

Seftriaksona bağlı gelişmiş biliyer psödolityazis: Bir olgu sunumu

Özkan HEREK, Haluk ÖZTÜRK, Turgay SAKARYA, İlhami SÜRER, Salih ÇETİNKURŞUN
Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

Özet

Çocuklarda nadir olan safra taşlarının prevalansı % 0.13 olarak bildirilmektedir. Hemoliz, TPN kullanımı, doğumsal safra yolu anomalisi, ileum hastalıkları gibi hazırlayıcı nedenlere sahip çocuklarda ise safra taşı insidansı artmaktadır. Son yıllarda seftriaksonun kullanımı ile ortaya çıkıp, kesilmesi ile de kaybolan ve ultrasonografik taş benzeri görünüm veren oluşumlara "biliyer psödolityazis" adı verilmektedir. Bu makalede üç günlük seftriakson tedavisi sonrası gelişen ve tedavinin kesilmesinden iki ay sonra kaybolan psödolityazis olgumuzu sunduk.

Anahtar kelimeler: Kolelityazis, seftriakson, ultrasonografi, antibiyotikler, safra kesesi hastalıkları, çocuk

Summary

Ceftriaxone related biliary pseudolithiasis: A case report

Cholelithiasis is uncommon in childhood and the prevalence is reported as 0.13 %. The incidence of cholelithiasis increases in children who have a predisposing factor such as hemolysis, administration of TPN, congenital abnormality of biliary tree, disease of ileum. Recently, sonographic abnormality and precipitations similar to gallstone seen in gallbladder with use of ceftriaxone and disappear following discontinuation of ceftriaxone have been described such as "biliary pseudolithiasis" or "reversible cholelithiasis". In this paper, we present a case with biliary pseudolithiasis occurred after 3 days of ceftriaxone therapy and had completely resolved 2 months after the end of treatment.

Key words: Cholelithiasis, ceftriaxone, ultrasonography antibiotics, gallbladder diseases, children

Giriş

Kolelityazis, çocukluk çağının nadir hastalıklarındanır (1,8,12). Özellikle hemolitik hastalıklar başta olmak üzere, TPN uygulanan, uzun süreli aç bırakılan, safra yollarında doğumsal anomalisi, safra yolları stazı, enfeksiyonu bulunan, fototerapi ya da diüretik tedavisi gören olgularda safra kesesinde taş gelişme olasılığı ve sıklığında artış olmaktadır (3,4,5,10,12,13).

Safra kesesi taşlarının tedavisinde temel yaklaşım olarak kolesistektomi önerilmektedir. Ancak son yıllarda bebek ve çocukluk döneminde kendiliğinden kaybolan safra kesesi taşı olguları bildirilmiş ve belirgin hazırlayıcı neden olmadığı takdirde yakın takip ile tedavilerinin belirlenmesinin uygun ola-

cağına değinilmiştir (5). Özellikle yüksek doz seftriakson tedavisini takiben ortalama % 40 oranında safra kesesinde taşa benzer oluşumların meydana geldiği ve bunların tedavinin kesilmesini takiben kendiliğinden kaybolduğu Schaad ve ark. (15) tarafından gösterilerek "bilier psödolityazis" olarak tanımlanmıştır. Meyboom ve ark. (7) ise bu durumu "reverzibil kolelityazis" olarak tarif etmişlerdir.

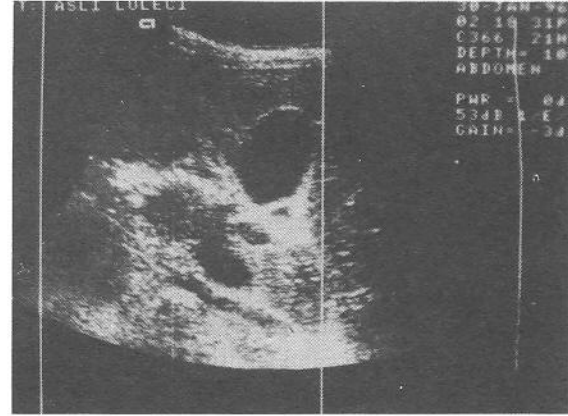
Yazımızın amacı, seftriakson tedavisini takiben gelişen ve sonografik takipleri sırasında tamamen kaybolmuş bir bilier psödolityazisli olguyu sunarak konuyu güncelleştirmek ve safra kesesinde taş saptanan çocuk olguların tedavilerindeki ilkeleri ortaya koymaktır.

Olgu Sunumu

A. L., 8 yaşında kız olgu. Özgeçmişinde sık idrar yolu enfeksiyonu geçirme öyküsü bulunan olgumuz



Resim 1. Olgumuzun ilk ultrasonografi incelemesinde safra kesesi içerisinde hiperekojen ve kuvvetli akustik gölge veren taş ile uyumlu oluşum izlenmektedir.



Resim 2. Olgumuzun ikinci ayda yapılan ultrasonografi kontrolünde taşa benzer oluşumun tamamen kaybolduğu görülmektedir.

son başvurusuna neden olan ateş, sağ lomber ve kasık ağrısı için başka bir sağlık kuruluşunda yapılan ultrasonografi (US) incelemesinde sağ atrofik böbrek saptanmış. İdrar tahlilinde piyüri saptanarak, pyelonefrit tanısı konulup üç gün süreyle intravenöz seftriakson (75 mgr/kg/gün) tedavisi uygulandıktan sonra kliniğimize sevkedilen olgu yatırıldı. Seftriakson olgumuzda 10 ml çözücü içerisinde damar yolundan 2-4 dakikada enjeksiyon ile uygulanmıştı. Yapılan fizik bakıda arteriyel kan basıncının (KB) 210/110 mmHg, nabızın 110/dk ve sağ lomber bölgede hassasiyeti olduğu saptandı. Radyolojik ve renal sintiografi incelemelerinde; direkt karın grafisi normaldi, US'de sağ böbrek 59.9x26.3 mm boyutlarında atrofik ve kaliksiyel sistemi ileri derecede geniş, sol böbrek ise 98.2x41.8 boyutlarında ve normal olarak bulundu. Ayrıca US incelemesi sırasında olgunun kliniğimize başvurusundan ve seftriakson kullanımından önce yapılan incelemelerinde saptanmayan 15.9 mm boyutlarında, hiperekojen ve kuvvetli akustik gölge veren safra kesesi taşı ile uyumlu hareketli oluşum belirlendi (Resim 1). İntravenöz pyelografi (IVP) de sağ böbrek nonfonksiyonel; DMSA ve DTPA da da yine sağ böbrek nonfonksiyonel, sol böbrek fonksiyonları ise normal olarak bulundu. Olguya yapılan miksiyon sistüretrografi (MSUG)'de reflü saptanmadı.

Laboratuvar incelemelerinde; üre: 45 mgr/dl, kreatinin: 0.8 mgr/dl, kreatin klirensi: 88 cc/dk/1.73 m², fraksiyone sodyum atılımı (FeNa): % 1.25, total bilirubin: 0.8 mgr/dl, valin mandelik asit: 3.6 mgr/dl, aldosteron: 826.1 pg/dl, angiotensin: 11.2 ngr/dl

olarak bulundu. Hematolojik yönden yapılan incelemelerde hemolitik hastalık saptanmadı. Göz dibi muayenesi normal olarak bulundu. Hipertansiyonun kontrolü için kaptopril tedavisi başlanarak TA: 120/100 mmHg düzeyinde sabitlendi. Kaptopril sonrası yapılan DTPA'da sol renal fonksiyonlarda herhangi bir değişiklik saptanmaması ve kreatin klirensinin 102 cc/dk/1.73 m²'ye yükselmesi üzerine olguya sağ nefroüretrektomi uygulanarak atrofik ve non-fonksiyonel sağ böbrek çıkarıldı. Ameliyat sonrası dönemde kaptopril, dozu azaltılarak kesildi ve hipertansiyon düzeldi. Olgu ameliyat sonrası 10. günde safra kesesi taşının takibi planlanarak taburcu edildi.

Seftriakson tedavisinin kesilmesinden bir ay sonra yapılan US incelemesinde safra kesesindeki taşın boyutunun yarı yarıya azaldığı ve 7.59 mm olduğu saptandı. İkinci ayda yapılan kontrolünde ise safra kesesinde benzeri oluşumun kalmadığı ve sonografik olarak safra kesesinin tamamen normal olduğu görüldü (Resim 2).

Tartışma

Safra kesesi taşları 20 yaş altında nadir olup prevalansı % 0.13 olarak bildirilmektedir (8). Safra kesesi taşları çocukluk yaş gruplarında sıklıkla kan yıkım hastalığı bulunan olgularda görülmektedir (1,6). Bunun yanısıra terminal ileum rezeksiyonlu ya da hastalıklı olgularda, TPN uygulanan olgularda, safra kesesi taşı gelişme olasılığı artmaktadır (10,13). Safra yolları anomalileri, safra yollarında staz ve en-

feksiyonlar, fototerapi, diüretik kullanımı gibi durumlar safra kesesi taşlarının oluşumunda hazırlayıcı nedenler arasında bildirilmektedir (3,4,5).

Safra kesesi taşların tedavisinde genelde önerilen kolesistektomidir (12). Ancak Jacir ve ark., üçü yeni-doğan döneminde olmak üzere dört olguda saptadıkları komplikasyonsuz safra kesesi taşlarının sonografik takiplerinde üç olguda tamamen kaybolduklarını göstererek komplike olmayan olgularda yakın takibin faydalı olabileceğini bildirmişlerdir (5). Schaad ve ark. 1986 yılında seftriakson tedavisini takiben safra kesesinde taşa benzer geçici çöküntülerin meydana geldiği ve kendiliğinden düzelmenin görüldüğü bir olguyu sunmuşlardır (14).

Yine Schaad ve ark. bu olgunun saptanmasından sonra 2 yıl boyunca çeşitli enfeksiyonlar nedeniyle 60-100 mgr/kg/gün dozunda seftriakson kullandıkları 37 olguda sonografik takipler yaparak 16 tanesinde (% 43) safra kesesinde, bir tanesinde (% 3) böbrekte taş geliştiğini saptamışlar ve bu klinik durumu "biliyer psödolyazis" olarak tanımlamışlardır (15). Bu çalışmada biliyer psödolyazisin, tedavinin başlamasından 4 ile 22 (ortalama 9) gün içinde ortaya çıktığı ve tedavinin kesilmesinden 2 ile 63 (ortalama 15) günde tamamen kaybolduğu gösterilmiştir.

Her ne kadar biliyer psödolyazisin oluşma zamanı 9-11 gün olarak bildirilmekteyse de iki günlük tedaviyi takiben biliyer psödolyazis gelişmiş bir olgu, Blais ve Duperval tarafından bildirilmiştir (2,11). Bizim olgumuzda da 72 saatlik bir tedaviyi takiben biliyer psödolyazis gelişmiş ve iki aylık izlemde tamamı ile kaybolmuştur. Schaad ve ark. kendi olgularında % 19 oranında abdominal kolik, bulantı-kusma gibi bulguların geliştiğini ve bunların tedavinin kesilmesini takiben tamamen kaybolduğunu saptamışlardır. Olgumuzda ise hiç safra yoluna ait klinik bulgu-yakınma olmamıştır.

Yine aynı çalışmada seftriaksonun 3-5 dk gibi kısa sürelerde verildiği takdirde biliyer psödolyazis gelişme oranı % 55 iken 30 dk'da infüzyon tarzında verildiğinde ise aynı oran % 29 olarak bulunmuş ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir (15). Bu açıdan seftriaksonun klinik uygulamalarda 30 dk'lık infüzyonlarının tercih edilmesi daha uygun ola-

caktır. Seftriakson % 40 oranında metabolize olmamış şekilde safra ile atılmakta ve safra kesesinde serum konsantrasyonunun 20-150 katı yoğunluğa erişmektedir (7,9). Safra kesesindeki seftriakson büyük oranda kalsiyum tuzları şeklinde çökmekte ve hiperekojen, akustik gölge veren taşa benzer çöküntüler, çamurlar oluşturmaktadır (9). Bu yapılar sonografik olarak safra kesesi taşları ile ayırddilemeyecek kadar benzerlik oluşturduğundan olguya ilk defa karşılaşan klinisyenler yanlış yönlendirme ile gereksiz kolesistektomi kararı verebilmektedir. Hazırlayıcı nedenlerin saptanamadığı bu tip olgularda, öyküde mutlaka seftriakson kullanımının araştırılması gerekir.

Komplike olmayan olgularda da sonografik takipler ile bu hiperekojen yapıların boyut değişikliklerinin izlenmesi, gereksiz kolesistektomilerin önlenmesi açısından uygun yaklaşım şekli olacaktır. Kliniğimize başvuran olgumuzda da herhangi bir hazırlayıcı neden saptanmamış, öyküde seftriakson kullanımı olduğundan konservatif yaklaşım tercih edilmiştir.

Sonuç olarak safra kesesi taşı için hazırlayıcı neden bulunmayan, yapılan incelemeleri sırasında safra kesesinde taş ile uyumlu hiperekojenite saptanan olgularda mutlaka seftriaksona bağlı biliyer psödolyazis akıldta tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Bailey PV, Connors RH, Tracy TF, et al: Changing spectrum of cholelithiasis and cholecystitis in infants and children. *Am J Surg* 158:585, 1989
2. Blais C, Duperval R: Biliary pseudolithiasis in a child associated with 2 days of ceftriaxone therapy. *Pediatr Radiol* 24:218, 1994
3. Callahan J, Haller JO, Cacciarelli AA, et al: Cholelithiasis in infants: Association with total parenteral nutrition and furosemide. *Radiology* 143:432, 1982
4. Hanson BA, Mahour GH, Woolley MM: Diseases of gallbladder in infancy and childhood. *J Pediatr Surg* 6:277, 1971
5. Jacir NN, Anderson KD, Eichelberger M, Guzzetta PC: Cholelithiasis in infancy: Resolution of gallstones in three of four infants. *J Pediatr Surg* 21:567, 1986
6. MacMillan RW, Schullinger JN, Santulli TV: Cholelithiasis in childhood. *Am J Surg* 127:689, 1974
7. Meyboom RHB, Kuiper H, Jansen A: Ceftriaxone and reversible cholelithiasis. *Br Med J* 297:858, 1988
8. Palascino G, Portincasa P, Vinciguerra V, et al: Gallstone prevalence and gallbladder volume in children and adolescents: An epidemiological ultrasonographic survey and relationship to body mass index. *Am J Gastroenterol*

84:1378, 1989

9. Park HZ, Lee SP, Schy AL: Ceftriaxone-associated gallbladder sludge. Gastroenterology 100:1665, 1991

10. Pellerin D, Bertin P, Nihoul-Fekete C, Ricour C: Cholelithiasis and ileal pathology in childhood. J Pediatr Surg 10:35, 1973

11. Pigrau C, Pahissa A, Gropper S, et al: Ceftriaxone-associated biliary pseudolithiasis in adults. Lancet 2:165, 1989

12. Pokorny WJ, Saleem M, O'Gorman RB, et al: Cholelithiasis and cholecystitis in childhood. Am J Surg

148:742, 1984

13. Roslyn JJ, Berquist WE, Pitt HA: Increased risk of gallstones in children receiving total parenteral nutrition. Pediatrics 71:784, 1983

14. Schaad UB, Tschaeppler H, Lentze MJ: Transient formation of precipitations in the gallbladder associated with ceftriaxone therapy. Pediatr Infect Dis 5:708, 1986

15. Schaad UB, Wedgwood-Krucko J, Tschaeppler H: Reversible ceftriaxone-associated biliary pseudolithiasis in children. Lancet 2:1411, 1988

IV INTERNATIONAL WORKSHOP on APPLIED EMBRYOLOGY for PEDIATRIC SURGEONS

18-21 Temmuz 1997, İzmir

Düzenleyen

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

Başvuru adresi

Prof. Dr. Tanju Aktuğ, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,
35340 Balçova-İzmir

Elektronik adres

URL: <http://www.adinnov.com/aktuğt/index.html> veya <http://193.140.250.50/aktuğt/index.html>