

Akut Kolesistitlerde Erken Cerrahi Tedavi ve Sonuçları

RESULTS OF EARLY SURGICAL THERAPY IN ACUTE CHOLECYSTITIS

Dr.Adnan ARAB, Doç.Dr.Nuri Aydın KAMA,
Dr.Osman DOĞRU, Dr.Erdal GÖÇMEN

Ankara Numune Hastanesi, ANKARA

ÖZET

Ocak 1986-Aralık 1989 tarihleri arasında akut kolesistit teşhisiyle hastaneye yalınları 41 hastaya erken cerrahi girişim uygulanmıştır. Aynı dönemde 386 vaka kronik kolesistit teşhisiyle opere edilmiştir. İki grubun sonuçları kıyaslanmıştır.

Erken cerrahi girişim uygulanan grupta yaş ortalaması 48.67, ortalama hastanede kalış süresi 9.38 gün, mortalite %2.4'dür, elektif grupta ise bu oranlar sırasıyla 54 yıl, 8.6 gün, ve %0.7 olarak tesbit edilmiştir. Akut ve kronik vakalar arasında komplikasyonlar açısından istatistiksel bir farklılık bulunamamıştır.

Sonuçlanma akut kolesistitlerde uygun tedavinin erken cerrahi müdahale olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut Kolesistit

T Klin Araştırma 1991,9:470473

Akut kolcsistitin tedavisinde erken kolesistektomi giderek taraftar bulmakla beraber bu konudaki tartışmalar da halen devam etmektedir. Akut ataktan sonra elektif şartlarda kolcsistektomiyi savunanlar erken dönemde teknik olarak ameliyatın zor olduğunu, operatif ve postoperatif morbiditenin arttığını ileri sürmektedir (7). Öte yandan erken cer-

Gelis. Tarihi: 9.2.1991

Kabul Tarihi: 16.3.1991

Yazışma Adresi: Dr.Adnan ARAB
Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği
Samanpazan - ANKARA

SUMMARY

Between Jan. 1986-Decem. 1989, 41 patients had been admitted with diagnosis of acute cholecystitis and all of them were treated by early operation. During the same period 386 patients were operated for chronic cholecystitis. The results of two groups were compared.

The data obtained from early and elective cholecystectomy groups respectively were: Mean age 48.67 and 54 years, mean hospital stays 9.38 and 8.6 days, mortality rates 2.4 and 0.7%. The difference between acute and chronic cases with respect to rates of complication statistically was not significant.

Our data suggest that early surgical intervention in acute cholecystitis has acceptable morbidity and is the treatment of choice.

Keywords: Acute Cholecystitis

Türk Rese Med Sci 1991,9:470473

rahi tedaviyi savunanlar işlemin zor olmadığını bu sayede de gecikmeye bağlı gelişebilecek gangren ve perforasyon gibi ağır komplikasyonların önlenmiş olduğunu, ayrıca hastanın ikinci kez hastaneye yatırılması ve ilave müeyyiteler gibi hüsustafiri öf-tadan kalktığını belirtmişlerdir (7,10).

Bizde kliniğimize akut kolesistit teşhisiyle yatırılan hastaları erken devrede kolesistektomi yaparak tedavi ettik. Bu hastaların sonuçlarını aynı dönemde kronik kolesistit sebebiyle elektif şartlarda kolesistektomi yaptığımız hastalar ile karşılaştırdık.

Tablo 1, Akut kolekistitli hastalarda semptom ve bulgular

Bulgu	Vaka Sayısı	Oran %
Ağrı	41	100
Bulantı-kusma	24	58.5
Sarılık	4	9.7
Sağ üst kadranda hassasiyet	30	73.2
Musküler defans	12	29.4
Palpabl hidropik kese	6	14.6
Lökositoz (10.000/mm ³ ün üzerinde)	27	65.8

MATERYAL VE METOD

Ocak 1986-Aralık 1989 arasında kliniğimize yatırılan 41 akut kolekistitli hastaya erken kolekistektomi ameliyatı yapıldı. Bu hastalara aşağıdaki parametreler doğrultusunda akut kolekistit teşhisi kondu. Bu parametreler, bulantı, kusma, 38 C in üzerinde ateş, sağ üst karın bölgesinde ağrı, defans ve 10.000/ mm³ üzerinde lökositoz olarak değerlendirildi (7) (Tablo 1). Hastaların hepsinde ultrasonografik olarak akut kolekistit bulguları desteklendi. Ayrıca bazı hastalara oral ve/veya İV kolekistokolanjiyografi gibi ilave tetkikler yapıldı.

Çalışmaya dahil edilen hastaların yaşları 19-71 (ortalama 48.67) arasındaydı. Bunların 29'u kadın (%70.7), 12'si erkek (%29.3) idi, erkek/kadın oranı yaklaşık 1/3.5 idi. Vakaların 28'i (%68.3) ilk 72 saat içinde, 13'ü (%31.7) ilk 3-7 gün içinde, ameliyata alındı.

Operasyon sırasında iğne aspirasyonu ile safra kesesi ve koledoktan alınan materyaller kültür için gönderildi. Kolekistektomiden sonra safra keselerinin tamamı histopatolojik incelemeye gönderildi.

Hastaların hepsinde sıvı tedavisi ve analjezik kullanıldı. Bütün hastalarda subhepatik bölgeye sump dren kondu.

Aynı zaman dilimi içinde kliniğimize 486 hastaya elektif olarak kolekistektomi yapıldı. Bunların 303'ü kadın (%78.49), 83'ü erkek (%21.51) di, yaşları 22-74 (ortalama 54) olarak tesbit edildi. Çalışmamıza ait bulgular istatistik olarak ki-kare ve student-t testleri ile değerlendirildi.

SONUÇLAR

41 vakanın 36'sında (%87.8) kesede taş bulundu, 5 vakada ise akut taşsız kolekistit tesbit edildi (%12.2). Bunların 3'ü ameliyata, ikisinde travmaya

bağlı olarak geliştiği düşünüldü. Taş bulunan 36 vakanın 19'unda (%52.7) taş safra kesesinde, 11'inde (%30.55) duktus sistikus veya hartman cebinde, 5'inde ise (%13.3) koledokta ve safra kesesinde, 1 vakada (%2.8) sadece koledokta idi. Operasyonda, vakaların 18'inde (%43.9) safra kesesi hidropsu, 32'sinde (%78) ödemli ve şişkin safra kesesi, 3'ünde (%7.3) safra kesesi duvarında nekroz alanları, 5'inde (%12.2) ampiyem, 6'sında (%14.6) subhepatik bölgede safıralı reaksiyoner sıvı tesbit edildi. Akut kolekistit ile birlikte 4 hastada över kisti, 1 hastada duodenal ulcus, 1 hastada akut apandisit, 1 hastada ise umbilikal herni mevcuttu. Bunlara gereken müdahaleler yapıldı. Koledok eksplorasyonu yapılan 7 vakadan 6'sında koledok taşı mevcuttu (%14.63).

Operasyon sırasında iğne aspirasyonu ile safra kesesi ve koledoktan alınan materyaller kültüre gönderildi, safra kesesi ampiyemi olan 3 vakada E.Coli, 1 vakada Klepsiella üredi, diğer vakalarda üreme olmadı. Safra keselerinin histopatolojik inceleme sonucunda 23 vakada akut kolekistit, 17 vaka akut atak gösteren kronik kolekistit olarak değerlendirildi, 1 vaka primer safra kesesi kanseri tesbit edildi. Akut kolekistitli hastaların 6'sında hipertansiyon, 4'ünde aterosklerotik kalp hastalığı, 4'ünde diabetes mellitus, 3'ünde kronik bronşit mevcuttu. Kardiyak problemleri olan bir hastamız postoperatif ikinci günde kaydedildi.

Elektif kolekistektomi yapılan grupta 29 vakaya koledok eksplorasyonu yapıldı. Bunların 25'inde koledok taşı bulundu (%64.7), 4'ünde (%1.03) koledokta taş yoktu. Koledokotomi yapılan 29 vakanın 18'ine koledokoduodenostomi, 11'ine T'tüp uygulaması yapılmıştır. Acil ve elektif gruplar arasında koledok eksplorasyonu ve negatif koledokotomi sıklığı bakımından istatistik olarak önemli fark

Tablo 2. Her iki gruptaki komplikasyon

Komplikasyonlar	Akut Grup (n:41)		Grup (n:386)	
	Sayı	%	Sayı	%
Yara Enfeksiyonu	5	12,20	41	10,2
Evantrasyon	1	2,44	15	3,88
Safra Sızıntısı		—	8	2,07
Bilicir Pislül		—	1	0,26
intraabdominal Abse	1	2,44	—	—
İatrojenik Safra yolu Yaralanması	2	4,88		0,52
Mortalite	1	2,44	3	0,78
Toplam Komplikasyonlar	10	24,39	70	18,16
Ortalama Hastanede Kalış Süreleri	9,38 Gün		8,60 Gün	
X ² Değerleri	0,562		0,092	
p Değeri	p > 0,05			

$$X^2 = X^2_{\text{Akut}} + X^2_{\text{Liktif}} = 0,862 + 0,092 = 0,954$$

$$X^2 = 3,841, X^2 < X^2_{\text{A}} \quad p > 0,05$$

yoktu ($p < 0,05$). Bu grupta 3 mortalite oldu ($< 0,7$). Komplikasyon sıklığı açısından acil ve elektif vakalar arasındaki farklılık istatistik olarak anlamlı bulunmamıştır ($p < 0,05$) (Tablo 2).

TARTIŞMA

Akut kolesistit benign bir hastalık olmakla beraber tedavisi geciktirildiğinde morbidite ve mortalite oranlarının yükselmesine sebep olmaktadır (4,9,14). Klinik olarak komplikasyonsuz akut kolesistit vakaları ile ampiyem gelişmiş olan vakalar arasında kesin bir ayırım çoğu zaman yapılamamaktadır. Bu istenmeyen ciddi sonuçlar hastaların konservatif tedaviyle oyalanması esnasında ortaya çıkmaktadır (3,11,14). Zaten vakaların %13-25'inde yukarıdaki nedenlere bağlı olarak hekim istesede medikal tedavi başarısız kalmakta ve cerrahi girişim zaruri hale gelmektedir (15). Yaşlı hastalarda komplikasyonların gelişmesi %40 gibi yüksek oranlara varmaktadır. Dolayısıyla yaşlı hastalarda erken cerrahi girişim daha da önem kazanmaktadır. Ancak yaşlılarda (65 yaşın üzerindeki) operasyon mortalitesi %10 civarında olduğu bildirilmektedir (10,11,13). Yaşlılarda mortalite yüksekliği çoğunlukla beraberinde kardiovasküler hastalıklar ve diyabetin olması, koledok taşı oranının yüksekliği gibi komplikasyonlu vaka sayısının fazla olmasına bağlıdır (1,11).

Akut kolesistitin erken safhasında kolesistektomi yapmanın teknik güçlüğünden ve safra yollarını yaralanma ihtimalinin yüksek olduğundan

bahsedilmektedir. Bu değerlendirme çoğunluk tarafından kabul edilmemektedir (5). Aksine biz yaptığımız ameliyatlarda, erken vakalarda yapışıklıkların daha kolay açıldığını diseksiyonun fibröz yapışıklıklar oluşmuş bir geç vakadakinde daha kolay olduğunu gözledik. Ayrıca kese çevresindeki venlerin tromboze halde olması ve hafif derecedeki ödem hemostaz ve diseksiyonu oldukça kolaylaştırmaktadır. Teknik zorluktan dolayı kolesistektomi yapamadığımız vaka olmamış ve iatrojenik safra yolu yaralanması yalnız iki vakada görülmüştür.

Erken cerrahi müdahaleye karşı olanların ileri sürdüğü bir diğer hususta teşhiste yanılma olabileceğidir. Akut kolesistitin ayırıcı teşhisinde, duodenal ulkus perforasyonu, hidropiyonefroz, periapandiküler abse, karaciğer tümör nekrozu ve kanaması, karaciğer absesi, safra kesesi kanseri ve pankreatit gibi hastalıklar sayılabilir. Bu akut kolesistitli nedeniyle ameliyat edilen hastaların hepsinde teşhis ultrasonografik olarak desteklenmiştir, ameliyatta aynı bulgular tesbit edildi. Serimizde ayrıca 5 vakada akut akalküloz kolesistit tesbit ettik. Ultrasonografinin taşsız kolesistit teşhisindeki spesifikliğinin %92 civarında olduğundan bahsedilmektedir (11).

s

Akut taşsız kolesistitlerde komplikasyon riski daha yüksek olduğundan bunlarda erken cerrahi girişim tavsiye edilmektedir (11,14). Hastanede ortalama yatış süresi akut grupta 9,38 gün, elektif

grupta ise 8,06 gün'dür. Ancak zaman kaybı ve maliyet yükselmesi açılarından, ikinci kez hastaneye yatışı önlendiğinden erken cerrahi müdahale daha avantajlıdır.

Yukarıda bahsettiğimiz sebepler ve çalışmamızdan ortaya çıkan sonuçlara dayanılarak akut kolksislillerde ilk 2-4 gün içinde cerrahi girişimin daha uygun olabileceği ileri sürülebilir kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Bilgel İI. İşler O, Doğruyol H. Kızıl A: Akut kolksistit de cerrahi tedavi sonuçları. T Kli Tıp Bil Arş 1985, 3:2.
2. Claesson B, Holmlund D, Matzsch T: Biliary microflora in acute cholecystitis and the clinical implications. Acta Chir Scand 1984, 150:229-37.
3. Farnell MB, Ileerden JA, Beart RW: Elective cholecystectomy. Arch Surg 1981, 116:537.
4. Olecn F: Acute cholecystitis. Surg Gyn and Obs 1976, 143:56.
5. Iliatt.TR. Iliait CO. Williams RA. Klein SR: Biliary disease in pregnane): Strategy for surgical management. The Am J Surg 1981. 151-263.
6. Howard RJ: Acute acalculoos cholecystitis. The Am J Surg, 1981, 141:194.
7. Jarvinen H.I, Hastbacka J: Early cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann Surg 1978, 6:501.
8. Keighley MRB et al: Antibiotic treatment of biliary sepsis. Surg CI of N Am 1975, 55:1379.
9. Linden W, Ediung G: Early versus delayed cholecystectomy: The effect of a change in management. Br J Surg 1981.68:753.
10. Linden W, Sunzei H: Ifarly versus delayed operation for acute cholecystitis. The Am J Surg 1970,120:7.
11. Parry SW, Pelias ME, Browder W: Acalcuos hypersensitivity cholecysititis: Hypothesis of a new clinicopathologic entity. Surgery 1988, 104:911.
12. Pitt HA et al: Biliary bacteria. Arch Surg 1982,117:445.
13. Rogers AI et al: Incidence and associated mortality of retained common bile duct stones. The Am J Surg 1985, 150:269.
14. Sharp KW: Acutte cholecytitis. Surg CI Of N Am 1988, 68:269.
15. Sianesi M et al: Cholecystectomy for acute cholecystitis: Timing of operation bactériologic aspects and postoperative course. The Am J Surg 1984, 148:609.