



BÖLÜM 36

Akut Taşlı Kolesistit Tanı ve Tedavi Yaklaşımı

Hasan DAGMURA¹

ÖZET

Safra taşı prevalansı %10 ile %15 arasında değişirken, aile öyküsü, genetik yatkınlık, etnik köken, kadın cinsiyet ve hastaların yaşı, gelişimlerine katkıda bulunan bağımsız faktörlerdir. Safra taşlarının çoğu sessiz kalır ancak %25 kadarı kolesistit, kolanjit veya biliyer pankreatit şeklinde semptomatik hale gelir. Akut kolesistit, safra kesesinin akut inflamasyonudur. Akut kolesistit vakalarının %90'ından fazlasında ultrasonda safra taşları mevcuttur. Bu hastalığın patofizyolojisi, sistik kanalın tıkanması veya safra kesesi boşaltma mekaniğinin bozulmasıdır. Akut tedavi edilmemiş kolesistit vakaları safra kesesinin delinmesine, sepsis ve ölüme neden olabilir. Kolesistitin doğru teşhisi, ayrıntılı bir öykü, fizik muayene, serolojik testler ve görüntülemeyi içeren çok faktörlü sistematik bir yaklaşım gerektirir. Akut kolesistitli hastalar tipik olarak, en sık olarak sağ üst kadranda veya epigastriumda olmak üzere karın ağrısından şikayet ederler. Akut kolesistitli hastalar genellikle huzursuz görünümlü, ateşli, taşikardiktir ve kolesistit hareketle şiddetlenen lokal parietal periton iltihabı ile ilişkili olduğundan, muayene masasında hareketsizce uzanırlar. Karın muayenesi genellikle istemli ve istemsiz defans gösterir. Hastalarda sıklıkla pozitif Murphy işareti vardır. Akut kolesistitten klinik olarak şüphelenildiğinde, ultrason (USG) ilk tercih edilen görüntüleme yöntemidir. Biliyer kolik, akut kolanjit, akut apandisit, mezenterik iskemi, gastrit, peptik ülser hastalığı, inferior miyokard infarktüsü de ayırıcı tanıda hatırdan tutulmalıdır. Akut kolesistitli hastalar, intravenöz sıvı tedavisi, elektrolit bozukluklarının düzeltilmesi ve ağrının kontrolünü içeren destekleyici bakım için hastaneye yatırılmalıdır. Akut kolesistit kesin tanısına ulaşıldığında, kan basıncı, kalp hızı ve idrar hacmi dikkatli bir şekilde izlenerek yeterli sıvı infüzyonu, antibiyotik ve analjezik uygulamasını içeren başlangıç tedavisine başlanır. Ampirik antibiyotik tedavisinin ilkeleri, en sık izole edilen mikroplara göre tanımlanmalı ve her zaman antibiyotik direnci eğilimi göz önünde bulundurulmalıdır. Laparoskopik kolesistektomi, akut taşlı kolesistitin cerrahi tedavisi için standart yaklaşım olarak kabul edilir. Ameliyat için yüksek risk olarak kabul edilen hastalarda, sıklıkla alternatif bir safra kesesi drenajı yöntemine ihtiyaç duyulur. Perkütan kolesistostomi, endoskopik safra kesesi drenajı bu hastalarda uygulanabilir.

¹ Doç. Dr. Hasan DAGMURA, Bezmialem Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü hassen@hacettepe.edu.tr

hafta sonra yapılması arasında ilgili komplikasyonlar ve açık kolesistektomiye dönüş oranında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Erken cerrahi, hastanede kalış süresinin azalması avantajına sahiptir. Ayrıca açık kolesistektomiye yüksek oranda dönüşüme yol açan tekrarlayan semptomlar için acil cerrahi riskinden hastayı kurtarır. Açık kolesistektomi morbidite, ağrı ve işe dönüş süresinde artış ile ilişkilidir. Safra yolu yaralanması kolesistektomi sırasında en korkulan komplikasyondur ve ölümcül olabilir. Safra yolu yaralanması için düzeltici cerrahi yüksek morbidite ve mortaliteye sahiptir ve düzeltici cerrahiden üç yıl sonra bile yaşam kalitesi düşük olabilir. Kolesistit, safra kanalı yaralanması için bir risk faktörü olarak kabul edilmiştir (29).

Ameliyat için yüksek risk olarak kabul edilen hastalarda, sıklıkla alternatif bir safra kesesi drenajı yöntemine ihtiyaç duyulur. Perkütan kolesistostomi ile yapılan drenajla klinik olarak başarılı sonuçlar alınmıştır. Perkütan kolesistostomi, ateş, karın ağrısı ve inflamatuvar belirteçlerin düzelmesi ile gösterildiği gibi hastaların yaklaşık yüzde 85'inde akut kolesistiti giderir. Perkütan kolesistostomi ciltten safra kesesine harici bir kateter yerleştirmeyi içerdiğinden, ağrı, kateterin yerinden çıkması, cilt bölgesi enfeksiyonu, kanama, safra kaçağı ve pnömotoraks gibi komplikasyonlar gelişebilir (30).

Endoskopik safra kesesi drenajı, perkütan yaklaşımların kontrendike olduğu veya anatomik olarak uygun olmadığı (yani, ilerlemiş karaciğer hastalığı, asit veya koagülopati) akut kolesistitli hastalarda yapılabilir. İki farklı teknik, transpapiller drenaj ve transmural drenaj mevcuttur. Transpapiller drenaj, sistik kanal yoluyla safra kesesine bir drenaj kateteri yerleştirmek için endoskopik retrograd kolanjiyografi (ERCP) tekniklerini ve ekipmanını kullanır. Kateterin diğer ucu ya burun içinden dışarı çıkarılır (nazobilyer drenaj) ya da içten duodenuma boşalmaya bırakılır. Transmural drenaj, bir iğne deliği ile iltihaplı safra kesesine erişmek için endoskopik ultrason kılavuzluğunu kullanır, ardından bir kılavuz tel üzerinden dilatasyon ve stent yerleştirilir (21).

Kaynaklar

1. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6(2):172-87.
2. Stinton LM, Myers RP, Shaffer EA. Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol Clin North Am*. 2010;39(2):157-69, vii.
3. Sakorafas GH, Milingos D, Peros G. Asymptomatic cholelithiasis: is cholecystectomy really needed? A critical reappraisal 15 years after the introduction of laparoscopic cholecystectomy. *Dig Dis Sci*. 2007;52(5):1313-25.
4. Ambe PC, Papadakis M, Zirngibl H. A proposal for a preoperative clinical scoring system for acute cholecystitis. *Journal of Surgical Research*. 2016;200(2):473-9.
5. Jones MW, Genova R, O'Rourke MC. Acute cholecystitis. 2017.
6. Yusoff IF, Barkun JS, Barkun AN. Diagnosis and management of cholecystitis and cholangitis. *Gastroenterology Clinics*. 2003;32(4):1145-68.
7. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Hirata K, et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *Journal of hepato-biliary-pancreatic surgery*. 2007;14(1):78-82.
8. Zakko SF, Afdhal N. Acute calculous cholecystitis: Clinical features and diagnosis. Official reprint from Up To Date. 2019.
9. Singer AJ, McCracken G, Henry MC, Thode Jr HC, Cahug CJ. Correlation among clinical, laboratory, and hepatobiliary scanning findings in patients with suspected acute cholecystitis. *Annals of emergency medicine*. 1996;28(3):267-72.
10. Adedeji O, McAdam W. Murphy's sign, acute cholecystitis and elderly people. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. 1996;41(2):88-9.
11. Wertz JR, Lopez JM, Olson D, Thompson WM. Comparing the diagnostic accuracy of ultrasound and CT in evaluating acute cholecystitis. *AJR American journal of roentgenology*. 2018;211(2):W92.
12. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, Bossuyt PM, Stoker J, Boermeester MA. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. *Radiology*. 2012;264(3):708-20.
13. Liu C-L, Lo C-M, Chan JK, Poon RT, Fan S-T. EUS for detection of occult cholelithiasis in patients with idiopathic pancreatitis. *Gastrointestinal endoscopy*. 2000;51(1):28-32.
14. Miura F, Okamoto K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Pitt HA, et al. Tokyo Guidelines 2018: initial management of acute biliary infection and flowchart for acute cholangitis. *Journal of Hepato-biliary-pancreatic Sciences*. 2018;25(1):31-40.
15. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*. 2013;20(1):35-46.
16. Miura F, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gouma DJ, et al. TG13 flowchart for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*. 2013;20(1):47-54.
17. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, Peitzmann A, Fin-

- gerhut A, Catena F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World journal of emergency surgery*. 2016;11(1):1-23.
18. Dyrhovden R, Øvrebø KK, Nordahl MV, Nygaard RM, Ulvestad E, Kommedal Ø. Bacteria and fungi in acute cholecystitis. A prospective study comparing next generation sequencing to culture. *Journal of Infection*. 2020;80(1):16-23.
 19. Bogacki P, Krzak J, Gotfryd-Bugajska K, Szura M. Evaluation of the usefulness of the SAGES Safe Cholecystectomy Program from the viewpoint of the European surgeon. *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. 2020;15(1):80.
 20. Mou D, Tesfasilassie T, Hirji S, Ashley SW. Advances in the management of acute cholecystitis. *Annals of gastroenterological surgery*. 2019;3(3):247-53.
 21. Vollmer CM, Zakko SF, Nezam HA. Treatment of acute calculous cholecystitis. *Up To Date* (<http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-calculous-cholecystitis>). 2016.
 22. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World journal of emergency surgery*. 2020;15(1):1-26.
 23. Tang B, Cuschieri A. Conversions during laparoscopic cholecystectomy: risk factors and effects on patient outcome. *Journal of gastrointestinal surgery*. 2006;10(7):1081-91.
 24. Giger U, Michel J, Vonlanthen R, Becker K, Kocher T, Krähenbühl L. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome. *Langenbeck's archives of surgery*. 2005;390(5):373-80.
 25. Peker Y, Ünalp HR, Durak E, Karabuga T, Yilmaz Y, Genç H, et al. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and older: an analysis of 111 patients. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2014;24(2):173-6.
 26. Catani M, De Milito R, Romagnoli F, Silvestri V, Usai V, Modini C, editors. *Laparoscopic approach to the acute cholecystitis in pregnancy*. Geneve: Act of the Congress: 18th International Congress of the EAES; 2010.
 27. de Goede B, Klitsie P, Hagen S, Van Kempen B, Spronk S, Metselaar H, et al. Meta-analysis of laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with liver cirrhosis and symptomatic cholelithiasis. *Journal of British Surgery*. 2013;100(2):209-16.
 28. Sabour AF, Matsushima K, Love BE, Alicuben ET, Schellenberg MA, Inaba K, et al. Nationwide trends in the use of subtotal cholecystectomy for acute cholecystitis. *Surgery*. 2020;167(3):569-74.
 29. Gurusamy KS, Davidson C, Gluud C, Davidson BR. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for people with acute cholecystitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
 30. Krishnamoorthi R, Jayaraj M, Chandrasekar VT, Singh D, Law J, Larsen M, et al. EUS-guided versus endoscopic transpapillary gallbladder drainage in high-risk surgical patients with acute cholecystitis: a systematic review and meta-analysis. *Surgical endoscopy*. 2020;34(5):1904-13.