



ULUSAL DAHİLİ VE CERRAHİ BİLİMLER YOĞUN BAKIM KONGRESİ

16- 20 Kasım 2011 / Swissotel, Ankara



İnteraktif olgu sunumu

Prof Dr Fatih AĞALAR

ANADOLU ^H
In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

fatih.agalar@anadolusaglik.org

HANGİ TAKIMI TUTUYORSUNUZ?

1. Bursaspor
2. Galatasaray
3. Beşiktaş
4. Fenerbahçe
5. Milan



KATILIMCI PROFİLİ

1. Genel Cerrahi Uzmanı
2. Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı
3. Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı
4. Acil Uzmanı
5. Dahiliye Uzmanı
6. Diğer



Acile başvuru

60 yaşında erkek, 6 günlük sağ üst kadrın ağrısı, titreme ve şiddetli bel ağrısı ile acile geliyor. Bu nedenle doktora gitmemiş.

Ateş: 38.7 C°

Muphy bulgusu +, TA: 90-60 mmHg

N: 100 /dk

SS: 34/dk

BK: 13000/mm³

Na 124 K: 4.7, Cl: 89, Ca: 4.2, Albumin: 3.2 g/dl; t.protein: 6.5 gr/dl

BUN/kreatinin prerenal azotemi lehine yüksek

ALP, GGT, ALT AST: yüksek,

Amilaz: Yüksek

Lipaz: Yüksek

Bilirubinler direk hakim olmak üzere yüksek

pO₂: 92 mmHg, O₂ sat %88, pCO₂: 23 mmHg HCO₃: 19.8

pH: 7.47, solunum sayısı 32/dak

Viral seroloji negatif

Olası tanılar nedir ?

Tanımlar

1. Akut kolesistit



2. Akut kolanjit



3. Akut biliyer pankreatit



4. Akut hepatitler



5. Biliyer köken dışındaki karın içi patolojilere bağlı gelişen sepsis ? ? ?

Radyolojik tetkikler

Tetkikler

1. **USG:**

Önemi

USG: Tanıda önemlidir

2. **CT:**

CT: Kolanjit ile basit akut
kolesistiti ayırmada
önemlidir

3. **Direk grafi:**

4. **Sintigrafi:**

Direkt grafi: Safra yolunda
hava görülebilir,
Sentinel loop,
Kolonik kesilme bulgusu
olabilir

5. **MR**



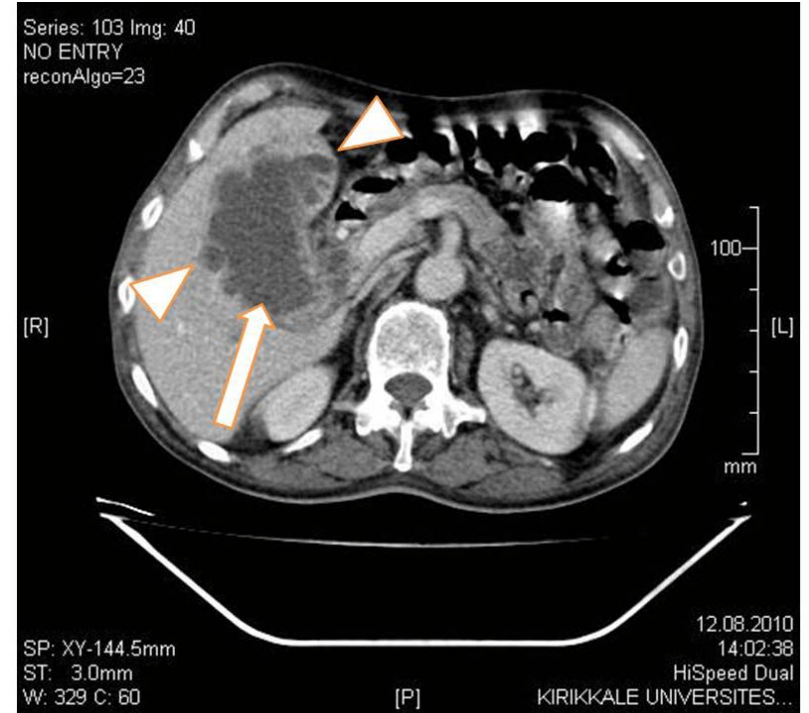
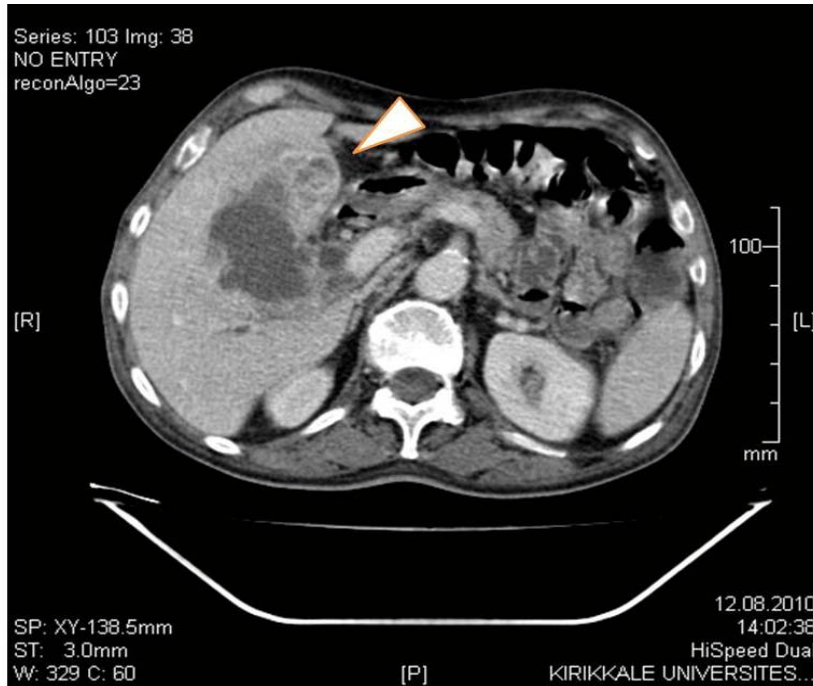
USG

- Kese duvarı kalın,
- Kese içinde taş,
- Keseye komşu karaciğerde abse?
- Orta hat ve koledok değerlendirilemedi.

Başka ne tetkik isteyelim ?

Akut kolesistit, asendan biliyer kolanjit ve karaciğer absesi

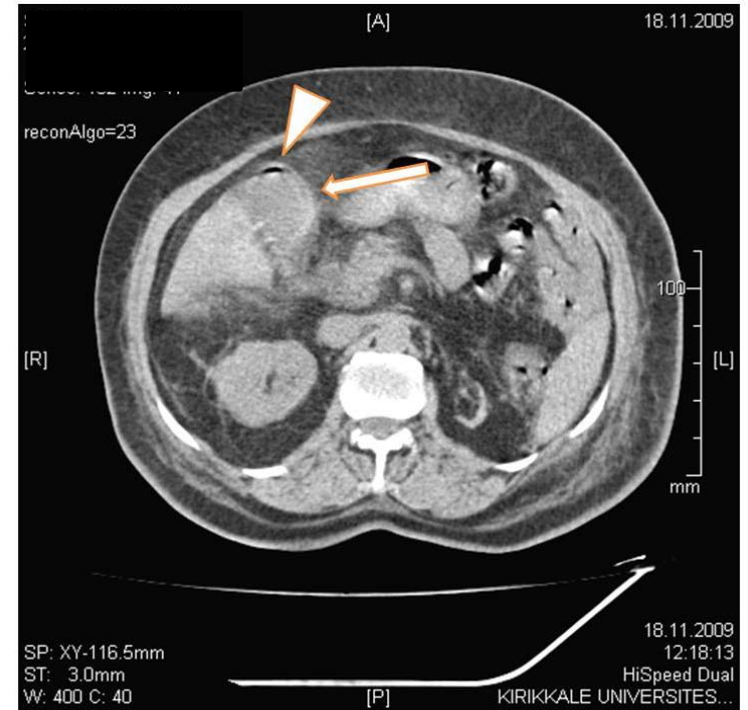
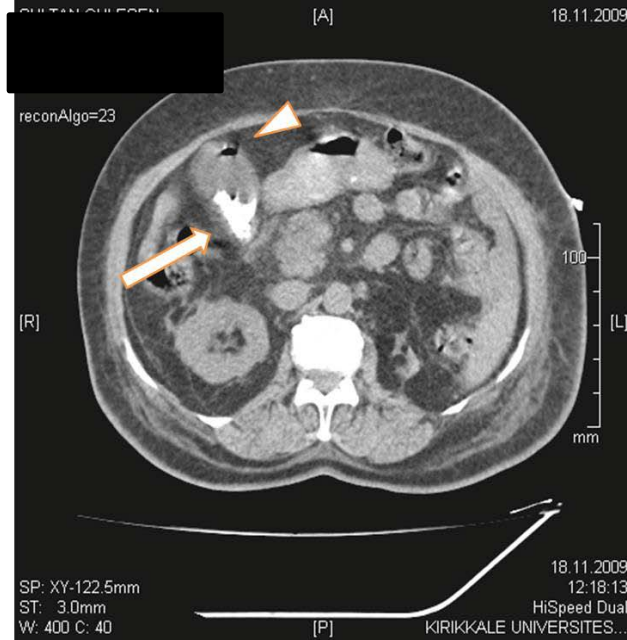
- Ok başları: safra kesesine komşu abseler
- Ok: genişlemiş safra kesesi



Doç Dr Birsen Daphan'ın arş

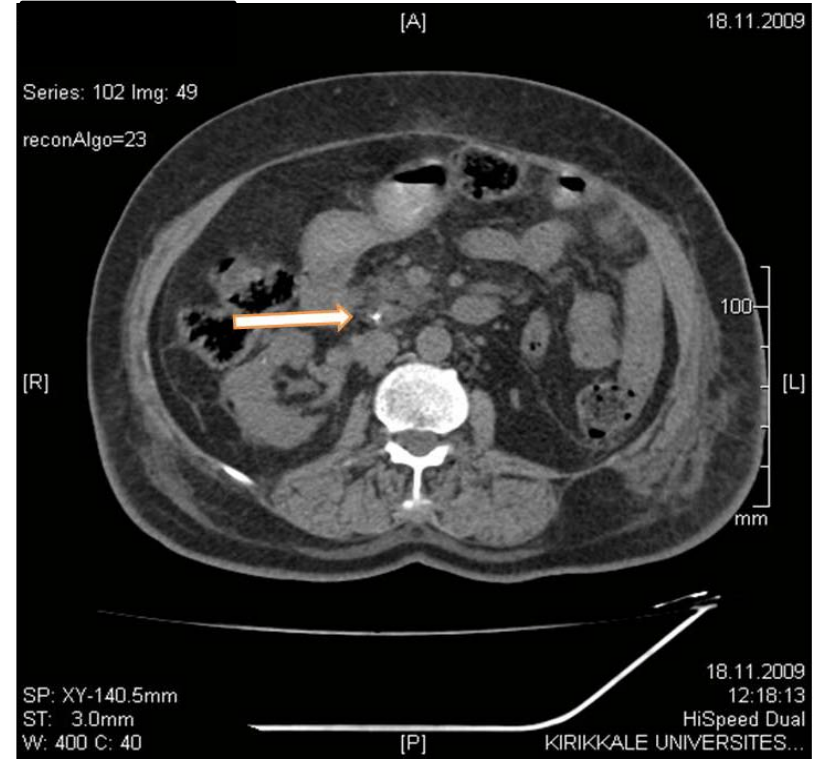
Daha alt kesitlerde safra kesesi içinde hava da var!

- Ok: safra kesesinde duvar kalınlaşması
- Ok başı: safra kesesinde hava

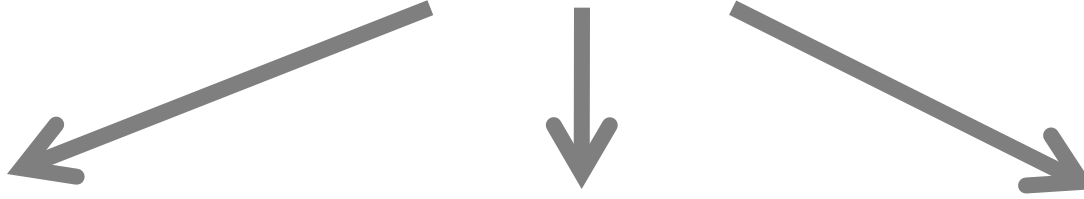


Doç Dr Birsen Daphan'ın arş

- Ok ucunda: Koledokta taş,
 - Tıkanma sarılığı bulguları ve ateş, koledokta taş
- Süperatif kolanjit + karaciğer absesi**



Akut kolanjit



Ayırıcı tanı

Enfeksiyon kliniğinin varlığı
ERCP, Cerrahi
Perkütan drenaj da pürülan
safra varlığı

Charcot triadı

Ateş
Karın ağrısı
Sarılık

Tokyo kılavuzu

3 kriterden ikisinin varlığı

1. İnflamatuvar cevap varlığı

1. BK yüksekliği,
2. CRP yüksekliği

2. KCFT bozukluğu

1. ALP, gamma GT,
2. ALT, AST

3. Görüntülemeye spesifik sorun

1. Taş
2. Stent
3. darlık

Antibiyotik verirken neleri dikkate almalıyım ?

Diagnosis and Management of Complicated Intra-abdominal Infection in Adults and Children: Guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America

IDSA GUIDELINES

Joseph S. Solomkin,¹ John E. Mazuski,² John S. Bradley,³ Keith A. Rodvold,^{7,8} Ellie J. C. Goldstein,⁵ Ellen J. Baron,⁶ Patrick J. O'Neill,⁹ Anthony W. Chow,¹⁶ E. Patchen Dellinger,¹⁰ Soumitra R. Eachempati,¹¹ Sherwood Gorbach,¹² Mary Hilfiker,⁴ Addison K. May,¹³ Avery B. Nathens,¹⁷ Robert G. Sawyer,¹⁴ and John G. Bartlett¹⁵

Table 4. Agents and Regimens that May Be Used for the Initial Empiric Treatment of Biliary Infection in Adults

Infection	Regimen
Community-acquired acute cholecystitis of mild-to-moderate severity	Cefazolin, cefuroxime, or ceftriaxone
Community-acquired acute cholecystitis of severe physiologic disturbance, advanced age, or immunocompromised state	Imipenem-cilastatin, meropenem, doripenem, piperacillin-tazobactam, ciprofloxacin, levofloxacin, or cefepime, each in combination with metronidazole ^a
Acute cholangitis following bilio-enteric anastomosis of any severity	Imipenem-cilastatin, meropenem, doripenem, piperacillin-tazobactam, ciprofloxacin, levofloxacin, or cefepime, each in combination with metronidazole ^a
Health care-associated biliary infection of any severity	Imipenem-cilastatin, meropenem, doripenem, piperacillin-tazobactam, ciprofloxacin, levofloxacin, or cefepime, each in combination with metronidazole, vancomycin added to each regimen

^a Because of increasing resistance of *Escherichia coli* to fluoroquinolones, local population susceptibility profiles and, if available, isolate susceptibility should be reviewed.

Başlangıç ampirik tedavi

- Seftriakson (2X1 gr IV) + metranidazol (4X500 mg IV) başlandı.
- En az iki hafta olacak şekilde tedaviye devam edilmesi planlandı.

Ne yapmalıyız ?

- Genel destek tedavisi
- Antibiyotik
- Girişim

**Hastanın, cerrahın ve kurumun durum
ve olanaklarına
göre alternatifler oluşturulabilir**

- Kolesistektomi + 1 tüp drenaj
- Kolesistektomi + kolodokoduodenostomi ?
- Kolesistomi + Abse drenajı

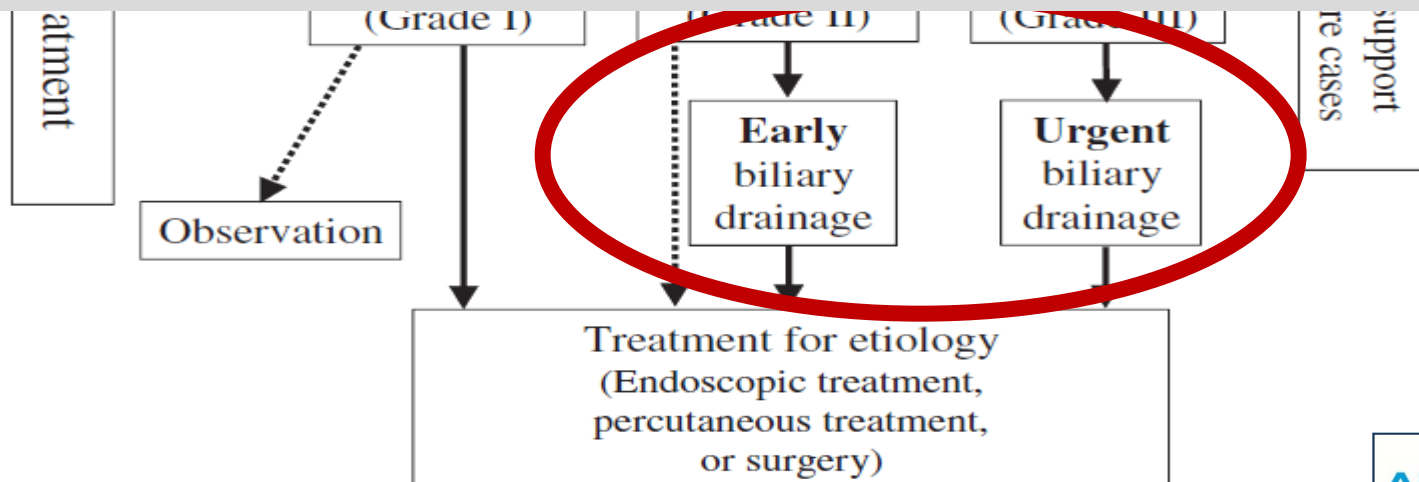
4. Kombinasyonlar 



Flowcharts for the diagnosis and treatment of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines

FUMIHIKO MIURA¹, TADAHIRO TAKADA¹, YOSHIFUMI KAWARADA², YUJI NIMURA³, KEITA WADA¹, MASAHIKO HIROTA⁴,

**ERCP+ Sfinkterotomi + Kolesistektomi +
Abse drenajı yapıldı**



Kolesistit ve kolanjit - antibiyotik anahtar mesajlar

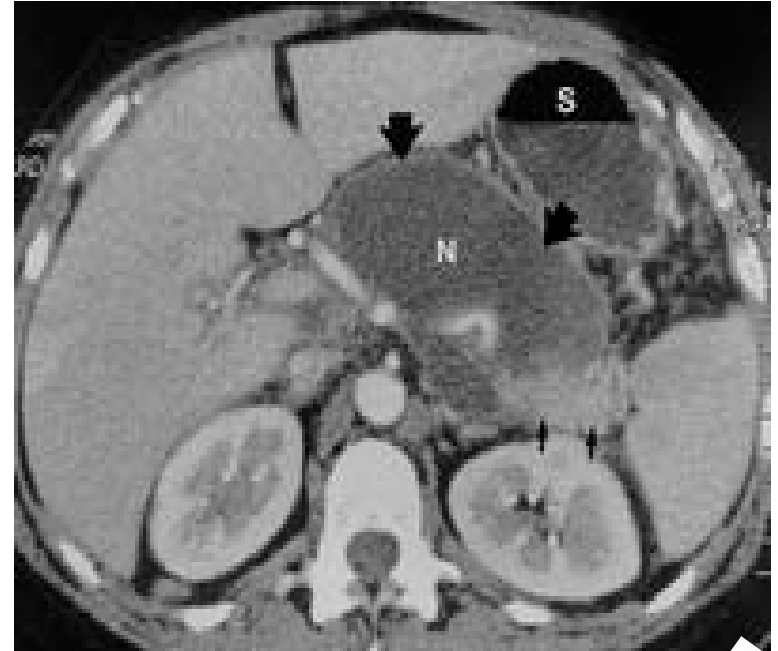
- **Kolesistit ve kolanjit tanısında USG ve CT önemli tanı metodudur**
- Safra kesesi içinde hava yoksa ve biliyoenterik anastomozlar dışında anaerobik ajan gerekmez. (B-II).
- Eğer akut kolesistitte inflamasyon kese duvarını geçmemişse kolesistektomiden sonraki 24 saat içinde antibiyotik kesilmelidir (B-II).
- Karaciğer absesinde tedavide anaerobik ajan gerekir ve tedavi uzun süreli olmalıdır.
- Toplum kökenli biliyer enfeksiyonlarda enterokokkal kapsama gerekmez.
- Ciddi toplum kökenli enfeksiyonlarda büyük silahlar (karbapenem) kullanılabilir.

Ameliyattan 13 gün sonra,

- Genel durumda bozulma,
- Yeniden ortaya çıkan ateş,
- Yeniden ortaya çıkan sürekli karın ağrısı,
- Akciğer filminde plörezi,
- Oral besinleri tolere edememe.

Hangi radyolojik tetkiki isteyelim?

1. USG
2. Direkt Grafiler
3. CE CT 
4. MRI
5. MRCP



>%50 nekroz var



14.-16. Günler

- Şok tablosu yok.
- Volüm resüsitasyonuna cevap verdi.
- Durumu stabil hale geldi.
- Kan gazında ciddi asidozu yok.
- Respiratör gereksinimi yok.
- Organ yetmezliği bulguları yok.

Plan

1. Parenteral + nazojejunal beslenme + antibiyotik ile devam edilmesi ve 3 hafta sonra gerekirse girişim
2. Acilen açık ameliyat
3. Acil Retroperitoneal nefroskopik drenaj
4. Acil Radyoloji yardımlı drenaj
5. Acil Peroral transgastrik endoskopik drenaj



20. gün

- %50'den çok nekroz
- BK=20.200 /mm³
- Kan kültüründe ESBL (+) E Coli üredi
- Organ yetmezliği bulguları başladı

Beklenmeli mi?

1. Antibiyotiği değiştiririm
2. 1+Retroperitoneal video yardımlı drenaj yaparım
3. 1+Radyoloji yardımlı drenaj yaparım
4. 1+Ameliyat ederim



Cerrahi girişim

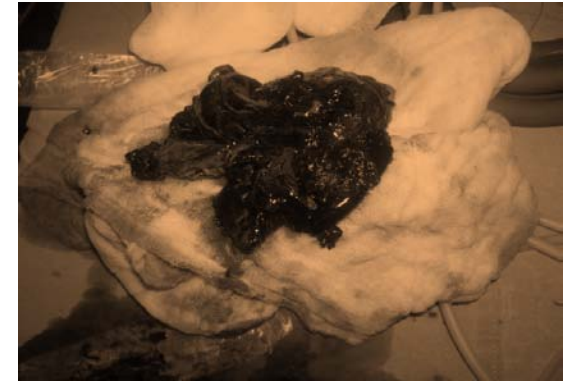
1) nekrozektomi + açık packing

- mortalite : %15-17
- pankreatik fistül : % 26-46



2) nekrozektomi + kapalı packing

- mortalite: %6.2
- pankreatik fistül: %9



3) nekrozektomi + kapalı +sürekli retroperitoneal lavaj

- mortalite: %21
- pankreatik fistül:%19

Mikrobiyoloji

Table 5 Organisms identified from drainage fluid cultures derived from patients in the PCD and surgery groups

Organisms	No. of patients
<i>Candida albicans</i>	3
<i>Acinetobacter baumannii</i>	4
<i>Escherichia coli</i>	3
<i>Enterobacter cloacae</i>	3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1
<i>Enterobacter aerogenes</i>	1
<i>Mycoplasma hominis</i>	1
<i>Enterococcus faecium</i>	4
<i>Candida tropicalis</i>	1
<i>Klebsiella pneumonia</i>	2
<i>Staphylococcus aureus</i>	2
<i>Staphylococcus haemolyticus</i>	2

Ultrasound-guided percutaneous drainage may decrease the mortality of severe acute p
Xinbo Ai AE et al, J Gastroenterol (2010) 45:77–85



Hangi antibiyotiği verelim

- Sađlık hizmeti ile ilgili bir enfeksiyon
- Kılavuzlara göre ve hastane direnç verilerine göre antibiyotiği seçelim

Ciddi pankreatit anahtar mesajlar

- Ciddi pankreatit tanısında CT önemlidir.
- Pankreatik nekroz kaynaklı infeksiyonların kesin tanısı iğne biyopsisi veya CT de gaz görülmesi ile konur.
- Enfeksiyöz sorunlardan dirençli hastane florası sorumludur.
- Organ yetmezliği bulguları ve septik bulgular yoksa demarkasyon için en az 3 hafta beklenmelidir.

teşekkür ederim



ANADOLU^H

In Affiliation with
JOHNS HOPKINS MEDICINE

Fatih Ağalar,
Prof, FACS,
ASM Genel Cerrahi Bölümü