

38

Akut Kolanjit

Oğuzhan ÖZTÜRK
Kamil ÖZDİL

GİRİŞ

Akut kolanjit, çoğu durumda ortak safra kanalı tıkanıklığı varlığında duodenumdan koledoka çıkan bakterilerin neden olduğu safra kanallarında iltihaplanma ile karakterize sistemik bir durumdur (1). Bilinen ilk tanımı 1877’de Jean Martin Charcot tarafından Paris Tıp Fakültesinde yapılmıştır ve günümüzde de klinik tanı, Charcot’un üçlüsüne (ağrı, ateş, sarılık) dayanır (2).

En yaygın neden safra yollarının safra kesesi taşları tarafından tıkanmasıdır. Ancak benign veya malign nedenlere bağlı stenozlar, tıkalı safra stentleri, dış kompresyon veya safra kanalının parazitik kolonizasyonu ile de ortaya çıkabilir (3).

PATOFİZYOLOJİ VE ETİYOLOJİ

Akut kolanjitin patofizyolojisi iki ana olayla açıklanmaya çalışılmıştır. Birincisi, safra yolunun bir engelle tıkanması, safranin enterohepatik dolaşımının durmasına ve intraduktal basıncın artmasına yol açar. Artan intraduktal basınç; biliyer sekresyonda değişikliklerle birlikte bilio-venöz ve bilio-lenfatik reflü meydana getirir. İkincisi de normalde steril olan safrada meydana gelen bakteriyel proliferasyondur. İki olası kontaminasyon kaynağı vardır. Assendan yolla (duodenal flora kaynaklı) veya hematojen (portal venöz kan) yolladır (4,5). Artan intraduktal basınç daha sonra bilio-venöz bakteriyel translokasyona yol açar.

Etiyolojik olarak en sık neden ortak safra kanalı taşları olmakla birlikte diğer nedenler de gittikçe daha sık görülür hale gelmektedir. Maligniteler (özellikle 50 yaş üzeri bireylerde), primer sklerozan kolanjit (PSK), assendan kolanjit (endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi vakaları), plastik ve metalik stent tıkanmaları diğer sık nedenleri oluşturmaktadır (2,6) (Şekil 1).

TANI

Akut kolanjitin tanısı; anamneze, sistemik inflamasyon ve kolestazın klinik ve laboratuvar kanıtlarına ve tanısal görüntüleme bulgularına dayanır.

Eğer hastada apse gelişimi de varsa ve özellikle 5 cm de büyükse apse drenajı da sağlanmalı ve antibiyoterapi süresi 4-6 haftaya kadar uzatılmalıdır (13).

SONUÇ

Sonuç olarak akut kolanjitin prognozu gelişen tanı ve girişimsel işlemler nedeniyle genellikle iyi seyretmektedir. Şiddetli vakalarda 30 günlük mortalite ortalama %2,6-5 düzeyindedir. Prognozu etkileyen en önemli etkenler hastalığın şiddeti (sepsis, şok ve hipoalbuminemi varlığı), altta yatan sebepler (malignite, taş veya diğer benign nedenler) ve tedavinin (antibiyoterapi-nin+biliyer drenaj) erken sağlanmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Kiriyaama S, Kozaka K, Takada 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.
2. Sokal A, Sauvanet A, Fantin B, de Lastours V. Acute cholangitis: diagnosis and management. *J Visc Surg.* 2019;156(6):515-525.
3. Mosler P. Management of acute cholangitis. *Gastroenterol Hepatol (N Y).* 2011;7(2):121-123.
4. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007;14(1):15-26.
5. Sung JY, Costerton JW, Shaffer EA. Defense system in the biliary tract against bacterial infection. *Dig Dis Sci.* 1992;37(5):689-696.
6. Mukai S, Itoi T, Baron TH, et al. Indications and techniques of biliary drainage for acute cholangitis in updated Tokyo Guidelines 2018. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(10):537-549.
7. Miura F, Okamoto K, Takada T, 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.
8. Agarwal N, Sharma BC, Sarin SK. Endoscopic management of acute cholangitis in elderly patients. *World J Gastroenterol.* 2006;12(40):6551-6555.
9. Sulzer JK, Ocun LM. Cholangitis: Causes, diagnosis, and management. *Surg Clin North Am.* 2019;99(2):175-184.
10. Yokoe M, Hata J, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):41-54.
11. Kiriyaama S, Takada T, Hwang TL, et al. Clinical application and verification of the TG13 diagnostic and severity grading criteria for acute cholangitis: an international multicenter observational study. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(6):329-337.
12. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):3-16.
13. Rossi G, Lafont E, Gasperini L, et al. Abcès hépatiques [Liver abscess]. *Rev Med Interne.* 2016;37(12):827-833.