

Orijinal Soru: Klinik Bilimler 213

213.Reynold pentadında aşağıdakilerden hangisi bulunmaz?

- A) Sarılık
- B) Sağ üst kadranda ağrı
- C) Semptomatik hipoglisemi
- D) Mental durumda bozulma
- E) Septik şok

Doğru Cevap:C

DERS NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

(Bu referanslar; soru kitabı Tüm Tus Soruları, Kamp notlarımız ya da non spesifik slaytlardan DEĞİL, sadece güncel ders notlarımızdan verilmiştir. Bu notları şubelerimizde kolayca edinip, referansları kontrol edebilirsiniz.)



TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ

679

Tanı

- ✓ Koledok taşının yol açtığı ağrı da **biliyer koliktir**.
- ✓ Tıkanma sarılığı bulguları **sarılık, açık renkli gaita ve çay rengi idrar** görülür.
- ✓ Fizik muayenede sarılık dışında bazı vakalarda **epigastrik veya sağ subkostal hassasiyet saptanabilir**.

Klinik Bilimler 213. soru

Tusdata Genel Cerrahi Ders Notu 2. Fasikül Sayfa 679

- ✓ **Sağ üst kadranda ağrı, ateş ve sarılık** görülür; buna **Charcot triadı** denir.
- ✓ **Kolanjitte bakteriler en çok gastrointestinal sistemden asendan yolla** gelirler. Bunun yanı sıra hematojen yolla da ulaşabilirler.
- ✓ Akut süppüratif kolanjitte **Reynold pentadı Charcot triadına ek olarak hipotansiyon (şok) ve mental durum değişiklikler (nörolojik bulgular) mevcuttur**.
- ✓ **Kolanjitin en sık nedeni koledokolityazistir**. Koledok kistleri, tumorler, girişimler gibi birçok faktör kolanjite neden olabilir.
- ✓ Koledokolityazis varlığında kolanjit gelişme riski diğer obstrüktif lezyonlara göre daha yüksektir.
- ✓ **Enfeksiyon safra stazına ikincil ve en sık karşılaşılan etken E. Coli'dir**.
- ✓ **Geniş spektrumlu antibiyotikler** kullanılmalıdır.
- ✓ Tekrarlayan **obstrüksiyon** ve **enfeksiyonlar** sonucunda uzun dönemde **biliyer siroz ortaya çıkar**.
- ✓ **Tanısal yaklaşımda ilk tercih USG'dir**.
- ✓ **Kolelityazisi olan hastada sarılık ve biliyer kolik atağıyla beraber ultrasonografide koledok çapı > 8 mm** → Koledokolityazis düşündürmelidir.
- ✓ MRCP de tanıda oldukça yardımcıdır.
- ✓ **Ancak en güvenilir tanı yöntemi ERCP'dir**.
- ✓ **Preoperatif ERCP endikasyonları**, kolesistektomi öncesi kolanjit, biliyer pankreatit varlığı, ana kanal eksplorasyonu için kısıtlı deneyimi olan cerrah ve multipl komorbiditesi olan hastalardır.

Tedavi

- ✓ Koledokolityazis tanısı konan veya şüphesi olan hastalarda bir sonraki işlem ERCP'dir. **Sfinkterotomi yapılarak taşlar düşürülebilir**.
- ✓ Kolanjit için başlangıç tedavisi **iv antibiyotik ve sıvı resüsitasyonudur**.
- ✓ Bu hastalarda **yoğun bakım takibi** ve **vazopresör desteği gerekebilir**.
- ✓ Çoğu hasta bu tedavilere cevap verir.
- ✓ Obstrükte safra yolu hasta stabil olur olmaz drene edilmelidir.
- ✓ **Hastaların yaklaşık %15'i antibiyotik ve sıvı resüsitasyonuna cevap vermez; acil biliyer dekompresyon gerekli** olur.
- ✓ **Biliyer dekompresyon** endoskopik yolla, perkütan transhepatik yolla veya ameliyatla yapılabilir.
- ✓ Uygun yöntem seçimi biliyer tıkanıklığın seviyesine ve tipine bağlıdır.
- ✓ **Koledok taşı veya periampuller tümörlerin** neden olduğu tıkanıklıklara en iyi yaklaşım **ERCP** ile olur; **sfinkterotomi** yapılır ve endoskopik **biliyer stent** yerleştirilir.
- ✓ Obstrüksiyon proksimal veya perihilar ise ya da biliyoenterik bir anastomozda darlık düşünülüyor ise veya ERCP girişim başarısız olmuş ise **perkütan transhepatik kolanjiografi** uygulanır.

İLGİLİ NOTLAR

Bir TUS klasiği...

Charcot triadı...

Raynold pentadı...