

Gangrenöz Kolesistit Olgusuna Laparoskopik Yaklaşım

5

Ferhat ÇAY¹

GİRİŞ

Önceki yıllarda teknik zorluklar ve uzun operasyon süre nedeniyle laparoskopik kolesistektomi(LK) tercih edilmezdi. Şuanda kolesistektomi operasyonları için laparoskopik yaklaşım altın standart yöntemdir(1). LK'nin avantajları arasında postoperatif ağrı azlığı, erken taburculuk, iyi kozmetik sonuç gibi avantajları bulunmaktadır. Başlangıçta laparoskopik kolesistektomi için kesin kontrendikasyon olarak gösterilen bazı durumlar günümüzde rölatif kontrendikasyonlar haline dönüşmüştür. İskemiye bağlı safra kesesi duvarının nekrozu olan Akut gangrenöz kolesistit (AGK) akut karın ağrılarının çok nadir bir sebedir. Akut kolesistitin ciddi bir komplikasyonu olup görülme sıklığı %2-%20 arasında değişebilir (2,3). Etyopatogenezi net bilinmemekle birlikte; bilinen risk faktörleri arasında erkek cinsiyet, ileri yaş, mevcut kardiyovasküler hastalık ve diabetes mellitus hastalığıdır. AGK yüksek mortalite ve morbidite

oranlarına sahip bir hastalıktır. Hastaların klinik ve laboratuvar bulguları genellikle spesifik olmadığı için, akut kolesistitten ayırt etmek zordur. Peritonit ve sekelleri önlemek için erken tanı ve cerrahi tedavi gerekmektedir (4,5).

VAKA

71 yaşında erkek hasta sağ üst kadranda ağrısı ve kusma şikayeti nedeni ile acil servise başvurdu. Fizik Muayenede sağ üst kadranda hassasiyet mevcuttu. Murphy bulgusu pozitif idi. Laboratuvar değerlerinde karaciğer enzimlerinin ve enfeksiyon parametrelerinin yüksek olduğu izlendi.

Gama-glutamil transferaz 68 U/L (normal aralık 0-55 U/L), Alanin transaminaz 74 IU/L (normal aralık 0-50 IU/L), Aspartat transaminaz 70 IU/L (normal aralık 0-50 IU/L), C-reaktif protein 194 mg/dL (normal aralık 0-5 mg/dL) seviyesi ve beyaz kan hücresi sayısı 17.5x10⁹/L (normal aralık 4.5–11x10⁹/L) yükselmışti. Diğer laboratuvar sonuçları normal sınırdı idi. Abdominal batın ultrasonografisinde peri-hepatik bölgede minimal sıvı gösterdi ve safra kesesi distansiyonu mevcuttu. Daha fazla değerlendirme için kontrastlı abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) çektilirdi. Batın

¹ Dr. Öğretim Üyesi, Balıkesir Üniversitesi Genel Cerrahi Kliniği, cayferhat@gmail.com



Resim 4. Safra kesesi duvar nekrozu (Peroperatif görüntü)

Tanı için ilk tercih abdominal ultrasonografi- dir. Bununla birlikte, tanısal belirsizlik, komplikasyonları görüntülemek gibi daha ileri görüntüleme için abdominal bilgisayarlı tomografi (BT) önerilir (7,8). Hastamıza abdominal ultrasonografi sonrasında ileri görüntüleme için abdominal bilgisayarlı tomografi çektik.

Önceki yıllarda teknik zorluklar ve uzun operasyon süre nedeniyle laparoskopik kolesistektomi(LK) tercih edilmezdi. Şuanda kolesistektomi operasyonları için laparoskopik yaklaşım altın standart yöntemdir (1). LK'nin avantajları arasında postoperatif ağrı azlığı, erken taburculuk, iyi kozmetik sonuç gibi avantajları bulunmaktadır. Başlangıçta laparoskopik kolesistektomi için kesin kontrendikasyon olarak gösterilen bazı durumlar günümüzde rölatif kontrendikasyonlar haline dönüşmüştür. Hatta gangrenöz kolesistit gibi zor olgularda teknik alt yapının uygun olması ve cerrahın deneyimli olması halinde laparoskopik yapılabilinmektedir.

Zorlu bir vaka olmasına rağmen hastamıza güvenli kolesistektomi prensipleri uygulanıp operasyon sorunsuz bir şekilde laparoskopik olarak tamamlanmıştır. Bu sayede laparoskopik cerrahinin sunmuş olduğu erken mobilizasyon, post operatif ağrı azlığı, erken taburculuk ve kozmetik görüntü gibi bir çok avantajdan faydalanılabilir.fakat calot

üçgeninin net diseke edilemediği anatomik yapıların net ortaya konulamadığı durumlarda konvansiyonel kolesistektomiye geçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Kum CK, Eypasch E, Lefering R, Paul A, Neugebauer E, Troidl H. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it really safe? *World J Surg.* 1996;20:43-9.
2. Terho PM, Leppäniemi AK, Mentula PJ. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a retrospective study assessing risk factors for conversion and complications. *World J Emerg Surg.* 2016;11:54.
3. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Mayumi T, Gomi H, et al.; Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13 diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20:35-46.
4. Chang WC, Sun Y, Wu EH, et al. CT findings for detecting the presence of gangrenous ischemia in cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol* 2016;207:302-309. <https://doi.org/10.2214/AJR.15.15658>
5. Önder A, Kapan M, Ülger BV, Oğuz A, Türkoğlu A, Uslukaya Ö. Gangrenous cholecystitis: mortality and risk factors. *Int Surg.* 2015;100:254-260. <https://doi.org/10.9738/INT-SURG-D-13-00222.1>
6. Safa R, Berbari I, Hage S, Dagher GA. Atypical presentation of gangrenous cholecystitis: a case series. *Am J Emerg Med.* 2018;36:2135.e1-2135.e5. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2018.08.039>
7. Fagan SP, Awad SS, Rahwan K, Hira K, Aoki N, Itani KM, et al. Prognostic factors for the development of gangrenous cholecystitis. *Am J Surg.* 2003;186:481-485.
8. Knab LM, Boller AM, Mahvi DM. Cholecystitis. *Surg Clin North Am.* 2014;94:455-470.