

## 41

## Akut Biliyer Sistem Enfeksiyonları

Ramazan Erdem ER  
Tankut KÖSEOĞLU

## AKUT BAKTERİYEL ENFEKSİYONLAR

*Akut kolanjit* biliyer sistemde benign ya da malign bir sebebe bağlı meydana gelen tıkanıklık sonucu oluşan enfeksiyondur. Bu tıkanıklık biliyer sistemde basıncın artmasına ve mikroorganizmaların ya da endotoksinlerin sistemik dolaşıma karışmasına neden olur. Bu durum sistemik inflamatuvar yanıtı tetikler. *Akut kolesistit* ise safra kesesi boynu ya da sistik kanalda herhangi bir sebeple oluşan tıkanıklık sonucu ortaya çıkan safra kesesi enfeksiyonudur. Akut kolanjit ve kolesistitte antibiyotik tedavisi ve basıncı düşürecek tedaviler planlanmazsa mortalite riski çok yüksektir (1,2). Bu nedenle mevcut kliniğin değerlendirilerek uygun tedavilerin hızlı bir şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Septik şoklu hastalar için uygun antimikrobiyal tedavi ilk bir saat içinde uygulanmalıdır. Septik şokta olmayan diğer hastalar için tedavi ise tanıdan sonraki ilk 6 saat içinde başlanmalıdır. Tokyo 2018 kılavuzuna göre tanımlanan akut kolanjit ve kolesistit tanı kriterleri Tablo 1 ve 2’de gösterilmiştir (3, 4).

## MİKROBİYOLOJİK ETKENLER

Biliyer sistem enfeksiyonlarında en sık karşılaşılan etkenler gram negatif bakteriler olup en fazla izole edilen etken *Escherichia coli*’dir. İkinci sırada ise *Klebsiella* gelir. Gram pozitif bakteriler içinde ise en sık karşılaşılan etken *Enterokok*lardır. Safra kültüründen izole edilen etkenler Tablo 3’te gösterilmiştir (5,6).

Biliyer sistem enfeksiyonlarında safra, kan ya da safra kesesi doku örnekleri kültür için değerlendirilebilecek örneklerdir. Akut kolanjitte safra örneğinden yapılan kültürde pozitiflik %28-93 arasında değişmektedir. Bu oran akut kolesistitte safra ya da safra kesesi doku örneğinde %29-54’tür. Kan kültüründe pozitiflik oranı safra kültürüne göre daha düşüktür. Bu oran akut kolanjitte %21-71, akut kolesistitte %7,7-15,8 oranındadır (5). Her hastadan rutin kan kültürü alınmanın akut biliyer enfeksiyonlardaki yararı tam olarak gösterilememiş olsa da olası mikroorganizmayı tespit etmek ve o bölgenin direnç profilinin anlaşılması açısından kan kültürü alınması

rişimsel profilaksi - optimal olarak cerrahi perkütan tedaviden en az 3 gün önce başlanmalı ve komplikasyonsuz vakalarda tedaviden sonra 3-8 hafta, komplike vakalarda ise 3-6 ay sürdürülmelidir (Albendazol ağızdan, 10-15 mg / kg / gün dozunda, ikiye bölünmüş dozda, biyoyararlanımını artırmak için yağdan zengin bir öğünle birlikte).

## KAYNAKLAR

1. Tan M, Schaffalitzky de Muckadell OB, Laursen SB. Association between early ERCP and mortality in patients with acute cholangitis. *Gastrointest Endosc.* 2018;87(1):185-192.
2. Lee SO, Yim SK. Management of acute cholecystitis. *Korean J Gastroenterol.* 2018; 25;71(5):264-268.
3. Kiriya 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.
4. 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.
5. 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.
6. Gomi H, Takada T, Hwang TL, et al. Updated comprehensive epidemiology, microbiology, and outcomes among patients with acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(6):310-318.
7. OğuzVA, Baykam N, Sökmen S, et al. İntra-abdominal enfeksiyonlar için öneriler "Uzlaş Raporu". *Mediterr J Infect Microb Antimicrob* 2016;5:7
8. Koksall I, Yılmaz G, Unal S, et al. Epidemiology and susceptibility of pathogens from SMART 2011-12 Turkey: evaluation of hospital-acquired versus community-acquired urinary tract infections and ICU- versus non-ICU-associated intra-abdominal infections. *J Antimicrob Chemother.* 2017;72(5):1364-1372.
9. Lim JH, Kim SY, Park CM. Parasitic diseases of the biliary tract. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188(6):1596-1603.
10. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, Chung RT, Rubin DT, Wilcox CM. *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 11th ed.* Philadelphia: Elsevier;2020, p. 1861-1862
11. Khuroo MS, Zargar SA, Mahajan R. Hepatobiliary and pancreatic ascariasis in India. *Lancet.* 1990;335(8704):1503-1506.
12. Dolay K, Akbulut S. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. *World J Gastroenterol.* 2014;20(41):15253-15261.