



AKUT KOLESİSTİT



Dr. Özlem Dikme

Tanım Sistik kanalın tıkanması sonucu oluşan sağ üst kadranda ağrısı, ateş ve lökositoz ile karakterize safra kesesi inflamasyonudur. Akalkülöz kolesistit olarak tanımlanan durum ise, %10 hastada taş dışı nedenler sonucu oluşur, genellikle altta yatan ciddi sistemik hastalık vardır, ölüm oranı yüksektir.

Etkenler En sık; E.coli, Enterekok, Klebsiella ve Enterobakter türleridir.

Klinik Hasta sağ üst kadranda ya da epigastrik alanda uzun süreli ve şiddetli olan karın ağrısından yakınır. Ağrı sağ omuz ya da sırta yayılım gösterebilir. Ateş yüksekliği, bulantı, kusma ve iştahsızlık sıklıkla eşlik eder. Biliyer kolikten ayrırcı tanıda ağrının kesilmeksizin 4-6 saattir devamı ve eşlik eden ateş kolesistit lehinedir. Fizik muayenede Murphy bulgusu, sağ üst kadranda hassasiyet/defans mevcuttur.

Laboratuvar Lökositoz vardır. Kolanjit eşlik etmediği sürece billirubin ve kolestaz enzimlerinde yükselme olmaz. Transaminazlar ve amilazda hafif yükseklik olabilir.

Görüntüleme 2010 American College of Radiology'nin önerdiği görüntüleme uygunluk kriterlerine göre Ultrasonografi (USG) ilk seçenektir. Akut kolesistit için %90-95 duyarlı, %78-80 özgüldür. Kese duvar kalınlık artışı (4-5mm) ya da ödemi (çift duvar bulgusu), perikolesistik sıvı varlığı, sonografik Murphy bulgusu ve eşlik eden safra kesesi taşı değerlendirilmelidir. USG ile tanısı kesinleştirilemeyen hastalarda Kolesintigrafi (HIDA) önerilmektedir. Akut kolesistit için duyarlılığı %90-100, özgüllüğü %85-95'dir. Ancak ciddi karaciğer hastalığı, oral alımı bozuk veya parenteral beslenen, biliyer sfinkterotomi uygulanmış, hiperbilirubinemisi olan hastalarda yanlış sonuç verebilir. IV kontrastlı Manyetik rezonans görüntüleme (MR) ikinci basamak tetkik olmalıdır. Gebe hastalarda kontrastsız MR ile çekim yapılabilir. Batın tomografisi kolesistit tanısı için gerekli değildir sadece perforasyon, gangren gibi komplikasyonlar düşünülüyor ya da ayrırcı tanılar dışlanamıyor ise kullanılabilir.

Acil Servis Yönetimi Hastanın komplike olup olmamasına göre yönetime karar verilmelidir. Hava yolu, solunum, dolaşım değerlendirilmeli gerekli ise monitörize izlemi yapılmalıdır. Damar yolu açılarak tetkikleri alınmalı ve kristalloid solüsyonlar ile sıvı tedavisi başlanmalı ve analjezisi sağlanmalıdır. Sanford kılavuzu önerilerine göre antibiyoterapide, piperasilin/

tazobaktam, ampicilin/sulbaktam, meropenem ilk seçenektir. Daha ciddi hayatı tehdit eden durumlarda imipenem/silastatin tedavisi önerilir. Alternatif tedavi rejimi, 3. kuşak sefalosporin ve metronidazol tedavisidir.

Taburculuk Endikasyonları Komplike olmayan hastalarda ayaktan tedavi düşünülebilir. Hastanın ayaktan tedavi alabilmesi için, ateşi olmamalı, yaşamsal bulguları stabil olmalı, laboratuvar testleri ve görüntülemelerde tıkanıklık bulgusu olmamalı, komorbid hastalık, ileri yaş, gebelik, immun yetmezlik olmamalı, hasta tıbbi takibe alınabilir ve kolay ulaşılabilir olmalıdır ve tedavi olarak levofloksasin+metronidazol ikili antibiyoterapi başlanmalıdır.

Komplikasyonlar ve Klinik Seyir Komplike olmayan kolesistit klinik seyri iyidir, ölüm oranı oldukça düşüktür. En sık komplikasyonu gangrendir, sıklıkla yaşlı, diabetik ve tedaviye başlamada gecikmiş vakalarda karşımıza çıkar. Perforasyon sıklıkla gangrenden sonra gelişir. Genellikle kendini sınırlar ve perikolesistik abseye neden olur. Çok nadirde olsa periton içine serbest perforasyona neden olup jeneralize peritonit tablosuna yol açabilir ki bu hastalarda ölüm oranı yüksektir. Kolesisto-enterik fistüller uzun süredir bası yapan taşlar sonucunda kesenin direk olarak jejunum ya da duodenuma perforasyonu sonucu gelişebilir. Safra taşı ileusu fistül sonucu taşın geçişi ile sıklıkla terminal ileumda mekanik obstrüksiyon oluşturmaya bağlıdır.

Acil Serviste Yatış Endikasyonları Komplike olan hastalar mutlaka hastaneye yatırılarak izlenmelidir. Gangren, perikolesistik abse, perforasyon, enterik fistül veya ileal obstrüksiyon saptanan hastalar yatırılarak gerekli cerrahi tedavi açısından değerlendirilmelidir. Bu durumlar haricinde; ateş yüksekliği devam eden, yaşamsal bulguları stabil olmayan, laboratuvar testleri ve görüntülemelerde tıkanıklık bulguları olan, ileri yaş, komorbid hastalığı olan, gebeliği olan, immun yetmezliği olan hastaların mutlaka hastaneye yatışı yapılarak takip ve tedavisine başlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Brady WF, Aufderheide TP, Tintinalli JE. Chapter 85, Cholecystitis and Biliary Colic. Section 9, Gastrointestinal Emergencies. In: Emergency Medicine A Comprehensive Study Guide, 6th edition, Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS (eds), 2004, Mc-Graw-Hill, pp:561-566.
2. Budhram GR, Benjamin RN. Chapter 27, Abdominal Pain. In: Rosen's Emergency Medicine - Concepts and Clinical Practice, 8th Edition, Marx J, Hockberger R, Walls R (eds), 2014, Elsevier, pp:223-231.
3. Zakko SF, Afdhal NH. Acute cholecystitis. https://www.uptodate.com/contents/acute-cholecystitis-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis?source=search_result&search=cholecystitis&selectedTitle=1~150#H26