

## Sistik kanaldaki taşın perkütan kolesistostomi ve sistik kanal stenti ile tedavisi

Treatment of cystic duct stones with percutaneous cholecystostomy and cystic duct stent

İsmail KIRBAŞ<sup>1</sup>, Işıl NADİR<sup>2</sup>, Meral SÖZEN<sup>2</sup>, Cansel TÜRKAY<sup>2</sup>

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi <sup>1</sup>Radyoloji Ana Bilim Dalı, <sup>2</sup>Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

*Akut kolesistit tedavisinde, perkütan kolesistostomi cerrahi riski yüksek hasta grubunda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranı ile etkili ve güvenli bir yöntemdir. Biz burada ileri yaş hastamızda akut kolesistite sebep olan sistik kanaldaki taşın perkütan kolesistostomi ve daha sonra sistik kanal stenti ile başarılı tedavisini literatür bilgileri eşliğinde sunduk.*

*Percutaneous cholecystostomy is an effective and safe method in the treatment of acute cholecystitis. This method may be used in the elderly patient group, which cannot tolerate surgery. Here, we present an acute cholecystitis patient who was successfully managed with percutaneous cholecystostomy and cystic duct stent.*

**Anahtar kelimeler:** Perkütan kolesistostomi, sistik kanal taş

**Key words:** Percutaneous cholecystostomy, cystic duct stone

### GİRİŞ

Kolesistektomi, akut kolesistitin (AK) standart tedavisi olup mortalitesi %0-0.8 arasında değişmektedir. Ancak ciddi komorbid hastalığı ve cerrahi riski yüksek bulunan hastalarda bu oran %14-30 arasında bildirilmektedir (1,2). Perkütan kolesistostomi (PK) bu grup hastalarda cerrahi kolesistektomiye alternatiftir (3).

Biz bu çalışmada PK ve perkütan yolla sistik kanaldaki taşın başarılı tedavi edildiği, terminal dönem kalp yetmezliği nedeni ile opere olamayan geriatric hastamızı sunuma uygun bulduk.

### OLGU

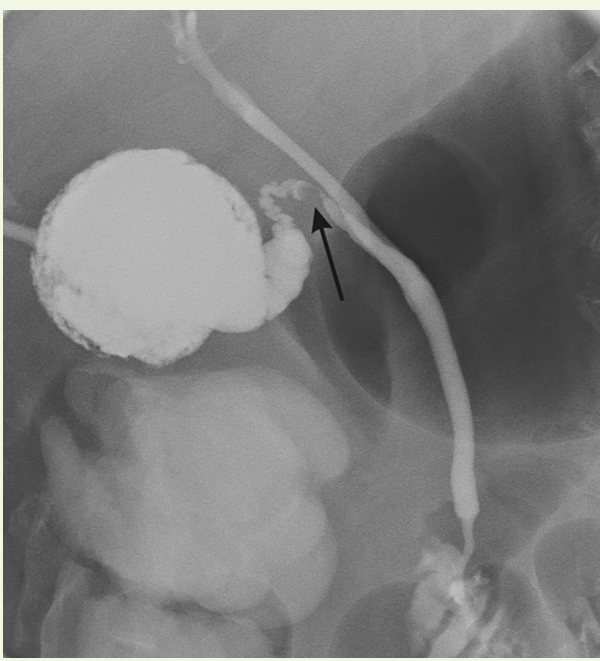
Sağ üst kadranda ağrı ve 39°C ateş nedeni ile 86 yaşında erkek hasta acil servise başvurdu. Fizik muayenede; nabız: 140/dk, TA 80/60 mm Hg idi. Ortopneik ve siyanotik idi. Solunum sistemi muayenesinde alt ve orta zonlarda ince ralleri vardı. Abdomen muayenesinde ise sağ üst kadranda hassasiyet ve Murphy (+) saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; beyaz küre 17,000/mm<sup>3</sup>, AST:140 U/L, ALT:90 U/L, GGT: 107 U/L, sedimentasyon: 60 mm/saat, CRP:164 mg/L değerleri ile patolojik saptandı. Sağ üst kadranda ağrı nedeni ile yapılan üst abdomen ultrasonografisinde safra kesesi 101x46 mm boyutlarında ölçülmüş olup, kese duvarı 5 mm ve perikolesistik sıvı izlendi. Bu bulgular ile akut kolesistit tanısı konuldu. Ancak kon-

jestif kalp yetmezliği nedeni ile kardiyoloji ve anestezi operasyon için yüksek riskli olduğunu bildirdi. Bunun üzerine hastaya girişimsel radyoloji tarafından önce PK kateteri yerleştirildi ve 5 gün serbest drenaj ile takip edildi. Kolesistit bulguları gerileyen hastaya kolesistostomi kateterinden opak madde verilerek safra yolları görüntüledi. Sistik kanalda yaklaşık 4 mm çaplı non-opak taş ile uyumlu dolma defekti saptandı (Resim 1). Genel cerrahi tarafından inoperabl kabul edilen hastada taşın sistik kanalda olması nedeni ile endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi ile çıkarılamayacağı düşünüldü. Ayrıca hastanın genel durumu endoskopik işlemi tolere etmeye uygun değildi. Bu nedenle perkütan tedavi seçenekleri değerlendirildi. Girişimsel radyoloji ile yapılan değerlendirmede perkütan taş çıkarma işleminin taş non-opak olduğu için başarılı olamayabileceği düşünüldü. Bunun üzerine safra kesesinden duodenuma uzanan plastik stent yerleştirilmesine karar verildi. Hastaya mevcut kolesistostomi traktı kullanılarak safra kesesinden koledok ve duodenuma uzanacak şekilde 8F plastik stent yerleştirildi (Resim 2). Aynı zamanda kontrol amacı ile yeni kolesistostomi kateteri takılarak serbest drenaja bırakıldı. Yaklaşık 4 gün serbest drenaj sonrası kolesistostomiden gelen safra rengi açılınca kateterden opak madde verilerek elde edilen filmlerde sistik kanaldaki plastik stentin iyi çalıştığı gözlemlendi ve kolesistostomi kateteri çıkarılarak hasta gözleme

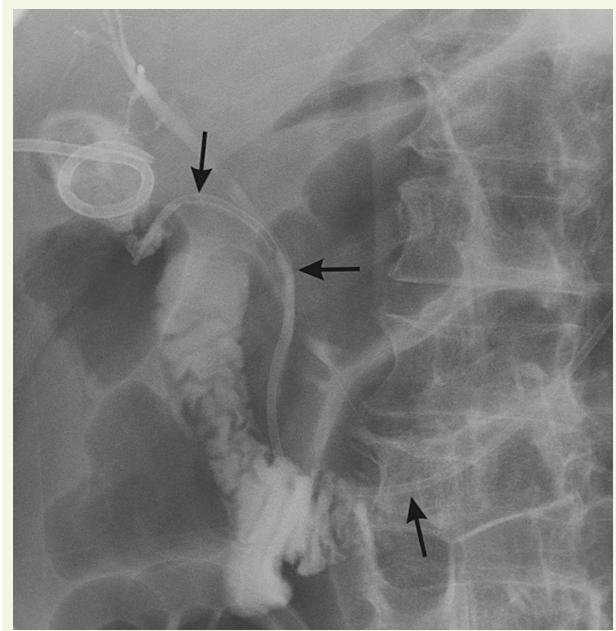
**İletişim:** İsmail KIRBAŞ

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Ana Bilim Dalı, Ankara, Türkiye  
E-mail: nadirisilay@yahoo.com.tr

**Geliş Tarihi:** 17.03.2011 - **Kabul Tarihi:** 01.04.2011



**Resim 1.** Sistik kanalda non-opak taş ile uyumlu dolma defekti.



**Resim 2.** Kolesistostomi traktı kullanılarak safra kesesinden koledok ve duodenuma uzanacak şekilde yerleştirilen plastik stent.

alındı. Takipte komplikasyon gelişmeyen ve genel durumu düzelen hasta taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Acil kolesistektomi için genel durumu uygun olmayan hastalarda PK, acil olarak enfekte safra kesesinin dekompresyonunu sağlamada iyi tanımlanmış, etkili ve güvenli bir yöntemdir. Bu teknik ilk defa 1980 yılında Radder tarafından uygulanmıştır (3). Başlıca PK işlemi yapılan hastalar, akut kolesistit ile başvuran yüksek cerrahi risk taşıyanlar ve hastanede diğer ciddi sorunlar için yatarken akut kolesistit gelişen hastalardır. Bizim vakamız da 86 yaşında olup, son dönem kalp yetmezliği nedeni ile cerrahi için yüksek risk gurubunda idi.

Alta yatan ciddi hastalık durumunda elektif kolesistektomi için genel anestezi yüksek risk taşıdığından, bu tip hastalarda PK sonrası perkütan taş eritilmesi, kolesistolitotomi, litotripsi ve safra kesesi ablasyonu gibi cerrahi olmayan yöntemler için PK girişim yolu sağlar (4). Bizim hastamızda PK ile safra kesesi dekompresyonu ile beraber sistik kanaldan koledoka itilerek yerleştirilen plastik stent ile akut kolesistit başarılı bir şekilde tedavi edildi.

Yoğun bakım ünitelerindeki hastalar akut kolesistit için yüksek riskli olup, bu hastalarda ağrının değerlendirilmesindeki zorluklar, akut kolesistitteki bazı ultrasonografi

bulgularının başka durumlarda da izlenebilmesi (örneğin asit ve hipoalbuminemi olan hastalarda safra kesesi duvar kalınlığının artması ve perikolesistik sıvı izlenmesi) gibi nedenlerle akut kolesistit tanısı koymak zor olabilmektedir. Bu nedenle PK nedeni açıklanamayan sepsisli hastalarda da tanı ve tedavi amaçlı kullanılabilir. Boland ve arkadaşlarının, genel durumu kötü, açıklanamayan sepsisli 82 hastada yaptıkları PK sonrası hastaların %59'unda düzelleme saptanmış, geri kalan hastalarda da sepsis kaynağının safra kesesi olmadığı anlaşılmıştır (5).

PK erken komplikasyonları arasında kanama, vagal reaksiyonlar, sepsis, safra peritoniti, pnömotoraks, barsak perforasyonu, sekonder enfeksiyon yer alır. Geç komplikasyonlar ise katater çıkması ve tekrarlayan kolesistittir. Literatürde komplikasyon oranı %3-13 arasında bildirilmektedir (6,7). Bizim hastamızda komplikasyon gelişmemiştir.

Sonuç olarak, akut kolesistit tedavisinde ultrasonografi ve floroskopi eşliğinde PK cerrahi riski yüksek hasta gurubunda yüksek başarı ve düşük komplikasyon oranı ile etkin ve güvenli bir yöntemdir. PK sonrası elektif cerrahi tedavi gerekirse de, özellikle taşsız kolesistitte kesin tedavi yöntemi de olabilir. Ayrıca bizim hastamızda olduğu gibi PK sonrası guide yardımı ile sistik kanalın açılması ve stent yerleştirilmesi bu hastalarda kesin tedavi yöntemidir.

## KAYNAKLAR

1. Gilliland TM, Traverso LW. Modern standards for comparison of cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long-term relief of symptoms. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170: 39-44.
2. Frazee RC, Nagorney DM, Mucha P Jr. Acute calculous cholecystitis. *Mayo Clin Proc* 1989; 64: 163-7.
3. Radder RW. Ultrasonically guided percutaneous catheter drainage for gallbladder empyema. *Diagn Imaging* 1980; 49: 330-3.
4. Vogelzang RL, Nemcek AA Jr. Percutaneous cholecystostomy: diagnostic and therapeutic efficacy. *Radiology* 1988; 168: 29-34.
5. Boland GW, Lee MJ, Leung J, Mueller PR. Percutaneous cholecystostomy in critically ill patients: early response and final outcome in 82 patients. *AJR Am J Roentgenol* 1994; 163: 339-42.
6. Başaran Ö, Yavuzer N, Selçuk H, et al. Ultrasound-guided percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in critically ill patients: One center's experience. *Turk J Gastroenterol* 2005; 16: 134-7.
7. van Overhagen H, Meyers H, Tilanus HW, et al. Percutaneous cholecystectomy for patients with acute cholecystitis and an increased surgical risk. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1996; 19: 72-6.