

AKUT SÜPÜRATİF KOLANJİT VE TEDAVİSİ

Dr.A. Erkan ÜNAL, Dr. Şakir TAVLI, Dr. Metin BELVİRANLI,
Dr. Nahit ÖKESLİ, Dr. Adil KARTAL, Dr. Şükrü B. ÖZER
S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı

ÖZET

Akut süpüratif kolanjit, safra sisteminde bakteriyel bulaşma ile oluşan ciddi bir kolanjit şekli olup, yüksek bir mortaliteye sahiptir. Bu makalede akut süpüratif kolanjit tanısı konarak tedavi edilen 6 hasta sunuldu ve erken cerrahi dekompresyonun önemi tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: Akut süpüratif kolanjit.

SUMMARY

Acute Suppurative Cholangitis and its Treatment

Acute suppurative cholangitis is a severe form of cholangitis due to bacterial contamination in the biliary system and responsible from a high rate of mortality. In this article, 6 patients diagnosed and treated with acute suppurative cholangitis were presented and the importance of early surgical decompression was discussed.

Key Words: Acute suppurative cholangitis.

GİRİŞ

Akut süpüratif kolanjit genelde, ana safra yolundaki tıkanmaya bağlı olarak gelişen ve tüm safra yollarını içine alan enfeksiyonun eklenmesiyle ortaya çıkan ciddi bir cerrahi hastalıktır (1, 2, 3, 4). Safra tıkanması, safra yollarında Gram (-) bakteri ihtiva eden iltihap birikmesine yol açar ve acil cerrahi girişim gerektiren septik gelişmelerle devam eder.

1879'da Charcot'un tarif ettiği üçlü bulgu olan sarılık, titremeli ateş ve karın sağ üst kadrındaki ağrı; akut süpüratif kolanjit için karakteristiktir. Reynolds ve Dargan, Charcot'un bu triadına merkezi sinir sistemi depresyonu ve septik şoku da ekleyerek sendromun pentadını tanımlamışlardır (4, 5, 6). Bu semptomlar pentadı, akut süpüratif kolanjit tanısında çok önemli olup, başka belirti ve bulgu olmaksızın tanı koydurucu niteliktedir.

VAKALARIN TAKDİMİ

Bu makalede Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı'na başvurarak akut süpüratif kolanjit tanısı almış 6 hasta ve sonuçları sunulmuştur.

Akut süpüratif kolanjit tanısı aşağıdaki kriterlerle sağlandı:

- 1- Akut olarak başlayan bir hastalık,
- 2- Karın sağ üst kadranda ağrı, ateş ve sarılıktan

oluşan Charcot triadının bulunması,

3- Ameliyatta genişlemiş safra yolları ve bunların iltihapla dolu olması,

4- Charcot triadına, Reynolds pentadı elemanlarından bir veya ikisinin de eklenmesi (Nörolojik semptomlar ve/veya şok).

Beşi erkek ve biri kadın olan toplam 6 hastamızın yaşları 45 ve 75 arasında olup ortalama 61.5 idi (Tablo-1).

Tıkanma nedenleri; 4 hastada koledok taşı, 2 hastada ise safra yollarına açılmış karaciğer abseleri ve bunların yapmış olduğu bası idi.

Hastaların hepsinde Charcot triadı (ağrı, ateş, sarılık) vardı, yarısında da mental depresyon ve şok (Reynolds pentadı) ilave bulguları. Birisinde yalnız mental depresyon, birisinde de septik şok tabloya eklenmişti.

Laboratuarda, beyaz küre sayısı, karaciğer fonksiyon testleri ve ultrasonografiden faydalanıldı. Bütün vakalarda öntanı laparatomide doğrulandı.

Akut süpüratif kolanjit tanısını alan hastalar yoğun antibiyotik tedavisine alındılar. Hızlı sıvı ve elektrolit takviyesi ile 24-48 saat içinde ameliyata hazırlandılar. Septik durumda olanlar, steroid ve vazopressörlerle desteklendiler.

Tablo 1: Akut süpüratif kolanjitli hastalarımızın toplu değerlendirilmesi ve sonuçlar.

Hasta Adı, Soyadı	Yaş, Cins	Etyoloji	Mental Depresyon	Şok	Bilirubin (mg/dl)	Alkalen fosfataz (IU/dl)	Ameliyat tarihi Yapılan amel.	Sonuç, Tab.Tar.
1-K.G. (6226)	50 E	K.C. multipl piyojenik abse ve kist hidatiği+ kolelitiasis	+	-	6.4	670	15/9/1988 Kolesistektomi + K.C. abse ve kist drenajı +Koledokotomi+T tüp	Şifa 26/9/1988
2- N.K. (1112)	75 E	K.C. piyojenik absesi + Akut taşlı kolesistit	-	+	3.3	287	1/3/1990 Kolesistektomi + K.C. abse drenajı + Koledokotomi + T tüp	Şifa 23/3/1990
3- T.K. (2147)	45 E	K.C. piyojenik absesi (Plevra ve safra yollarına açılmış) + Koledokolitiasis	+	+	2.1	276	20/3/1990 K.C. abse drenajı + Toraks kapalı drenajı +Koledokotomi+T tüp	Şifa 9/4/1990
4- R.Y. (2203)	65 E	Koledokolitiasis + Kесе hidropsu	-	-	8.06	392	21/3/1990 Kolesistektomi + Koledokoduodenostomi	Şifa 11/4/1990
5- H.U. (3169)	72 E	Koledokolitiasis	+	+	11.16	346	14/5/1990 Kolesistektomi + Koledokotomi + T tüp	Şifa 5/6/1990
6- Z.T. (1955)	62 K	Akut taşlı kolesistit (Ampiyem) + Koledokolitiasis	+	+	5.31	834	8/3/1991 Kolesistektomi+ Koledokoduodenostomi	Şifa 15/3/1991

Beyaz küre sayısı bütün hastalarda 10.000/ml.'den yüksek idi. Rutin olarak kan kültürleri yapılmadı. Safra kültürlerinde de mikroorganizma üretilmedi. Ancak pre ve post-operatif dönemlerde verilen geniş spektrumlu antibiyotik kombinasyonları ile başarılı sonuçlar alındı.

Tüm hastalardaki ameliyat bulguları esas olarak birbirine benzerdi; ekstrahepatik safra yollarında genişleme ve iltihap vardı. Üç hastada koledok taşı, üç hastada da taşlı kolesistit ve kese hidropsu ve ampiyemi mevcuttu. Karaciğer piyojenik absesi iki hastadan birinde abse yalnız safra yollarına değil ve fakat aynı zamanda plevraya da açılmıştı. Keza bu abseli hastalardan diğerinde de ayrıca karaciğer kist hidatiği vardı. Hastalardan bir diğerinde ise ayrıca akut pank-

reatit mevcuttu. Bütün hastalarda karaciğer minimal düzeyde de olsa büyümüş ve Glisson kapsülü incelmışti. Ameliyatlarda kolanjiogramlar yapılarak safra yolları araştırıldı. Ayrıca T tüp konulanlar post-operatif dönemde de kolanjiogramlarla incelendi.

Ameliyat prensibi olarak Kolesistektomi+Koledokotomi+Drenaj esas teşkil etmekteydi. Dört hastaya T tüp drenaj yapılırken iki hastaya da koledokoduodenostomi uygulandı. Karaciğer abse ve kistleri olan iki hastanın abse ve kistleri ayrıca drene edildi. Plevraya açılmış absesi olana da ayrıca toraks kapalı drenajı uygulandı.

Peri ve post-operatif ölüm olmadı. Hastalar 7 ila 22 günlük (ortalama 16 gün) post-operatif dönemden sonra şifa ile taburcu edildiler.

TARTIŞMA

Akut süpüratif kolanjit tedavi edilmediği takdirde %100 mortaliteyle sonlanan ciddi bir hastalıktır. Gecikmiş tanı ve tedavi de keza yüksek mortaliteye etkilidir. Geleneksel yaklaşım, safra yollarının acil olarak cerrahi dekompresyon ve drenajdır (5, 6, 7). Cerrahideki mortalite oranları ise %9 ile %40 arasında değişmektedir (7). Malign tıkanmalarda mortalite daha yüksektir. Tekrarlayan piyogenik kolanjit vakalarında ise safra yolları striktürleri kaçınılmazdır (8). Bizim vakalarımızda mortalite olmadı.

Akut süpüratif kolanjit tanısındaki kriterler iyi belirlenmiştir. Ani başlayan bir hastalık, karın sağ üst kadranda ağrı, sarılık, titreme, ateş, hipotansiyon, mental bozukluk ve letarji büyük bir klinik değerler silsilesidir. Safra yollarındaki genişleme ve iltihap varlığı da önemli bir akut süpüratif kolanjit delilidir (9). Bizim hastalarımızın da hemen hepsinde bu kriterlerin çoğu mevcuttu.

Bu hastalardaki başlıca laboratuvar bulguları, safra tıkanması ve sepsisle ilgili olup, beyaz küre ve karaciğer fonksiyon testlerindeki artıştan ibarettir. Kan ve safradan mikroorganizma izolasyonu, özellikle hasta 48 saatten beri veya daha önceden antibiyotik almakta ise mümkün olamayacaktır. Safra yollarında anaerobik mikroorganizmaların büyük olasılıkla varlığı düşüncesi, rutin olarak metronidazol da vermeyi gerektirir (15). Keza yine bu hastalarda safra ve kandan elde edilen Gram (-) aerobik mikroorganizmalar ampicillin'e dirençli olup, cotrimoxazol ve aminoglikozidlere hassastır (5). Biz de hastalarımıza Klindamisin + Gentamisin kombinasyonu ile 3. kuşak sefalosporinleri uyguladık ve bu şekilde medikal tedavide de başarı sağladık.

Antibiyotik ajanlar, tıkanmış safra kanalının içine etkili olamazlar; ancak kandaki enfeksiyon için verilmelidirler. Keza postoperatif dönemde de safra yolları temizleninceye kadar antibiyotik tedavisine devam edilmesi önerilmiştir (5). Biz de vakalarımızda postoperatif dönemde de beş ile on gün kadar parenteral antibiyotik vermeye devam ettik.

Akut süpüratif kolanjite, tipik cerrahi bulgu

olan iltihap ve Koledok kanalının genişlemesi kadar önemli bir diğer ameliyat bulgusu da; intralüminal basınçtaki yükselmelerdir (10, 11, 12). Koledok kanalı içine bakteri enjekte edilerek yapılan deneysel çalışmalar göstermiştir ki; basınç 20 cm. H₂O'dan düşüğe lenf ve kan sistemleri steril kalmaktadır, basınç 25 cm. H₂O'ya yükseltildiğinde hepatik ven ve lenfatiklerde organizma gözlenmektedir. Aynı deneyde basınç 35 cm H₂O'ya yükseltildiğinde kan ve lenf sisteminde mm³'de 50.000'den fazla bakteri üretilmiştir (3, 10, 11, 12). Ancak bu ölçümler, insanlarda şimdiye kadar çok az sayıda tesbit edilebilmiştir. Bunun da nedeni kanımızca anestezi süresini uzatmamaktır. Biz de esasen bu nedenle basınç ölçümleri yapmadık ve yüksek basınç altındaki enfekte safranin mümkün mertebe erkenden dekompresyon ve drenajını yapmayı amaçladık. Bu hastalar yaşlı, septisemili ve sıklıkla kardiopulmoner problemlili hastalardır. Karaciğer ve böbrek yetmezlikleri de tabloyu tamamlar. Bu şartlarda büyük cerrahi diseksiyon ve uzamış anestezi süresi arzu edilmez (5).

Akut süpüratif kolanjit için minimum cerrahi prosedür; kolesistektomi, koledok eksplorasyonu, varsa taşların çıkartılması ve T tüpü yerleştirilmesidir (5, 13). Koledok drenajı için T tüpüne alternatif bir metod da koledoko-duodenostomidir. Ancak bu şekilde bir drenaj için koledok çapının 2 cm. den daha geniş olması gerekir (13). Biz de bu şekilde davranarak 4 hastamızda T tüp drenaj ve koledok çapı 2 cm.'den daha geniş olan 2 hastamızda da koledoko-duodenostomi şeklinde drenaj sağladık.

Dekompresyon ve drenaj için cerrahi dışı metodlar da son yıllarda popularite kazanmıştır. Endoskopik teknikle yapılan papillotomi, bilier stent tatbiki ve sfinkterotomi bu yöntemler içindedir. Ayrıca Chiba iğnesi ve Hawkins kateteri ile özellikle yaşlı ve düşkün hastalarda perkütan transhepatik drenaj yapılmaktadır (7, 13). Ancak biz inanmaktayız ki; akut süpüratif kolanjite cerrahi yolla yapılan drenajlar, büyük bir hasta kesiminde hâlâ en etkili yöntemdir.

Bu da ince iğneleri bulunan sağda da denilenmiş tiradile aynı karakterde 3 adet nodül tespit çıkarıldı. Postoperatif komplikasyon görülmedi. Yabancı cisim postoperatif 5. gün dışıdan basıncı 14 cmH₂O'bulunda. Solunum rahattı. Dört hafta

KAYNAKLAR

1. Sarr MG, Cameron JL. Inflammatory diseases of the bile ducts. In: Sabiston DC, ed. Essentials of surgery. Philadelphia: WB Saunders Company, 1987: 569-571.
2. Schwartz SI. Cholangitis. In: Schwartz SI, ed. Principles of surgery. Singapore: Mc Graw-Hill Book Company, 1985: 1329-1331.
3. Csendes A, Sepulveda A, Burdiles P et al. Common bile duct pressure in patients with common bile duct stones with or without acute suppurative cholangitis. Arch Surg 1988; 123: 697-699.
4. Pessa ME, Hawkins IF, Vogel SB. The treatment of acute cholangitis. Ann Surg 1987; 205: 389-392.
5. Pillay SP, Hardie IR. Acute obstructive suppurative cholangitis. Med J Aust 1984; 140: 332-336.
6. Gogel HK, Runyon BA, Volpicelli NA, Palmer RC. Acute suppurative obstructive cholangitis due to stones: treatment by urgent endoscopic sphincterotomy. Gastrointestinal endoscopy 1987; 33: 210-213.
7. Neoptolemost JP, Carr-Locke DL, Leese T and James D. Acute cholangitis in association with acute pancreatitis: incidence, clinical features and outcome relation to ERCP and endoscopic sphincterotomy. Br J Surg 1987; 74: 1103-1106.
8. Lau WY, Fan ST, Yip WC and Wong KK. Surgical management of strictures of the major bile ducts in recurrent pyogenic cholangitis. Br J Surg 1987; 74: 1100-1102.
9. Ishida H, Yagisawa H, Nasu H, Arakawa H and Masamune O. Ultrasonography of acute obstructive suppurative cholangitis: Serial observation by ultrasound. J Clin Ultrasound 1987; 15: 51-55.
10. Williams RD, Fish JC, Williams DD. The significance of biliary pressure. Arch Surg 1967; 95: 374-379.
11. Lygidakis NJ. The significance of intrabiliary pressure in acute cholangitis. Surg Gynecol Obstet 1985; 161: 465-469.
12. Huang T, Bass JA, Williams RD. The significance of biliary pressure in cholangitis. Arch Surg 1969; 98: 629-639.
13. Ellison EC, Carey LC. Cholangitis: nonsuppurative and suppurative. In: Blumgart LH ed. Surgery of the liver and biliary tract -Vol.-2. London: Churchill Livingstone, 1988: 925-932.