

# 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

## KAMP NOTLARIMIZDAN REFERANSLAR

## İLGİLİ NOTLAR

226

TUS HAZIRLIK MERKEZLERİ



## KOLEDOKOLİTYAZIS

Klinik Bilimler 213. soru  
Tusdata Genel Cerrahi Kamp Notu 1. Fasikül Sayfa 226

Koledok taşı ve biliyer pankreatite neden olabilir.

- **Sağ üst kadranda ağrısı, ateş ve sarılık** görülür; buna Charcot triadı denir. 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, tumörler, girişimler gibi birçok faktör kolanjite neden olabilir. Enfeksiyon safra stazına ikincil ve en sık karşılaşılan etken **E. Coli'dir.**
- Tanısal yaklaşımda **ilk tercih USG'dir.**
- **Ultrasonografide koledok çapı** → > 8 mm ise Koledokolityazis düşündürmelidir.
- **Preoperatif ERCP endikasyonları**, kolesistektomi öncesi kolanjit, biliyer pankreatit varlığı, ana kanal eksplorasyonu için kısıtlı deneyimi olan cerrah ve multipl komorbiditesi olan hastalardır.
- 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.
- Koledok taşı veya periampuller tümörlerin neden olduğu tıkanıklıklara **en iyi yaklaşım ERCP** ile olur; **sfinkterotomi** yapılır ve **endoskopik biliyer stent** yerleştirilir.

## PRİMER SKLEROZAN KOLANJİT

- **Ülseratif kolit (hastaların 2/3'ü)**, Crohn hastalığı, riedel struma, retroperitoneal fibrozis, porfiri ile ilişkilidir. Safra yolu taşları, akut kolanjit, önceki safra cerrahisi veya toksik maddelere sekonder olarak sekonder sklerozan kolanjit de gelişebilir. Safra yollarında **darlıklar ve genişlemelerle karakterizedir.**
- Tekrarlayan **sağ üst kadranda ağrısı ve sarılık** ile gelirler. Biliyer siroz ve komplikasyonları, portal hipertansiyona ilerleyebilir.
- **Ülseratif kolitli hasta KCFT'de bozulma** Sklerozan kolanjit akla gelmelidir. **Kolanjiyokarsinom** gelişme olasılığı artar. **Perinükleer antinötrofil sitoplazmik antikörlerin (pANCA)** yükselmesi %80 hastada görülür. Safra yollarında yaygın **genişlemeler ve darlıklar** vardır. Bu görüntüye "**tespih dizilişi**" denir. Hepatik kanal bifurkasyon en sık tutulan bölgedir.
- Kesin tanı karaciğer biyopsisi ile konur. Patolojik incelemede safra yollarında mukoza normal; submukozada yoğun fibrozis vardır. Karaciğer biyopsisinde soğan zarı şeklinde konsantrik periduktal fibrozisin gösterilmesi önemlidir.
- PTK sıklıkla başarısızdır, çünkü proksimal kanallar fibroze ve genellikle dilate değildir.
- Komplikasyonsuz hastalar **steroid** verilerek izlenir. Stenoz ve obstrüksiyon için biliyer diversiyon ameliyatları yapılır. Yaygın tutulumda son şans **karaciğer transplantasyonudur.**