

BÖLÜM 30

AKUT KOLANJİTTE ACİL ERCP İLE BAŞARILI YÖNETİM

Ömer YÜZÜGÜLEN¹

GİRİŞ

Akut kolanjit (yükselen kolanjit olarak da bilinir), ekstrahepatik ve/veya intrahepatik safra yollarının obstrüksiyonu sonucunda gelişen bakteriyel enfeksiyondur (1). Erken dönemde uygun tedavi edilmediğinde ciddi sepsis tablosuna yol açabilen bu klinik durum, günümüzde dahi %10-15'lere varan oranlarda mortaliteyle seyredebilir (2). En sık etiyolojik neden koledok taşları olup olguların çoğunda kolanjit, koledokta bir safra taşı kaynaklı tıkanma sonrası gelişir (2). Hastaların önemli bir kısmında ateş, titreme, sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık bulguları mevcuttur. Charcot tarafından tanımlanan bu üçlü bulgu ("Charcot triadı"), akut kolanjitin klasik klinik tablosu olarak bilinse de birçok olguda triadın tüm bulguları bir arada olmayabilir ve özellikle ileri yaş veya immunité sorunu olan hastalarda atipik seyir görülebilir (1). Bu nedenle Tokyo Kılavuzları, akut kolanjit tanısı için klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulgularını içeren genişletilmiş kriterler tanımlamıştır (2).

Akut kolanjit tanısı konulan hastalarda tedavinin gecikmesi, safra yolu basıncının artışı ve bakteriyel yük nedeniyle hızlı şekilde bakteriyemi ve septik şok gelişimine yol açar (3). Bu sebeple, yönetimde zaman kritik önemdedir. Başlangıç tedavisi olarak geniş spektrumlu intravenöz antibiyotikler ve sıvı desteği uygulanır (3). En sık saptanan mikroorganizmalar *E. coli* (%25-50) başta olmak üzere *Klebsiella*, *Enterobacter* ve *Enterococcus* türleridir (3). Konservatif tedaviyle

¹ Uzm. Dr., Kayseri Şehir Hastanesi, İç Hastalıkları AD., Gastroenteroloji BD., dromer63@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-3312-7644

SONUÇ

Akut kolanjit, hızlı tanı ve tedavi gerektiren, yaşamı tehdit edebilen bir klinik tablodur. Bu olgu, erken dönemde başlanan uygun antibiyotik tedavisi ile birlikte gerçekleştirilen acil ERCP'nin, safra taşı kaynaklı ağır kolanjitin başarılı şekilde yönetilmesini sağladığını göstermektedir. Literatürle uyumlu olarak, zamanında yapılan biliyer drenajın septik komplikasyonları önlediği, mortaliteyi azalttığı ve tam klinik iyileşme sağladığı görülmüştür. Sonuç olarak, akut kolanjit şüphesi olan hastaların gecikmeksizin multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi ve 24–48 saat içinde biliyer dekompresyon uygulanması, hasta prognozunda belirleyici rol oynamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kiriya S, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Pitt HA, et al. TG13 guidelines for diagnosis and severity grading of acute cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):24-34.
2. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):31-40.
3. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):3-16.
4. Cozma MA, Găman MA, Srichawla BS, Dhali A, Manan MR, Nahian A, et al. Acute cholangitis: a state-of-the-art review. *Ann Med Surg (Lond).* 2024;86(8):4560-4574.
5. Iqbal U, Khara HS, Hu Y, Khan MA, Ovalle A, Siddique O, et al. Emergent versus urgent ERCP in acute cholangitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2020;91(4):753-760.e4.
6. Parikh MP, Wadhwa V, Thota PN, Lopez R, Sanaka MR. Outcomes associated with timing of ERCP in acute cholangitis secondary to choledocholithiasis. *J Clin Gastroenterol.* 2018;52(10):e97-e102.
7. Boey JH, Way LW. Acute cholangitis. *Ann Surg.* 1980;191(3):264-270.