

Amfizematöz kolesistitte perkütan kolesistostomi drenajı



Metin BARLAN (*), Levent ÇELİK (**), Alper ARMAN (*), Aziz KAYA (***)

ÖZET

Cerrahi girişim için yüksek risk grubu olan akut kolesistit veya safra kesesi ampiyemi olgularında, tanı ve tedavi için bugün perkütan kolesistostomi önerilmektedir.

Burada, ender rastlanan amfizematöz kolesistit olgusu ve perkütan kolesistostominin tedavideki rolü sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Kolesistit, amfizematöz kolesistit, kolesistostomi, perkütan kolesistostomi

SUMMARY

Percutaneous cholecystostomy drainage in emphysematous cholecystitis

Role of percutaneous cholecystostomy in diagnosis and management of surgically high risk patients with emphysematous cholecystitis or gall bladder empyema.

Key words: Cholecystitis, emphysematous cholecystitis, cholecystostomy, percutaneous cholecystostomy

GİRİŞ

Genel durumu uygun olan hastalarda, akut kolesistitin standart tedavisi kolesistektomidir. Ancak, cerrahi için yüksek risk grubu olan akut kolesistit veya safra kesesi ampiyemi olgularında, tanı ve tedavi için bugün perkütan kolesistostomi önerilmektedir ⁽¹⁻⁶⁾. Literatürde, perkütan kolesistostomi uygulanan amfizematöz kolesistit olgusu sınırlıdır ⁽⁷⁾.

Burada, ender rastlanan amfizematöz kolesistit olgusu ve perkütan kolesistostominin tedavideki rolü sunulmuştur.

OLGU BİLDİRİSİ

65 yaşında erkek hasta, üç gündür süren sağ üst kadranda ağrısı şikayeti ile acil cerrahi polikliniğine başvurdu. Hastanın diabet veya kolesistolityazis öyküsü yoktu. Başvuru sırasında hasta afebrildi, lökosit 25.000/ml saptandı, kan biyokimyası normal sınırlardaydı.

Üst batin ultrasonografisinde, safra kesesi hidropse boyutlarda ve kese cidarı normalden kalın ölçüldü. Lümen içerisinde safra çamuru ve mikrolityazis izlendi.

İntrahepatik safra yolları ve koledok normal genişlikteydi. Bu kriterlerle hastaya akut kolesistit tanısı kondu ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine alındı. Ancak tedavinin üçüncü gününde karında hassasiyetin artması üzerine yapılan kontrol ultrasonografisinde, kese duvarında ve lümeninde, posteriorunda artefakta neden olan hiperekojeniteler izlendi (Resim 1). Bu görünüm havaya ait olabileceği düşünülerek direkt batin grafisi çekildi. Ayakta çekilen direkt batin grafisinde sağ üst kadranda lokal hava sıvı seviyesi ve komşuluğunda lineer tarzda hava imajı izlenmesi üzerine amfizematöz akut kolesistit tanısı kondu (Resim 2).

Genel cerrahi servisinde, hastanın genel durumunun kolesistektomi için uygun olmadığına karar verildikten sonra, perkütan kolesistostomi yapılarak safra kesesi drenajının sağlanması için hasta bölümümüze gönderildi. Ultrasonografi rehberliğinde, sol lateral dekubitus pozisyonunda, sağ anterior aksiller hatta, subkostal

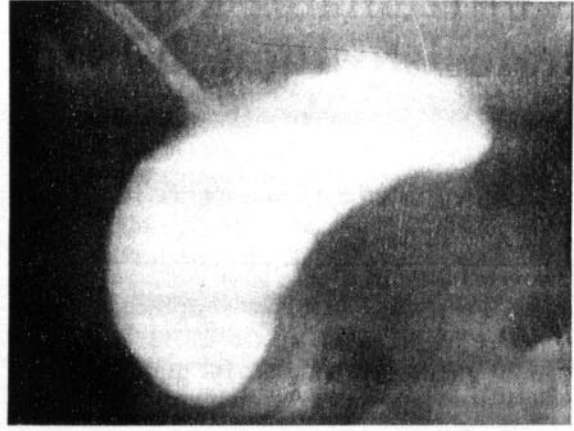
(*) HNH 1. Radyodiyagnostik Bölümü, Başasistan Dr.

(**) HNH 1. Radyodiyagnostik Bölümü, Başasistan Doç. Dr. Şef

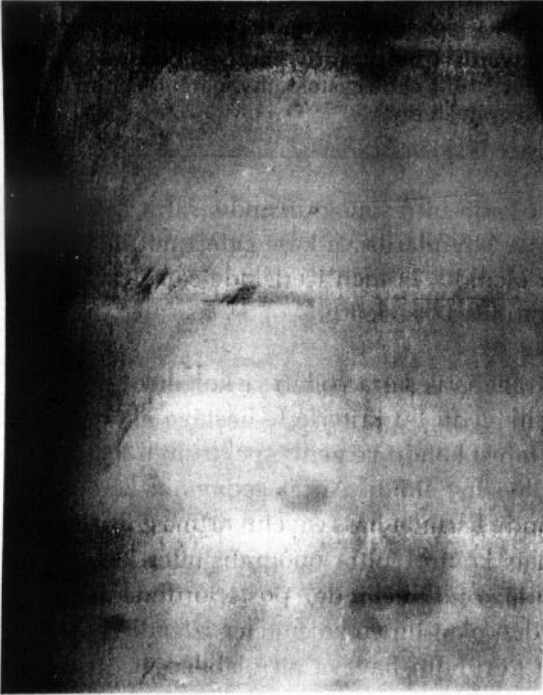
(***) HNH 2. Cerrahi Servisi, Doç. Dr.



Resim 1. Kесе lümeninde ve duvarında gaz imajı



Resim 3. Safra kesesi normalden büyük, konturları düzensiz, sistik kanaldan opak geçişi yok.



Resim 2. Sağ üst kadranda hava-sıvı seviyesi ve hilal şeklinde hava imajı



Resim 4. Safra kesesi içersinde kateter, perikolesistik alanda abse veya kontrast madde ekstreavazasyonu izlenmedi.

transhepatik yaklaşımla, Seldinger yöntemi kullanılarak, 10F Malecot kateter safra kesesine kondu. Drene edilen safra kesesi içeriğinde mikrolityazis parkitülleri mevcuttu. Aynı se-
ansta, skopi altında, suda çözünür kontrast madde verilerek safra kesesi değerlendirildi (Resim 3). Kесе volümü normalden büyüktü. Konturları düzensiz izlenmekteydi. Sistik kanaldan opak madde geçişi olmadı. Lümen içersinde ilave dolum defekti veya kalkül sap-

tanmadı. Fistül veya perforasyonu düşündürecek opak madde kaçıışı izlenmedi. Kесе lümeninde opak madde varken perikolesistik alanın daha iyi değerlendirilmesi için BT kontrolü yapıldı (Resim 4). Kесе cidarında hava kolleksiyonu izlendi ancak perikolesistik alanda ilave bir abse formasyonu veya opak ekstreavazasyonu saptanmadı.

Kültür için örnek alındı ancak hasta daha önceden antibiyotik supresyonunda olduğundan üreme olmadı. İki hafta boyunca her gün kateter yoluyla safra kesesi serum fizyolojik ile ir-rige edildi ve geniş spektrumlu sistemik antibiyotik tedavisine devam edildi. Bir hafta sonra kateter yoluyla çekilen kolesistografi ve kolanjiografide safra kesesi boyutları normal sınırlarda ve konturları muntazam izlendi (Resim 5). Opak madde sistik kanala, intrahepatik safra



Resim 5. Tedavi sonrası sistik kanal yoluyla safra yollarına opak geçişi

yollarına ve koledoka serbestçe geçiyordu. Koledokta kalküle ait dolum defekti saptanmadı. İki haftalık tedavi sonucunda yapılan kontrol ultrasonografisinde safra kesesi boyutları küçülmüştü, içerisinde rezidiv kalkül izlenmedi. Yağlı diyet sonrası safra kesesinin kontrakte olmadığı görüldü ancak bunun kese etrafındaki enflamatuvar reaksiyona sekonder olduğu düşünüldü. Safra kesesi lümeninde ve safra yollarında rezidiv kalkül veya obstrüksiyona ait bulgu saptanmaması ve hastanın safra kesesine yönelik devam eden bir şikayeti olmaması üzerine kolesistektomi planlanmadı. 8 aylık takipte hastanın safra kesesine ait tekrar eden şikayeti olmadı.

Tüm bu işlemler sırasında herhangi bir majör komplikasyon gelişmedi.

TARTIŞMA

Amfizematöz kolesistit; kese duvarında iskemi veya gangren gelişmesi ve gaz oluşturan mikroorganizmaların üremesi ile karakterize olan

akut bir kolesistit tablosudur. Direkt batın grafisinde kese lümeninde veya duvarında hava izlenmesi ile spesifik olarak tanı konabilir. Erkeklerde görülme sıklığı kadınlara oranla 3-4 kez daha fazladır, orta yaşın üzerinde daha sıktır ve olguların % 20-40'ı diabetiktir. Amfizematöz kolesistit, komplike olmayan akut kolesistitten beş kez daha fazla perforasyon riski taşımaktadır ve bu nedenle erken dönemde tanınması önemlidir. Mortalite ve morbidite oranı yüksek olduğundan acil cerrahi girişimi gerektirir (8).

Amfizematöz kolesistit ultrasonografik olarak lümen içinde veya duvarında, posteriorunda reverberasyon artefaktlarına neden olan hiperreflektif ekojenitelerin izlenmesiyle tanınır (9). Bu bulgular direkt batın grafisi ile verifiye edilmelidir çünkü büyük safra taşı veya porselen kese de aynı şekilde görülebilir (10) Direkt batın grafisinde kese lümeninde hava-sıvı seviyesi, kese duvarında hilal şeklinde gaz imajı veya intrahepatik safra yollarında hava izlenmesi karakteristiktir (8).

Kolesistektomi için riskli olan akut kolesistit olgularında, daha önceleri cerrahi kolesistostomi önerilmiştir (11,12). Skillings ve ark. bu olgularda mortalite oranının % 20, komplikasyon oranının ise % 42 olduğunu rapor etmişlerdir (11). Bugün ise, kolesistektomi yapılamayacak kritik kalküloz veya akalküloz kolesistit olgularında, perkütan kolesistostomi tercih edilen yöntemdir (1-6). Perkütan kolesistostomi, cerrahi kolesistostomi ile aynı derecede dekompresyon sağlarken mortalite ve morbidite oranı çok daha düşüktür (3). vanSonnerberg ve ark. özellikle kalb hastalığı öyküsü olan hastalarda, şiddetli vazovagal refleks sonucu hipotansiyon, bradikardi ve hatta kardiak arrest gibi ciddi komplikasyonlar bildirmişlerdir (13).

Buna karşın Vogelzang ve ark. 32 olguluk serilerinde vazovagal reaksiyon dahil hiçbir majör komplikasyonun olmadığını, yalnız 4 olguda minör komplikasyonla karşılaşıldığını ve tanı ve tedavide % 97 oranında başarı sağlandığını rapor etmişlerdir (3).

Perkütan kolesistostomi, hastanın genel durumunun düzelmesi ve elektif şartlarda cerrahi girişime olanak sağlamasının yanında, özellikle akalküloz kolesistit olgularında tek tedavi yöntemi olarak da yeterli olmaktadır (2).

KAYNAKLAR

1. Pearse DM, Hawkins IF, Shaver R, Vogel S. Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis and common duct obstruction. *Radiology* 1984; 152:365-367.
2. Eggermont AM, Lameris JS, Jeekel J. Ultrasound-guided percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute acalculous cholecystitis. *Arch Surg* 1985; 120:1354-1356.
3. Vogelzang RL, Nemcek AA. Percutaneous cholecystostomy: Diagnostic and therapeutic efficacy. *Radiology* 1988; 168:29-34.
4. Teplick SK. Diagnostic and therapeutic interventional gallbladder procedures. *AJR* 1989; 152:913-916.
5. vanSonnenberg E, D'Agostino HB, Casola G, Varney R, Ainge G. Interventional radiology in the gallbladder: Diagnosis, drainage, dissolution and management of stones. *Radiology* 1990; 174:1-6.
6. Boland GW, Lee MJ, Mueller PR, Dawson SL, Gaa J, Lu DSK, Gazelle GS. Gallstones in critically ill patients with acute calculous cholecystitis treated by percutaneous cholecystostomy: nonsurgical therapeutic options. *AJR* 1994; 162:1101-1103.
7. Vingan LH, Wohlgemuth SO, III JSB. Percutaneous cholecystostomy drainage for the treatment of acute emphysematous cholecystitis. *AJR* 1990; 155:1013-1014.
8. Sharp K. Acute cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1988; 68:269-279.
9. Bloom RA, Libson E, Lebensart PD, Craciun E, Klin B, Fields S, Haskell L. The ultrasound spectrum of emphysematous cholecystitis. *JCU* 1989; 17:251-256.
10. Nemcek AA, Gore RM, Vogelzang RL, Grant M. The effervescent gallbladder: A sonographic sign of emphysematous cholecystitis. *AJR* 1988p 150(3):575-577.
11. Skillings JC, Kumai C, Hinshaw JR. Cholecystostomy: A place in modern biliary surgery? *Am J Surg* 1980; 139:865-869.
12. Glenn F. Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older. *Ann Surg* 1981; 193:56-59.
13. vanSonnerberg E, Wing VW, Pollard WJ, Casola G. Life threatening vagal reactions associated with percutaneous cholecystostomy. *Radiology* 1984; 151:337-380.

Alındığı tarih: 28 Kasım 1994

Yazışma adresi: Dr. Alper Arman, HNH 1. Radyodiyagnostik Bölümü