

AMFİZEMATÖZ KOLESİSTİT

Zakir Akyol*

Necati Örmeci**

Ali Özden***

Özden Uzunalımoğlu****

Gaz meydana getiren anaerob bakterilerin sebep olduğu akut kolesistitin nadir bir formudur. Pnömokolesistit, piyopnömokolesistit, gangrenöz kolesistit, aerokolesistit ve gazöz kolesistit gibi sinonimleri vardır (5). Daha ciddi bir prognoz taşımaya rağmen cerrahi müdahaleden önce teşhis edilmesi oldukça zordur. Hastalık, safra kesesi lümeninde gaz oluşumu ile birlikte yaygın bir kese inflamasyonu ve sıklıkla perikolesistik gaz infiltrasyonu ile karakterizedir.

Nadir görülen bir hastalık olması sebebiyle kliniğimizde teşhis ettiğimiz bu vakayı yayınlamayı uygun bulduk.

VAKANIN TAKDİMİ

Mİ (Prot. 448/84), 54 yaşında ev kadını, karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurdu. Bir ay önce sağ hipokondriumda kolik tarzında ağrı, bulantı, kusma ve idrarda koyulaşma başlamış, zaman zaman tekrarlamış.

Özgeçmişi : Üç ay önce appendektomi ve umbilikal herniektomi geçirmiş.

Fizik Muayene : T.A. : 100/80 mmHg, Ateş : 37°. Nabız : 96/Dak. Solunum Sayısı : 20/dak. Baş, boyun, toraks, kardiyovasküler sistem, ekstremiteler ve nörolojik sistem muayeneleri normal, Karın muayenesinde sağ üst kadranda daha belirgin olmak üzere, derin palpasyonda genel hassasiyet ve rijidite mevcuttu. Karaciğer 2 cm. palpabl, keskin kenarlı, üzeri düz, yumuşak kıvamda. Traube açık, dalak ele gelmiyor.

* İç Hastalıkları Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

** Gastroenteroloji Bilim Dalı Uzmanı.

*** Gastroenteroloji Bilim Dalı Doçenti.

**** Gastroenteroloji Bilim Dalı Başkanı.

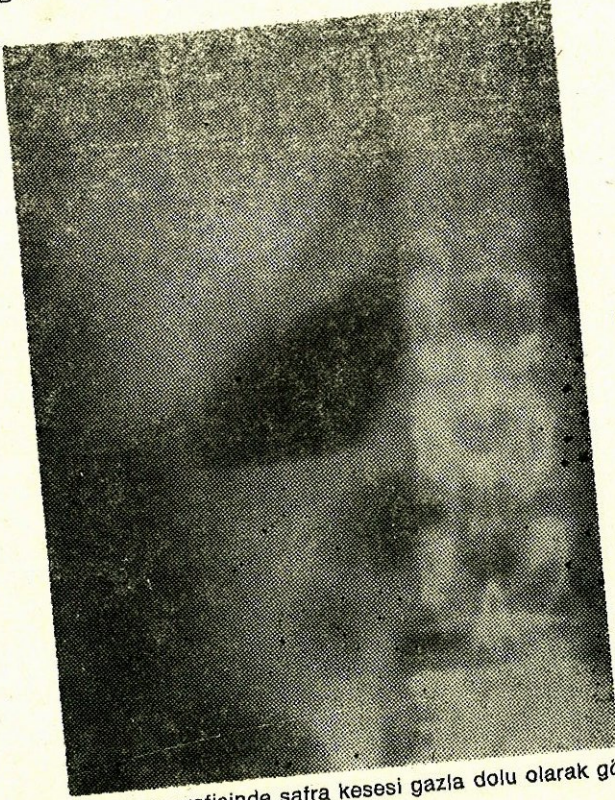
Laboratuar Bulguları : Lökosit : 4400 (formülde % 12 çomak, % 50 parçalı, % 26 lenfosit, % 6 monosit, % 2 eozinofil, % 4 genç), Eritrosit 4.270.000, Htc % 41, Sedim 44 - 75 mm. Rutin idrar : bilirubin, (—) protein (—), Sedimde bol lökosit. Gaita analizi normal. AKŞ : % 181 - 213 - 112 mg. Üre, kreatinin, ürik asit, SGOT, SGPT, alkale fosfataz, diyastaz, total bilirubin, KCFT, PTZ ve PTA, kan elektrolitleri, kanda kalsiyum ve fosfor tayinleri normal. HBsAg (—). Tifo ve Brucella aglutinasyonları (—). Protein elektroforezi, hemoglobin elektroforezi normal. Ultrasonografide kolelitiazis ve ekstrahepatik kolestazis tesbit edildi (Resim 1). İDA (İmmüno Diasetik Asit) ile yapılan



Resim 1 : Ultrasonografik olarak safra kesesi duvarında kalınlaşma ve taş görülmektedir.

kolesistosintigrafide ekstrahepatik safra kanallarında genişleme ve dolmayan kese tesbit edildi. Direk karın grafisinde safra kesesi normalden büyük ve içinde intramural hava tesbit edildi (Resim 2). Perkütan transhepatik kolanjiografide koledok alt ucunda obstruksiyon, proksimalde hafif genişleme tesbit edildi. Koledok alt ucundaki tıkanmanın taşa bağlı olabileceği düşünüldü. Antibiyotik baskısı altında

kolesistektomi ve koledoktomi uygulandı. Safra kesesinde ve koledokta taş tesbit edilmedi. Safra kesesi duvarı belirgin olarak kalınlaşmıştı ve irin ile dolu idi. Operasyon sırasında alınan safra kültüründe *Cl. perfiringens* üredi. Operasyondan sonra hasta tamamen normale döndü.



Resim II : Direk karın grafisinde safra kesesi gazla dolu olarak görülmektedir.

TARTIŞMA

Safra kesesinde gaz tesbiti ilk defa 1901 yılında Stolz tarafından bildirildi (5,7). Lobingen 1908'de ilk defa amfizematöz kolesistiti tarif etti (4). Bell ve arkadaşları 1951 yılına kadar 27 vaka bildirdiler (1). Yaşları 32 - 74 yıl arasında değişmekte olan ve 21 erkek 6 kadın olan bu seride 8 vakada diyabet mevcut olduğu ve 4 tanesinin vefat ettiği bildirilmiştir. Operasyon sırasında rezeke edilen kese muhtevası veya duodenal drenajdan üretilen kültürde *E. coli*, *Cl. Welchii* ve *staphylococcus* bulunduğu tesbit edilmiştir (3). Schottenfeld 21 vakalık serisinde 20 vakada *Cl. Welchii* üretmiştir (6).

Adı geçen anaerob mikroorganizmalar kese duvarındaki iskemi ile kolaylıkla yayılırlar. Husule getirdikleri gaz ve iltihap etkisiyle gerilen kese duvarında arteriollerin daralması iskemiye artırarak gangrene yol açar. Bu durum ise enfeksiyonun yayılmasını dahada kolaylaştırır (4). Çoğu vakada safra kesesinde taş bulunmaz (2,4).

Amfizematöz kolesistit'te klinik tablo akut kolesistiti taklit etmekle birlikte bazı özellikleri ile farklılıklar gösterir (2,4) (Tablo 1).

Tablo I : Amfizematöz Kolesistit İle Akut Kolesistit Arasındaki Farklar :

	Amfizematöz Kolesistit	Akut Kolesistit
Cins	Erkeklerde sık	Kadınlarda sık.
Kolelithiasis	Nadir	Sık.
Safra kültürü	Üreme % 95 Clostridial organism % 97 E. coli % 33	Üreme % 33 Clostridial organism % 12 E. coli % 9
Gangrenleşme oranı	3/4 vakada görülür	Seyrek.
Perforasyon oranı	5 kat fazla	Seyrek.
Diabetes Mellitus	% 30 vakada görülür	Seyrek.
Mortalite oranı	% 15	% 4.5

Klinik gidişi daima ciddi olan amfizematöz kolesistitin ayırddedici tanısında akut pankreatit, perfore peptik ülser, gram. negatif septisemi, pnömoni ve akut apandisit düşünülmelidir. Direkt karın grafisinde sağ üst kadranda safra kesesi lojunda uyan bölgede gaz mevcudiyeti amfizematöz kolesistiti düşündürmelidir.

Bizim vakamız 54 yaşında ve diyabetik idi. Operasyon sırasında alınan safradan yapılan kültürde *Cl. perfringens* üretildi. Safra kesesi ve koledokta taş görülmedi.

Schottenfeld'in 21 vakalık serisinde direkt karın grafisi alınan 11 vakanın 9'unda safra kesesi gazla dolu veya kese duvarında infiltrasyon olduğu görülmüştür. Safra kesesi taşının 17 vakadan ancak 13'ünde görüldüğü, 12 vakada belirgin gangrenleşme ve irinleşme olduğu bildirilmektedir (6).

Bizim vakamızda direk karın grafisinde ve ultrasonografik olarak safra kesesi içinde gaz tesbit ettik. Fakat safra kesesi gangreni mevcut değildi. Bunun sebebi erken devrede kombine antibiyotik tedavisinin uygulanmış olması olabilir.

Amfizematöz kolesistitte seçkin tedavi kolesistektomidir (4,7). Schottenfeld'in serisinde direk olarak kolesistektomiye verilen 17 vakadan 9 tanesi ve kolesistostomi yapılan 3 vakanın hepside vefat etmiştir (6). Bunun sonucu olarak amfizematöz kolesistit tedavisine esneklik getirilmiş ve her vakanın özelliği göz önünde tutulmak kaydı ile genel durumu bozuk olan hastaların konservatif tedavi ile önce genel durumları düzeltildikten sonra operasyona verilmesi fikri yerleşmiştir (8).

Bizim vakamızda da genel durumun ileri derecede bozuk olması ve konsültan cerrah hekiminde aynı yöndeki önerisi ile operasyondan önce 20 gün süre ile, sıvı - elektrolit denigesinin düzenlenmesi ve beslenmeye yönelik parenteral mayi tedavisi ile birlikte kombine antibiyotik tedavisinden ibaret olan konservatif tedavi uygulanmıştır. Kombine antibiyotik tedavisi ile enfeksiyon baskı altına alındıktan sonra yapılan kolesistektomi ile hasta tamamen şifa bulmuştur.

ÖZET

Nadir görülen bir hastalık olması sebebiyle amfizematöz kolesistitli bir vaka takdim edilmiş ve literatür gözden geçirilmiştir. Hastalığın etyolojisi, kliniği, laboratuar bulguları ve tedavisi hakkında kısaca bilgi verilmiştir.

SUMMARY

Emphysematous Cholecystitis

A case of emphysematous cholecystitis, as it has been seen rarely, was reported and the literature has been reviewed. The about of aetiology, clinical features, and treatment of disease is briefly discussed.

KAYNAKLAR

1. Bell LG, Brown RB and Lenhardt HF : Acute Pneumocholecystitis, Ann Surg. 138 : 268, 1953.
2. Blaquiére MR and Dewbury CK : Ultrasound diagnosis of emphysematous cholecystitis. British Journal of Radiology. 55 : 114, 1982.
3. Heifetz CJ : Acute Pneumocholecystitis. J Abdom Surg. 3 : 75, 1961.
4. Lobinger AS : Gangrene of Gallbladder. Ann Surg 4 8: 72, 1908.
5. Mentzer JR, Gerald TH, James GC, J. Shelton Hordey et al. A Comparative Appraisal of Emphysematous Cholecystitis. The American Journal of Surgery. 129 : 10, 1975.
6. Schottenfeld LE : Anaerobic Infection of Biliary Tract. Surg. 27 : 701, 1950.
7. Zuidema DG and Nardi LG : Acute Pneumo-cholecystitis. JAMA 4 : 440, 1962.
8. W.A. WILSON, Warrington : Acute Cholecystitis Due to Gas-producing Organism. The British Journal of Surgery, 45 : 333-337, 1958.