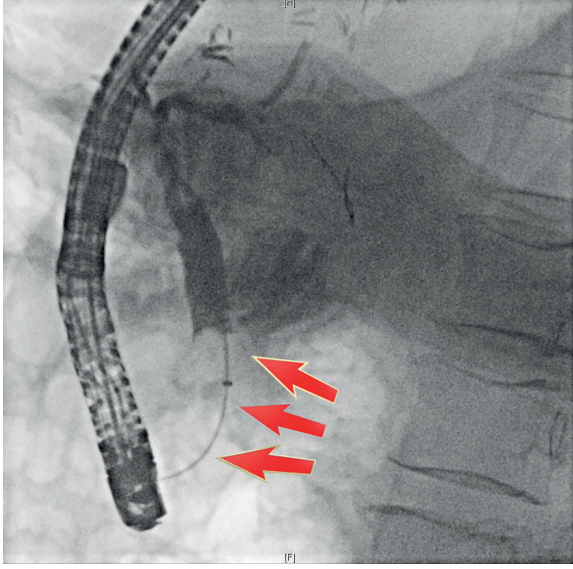
geliştiğinde, safranın ve safra kanallarının kendilerinin enfekte hale gelmesi hematojen yolla değil, sıklıkla duodenumdan yukarı çıkan asendan enfeksiyon nedeniyle olur. Safra yollarında obstrüksiyon oluşması kolanjit için kritik bir öneme sahiptir. Safra kesesi kaynaklı koledok taşları, safra kesesi taş ve enfeksiyonları ile safra yolları tümörleri ana obstrüksiyon nedenleridir (Tablo 1).

TABLO 1.

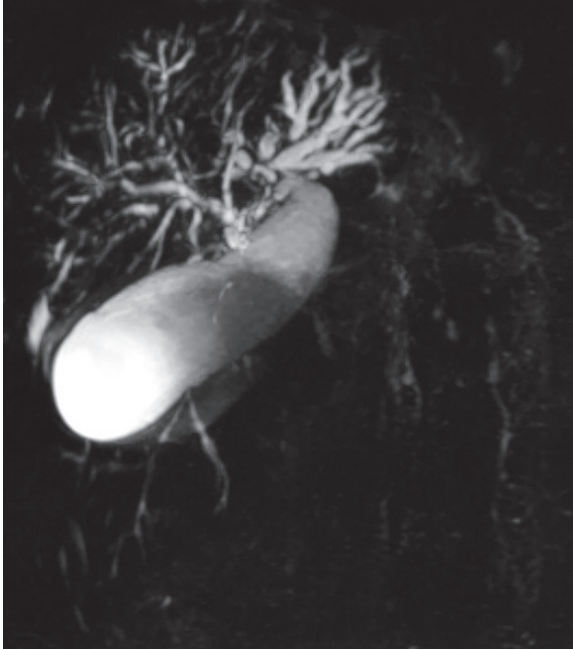
Kolanjit Sebepleri

| | |
|-----------------|--|
| Benign Sebepler | Koledok taşları (primer, sekonder) Pankreatit ve pankreatik psödokist Mirizzi Sendromu (safra kesesi taşının transmural koledoka baskısı /fistül olması) Koledok kistleri Biliyer darlıklar (benign, rekürren, iyatrojenik, primer sklerozan kolanjit) |
| Malign Sebepler | Periampuller kanserler Safra yolu kolanjiokarsinomlar Diğer karsinomların bölgeye metastazları Lenfoma |

Taş ya da tümör olmaksızın gelişen benign safra yolu darlıkları (eski taş pasajı sekeli olarak), safra yollarına yapılmış endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERKP) ve perkutan transhepatik



Resim 1. Distal koledok taşı ERKP görüntüsü (oklar)



Resim 2. Primer sklerozan kolanjitte hiler darlık MRKP görüntüsü

birakıldığı ve kolanjit riski çok arttığı için PTK ile drenaj (eksternal ya da internal) sağlanmalıdır.

Cerrahi

Her iki yönteminde başarısız olduğu durumlarda *cerrahi drenaj* denenmeli, ancak mortalite ve morbiditenin (yara enfeksiyonu, sepsis, kanama) %10-40 aralığında olabileceği hatırlanmalıdır. Cerrahi yapılırken temel amaç stazı gidermek olmalı, cerrahi öncesi tanı karmaşası olmamalıdır.

Kolanjit sebebi koledok taşı ise, *kolesistektomi* ile birlikte *koledokotomi*, *taş ekstraksiyonu* ve *T-tüp drenaj* yeterli tedaviyi sağlarken, rekürren kolanjitli bir primer sklerozan kolanjit hastasında safra yolunu drene edecek Roux ansı ile yapılan *hepatikojejunostomi/koledokojejunostomi* gibi daha kompleks biliyer diversiyon (saptırma) gerekli olabilir.

Öte yandan tanısız tetkiklerde periampuller ya da perihiler (Klatskin tümörü; hiler kolanjiokarsinom) tümör şüphesi varsa, bu hastaların tedavisi sırasıyla *pankreatoduodenektomi* (Whipple ameliyatı) ve safra yolu rezeksiyonu ile birlikte karaciğer rezeksiyonu (hepatektomi, santral rezeksiyon vb.) gerektireceğinden cerrahi planlaması çok daha dikkatli ve zamanında yapılmalıdır. Yüksek bilirubin düzeyli (15mg/dL üzerinde), karaciğer fonksiyon testleri bozulmuş (AST ve ALT 150 IU üzerinde) hastalarda majör cerrahi girişim tercihen yeterli drenaj sonrasında ertelenmeli böylelikle septik komplikasyonlar ve mortaliteden kaçınılmalıdır.

Akut kolanjit mortalite ve morbiditeye sahip, kolestazla giden klinik bir tablodur. Hastalar sepsis komplikasyonlarına ve multiorgan yetmezliğine açıktır. Tetkik ve tedavi aşamasında bu göz önünde bulundurulmalı, yeterli sıvı replasmanı, uygun antibiyoterapi ve minimal invaziv tekniklerle safra drenajı sağlanması tedavinin temelini oluşturmaktadır. Cerrahi, diğer girişimsel yöntemler yetersiz kaldığında ya da alta yatan etkeni çözemediğinde endikedir.

Kaynaklar

Hirota M, Tadahiro T, Kawarada Y, et al: Tokyo guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis, J Hepatobiliary Pancreat Surg.
Van Delden OM, Lameris JS: Percutaneous drainage

and stenting for palliation of malignant bile duct obstruction, Eur Radiol 18:448-456

Current Surgical Therapy 11th Ed. Percutaneous management of residual bile duct stones through T-tube tract

after cholecystectomy: A retrospective analysis of 89 patients OzcanaG.Kahriman O.Karabiyik H.Donmez E.Emek. Diagn Interv Imaging. 2017 Feb;98(2)