

## Post Kolesistektomi Sendromları

*Mehmet ALTIN \**

*O.Adil SARP \**

*M.İsmet YILMAZER \**

### GİRİŞ

Post-Kolesistektomi sendromları çoğu kez cerrah tarafından önemsenmez, dahiliyeciler tarafından tanınır, pratisyen hekim mücadele eder ve hasta için ise mutlaka çok acı bir hayal kınılığı teşkil eder (1).

Post kolesistektomi sendromu terimi, safra kesesi hastalığı ile ilişkili olmayan semptomları kapsamak üzere gelişmiş güzel kullanılmıştır. Bu terim kolesistektomiden önce çektikleri semptomların tıpatıp aynından yakman birçok hastada yanlış bir adlandırmadır. Bu hastaların analizi, çoğunlukla kolesistektomi için indikasyonların açıkça belli olmadığını gösterir (11, 17).

Bu yazı kolesistektomi sendromları ifadesine, tekrar cerrahi girişim endikasyonuna, açıklık getirebilmek, kaynak taraması yapmak ve gelişen komplikasyonların tedavisindeki yenilikleri gözden geçirmek için hazırlandı. Sendromlara ait örnek resimler kliniğimiz vakalarından verildi.

Post kolesistektomi sendromları, safra kesesinin çıkarılmasını izleyen şiddet derecesi ve nedeni değişik bir semptomlar grubunu oluşturur. Bu antite ile pek çok patoloji ilgilidir. Kolelitiazisten dolayı kolesistektomi uygulanların yaklaşık % 5'inde inatçı veya tekrarlayan semptomlar vardır (4). Kolelitiazis biliyer sistemin % 85'inden sorumludur (10). Bu nedenle safra kanalının gözlemiyle beraber olsun ya da olmasın kolesistektomi biliyer sistemde en sık uygulanan ameliyat şeklidir. Post kolesistektomi sendromlarının sebebi spesifik bir antite değildir. Semptomlar safra yolları veya pankreas içindeki patolojiler neticesi olabiliyorsa da bunlar ayrı zamanda peptik ülser, hiatus hernisi, kolonun divertiküler hastalığı, irritable kolon sendromu gibi birlikte bulunan hastalıklar neticesinde de oluşabilir (11,17).

Vakaların % 5'inde kolesistektomi endikasyonu tam olmasına karşın post operatif semptomlar gelişebilir. Gerçek post kolesistektomi sendromlarını bu

grup temsil eder. Preoperatif tetkiklerin yeterli yapılması, ameliyat esnasında basınç kontrollü kolanjiyografi, akım ve basınç ölçme, kolesistektominin yapılması cerrahi girişim sonrası semptomları en aza indirebilir (17).

Semptomlar mutlak olarak eksik cerrahi önlemlere (bırakılan koledok taşı duktus sistikus veya safra kesesi artıklarına, gözden kaçan maligniteye, intrahepatik taşlara safra yolları fistülüne veya cerrahi travmaya bağlı, safra kanalı darlıkları ve oddi sfinkteri stenozisine) bağlıdır (17). Kliniğimizde post kolesistektomi sendromlu olgulara ERKP veya PTK uygulandı. Elde edilen ilginç görüntüler kendi bölümlerinde gösterilecektir.

### POST KOLESİSTEKTOMİ SENDROMLARININ ŞİKLİĞİ

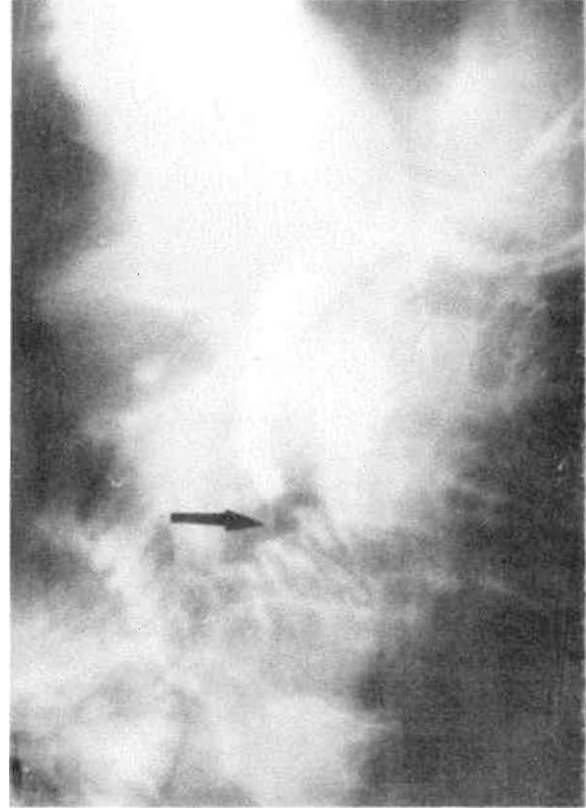
Hafif veya şiddetli post-operatif semptomları (dispepsi ve üst abdomende post prandial basınç hissinde, şiddetli üst abdominal ağrı ile birlikte sarılık ve kolanjit'e kadar değişir) olan hastaların yüzdesi literatürde % 4 ile 40 arasındadır (11). Yine de bu hastaların çoğu semptomlara sahiptirler. Sadece vakaların % 50'sinde organik hastalık bulunabilir. Burada ekstraspliyer hastalıklar, biliyer patolojiden daha sık gibi görünür. Geri kalan % 50 post-operatif semptomlu hastada organik hastalık bulunmaz. Bu tipler genellikle çok sık uygulanan operasyonlardan, safra kanalı taşları ile birlikte ya da ayrı yapılan kolesistektomilerden sonra görülür. Diğer biliyer sistem operasyonlarında sekel oluşumu sık değildir (2, 17).

### POST KOLESİSTEKTOMİ SENDROMLARININ ETYOLOJİ VE SINIFLANDIRILMASI

Farklı tipte operasyonlardan sonraki post kolesistektomi sendromlarının sebepleri en iyi şekilde pri-



Şekil-1. Safra kesesi ameliyatı olan bir hastada koledok alt ucunda taşa ait görünüm (okla işaretli).



Şekil - 2. Kolesistektomi sonrası şikayetleri olan olguda ERKP ile papilla bölgesinde kanalın düzgün şekilde incineldiği görülmektedir.

mer organlarına ve potoljilerine göre sınıflandırılmıştır, biliyer ve ekstra biliyer hastalıklar organik veya non-organik olarak ayrılabilir ve alt sınıflara ayrılır (17).

#### BİLİYER ETYOLOJİ

##### Organik:

Kolesistektomi ve safra kanalı incelemesini takiben:

- Safra kanalı taşı
- Papilla stenozisi
- Safra kanalı striktürü
- Sistik kanal artığı
- Papillotomi takiben
- Koledokoduodenostomi takiben (yan yana)
- Koledoko/Hepatiko-Jejunostomi takiben (Uç yan)

##### Non-Organik

- Metabolik
- Fonksiyonel

#### EKSTRABİLİYER ETYOLOJİ

- Organik: Özofajit/P. Ülser/Pankreatit  
Karaciğer hastalığı  
Kolonun veya üriner sistemin organik hastalığı  
Yapışıklıklar  
Skatrisyel hastalıklar

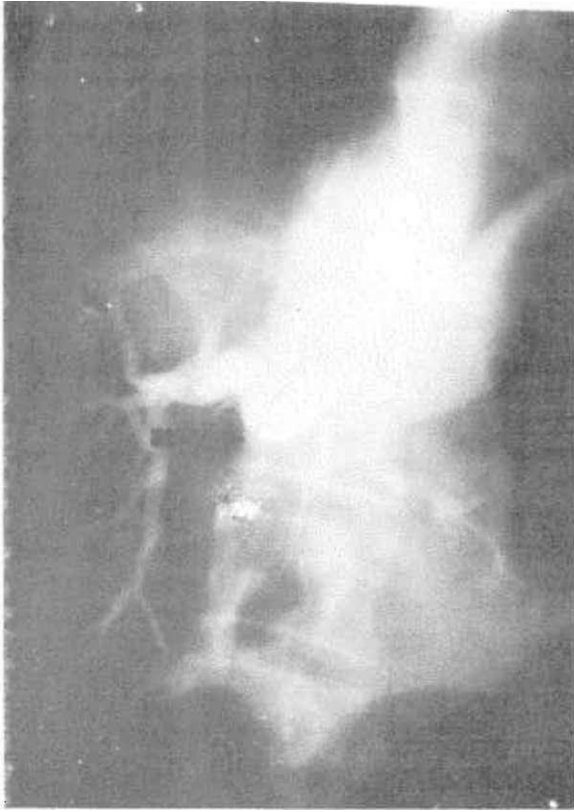
##### Non-Organik

- İrritabl kolon send.
- Psikosomatik hastalıklar

#### GERİDE TAŞ KALMASI HALİNDE YAPILACAK İŞLEMLER

Müşterek safra kanalında taş kalması sıktır. Şimdilerde büyük ölçüde önlenbilir olmakla beraber post-kolesistektomi semptomlarına sıklıkla neden olur. Hastalarda genellikle kolesistektomiden sonra sarılık, kolanjit veya tekrarlayan pankreatit görülürken bazıları ise dispepsi veya müphem karın ağrıları gibi hafif bulgular verirler (3).

Kliniğimiz serisinde 97 olgunun 21 inde post-kolesistektomi semptomları var. Bunların 6 sında koledok taşı saptandı (Şekil - 1).

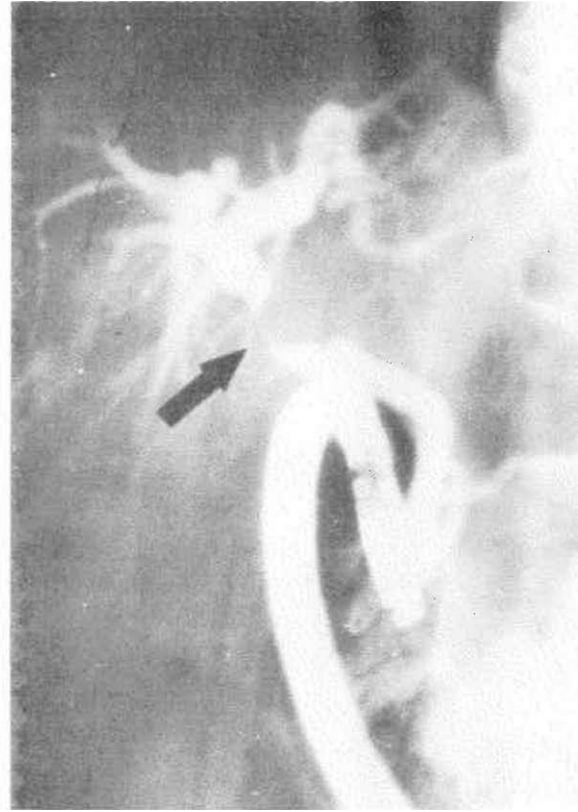


Şekil - 3. Sağ ve sol hepatic kanalın ayrı ayrı bağlandığı görülmektedir, PTK yöntemi ile görüntülenmiştir.

Geçmişte bu hastaların tedavisi başka bir cerrahi girişimi ve koledok muayenesini gerektirirdi. Son yıllarda tedavi için non-operatif pek çok yöntem geliştirilmiştir. Taşın eritilmesi veya hızlı akımın sağlanması için "T" tüpünün yerinde bırakılması fikri veya dışardan kumanda edilebilir bir kataterle taşın perkütan yolla alınması gibi. Muhtemelen erime için en etkili ajan Mono-Octanoindir. Başarı oranı % 79-83 tür. Taşın Perkütan ekstraksiyonu ise geniş serilerde % 91 başarılı olmuştur. Morbidite sadece % 5'tir ve mortalite yoktur (5, 16, 17).

Endoskopik sfinkterotomi ve taş çıkarılması. "T" tüpü yoksa laparotomiye bir alternatiftir. Tecrübeli ellerde vakaların % 89 unda taşın alınması mümkün olmuştur. Komplikasyon oranı % 10 dan azdır. Mortalite oranı ise % 1 den azdır (6, 7, 9, 10) Mafih 15 mm veya daha büyük taşlarda başarı oranı belirli şekilde düşer. Endoskopik sfinkterotomi her zaman çok başarılı değildir ve geç neticeleri henüz bilinmemekte fakat operatif sfinkterotomi neticeleri göstermektedir ki geç stenoz ve kolanjitis sıklığı şimdiye kadar bildirilenden daha çok yüksek olabilir (17).

Diğer taraftan müşterek safra kanalı üzerine reoperasyon cerrahisinde mortalite % 2nin altındadır.



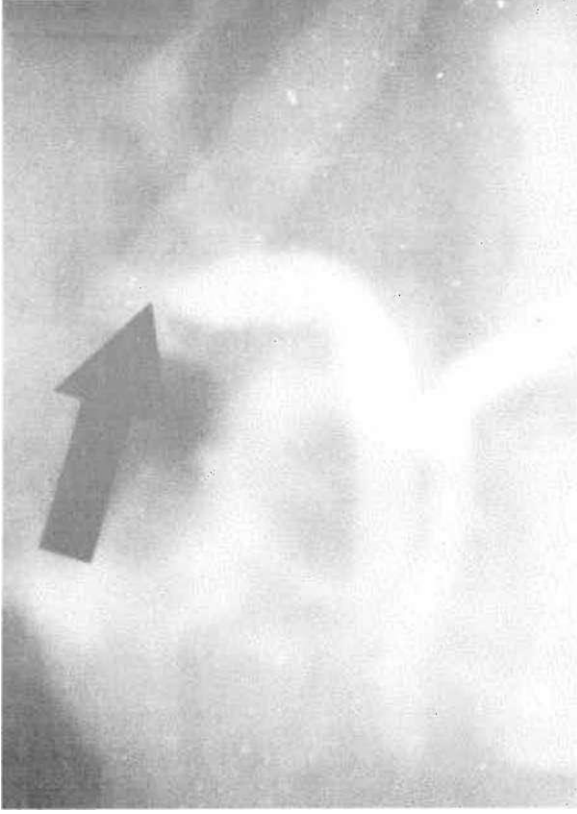
Şekil - 4. Resimdeki olgunun ERKP ile incelenmesinde opak :lacm okla işaretli bölgeden hiç geçmediği görülmektedir.

198 operasyonda mortalite oranını % 1.8 olarak bulunmuştur, ölümler daha çok yaşlılarda olmaktadır. Bir diğer seride nüks veya kalmış taş için koledokotomi uygulanan 341 hastada hastaların % 2.1 i ölmüştür (17) Endoskopik papillotomi de ise post operatif semptomlar % 1.5-5 olarak gelişir (11). Pankreatitis, kolanjitis ve kanama gibi ciddi komplikasyonlar % 7 sini oluşturur ve mortalite ortalama % 1 oranındadır.

Yaşlı ve yüksek risk grubunu oluşturan hastalarda endoskopik sfinkterotomi cerrahiye tercih edilebilirse de bunun önemli ölçüde risk taşıyan bir yöntem olduğu şüphesizdir. Genç ve uygun hastalarda, büyük taş veya çok geniş safra kanatları bulunuyorsa seçkin tedavi eksplorasyon ve koledokoduodenostomi dir (17)

#### PAPILLA STENOZİSİ

Papillanın benign bir hastalığıdır. Safra ve pankreas sıvısının geçişini engeller. Böylece dispepsi, orta şiddette veya şiddetli ağrı, kolanjitis, pankreatis ve sanlık gibi semptomlara sebep olur. Kesin tanı kolesistektomi esnasında koledok basıncı, akım ölçümü ve kolisistokinin testi ile konulabilir (11)



Şekil - 5. ERKP ile opak madde verilince koledokun proksimale yakın bölümünde oldukça daraldığı görülmektedir. Olgular yeniden ameliyatla tedavileri yapılmıştır.

#### ETYOLOJİ

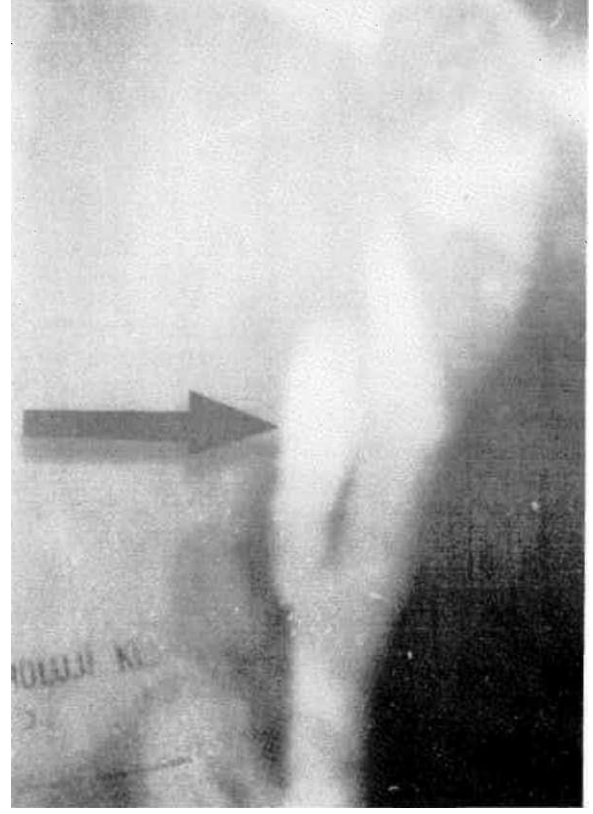
Tondelli ye göre safra taşları % 90 papilla stenozu ile beraberdir. Genellikle zaman zaman düşen küçük taşların travmatik etkisi stenozu neden olabilir. Ayrıca primer papilla stenozunun bulunmasına ikincil olarak taş oluşabilir. Kolesistektomilerde değişik yayınlarda % 40'a varan sıklık bildirilmiştir (17). Kliniğimizde 97 olgu içinde 1 vaka gözlene bilmiştir (Şekil - 2).

Preoperatif tam genellikle zordur. ERKP tek tanı yöntemidir ki yorumlanması kolay değildir. Retrograd lumen içi ve oddi basıncı tayini, hatta biyopsi ile histopatolojik tanı konabilir (17).

#### SAFRA YOLLARI HASARLARI VE DARLIKLARI

##### SIKLIK VE ETYOLOJİ

Safra yollarının benign darlıklarının % 90 dan fazlası, üst abdomen cerrahisi sırasında iatrojenik nedenlerle oluşur (2). 30Q\_400 kolesistektomi vakasının birinde injüri olabilir. Tabii ki cerrahın tecrübesi önemli rol oynamaktadır. Anatomik anomaliler, lokal



Şekil - 6. Post kolesistektomi sonrası şikayetleri olan olguda koledok geniş ve sistik kanal kalıntısı görülmektedir.

diğer hastalıklar ve kanamalar nedeniyle acele etmek diğer sebepleri oluşturur. Müsterek hepatik kanallar, koledok, hepatik kanalların ayrıldığı bölge, sağ sol hepatik kanallar sıklık sırasına göre en sık yararlanan yerlerdir (9,13,15). Kliniğimizde serisinde 3 olgu görüldü (Şekil - 3, 4, 5).

#### SİSTİK KANAL KALINTISI

Sistik kanalın uzun bırakılması seyrek olarak post-operatif semptomlara, safra stazına ve taş teşekkülüne neden olur. Papilla stenozu var ise kolestazis ve taş oluşumu hızlanır (17) (Şekil -6).

Safra yolları patolojilerinde uygulanan koledoko duodenostomi, koledoko-hepatiko jejunostomiler den sora özellikle koledok distalinin bırakılması, duodenal sıvının safra yollarına reflüsü gibi istenmeyen faktörlerle kolanjitis ataklarının gelişmesine neden olabilir. Bizim serimizde 2 olgu görülmüştür (Şekil - 6, 7).

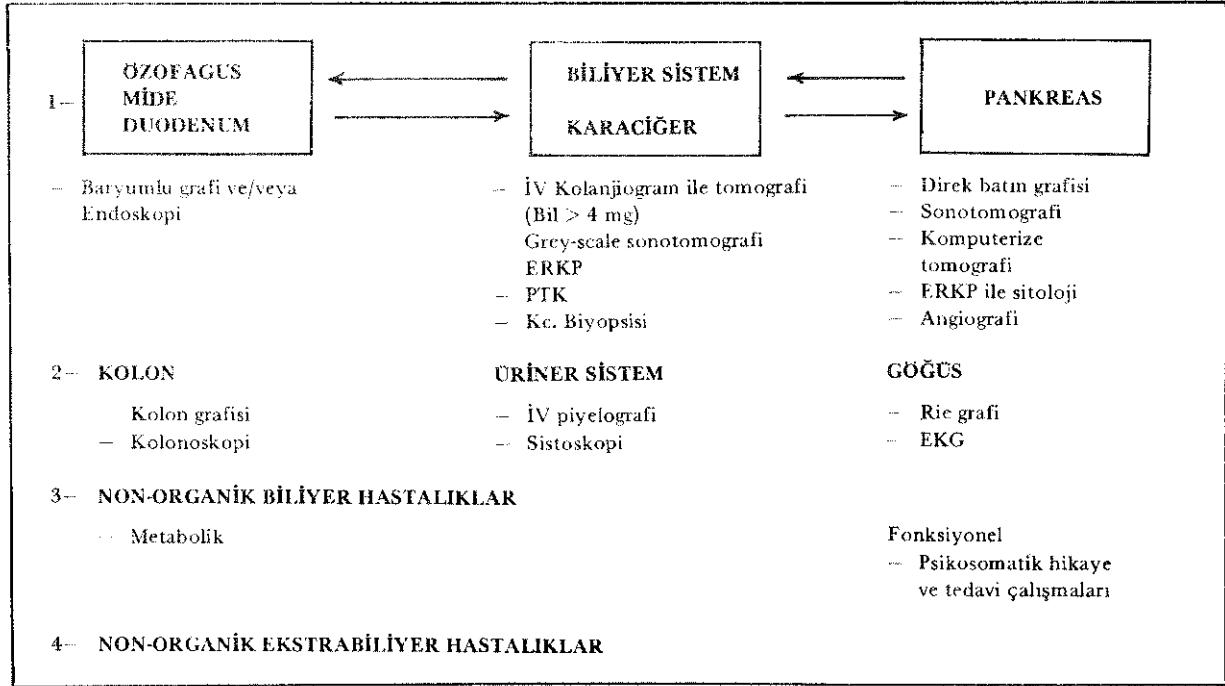
Post-operatif sendromların oluşmasında metabolik bozukluk ve fonksiyonel bozuklukların önemi bugün için aydınlanmış değildir.

Safra yolları dışındaki diğer patolojilerde semptomlar ise ameliyattan evvel varsa: sonra da olacaktır. Bu olgularda preoperatif muayenelerin yeterli ve dikkatli yapılması tedavinin başarısı içinde gereklidir.

Tablo - 1

## Post Kolesistektomî Sendromuna Tanısai Yaklaşım

Post Kolesistektomî Sendromunun Klinik Şüphesi, Anamnez ve Laboratuvar Verilere Dayanır.



L

Şekil - 7, Distal koiedok bira

## TANI

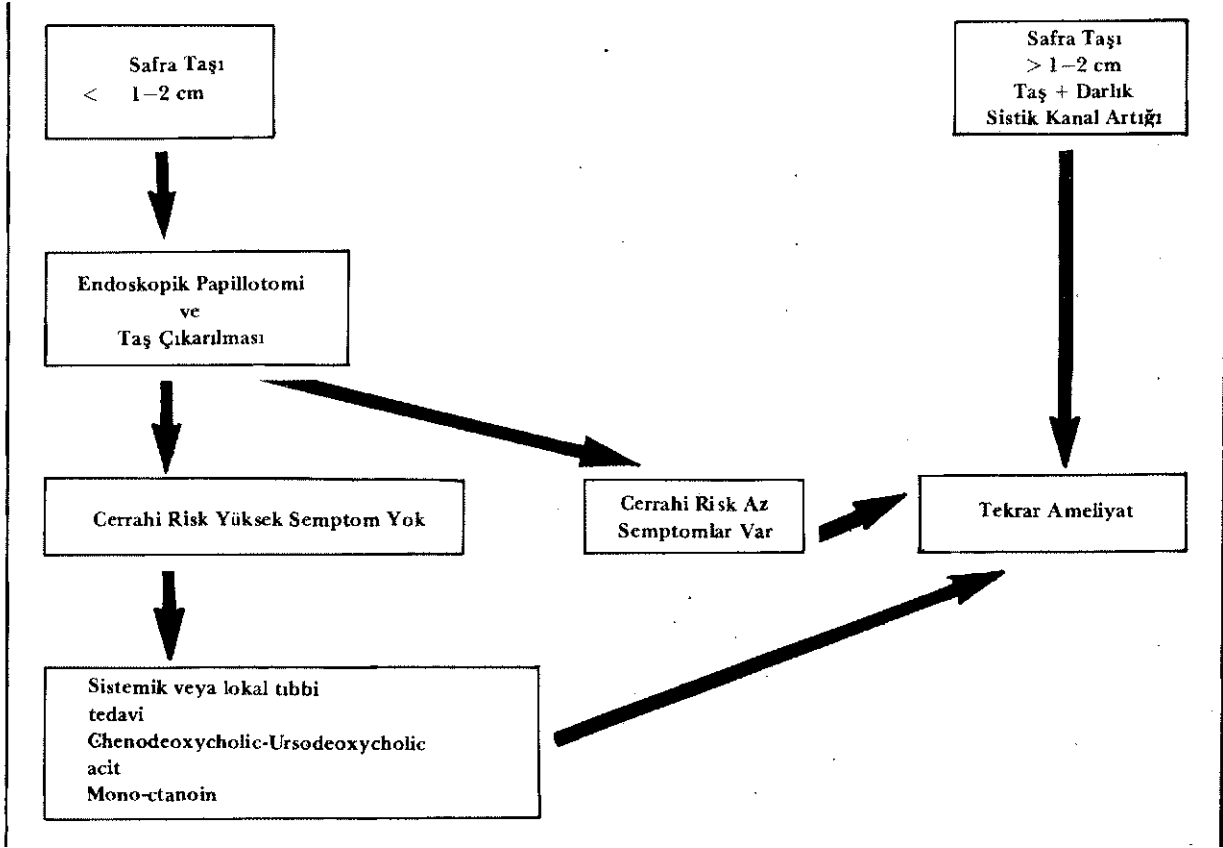
Madem ki post-kolesistektomi sendromlarının % 50'si organik patoloji göstermektedir, o halde metabolik ve fonksiyonel hastalıklara karar vermeden önce mükemmel bir diyagnostik çalışma yapılması gereklidir. Hastanın önceki ve operasyondan sonraki anemnezi dikkatlice alınmalıdır. Semptomlar ve biyokimyasal laboratuvar verilere dayanılarak yapılan araştırma daha ziyade hasta organ üzerinde yoğunlaştırılmalıdır. Eğer patoloji bulunursa birlikte birçok hastalık bulunabileceğinden komşu organlarda iyice araştırılmalıdır.

Gerekli tanısai yaklaşımlar Tablo 1 de gösterilmiştir. EKRK bu yolda en faydalı tek yöntem olarak kabul edilmektedir (11, 17).

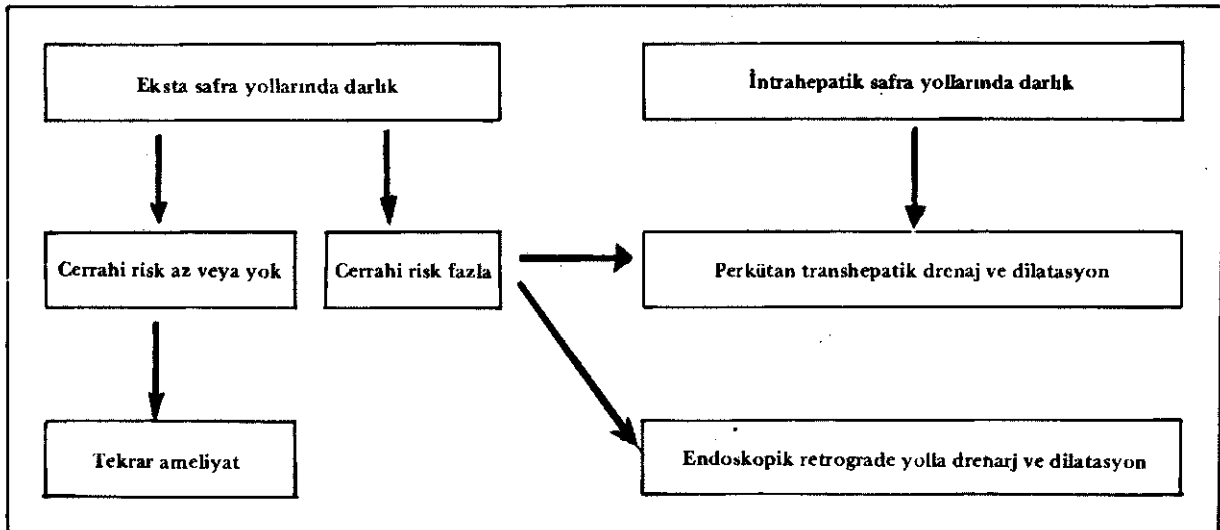
## TEDAVİ

Cerrahi girişim sonrası gelişen sendromların tedavisinde takip edilmesi gereken ilkeler Şekil - 8 ve Şekil - 9 da şematize edilmiştir.

Bu yazıda özellikle cerrahi girişimlerden sonra gelişen darlık, bırakılmış veya yeniden oluşmuş taşlar gibi komplikasyonlar ve bunların tanı ve tedavilerindeki yenilikler gözden geçirildi. Safra yolları darlıklarının çoğunlukla cerrahi müdahale esnasındaki hatalara bağlı olduğu görüldü (2, 11, 17) Bizim



Şekil - 8. Kolesistektomiden sonra oluşan safra yolları taşlarının tedavisinde takip edilmesi gereken prensipler görülmektedir. (12, 17).



Şekil - 9. Karaciğer içi ve dışındaki benign darlıkların tedavisinde takip edilecek yol. (8, 17).

3 vakamızda da bu durum aynı idi ve girişim teknik olanakları kısıtlı küçük hastanelerde yapılmıştı. Tondelli'nin de vurguladığı gibi cerrahın deneyimli olmasının yanında ameliyathane şartları ve imkân da önemli görülmektedir. Olguların çoğunluğunun ameliyat öncesi ve ameliyat esnasında yeterli tetkik edilmemesi gözden geçirilen kaynaklarda olduğu gibi bizde de özellikle kırsal kesimde en yaygın post koiesistektomi sendromu sebebidir (11). Kaynaklarda ve bizim seride tanısı en zor konulan olguların papilla fibrozisi olduğunu gördük. Ameliyat esnasında, preoperatif olarak kolanjiyografi basınç ve akım ölçümü, koiesistektokinin

testi gibi gerçekten ileri teknik isteyen tanı yöntemlerine gereksinim duyulmaktadır (17)

Sonuç olarak hekimler ve hastalar için gerçekten önemli bir sorun olan post operatif sendromların sıklığını en aza indirmek için cerrahi girişim öncesi olguların iyi tetkik edilmesi değerlendirilmesi operasyonu yapan cerrahın tecrübesi ve iyi eğitilmiş olması büyük önem kazanmaktadır. Ayrıca özellikle cerrahi girişimin riskli olduğu koledok taşları ve safra yolları darlıklarında endoskopik tanı ve tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi ve cerrahiye alternatif olarak kullanılmasında yararlar vardır.

## KAYNAKLAR

1. Americo A. **Abbruzzese and Philip Harrison's J** Snodgrass: Disease of the gall bladder and bile Ducts principles of internal medicine 7th edition. A Blakiston Publication P. 1573, 1981.
2. **Aran Ömer Sayek İ ve ark.;** Benign Safra Yolları Striktürlerinde Cerrahi Tedavi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi. C. 4, s. 1-2, 1986.
3. Blumgart **LH, GS Sokhi, JG Duncan.** Endoscopy and Retrograde choledochopancreatography in the diagnosis of post cholecystectomy symptoms. Bulletin de la Societe Internationale de Chirurgie, 34. 587-581, 1975.
4. Bodvull **B:** The postcholecystectomy syndromes. Clinics in gastroenterology, 2: 103-126, 1973.
5. Burhenne **HJ:** Non-operative extraction of retained common duct stones. Advances in Surgery, 10: 121-136, 1976.
6. Cotton **PÜ:** ERCP Gut, 18.316-341, 1977.
7. Cotton **PB, PGJ** Burney, RR Mason. Transnasal bile duct catheterisation after endoscopic sphincterotomy. Gut, 20: 285-287, 1979.
8. Hıñtregtse **K, RM Katon and GNj Tytgat.** Endoskopik Treatment of Postoperative Biliary Stricture. Endoscopy, 18. 138-137, 1983.
9. Maingot **R:** Post operative Stricture of the bile ducts-cones, prevention, repair procedures. Br. J. Clin. Pract., 31: 177, 1977.
10. Rigo **M, R Mosimann, H Ryncki, F Seagesser:** Pathologie chirurgicale de la vesicule et es voies biliaries. Helvetica chirurgie acta.. 41. 533-536, 1974.
11. Ruth **AL James.** Bockus gastroenterology 4th edition. WB Saunders Company, V. 6. P. 3815, 1985.
12. Safrany **L:** Duodenoscopic sphincterotomy and gallstone removal. Gastroenterology, 72 338-343, 1977.
13. Safrany **L:** Endoscopic treatment of biliary-tract diseases. An international study. Lancet, ii. 983-985, 1978.
14. Schiff **L, RE Schiff.** Diseases of the Liver 5th edition. JB Lippincott P: 1507, 1982.
15. Smith **LM, M Knight** Traumatic Strictures of the Bile Ducts. Backus Gastroenterology 4th Ed. WB Saunders Company, V. 6., P. 3761, 1985.
16. Thistle **JL, GL Carlson, AF Hofmann, et al:** Mono-octanoic acid dissolution agent for retained cholesterol bile duct stones. Physical properties and clinical application. Gastroenterology, 78: 1016-1022, 1980.
17. Tondelli **P, X GYR:** Post surgical syndromes clinics in gastroenterology. Vol. 12, no. i, January 1983.