

Akut Akalkulöz Kolesistit Sonucu Gelişen Safra Kesesinin Mikro Perforasyonu

Dr. Hüseyin ALTUN (1), Dr. A. Binnur KARAGÖZ SELER (2).

ÖZET

Bu yazıda akut akalkaloz kolesistit sonucu gelişen safra kesesinin mikro perforasyonu olgu sunusu olarak incelenmiş ve akut akalkaloz kolesistit konusu tartışılmıştır.

SUMMARY

Microperforation of gallbladder due to acute acalculous cholecystitis.

In this article a case of microperforation of gallbladder due to acute acalculous cholecystitis. has been presented and arqued.

Anahtar Kelimeler : Akut akalkaloz kolesistit, safra kesesi perforasyonu.

Key Word: Acute acalculous cholecystitis, gallbladder perforation.

Akut Akalkalöz kolesistit, safra kesesinin safra taşları veya safra çamuru olmadan gelişen akut bir enflamasyondur. Akut akalkalöz kolesistit vakalarının yaklaşık % 50'si nekroz, gangren ve perforasyon ile seyrederek (1-4).

OLGU SUNUSU

11 yaşında erkek hasta, 4 gün önce epigastriumda başlayan, daha sonra tüm karına yayılan künt vassıfta ağrı, bulantı ve kusma şikayetleri ile acil servise

baş vurdu. Hastanın koltuk altı ateşi 38°C ve nabızı 62/dk olarak tespit edildi. Fizik muayenede; batında yaygın distansiyon, defans ve rebound vardı. Karaciğer ve dalak ele gelmiyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan sayımında beyaz küre 14.400, idrar tahlilinde ise ürobilinojen (+++++) olarak bulundu. Akciğer ve ayakta direkt batın grafikleri normal olarak değerlendirildi.

Hasta bu bulgularla akut batın ön tanısı ile operasyona alındı. Sağ pararektal inzisyonda batına girildi. Eksplozasyonda safra kesesi ileri derecede hidropikti ve batında safra mevcuttu, karaciğer, safra yolları, mide, duodenum ve diğer batın içi organlar normal olarak değerlendirildi.

Safra kesesi aspire edilip kese içerisinde taş olmadığı gözlemlendi. Akut akalkalöz kolesistit sonucu safra kesesinde mikro perforasyon geliştiği düşünüldü. Kolesistektomi yapıp, batın yıkandıktan sonra katlar sıra ile kapatıldı.

Postoperatif 1. gün kan biyokimyasında AST: 1470 U/L, ALT 1720 U/L, ALP 260U/L, Total Bilirubin

Ssk. İstanbul Eğitim Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği

(1) Uzmanı,

(2) Asistanı

7.92 mg/dl, Direkt Bilirubin 6.60 mg/dl, İndirekt Bilirubin 1.32 mg/dl olarak bulundu. Bu değerler bir ay içerisinde normale döndü. Post operatif Salmonella, ASO ve CRP testleri negatif olarak geldi. Anti Hbc (+) Anti HAV İgM (+) olarak bulundu. Postoperatif batin ultrasonogramında karaciğer ve dalakta 1 cm büyüme tespit edildi.

Patoloji raporu akut kolesistit ve mukoza nekrozu olarak rapor edildi ve bu da bizim tanımımızı destekliyordu.

Hasta postoperatif 11. gün komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. 15 gün ve 1 ay sonra yapılan kontrollerde kan biyokimyasının normale döndüğü gözlemlendi.

TARTIŞMA

Akut akalkalöz kolesistitin görülme sıklığı son yıllarda gittikçe artmaktadır. Akut kalkalöz kolesistitin aksine erkeklerde ve özellikle çocuklarda daha sıklıkla görülmektedir (1,2). Etiyolojide majör travmalar, bakteriyel sepsis, viral enfeksiyon, kollajen doku hastalıkları, hiperalbuminasyon gibi birçok faktör bildirilmişse de patoloji tam olarak aydınlatılmamıştır. Hastalığın patolojisi ile ilgili olarak birkaç teori ortaya atılmıştır. Bir teoriye göre, staz sonucu safra vizkozitesi artmakta, sistik kanal tıkanmak ve mukozal hasar ortaya çıkmaktadır. Diğer bir teoriye göre çeşitli nedenlerle ortaya çıkan hipotansiyon atakları nedeniyle, safra kesesinin perfüzyonu azalmakta ve bu da mukoza hasarına neden olmaktadır. Bakteriyel endotoksinler de patolojide suçlanmış, ancak bir çok vaka da bir ajan patojen üretilememiştir. Sonuç olarak akut akalkalöz kolesistit patolojisinin multifaktöriyel olduğu düşünülmektedir (3,4).

Hastalık kendini, sağ üst kadranda ağrısı, ateş ve lökositoz ile ortaya koymaktadır (1-5). Karaciğer fonksiyon testlerinde, serum bilirubin ve alkalen fosfat düzeylerinde artma gözlenmektedir (4).

Tanıma en duyarlı ve spesifik olanı hepatobiliyer skanning dir (% 95-100). Ultrasonografi ve Bilgisayarlı Tomografi de daha az spesifik olmakla beraber tanıma kullanılmaktadır (3,4,5). Safra kesesinin genişlemesi, içerisinde ekojenik safra bulunması, safra kesesi duvarının 3 mm den fazla kalınlaşması sonografik bulgulardır (1). Safra kesesi perforasyonunda ise perikolesistik sıvı kolleksiyonu, serbest peritoneal sıvı, safra kesesinin distansiyonu gibi nonspesifik, indirekt sonografik bulgularla tanı konulmaktadır (6).

Tanıdaki gecikmeler, kangren, ampiyem ve perforasyon ile sonuçlanmaktadır. Johnson, semptomların başlangıcından 48 saat sonra opere edilen hastaların %40'ında perforasyon saptandığını bildirmiştir (5).

Niemeier'in klasifikasyonuna göre safra kesesinin 3 tip perforasyonu vardır (7).

1- Akut serbest perforasyon

2- Perikolesistik abse ile birlikte subakut perforasyon

3- Kolesistoenterik fistül ile birlikte olan kronik perforasyon

Akut akalkalöz kolesistitte safra kesesindeki enfamatuvar nekroz fokal veya diffüz olabilir. Eğer transmural olursa perforasyon ortaya çıkar (4). Safra kesesinde belirgin bir perforasyon deliği olmaksızın, mikro ülserasyonlara bağlı mikro perforasyonlar ortaya çıkabilir (3). Akut serbest perforasyon yaygın peritonite neden olur (7).

Akut akalkalöz kolesistitte mortalite ve morbidite oldukça düşükken, akut akalkalöz kolesistitte yüksektir. Son yayınlarda mortalite % 6.5-% 67 arasında değişirken, morbidite 100'e kadar çıkmaktadır. Bunun nedenleri, hastalığın virülansı, hastanın buna cevabı ve tanıdaki gecikmeler olarak sıralanabilir (2).

SONUÇ

Akut akalkalöz kolesistit seyrek olarak görülmesine rağmen, görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Tanı çoğunlukla klinik verilere dayanmakla birlikte, hepatobiliyer görüntüleme yöntemleri tanıyı desteklemek amacı ile kullanılmaktadır. Tanıdaki gecikmeler perforasyona ve dolayısı ile morbidite ve morbiditede yükselmeye neden olmaktadır. Standart tedavi, kolesistektomidir, ayrıca yüksek risk grubundaki hastalara perkütan trans hepatik kolesistektomi uygulanabilir.

Akut akalkalöz kolesistitin daha çok çocuklarda görülmesi, tanıdaki gecikmelerin perforasyona neden olması açısından böyle bir olgunun demonstratif olacağı düşüncesiyle bu çalışmayı gerçekleştirdik.

KAYNAKLAR

- 1- **Tireli M., Madran H.** Akut Taşsız Kolesistit. Ulusal Cerrahi Dergisi 1986; 1(2): 51-8.
- 2- **Fermendes E.T., Hollabaugh R.S., Boulden T.F., Angel C.** Gangreneous acalcalous cholecystitis in a premature infant. J Ped Surg (US) 1989; 24(6): 608-9.
- 3- **Moody F.G.** Acute acalcalous cholecystitis. Mayo Clin Proc 1989; 64(2):255.
- 4- **Richard C., Fnazee R. C., Nagorney D.M., Mucha P. Jr.** Acute acalcalous cholecystitis. Mayo Clin Proc (US) 1989; 64(2): 163-7.
- 5- **Savoca P.E., Longo W.E., Zucher K.A.** The increasing prevalence of acalcalous cholecystitis in outpatient. Ann Surg 1990; 211: 433-7.
- 6- **Longo J.M., Bilbao J.I.** Case Report: gallbladder perforation and bile leakage: diagnosis by color doppler sonography and percutaneous treatment. Br J Rad 1993; 66: 1052-54.
- 7- **Chen J.J., Lin H.H., Chiu C.T.** Gallbladder perforation with intrahepatic abscess formation. J. Clin Ultras 1990; 18: 43-45.