

59 yaşında erkek hasta üç gündür var olan ishal ve sağ üst kadranda ağrısı nedeni ile acil servise başvurdu. Medikal geçmişinde safra kesesi taşı ve benign prostat hipertrofisi mevcuttu. Ateş 37,2 oC, kan basıncı 120/80 mmHg idi. Fizik muayenede hafif düzeyde abdominal distansiyon ve sağ üst kadranda hassasiyet saptandı. Laboratuvar değerleri; lökosit: 11900/mm<sup>3</sup>, aspartat aminotransferaz: 52 U/L, alanin aminotransferaz: 60 U/L, alkalin fosfataz: 92 U/L, gama glutamil transferaz: 85 U/L, C-Reaktif protein: 62 mg/L, hemoglobin: 12.6 g/dL ve kreatin: 2.09 mg/dL idi. Akut kolesistit ön tanısı ile hasta yatırıldı. Takip eden 6 saat içerisinde hasta karın ağrısında artış olduğunu belirtti. Kan basıncı 80/50 mmHg'ye düştü ve ateşi 38,2 oC'ye yükseldi. Fizik muayenede yeni gelişen rebound ve abdominal palpasyonda rijidite saptandı. Ultrasonografide (US) safra kesesi duvar kalınlığında ve çapında artış izlendi. Lümen içerisinde orta düzeyde çamur mevcuttu. Ek olarak safra kesesi duvar bütünlüğünde kısa bir alanda perforasyon ile uyumlu kayıp tespit edildi (Şekil 1). Acil olarak operasyona alınan hastanın histopatolojik inceleme sonucu perforasyon ile uyumlu kronik kolesistit ile uyumlu idi. Operasyon sonrası iyileşen hasta 6. günde taburcu edildi.

Safra kesesi perforasyonu akut kolesistitin nadir (%5), ancak yaşamı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur [1]. İlerlemiş inflamasyona sekonder gelişen iskemi ve nekroza bağlı oluşur. Perforasyon akut kolesistit semptomlarının başlangıcından birkaç gün ya da haftalar sonra gelişebilir. Semptomların benzer olması nedeni ile klinik olarak perforasyonun komplike olmamış akut kolesistitten ayrımı zordur. Akut kolesistitli olgularda hastanın kliniğinde hızlı bozulma ya da yüksek intrakolesistik basıncın azalmasına bağlı ağrının şiddetinde ani azalma perforasyon lehinedir. Perforasyonla ilişkili mortalite oranı %24'e kadar çıkabilir [2]. Erken teşhis ve tedavi mortalite oranını belirleyici temel faktördür. Safra kesesi perforasyonu 1934'te Niemeier tarafından 3 grupta sınıflandırılmıştır [3]. Tip I (akut tip %33-37) en yüksek mortalite ve morbidite riskine sahip grup olup safra kesesinin serbest perforasyonudur. Yaygın bilier peritonite neden olur. Tip II (subakut tip %43-53) en sık izlenen formdur. Kapalı perforasyon olup lokalize peritonit yada perikolesistik abse meydana gelir. Tip III (kronik tip %10-19) formunda ise perforasyon internal (bilio-bilier yada bilioenterik) yada eksternal fistül ile sonuçlanır. Perforasyon en sık (%60) safra kesesinin fundus (%60) bölümünde izlenir [4]. Safra kesesi perforasyonu için predispozan faktörler arasında taş, enfeksiyon, malignite, travma, ilaçlar (steroid) ve bozulmuş vasküler beslenme yer alır. US incelemede akut kolesistitte izlenen (safra kesesi duvarında kalınlaşma, hidropik safra kesesi, perikolesistik serbest sıvı

ve pozitif sonografik Murphy Murphy işareti) bulgular görülebilir. Ancak safra kesesi perforasyonunun en güvenilir bulgusu safra kesesi duvarında defekt olarak izlenen sonografik delik işaretidir. Bu bulgu US ile olguların yaklaşık %70 inde saptanabilir [5].

Sonuç olarak safra kesesi perforasyonunun erken teşhis ve acil tedavisi yüksek mortalite ve morbiditenin önlenmesi açısından son derece önemlidir. Ultrasonografi safra kesesi perforasyonunun gösterilmesinde oldukça etkindir.

#### Kaynaklar

1. Roslyn J, Busuttill RW. Perforation of the gallbladder: a frequently mismanaged condition. *Am J Surg* 1979;137(3):307-12.
2. Bennett GL, Balthazar EJ. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. *Radiol Clin North Am* 2003;41(6):1203-16.
3. Niemeier OW. Acute free perforation of the gall bladder. *Ann Surg* 1934;99(6):922-4.
4. Derici H, Kara C, Bozdağ AD, Nazlı O, Tansug T, Akca E. Diagnosis and treatment of gallbladder perforation. *World J Gastroenterol* 2006;12(48):7832-6.
5. Sood BP, Kalra N, Gupta S, Sidhu R, Gulati M, Khandelwal N, et al. Role of sonography in the diagnosis of gallbladder perforation. *J Clin Ultrasound* 2002;30(5):270-4.



Şekil 1. Ultrasonografik görüntüde distandü safra kesesi, safra kesesinde çamur ve safra kesesi komşuluğunda fokal sıvı kolleksiyonu izleniyor. Ayrıca perforasyon için tanı koydurucu safra kesesi duvarında fokal bütünlük kaybı görülüyor (oklar).