

BİLİYER SEPSİSİN CERRAHİ TEDAVİSİ

Osman ABBASOĞLU

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ANKARA
osmanabbasoglu@yahoo.com

ÖZET

Biliyer sistem sepsisin en önemli kaynaklarındanır. Normal şartlarda safra steril iken obstrüksiyon veya safra yollarında yabancı cisim olması halinde infeksiyon gelişebilir. Biliyer sepsisin en önemli nedeni akut kolanjittir. Daha az oranda akut kolesistite bağlı gelişebilir. Biliyer sepsiste hemen antibiyotik ve destek tedavisine başlanmalı, cevap alınamaması halinde endoskopik ya da perkütan biliyer dekompresyon sağlanmalıdır. Bu da yetersiz olursa cerrahi tedavi gerekir. Cerrahi tedavide nedene bağlı olarak obstrüksiyonun kaldırılması ve safra drenajının sağlanması hedeflenir.

Anahtar sözcükler: kolanjit, kolesistit, sepsis

SUMMARY

Surgical Therapy in Biliary Sepsis

Biliary system is among the major sources of sepsis. Under normal conditions bile is sterile. In the presence of obstruction or foreign bodies, biliary infection can develop. Most common cause of biliary sepsis is acute cholangitis. Acute cholecystitis may cause sepsis in some patients. In the treatment of biliary sepsis antibiotics and supportive care should be initiated immediately. If patients do not respond to this treatment emergency biliary decompression performed endoscopically or percutaneously may be necessary. In the settings where endoscopic or percutaneous decompression is not possible, surgical intervention is indicated. The goals of surgical treatment are relief of obstruction and drainage of bile.

Keywords: cholangitis, cholecystitis, sepsis

Hepatobiliyer sistemin cerrahi infeksiyon hastalıkları akut kolesistit, akut kolanjit ve karaciğer abselerini içerir⁽¹⁾. Bunlar içinde biliyer sepsisin en önemli nedeni akut kolanjittir. Akut kolanjitin en sık nedeni koledok taşlarına bağlı biliyer obstrüksiyondur. Yıllar içinde malign darlıklara bağlı kolanjitlerde bir artış sözkonusudur. Bunlar dışında benign biliyer darlıklar, stent gibi yabancı cisimler, perkütan ya da endoskopik safra yolları girişimleri de kolanjite neden olabilir.

Akut kolanjit

Akut kolanjit tedavisinde ağız yoluyla beslenme kesilmeli ve intravenöz sıvı tedavisine başlanmalıdır. Ağır seyreden olgularda invazif monitörizasyon ve yoğun bakım desteği gerekebilir. Tanı konar konmaz intravenöz antibiyotik tedavisine başlanmalıdır. Hataların çoğu antibiyotik ve genel destek tedavisine iyi cevap verirler ve klinik ve laboratuvar bulgular olarak düzelmeye gösterirler. Fakat özellikle ağır

seyreden kolanjitler olmak üzere bazı hallerde konservatif tedaviye cevap alınmaz. Bu durumdakiler, tüm kolanjitlerin yaklaşık % 15'ini oluşturur, erken dönemde biliyer dekompresyon gerekir. Gigot ve ark.⁽²⁾ erken dönemde dekompresyon gerektiren hastalardaki risk faktörlerini araştırdıkları bir çalışmada, akut böbrek yetmezliği, karaciğer absesi, siroz, malign darlık, ileri yaş ve kadın cinsiyetini risk faktörleri olarak bulmuşlardır. Genel kural olarak konservatif tedaviye 12-24 saatte cevap alınamaması halinde biliyer dekompresyon uygulanmalıdır. Kolanjit varlığında yapılan cerrahi girişimler önemli morbidite ve mortalite oranları taşımaktadırlar. Bu nedenle akut supuratif kolanjitte biliyer dekompresyon gerekmesi halinde cerrahi tedaviden önce endoskopik veya perkütan girişimler uygulanmalıdır. Acil endoskopik girişimlerin, cerrahi girişimlere göre daha az morbidite ve mortalite ile yapılabileceği bilinmektedir. Endoskopik ya da perkütan girişimlerin başarısız olması ya

da uygulanamaması halinde cerrahi dekompresyon yapılmalıdır. Bu hastalar sonunda cerrahi tedavi gerektirselere de özellikle cerrahi riski yüksek hastalara başlangıçta cerrahi dışı dekompresyon yapılması morbidite ve mortalitenin azalmasına yol açmaktadır.

Erken biliyer dekompresyon endoskopik ya da perkütan yolla yapılabilir. Bu seçim biliyer obstrüksiyonun yerine göre belirlenmelidir. Proksimal perihiler obstrüksiyonlarda veya biliyojejunal anastomotik darlığı olanlarda perkütan transhepatik biliyer dekompresyonun tercih edilmesi uygun olur. Koledok taşlarına veya periampuller kitlelere bağlı kolanjitler için en iyi dekompresyon endoskopik yolla sağlanabilir. Taş varlığında endoskopik yaklaşımla taşın çıkarılması da mümkün olmaktadır.

Lai ve ark.⁽³⁾ koledokolitiazise bağlı akut kolanjit tedavisinde, endoskopik biliyer drenaj ve cerrahi dekompresyon yöntemlerini randomize bir çalışmada değerlendirmişlerdir. Bu çalışmada ciddi akut kolanjiti olan 82 hasta incelenmiştir. Klinik düzelme iki grupta da aynı zamanda elde edilmiş fakat cerrahi grubunda daha fazla hasta ventilatör desteğine ihtiyaç göstermiştir. Girişime ve sonraki tedavilere bağlı komplikasyonlar cerrahi tedavi yapılanlarda daha fazla görülmüştür (14'e karşı 27 hasta). Endoskopik girişim yapılan 4 hastada mortalite görülürken cerrahi tedavi uygulanan 13 hasta mortal seyretmiştir (p<0.03).

Endoskopik dekompresyon, endoskopik redragrad kolanjiopankreatikografi (ERCP) ile yapılan sfinkterotomi ve/veya stent yerleştirilmesi ve/veya nazobilyer kateter konması şeklinde yapılabilir. Eğer kolanjit taşa bağlıysa taşlar da koledoktan çıkartılır. Hangi endoskopik yöntemin daha uygun olduğu konusunda farklı yaklaşımlar varsa da gerek stent uygulamasının, gerekse de nazobilyer drenajın benzer oranlarda etkin olduğu bildirilmektedir. Lee ve ark.⁽⁴⁾ biliyer sepsis tablosundaki 74 hastada yaptıkları randomize çalışmada supuratif kolanjitinin acil tedavisinde nazobilyer kateter ve stent uygulamasının aynı derecede etkin olduğunu göstermişlerdir. Buna karşın stent konan hastaların işlem sonrası daha az rahatsızlık duydukları gözlemlenmiş ve nazobilyer kateterin yerinden çıkmasının (5 hasta) bir sorun olarak görüldüğü bildirilmiştir. Mortalite oranları anlamlı bir fark taşımaya da stent grubunda daha yüksek bulunmuştur (% 12'ye karşı % 2.5).

Antibiyotik tedavisinin genellikle 7-10 gün sürmesi gerekir. Diğer rejimlere üstünlüğü gösterilmiş kesin bir antibiyotik protokolü yoktur. Kullanılan antibiyotik mutlaka *Escherichia coli* ve *Klebsiella pneumoniae*'ya karşı etkili olmalıdır. Geçirilmiş komplike biliyer sistem cerrahisi gibi anaerob infeksiyon riskinin yüksek olacağı hallerde tedaviye

metronidazol eklenmesi veya ampicilin-β-laktamaz inhibitörü ile kombine edilmesi uygun olur.

Cerrahi tedavi gerekmesi halinde etiyojolojiye bağlı olarak girişim planlanmalıdır. Koledok taşları varlığında en uygun yaklaşım koledokotomi ile taşın çıkarılması sonrasında t-tüp yerleştirilmesi veya koledokoduodenostomidir. Cerrahi riski yüksek hastalarda koledokoduodenostomi yerine t-tüp drenaj tercih edilmelidir. Seçilmiş olgularda laparoskopik koledok drenajı yapılabilir. Fakat bu konudaki deneyim sınırlıdır. Malign tümörlere bağlı kolanjit varlığında definitif cerrahi girişimden kaçınılmalıdır.

Akut kolesistit

Akut kolesistit varlığında çoğu cerrah erken stabilizasyondan sonra 24-48 saat içinde cerrahi tedavi yapılmasını tercih etmektedir. Bunun başlıca nedenleri bazı hastalarda bulguların ilerleyerek perforasyonla sonuçlanabilmesi ve ameliyatın 4-6 hafta ertelenmesi halinde yatış ve tedavi süresinin uzamasıdır. Deneyimli merkezlerde erken ya da geç dönemde ameliyat edilen akut kolesistit olgularında morbidite ve mortalite oranları arasında fark yoktur.

Hasta ilk başvurduğunda safra kesesi hidropsu varsa veya bulgular hızla ilerliyorsa gecikmeden kolesistektomi planlanmalıdır. Eğer hastanın genel durumu çok bozuksa veya genel anestezi almaya engel ağır kardiyovasküler veya pulmoner sistem hastalıkları varsa ultrasonografi eşliğinde perkütan kolesistostomi yapılması uygun olur. Böylece daha elverişli koşullar oluşmasına kadar kolesistektomi ertelenebilir.

Akut kolesistit tanısı konduğunda özellikle Gram negatif bakterilere etkili antibiyotikler hemen başlanmalıdır. Kolesistektomi yapılması halinde şiddetli olmayan olgularda tek doz antibiyotik yeterli olabilir. Ciddi olgularda perforasyon yoksa 2-3 gün tedavi yapılmalıdır. Perforasyon varsa hastanın durumuna göre 7 güne kadar uzayan antibiyotik tedavisi gerekir.

KAYNAKLAR

1. Abbasoğlu O: Hepatobiliyer sistemin cerrahi infeksiyon hastalıkları, İnfek Hast Serisi 2000;3:131-6.
2. Gigot JF, Leese T, Dereme T et al: Acute cholangitis. Multivariate analysis of risk factors, Ann Surg 1989;209:435-8.
3. Lai EC, Mok FP, Tan ES et al: Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis, N Engl J Med 1992;326:1582-6.
4. Lee DW, Chan AC, Lam YH et al: Biliary decompression by nasobiliary catheter or biliary stent in acute suppurative cholangitis: a prospective randomized trial, Gastrointest Endosc 2002;56:361-5.

