

Akut Kolesistitlerde Tedavi

Dr. Nevzat KOÇAK (*)
Dr. Muammer DEVRANOĞLU (**)
Stj. Dr. Uğur KARAKAŞ (***)

ÖZET

Bu çalışma Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğine yatırılan 49 akut kolesistitli hastada yapılmıştır.

Akut kolesistitlerin tedavisinde erken cerrahi girişim ve konservatif tedavi tartışılmış, kaynaklar gözden geçirilmiştir.

Mortalite ve morbidite oranı akut kolesistitte erken cerrahi girişim ile azaltılabilir.

SUMMARY

THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

A retrospective study in 49 patient with acute cholecystitis who were admitted to the department of General Surgery of Bursa University Medical Faculty Hospital.

In the treatment of acute cholecystitis, early surgery and conservative treatment have been discussed and literature have been reviewed.

Mortality and morbidity rate can be reduced with the early surgical treatment in the acute cholecystitis.

(*) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Öğretim Üyesi.

(**) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kürsüsü Asistanı.

(***) Bursa Üniversitesi Tıp Fakültesi Stajyer Öğrencisi.

Akut kolesistitlerin tedavisinde cerrahi girişimin yeri, tartışma konusu olmakta güncelliğini korumaktadır. Bu hastalıkta, acil cerrahi girişimden başka yol tanımayanların yanında akut kolesistitte, acil cerrahi girişimin ancak %15 oranında gerekli olabileceğini öne sürerek konservatif tedaviyi yeğleyenlerde vardır¹. Acil cerrahi girişimi savunanlar hastalığın bir perforasyonla sonuçlanabileceğinin olasılığı üzerinde durmaktadırlar. Ohio'da 4206 olguyu kapsayan bir seride acil cerrahi girişim mortalitesinin %4'ün altında oluşunu da buna örnek gösteriyorlar². Bazı yazarlar da hastalığın gidişini izleyerek karar vermenin en doğru yol olduğunu³, eğer hastalık süresi uzarsa, o zaman perforasyon tehlikesinin arttığını⁴ vurguluyorlar. Hastanın yaş durumunun da karar vermede etkili olacağı, yaşlı hastalarda başarılı bir tıbbi tedavi şansının az bulunacağı belirtilmektedir⁵.

Bizim kliniğimizde acil cerrahi girişim ve elektif cerrahi girişim yaptığımız akut kolesistitli olgularda edindiğimiz sonuçları göz önünde bulundurarak bu sorunun çözümüne bir yaklaşımda bulunmayı uygun gördük.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışmayı akut kolesistitli 49 hasta üzerinde yaptık. Bunlarda yaş ortalaması 35, cinslere göre dağılımında 10'u erkek, 39'u kadın olarak saptanmıştır. Hastalarda akut evrede operatif tedavi uygulanıp uygulanmayacağını gösterdikleri klinik ve laboratuvar bulgularına göre değerlendirdik.

BULGULAR

Bulgular tablo 1-2-3 de gösterilmiştir.

Tablo : 1 Hastalarda akut kolesistit gelişinceye kadar geçirilen nöbet sayıları

Geçirdiği kolesistit nöbeti	Olgu sayısı
İlk nöbet	16
İkinci nöbet	10
Üçüncü nöbet	2
Dört ve daha fazla	21

Tablo 2 : Akut kolesistitli hastalarda nöbetin devam süresi

Olgu sayısı	Belirtilerin devam süresi
3	24 saate kadar
19	24 - 48 saate kadar
21	48 - 72 saate kadar
6	72 saatten fazla

Tablo 3 : Operasyona alınan akut kolesistitli olgularda
kese safrasında bakteri üremesi

Olgu sayısı	Bakteri
7	-
14	+

TARTIŞMA

Akut kolesistitler, diğer bazı hastalıklarla karışabildiğinden, akut kolesistit tanısını koyarken çok özen göstermek gerekmektedir. Karnın sağ üst kadransında ağrısı, ateşi, lokositozu olan her hastada, duyarlı palpabl bir kese saptanması halinde tanıya varmak fazla bir güçlük göstermezse de, her hastada bu bulguların tümü bir arada bulunmayabilir. Örneğin safra kesesinin palpasyonuna akut kolesistitli hastaların yarısından daha azında rastlanır. Üstelik karnın sağ üst kadransındaki palpabl bir kitle bir akut pankreatite, bir abseye, karaciğerdeki bir kansere, yahut kese kanserine de ait olabilir. Ayrıca akut kolesistit, karaciğerin primer iltihabi hastalıkları, akut apandisit, perfore yahut penetre peptik ulcus, sağ bazal pnömoni gibi hastalıklarla da karışabilir.

Intravenöz kolanjiografi ayırıcı tanı da çok yardımcı olabilir. Kese ve safra yollarının vizualize olması akut kolesistit tanısını ekarte eder. Dolmayan bir kese diğer bulgularla birlikte tanıya götürücüdür.

Yararlanılabilecek bütün tanı yöntemleri kullanılarak akut kolesistit tanısı doğru bir şekilde konduktan sonra hasta hemen uygun tedaviye alınmalıdır. Bu tedavi şekli, bazı kliniklerde prensip olarak non - operatiftir¹. Bu prensibe, acil cerrahi girişimlerin, 250 akut kolesistitli hastanın ancak % 15 inde gerekli olduğunu görerek varmışlardır. Yine konservatif tedavi yanlısı olanlar akut kolesistitin %90 tıbbi tedaviye cevap verdiğini ve 795 olguyu kapsayan bir seride ancak 7 perforasyon olgusuna rastladıklarını bildirmektedirler⁶.

New York Hospitalde 1130 akut kolesistitli hastalara yapılan cerrahi girişimdeki mortalitenin % 2,9 olması ve Ohio'daki 4206 akut kolesistitliye uygulanan kolesistektomilerde % 3,5 lik bir mortalitenin² varlığı akut kolesistitlerde acil cerrahi girişimine taraftar olanlara cesaret vermektedir.

Bazı araştırmacılar da⁶ konservatif tedavi mortalite yönünden bir ayrıcalık olmadığını ancak operatif tedavinin hastayı 2. defa hospitalize edilme yükünden kurtardığından ayrıca ekonomik yönden üstün olduğunu vurgulamaktadırlar⁷.

Bizde 49 akut kolesistitli olgularımızdan 21 ine (% 43) akut evrede kolesistektomi uyguladık. Geri kalan 28 hastamızı da (% 57) medikal tedaviye aldık. Akut evrede cerrahi girişim uyguladığımız hastalarımızda, kolesistektomi teknik yönden özel bir güçlük göstermedi. Postoperatif evre de herhangi bir komplikasyon gelişmedi, elektif cerrahi girişim için programlandılar.

Gerek bizim aldığımız sonuçlar, gerekse literatürdeki verileri değerlendirdiğimizde, bilier sistem cerrahisinde becerisi olan merkezlerde, akut kolesistitli hastalara erken, acil değil, cerrahi girişim uygulanmasının yerinde olacağı kanısındayız. Za-

ten, akut kolesistitlerde acil cerrahi girişime pek nadir olgularda gereksinme duyulmaktadır. Tanı için çalışırken hastanın sıvı ve elektrolit dengesini düzelterek, akut evrede erken, acil değil, cerrahi girişim uygulanmasının hastalar için daha elverişli olduğu görüşünü benimsemekteyiz.

SONUÇ

Akut kolesistitlerin tedavisinde konservatif tedaviye göre erken, acil değil, cerrahi girişimden daha olumlu sonuç alındığı benimsenmiştir.

KAYNAKLAR

1. PLESSIS, D.J. : The management of acute cholecystitis. Surg. Clin. N. Amer. 53: 1071, 1973.
2. THORBYARNARSON, B. : Inflammatory Diseases of the Biliary Tract. W. B. Saunders company, Philadelphia. 1975 pp. 39 - 99.
3. SAINT, J. H. : Acute cholecystitis and its rational treatment, Surg. Gynec. Obstet. 75: 323. 1942.
4. HALLENDORT, L.E. Cangrenous cholecystitis. Surg. Clin. N. Amer. 28: 979, 1978.
5. REIMUS, F.Z., KESSELER, H.J. : Evaluation of the risk in the medical treatment of acute cholecystitis. Surgery. 42. 631, 1957.
6. ELLIS, H., CROWN, K. : Bile peritonitis. Br. J. Surg. 48: 166, 1960
7. LINDER, W., SURGEL, H. : Acute cholecystitis. Amer. J. Surg. 120: 7, 1970.