

PAPER DETAILS

TITLE: Amfîzematöz Kolesistit: Tanisal Problemler ve Ayirici Tani

AUTHORS: Meltem ÇETIN,Tayfun TURGUT,Recep ÇETIN

PAGES: 0-0

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/196371>

Amfizematöz Kolesistit: Tanısal Problemler ve Ayırıcı Tanı

Meltem ÇETİN*, Tayfun TURGUT**, Recep ÇETİN***

- * Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ISPARTA
 ** Uz. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, ISPARTA
 *** Yrd. Doç. Dr. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ISPARTA

ÖZET

Amfizematöz kolesistit; safra kesesi lümeninde, duvarında ve perikolesistik dokularda gastrointestinal ve bilier sistem ile anormal ilişkisi olmadan gaz birikimi ile karakterize, akut kolesistitin bir varyantıdır.

Anahtar Kelimeler: Amfizematöz kolesistit, ayırıcı tanı

ABSTRACT

EMPHYSEMATOUS CHOLECYSTITIS: DIAGNOSTIC PROBLEMS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS

Emphysematous cholecystitis is a variant of acute cholecystitis characterized by the presence of gas within the wall, gallbladder lumen or pericholecystic tissues in the absence of an abnormal communication between the biliary system and the gastrointestinal tract.

Key Words: Emphysematous cholecystitis, differential diagnosis.

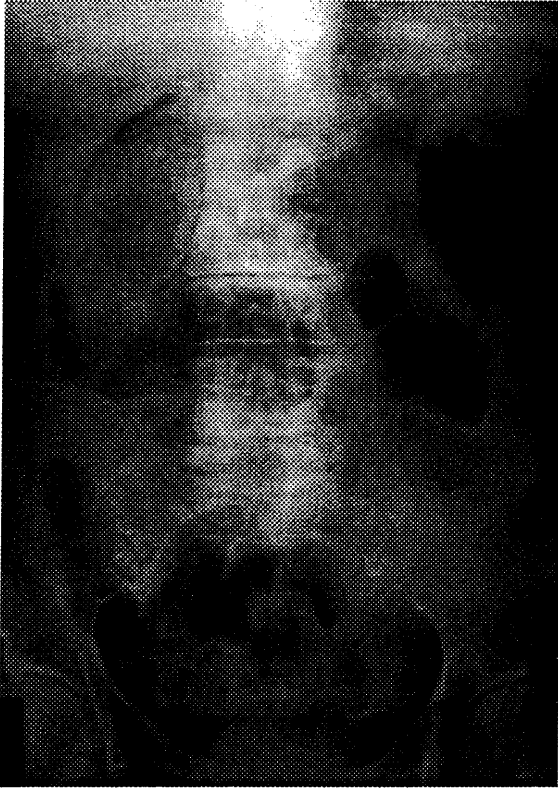
Bu nadir görülen ancak klinik olarak önemli olan durumun ayırıcı tanısı ve tanısal problemlerini anlamak için direk abdominal grafi, ultrasonografi (US), bilgisayarlı tomografi ve radyonüklid incelemeler tartışılmıştır.

OLGU

70 yaşında kadın hasta sağ üst kadranda ağrısı, bulantı ve kusma şikayetiyle acil polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde ateşi 39 C, sağ üst kadranda lokal hassasiyet ve batında distansiyon mevcuttu. Hastanın 20 yıldır diyabet hastası olduğu öğrenildi ve laboratuvar incelemesinde Hb 10 gr/dl, lökosit sayısı 11500 idi. Hastaya akut abdomen ön tanısıyla ayakta direk abdomen grafisi istendi. Bu grafide sağ üst kadranda safra kesesi ve sağ böbrek lojunda gaz birikimi izlendi, bunun dışında bir özellik yoktu (Resim 1).

Hastanın diabeti olduğu ve direkt abdomen grafisindeki görünümü ve lokalizasyon itibarıyla öncelikle amfizematöz kolesistit düşünüldü. Yapılan US'de sağ böbrek ve karaciğer normaldi. Safra kesesi lojunda akustik gölge veren gaz ile uyumlu lineer hiperekojenite izlendi. Safra kesesi lümeni değerlendirilemedi. Ayrıca minimal subhepatik mayi dikkati çekmiştir.

Hastaya akut amfizematöz kolesistit tanısı konularak, kliniğinde ilerlemesi üzerine acil kolesistektomi yapıldı. Safra kesesinin hiperemik, ödemli ve hidropik görünümde olduğu içerisinde 0.5 cm taş ile yoğun gaz bulunduğu belirtildi. Cerrahi olarak da amfizematöz kolesistit tanısı onaylandı. Safra kesesi materyalinden E.Coli üredi.



Resim 1. Direkt abdomen grafisinde sağ üst kadranda safra kesesi lojunda halkasal tarzda gaz içeren distandü, hidropik safra kesesi

TARTIŞMA

Amfizematöz kolesistit akut kolesistitin bir varyantı olarak ilk kez Stolz tarafından 1901 yılında otopside, 1931 yılında Hegner tarafından radyografik olarak bildirilmiştir (1). Pnömokolesistit, gazeöz kolesistit, safra kesesinin gazlı gangreni olarak sinonimleri vardır (2).

Amfizematöz kolesistit gastrointestinal sistem veya bilier sistem ile ilişkisi olmadan lümeninde (evre I), duvarda (evre II) veya perikolesistik dokularda (evre III) gaz bulunmasına göre ayrılır (3). Safra kesesinde gaz oluşumunun patogenezi hakkında değişik hipotezler vardır (4). Bazı otörler sistik kanalda obtrüksiyon ve bunu takiben iskemi ve gaz oluşturan bakterilerin proliferasyonu ile oluştuğuna inanırlar (4,5,6). May ve Strong (7) sistik arterde primer oklüzyon takiben nekroz ve gaz oluşturan bakterilerin üremesi şeklinde açıklamışlardır. Gaz oluşturan organizmalardan Clostridium Welchii en sık sorumlu olmasına rağmen E.Coli, Klebsiella ve anaerobik streptokoklarda sorumlu olabilir.

Safra kesesinde gaz birikiminin daha sık görülen sebepleri arasında enterobiler cerrahi anastomozlar, oddi sfinkter yetmezliği, spontan internal bilier fistül, ilaç etkileri (atropin, magnezyum sülfat, nitrogliserin, dopamin) ve kolanjit gibi sebeplerde sayılabilir (8,9). ERCP sonrasında amfizematöz kolesistit görülebilir (10).

Amfizematöz kolesistit yaklaşık olarak %50 diabetik hastalarda ve sıklıkla erkeklerde görülür. Gangren insidansı normal akut kolesistite göre 30 kez daha fazladır (11). Amfizematöz kolesistit serbest peritoneal gaza nadiren sebep olur (12,13).

Ayırıcı tanıda görüntüleme yöntemlerinin rolü değişiktir. Direkt abdomen grafisi bilier sistemde gazın gösterilmesinde sensitif bir yöntemdir. Gaz ile dolu genişlemiş distandü safra kesesi, safra kesesi lojunda halkasal veya gaz-sıvı seviyesi yapmış gaz kolleksiyonu daima anormal durumu gösterir. Dilate mekkel divertikülü, dilate duodenum, dilate hepatik fleksura, duodenal divertikül, enterobiler fistül, abse, retroperitoneal hava, ve pnömoperitoneum safrakesesi lojunda gaz ile karışabilen durumlardır.

US'de intramural veya intralümenal gaz, geniş veya küçük bantlar halinde posterior gölge veren hiperekojen görünümeler yapabilir. Gaz ile dolu safrakesesi geniş akustik gölgeden dolayı direkt olarak görülemeyebilir. Duodenal gaz safrakesesindeki gaz ile kolaylıkla karışabilir. Bloom ve arkadaşları safrakesesinde intramural gazın amfizematöz kolesistit için spesifik bir bulgu olduğunu belirtmişlerdir (14). Mc Millin'e göre intramural gazı değerlendirmek için eğer direkt abdomen grafisi ve/veya US negatif ise BT en sensitif metoddur (15).

Tecnesyum kolloid incelemesi spesifik bir bulgu vermez. Karaciğerde inhomojenite olarak görüldüğü karaciğer metastazı ve fokal lezyon ile karışabilir. Bu yüzden safrakesesi gazı için spesifik bir bulgusu yoktur.

Amfizematöz kolesistit düşünülen hastalara direkt abdomen grafisi, US ve BT ile tanı konularak hızlı bir şekilde cerrahi uygulanmalıdır. Ancak genel durumu bozuk, yaşlı hastalarda cerrahi yapılmazsa perkutan kolesistostomi uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Stolz A. *Über gasbildung in der Gollinweger*. Arch Pathol Anat 1901; 165:90-123
2. Hegner CF. *Gaseous pericholecystitis with cholecystitis and cholelithiasis*. Arch Surg 1931; 22:993-1000
3. Gill KS, Chapman AH, Weston MJ. *The changing face of emphysematous cholecystitis*. The British Journal of Radiology 1997;70: 986-991
4. Friedburg H, Kirchner R, Böhm N, Ruf G. *Cholesistitis emphysematosa durch clostridium perfringens*. Fortschr. Röntgenstr. 1983; 138:357-360
5. Sawyer RB, Kennedy TJ, List EJ, et al. *Acute emphysematous cholecystitis*. Arc. Surg. 1963; 86:484-489
6. McCort JJ. *Abdominal radiology 1st Ed.* Baltimore, Williams and wilkins, 1981, pp 200-203
7. May RE, Strong R. *Acute emphysematous cholecystitis*. Brit. J. Surg. 1971;58: 453-458
8. Sedlack RE, Hodgson JR, Butt HR, Stobie GHC, Judd ES. *Gas in the biliary tract. Clinical and experimental observations*. Gastroenterology 1961; 41:551-556
9. Lausen M, Ruf G, Seeman W, Farthmann EH. *Der Gallensteinileus*. Langenbecks Arch. Chir. 1986;367:181-186
10. Baker JP, Haber GB, Gray RR, Handy S. *Emphysematous cholecystitis complicating endoscopic retrograde cholangiography*. Gastrointest Endosc 1982;28:184-186
11. Mentzer RM, Golden GT, Chandler JG, Horsley JS. *A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis*. Am J Surgery 1975;129:10-15
12. Radin DR, Hall JM. *Emphysematous cholecystitis presentig with pneumoperitoneum*. AJR 1987;149: 1175-9
13. Watson DI, Isacacs J, Williams RS. *Emphysematous cholecystitis can cause pneumoperitoneum*. Austral NZ J Surg 1994;64: 130-1
14. Bloom RA, Fisher A, Pode D, Assaf Y. *Schfting intramural gas- a new ultrasound sign of emphysematous cholecystitis*. J Clin. Ultrasound 1984;12:40-42
15. McMillin K. *Computed tomography of emphysematous cholecystitis*. J. comput. Assist. Tomogr. 1985;9:330-332

Yazışma Adresi:

Yrd.Doç.Dr. Meltem Çetin

S.D.Ü Tıp Fakültesi Radyoloji ABD

ISPARTA