

## KOLESİSTİTLER

Özlem GÜL UTKU<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Safra kesesi genellikle ince duvarlı olan ve karaciğerin alt yüzünde safra kesesi yatağına yerleşmiş, 35-50 cc hacminde bir organdır. Safra kesesinin duvarı, düz kas ve fibröz dokudan oluşmuştur. Lümen kolumnar epitelle döşelidir. Safra kesesi sağ hepatik arterden dallanan sistik arter aracılığıyla kanlanır. Karaciğerde oluşan safra, kesede konsantre olur, depolanır ve hormonal ve nöral mekanizmalar aracılığıyla boşalması sağlanır. Akut kolesistit, genellikle Hartman poşu olarak adlandırılan safra kesesi bölümüne oturmuş taşların, safra kesesi boynu veya sistik kanalda, tıkanıklık oluşturması sonucu ortaya çıkan bir klinik tablodur.

Etiyoloji %90 taşla bağlı iken %10'luk bir kısımda etiyojide taş yoktur; akalkülöz (taşsız) kolesistit olarak adlandırılır. Kronik kolesistit, safra kesesinin boşalmasında mekanik veya fizyolojik disfonksiyon sonucu meydana gelen kronik inflamasyon durumudur. Genellikle kolelitiazis ile birliktedir ve safra kesesi duvarında kalınlaşma eşlik eder. Safra taşına bağlı olarak sistik kanaldaki tıkanıklık neticesinde safra kesesi hidropsu oluşur. Safra başlangıçta her ne kadar steril ise de koliform bakteriler, klebsiella türleri, streptokok ve zaman zaman da klostridya ve Salmonella typhi ile sekonder olarak enfekte olur. Her iki durumda da tedavi medikal veya cerrahi ile sağlanır.

### AKUT KOLESİSTİT

Akut kolesistit, safra taşlarının oldukça yaygın komplikasyonudur. Yüzde doksan hastada safra kesesi boynu, sistik kanal veya Hartman poşunda safra taşlarının tıkanıklık oluşturması sonucu kesenin safra akışını sağlayamaması ve kese duvarının inflamasyonu sonucu oluşan klinik tablodur. Geriye kalan %10'luk hastada safra kesesi taşı yoktur, akalkülöz kolesistit olarak tanımlanır. Kese duvarında meydana gelen inflamasyon sonucunda ortaya çıkan en önemli belirtiler karın ağrısı, sağ üst kadranda hassasiyet, ateş ve lökositozdur. Safra kesesi taşları ile ilişkili akut kolesistit daha çok genç kadınlarda görülür ve iyi prognoza sahiptir. Akalkülöz kolesistit ise daha ciddi hastalıklarda görülür ve yüksek mortalite ve morbiditeyle ilişkilidir.

### AKUT TAŞLI KOLESİSTİT

Taşlı kolesistit, taşla bağlı tıkanıklık sonucu sıklıkla kadınlarda ve ileri yaşta ortaya çıkan, çoğu zaman iyi seyirli inflamatuvar bir hastalıktır (1).

### PATOGENEZ

Akut kolesistit genellikle safra taşının sistik kanala gömülmesi veya kronik tıkanıklığa sebep olması

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üyesi Özlem GÜL UTKU, Kırıkkale Üniversitesi Gastroenteroloji AD. ozlemgulx@yahoo.com

azalttığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, kronik kolesistitteki rolü ile ilgili literatür sınırlıdır. Tesadüfen saptanan kronik kolesistiti olan asemptomatik hastaların yönetimi, hasta özelliklerine bağlıdır. Radyolojik veya klinik olarak malignite endişesi olmayan asemptomatik hastalar da takip görüntülemesi ile yakından izlenebilir (2,8).

### Sonuç

Akut kolesistit sıklıkla taşa bağlı safra akımının engellenmesi sonucu kesede inflamasyon ile sonuçlanan durumdur. Nadiren taşsız kolesistit de meydana gelebilir ve taşlı kolesistite göre daha kötü seyirlidir. Taşsız kolesistitte daha fazla olmak üzere akut kolesistit, perforasyon, peritonit, pankreatit ile komplike olabilir. Kronik kolesistit, safra kesesinin boşalmasında mekanik veya fizyolojik disfonksiyon sonucu meydana gelen kronik inflamasyon durumudur, sıklıkla tekrarlayan akut kolesistit atakları sonrasında gelişir. Genellikle kolelitiazis ile birlikte ve safra kesesi duvarında kalınlaşma eşlik eder. Kronik kolesistit, tekrarlayan ağrı, pankreatit ataklarına neden olabileceği gibi kese tümörü için de risk oluşturur.

### KAYNAKLAR

1. Burmeister G, Hinz S, Schafmayer C. Die akute Cholezystitis [Acute Cholecystitis]. *Zentralbl Chir.* 2018;143(4):392-399. doi:10.1055/a-0631-9463
2. David Q.-H. Wang and Nezam H. Afdhal 2016 Gallstone Disease, Mark Feldman, Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 65, 1016-1046.e7, Philadelphia, Elsevier
3. Cremer A, Arvanitakis M. Diagnosis and management of bile stone disease and its complications. *Minerva Gastroenterol Dietol.* 2016;62(1):103-129.
4. Ziessman HA. Interventions used with cholescintigraphy for the diagnosis of hepatobiliary disease. *Semin Nucl Med.* 2009;39(3):174-185. doi:10.1053/j.semnuclmed.2008.12.002
5. Gomi H, Solomkin JS, Schlossberg D, et al. Tokyo Guidelines 2018: antimicrobial therapy for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018;25(1):3-16. doi:10.1002/jhbp.518
6. Portincasa P, Di Ciaula A, de Bari O, Garruti G, Palmieri VO, Wang DQ. Management of gallstones and its related complications. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(1):93-112. doi:10.1586/17474124.2016.1109445
7. Balmadrid B. Recent advances in management of acalculous cholecystitis. *F1000Res.* 2018;7:F1000 Faculty Rev-1660.2018 Oct 18. doi:10.12688/f1000research.14886.1
8. Jones MW, Gnanapandithan K, Panneerselvam D, Ferguson T. Chronic Cholecystitis. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 10, 2020.