



AKUT KOLANJİT



Dr. Özlem Dikme

Tanım Ateş, sarılık ve karın ağrısı ile karakterize biliyer kanal enfeksiyonudur.

Etiyoloji Primer neden biliyer tıkanıklık, biliyer kanal taşı (%28-70), stenoz (%5-28) ve malignite (%10-57) sonucu oluşur. Sekonder olarak da duodenumdan asendan yayılım ya da portal venden hematojen yayılım sonucu gelişebilir.

Etkenler En sık nedeni gram negatif (E. coli %25-50, Klebsiella türleri %15-20 ve Enterobakter türleri %5-10) ve gram pozitif (Enterokok türleri %10-20) bakterilerdir. Anaerop bakteriler (Bacteroides, Clostridia) nadirdir ve sıklıkla tekrarlayan ya da cerrahi sonrası gelişen kolanjitlerde miks enfeksiyonlar olarak karşımıza çıkar.

Klinik Klasik klinik ateş, karın ağrısı ve sarılık (Charcot triadı) hastaların %50-75'inde görülür. Bilinç değişikliği ve hipotansiyonun eklenmesi ile Reynolds pentadı olarak tanımlanır, yüksek kalıcı hasar ve ölüm oranı yüksektir.

Laboratuvar Nötrofil ağırlıklı beyaz kan hücrelerinde (WBC) artış, kolestatik paterne yönelik transaminazlarda (AST, ALT) artış, serum alkalin fosfataz (ALP), gamma-glutamil transpeptidaz (GGT) ve bilirubin konsantrasyonlarında artışı içerir.

Tanı Kriterleri 2013 Tokyo kolesistit ve kolanjit yönetim klavuzunda; ateş ve/veya üşüme titreme ya da inflamatuvar yanıtın laboratuvar kanıtı (artmış WBC, artmış CRP gibi) bulgularından en az birisinin varlığına sarılık ya da anormal karaciğer enzimlerinin (ALP, GGT, AST, ALT yüksekliği) varlığının eklenmesi ile tanıyı kesinleştirmek için ise hastada görüntüleme ile ek olarak biliyer dilatasyonun saptanması ve/veya etiyolojinin saptanması (darlık, taş, stent) kriterlerinde birisinin olması gerekmektedir.

Görüntüleme Ultrasonografi (USG) ilk basamaktır, ancak küçük taşlar için yetersiz kalabilir. Bu durumda Manyetik Rezonans Kolanjio-Pankreatografi (MRCP) önerilir. Hasta MR ile görüntülemeyi engelleyecek bir duruma sahip ise Endoskopik Retrograde Kolanjio-Pankreatografi (ERCP) önerilmektedir. Gebelik ya da ERCP ile yüksek komplikasyon riski bulunması durumunda ise endoskopik USG tercih edilebilir.

Acil Servis Yönetimi Hava yolu, solunum, dolaşım değerlendirilerek monitörize izlem yapılmalıdır. Damar yolu açılarak kan kültürlerini de içerecek şekilde tetkikleri alınmalı ve kristalloid solüsyonlar ile sıvı tedavisi başlanmalıdır.

Acil Serviste Yatış Endikasyonları Akut kolanjit şüphesi olması hastanın yatarak takibini gerektirir. Sepsis ihtimali açısından yakın takibe alınmalı, kolonik bakteri grubunu kapsayacak bir ampirik antibiyoterapi başlanmalı ve biliyer drenaj ihtiyacı için ERCP uygulanabilecek bir merkezde yatışı sağlanmalıdır. Antibiyotik seçiminde bir görüş birliği bulunmamakla birlikte; geniş spektrumlu kolonik bakteri grubuna etkili ve lokal direnç durumları gözeticilerle seçilmelidir. Tek başına beta-laktam içeren rejimlerin ampisilin/gentamisin birlikte uygulanan rejimler kadar etkili olduğu yine florokinolonların yüksek biliyer atılımı sahip olması nedeniyle tek başına siprofloksasin tedavisinin seftazidim, ampisilin, metronidazol tedavisi kadar başarılı olduğuna dair yayınlar bulunmaktadır. Hastaların %70-80'inde antibiyoterapiye yanıt alınmakta akut dönemde biliyer drenaj ihtiyacı olmamaktadır. Ancak devam eden karın ağrısı, yeterli resüsitasyona rağmen devam eden hipotansiyon, 39°C ve üzerinde seyreden ateş ve bilinç değişikliği durumlarında hastalarda acil ERCP ile biliyer drenaj uygulanması gerekeceği unutulmamalıdır.

Kaynaklar

1. Brady WF, Aufderheide TP, Tintinalli JE. Chapter 85, Cholecystitis and Biliary Colic. Section 9, Gastrointestinal Emergencies. In: Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 6th edition, Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds), 2004, Mc-Graw-Hill, pp:561-566.
2. Wheatley MA, Heilpern KL. Chapter 28, Jaundice. In: Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Marx J, Hockberger R, Walls R (eds), 2014, Elsevier, pp:232-237.
3. Afdhal NH. Acute cholangitis. https://www.uptodate.com/contents/acute-cholangitis?source=search_result&search=cholangitis&selectedTitle=1~150#H14