



## BÖLÜM 38

### Akalküloz Kolesistit

Ömer Faruk BÜK<sup>1</sup>

#### ÖZET

Akalküloz kolesistit, safra kesesinin multifaktöriyel patogenezi olan akut nekroinflamatuvar bir hastalığıdır. Tüm akut kolesistit vakalarının yaklaşık yüzde 10'unu oluşturur ve yüksek morbidite ve mortalite oranları ile ilişkilidir. Akalküloz kolesistit tipik olarak hastanede yatan ve durumu kritik olan hastalarda görülür, ancak ayakta tedavi ortamında da görülebilir.(tablo 1). Kritik hastalarda, açıklanamayan ateş, lökositoz veya belirsiz karın rahatsızlığı, taşsız kolesistitin tek belirtisi olabilir. klinik sinsi olabileceğinden, tanı anında safra kesesi nekrozu, gangren ve perforasyon sıklıkla mevcuttur. Açık bir kaynağı veya sarılığı olmayan sepsisli kritik hastalarda akalküloz kolesistitten şüphelenilmelidir. Ameliyat sonrası sarılığı olan hastalarda da düşünülmelidir. Akalküloz kolesistit şüphesi olan hastalarda ultrasonografi ile karın görüntülemesi yapılabilir. Tanısı kesin olmayan hastalarda, akut akalküloz kolesistit kanıtı için ve akut karın ağrısının diğer nedenlerini dışlamak için kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) taraması yapılır. Ultrasonografi ve abdominal BT taramasından sonra tanının net olmadığı stabil hastalarda hepatik iminodiasetik asit taraması yapılabilir. Akalküloz kolesistiti olan hastalar, intravenöz sıvılar, elektrolit anormalliklerinin düzeltilmesi, bağırsak istirahati ve ağrı kontrolü ile destekleyici bakım gerektirir. Taşsız kolesistitli hastalarda kan kültürü sonucunu beklemek yerine kan kültürü alınır alınmaz geniş spektrumlu antibiyotik başlanmasını önerilir (Grade 1B). Akalkülöz kolesistiti olan hastalarda sürekli destekleyici bakım yerine kolesistektomi veya kolesistostomi ile kesin tedaviyi önerilir ( Grade 1B ). Kolesistektomi veya safra kesesi drenaj prosedürü arasındaki ilk seçim, hastanın genel durumuna, hastalık evresine ve mevcut yerel uzmanlığa bağlıdır.

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Ömer Faruk BÜK, SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Bölümü  
omerfarukbuk@gmail.com

bırakılır. Kolesistostomi için başarı oranları yüzde 56 ile yüzde 100 arasında değişmektedir [ 35,45-56 ]. Komplikasyonlar arasında kanama, sepsis, safra peritoniti, pnömotoraks, bağırsak perforasyonu, safra kesesinin sekonder enfeksiyonu ve kateter yerinden çıkması yer alır [ 23,51,52,57,58 ].

## Endoskopik drenaj

Endoskopik safra kesesi drenajı, perkütan yaklaşımların kontrendike olduğu veya anatomik olarak uygun olmadığı (İlerlemiş karaciğer hastalığı, asit veya koagülopati) akalküloz kolesistiti olan hastalar için ayrılmıştır. Safra kesesinin başarılı transpapiller endoskopik drenajının izole vakaları bildirilmiştir. Transpapiller drenaj, sistik kanal yoluyla safra kesesine bir drenaj kateteri yerleştirmek için endoskopik retrograd kolanjiyografi tekniklerini ve ekipmanını kullanır. Kateterin diğer ucu ya burun içinden dışarı çıkarılır (nazobilyer drenaj) ya da içten onikiparmak bağırsağına boşalmaya bırakılır.

## Safra Kesesi Drenajını Takiben Tedavi

Akalküloz kolesistit epizodu düzeldikten sonra kolesistektomi tipik olarak gerekli değildir [ 47,48 ]. Kolesistostomi drenajı ile tedavi edilenler arasında tekrarlayan kolesistit riski düşük görünmektedir. 57 akalküloz kolesistitli hastayı içeren ve perkütan kolesistostomi ile tedavi edilen 28 hastayı içeren retrospektif bir çalışmada, medyan 32 aylık takipte 2 hastada (yüzde 7) tekrarlayan taşsız kolesistit gelişmiştir [ 35 ]. Hastalar, önceki görüntüleme gözden kaçmış olabilecek safra taşlarını değerlendirmek için abdominal ultrasonografiye girmelidir.

- Safra taşı veya çamur bulunursa elektif kolesistektomi yapılmalıdır. Kolesistektomiye kadar kolesistostomi tüpü yerinde bırakılmamalıdır.
- Safra taşı veya çamuru olmayan hastalarda, minimal drenaj olduğunda (günde 10 cc'den az) kolesistostomi tüpü çıkarılabilir. Bu tipik olarak kolesistostomi tüpünün yerleştirilmesinden dört ila altı hafta sonradır.

## Kolesistektomi

Akalküloz kolesistitin cerrahi tedavisinde hem açık hem de laparoskopik yaklaşımlar kullanılmıştır [ 3,19,59 ]. Safra kesesi sıklıkla iltihaplı bir kitle ile kaplanmıştır, bu da daha yüksek safra kanalı ve vasküler yaralanma riski nedeniyle laparoskopik kolesistektomiye daha karmaşık hale getirir. Ancak kritik hastalarda halen laparoskopik yaklaşım tercih edilmektedir. Deneyimli cerrahın laparoskopik bir yaklaşım denemesi, ancak gerekirse açık kolesistektomiye geçmesi uygundur. Kritik bir hastalık ortamında taşsız kolesistit gelişen hastalarda daha düşük sağkalım oranları beklense de, zamanında kolesistektomi, travmaya bağlı akut kolesistitli hastalarda yüzde 90'ın üzerinde sağ kalım oranları ile ilişkilendirilmiştir [ 33 ].

## Prognoz

Akalküloz kolesistit yüksek bir ölüm oranı ile ilişkilidir. Akalküloz kolesistitli hastalarda mortalite, birlikte var olan tıbbi veya cerrahi koşullara ve tanının hızına bağlıdır. Safra kesesi nekrozu, gangren ve perforasyon, özellikle kritik hastalarda tanınan sıklıkla mevcuttur ve kötü sonuçlarla ilişkilidir [ 1,19 ]. Mortalite oranı kritik hastalarda yüzde 90 kadar yüksek veya toplum kökenli vakalarda yüzde 10 kadar düşük olabilir [ 19,60 ]. Genel olarak, ölüm oranı yaklaşık yüzde 30'dur, bu da kısmen, akalküloz kolesistitin tipik olarak hali hazırda kritik hastalığı olan hastalarda geliştiği gerçeğini yansıtır [ 23 ]. Tedavi ertelenirse, ölüm oranları yüzde 75'e kadar çıkabilir [ 33,34 ]. Akalküloz kolesistitli hastaların çoğunda ölüm nedeni multiorgan yetmezliği olan sepsistir [ 61 ].

## Kaynaklar

1. Shapiro MJ, Luchtefeld WB, Kurzweil S, et al. Kritik hastalarda akut akalküloz kolesistit. *Am Surg* 1994; 60:335.
2. Gofrit O, Eid A, Pikarsky A, et al. Kronik akalküloz kolesistite neden olan kolesterol embolizasyonu. *Eur J Surg* 1996; 162:243.
3. Schwesinger WH, Diehl AK. Laparoskopik kolesistektomi için değişen endikasyonlar. Semptomuz taşlar ve taşsız semptomlar. *Surg Clin Kuzey Am* 1996; 76:493.
4. Wiboltt KS, Jeffrey RB Jr. Kemik iliği nakli yapılan hastalarda acalculous kolesistit. *Eur J Surg* 1997; 163:519.
5. Romero Ganuza FJ, La Banda G, Montalvo R, Mazaira

- J. Akut travmatik omurilik yaralanması olan hastalarda akut akalküloz kolesistit. *Omurilik* 1997; 35:124.
6. Nash JA, Cohen SA. AIDS'te safra kesesi ve safra yolu hastalığı. *Gastroenterol Kliniği Kuzey Am* 1997; 26:323.
  7. McChesney JA, Northup PG, Bickston SJ. Sistemik sepsis ve viseral arteriyel hipoperfüzyon ile ilişkili akut akalküloz kolesistit: bir vaka serisi ve patofizyolojinin gözden geçirilmesi. *Dig Dis Sci* 2003; 48:1960.
  8. Wind P, Chevallier JM, Jones D, et al. Edinsel immün yetmezlik sendromu olan hastalarda kolesistit için kolelistektomi. *Ben J Surg* 1994; 168:244.
  9. Wang AJ, Wang TE, Lin CC, et al. Akut akalküloz kolesistitte ciddi safra kesesi komplikasyonlarının klinik belirleyicileri. *Dünya J Gastroenterol* 2003; 9:2821.
  10. Venkataramani A, Strong RM, Anderson DS, et al. Akalküloz kronik kolesistitli hastalarda anormal duodenal safra bileşimi. *Ben J Gastroenterol* 1998; 93:434.
  11. Janowitz P, Kratzer W, Zemmler T, et al. Safra kesesi çamuru: taşsız hastalarda spontan seyir ve komplikasyon insidansı. *Hepatoloji* 1994; 20:291.
  12. Bari PS. *Acalculous ve postoperatif kolesistit. İçinde: Cerrahi yoğun bakım, Barie PS, Shires GT (Eds), Little Brown & Co, Boston 1993. s.837.*
  13. Ouriel K, Green RM, Ricotta JJ, et al. Abdominal aort anevrizması rezeksiyonunu komplike eden akut akalküloz kolesistit. *J Vasc Surg* 1984; 1:646.
  14. Hagino RT, Valentine RJ, Clagett GP. Aort rekonstrüksiyonu sonrası akalküloz kolesistit. *J Am Coll Surg* 1997; 184:245.
  15. Cadot H, Addis MD, Faries PL, et al. Endovasküler cerrahi çağında abdominal aort anevrizmorafisi ve kolelitiazis. *Am Surg* 2002; 68:839.
  16. Ganpathi IS, Diddapur RK, Eugene H, Karim M. Akut akalküloz kolesistit: efsanelere meydan okumak. *HPB (Oxford)* 2007; 9:131.
  17. Savoca PE, Longo WE, Zucker KA, et al. Ayaktan tedavi gören hastalarda akalküloz kolesistit prevalansının artması. 7 yıllık bir çalışmanın sonuçları. *Ann Surg* 1990; 211:433.
  18. Ryu JK, Ryu KH, Kim KH. Akut akalküloz kolesistitin klinik özellikleri. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36:166.
  19. Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L, Choban PS. Akut akalküloz kolesistit: insidans, risk faktörleri, tanı ve sonuç. *Am Surg* 1998; 64:471.
  20. Adams DB, Tarnasky PR, Hawes RH, et al. Kronik akalküloz kolesistit için laparoskopik kolelistektomi sonrası sonuç. *Am Surg* 1998; 64:1.
  21. Jagannath SB, Singh VK, Cruz-Correa M, et al. Kronik akalküloz kolesistit için kolelistektomi sonrası sonuçların uzun vadeli bir kohort çalışması. *Ben J Surg* 2003; 185:91.
  22. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Bu hastada akut kolesistit var mı? *JAMA* 2003; 289:80.
  23. Barie PS, Eachempati SR. Akut akalküloz kolesistit. *Gastroenterol Kliniği Kuzey Am* 2010; 39:343.
  24. Lameris JS, van Overhagen H. Akut sağ üst kadran hastalığı olan hastalarda görüntüleme ve müdahale. *Baillieres Clin Gastroenterol* 1995; 9:21.
  25. Molenat F, Boussuges A, Valantin V, Sainty JM. Tıbbi yoğun bakım hastalarında safra kesesi anormallikleri: ultrasonografik bir çalışma. *Yoğun Bakım Med* 1996; 22:356.
  26. Westlake PJ, Hershfield NB, Kelly JK, et al. Safra taşı olmayan kronik sağ üst kadran ağrısı: HIDA taraması kolelistektomi sonrası sonucu tahmin ediyor mu? *Ben J Gastroenterol* 1990; 85:986.
  27. Huffman JL, Schenker S. Akut akalküloz kolesistit: bir inceleme. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2010; 8:15.
  28. Boland GW, Slater G, Lu DS, et al. Yoğun bakım hastalarında sonografide görülen safra kesesi anormalliklerinin prevalansı ve önemi. *AJR Am J Röntgenol* 2000; 174:973.
  29. Mirvis SE, Whitley NO, Miller JW. Akalküloz kolesistitin BT tanısı. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11:83.
  30. Mirvis SE, Vainright JR, Nelson AW, et al. Akut akalküloz kolesistit tanısı: sonografi, sintigrafi ve BT'nin karşılaştırılması. *AJR Am J Röntgenol* 1986; 147:1171.
  31. Mariat G, Mahul P, Prev t N, et al. Yoğun bakım hastalarında akut akalküloz kolesistit tanısında ultrasonografi ve kolelistigrafinin katkısı. *Yoğun Bakım Med* 2000; 26:1658.
  32. Karın Ağrısında Hepatobiliyer Sintigrafi İçin Uygun Kullanım Kriterleri: Özet ve Alıntılar. *J Nucl Med* 2017; 58:9K.
  33. Cornwell EE 3rd, Rodriguez A, Mirvis SE, Shorr RM. Ağır yaralı hastalarda akut akalküloz kolesistit. Ameliyat öncesi tanısal görüntüleme. *Ann Surg* 1989; 210:52.
  34. DuPriest RW Jr, Khaneja SC, Cowley RA. Travmayı komplike eden akut kolesistit. *Ann Surg* 1979; 189:84.
  35. Chung YH, Choi ER, Kim KM, et al. Perkütan kolelistektomi, akut akalküloz kolesistit için kesin bir tedavi olabilir mi? *J Clin Gastroenterol* 2012; 46:216.
  36. Simorov A, Ranade A, Parcels J, et al. Akalküloz kolesistiti olan aşırı derecede hasta hastalarda acil kolelistektomi açık kolelistektomiden üstündür: geniş bir çok merkezli sonuç çalışması. *Ben J Surg* 2013; 206:935.
  37. Anderson JE, Inui T, Talamini MA, Chang DC. Akut akalküloz kolesistit ve şiddetli sepsis ve şok hastalarında kolelistektomi sağkalım yararı sağlamaz. *J Surg Res* 2014; 190:517.
  38. Anderson JE, Chang DC, Talamini MA. Akut kolesistit için kolelistektomi ile karşılaştırıldığında perkütan kolelistektomi sonuçlarının ülke çapında incelenmesi, 1998-2010. *Surg Endosc* 2013; 27:3406.
  39. Soria Aledo V, Galindo Iñiguez L, Flores Funes D, et al. Akut akalküloz kolesistit için kolelistektomi tercih edilen tedavi midir? Literatürün sistematik bir incelemesi. *Rev Esp Enferm Dig* 2017; 109:708.
  40. Abbas SH, Ghazanfar MA, Gordon-Weeks AN, et al. Akalküloz Kolesistit: Elektif Aralıklı Kolelistektomi Gereklidir. *Dig Surg* 2018; 35:171.
  41. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Yetişkinlerde ve çocuklarda komplike karın içi enfeksiyonun teşhisi ve yönetimi: Cerrahi Enfeksiyon Derneği ve Amerika Enfeksiyon Hastalıkları Derneği kılavuzları. *Clin Infect Dis* 2010; 50:133.
  42. Thampy R, Khan A, Zaki IH, et al. Hastanede Yatan Hematolojik Maligniteli Hastalarda Akut Akalküloz Kolesistit ve Safra Kesesi Ultrason Bulgularının Prognostik Önemi. *J Ultrason Med* 2019; 38:51.
  43. Laurila J, Syrjälä H, Laurila PA, et al. Kritik hastalar-

- da akut akalküloz kolesistit. *Açta Anesteziol Scand* 2004; 48:986.
44. Walsh K, Goutos I, Dheansa B. Yanıklarda Akut Akalküloz Kolesistit: Bir İnceleme. *J Burn Care Res* 2018; 39:724.
  45. Yang HK, Hodgson WJ. Akut akalküloz kolesistit için laparoskopik kolesistostomi. *Surg Endosc* 1996; 10:673.
  46. Boland GW, Lee MJ, Leung J, Mueller PR. Kritik hastalarda perkütan kolesistostomi: 82 hastada erken yanıt ve nihai sonuç. *AJR Am J Röntgenol* 1994; 163:339.
  47. McLoughlin RF, Patterson EJ, Mathieson JR, et al. Akut kolesistit için radyolojik olarak yönlendirilen perkütan kolesistostomi: 50 hastada uzun dönem sonuç. *Can Doç. Radyol J* 1994; 45:455.
  48. Sugiyama M, Tokuhara M, Atomi Y. Perkütan kolesistostomi, çok yaşlılarda akut kolesistit için optimal tedavi midir? *Dünya J Surg* 1998; 22:459.
  49. vanSonnenberg E, D'Agostino HB, Goodacre BW, et al. Perkütan safra kesesi delinmesi ve kolesistostomi: sonuçlar, komplikasyonlar ve güvenlik için uyarılar. *Radyoloji* 1992; 183:167.
  50. İngiltere RE, McDermott VG, Smith TP, et al. Perkütan kolesistostomi: kim yanıt verir? *AJR Am J Röntgenol* 1997; 168:1247.
  51. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, Lambert PJ. Yüksek riskli cerrahi hastalarda perkütan kolesistostominin etkin kullanımı: teknikler, tüp yönetimi ve sonuçlar. *Arch Surg* 1999; 134:727.
  52. Akhan Ö, Akıncı D, Özmen MN. Perkütan kolesistostomi. *Eur J Radiol* 2002; 43:229.
  53. Lee MJ, Saini S, Brink JA, et al. Nedeni bilinmeyen sepsisli kritik hastaların tedavisi: perkütan kolesistostominin değeri. *AJR Am J Röntgenol* 1991; 156:1163.
  54. Lo LD, Vogelzang RL, Braun MA, Nemcek AA Jr. Akut taşlı ve taşlı kolesistitin tanı ve tedavisi için perkütan kolesistostomi. *J Vasc Interv Radiol* 1995; 6:629.
  55. Joseph T, Ünver K, Hwang GL, et al. Akut kolesistit için perkütan kolesistostomi: on yıllık deneyim. *J Vasc Interv Radiol* 2012; 23:83.
  56. Saeed SA, Masroor I. Yüksek riskli hastalarda akut kolesistit tedavisinde perkütan kolesistostomi (PC). *J Coll Doktorları Surg Pak* 2010; 20:612.
  57. Spira RM, Nissan A, Zamir O, et al. Akut taşlı kolesistitli kritik hastalarda perkütan transhepatik kolesistostomi ve gecikmiş laparoskopik kolesistektomi. *Ben J Surg* 2002; 183:62.
  58. Hadas-Halpern I, Patlas M, Knizhnik M, et al. Akut kolesistit tedavisinde perkütan kolesistostomi. *Isr Med Doç. J* 2003; 5:170.
  59. Hamp T, Fridrich P, Mauritz W, et al. Travma sonrası kolesistit. *J Travma* 2009; 66:400.
  60. Barie PS, Eachempati SR. Akut akalküloz kolesistit. *Curr Gastroenterol Temsilcisi* 2003; 5:302.
  61. Barie PS, Hydo LJ, Pieracci FM, et al. Kritik cerrahi hastalıkta çoklu organ disfonksiyonu sendromu. *Surg Infect (Larchmt)* 2009; 10:369.