

Yaşlılarda Akut Kolesistit Tedavisine Yaklaşım: Perkütan Kolesistostomi veya Kolesistektomi

Yusuf GÜNAY^a, Ertan EMEK, Hüseyin Yüce BİRCAN, Semra AKTAŞ, Alp DEMİRAĞ

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Yaşlılarda akut kolesistitin tedavisi hala tartışılan bir konudur. İleri yaşın cerrahi sonuçlar üzerindeki etkisi nedeni ile bu hastalarda daha az invaziv yöntemler bir seçenek olarak uygulanmaktadır. Bu çalışmada yaşlılarda akut kolesistit tedavisinde uygulanan kolesistektomi ile perkütan kolesistostominin sonuçları karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntem: Akut kolesistit nedeni ile tedavi gören 65 yaş ve üzerindeki 74 hastanın dosyası geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Yetmiş dört hastadan, 40 (% 54) tanesi kolesistektomi ile 34 hasta ise perkütan kolesistostomi ile tedavi edildi. Ortalama takip süresi perkütan kolesistostomi grubunda 28,5±29,3 (1-35) ay, buna karşın kolesistektomi grubunda 12, 4±15 (1-42) aydı (p=0,0032). Tedavide başarı oranı kolesistektomi grubunda daha yüksekti ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi (p=0,0210). Perkütan kolesistostomi yapılan hastaların on yedisi (%50) zamanla kolesistektomi ameliyatı oldu. Taburcu sonrası şikâyetle hastaneye tekrar başvuru oranı perkütan kolesistostomi hastalarında daha yüksekti (p=0,0848). Her ne kadar perkütan kolesistostomi grubu hastalarında akut kolesistit'e bağlı ölüm oranı daha yüksek görülsede istatistiksel anlamda önemli bir farklılık görülmedi (p=0,1799).

Sonuç: Bu çalışmada, yaşlılarda akut kolesistit tedavisinde kolesistektominin cerrahiye uygun hastalarda perkütan kolesistostomiden daha etkili bir tedavi yöntemi olduğunu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Akut kolesistit, Yaşlılar, Perkütan kolesistostomi, Kolesistektomi.

ABSTRACT

The Management of Acute Cholecystitis in Elderly Patients: Percutaneous Cholecystostomy versus Cholecystectomy

Objective: Treatment of acute cholecystitis in elderly patients still remains controversial. Because of advanced age that can influence surgical results, less invasive managements have been performed in this population. The goal of this study was to analyze the results of cholecystectomy versus percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in elderly patients.

Material and Method: Seventy four patients aged 65 years and older treated for acute cholecystitis were identified retrospectively from our medical records.

Results: Of the 74 patients, 40 (54 %) underwent cholecystectomy, while 34 (46%) had a percutaneous cholecystostomy for AC as an initial treatment. The mean length of follow up was 28, 5±29, 3(1-35) months in percutaneous cholecystostomy and 12, 4±15 (1-42) months in cholecystectomy patients, respectively (p=0,0032). The success rate was significantly higher in cholecystectomy patients compared to percutaneous cholecystostomy patients (p=0,0210). Seventeen (50 %) patients who had PC subsequently underwent cholecystectomy. Readmission rates were higher in the percutaneous cholecystostomy group (p=0, 0848). There was no statistically significant difference in the patient survival rate between the two groups (p=0,1799).

Conclusion: This study confirms that cholecystectomy is a more effective treatment than percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in elderly patient who is fit for surgery.

Key Words: Acute cholecystitis, Elderly, Percutaneous cholecystostomy, Cholecystectomy.

Gelişmiş toplumlarda yaşlı nüfus oranı gittikçe artmaktadır (1). Yaşın artmasına bağlı olarak diğer hastalıklar da olduğu gibi kolelitiazis insidansı yükselmekte ve böylelikle yaşlılarda akut kolesistit insidansı artmaktadır. Bunun sonucunda sepsis, peritonit ve safra kesesi perforasyonu gibi komplikasyonlar daha sık görülür hale gelmektedir (2).

Her ne kadar kolesistektomi, akut kolesistitin kesin ve nihai tedavisi olarak genel populasyon için kabul edilebilirse de, yaşlılar için bu konuda yeterince veri bu-

lunmamaktadır. Bu hasta grubunda cerrahi tedavinin sonuçlarına etki edebilecek kronik hastalıklar nedeni ile son dönemlerde daha az invaziv tedavi yöntemleri denmektedir. Acil cerrahi riskinden kaçınmak için perkütan kolesistostomi ve elektif kolesistektomi hala akut kolesistit için düşünülen iki tedavi yaklaşımıdır. Son dönemlerde anestezi, ameliyat öncesi ve sonrası bakımda görülen gelişmeler nedeni ile acil kolesistektomi daha düşük mortalite ve morbidite oranlarıyla yapılabilmektedir.

^a Yazışma Adresi: Dr. Yusuf GÜNAY, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
Tel: 533 597 30 16
Geliş Tarihi/Received: 08.04.2013

e-mail: drygunay@yahoo.com
Kabul Tarihi/Accepted: 18.07.2013

Bu çalışmanın amacı, yaşlılarda akut kolesistit tedavisinde öngörülen kolesistektomi ve perkütan kolesistostomi tedavi yöntemlerinin sonuçlarının karşılaştırılmasıdır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi'ne ait kayıtların incelenmesi sonucunda, Temmuz 2007 ile Eylül 2011 tarihleri arasında 65 yaş ve üzeri 74 hastanın akut kolesistit nedeni ile tedavi edildiği tespit edildi. Pankreas başı ve koledok kanserlerin sebep olduğu akut kolesistit çalışmaya dahil edilmedi. Bu hastaların kayıtlarından yaş, cinsiyet, şikayetlerin süresi, tedavi yöntemleri, ameliyat süresi, ameliyat ve sonrası komplikasyonlar ve ölüm oranları incelendi. Akut kolesistitin tanısı önce klinik olarak konuldu. Bu tanı, laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile desteklendi. Bu bulgular içerisinde karın sağ üst kadranda ağrı ve/veya Murphy belirtisinin pozitif olması, sistemik infeksiyon bulgusu olarak ateş, C-reaktif protein (CRP) ve lökositoz varlığı dikkate alındı. Tanı, üst batin ultrasonu veya bilgisayarlı tomografi ile desteklendi.

Tedavi

Akut kolesistit (AK) nedeni ile uygulanan tedavi yönteminin seçimi, hastanın genel durumu, laboratuvar değerleri, görüntüleme sonuçları ve cerrahi ekibin tercihi göre yapılmaktadır. Bütün hastalar yaş ve sahip oldukları kronik hastalıklar nedeni ile yüksek riskli kabul edilmektedir. Bütün hastalara ilk olarak intravenöz sıvı, nazogastrik tüp yerleştirilmesi, analjezik ve antibiyotik tedavisinin yapıldığı kayıtlarda görüldü. Antibiyotik olarak 3. kuşak sefalosporinle birlikte metranidazol veya tek başına kinolon grubunun seçimi cerrah tarafından yapıldığı tespit edildi. İlk tedaviye klinik cevap vermeyen ve cerrahi riski yüksek hastalara perkütan kolesistostomi uygulandığı görüldü. Buna karşın gangrene ve perforasyon safra kesesi olan hasta grubu ile ilk tedaviye cevap vermeyen ancak cerrahiye uygun hasta grubuna kolesistektomi ameliyatı yapıldığı görüldü. Safra kesesi perforasyonu olmaksızın kolesistektomi planlanan hastalarda, cerrahiye laparoskopik olarak başlandı ve başarılı olamayan durumlarda açık kolesistektomi ile ameliyat tamamlandığı kayıtlarda ortaya konuldu. Laparoskopik olarak başlanıp sonra açık kolesistektomiye dönmesinde rol oynayan en önemli faktörler, yoğun yapışıklık, ameliyat süresinin uzaması ve cerrahın kararı idi. Hastalardan başarısız bir perkütan kolesistostomi (PK) sonrası acil kolesistektomi olanlar, PK grubunda kabul edildiler. Koledokolitiazisi olan hastalara işlem sonrası stabilize olduktan sonra endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) yapıldığı tespit edildi.

PK sonografi ve floroskopi altında yapılmaktadır. Bütün girişimlerde standart olarak Seldinger tekniği kullanılmaktadır. Genellikle 8-F pigtail kullanıldı ancak daha koyu pürülan material olan hastalarda 10 F tercih edilmektedir. Kateterlerin tıkanmasını önlemek için günlük irrigasyon önerilmektedir.

İstatistik Analiz

Tanımlayıcı istatistikler ortalama± standart sapma şeklinde tanımlandı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare test kullanıldı. Hastaların sağkalım oranı Kaplan-Meier analizi ile değerlendirildi. p değeri <0.05 olması istatistiksel olarak anlamlı değerlendirildi.

BULGULAR

Hasta özellikleri

Yetmiş hastanın kırkında (% 54) kolesistektomi (KS) yapılırken otuz dördünde (% 46) PK yapıldığı görüldü. Kadın hastaların oranı PK grubunda % 64 iken, KS grubunda ise %60 idi. Her iki gruptaki hastaların yaş ortalamaları arasında önemli bir fark görülmedi (p=0,4772, Tablo 1). ASA skoru ve sahip oldukları kronik hastalık sayısına göre PK grubu hastaların daha riskli olduğu görüldü fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,8005). Birden fazla kronik hastalık (Diyabet, hipertansiyon, kronik akciğer hastalığı, kalp yetmezliği) görülme oranı PK grubunda daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p=0,4158). PK grubunda en çok görülen kronik hastalık % 51 ile hipertansiyon iken KS grubunda % 47,5 ile diyabet ilk sırada yer aldı. PK grubunda 7 (%20,5) hastada akalkuloz AK görülürken, KS hastaların 5'inde (%14,7) tespit edildi (p=0,7158). Biliyer pankreatit KS grubunda beş hastada tespit edilirken, PK hastaların ikisinde görüldü (p=0,6274). PK grubunda iki hastaya, KS grubunda iki hastaya ERCP gereksinimi oldu. Hastaların tanı öncesi şikayetlerin süresi ile tanı aldıktan sonra işlem yapılincaya kadar geçen süre arasında anlamlı bir fark görülmedi (p=0,664). Her iki grupta ameliyat öncesi laboratuvar değerleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi. PK grubunda 12 (%35,3) hasta, KS grubunda 7 (%17,5) hasta girişim sonrası yoğun bakımda takip edildiği görüldü (p=0,1317).

Tablo 1. Hasta özellikleri ve ameliyat öncesi değerler

Değişkenler	PK (34)	KS(40)	p değeri
Yaş (yıl)	74, 8±6, 5	75,2±6,4	0,4772
Cinsiyet (kadın)	% 64	%60	
ASA ≥3	%84	%79	0,8005
Kronik hastalık (>1)	%67, 5	%56	0,4158
Semptomların süresi (gün)	1,8±0,8(1-3)	1,6±0,6 (1-2)	0,3958
Preoperative			
Lökosit(10 ³ /µL)	13,3±4,1	16±5,3	0,1003
CRP (mg/L)	123±65	145±97	0,9231
Total bilirubin(mg/dL)	6±9,8	5±6,7	0,8732
ALP (U/L)	163±47	140±26	0,6753
GGT (U/L)	154±43	153±48	0,9534
Kreatinin (mg/dL)	5±4,8	4,95±2,3	0,7731
Tanı ile tedavi arasındaki süre (g)	1,2±2,4(0-2)	1,4±1,1 (0-3)	0,6647

Perkütan Kolesistostomi

Kateterin yerleştirilmesi için transhepatik tekniğin, transperitoneal tekniğe göre daha sık kullanıldığı tespit edildi ($p=0,0004$). Bir hasta dışında diğer bütün hastalarda ilk denemede PK'nın başarılı bir şekilde uygulandığı görüldü. Ortalama kateterizasyon süresi $2,5\pm 2,1$ (1-12) ay olarak saptandı. Dört hastaya yoğun bakımda takip edilirken AK tanısı konulduğu ve PK işlemi yapılmasına karar verildiği saptandı. PK ya cevap veren 25 hastadan, 16 (%64) hastada klinik ve laboratuvar bulgular 24 saatte gerilerken, geri kalanlar 9 hastada klinik düzelmeye 72 saate kadar uzadığı kayıtlarda mevcuttu. PK sonrası onyediyedi (%50) hastaya kolesistektomi yapıldı bunun yedisinde acil KS yapılırken onunda (%40) elektif şartlarda yapıldığı tespit edildi.

Kolesistektomi

Konservatif tedavi sonrası klinik ve laboratuvar değerlere göre hastaya acil veya elektif kolesistektomi yapılmasına karar verildiği görüldü. Hastaneye başvurduktan sonra acil ameliyat oluncaya kadar geçen süre ortalama olarak $2,9\pm 1,1$ (0-4) gün olarak tespit edildi. Kolesistektomi olan 40 hastanın otuzunda (%75) acil kolesistektomi yapılırken, 10 tanesinde konservatif tedaviye cevap verdikleri için elektif şartlarda ameliyat yapıldığı görüldü. Açık kolesistektomi genellikle gangrenöz ve perforasyon olan hastalarda tercih edilirken, ekibin kararının da bu tercihte önemli rol oynadığı tespit edildi. Bu otuz hastadan yirmisinde (66,7%) açık kolesistektomi yapılırken, onunda (33%) laparoskopik başlandı ancak sekizinde (26,7%) laparoskopik olarak tamamlanamadı diğer ikisinde açık kolesistektomiye dönüldüğüne dair bilgi mevcuttu. Konservatif tedaviye cevap veren on hastaya ortalama 54 ± 32 (15-120) gün içinde elektif kolesistektomi ameliyatı yapıldığı görüldü. Bu hastalarda yapılan kolesistektomi beş hastada laparoskopik (%50) tamamlanırken, dört hastada açık kolesistektomi tercih edildiği görüldü. Bir hastada ise laparoskopiden açık tekniğe dönüldüğü tespit edildi. Acil ameliyat yapılan hastaların dördünde koledok eksplorasyonu yapılarak T tüp yerleştirildiği görüldü. Ortalama ameliyat süresi acil ameliyatlarda daha uzun olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktu. (85 ± 25 dakika ($p=0,1465$)). Ameliyat sonrası hastanede kalış süresi acil ameliyat olanlarda daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,0311$). Buna karşın hastanede toplam kalış süresi hem ilk tedavi hem de elektif ameliyat nedeni ile elektif KS olan hastalarda daha yüksekti ($p=0,0005$).

Başarılı bir sonuç, tedavi sonrası hastanede kaldığı süre içerisinde hastanın klinik belirtileri ve laboratuvar değerlerin başka bir ek işleme gerek duyulmadan düzelmesi olarak tanımlandı. AK sonucunda meydana gelen ölümler tedavinin başarısız bir sonucu olarak düşünüldü. Girişimlerde başarı oranı KS grubundaki hastalarda PK grubuna göre daha yüksek görüldü ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ($p=0,0210$) (Tablo 2). Hastanede kalma süresi PK

grubunda daha yüksek olarak görüldü ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,00001$). Hastanede kaldıkları süre içinde, her iki gruptaki hastalarda işlem sonrası meydana gelen komplikasyonların oranları arasında istatistiksel bir farklılık olmasa da PK grubunda daha yüksekti ($p=0,8824$). Aynı zamanda girişim gerektiren komplikasyonların oranı PK hastalarında istatistiksel olarak daha yüksekti ($p=0,0129$). PK grubunda üç hastada karaciğer laserasyonu, bir hastada safra kesesinde hematoma, iki hastada kateter etrafında enfeksiyon görüldü ancak bu komplikasyonlar ileri bir girişim gerektirmeden tedavi edildi. Bu grupta aynı zamanda yedi hastada kateterde tıkanıklık ve üçünde kateterin yer değiştirmesi tespit edildi ve tamamında yeni bir kateter ile değiştirilerek tedavi edildi. Ameliyatta laparoskopik KS yapılması esnasında bir hastada koledok yaralanması oldu ve açığa dönülerek eksplorasyon ve T-tüp drenej ile tedavi edildi. KS grubundaki hastalarda en çok yara yeri enfeksiyonu görüldü. Açık teknikle ameliyat edilen hastaların altısında yara yeri enfeksiyonu görülürken, laparoskopik KS yapılan hastaların birinde görüldü. Safra kesesi yatağında koleksiyon üç hastada tespit edildi ve birinde girişimsel radyolojik yöntemle drene edildiği görüldü. Bunların dışında açık KS yapılan hastaların dördünde, laparoskopik KS yapılanların ikisinde ameliyat sonrası ateletaksi geliştiği tespit edildi.

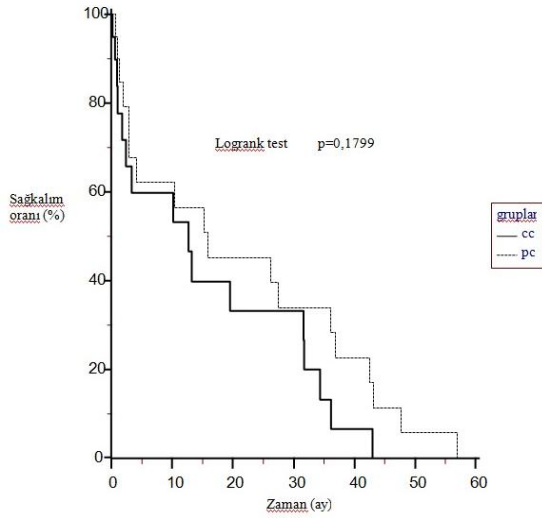
Tablo 2. Kolesistektomi (KS) ve Perkütan Kolesistostomi (PK) sonuçları

Değişkenler	PK (34)	KS(40)	p değeri
Takip süresi (ay)	28,5±19,3 (1-35)	12,4±5(1-42)	0,0032
Başarı oranı	%92,5	%73,5	0,0210
Hastanede kalış süresi(gün)	28,8±27,6	4,4±1,9	0,00001
Komplikasyon oranı (erken)	16 (% 47,1)	17 (% 42,5)	0,8824
AK'e bağlı ölüm oranı	5 (%14,7)	3 (%7,5)	0,1799

Takip süreleri karşılaştırıldığında ortalama takip süresi PK grubundaki hastalarda daha uzundu ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,0032$) (Tablo 2). Bu sürede her iki grupta bazı hastalar önceki tedaviden kaynaklanan sorunlar veya AK tekrarı nedeni ile hastaneye yatırıldığı görüldü. Tekrar yatırılma oranının PK grubunda daha fazla olduğu görüldü ($p=0,1039$). PK grubunda başarılı bir tedavi sonrası taburcu edilen hastalardan üçü AK atağı ile tekrar hastaneye başvurular ve ikisi acil olarak ameliyata alınarak açık kolesistektomi ameliyatı yapıldığı tespit edildi. Diğer hasta ise konservatif tedaviye cevap vererek elektif ameliyata hazırlandı. Bu sürede beş hasta kateterde tıkanıklık, üç hastada kateterin yer değiştirmesi nedeni ile başvurdu ve bütün hastalarda yeni kateter takılarak tedavi edildi. Bu hastalardan dördü yatırıldı ancak diğerleri gününbirlik tedavi edildi. KS grubunda iki hasta tekrar AK atağı ile başvurdu ancak her ikisinde tekrar konservatif tedavi uygulanarak elektif cerrahi için hazırlandı. PK'nın başarılı olduğu 25 hastadan, onunun (% 40) daha sonra kolesistektomi ameliyatı olduğu görüldü. Bunlardan ikisi acil kolesistektomi, diğer sekizinin ise ortalama $2,2\pm 0,9$

(0,5-3) ay içerisinde elektif kolesistektomi ameliyatı oldu. Acil olanların tümü açık ameliyat olurken, elektif olanlardan beşi (%50) laparoskopik tamamlandığı kayıtlarda mevcuttu. Pankreas kanseri ve distal koledok kanseri olan her iki hasta kateterli iken öldü.

Her iki grupta da işlem esnasında hasta kaybı görülmedi. Ancak PK grubunda beş, KS grubunda üç hasta girişime cevap vermeyen sepsis ve bunu takip eden multiorgan yetmezliği nedeni ile öldüğü tespit edildi. AK'e bağlı ölüm oranı PK hastalarından daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı görülmedi. (Kaplan-Meier analiz, Şekil 1, p=0,1799).



Şekil 1. Akut Kolesistit tedavisi sonrası hastaların sağkalım oranı.

TARTIŞMA

Safra kesesi taşları yaygın görülen bir hastalıktır ve insidansı yaşla artmaktadır. Bu hastalığın sıklığı 50 yaş altı kadınlarda %11-15, erkeklerde %3-11 olup, ortalama erişkin populasyonunda %10-15 arasındadır. Yaşlılarda bu oran kadınlarda %50'ye, erkeklerde %15'e kadar çıkabilmektedir (3, 4). Yaşla kolelitiazis insidansının artması beraberinde akut kolesistitin görülme sıklığını arttırmaktadır. Her ne kadar literatürde yüksek riskli hastalarda AK tedavisi konusunda birçok çalışma olsa da, yaşlı hastalardaki tedavi hakkında hala bir ortak görüş bulunmamaktadır (5, 6).

Daha önceleri yaşlılarda akut kolesistit nedeni ile yapılan acil kolesistektominin mortalite oranı düşük riskli hastalarda % 10 civarında iken, yüksek riskli hastalarda bu oran %20 lere kadar çıkabilmekteydi (7). Ancak son yıllarda anestezi biliminde, ameliyat öncesi ve sonrası bakımda görülen gelişmeler nedeni ile bu oran gittikçe azalmaktadır (6). Nihayetinde bizim çalışmamızda kolesistektomi ameliyatı yapılanlarda görülen ölüm oranı %7,4 olarak tespit edildi. Ancak daha önceki yıllarda bu yüksek ameliyat riski nedeni ile çeşitli teknikler denendi ve hala kullanılmaktadır. Bunlardan biri ultrason eşliğinde yapılan perkütan kolesistostomidir. Bu teknik daha

çok yüksek riskli hastalarda kullanılmaktadır ve elde ettikleri sonuçlar nedeni ile yaygın kullanılmaya başlanılmıştır (8, 9). Her ne kadar bir çok çalışma bu girişimin yüksek başarı oranı rapor ettiyse de (%78-%100), bu oran bizim çalışmamızda %73,5 ile biraz daha düşük görüldü (10-12). Bu çalışmalarda başarı oranı olarak klinik ve laboratuvar olarak bulguların ve değerlerin gerilemesi şeklinde tanımlanırken, biz bunlarla birlikte kolesistitten kaynaklanan sepsis nedeni ile görülen ölümleri girişimin başarısız bir sonucu olarak tanımladığımız için hastalarımızdaki oran biraz farklı çıkmış olabilir. Her ne kadar konservatif tedavi ile hastaların çoğunda yanıt alınabilirse de, bu işlem sadece geçici bir yaklaşımdır ve hastaların bir kısmı kolesistektomi ameliyatı olmaktadır (13). Bu çalışmada PK'ya cevap veren hastaların onunda (% 40) elektif kolesistektomi yapıldı. PK sonrası elektif kolesistektomi ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada iki aşamalı tedavi modelinin morbidite ve mortaliteyi arttırdığı gösterildi (14). Bununla birlikte, PK tedavisi sonrası bazı hastalarda AK tekrarı görülmekte ve bu da hastaları tekrar acil girişim riski ile karşı karşıya bırakmaktadır.

Her ne kadar PK antibiyotik tedavisi ile birlikte bazı hastalarda sepsise engel olursa da, gangrene ve perforasyon olmuş safra keselerinde bir tercih değildir ve bu hastalarda kolesistektomi tek alternatiftir. Bu durumda sepsis nedeni safra kesesi olduğundan, tedavideki en iyi yol bu sebebin ortadan kaldırılmasıdır. Diğer taraftan bilindiği gibi PK sadece enfekte safrayı boşaltmaktadır. Kolesistektomi ile hem enfekte safra hemde enfekte doku ortada kaldırılmaktadır. Bundan dolayı mevcut olan enfeksiyonun tedavi edilmesi daha kolaydır. Akut kolesistit tedavisinde, kolesistektomi altın standart olarak kabul edilmekte olup son yıllarda laparoskopik kolesistektomi rutin bir hale gelmiştir (15). Her ne kadar açık kolesistektomi yüksek morbidite, ameliyat sonrası ciddi ağrı ve hastanede kalış süresinde uzamaya sebep olsa da, perforasyon ve gangrene kolesistit tedavisinde halen tek alternatiftir (16). Diğer tarafta perforasyon olmayan AK'de laparoskopik kolesistektominin güvenilirliği ve uygulanabilirliği literatürde gösterilmiştir (17, 18). Bu çalışmada on hastada laparoskopik olarak başlandı ve sekizinde laparoskopik olarak bitirilebildi. Bu sonuca göre laparoskopik olarak başlanan hastalarda %80 oranında başarı elde edildi. Bu başarı oranı hasta seçimi ve cerrahın deneyimine göre bu oran değişebilmektedir.

Bu çalışmada PK ile KS sonuçları karşılaştırıldığında, KS yapılan hastalarda başarı oranı daha yüksek bulundu. Bu sonuçlar gösterdi ki PK palyatif bir tedavi yöntemidir ve sonuçta hastaların çoğu acil ya da elektif kolesistektomiye ihtiyaç duymaktadır. Bununla birlikte PK yapılan hastalarda, tekrar AK atağı olabilmesi, hastaneye tekrar yatış sayısının fazla ve süresinin uzun olması diğer bir dezavantajdır. Bunun dışında PK tedavisi görenlerde ölüm oranı daha yüksek görüldü. Tüm bunlar bir araya getirildiğinde mutlak bir cerrahi kontrendikasyon görülmediği takdirde yaşlı hastalarda AK tedavisi olarak acil veya elektif kolesistektomi yapılmalıdır.

Mutlak cerrahi kontrendikasyonu olan hastalara, PK sonrası hastanın genel durumu düzeldiğinde elektif laparoskopik kolesistektomi uygulanmalıdır.

Bu çalışmanın geriye dönük bir çalışma olmasının beraberinde getirdiği eksikliklerle birlikte PK grubundaki hastaların ASA skorunun yüksek olması özellikle

ölüm oranlarını etkilemiş olabilir. Bunun dışında ameliyatlara birçok farklı cerrah tarafından yapılması da çalışmanın sonucunu etkilediğini düşünmekteyiz. En iyi tedavinin tespit edilmesi için ileriye dönük ve randomize çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Greengross S, Murphy E, Quam L, et al. Aging: a subject that must be at the top of world agendas. *BMJ* 1997; 315: 1029-30.
2. Indar AA, Beckingham JJ. Acute cholecystitis. *BMJ* 2002; 325: 639-43.
3. NIH consensus statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement 1992; 14-6.
4. Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 2004; 91: 734-8.
5. Spira RM, Nissan A, Zamir O, et al. Percutaneous transhepatic cholecystostomy and delayed laparoscopic cholecystectomy in critically ill patients with acute calculous cholecystitis. *Am J Surg* 2002; 183: 62-6.
6. Melloul E, Denys A, Demartines N, Calmes M, Schafer M. Percutaneous drainage versus emergency cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis in critically ill patients: Does it Matter? *World J Surg* 2011; 35: 826-33.
7. Siegel JH, Kasmin FE. Biliary tract diseases in the elderly: management and outcomes. *Gut* 1997; 41: 433-5.
8. Sugiyama M, Tokuhara M, Atomi Y. Is percutaneous cholecystostomy the optimal treatment for acute cholecystitis in the very elderly? *World J Surg* 1998; 22: 459-63.
9. Klimberg S, Hawkins I, Vogel SB. Percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis in high-risk patients. *Am J Surg* 1987; 153: 125-9.
10. Kortram K, Vries Reilingh TS, Wiezer MJ, Ramshorst B, Boerma D. Percutaneous drainage for acute calculous cholecystitis. *Surg Endosc* 2011; 25: 3642-6.
11. Griniatsos J, Petrou A, Pappas P, et al. Percutaneous cholecystostomy without interval cholecystectomy as definitive treatment of acute cholecystitis in elderly and critically ill patients. *South Med J* 2008; 101: 586-90.
12. Byrne MF, Suhocki P, Mitchell RM, et al. Percutaneous cholecystostomy in patients with acute cholecystitis: experience of 45 patients at a US referral center. *J Am Coll Surg* 2003; 197: 206-11.
13. Winblad A, Gullstrand P, Svanvik J, et al. Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis. *HPB (Oxford)* 2009; 11: 183-93.
14. Macri A, Scuderi G, Saladino E, et al. Acute gallstone cholecystitis in the elderly: treatment with emergency ultrasonographic percutaneous cholecystostomy and interval laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2006; 20: 88-91.
15. Siddiqui T, MacDonald A, Chong PS. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Am J Surg* 2008; 195: 40-7.
16. Keus F, de Jong JA, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 4: CD006231.
17. Gurusamy K, Samraj K, Glud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2010; 97: 141-4.
18. Chandler CF, Lane JS, Ferguson P, et al. Prospective evaluation of early vs delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Am Surg* 2000; 66: 896-900.