

## Yoğun Bakımda Safra Yolları ve Pankreas Hastalıkları

Batuhan BAŞPINAR<sup>1</sup>

### | Akut Kolanjit

Gastroenteroloji pratiğinde yoğun bakım takibi gerektiren en sık biliyer patoloji akut kolanjittir. Akut kolanjit, safra yollarının enfeksiyonu olarak kısaca tanımlanabilir. Patofizyolojisinde safra stazı oluşturan etiolojik faktör varlığında mikroorganizmaların duodenumdan safra yollarına asendan yayılımı suçlanmıştır. Bunun yanında, safra stazını takiben intrabilyer basıncın artmasıyla safra yollarının geçirgenliğinin de artması, dolayısıyla mikroorganizmaların portal dolaşımdan safra yollarına translokasyonu da suçlanmıştır. Akut kolanjit hastalarında izole edilen başlıca mikroorganizmalar şu şekildedir: E coli (%25 ila 50), Klebsiella (%15 ila 20), Enterococcus türleri (yüzde 10 ila 20, gram pozitif) ve Enterobacter türleri (%5 ila 10) (1, 2).

Asendan yayılımla enfeksiyona zemin hazırlayan etiolojik faktörler (3):

- Biliyer taşlar (%28 ila 70)
  - Mirizzi sendromu
- Benign biliyer darlıklar (%5 ila 28)
  - Kronik pankreatite sekonder
  - Primer veya sekonder sklerozan kolanjit
  - Anastomoz darlıkları
  - Biliyer yaralanmalar

<sup>1</sup> Uzm. Dr., Kilis Prof. Dr. Alaeddin Yavaşca Devlet Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, batuhanbaspinar@gmail.com, 0000-0003-3143-2642

### *Hipertrigliseridemi*

Trigliserit düzeylerinin 500 mg/dL'nin altında tutulması klinik iyileşmeyi hızlandırır. Bu hastalarda yukarıda belirtilen genel öneriler ve sıvı tedavisine ek olarak trigliserit seviyeleri <1000 mg/dL olana kadar diyet yağı ciddi şekilde (<%5 yağ oranı) kısıtlanmalıdır. Lipid aferezinin etkinliği yönünde farklı sonuçlar gösteren çalışmalar olmakla birlikte lokal deneyime bağlı olarak şiddetli pankreatit vakalarında kullanımı devam etmektedir. İnsülin infüzyonu da trigliserid düzeylerini düşürmekte yardımcıdır. Nüksün önlenmesi sekonder nedenler ortadan kaldırılmalı, lipid düzeyleri antilipidemik (Gemfibrozil vb) ilaçlarla kontrol altına alınmalıdır.

### *Hiperkalsemi*

Genel önerilere ek olarak serum kalsiyum düzeyleri normal seviyeye indirilmeli (hidrasyon, bisfosfonat, steroid vb tedavilerle) ve altta yatan etiyojiye yönelik tedavi planlanmalıdır.

## **| Kaynaklar**

1. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):31-40.
2. van den Hazel SJ, Speelman P, Tytgat GN, Dankert J, van Leeuwen DJ. Role of antibiotics in the treatment and prevention of acute and recurrent cholangitis. *Clin Infect Dis.* 1994;19(2):279-86.
3. Kiriyaama S, Kozaka K, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gabata T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholangitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):17-30.
4. Ahmed M. Acute cholangitis - an update. *World J Gastrointest Pathophysiol.* 2018;9(1):1-7.
5. Singh A, Mann HS, Thukral CL, Singh NR. Diagnostic Accuracy of MRCP as Compared to Ultrasound/CT in Patients with Obstructive Jaundice. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(3):103-7.
6. Meeralam Y, Al-Shammari K, Yaghoobi M. Diagnostic accuracy of EUS compared with MRCP in detecting choledocholithiasis: a meta-analysis of diagnostic test accuracy in head-to-head studies. *Gastrointest Endosc.* 2017;86(6):986-93.
7. Qureshi WA. Approach to the patient who has suspected acute bacterial cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2006;35(2):409-23.
8. Esposito I, Kubisova A, Stiehl A, Kulaksiz H, Schirmacher P. Secondary sclerosing cholangitis after intensive care unit treatment: clues to the histopathological differential diagnosis. *Virchows Arch.* 2008;453(4):339-45.
9. Gelbmann CM, Rümmele P, Wimmer M, Hofstädter F, Göhlmann B, Endlicher E, et al. Ischemic-like cholangiopathy with secondary sclerosing cholangitis in critically ill patients. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(6):1221-9.
10. Leonhardt S, Veltke-Schlieker W, Adler A, Schott E, Hetzer R, Schaffartzik W, et al. Trigger mechanisms of secondary sclerosing cholangitis in critically ill patients. *Crit Care.* 2015;19(1):131.

11. Martins P, Verdelho Machado M. Secondary Sclerosing Cholangitis in Critically Ill Patients: An Underdiagnosed Entity. *GE - Portuguese Journal of Gastroenterology*. 2020;27(2):103-14.
12. Behari A, Kapoor VK. Asymptomatic Gallstones (AsGS) - To Treat or Not to? *Indian J Surg*. 2012;74(1):4-12.
13. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):41-54.
14. Kanafani ZA, Khalifé N, Kanj SS, Araj GF, Khalifeh M, Sharara AI. Antibiotic use in acute cholecystitis: practice patterns in the absence of evidence-based guidelines. *J Infect*. 2005;51(2):128-34.
15. Forsmark CE, Baillie J. AGA Institute technical review on acute pancreatitis. *Gastroenterology*. 2007;132(5):2022-44.
16. Chua TY, Walsh RM, Baker ME, Stevens T. Necrotizing pancreatitis: Diagnose, treat, consult. *Cleve Clin J Med*. 2017;84(8):639-48.
17. Dupuis CS, Baptista V, Whalen G, Karam AR, Singh A, Wassef W, et al. Diagnosis and management of acute pancreatitis and its complications. *Gastrointestinal Intervention*. 2013;2(1):36-46.
18. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*. 2013;62(1):102-11.
19. Marshall JC, Cook DJ, Christou NV, Bernard GR, Sprung CL, Sibbald WJ. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome. *Crit Care Med*. 1995;23(10):1638-52.
20. Ranson JH, Rifkind KM, Roses DF, Fink SD, Eng K, Spencer FC. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1974;139(1):69-81.
21. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. APACHE II: a severity of disease classification system. *Crit Care Med*. 1985;13(10):818-29.
22. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest*. 1992;101(6):1644-55.
23. Wilson J, Zarabi S. BET 1: SIRS criteria as a way of predicting mortality in acute pancreatitis. *Emerg Med J*. 2017;34(9):621-2.
24. Wu BU, Johannes RS, Sun X, Tabak Y, Conwell DL, Banks PA. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study. *Gut*. 2008;57(12):1698-703.
25. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(9):1400-15; 16.
26. Balthazar EJ, Robinson DL, Megibow AJ, Ranson JH. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis. *Radiology*. 1990;174(2):331-6.
27. Crockett SD, Wani S, Gardner TB, Falck-Ytter Y, Barkun AN. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2018;154(4):1096-101.
28. de-Madaria E, Buxbaum JL, Maisonneuve P, García García de Paredes A, Zapater P, Guilabert L, et al. Aggressive or Moderate Fluid Resuscitation in Acute Pancreatitis. *New England Journal of Medicine*. 2022;387(11):989-1000.
29. de-Madaria E, Herrera-Marante I, González-Camacho V, Bonjoch L, Quesada-Vázquez N, Almenta-Saavedra I, et al. Fluid resuscitation with lactated Ringer's solution vs normal saline in acute pancreatitis: A triple-blind, randomized, controlled trial. *United European Gastroenterol J*. 2018;6(1):63-72.