

## Kolesistitler: Tanı ve Tedavide Yeni Görüşler

*Etem ALHAN\**

Safra kesesi hastalıkları toplumun önemli sağlık problemlerinden birisidir. Bu konuda ülkemizde yeterli istatistik bilgi olmamasına rağmen Amerikan toplumunda yaklaşık 16 milyon kişide kolelitiasis olduğu tesbit edilmiştir (1,2,3). İngiltere'de yenice yapılan bir çalışma 40 yaşın üzerindeki insanların % 10'unda kolelitiasis olduğunu göstermiştir (4). İsveç'te otopsielerde yapılan bir diğer çalışmada ise kadınların % 50'sinde, erkeklerin % 33'ünde safra kesesinde taş bulunmuştur (5). Fizyolojik olarak eksiklikleri olan ileri yaş gruplarında safra kesesi taşlarının oluşturduğu kolesistitlerin tanı ve tedavisinin iyi bilinmesi önemini korumaktadır.

Kolelitiasis hastalarının % 80'i klinik semptom içerirken % 20'si asemptomatiktir (1, 6, 7). Semptom içeren hastaların % 79'unda kronik kolesistit, % 21'inde akut kolesistit tanısı konulmuştur (1,6,7). Asemptomatik hastalarda bilier kolik gelişme riski « 10 civarındadır (1, 6, 7). Semptomlu olgularda kolesistektomi seçkin tedavi yöntemidir. Bunun yanında chenodeoxycholic asit ile taşların eritilmesi % 13 olguda başarılı olmuştur (8). Bu olguların yarısında diare, % 10'unda lipit bozuklukları ortaya çıkmıştır.

Asemptomatik hastaların tedavisi tartışmalıdır. Geçmiş yıllarda çok olgulu hasta serileri safra kesesinde taşı olan kişilerin yaklaşık yarısında daha sonra semptomlar ortaya çıkmakta ve dörtte birinde ise akut kolesistit, akut pankreatit, koledok taşı gibi ciddi komplikasyonlar geliştiğini göstermiştir (6, 7, 9, 10). Ayrıca safra taşı primer safra kesesi kanserine hazırlayıcı faktör olarak bildirilmektedir (11). Son yıllarda Gracie ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmayla bunun aksini ileri sürmüşlerdir (12). Bu çalışmaya göre asemptomatik hastaların ancak % 18'inde bilier ağrı ortaya çıkmaktadır. Akut pankreatit, akut kolesistit gibi ciddi komplikasyonlar ise olguların ancak % 1'inde görülmüştür. Daha önce yapılmış bilier semptom ve komplikasyonları yüksek gösteren çalış-

maların sonuçları hastaların seçilmiş olmasına ve safra kesesine ait semptomların belirgin olmamasına bağlanmıştır.

### Akut Kolesistit

Devamlı, şiddetli sağ üst kadranda ağrısı, ateş ve lökositoz ile karakterizedir. Sürpriz olarak bazı hastalarda minimal bulgu ve semptomlara rağmen laparotomide akut kolesistite rastlanılabilmektedir.

Akut kolesistit nedeni çoğu olguda taşa bağlı duktus sistikusun obstrüksiyonudur. Safra kesesi duvarının iskemisine bağlı akut taşsız kolesistitler ise istisnaları teşkil eder. Diabetiklerde ve kollajen doku hastalarında ise kronik taşsız kolesistite rastlanıldığı bildirilmiştir (13).

Tanı klinik şüphe ile başlar. Geçmiş yıllarda düz karın grafisi, intravenöz kolanjiyografi akut kolesistit tanısında kullanılırken günümüzde değerlerini kaybetmişlerdir. Technetium 99 m IDA (invidioasetik asit) ile yapılan kolesintigrafi en çok uygulanan tanı yöntemidir. 10 milivri 99m Tc-IDA'nın intravenöz enjeksiyonundan sonra ilk 30 dakika her beş dakikada, daha sonra 45, 60 ve 90 dakikalarda koledok ve safra kesesinde izotopun varlığı görüntü kamerası ile araştırılır. Bu işlemle çoğu kez 60, 90 dakikada sonuca ulaşılır. Koledokta izotopun varlığına rağmen safra kesesinin doldurulmaması akut kolesistite işaret eder. IDA kolesintigrafi ile tanı doğruluğu %90-97 arasında değişmektedir (14, 15). IDA kolesintigrafi kısa sürede sonuç veren, güvenilir non-invaziv bir tanı yöntemidir. Serum bilirubini % 8 mgr'a kadar sonuç alınabilmektedir. Total parenteral beslenme esnasında ve pankreatitlerde yalancı pozitif, alkoliklerde ise yalancı negatif neticeler IDA kolesintigrafide bildirilmiştir.

İkinci tam yöntemi olan ultrasonografi de non-invaziv, ekonomik, hızlı sonuç veren bir tanı yöntemi-

\* Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim üyesi

dir. Safra kesesinde taşın varlığı, kese duvarında kalınlaşma, safra kesesi çevresinde şeffaf alan (halo) tespit edilmesi akut kolesistit ile uyumludur. Tanı değeri % 50-90 arasında değişmektedir (16, 17). Hipoalbumemi ve sirozda da safra kesesi duvarı akut kolesistit olmaksızın kalınlaşabilir (16). Barsak gazları sıklıkla tetkiki zorlaştırır.

Oral kolesistografi akut kolesistit tanısında kullanılmamaktadır. Kompüterize aksiyal tomografi non-invaziv tanı yöntemi olarak son yıllarda popüler olmuştur. Kalsiyumdan zengin safra taşlarının tespit edilmesi, kesede dilatasyon ve kese duvarında kalınlaşmanın bulunması akut kolesistit tanısını koydurur. Tanı doğruluğu % 90 civarındadır (18). Çok yeni bir teknik ultrasonografi yardımıyla perkütan transhepatik safra kesesi aspirasyonu ve safranin grain boyama ve lökosit yönünden incelenmesi akut taşsız kolesistit tanısında uygulanmaktadır (19).

#### Kronik Kolesistit

Aralıklı ağrı kronik kolesistitin yaygın kabul edilen bir semptomudur ve akut kolesistit ağrısından daha az şiddetlidir. Yiyeceklere karşı intolerans, kusma, bulantı, hazımsızlık, retro sternal yanma safra kesesi semptomları arasında tanımlanır (12). Ağrı tipik olarak sağ üst kadrana lokalizedir. Fakaz bazan epigastrik veya skapula bölgesinde olabilir. Ağrı daha çok pişmemiş veya ağır yemeklerle ilişkilidir ve uzun saatler sonra yatıştır. Patogeneizde taş ve safra kesesi polipi ile duktus sistikusun aralıklı kapanması rol oynar. Kolesistolosis ve adenomyomatosisin patogeneizde yeri yoktur.

Ultrasonografi ve oral kolesistografi ile % 90 olguda tanı konur (17, 20). Oral kolesistografide safra kesesinin gösterilmemesi, kesede safra taşının tespit edilmesi, konsantrasyon bozukluğu kronik kolesistite işaret eder. Ultrasonografide ise kesede safra taşının bulunması, kese duvarında kalınlaşma kronik kolesistitle uyumludur. Sarılık, gastrointestinal sistemin kullanılmaması oral kolesistografinin dezavantajıdır. Tecnetium 99m IDA ile kolesintigrafi kronik kolesistitte pek kullanılmaz ve tanı değeri % 41-67'dir (20).

Yenice uygulanan bir yöntem de IDA sintigrafisi ve kolesistokininin beraber kullanılmasıdır. Kolesistokininin verilmesinden sonra kesenin basılması % 50'den az ise ve ağrı meydana geliyorsa safra kesesi hastalığına işaret eder (21). Bu yöntemle yeterli deneyim henüz edinilememiştir. Duodenal aspirasyon ve kolesistokininin uygulanmasından sonra yeniden safranin incelenmesinin tanı değeri yoktur (21).

Endoskopik retrograd kolonjiopankreatikografi bazı olgularda kullanılabilir. Sarılıklı, multipl küçük

safra taşı olan olguların değerlendirilmesinde yararlıdır. CAT sintigrafisi kolesistitlerden daha fazla safra kesesinin benign, malign tümöral hastalıklarında kullanılmaktadır.

#### Kolesistitlerin Nadir Formları

Karaciğer metastazlarının hepatic arter yoluyla kemoterapisi esnasında akut kolesistit gelişebilir (22).

Total parenteral nutrusyon esnasında kolesistitis ve taşsız kolesistit insidansı artırmaktadır (23).

Çocuklarda ve adölesanda eski yayınlarda bildirildiğinden daha fazla safra kesesi taşı bildirilmektedir. Hemolitik kan hastalıklarında ve adölesandaki anne-lerde semptomatik safra kesesi hastalığı bildirilmektedir (24).

Multipl travmalı, yanıklı ve stresli hasta gruplarında akut taşsız kolesistit sıkça rastlanılmaktadır. Burada safra kesesinin iskemi veya narkotiklerin yol açtığı safraztazi patogeneizde ileriye sürülmektedir (25).

Bir diğer grup hasta ise yaşlı, diabetik ve ek hastalıkları olan hastalardır. Bu grup yüksek risk grubudur. Diabet yalnız başına kolesistektomi mortalitesini artırmaz, fakat diabetle beraber olan kardiyak ve renal hastalıklar artan mortaliteden sorumludur (26).

## TEDAVİ

### a) Akut Kolesistit

Geçmiş yıllarda akut kolesistit perforasyon şüphesi olan olgular dışında tıbbi tedavi uygulanırdı. Olgular ilk 48-72 saat içinde klinik düzelme gösterirse altı hafta sonra ertelenmiş cerrahi uygulanır, klinik düzelme olmazsa erken cerrahi uygulanırdı. Günümüzde ise hastanede kalma süresini, işgücü kaybını azaltmak amacıyla erken cerrahi önerilmektedir (27). Erken veya ertelenmiş cerrahi uygulanan gruplar arasında morbiolite, mortalite ve komplikasyonlar yönünden fark tesbit edilmemiştir (27, 28).

Peritoneal irritasyon, sepsisin artmış bulguları olan, yaşlı, immünoşüpresif hastalarda acil cerrahi uygulanması tavsiye edilmektedir.

Akut kolesistit nedeniyle çıkarılan safra keselerinden yapılan kültürlerde en fazla E.coli ve Klebsiella şuşları izole edilmiştir (29).

Streptokok ve enterokoklar ise olguların % 10'undan azında tesbit edilmemiştir. Ameliyat öncesi ikinci jenerasyon sefalosporinler, sonrası ise kültür ve duyarlılık testine göre antibiyotik kullanılmalıdır.

Kese diseksiyonuna funolustan başlanması safra yollarının yaralanmasını minime indirir. Operaüf

kolanjiografi cerrahi deneyimin artması, koledokta  $\leq$  6-8 oranında beklenilmeyen taşların tesbit edilmesi, uzun dönemde ekonomik olması nedeniyle uygulanmalıdır (30).

Dren kullanılması tartışmalıdır. Ameliyat öncesi ve esnasında perforasyon veya kontaminasyon meydana gelmiş ise, yaygın inflamasyon var ise, koledok explore edilmiş ise mutlak konulmalıdır.

Safra kesesi çıkarılması teknik olarak mümkün değilse veya hastalar stabil değilse kolesistostomi uygulanabilir. Bunun için kese duvarında gangren olmamalıdır. Bu olgularda kesenin bir kısmı bırakılarak subtotal kolesistektomi yapılabilir (31).

Ultrasonografi yardımıyla perkütan transhepatik kolesistostomi tanı ve tedavide yenice uygulanmaktadır (19). Bir olguda bu işlem esnasında kese duvarında perforasyon komplikasyon olarak meydana gelmiştir.

#### b) Kronik Kolesistit

Kronik taşlı kolesistitte seçkin tedavi elektif koşullarda kolesistektomidir. Yaşlı, cerrahi riski yüksek olan olgularda Chenodeoxycholic asit ile taşların eritilmesi uygulanan bir diğer tedavi yöntemidir (8). İlacın uzun süre kullanılması zorunluluğunun olması, % 13 olguda başarılı olması diare ve lipid anormalliklerine yol açması dezavantajlarını teşkil eder.

Yaşla beraber koledok taşı bulunma olasılığı artar. Bu yaklaşık olarak 80-90 yaşları arasında % 96 civarındadır (32). Bu nedenle postoperatif komplikasyonlardan sakınmak için peroperatif kolanjiografi uygulanmalıdır.

1980li yıllarda safra kesesi hastalarının tedavisinde en büyük amaç hastaların hastaneden erken taburcu edilmesi olmuştur. Ameliyat öncesi hastaların iyi hazırlanmaması, ameliyatta safra kesesi yatağının rutin drenajı, erken hastaneden gönderilmeyi komplikasyonlara yol açarak uzatır (33).

## SONUÇ

Safra kesesi hastalıkları önemli sağlık problemlerinden birisidir. İleri yaş gruplarında daha fazla görülmede ve yüksek risk taşımaktadır. IDA ile yapılan kolesintigrafi akut kolesistitin kısa sürede, doğru tanısını sağlar. Stres koşullarında taşsız kolesistit şüphe edilmelidir. Akut kolesistitte erken kolesistektomi ve rutin peroperatif kolanjiografi hastaların kısa sürede tedavisini ekonomik bir şekilde sağlar. Dren konulması, akut kolesistit, koledok explorasyonu ve safra kontaminasyonu gibi durumlarda saklanılmalıdır. Kolesistostomiye halen bazı olgularda gereksinim olabilir. Perkütan kolesistostomi akut akalküloz kolesistit tedavisinde uygulanabilir. Yaşlı, immünosupresif, kritik hastalarda kolesistitlerin preoperatif, intraoperatif ve postoperatif yaklaşım cerrahi deneyimi gösterir.

## KAYNAKLAR

1. McSherry CK, II Ferstenberg, WG Calhoun, E Lahman, M Virshug: The natural history of diagnosed disease in symptomatic and a symptomatic patients. *Ann.Surg.* 202:59-63, 1985.
2. Bateson MC, IDA Boucher: Prevalance of gallstones in Dundee a necroscopy study. *Br.Med.J.* 4:427, 1975.
3. Holland C, KW Heaton: Increasing frequency of gallbladder operations in the Bristol clinical area. *Br.Med.J.* 3.672, 1972.
4. Bainton D, GT Daves, KT Evans, Gravelle: Gallbladder disease prevalence in a South Wales industrial town. *New Eng.J.Med.* 294:1147, 1976.
5. Zahor Z, NH Sternby, A Kagan, K Vemera, R Vaneckt, AM Vichert: Frequency of cholelithiasis in Prague and Malmo: An autopsy study. *ScanJ.Gastroenteriol.* 9:3, 1974.
6. Lund J: Surgical indications in cholelithiasis: Prophylactic cholecystomy elucidated on the basis of long term follow up of 526 non-operated cases. *Ann.Surg.* 151: 153, 1960.
7. Wenckert A, B Robertson: The natural course of gallstone disease. Eleven years review of 781 non-operated cases. *Gastroenterology* 50:376, 1966.
8. Schenfield LJ, JM Lachin, RA Baum, et al.: Chenodiol for dissolution of gallstones. The National Cooperative Gallstone study. *Ann.Intern.Med.* 95:25 7-282, 1981.
9. Comfort MV, HK Gray, JM Wilson: The silent gallstone. A 10-20 year follow-up study of 112 cases. *Ann.Surg.* 128:931, 1948.
10. Peskin GW: The treatment of silent gallstones. *Surg.Clin.North Amer.* 53:1063, 1973.
11. Pehler JM, RW Crichlow: Primary carcinoma of the gallbladder. *Surg.Gynec.Obstet.* 147:929, 1978.
12. Gracie WA, DR Ransohoff: The natural history of silent gallstones. The innocent gallstone is not a myth. *N.Eng. J Med.* 307:798-800, 1981.
13. Lee AW, WH Proudfoot, WO Griffen: Acalculous cholecystitis. *Surg.Gynecol.Obstet.* 159:33-35, 1984.
14. Fink Bennt D, JE Freitas, SD Ripley, RI Bree: The sensitivity of hepatobiliary imaging and real time ultrasonography in the detection of acute cholecystitis. *Arch.Surg.* 120:904-6, 1985.
15. Weisman HS, MS Franks, LH Bernstein and LM Freeman: Rapid and accurate diagnosis of acute cholecystitis with TC-HDA choleoscintigraphy. *AmJ.Reontgenol.* 132:523-528, 1979.

16. Lang FC: Diagnostic evaluation of patients with suspected acute cholecystitis. *Radiol.Clin.North Amer.* 21: 477-93, 1983.
17. Doust BS and NF' Maklad: Ultrasonic B mode examination of the gallbladder. Technique and criteria for the diagnosis of gallstones. *Radiology* 1 10:643-677, 1974.
18. Knell L: Computed tomography of the liver and gallbladder..} *Boy.Coll.Phy.I.ond.* 14:81-90, 1980.
19. McCahan JP, JP Walter: Diagnostic percutaneous aspiration of the gallbladder. *Radiology* 155:619-22, 1985.
20. Escallon A JR, W Roseles, JS Aldrcte: Reliability of pre-andintrooperativ test for biliary lithiasis. *Surg.* 201: 640-47, 1985.
21. Pickleman J, RL Peiss, R Henkin, B Salo: The role of sinacalide cholescintigraphy in the evaluation of patients with acalculus gallbladder disease. *Arch.Surg.* 120: 693-97, 1985.
22. Carrasco CH: PC Freery, JP Chuang, S Wallace: Chemical cholecystitis associated with hepatic artery. Infusion Chemotherapy. *Am.J.Radiol.* 141:703-6. 1983.
23. RosyInJJ, HA Pitt, LL Mann, et al.: Gallbladder disease in patients on long term parenteral nutrition. *Gastroenterology* 84:148, 1983.
24. Holdcomp GW Jr, JE Neill: Cholecystitis, cholelithiasis and common duct stenosis, in children and adolescents. *Ann.Surg.* 191:252-26, 1980.
25. Flanchbaum L, TCMajerus, EFCox: Acute postraumatic acalculous cholecystitis. *Am.J.Surg.* 150:252-56, 1985.
26. Glenn F: Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and alder. *Ann.Surg.* 193:56-9, 1981.
27. Jarvinen HJ, J Nastbacks: Early cholecystectomy to acute cholecystitis. A prospective randomized study. *Ann.Surg.* 191:510-5, 1980.
28. McArthur P, A Cushieri, BA Seils and R Schields: Controlled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis. *Brif.J.Surg.* 850-852, 1975.
29. Stanes M, A Chirorduzzi, M Percudani: Cholecystectomy for acute cholecystitis. Timing of operation, bacteriologie aspects and postoperativ course. *AmJ.Surg.* 148:609-612, 1984.
30. Barnes BA, AB Barnes: Evaluation of surgical therapy by cost benefit analysis. *Surgery* 82:21-33, 1977.
31. Bergman PC, J Terblanche: Subtotal cholecystectomy for the difficult gallbladder in cholecystitis. *Surgery* 98: 1-8, 1985.
32. Herman RE: Biliary disease in the aging patient. In texter EC (ed.) the aging gut. New York, Mason 27-32, 1983.
33. Johnson G, R Glisdarf: Routine versus selective drainage of the gallbladder bed after cholecystectomy. *AmJ. Surg.* 142:651-53, 1981.