

## BÖLÜM 4

### AKUT KOLESİSTİT TANI VE TEDAVİSİ

Mehmet BAYRAK<sup>1</sup>

#### GİRİŞ

Akut kolesistit , vakaların %90-95'inde safra taşı ile birlikte görülür. Nadir olarak sistemik hastalıkları olanlarda akalkülöz kolesistit oluşabilir (1). Sistik kanalın safra taşı ile tıkanması sonucu safra kesesinde distansiyon, inflamasyon ve safra kesesi duvarında ödem oluşur. Akut kolesistit vakalarının %1' inin altında sebep sistik kanalı tıkayan bir tümördür (2).

Akut kolesistit başlangıçta bir enflamatuvar olay olup lesitinin ürünü olan bir mukozal toksin lizolesitin tarafından ya da safra tuzları ve platelet-activating faktör tarafından başlatılır. Prostaglandin sentezindeki artış enflamatuvar cevabı artırır. Akut kolesistitte safra kesesi duvarı oldukça kalınlaşır ve seroza altındaki küçük kanamalarla kırmızı renk alır. Genellikle perikolesistik sıvı akut kolesistite eşlik eder. Mukozada hiperemi ve yer yer nekroz alanları oluşur. Şiddetli vakalardaki bu tablo % 5-10 arasında olup enflamatuvar hadise ilerler ve safra kesesi duvarının iskemi ve nekrozuna neden olur. Ancak vakaların çoğunda safra taşı yer değiştirir ve inflamasyon çözülür. Komplike olmayan akut kolesistitlerin hepsinde enfeksiyon görülmez. Vakaların %15-30'unda sekonder bakteriyel kontaminasyonun gerçekleştiği düşünülmektedir. Şiddetli enfeksiyonda gangrenöz kolesistit gelişebilir, apse ya da perforasyon oluşabilir. Bu durum gerçekleştiğinde perforasyon subhepatik bölgede olur ve omentum ve yakın organlar tarafından çevrelenir. Fakat peritonite neden olan perforasyon intrahepatik apse ile seyreden intrahepatik perforasyon, yakın organlara perforasyon (duodenum veya kolon) sonucu oluşan kolesisto-enterik fistül literatürde yer almaktadır.

Sekonder bakteriyel enfeksiyon gaz-oluşturan bir bakteriyel enfeksiyon ise Bilgisayarlı Tomografi ve direk batın grafisinde safra kesesi lümeninde gaz görülebilir. Bu durum amfizematöz kolesistit olarak tanımlanır.

<sup>1</sup> Genel Cerrahi Uzmanı, Özel Adana Ortadoğu Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, drmehmetbayrak@hotmail.com

## KAYNAKÇA

1. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. *Gut Liver*. 2012;6(2):172-187.
2. Grobmyer SR, Lieberman MD, Daly JM. Gallbladder cancer in the twentieth century: single institution's experience. *World J Surg*. 2004;28: 47-49.
3. Trowbridge RL, Rutkowski NK, Shojania KG. Does this patient have acute cholecystitis? *JAMA*. 2003;289: 80-86.
4. Kaoutzanis C, Davies E, Leichtle SW, et al. Abdominal ultrasound versus hepato-imino diacetic acid scan in diagnosing acute cholecystitis—what is the real benefit? *J Surg Res*. 2014;1;188(1):44-52.
5. Wexler RS, Greene GS, Scott M. Left hepatic and common hepatic ductal bile leaks demonstrated by Tc-99m HIDA scan and percutaneous transhepatic cholangiogram. *Clin Nucl Med*. 1994;19: 59-60.
6. Richmond BK, DiBaise J, Ziessman H. Utilization of cholecystokinin cholescintigraphy in clinical practice. *J Am Coll Surg*. 2013;217(2):317-323.
7. O'Connor OJ, Maher MM. Imaging in cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol*. 2011;196:W367-W374.
8. Lillemoe KD. Surgical treatment of biliary tract infections. *Am Surg*. 2000;66: 138-144.
9. Hunter JG. Acute cholecystitis revisited: get it while it's hot. *Ann Surg*. 1998;227(4):468-469.
10. Ansaloni L, Pisano M, Coccolini F, et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J Emerg Surg*. 2016;11: 25.
11. Sakpal SV, Bindra SS, Chamberlain RS. Laparoscopic cholecystectomy conversion rates two decades later. *JLS*. 2010;14(4):476-483.
12. Khaitan L, Apelgren K, Hunter J, et al. A report on the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES) Outcomes Initiative: what have we learned and what is its potential? *Surg Endosc*. 2003;17: 365-370.
13. Richards C, Edwards J, Culver D, et al. Does using a laparoscopic approach to cholecystectomy decrease the risk of surgical site infection? *Ann Surg*. 2003;237:358-362.
14. Halbert C, Pagkratis S, Yang J, et al. Beyond the learning curve: incidence of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy normalize to open in the modern era. *Surg Endosc*. 2016;30(6):2239-2243.
15. Bayrak M, Altıntaş Y. Comparing laparoscopic cholecystectomy in patients with chronic obstructive pulmonary disease under spinal anesthesia and general anesthesia. *BMC Surg*. 2018;18(1):65.
16. Cherng N, Witkowski E, Sneider EB, et al. Use of cholecystostomy tubes in the management of patients with primary diagnosis of acute cholecystitis. *JACS*. 2012;214:196-201.
17. Chikamori F, Kuniyoshi N, Shibuya S, et al. Early scheduled laparoscopic cholecystectomy following percutaneous transhepatic gallbladder drainage for patients with acute cholecystitis. *Surg Endosc*. 2002;16: 1704-1707.