

# Akut Taşsız Kolesistit \*

## (6 Olgu Nedeniyle)

Mustafa BOZGÜL\*\*  
Şakir TAVLI\*\*  
Halil BİLGEL\*\*\*  
Ayhan KIZIL\*\*\*\*

### ÖZET

Akut kolesistit olgularının % 85-95'inde safra taşı, hastalığa eşlik eder ve kolesistit etyolojisinde safra taşlarının majör rol oynadığına inanılır. Akut kolesistitli tüm olguların içinde taşsız safra kesesi nadir olarak görülmekle birlikte operasyonlardan, travmalardan sonra ve çocuklarda gelişen akut kolesistit durumlarında yüksek bir oranda karşımıza çıkar<sup>1-4</sup>.

Semptom ve bulgularıyla akut taşlı kolesistit olgularından ayrılamaz. Sağ üst kadranda ağrı ve defans, kusma, abdominal distansiyon, barsak seslerinde azalma, sarılık, ateş yaygın semptomlardır<sup>1</sup>. Ameliyat ve travma sonrası ortaya çıkan akut taşsız kolesistit tanı güçlüklerine yol açmaktadır<sup>1</sup>.

Kliniğimizde 1 Ocak 1983-31 Ekim 1984 tarihleri arasında 6 adet akut taşsız kolesistit olgusu ameliyat edilmiş, bunlardan 4'üne preoperatif tanı konulmuş, 2'si acil laparatomide tesbit edilmiştir.

Hastaların tümüne kolesistektomi uygulanmış, safra kesesi gangrene ve perforasyon olan bir olgu kaybedilmiştir.

Özellikle operasyon ve travma sonrası abdominal bulguları ortaya çıkan olgularda, akut taşsız kolesistit ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. Ciddi komplikasyonları nedeniyle acil operasyona alınması gereği vurgulanmıştır.

### SUMMARY

#### Acute Acalculous Cholecystitis

Acute cholecystitis is accompanied by cholelithiasis in 85 to 95 percent of cases, and gallbladder stones are believed to play a major role in the etiology of cholecystitis. Although acalculous gallbladders are found infrequently among all

\* Ulusal Cerrahi Kongresi 85'de tebliğ edilmiştir. 1-4 Mayıs 1985, İstanbul.

\*\* Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

\*\*\* Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

\*\*\*\* Prof. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

patients with acute cholecystitis, they occur in a high percentage of patients with acute cholecystitis occurring after operation and after trauma and in children<sup>1</sup>.

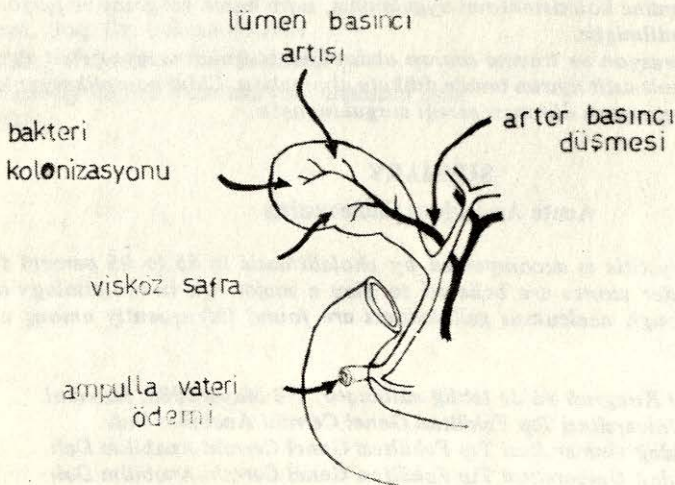
The sign and symptoms did not differ markedly from those found when acute cholecystitis is associated with cholelithiasis. Pain and tenderness in the right upper abdominal quadrant, vomiting, abdominal distention, decreased bowel sound. Jaundice and fever were common<sup>1</sup>. The diagnosis was not confirmed easy, when it occurs after trauma or operation.

In our clinic, six patients were operated in ten months period between January 1<sup>st</sup>, 1983 and October 31<sup>st</sup>, 1984 because of acute acalculous cholecystitis. Four of them were diagnosed preoperatively and two of them were diagnosed during laparotomy. Cholecystectomy was performed in all patients. One of the patients had a gangrenous perforated gallbladder. He died after the operation. In the differential diagnosis of the patients having abdominal signs after an operation or trauma, the possibility of acute acalculous cholecystitis must be especially considered.

After our study we conclude that a patient having abdominal signs of acute acalculous cholecystitis after a trauma or operation, because of its serious complications, must be operated emergently.

Akut taşsız kolesistit, akut kolesistit formları içinde küçük bir yer işgal etmektedir. İlk kez 1844 yılında Duncan tarafından femoral herni operasyonu sonucu gelişen ve kese perforasyonu ile hastanın ölümüne neden olan bir olgu yayınlanmıştır<sup>2</sup>. 1947 yılında Gleen'in serisine kadar sporadik olgular dışında bir yayın ortaya konamamıştır<sup>2</sup>.

Açlık, safra kan akımının azalması, sistit kanal tıkanması, safra konsantrasyonunda artış, enfeksiyon, safra kesesi kimyasal irritasyonuna yol açan nedenler, immün yetersizlik hallerinde, posttravmatik ve postoperatif dönemlerde safra kesesi kanlanması azalması, staza bağlı enfeksiyon, safra kesesinde fokal nekroz, kesede irritasyon akut taşsız kolesistit meydana gelmesine neden olurlar. Özellikle travma ve/veya ameliyat sonrası ortaya çıkan akut taşsız kolesistitte tipik semptom ve bulguların olmayışı nedeniyle tanınması güçtür<sup>1,3</sup>.



Şekil: 1  
Etyopatogeneizde  
Rol Oynayan  
Faktörler



## MATERYAL VE METOD

Kliniğimizde 1 Ocak 1983 - 31 Ekim 1984 tarihleri arasında ameliyat edilen 50 akut kolesistit olgusunun 6'sı akut taşsız kolesistit olup, tüm olgulara kolesistektomi uygulanmıştır.

Akut taşsız kolesistit oranı % 13.6'dır. Çalışma retrospektif olarak yapılmıştır.

Hastaların bulguları, geçirdikleri ameliyat ve/veya travma Tablo I'de görülmektedir.

**Tablo: I**  
**Hastaların Bulguları ve Geçirdikleri Ameliyat ve/veya Travma**

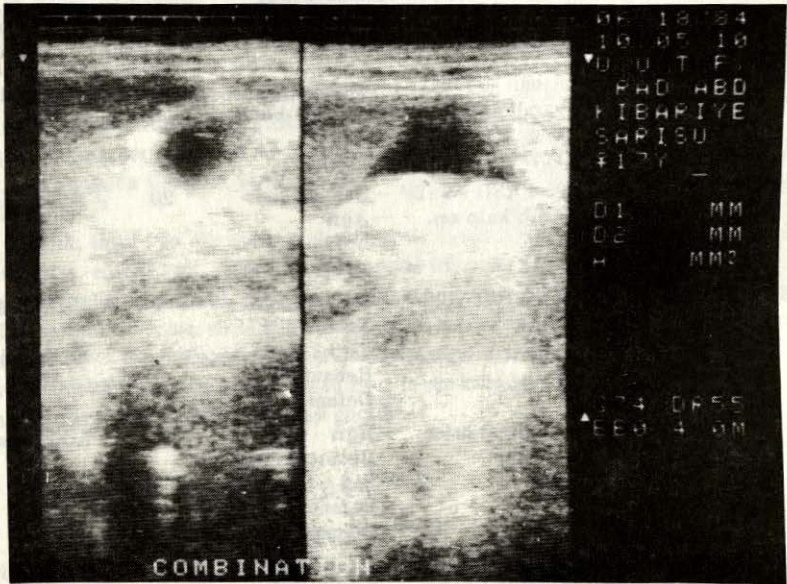
Olgu	Yaş-Cins	Prot.	Operasyon	Postop.İzlem'de Ortaya Çıkan Semptomlar	Semp.ortaya çıkma süresi (gün)	Patolojik Tanı
1	19,E		Ateşli silah yaralanması Laparotomi + Torakotomi	- Ateş - Sağ hipokond. - Ağrı - Defans	17	A.Kolesistit
2	17,K	150833	PS+ASD+VSD* Açık kalp op.	- Sağ üst kad. - Ağrı - Defans - Ateş	20	A.Kolesistit
3	52,E	175225	Ameliyat yok.	- Epigast.Ağrı - Kusma - Sarılık - Rebaund - Defans	1	Kr.Kolesistit + A. Kolesistit Atağı
4	64,E	179406	Poplitear arter onarımı	- Ağrı - Bulantı-kusma - Sağ üst kad.hass. - Defans - Rebaund	1	A.Kolesistit
5	55,E	179009	Kafa travması. Ameliyat yok.	- Karında ağrı - Sarılık - Epigast. Hass.	8	Gangrenöz Kolesistit
6	56,E	187926	Ameliyat yok. 10 yıl önce femoral bypas Akut karın	- Karın ağrısı - Rebaund - Defans - BS yok - Distansiyon	20	A. Nekroze (Gangrenöz) Kolesistit Kesede perforasyon Gangrenöz Kolesistit

(\* ) PS = Pulmoner Stenoz, ASD = Atrial septal defekt, VSD = Ventriküler septal def.

Tanı 4 olguda klinik ve yardımcı tanı yöntemleriyle ameliyat öncesi konuldu, 2 olguda ise akut karın nedeniyle yapılan acil laparotomide konuldu.

Dört olgudan ikisi tanı konulur konulmaz ilk 24 saat içinde operasyona alındı. Diğer iki olgu ise klinik bulguların yetersizliği ve bazı laboratuvar incelemelerinin gecikmesi nedeniyle 5-7 gün arasında değişen bir gözlem süresinden sonra operasyona alınmışlardır (Tablo I). Bu olgulardan birinde operasyonda kesede gangren tesbit edildi.

Yardımcı tanı yöntemi olarak ultrasonografi (US) ve Oral Kolesistografi (OCG) kullanılmıştır. US 4 olguda uygulandı, bir olguda ise US'e ek olarak OCG uygulandı. OCG'de dolmayan kese saptandı. Aynı olguya yapılan US'de kese duvarının 6 mm.lik bir kalınlaştığı saptandı. US yapılan diğer 3 olguda ise kese duvarında diffüz veya fokal kalınlaşma, kese duvarında ekojen yer tutan görünüm saptandı. US'de olguların hiç birinde kesede taş saptanmadı (Resim 1).



*Resim: 1*  
*Kese Duvarında Diffüz Kalınlaşma (6 mm.) Mevcuttur. Taşa Ait Görünüm Saptanmadı.*

Beyaz küre sayısı olgularımızda  $6400-30.000$  hücre/ $mm^3$  arasında değişti. Dört olguda beyaz küre sayısı  $15.000$  hücre/ $mm^3$  üzerinde bulundu.

Safra kesesinin histopatolojik incelenmesinde tüm olgularda akut kolesistit tanısı histopatolojik olarak doğrulanmıştır. Olgulardan 4'ü akut kolesistit, 2'si gangrenöz safra kesesi olarak bildirildi.

Beş olgu olağan bir postoperatif dönem geçirerek 33 ilâ 40 gün arasında hastaneden taburcu edilmişlerdir. Akut karın tanısıyla ameliyata alınan ve ameliyatta



safra kesesinde gangren ve perforasyon saptanan bir olgumuz postoperatif 2. günde sepsis ve şoka bağlı exitus oldu.

## TEDAVİ

Tedavi yöntemi cerrahidir. Kolesistektomi ve kolesistostomi uygulanır. Seçilecek cerrahi yöntem safra kesesi nekrozu derecesi ve hastanın genel durumuyla ilgilidir. İnflamatuvar süreçlerde tüp kolesistostomi tercih edilir. Süpüratif kolanjitis gelişme olasılığı yok denecek kadar azdır, tercih sebebi başka intraabdominal patolojisi olmayan olgularda lokal anestezi altında yapılabilir. Aşırı safra kesesi gangreni ve nekrozu olan olgularda kolesistektomi uygulanmalıdır<sup>2.4</sup>.

## TARTIŞMA

Sistik kanal tıkanması; periduktal yapışıklık, rejyonal lenf nodu basısı, neoplazm, sistik arter torsiyonu veya oddi sfinkteri tonusunun arttığı durumlarda açıklık, narkotik analjezikler; safra kan akımının azaldığı durumlarda şok, aterosklerozis, konjestif kalp yetmezliği; safra kesesine kimyasal iritasyon ve diabetes mellitus, pernisiyöz anemi, AIDS, IgA yetmezliği olanlarda, immünespresif tedavi görenlerde akut taşsız kolesistit gelişme insidansı yüksektir<sup>1.4.6</sup>.

Akut kolesistitin klinik ve laboratuvar bulguları safra kesesinde taş olup olmasına bağlı olarak değişme göstermez. Akut kolesistit kolayca tanınır, eğer operasyon veya travma sonrası meydana gelmişse akut taşsız kolesistitde hastalık daha kısa sürede fulminant özellik kazanır. Perforasyon ve gangren insidansı artar, tipik olan semptom ve bulgular atipik olarak seyreder. Bunlarda mortalite hızı da yüksektir, özellikle tanıda geç kalınması kese duvarında nekroz ve perforasyon oluşmasına neden olarak mortalitenin yükselmesine neden olmaktadır. Du Priest ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda post travmatik akut taşsız kolesistitlerde mortalite oranı % 16.1, kolesistostomi yapılanlarda % 46.2, operasyona alınmayanlarda % 86.7'dir<sup>1</sup>.

Akut taşsız kolesistit meydana gelmesi için abdominal kavitenin açılması gerekmemektedir. Diğer operasyonlardan (jinekolojik, ortopedik, kardiyovasküler), yanıklardan, bazı sistemik hastalıklardan sonra da meydana gelebilmektedir, bu da direkt safra kesesi üzerine olan travmayı elimine eder. Akut taşsız kolesistit, kolesistit olguları içinde % 5-15 arasında görülür. Ancak operasyon sonrası ve çocuklarda insidansı artar<sup>1.5</sup>.

US'ler hastalığın tanınmasında klinik ile birlikte değerlendirildiğinde yardımcı olmaktadır. Sonografik incelemede kese duvarında fokal veya yaygın kalınlaşma (6 mm.den fazla) Murphy hassasiyetiyle birlikte kesede sonografik olarak genişleme tesbiti ve yaygın homojen, gölgesiz kese düzeyinde iltihaba bağlı orta derecede ekojenik bulgular olması, US tanı kriterleridir<sup>5</sup>. Biz olgularımızdan 3'ünde kese duvarında kalınlaşma 1'inde ekojenik yer kaplayan lezyon tesbit ettik.

Ancak akut taşsız kolesistitde sonografi bulguları taşlı kolesistitteki kadar fazla değildir, sonografinin duyarlılığı % 67 olarak bildirilmiştir<sup>5</sup>.

Tanıda klinik, sonografik ve patolojik bulgular yardımcıdır. Ancak akut taşsız kolesistit tanısı yine de kolay konulamaz<sup>5</sup>.

Tedavide kolesistostomi önerenler de mevcuttur<sup>2-4</sup>. Fakat biz olgularımızın tümüne kolesistektomi uyguladık, herhangi bir güçlükle karşılaşmadık.

Sonuç olarak abdominal bulguları ortaya çıkan olgularda akut taşsız kolesistit tanıda hatırlanmalı ve tanıdan şüphenildiğinde erken dönemde ameliyat uygulanmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. HOWART, J.R.: Acute Acalculous Cholecystitis. Am. J. Surg, 141(2): 194-198, 1981.
2. ORLANDO, R., CLEASON, E., DREZNER, A.D.: Acute Acalculous Cholecystitis in the critically III patient. Am. J. Surg, 145(4): 472-476, 1983.
3. JONSSON, P.E., ANDERSON, A.: Postoperative acute acalculous cholecystitis. Arch. Surg, 111(10): 1097-1101, 1976.
4. LONG, N., HEIMBACH, T. MD, CARRICO, C.J.: Acalculous Cholecystitis in critically III patients. Am. J. Surg, 136(1): 31-34, 1978.
5. SHUMAN, W.P.: Low sensitivity at sonography and cholescintigraphy in. Acalculous Cholecystitis. AJR, 142(3): 531-534, 1984.
6. BLUMBERG, I.R.S.: Cystomegalovirus and cryptosporidium associated acalculous gangrene cholecystitis. Am. J. Med, 76(6): 1118-1123, 1984.

Dr. Mustafa BOZGÜL  
Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Anabilim Dalı  
BURSA