

Akut Süpüratif Kolanjitis

(Bir Olgu Takdimi)

Dr. Nusret AKYÜREK, Dr. Yücel ARITAŞ, Dr. Erdinç KARAGÖZLER

Özet: Kolanjitis bilier duktal sistemin bir enfeksiyonudur. Normalde kese ve kanal safrası sterilidir. Safra kesesi ve ana safra yolu taşlarında safra kültürü %30-75 pozitif bulunur. Ençok görülen mikroorganizma *E. coli* ve enterokokdur. Ensık nedenleri koledok taşları, benign darlıklar, darlık oluşmuş bilier anastomozlar ve malign darlıklardır. Diğer bir bilier tıkanma nedeni de kist hidatiktir. Sarılık, ateş ve karın ağrısı olan süpüratif kolanjitli bir erkek hasta sunuldu. İlginç ve nadir olması yüzünden sunmaya değer bulduk.

Summary: ACUTE SUPPURATIVE CHOLANGITIS (A CASE REPORT)

Cholangitis is an infection of the biliary ductal system. Cultures of the normal gallbladder and bile duct are usually sterile. With stones in the gallbladder or common bile duct, the incidence of positive bile cultures ranges from 30% to 75%. The organisms most commonly cultured from the bile are *Escherichia coli*, enterococci. The most common causes of biliary obstruction are choledocholithiasis, benign strictures, obstructed biliary anastomotic strictures, and malignant strictures. Another cause of biliary obstruction is hydatid cyst. A man, who has jaundice, fever and abdominal pain with acute suppurative cholangitis is reported. Because of its rarity and interesting we found it worth to be report.

Anahtar kelimeler: Süpüratif kolanjit, cerrahi tedavi

Key words: Suppurative cholangitis, surgical therapy.

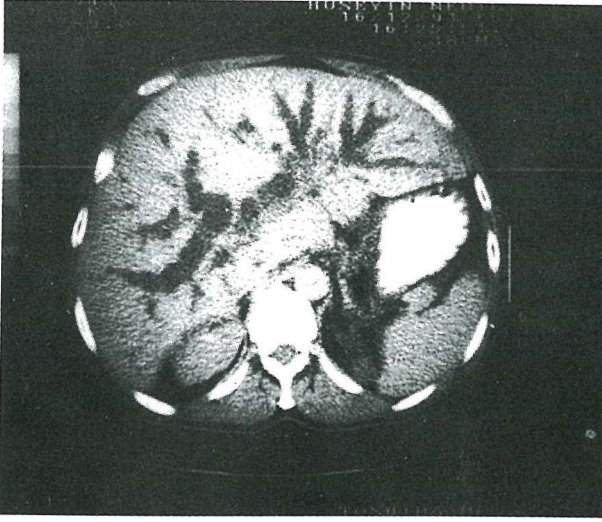
Kolanjitis biller kanal sisteminin enfeksiyonudur. Süpüratif kolanjit 1877'de Charcot tarafından titremeli ateş, sarılık ve sağ üst kadranda ağrısı klinik bulguları ile tarif edilmiş, cerrahi tedavisi ise ilk defa Rogers tarafından yapılmıştır. Reynolds ve Dargan şok ve santral sinir sistemi depresyon bulgularını bu klinik bulgulara ilave etmişlerdir. Mortalite oranı oldukça yüksek olan bir hastalıktır(1).

Biz hem karaciğer kist hidatiğinin safra kanalına açılması ve hem de koledok taşının buna eşlik etmesi sonucu oluşan ve tanının ancak ameliyatta konabildiği bir süpüratif kolanjit olgusunu literatür eşliğinde takdim ediyoruz.

Olgu

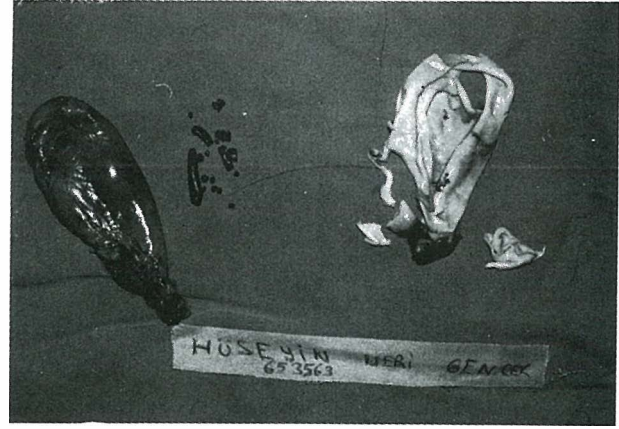
H.N. Prot no:653563 62 yaşında. Erkek hasta, sarılık, ateş, dispne, tüm kadrana yayılan sağ üst kadranda ağırlıklı karın ağrısı ve kaşıntı şikayetleri ile acil servisten yatırıldı. Tüm bu yakınmaları beş gün içinde başlayan ve ilk şikayeti sağ üst kadranda ağrısı, idrarda koyulaşma tarzında renk değişikliği ve bulantı kusma olan hasta; akolik feçes tarif ediyor. Son iki gündür intermitten ateş, dispne ve şuur bulanıklığı ile bulantı ve kusmaları olmuş. Genel durumu oldukça ağırdı ve konfüzyon nedeniyle iletişim kurulamadı. Arteriel tansiyonu 70/40 mm Hg olarak alınıyordu. Tüm deri ve konjunktivalar belirgin olarak ikterik görünümdeydi. Karın muayenesinde sağ üst kadranda daha fazla olmak üzere tüm kadranda hassastı. Ateş 38.5°C olarak öl-

Eriyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.



Resim 1: Tomografik görünüm.

çüldü. İdrar miktarı saatlik olarak oligüri düzeyindeydi. Preoperatif lökosit 16900/ml, total bilirubin 20.3 mg/dl, direkt bilirubin 13.2 mg/dl, alkalen fosfataz 218 Ü, SGOT 90Ü, SGPT 104 ü, Amilaz 60 ü, PTT 38", PTZ 22" olarak tespit edildi. Akciğer grafisinde sağ lob alt kısmında pnömonik infiltrasyon vardı. Abdomenin ultrasonografik incelemesinde hepatomegali, safra yollarında belirgin genişleme mevcuttu. Abdominal tomografik incelemede ek aydınlatıcı bir patoloji tespit edilemedi (Resim 1). Hastanın santral venöz basınç takipleriyle rehidrasyonu sağlandı. Safra yollarına ağırlıklı etkisi olduğu bilinen sefalosporin grubu antibiotikler başlandı. Ancak tüm bu konservatif tedavilere rağmen hastanın kan bilirubin değerleri artıyor ve sağ üst kadranda ağrısı gerilemiyordu. Bunun üzerine birgün sonrasında acil ameliyata alındı. Genel anestezi altında sağ subkostal kesi ile laparotomi yapıldı. İlk anda porta hepatis ve sağ subdiaphragmatik bölgeden pürülan vasıflı sıvı boşaldığı görüldü. Safra kesesi iltihaplı idi, duvar kalınlaşması vardı. Koledok 30 mm'lik çapa ulaşmıştı. Karaciğer yüzeyinde kapsül altı çapı 3-5 mm arasında değişen abse adacıkları vardı. Bu apse adacıkları açıldığında içinden püy boyalıyordu. Bu püy muhtevassından kültür materyali alındı. Kolesistektomi yapıldı. Koledok eksplorasyonuna karar verildi. Koledokotomi yapıldığında ko-



Resim 2: Safra kesesi, koledoktan çıkarılan taş ve germinativ membranın görüntüsü.

ledok içinden kist hidatik germinativ membranının basınç nedeniyle dışarı prolabe olduğu görüldü. Çok sayıda kist hidatik vesikülü ile çapı 2-7 mm arasında değişen çok sayıda koledok taşıda beraberinde çıkarıldı. (Resim 2). Arkasından koledok proksimal kısmından basınçlı olarak pürülan safra ile karışık mayi boşalımı oldu. Koledok proksimal kısmı Fogarty kateteri ile kontrol edildi. Koledok distal kısmı ise Bakes dilatörleri ile kontrol edildi. Koledok içi serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra laterolateral koledokoduodenostomi yapıldı. Postoperatif antibiyotik uygulamasına devam edildi. Hasta solunum yetmezliği nedeniyle postoperatif olarak 24 saat süreyle volüm sikluslu respiratörde kaldı. Kan bilirubin değerleri süratle azaldı. Postoperatif 6.gün laboratuvar tetkiklerinde alkalen fosfataz 92 ü, SGOT 29 ü, SGPT 35 ü, total bilirubin 3.3 mg/dl ve direkt bilirubin 1.7 mg/dl olarak tespit edildi. Postoperatif 11. gün iyileşme hali ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Süpüratif kolanjitte safrada bakteri konsantrasyonunda anlamlı artış safra kanalı obstrüksiyonu birliktedir. Safra kanallarındaki basınç artışı sonrası hepatik ven ve lenfatik sisteminde bakteri reflüksü olmakta ve sistemik bakteriyemi ile sonuçlanmaktadır (2). Normalde safra yolları basıncı 7-14 cm H₂O düzeyindedir ve safra yolları ile kese safrası sterilidir(3). Retrospektif çalışmalarda kese ve ana safra yolları taşlarında safra kül-

türlerinde %30-75 arasında bakteri üremesi olduğu gösterilmiştir(4). Süpüratif kolanjitis sebepleri olarak koledokolitiasis, benign safra yolları darlıkları, malign tümörleri, transhepatik kolanjiografiler ve endoskopik retrograd kolanjiografiler sayılabilmektedir (5). Bir diğer sebep de ülkemizde de çok görülen karaciğer kist hidatıklarının safra yollarına açılması ile oluşan obstrüksiyonlara bağlı kolanjitistir. İnfeksiyon ve inflamasyon sonrası üst safra kanal sisteminde genişlemeler olabilir ve multipl hepatik apseler oluşabilir. Olgumuzda da bu bulgular tespit edilmiştir. Bu bulgu tıkanma sarılıklı hastaların acil ameliyat nedenlerinden birisini oluşturur.

Akut süpüratif kolanjitis klinik olarak intermiten ateş, üst karın bölgesinde ağrı, sarılık ve kaşıntı görülür. Titreme ile gelen ateş, süpüratif kolanjitli hastaların değişmez semptomudur. Abdominal ağrı ve abdominal defans olmaksızın sağ üst kadranda hassasiyeti olguların üçte ikisinde bulunur. Sarılık olguların %80-90'da görülmektedir(6). Olgumuzda da tespit edildiği gibi hipotansiyon ile olguların %20'de görülebilen konfüzyon veya letarji hali vardır. Lökosit sayısı 12.000 civarındadır. Serum bilirubin, SGOT ve alkalen fosfataz değerleri artmıştır. Serum amilaz değerleri olguların üçte birinde artar. Olgumuzda amilaz değeri normaldi. Koledok genişlemiş ve eğer distalde taş, tümör gibi tıkanma yapıcı neden varsa basınçta artmıştır. Olgumuzda koledok çapı 30 mm olarak ölçüldü ve koledok içi basıncı da ileri derecede artmıştı. Nitekim koledokotomi yapıldığında germinativ membran basınç etkisiyle koledok dışına prolabe olmuştur. Ana safra yolunda aşikar olarak püye görülür. Olgumuzda püyle karışık safralı muhteva basınçlı olarak koledokotomi yerinden drene olmuştur. Çoğunlukla bakteriolojik incelemede E. Coli ve Streptococcus faecalis tespit edilir. Olgumuzdan aldığımız safralı pürülan materyalin bakteriolojik incelemesinde Streptococcus faecalis üremiştir. safra kesesi değişik derecede distandü olabilir ve inflamasyondur. Safra yo-

llarının spontan olarak perforasyon olduğu bildirilmiştir. Cerrahi tedavisinde temel safra yollarının süratli bir şekilde dekompresyonu ve safra ile birlikte yüksek seviyelere ulaşabilen antibiyotik tedavisi yapılmasıdır. Safra içindeki konsantrasyonu oldukça yükselebilen sefalosporin grubu ile antibiyotiği kullandık. Ameliyata alınmayan hastaların hemen tamamı kaybedilmektedir. Yine de mortalite oranı %0-88 (ortalama %33) arasında değişmektedir. Süpüratif kolanjitisin tanısında Tc sintigrafisi, ultrasonografi, tomografi, Endoskopik Retrograd Pankreatokolanjiografi (ERCP) ve Perkutan Transhepatik Kolanjiografi (PTK) kullanılmaktadır. Olgumuz için ise ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi (CT) tetkikleri yapılmıştır. Cerrahi tedavide değişik yöntemler uygulanabilir. Safra yollarının 1.5 cm'den geniş olduğu durumlarda koledokoduodenostomi önerilmektedir. T tüp drenajı eşdeğer öneme sahiptir. Hastanın genel durumunun bozukluğu nedeniyle bu olgularda T tüp drenajı önerilmektedir (7). Biz olgumuzda kolektomi ve koledokoduodenostomi yaptık. Koledokoduodenostomiye tercih etmemizin nedeni germinativ membran ve taş kalabimesi endişesi yüzündendir. Bilindiği üzere germinativ membran T tüpünün lümenini kolayca tıkayabilir. Ayrıca koledok çapı 30 mm olduğundan koledokoduodenostomi kolaylıkla uygulanabilmektedir. Bazı hastalarda başlangıçta

Endoskopik Retrograd Pankreatikokolonjiografi (ERCP) veya Perkutan Transhepatik Kolanjiografi (PTC) yapılarak drenaj sağlanmakta, sonra definitif cerrahi girişim uygulanmaktadır.

Sonuç olarak süpüratif kolanjit hastalığında ülkemizdeki kist hidatik hastalığının sıklığında göz önüne alınarak etyolojide düşünülmesi gereken bir faktörde bu olmalıdır. Bu durumlarda hastalar süratli bir resusitasyondan sonra acil ameliyata alınmalıdır. Ameliyatta öncelikle koledokoduodenostomi veya sfinkteroplasti veya T tüp ile drenaj tercih edilmesi gereken cerrahi tedavi yöntemleri olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Schwartz SI. Principles of Surgery. Schwartz SI (ed): Gallbladder and extrahepatic biliary system, ed 4. Singapore McGraw-Hill Book Company 1989, p. 1381-1409.
2. Lipsett AP, Pitt HA. Acute cholangitis. Surg Clin Nor Am 1990; 70: 1290-1312.
3. Fukunaga FH. Gallbladder bacteriology, histology and gallstones. Arch Surg 1973; 106: 169-171.
4. Pitt HA, Postier RG, Cameron JL. Consequences of preoperative cholangitis and its treatment on the outcome of surgery for choledocholithiasis. Surgery 1983; 94: 447-51.
5. O'Connor MJ, Schwartz ML, McQuarrie, Sumner HW. Cholangitis due to malignant obstruction of biliary outflow. Ann Surg 1981; 195: 341-345.
6. Pitt HA, Couse NF. Biliary sepsis and toxic cholangitis. In Moody FG(ed): Surgical treatment of digestive disease, ed 2. Chicago, Year Book Medical Publishers 1990, p332.
7. Lygidakis NJ. Acute suppurative cholangitis: Comparison of internal and external biliary drainage. Am J Surg 1982; 143: 304-307.