

Akut Kolesistit ve Cerrahi Tedavinin Zamanı

Rifat YALIN'

ETİYOLOJİ

Safra kesesinin iltihabi olaylarında % 85-95 safra taşı bulunur. Akut kolesistitin oluşumunda en önemli etken, sistik kanal veya Hartman kesesinin bir veya birden fazla taşla tıkanmasıdır. Taşın mukozaya yaptığı baskı sonucunda iskemi, nekroz, ülserasyon ile şişme, ödem ve venöz dolaşımında bozukluk gelişir.

Bazen safra yolları veya safra kesesi karsinomu sistik kanalı tıkayarak akut kolesistit yapabilir. Ender olarak tifoda olduğu gibi sistemik enfeksiyonlardan, kollajen hastalıklarının daman tıkanmasından, hipertansif damar hastalıkları ve arteria sistikanın trombozundan da akut kolesistit oluşabilir.

FİZYOPATOLOJİ

Akut kolesistiti başlatan olay sistik kanalın safra taşıyla tıkanmasıdır (Tablo — 1).

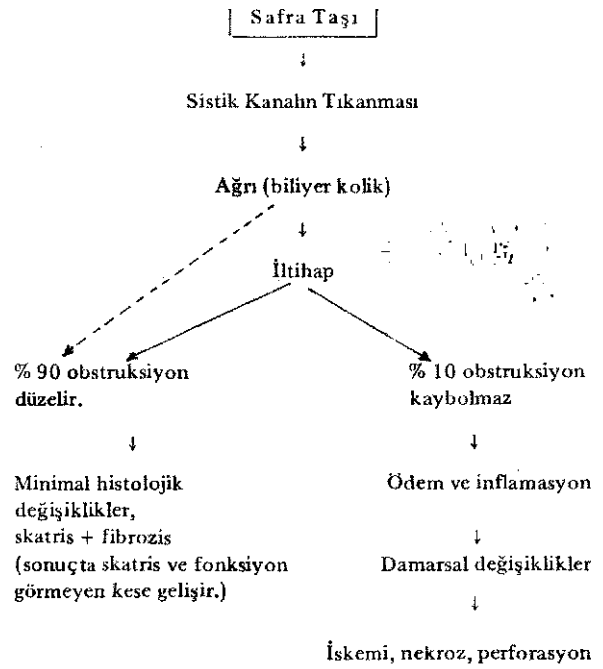
Hastalığın ilerlemesi ve enfeksiyonun derecesi, tamamen obstruksiyonun düzelip, düzelmemesine ve bunun derecesine bağlıdır. Hastaların % 90'ında obstruksiyon geçer, iltihabi olay yatıştır ve safra kesesi duvarında bir miktar fibrozis ortaya çıkar. Eğer obstruksiyon düzelmezse, safra kesesi duvarındaki distansiyon ve iltihap damarsal değişikliklere yol açar. Sonunda iskemi ve safra kesesi duvarında nekroz ortaya çıkar. Fakat olayların bu şekilde sonuçlanması ancak % 10 hastada görülür. Kesede perforasyon oluştuğu zaman da, çeşitli risk faktörlerine bağlı olmak üzere mortalite % 20-70 arasında değişir.

Kolesistitin temel patolojik olayı iltihaptır. Bouchier ve Freston (1968) (3), 210 kolesistitli hastada safra kesesi duvarı, içindeki safra ve safra kesesi taşında bakteriyolojik çalışmalar yapmıştır. Safra kapsamının % 19, safra kesesi duvarının % 25 ve safra taşlarının % 29 oranında bakteri bulunduğunu göstermişlerdir.

Pyrtek (1967) (23), kolesistitli 502 hastasından 114'ünde (% 32) safra kültürlerinde üreme olduğunu, geri kalanında üreme olmadığını ileri sürmüştür.

* Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Tablo - 1



Chatin (1973) (4), 150 vakalık bir seride safra kültürlerini % 50 pozitif, % 50 negatif olarak saptamıştır.

C.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalında, cerrahi veya patolojik olarak kolesistit tanısı konulan 50 hastada safra kültürleri bakteriyolojik yönden araştırılmıştır (1). Hastaların % 48'inde safra kültürü pozitif, % 52'sinde negatif bulunmuştur. Safra kültürlerinde üreyen bakterilerin başında E.coli gelmiştir (% 62,5). Klebsiella ve pseudomonas aerogenisa daha az sıklıkla görülmüştür (Tablo - 2).

Yaygın sepsis ve bakteriyemi dışında, akut kolesistitin gelişmesinde bakteriyel enfeksiyon genellikle ikinci derecede rol oynar.

Akut kolesistitte iltihabi olaylardan sorumlu tutulan diğer etkenler arasında da safra tuzları, lizolesitin ve pankreatik enzimler sayılabilir.

Tablo

Kolesistitli 50 Hastadan Alınan Safra Kültürleri Sonuçları (1)

Kültür Sonuçları	Hasta Sayısı	%	Üreyen Bakteri	Kültür Sayısı	%
Pozitif Kültür	24	48	E. Coü,	15	62.5
			Klebsiella,	3	12.5
			Psaerogenisa	3	12.5
			St. aureus,	2	8.3
			Salmonella paratyphi.	1	4.2
Negatif Kültür	26	52	-	-	-

PATOLOJİ

Safra kesesi şişkin ve ödemlidir. Damarlanmasında belirgin bir artma vardır (Şekil; 1-3). İltihabi olayın ilerlemesiyle, gastrohepatik omentum koledok ve porta hepatisde de enfeksiyon gelişir. Açığa çıkan hafif sarılığın nedeni kesin olarak bilinmemekle beraber değişik varsayımlar ileri sürülmektedir. En fazla da, normalde safraya geçirmeyen safra kesesi epitelinin, safra kesesi enfeksiyonunda konjuge bilirubin absorpsiyonuna yolaçtığı görüşü üzerinde durulmaktadır (19).

Hastaların % 85'inde akut iltihap gerileyerek iyileşir. Geri kalan % 15'inde iltihabi olayın ilerlemesi eli ampiyem, gangren veya perforasyon gibi lokalize komplikasyonlar gelişir.

Akut serbest perforasyon ile yaygın peritonit gelişmesi ancak akut kolesistitli hastaların % 2'sinde görülebilir (22,18).

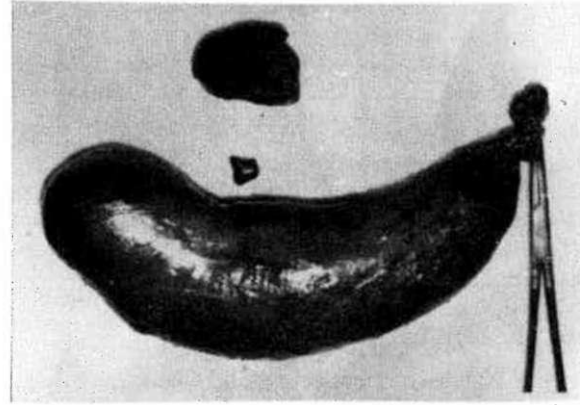
KLİNİK BELİRTİ VE BULGULAR

Akut kolesistit genellikle daha önceden safra kesesi taşı ve kronik kolesistit öyküsü bulunanlarda ortaya çıkar. Her yaşta olabilirse de sıklıkla 40-80 yaşları arasında görülür. Ağrı ve sağ üst karındaki lokalize duyarlılık başlıca semptomları oluşturur. Genellikle yağlı ve kızarmış yemeklerden sonra başlayan ağrı "biliyer kolik" şeklindedir. Karının sağ üst kısmı ve epigastriyuma yerleşen ağrı, sırta, sağ skapula altı veya her iki skapula arasına yayılabilir. Ağrı ile birlikte değişik şiddette bulantı ve kusma ortaya çıkar.

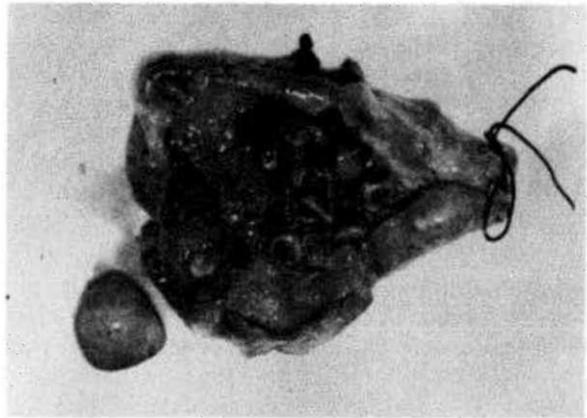
Fizik muayenede sağ üst kadranda lokalize duyarlılık ve adale defansı vardır. Murphy belirtisi klinik tanıda çok yararlı sonuçlar verir. İltihabi olayın iler-



Şekil - 1 Akut kolesistitte safra kesesi şişkin, ödemü ve damarlanması belirgin olarak artmış görünür.



Şekil - 2 Akut kolesistit için yapılan kolesistektomiden sonra safra kesesinin görünümü.



Şekil - 3 Akut kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan kese içinde multipl safra taşlarının görülüşü.

lemesiyle ateş yükselir ve kese ele gelebilir. Hastaların % 33'ünde sağ üst karında kitle hissedilir.

Hastaların 2/3'ünde lökositozis 10.000/mm³'ün üstüne çıkmıştır. Hastaların % 20'sinde hafif bir sarılık görülür. Bunun nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Çünkü pekçoğunda safra yollarında taş bulunmaz. Sarılık nedeni olarak bazı varsayımlar ortaya atılmıştır, ödemli safra kesesinin koledoka baskı yapabileceği, ödeme bağlı olarak safra akımında fonksiyonel bir bozuklu olabileceği ve kolanjit üzerinde durulmuştur. Yapılan çalışmalarda normalde bilirubine karşı geçirgen olmayan safra kesesi duvarından, enfeksiyon anında konjuge bilirubinini absorbe olduğu gösterilmiştir.

Serum transaminaz, alkalın fosfataz ve amilaz hafif yükselir.

Eğer ağrı ve duyarlılık önemli derecede artar, ateş ve lökosit sayısı yükselir, titremeler başlarsa, hastalığın ilerlediği düşünülerek acil cerrahi tedavi planlanır. "Rebound tenderness" ile birlikte ağrı tüm peritonea yayılırsa perforasyon olasılığı aklı gelir. Akut kolesistitin klinik seyri 1-2 günde yatıştır ve 7-10 günde tüm belirtiler tamamen kaybolur (7).

TANI YÖNTEMLERİ

Akut kolesistitin tanısında ilk uygulanacak tetkik, karının direkt grafisidir. Bu şekilde bazı olasılıklar tanı dışı bırakılırken, % 10-15 hastada safra taşları görülebilir. Oral kolesistografi ile kesenin gösterilmesi mümkün olmazken, intravenöz kolanjiyografi bazen yararlı sonuçlar verir. Özellikle akut pankreatit ve akut kolesistitin ayırılmasında çok yararlı olur. Bu radyolojik tetkikin de hastalığın erken döneminde ve bilirubin % 4 mgr.'ın üstüne çıkmadan yapılması gerekir. Eğer safra yolları radyoopakt madde ile dolar ve kese görülmezse, bu çok kuvvetli bir olasılıkla akut kolesistiti düşündürür. Eğer safra kesesi görülüyorsa bu akut kolesistit değildir. Safra kesesi ve safra yollarının hiç görülmeysi, tanı için fazla anlam taşımaz da, akut kolesistit olasılığını aklı getirmelidir. Radyolojik filimler 12-24 saat sonra tekrarlanmalıdır.

Akut kolesistitin taranmasında ultrasonografi en iyi tanı yöntemi olarak kullanılmaktadır. Bu tetkikin hızla yapılabilmesi, herhangi bir yan etkisi veya zararının olmayışı, bilirubin düzeyi yüksek olduğu zaman da uygulanabilmesi, en önemli üstünlüklerini oluşturur.

Ulreich ve arkadaşları (1980) (24), akut kolesistitli 34 hastada ultrasonografi ve intravenöz kolanjiyografi yöntemlerini kıyaslamışlardır. Ultrasonografinin 34 hastadan 31'inde, intravenöz kolanjiyografinin 34 hastadan 27'sinde başanlı sonuç verdiğini görmüşlerdir.

Son yularda geliştirilen HIDA skening yöntemi, zararsız ve akut kolesistit tanısı için süratle uygulanabilen bir yöntem olarak önem kazanmaktadır. Safra kesesinin fonksiyonel durumunu değerlendirmekte ve sonografi ile birlikte uygulanabilmektedir.

Dolayısıyla intravenöz kolanjiyografi gereksinimi önemli derecede azalmaktadır. Dykes ve ark. (1984) (6), cerrahi ve patolojik olarak akut kolesistit tanısı konulan 35 hastanın 32'sinde (% 90), ^{99m}Tc HIDA kolesistografi yöntemiyle doğru sonuç elde etmişlerdir.

AYIRICI TANI

Akut kolesistitin ayırıcı tanısında akut pankreatit, hepatit ve apandisit en önemli grubu oluşturur. Gastritis, duodenal ülser hastalığı, pnömoni, böbrek taşları, karaciğer apseleri ve kolon divertikülü ayırıcı tanıda daha az önem taşırlar. Akut pankreatit, safra taşları sonucunda ortaya çıkabilir ve klinik tabloyu kanştırabilir (27).

Pankreatite bağlı olan ağrı genellikle epigastriyuma lokalizedir ve doğrudan sırta vurur. Öne doğru uzanmak ve öne eğilerek oturmakla azalır. Her iki hastalıkta da amilaz hafif yükselir, fakat çoğu kez yüksek serum değerleri akut pankreatiti düşündürür. Intravenöz kolanjiyografi ve ultrasonografi kesin tanı konulmasını sağlar.

Hepatitis, akut kolesistiti taklit edebilir. Karaciğer fonksiyonları bozuk olduğu için intravenöz kolanjiyografi tanıya yardımcı olamaz. Bazen kesin tanı için perkütan karaciğer biyopsisi gerekebilir.

Kadınlarda sağ üst kadranda ve karnın alt kısımlarında ağrı, serviks ve adnekslerde duyarlılıkla kendini gösteren "gonokokkal perihepatitis" (Curtis-Fitzhugh sendromu) da akut kolesistitle karışabilir. Kesin tanı servikal smear'ın gram boyasında gonokokların görünmesiyle konur. Genellikle antibiyotik tedavisi başarılı sonuç verir.

Apandisit de, akut kolesistitle karışabilir. Fakat apandisitte ağrı genellikle sağ alt kadranda sınırlıdır. Gastritis, çoğu kez ağır yemekler ve alkol alınmasından sonra ortaya çıkar, bulantı ve kusmayla birlikte seyredir. Ağrı epigastriumda ve yanma tarzındadır.

Peptik ülser hastalığı, epigastriyuma lokalize olan, yemekler ve anti-asitlerle azalan bir ağrıyla kendini gösterir, ülser perforasyonunda, direkt karın grafilerinde diyafragma altındaki serbest hava görünümü tanıyı koydurur.

Pnömoni ve pnömonitis, sağ üst karına vuran ağrı ve duyarlılığa neden olabilir. Solunum seslerinin dinlenmesi ve akciğerin radyolojik tetkiki ayırıcı tanıyı sağlar.

KOMPLİKASYONLAR

1. Ampiyem: Safra kesesi içindeki safraya, bakterilerin invazyonu ile gelişen kolesistitin ileri bir dönemidir. Sağ üst karında şiddetli ağrı, yüksek ateş, titreme ve lökositozis (15.000/mm³) ile kendini gösterir. Fry ve ark. (1981) ampiyemin, akut kolesis-

titin seyri sırasında kolaylıkla gözden kaçabilecek ve % 11 gibi yüksek oranda görülebilecek önemli bir komplikasyon olduğunu bildirmiştir. Acil kolisistektomi veya kolesistostomi ile birlikte yüksek doz antibiyotik verilerek tedavi sağlanır.

2. Gangren: Safra kesesi gangreni genellikle kolesistektomi esnasında farkedilir. Hastalığın çok ilerlediğini, safra kesesi duvarında iskemi ve nekroz geliştiğini gösterir. Kolesistektomi yapılır.

3. Perforasyon: Lokalize veya serbest şekilde ortaya çıkar. Mc. Donald'a göre (1968) (15), akut kolesistitin en sık görülen ve % 10'a kadar çıkan bir komplikasyondur.

Lokalize perforasyonun klinik bulguları; sağ üst karında belirgin duyarlılık, genellikle hissedilen bir kitle, yüksek ateş ve lökositozisdir (18.000-20.000/mm³).

Tedavi için nazogastrik sonda, intravenöz sıvı, antibiyotik ve acil cerrahi girişim uygulanır.

Safra kesesinin serbest perforasyonu % 1-2 oranında görülür.

4. Kolesisto-enterik fistül: Akut kolesistitli hastaların % 1-2'sinde safra kesesi komşu organlara perforasyon olabilir. Kolesistoenterik fistüllerin en sık görüldüğü organ duodenumdur (% 79). Kolonun hepatic fleksura kısmı ikinci derecede sık görülen organdır (% 17). Mide veya duodenuma fistül çok daha azdır. Kolesistoenterik fistülden barsaklara geçen safra taşı çok büyük olduğu zaman, mekanik barsak tıkanmasına (safra taşı ileusu) neden olur.

Kolesiste-enterik fistül genellikle, safra yollarında havanın görülmesiyle anlaşılır. Kolesistografi ile fistülün gösterilememesine karşılık, üst gastrointestinal sistemin baryumlu tetkikiyle fistül gösterilebilir.

Haff ve ark. göre (1971) (11), kolesistoenterik fistüllerde mortalite oranı elektif cerrahi girişimlerde % 22, acil durumlarda % 50'dir.

5. Safra taşı ileusu: Safra taşı ileusu, genellikle mekanik ince barsak obstruksiyonu, safra taşı bulunan ve daha önce karın ameliyatı geçirmemiş hastalarda düşünülmelidir.

Genellikle 2-5 cm. çapındaki büyük taşlar, safra kesesi duvarını tahrip ederek duodenuma geçerler. Sıklıkla, ince barsakların en dar kısmı olan ileo-çekal valvülü tıkarlar.

Pangan ve ark. (1984) (20), rekürren safra taşı ileusuna yol açan bir kolesistoduodenokolik fistülü, fistülün eksizyonu ve kolesistektomiyle başarıyla tedavi etmiştir.

TEDAVİ

Genellikle akut kolesistitli hasta ilk defa görülürse ve klinik tanı da kesinse, bazı tıbbi uygulamalar-

la hastanın durumu en iyi hale getirilebilir. Ağrı kesici olarak Demerol veya benzeri ilaçlar uygun dozda verilebilir (Morfin Oddi sifinkterinde spazma yol açtığı için kaçınılmalıdır). Ağızdan beslenme kesilir, intravenöz sıvı tedavisine başlanır ve nazogastrik sonda takılır. Tetrasiklin, Ampisilin, Kloramfenikol, Sefazolin gibi ve özellikle safra yollarıyla atılan antibiyotikler verilmelidir. Yaşlılarda akut kolesistitle birlikte bulunabilecek kalp ve akciğer hastalığı da tedavi edilmelidir.

Akut kolesistitli hastalar içinde, perikolesistik apse, serbest perforasyon gibi çok az bir kısmı hemen cerrahi tedavi yapılmasını gerektirir. Ayrıca akut karın bulunan, ülser perforasyonu gibi olasılıkların bulunduğu ve akut karın tanısı kesin olmayanlarda da derhal cerrahi yaklaşım gerekir.

Bunun dışında cerrahinin kontrendike olduğu, dekompanse kalp yetmezliği, solunum yetmezliği veya kronik böbrek yetmezliği gibi az bir grup vardır.

Kesin tanısı konulmuş, önemli bir komplikasyonu veya kontrendikasyonu olmayan akut kolesistitte kolesistektomi ne zaman yapılmalıdır? Bu soru uzun yıllar tartışmalara neden olmuştur.

AKUT KOLESİSTİTTE CERRAHİ TEDAVİNİN ZAMANI

Uzun yıllar akut kolesistit durumlarından olayın yatışması ve uygun cerrahi tedavi için 2-3 ay geçmesi beklenirdi. Son 20 yıl içinde, pek çok cerrah akut dönemde cerrahi tedavinin kolaylıkla yapılabileceğini gösterdi. Bazı cerrahlar, semptomlar başladıktan 5-7 gün sonra yapılan ameliyatın hiçbir güçlük yaratmadığını bildirdiler. Vander Linden ve Edlund (1981) (25), erken ve geç kolesistektomiye kıyasladıklarında, her iki uygulama arasında ameliyat süresi ve yara enfeksiyonu bakımından önemli bir fark olmadığını gördüler.

Mortalite ve Morbidite: Geniş serilerde erken dönemde yapılan cerrahi tedavi ile geç dönemdeki kolesistektominin mortalite yönünden farklı olmadığı görülmüştür. Mc Arthur ve arkadaşları (1975) (16), geniş bir akut kolesistit serisinde, erken kolesistektomi sonucu hiç mortalite olmadığını bildirmişlerdir. Hinchey ve arkadaşları ise (1965) (12), erken cerrahi tedavi uyguladıkları 441 hastada mortalite oranını % 0.5 olarak (2 hastada) yayınlamışlardır.

Glenn (1981) (10), cerrahi tedavi uygulanan 12.200 hastada, % 20'sinin akut kolesistit olduğunu bildirmiştir. 65 yaşın üstündekilerde mortalitenin % 9.8 olduğunu ve bunlarda cerrahi tedavinin gecikmeksizin yapılması gerektiğini belirtmiştir.

Bazı serilerde yara enfeksiyonunun ve solunum sistemi enfeksiyonunun erken cerrahi tedaviyle arttığı ileri sürülürken, bir grup cerrah da erken kolesistektomi-

minin morbiditeyi artırmadığını belirtmiştir. Akut kolesistit için erken cerrahi tedavi yapılmasının, safra yolları yaralanmasını arttırdığını ileri sürülmüşse de, bunu kanıtlayan belirli bir yayına rastlanmamıştır.

Akut kolesistit anında yapılan bir kolesistektomi genellikle elektif bir kolesistektomiden zor değildir. Bazen porta hepatitis ve gastrohepatik omentum ödematöz ve damarsal yapıları artmış durumdadır. Fakat safra yollarının diseksiyonu ve ayrılması çok güç değildir. Çok ender durumda, eğer kesede gangren ve prekolesistik apse varsa, kolesistostomi yapılması gerekebilir.

Akut kolesistit anında safra yollarının eksplorasyonu bazen güç ve tehlikeli olabilir. Fakat çok geniş serilerin gözden geçirilmesi akut kolesistitte safra yolları eksplorasyonunun elektif kolesistektomilerden ne daha güç, ne de daha tehlikeli olduğunu göstermiştir. Diğer yandan cerrahi tedavi ile hastahanedeki kalma süresi kısalmaktadır.

Kaufman ve arkadaşları (1984) (13), elektif kolesistektomi sonrası yara enfeksiyonunu önlemek amacıyla, ameliyattan iki saat önce başlayıp 24 saat sonra kesilen Gentamisin tedavisi uygulamışlardır. Kontrol grubunda yara enfeksiyonu % 24.5 oranında görülmesine karşılık, profilaktik antibiyotik verilen grupta % 3.6 oranında görülmüştür.

Morran ve arkadaşları da (1984) (17), yine aynı amaçla, ameliyat öncesi tek doz 1.5 gr. Cefuroxime kullanmışlardır. Kontrol grubunda 81 hastanın 11'inde (% 12), profilaktik antibiyotik verilen 79 hastanın ikisinde (% 2.5) yara enfeksiyonu ortaya çıkmıştır. Yara enfeksiyonunun, safranin enfekte ve kültürlerinin pozitif olduğu hastalarda geliştiği dikkati çekmiştir.

Diğer yandan Willis ve arkadaşları (1984) (26), kolesistektomi yapılan 375 hastada, safra bakteriyolojisi, yara sepsisi ve profilaktik antibiyotiğin önemini araştırmışlardır. 21 hastada gelişen yara enfeksiyonunda görülen bakterilerle, ameliyat esnasında safra da alınan kültürlerde üretilen bakterileri karşılaştırmışlar ve iki vakada ilişki bulmuşlardır. Ameliyat öncesinde ve ameliyat sırasında yara içine verilen Cep-hazolin, yara enfeksiyonunu önemli oranda azaltmıştır. Safra kesesi ameliyatlarından sonra ortaya çıkan yara enfeksiyonunda, mikro-organizmaların safra yollarından çok hastanın derisi veya dış kaynaklardan geldiği sonucuna varmışlardır.

Sonuç olarak, akut kolesistit tanısı konulan hastalar, gerekli hazırlık yapıldıktan sonra ve hastaneden çıkmadan kolesistektomi uygulanmalıdır.

AMFİZEMATÖZ KOLESİSTİT

Akut, çoğunlukla da gangrenöz kolesistitin az görülen bir şeklidir. Gaz meydana getiren bakterilerle

oluşur ve radyolojik olarak safra kesesinde gaz görünümü tipiktir. Akut kolesistitin kadınlarda sık görülmesine karşılık, amfizematöz kolesistit % 75 erkeklerde görülür.

Genellikle safra kesesinde aseptik bir enfeksiyon olarak başlar, daha sonra gaz oluşturan mikroorganizmalarla sekonder enfeksiyon ortaya çıkar. Bunlar safra kesesine safra yolları, kan veya lenfatik akımla ulaşır ve aneorobik ortamda çoğalırlar.

Klinik tablo, akut kolesistite benzer. Hastaların yansında, özellikle diabeti olanlarda kesede taş bulunabilir. Tanı, çok zaman safra kesesi bölgesindeki globüler gazın radyolojik özelliği ile konulur.

Tedavide erken kolesistektomi yapılması önemlidir. Çünkü serbest perforasyon oranı % 40-60 dardır. % 9 vakada koledok taşı bulunabilir ve koledok eksplorasyonu yapılır. Her ne kadar safra kültürlerinin ancak yarısında üreme sağlanırsa da, klostridial ve koliform türüne göre antibiyotik verilmesi gerekir. Mortalite oranı da akut kolesistitten daha yüksektir.

AKUT TAŞSIZ KOLESİSTİT

Safra kesesinde veya safra yollarında taş olmadan meydana gelen akut safra kesesi enflamasyonudur. Az görülen ve kesin oranı bilinmeyen bir klinik tablodur. Yaklaşık olarak hastanelerde yapılan kolesistektomilerin % 1'den azı akut taşsız kolesistite bağlıdır.

Akut taşsız kolesistit; ameliyatlardan, yanıklardan ve çocuklarda ağır hastalıklardan sonra görülebilir. Tifo, brusella gibi spesifik enfeksiyonlar ve akut pankreatitten sonra da ortaya çıkabilir.

Etiyolojisinde safranin stazına yol açan uzun süreli intravenöz beslenme, enfeksiyona bağlı safra kapsamının değişmesi, diyabetik ve yaşlılarda sistik arterdeki değişiklik sorumlu tutulmuştur. Peterson ve Sheldon (1979) (21), total parantal hiperalimentation uygulanan sekiz hastada taşsız akut kolesistit geliştiğini bildirmiştir.

Ağır hastalarda hipoksi ve doku perfüzyonunda azalma üstünde durulmuştur. Belki de akut taşsız kolesistit etiyolojisinde temel etken, safra kesesi "mukozal bariyerinin bozulmuş olmasıdır".

Tanı genellikle gecikmiş olarak konur. Bu nedenle safra kesesinde gangren ve perforasyon sık olarak görülür. Tedavi olarak kolesistektomi yapılamayanlarda kolesistostomi yapılması önerilir.

Sonuç olarak, akut kolesistit safra kesesinin sık görülen akut iltihabi olarak ve sistik kanalın taşla tıkanmasıyla ortaya çıkar. Son yıllarda geliştirilen ultrasonografi tanıda önemli bir yer almıştır.

Komplikasyonları önlemek amacıyla erken cerrahi tedavi uygulaması, giderek daha çok tutulan ve uygulanan bir yöntem olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Bozdoğan, A., Dülger, M., Yalın, R.: Kolesistitte mikro-organizmaların rolü. C.Ü. Tıp Fak. Dergisi. 4(1): 37, 1982.
2. Blumgart, L.H., Kelley, C. Sand Benjamin. I. S: Bening bile duct stricture following cholecystectomy: critical factors in management. Brit.J. Surg. 71:836, 1984.
3. Bouchier, I. A.D., Freston, J.W.: The etiology of gallstones. Lancet, 1: 340, 1968.
4. Chaitin, IE: Bacteriology of calculous cholecystitis. Int. Surg. 58: 169, 1973.
5. Devine, R.M., Farnell, M.B. and Mucha, P.: Acute Cholecystitis as a complication in surgical patients. Arch. Surg. 119(12): 1389, 1984.
6. Dykes, E.H., Gray, I. S., Davidson, C.S. and McArdle. C.S.: Infusion cholecystography in the early diagnosis of acute gallbladder disease. Brit. J. Surg. 71: 854, 1984.
7. Edlund, Y. and Ollson, O.: Acute cholecystitis its etiology and course, with special reference to the timing of cholecystectomy. Acta.Chir. Scand. 120: 479, 1961.
8. Fry, D., Cox., R. A and Harbrecht. P.J.: Empyema of the gallbladder; A complication in the natural history of Acute Choleystitis. Amer. J. Surg. 141:366, 1981.
9. Glenn, F.: Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older, Ann. Surg. 193: 56, 1981.
10. Glenn, F., Reed, C. and Grafe, W.: Biliary enteric fistula. Surg. Gynec.Obst. 153:527, 1981.
11. Haff, R.C., Wise, L. and Ballinger, W.: Biliary enteric fistulas. Surg. Gynec. Obstet. 113:84, 1971.
12. Hickey, E.J., Elias, G.L. and Haupson, L.B.: Acute Cholecystitis. Surg. Gynec. Obstet. 120: 475, 1965.
13. Kaufman, Zvi., Engelberg, M., Elliashiv, A and Reise, R.: Systemic prophylactic antibiotics in elective biliary surgery. Arch. Surg. 119: 1002, 1984.
14. Kurtz, R., Heimann, R.M. and Kurtz, A. B: Gallstone ileus: A diagnostic problem. Ann. J. Surg. 146: 314, 1983.
15. Mc Donald, J.A.: Perforation of the gallbladder associated with acute cholecystitis. Ann. Surg. 164: 849, 1966.
16. McArthur, P., Cuschiere., A., Sells, RA and Shields, R: Controlled clinical trial companing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis. Brit. J. Surg. 82:850,1975.
17. Morran, C.G., Thomson, A., White, W., McNaught, D.C. Wound sepsis after low risk elective cholecystectomy; the effect of cefuroxime. Brit. J. Surg. 71: 540, 1984.
18. Morrow, D.J., Thampson, J. and Wilson, S.C.: Acute cholecystitis in elderly: A Surgical emergency. Arch. Surg. 113: 1159, 1978.
19. Ostrow, J.D.: Absorption of organic compaunds by the injured gallbladder. J. Lab. CUn. Med. 78: 255, 1971.
20. Pangan, J.C., Estrada, R. and Rosales, R.: Cholecystoduodenecolic fistula with recurrent gallstone ileus. Arch. Surg. 119: 1201, 1984.
21. Peterson, S.R., and Sheldon, G.F.: Acute acalculos cholecystitis; A complication of hyperalimentation. Ann. J. Surg. 138:814, 1979.
22. Plessis, D.S. and Jersley, J.: The management of acute cholecystitis. Surg. Clin. N. Amer. 53: 1071, 1973.
23. Pyrttek, L. J.: An evaluation antibiotics in biliary tract surgery. Surg. Gynec. Obstet., 125: 101, 1967.
24. Ulreich, S., Kendall, W. and Stier, S.A.: Acute Cholecystitis. Arch. Surg. 115: 158, 1980.
25. Vander Linden, W. and Edlund, G. F:arly versus delayed cholecystectomy; the effect of a change in management. Brit.J. Surg. 68: 753, 1981.
26. Willis, R. G., Eawson, W. C., Hoare, EJvl., Kingston, R. A.: Are bile bacteria relevant to septic complications following biliary surgery. Brit. J. Surg. 7 1: 845, 1984.
27. Yalın, R.: Akut pankreatit. Türkiye Klinikleri. 3(1): 21, 1983.