

Yaşlı Bir Hastada Akut Kolesistit ve Perikolesistik Apsenin Perkütan Kolesistostomi ve Perkütan Drenaj ile Başarılı Tedavisi

Successful Treatment of Acute Cholecystitis and Pericholecystic Abscess with Percutaneous Cholecystostomy and Percutaneous Drainage in an Elderly Patient
Genel Cerrahi

Başvuru: 13.07.2021
Kabul: 08.01.2022
Yayın: 27.01.2022

Bora Barut¹, Sinan Karatoprak², Ramazan Kutlu²

¹ İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

² İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Akut kolesistit safra kesesinin inflamatuvar hastalığı olarak tanımlanabilir. En sık sebep safra kesesi taşları olup bu durum yaşlı hastalarda daha sık görülüp mortalite ve morbiditeye neden olabilir. Medikal tedavi ile enflamasyonun giderilmesi ve yaklaşık 4-6 hafta sonra elektif kolesistektomi yapılması ve acil kolesistektomi tercih edilebilecek tedavi yöntemleri olup özellikle yaşlı, ek hastalığı olan ve genel anesteziyi tolere edemeyecek hastalarda ise perkütan kolesistektomi lokal anestezi altında yapılabilen alternatif bir tedavi yöntemi olarak tercih edilebilir.

Anahtar kelimeler: : Perkütan kolesistostomi, Akut kolesistit, Perikolesistik Apse

Abstract

Acute cholecystitis can be defined as an inflammatory disease of the gallbladder. The most common cause is gallbladder stones, which is more common in elderly patients and may cause mortality and morbidity. Removal of inflammation with medical treatment and elective cholecystectomy after about 4-6 weeks and emergency cholecystectomy are the treatment methods that can be preferred and percutaneous cholecystectomy can be preferred as an alternative treatment method that can be performed under local anesthesia, especially in elderly patients who have additional diseases and cannot tolerate general anaesthesia.

Keywords: Percutaneous cholecystostomy, Acute cholecystitis, Pericholecystic Abscess

Giriş

Safra kesesinin inflamatuvar hastalığı olarak tanımlanan akut kolesistit (AK), sıklıkla safra kesesi taş hastalığına bağlı olarak gelişir. Gelişmiş ülkelerde acil servislere en sık başvuru nedenlerinden biri olan AK'in özellikle yaşlı (>65 yıl) hastalarda insidansında artış görülmektedir. Bu hasta grubunda AK'in tedavi yönetimi ise hala tartışmalıdır¹. Günümüzde AK'in tedavisinde laparoskopik kolesistektomi altın standart tedavi modeli olarak kabul edilse de yaşlı ve ek hastalığı olan kişilerde acil kolesistektomi yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir². Perkütan kolesistostomi (PK) de son yıllarda özellikle yaşlı ve co-morbid hastalığı olan kişilerde alternatif bir tedavi yöntemi olarak önerilmektedir³.

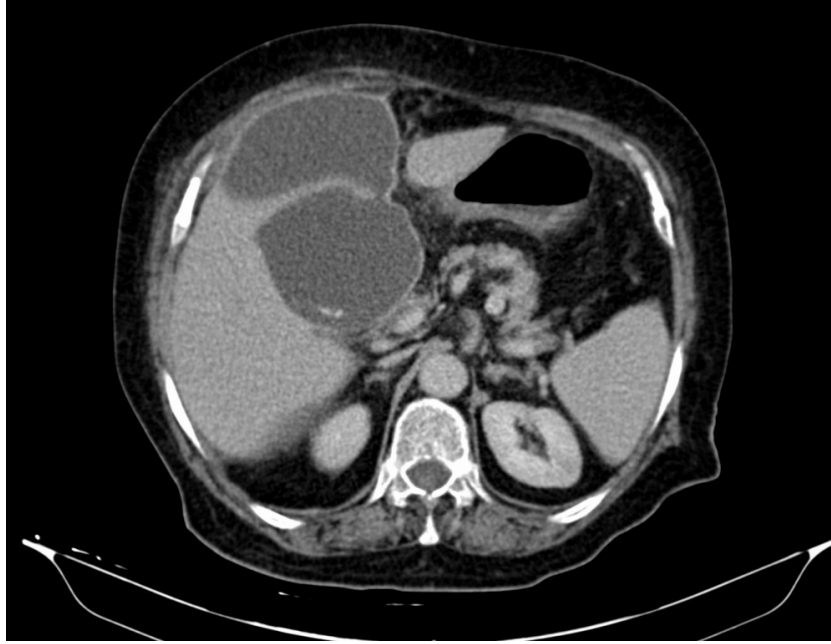
Olgu Sunumu

Seksen üç yaşında kadın. Acil servise yaklaşık 4 gün önce başlayan ve artarak devam eden karın ağrısı, bulantı kusma ve ateş şikayeti ile başvurdu. Özgeçmiş; hipertansiyon, koroner arter hastalığı ve KOAH mevcut. Fizik muayene (FM); ateş: 37.9⁰ C, TA: 170/90 mmHg, nabız: 96/dk, genel durum orta, şuur açık oryante ve koopere. Sağ üst kadranda hassiyet ve rebound mevcut. Murphy belirtisi pozitif. Laboratuvar; WBC: 17,1, C- Reaktif Protein (CRP): 14 mg/dl, Prokalsitonin: 0.4 ng/ml diğer laboratuvar bulguları normal. Ultrasonografi (USG); safra kesesi duvar kalınlığı artmış, lümen içerisinde taş ekosu mevcut, perikolesistik en geniş yerde 13cm çapa ulaşan

Sorumlu Yazar: Bora Barut , İnönü Üniversitesi TÖTM, Genel Cerrahi, Malatya
borabarut44@gmail.com

Barut B, Karatoprak S, Kutlu R. Yaşlı bir hastada akut kolesistit ve perikolesistik apsenin perkütan kolesistostomi ve perkütan drenaj ile başarılı tedavisi. CausaPedia. 2022; 11(2): 35-42.

apse formasyonu mevcut. Bilgisayarlı tomografi (BT); safra kesesi hidropik, duvar kalınlığı artmış, lümen içerisinde taş ekoları mevcut, peri koloseistik alanda yaklaşık 13x3 cm boyutunda apse formasyonu mevcut (Şekil 1,2).



Şekil 1 : Safra kesesi ve perikolesistik apse BT görüntüsü.



Şekil 2 : Safra kesesi ve perikolesistik apse BT görüntüsü.

Akut kolesistit ve perikolesistik apse tanılarıyla hasta servise yatırıldı. Oral alımı kesilen hastaya sıvı replasmanı, intravenöz antibiyotik (Tazobaktam+Piperasilin ve Tigesiklin) ve analjezik tedavisi başlandı. Girişimsel radyoloji

tarafından hastaya perkütan kolesistostomi ve apse drenaj kateteri takıldı (Şekil 3-5) .



Şekil 3 : Perkütan kolesistostomi ve apse drenaj kateteri sonrası BT görüntüsü



Şekil 4 : Perkütan kolesistostomi ve apse drenaj kateteri sonrası BT görüntüsü



Şekil 5 : Perkütan kolesistostomi ve apse drenaj kateteri sonrası kolanjiografi görüntüsü

Takiplerinde hastanın şikayetleri ve FM bulguları geriledi. Hasta oral alımı tolere etti. PK sonrası 8. günde çekilen kontrol BT ve kolanjiografi’de apse kavitesinin küçüldüğü ve safra kesesinde enflamasyonun gerilediği görüldü (Şekil 6,7).

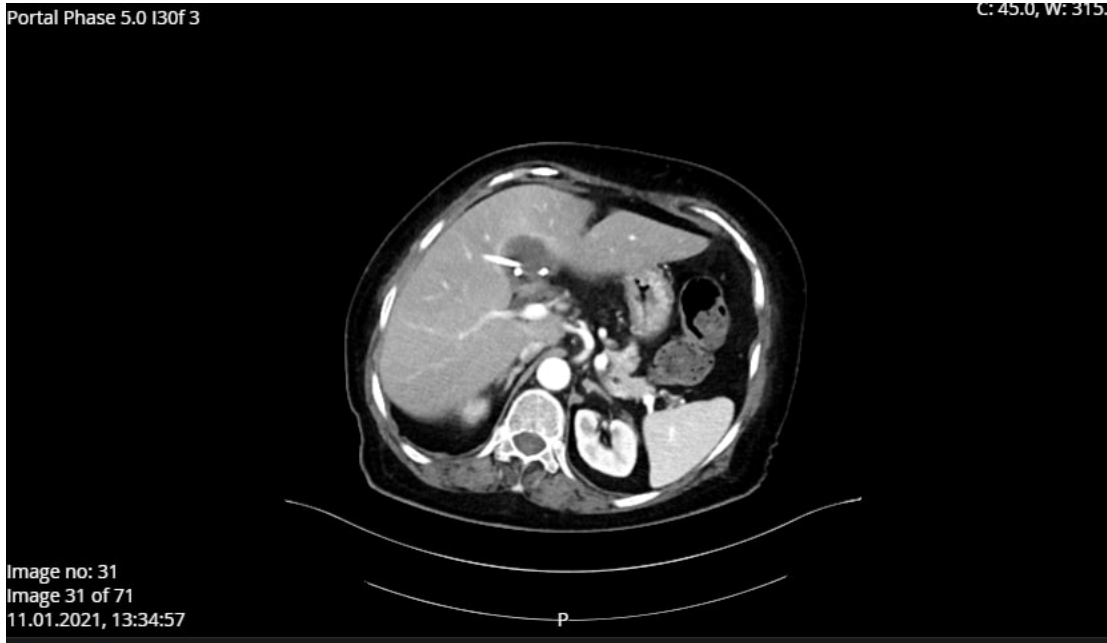


Şekil 6 : İşlem sonrası 8. gün kolanjiografi görüntüsü.

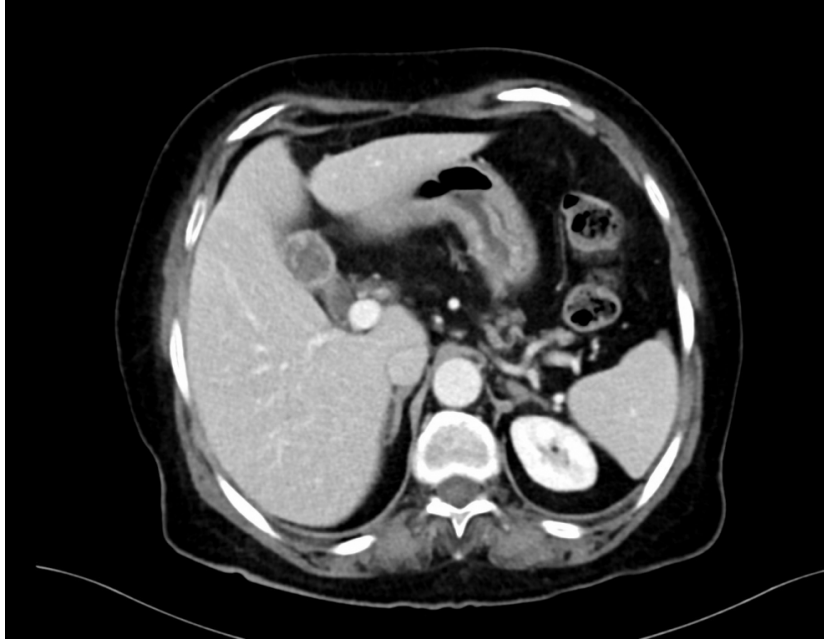


Şekil 7 : İşlem sonrası 8. gün BT görüntüsü.

İşlem sonrası perkütan apse kateterinden getiri azaldı ve 12. günde yapılan kontrol USG'de apsenin tamamen gerilediği görülmesi üzerine kateter çekildi. PK katetri ile taburcu edilen hastanın 20. gün kontrollerinde aktif şikayeti olmayıp FM bulguları normaldi. BT'de safra kesesi normal izlendi (Şekil 8). Aylık olarak FM, laboratuvar ve USG kontrolleri yapılan ve aktif şikayeti olmayan hastanın 6. ay kontrol BT 'de safra kesesi normal izlendi (Şekil 9).



Şekil 8 : İşlem sonrası 20. gün kontrol BT görüntüsü.



Şekil 9 : İşlem sonrası 6. Ay kontrol BT görüntüsü

Tartışma

AK gelişmesinden sorumlu olan temel patolojik olay safra kesesi boynuna veya sistik kanala oturmuş taşın yaptığı obstrüksiyondur⁴. İki bin on üç yılında güncellenen Tokyo kılavuzuna göre AK 3 derece halinde sınıflandırılmıştır⁵. Grade I (Mild): Organ disfonksiyonu olmaksızın safra kesesinde minimal inflamasyon. Grade II (Modarete): Organ disfonksiyonu yoktur ancak safra kesesinde inflamatuvar değişiklikler daha fazladır. Grade III (Severe acute cholecystitis): Organ disfonksiyonu ile birlikte seyreden ciddi AK tablosu.

Semptomların başlangıcından itibaren ilk 72 saat içinde başvuran AK'li hastalarda erken kolesistektomi ve özellikle laparoskopik kolesistektomi (LK) ilk tedavi seçeneği olsa da, 72 saatten sonra başvuran hastalarda, yaşlı ve ek hastalığı olan kişilerde ve ciddi (Grade III) kolesistit durumunda PK artık daha sık uygulanan alternatif bir köprü tedavi yöntemi haline gelmiştir⁶. İlk PK uygulaması 1980 yılında Radde tarafından safra kesesi ampiyemi olan bir hastada gerçekleştirilmiştir⁷. PK için AK ve akut kolanjit en sık endikasyon oluşturan klinik durumlarken bu uygulama açısından majör bir kontrendikasyon bulunmamaktadır. Rölatif kontrendikasyonlar ise; hastada koagulopati, karaciğer sirozu ve karında yaygın asit olmasıdır. PK öncesinde platelet sayısının 50.000 ve üzerinde olması ve INR değerinin < 1,5 olması oluşabilecek hemorajik komplikasyonların önüne geçilmesi açısından önemlidir⁸.

Safra kesesi taşı insidansı yaşla birlikte artmaktadır. Yaşlı ve hayatı tehdit edebilecek ek hastalığı olan kişilerde AK tedavisi, yüksek mortalite ve morbidite oranları nedeniyle oldukça zordur. PK bu grup hastalarda ivedi klinik rahatlama ve enfeksiyonun gerilemesi açısından önemli bir tedavi opsiyonudur⁹.

Winbladh A. ve ark. yaptıkları sistematik derleme çalışmalarında PK ile AK'li hastalarda %91 klinik iyileşme ve %0,4 mortalite olduğunu göstermiş ve işleme bağlı komplikasyon oranını %6,2 olarak tespit etmişlerdir¹⁰.

Tolan HK. ve ark. yaptıkları retrospektif analizde, PK uygulanan 40 hastada %100 klinik iyileşme ve %2,5 komplikasyon oranlarının olduğunu göstermişlerdir¹¹.

Chou CK. ve ark. AK nedeniyle PK yaptıkları 209 hastalık vaka serilerinde, hiçbir hastada işleme bağlı mortalite görmediklerini ve toplam hastane mortalitesinin %6 olduğunu ve bunların da kolesistit kaynaklı sepsis, pnömoni, multi organ yetmezliği ve ileri evre lenfoma gibi işlem dışı nedenlere bağlı olarak meydana geldiğini göstermişlerdir¹².

PK sonrası kolesistektominin zamanlaması ile ilgili çeşitli görüşler mevcuttur. PK sonrası erken (10 gün) veya geç (4 hafta) kolesistektomiye savunan çalışmalar mevcuttur. Chikamori F. ve ark. PK sonrası erken kolesistektominin güvenli olduğunu ve hastanede kalış süresini kısalttığını savunmaktadır¹³. Kim HO. ve ark. ise PK sonrası geç kolesistektominin mortalite, morbidite ve konversiyon kolesistektomi oranlarını azalttığını savunmaktadır¹⁴. Jung W. ve ark. PK yapılan 74 hastalık serilerinde erken ve geç kolesistektomi yapılan hastalar arasında morbidite ve mortalite açısından anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymuşlar ancak geç kolesistektomi grubunda PK kateterine bağlı enfektif komplikasyonların daha belirgin olduğunu göstermişlerdir¹⁵.

Sonuç olarak; LK, semptomların başlangıcından itibaren ilk 72 saat içinde başvuran AK'li hastaların tedavisinde altın standart tedavi yöntemidir. Ancak, özellikle yaşlı, American Society of Anaesthesiology risk index (ASA) skoru yüksek, ek hastalığı olan, hastaneye başvurusu geç olan ve Tokyo Kılavuzuna göre Grade II veya III AK'li hastalarda kolesistektomi ameliyatı daha komplike seyretmekte ve mortalite ve morbidite oranları yükselmektedir. Bu durum, özellikle bu hasta grubunda konservatif tedavi yöntemlerine yönelimi artırmaktadır. PK cerrahi açıdan riskli AK'li hastalarda komplikasyon oranları düşük, genel anestezi gereksinimi olmayan, semptomlarda hızlı gerileme sağlayan, hem definitif hem de kolesistektomi yapılacak süreye kadar hastanın genel durumunun toparlanmasına olanak sağlayan bir köprü tedavi yöntemidir. Komplikasyon oranlarının düşük ve akut hastalık döneminde hayat kurtarıcı olması nedeniyle son yıllarda daha sık tercih edilen bir tedavi seçeneği haline gelmiştir. Bu yüzden PK yukarıda belirtilen hasta gruplarında AK tedavisinde kullanılabilecek alternatif bir tedavi seçeneğidir.

Referanslar

1. Zeren S, et al. Bridge treatment for early cholecystectomy in geriatric patients with acute cholecystitis: Percutaneous cholecystostomy. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2017;23(6):501-506.
2. Mizrahi I, et al. Perioperative outcomes of delayed laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis with and without percutaneous cholecystostomy. *Surgery* 2015;158:728-35.
3. G Bass, et al. Non-operative management of acute cholecystitis in the elderly. *Br J Surg* 2012;99:1254-1261.
4. Rassameehiran S, Tantrachoti P, Nugent K. Percutaneous gallbladder aspiration for acute cholecystitis. *Proc (Bayl Univ Med Cent)*. 2016;29(4):381-384.
5. Takada T, et al. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2013;20(1):1-7.
6. Cartı EB, Kutlutürk K. Should percutaneous cholecystostomy be used in all cases difficult to manage? *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2020;26(2):186-190.
7. Han IW, et al. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012;19(2):187-93.
8. Gulaya K, Desai SS, Sato K. Percutaneous Cholecystostomy: Evidence-Based Current Clinical Practice. *Semin Intervent Radiol.* 2016;33(4):291-296.
9. Majeski J. Laparoscopic cholecystectomy in geriatric patients. *Am J Surg.* 2004;187(6):747-50.
10. Winbladh A, et al. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford)*. 2009;11(3):183-93.
11. Tolan HK, et al. Percutaneous cholecystostomy: A curative treatment modality forelderly and high ASA score acute cholecystitis patients. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2017;23(1):34-38.
12. Chou CK, et al. Early Percutaneous Cholecystostomy in Severe Acute Cholecystitis Reduces the

- Complication Rate and Duration of Hospital Stay. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Jul;94(27):e1096.
13. Chikamori F, et al. Early scheduled laparoscopic cholecystectomy following percutaneous transhepatic gallbladder drainage for patients with acute cholecystitis. *Surg Endosc*. 2002;16(12):1704-7.
 14. Kim HO, et al. Impact of delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage for patients with complicated acute cholecystitis. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2009;19(1):20-4.
 15. Jung W, Park DE. Timing of Cholecystectomy after Percutaneous Cholecystostomy for Acute Cholecystitis. *Korean J Gastroenterol*. 2015;66(4):209-14.