

Asemptomatik Safra Taşları ve Diabetes Mellitus

Dr.AH EKECİK*
Doç. Dr. Saniye TOPÇU*
Doç.Dr.Fusun GÜLTEKİN*

Safra taşı pratik önemi çok büyük olan ve gittikçe artan tıbbi ve cerrahi bir sorun oluşturmaktadır. Olgun popülasyonunun ortalama %12'sinde safra taşı bulunduğu tahmin edilmektedir (1).

Kolesterol, pigment ve miks safra taşı tipleri vardır, safra taşı oluşumunda çok çeşitli faktörler vardır. Sex, yaş, obezite, Diabetes Mellitus, hemolitik anemi, akut pankreatit, terminal ileum hastalığı, östrojen ve Clofibrate tedavisi gibi çok çeşitli faktörler etkili olabilir (1,2).

Safra taşlarının geliştikten sonra organizmada hareket tarzları genelde aşağıda gösterilen şekillerden birisine uyar.

a) Şahıs ölünceye kadar yahut tesadüfen yapılan muayene veya ameliyatlar sırasında tesbit edilinceye kadar semptom vermezler (asemptomatik safra taşları).

b) Akut kolesistit husule getirebilirler. Bu ya geçer, ya kronik kolesistit gelişir veya safra kesesi gangreni ile sonlanır

c) Kronik kolesistit yaparlar

d) İç (internal) safra fistülü oluşur (taş keseden komşu organlara göçer).

e) Koledokta obstrüksiyon (mutad olarak parsiyel) yaparlar.

f) Safra taşı ileusu yaparlar: çapı 2,5 cm den büyük safra taşı barsağa geçerse mutad olarak ileumda obstrüksiyon yapar. Çok nadirdir (1).

Kolelitiazis hakkındaki geleneksel görüş "hemen hemen tüm vakalarda cerrahi gerekir" şeklindedir. Bu düşünce "kolelitiazis klinik olarak hızlı seyredir ve komplikasyonlar sık görülür" şeklinde özetleyebileceğimiz yanlış bir anlayış üzerine kurulmuştur.

Tedavi edilmeyen safra taşının doğal seyri konusundaki bilgilerimiz son 10 yılda çok değişmiştir. Safra taşı hastaları uzun süreli takipte görülmüştür ki:

a) Asemptomatik hastaların çok azı semptomatik olmaktadır (3,4).

b) Hastalığın ilk belirtilerinin hayatı tehdit eden komplikasyonlar olması nadirdir.

c) Tedaviyi reddeden birçok semptomatik hastada semptomlarda kötüleşme görülmemektedir.

d) Ayrıca otopsi incelemelerinde gösterilmiştir ki; safra taşı hastaların %90'ından fazlasında ölüm nedeni safra taşıyla ilgisizdir. Sadece %3-7'sinde ölüm nedeni kolelitiazisdir (3).

Sonuçta bugün, asemptomatik safra taşı hastalarının çoğunda olası yararlar yanında, tedavi riskleri ve maliyetinin pahalı; olması nedeniyle cerrahi tedaviden vazgeçilmiştir.

Diabetik hastaların durumu ise biraz daha karmaşıktır. Bir defa safra taşı diabetiklerde daha sık görülür. Diabetik olmayanlarda kolelitiazis sıklığı %10 civarında iken, diabetiklerde %20-30 civarında tahmin edilmektedir (1,2).

Biz Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniğinde yaptığımız kontrollü prospektif bir çalışmada 200 vakalık bir seride safra taşı sıklığını diabetiklerde %27, kontrollerde %10,5 bulduk (Tablo 1). Aynı çalışmada kolelitiazisli hastaların çoğunluğunun asemptomatik olduğunu da gösterdir (Tablo 2).

Diabetli hastalarda asemptomatik safra taşlarının durumu tartışmalıdır. Bu konuda karşıt düşünceler ve gözlemler vardır. Kanımızca bu ayrılığın muhtemel nedenleri; diabetik hastalardaki cerrahi riskler hakkında bilgilenmenin tam olmayışı ve bu hastalardaki safra taşının doğal seyrinin yeterince bilinmeyiştir.

1932'de Robinovvitch (5) diabetli hastalarda kolesistitin seyrinin nondiabetiklere göre daha kötü olduğunu söylemiştir. Birkaç yıl sonra Eisele (6) diabet ve kolelitiazisin birlikte olduğu durumlarda erken cerrahiye öğütlemiştir.

1960'larda iki araştırma bu görüşü destekleyen yeni kanıtlar sunmuştur.

* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları ABD
SİVAS

Tablo 1. Diabetik ve kontrollerde safrataşı sıklığı

	Diabetik	Kontrol
Erkek	20.8%(14/67)	8.8%(6/68)
Kadın	30.0%(4/133)	11.3%(15/132)
Toplam	27.0%(54/200)	10.5%(21/200)

Tablo 2. Diabetik ve kontrollerde asemptomatik safrataşı oranları

	Diabetik	Kontrol
Semptomatik	11%(6/54)	47.6%(10/21)
Asemptomatik	88.8%(48/54)	52.3%(11/21)

1961'de Turill ve ark (7) Los Angeles County Hospital'daki tecrübelerini anlattıkları bir bildiri sundular: Kolelitiazisin komplikasyonları diabetik hastalarda 5 misli daha fazlaydı. Ölüm hemen hemen sadece komplikasyonlar nedeniyle acil cerrahiye verilen hastalarda görülüyordu. Yaşlılarda ise acil cerrahi mortalitesi non-diabetiklerden 20 misli daha fazlaydı.

1 yıl sonra Mundth (8), Massachusetts General Hospital'daki gözlemlerini bir bildiriyle sundu: Kolelitiazis nedeniyle öpere edilen 145 diabetik ve 150 nondiabetik hasta grubunu karşılaştırdı. Kolelitiazisin akut komplikasyonları nedeniyle öpere edilen diabetik hastalarda mortalité ve morbidité daha yüksekti. Oysa bu hastalar elektif cerrahiye iyi tolere ediyorlardı. Elektif cerrahiden sonra komplikasyonlar yönünden iki grup arasında fark yoktu.

Her iki çalışmada aynı sonuca varıyordu: tüm diabetik hastalar oral kolesistografi ile taranmalı ve safrataşı tesbit edilenlere profilaktik kolesistektomi uygulanmalıdır.

Amaç komplikasyonları izleyen ölüm oranını azaltmaktı.

Bu görüş uzun süre bir değişikliğe uğramadan kabul gördü.

1970'li yıllarda araştırmacılar bu konuda genel tutumu değiştirecek yeni bilgiler elde ettiler.

Haff ve ark (9) bilier sistem operasyonu geçiren 1000 hastada morbiditeyi etkileyen faktörleri araştırdılar. Sonuçta diabetiklerde komplikasyonlar daha sık gözlemleniyordu, ama veriler kardiovasküler sistem hastalıkları ve diğer hastalıklar dikkate alınarak düzeltildiğinde fark kayboluyordu. Yani diabetin kendisi değil ama diğer organ sistemlerindeki sekelleri artmış komplikasyonlardan sorumluydu.

Walsh ve ark (10) safrakesesi cerrahisi uygulanan 80 diabetik ve 95 nondiabetik hastayı karşılaştırmış, 2 grubu mortalité ve morbidité yönünden benzer bulmuştur.

T Klin Tıp Bilimleri 1992, 12

Kelghley ve ark (11) diabetin bilier sistem cerrahisinden sonraki mortalité ve morbiditeyi etkilemediğini bildirmiştir.

Sandler ve ark (12) tarafından sunulan bir rapor safrataşı operasyonundan sonra diabetiklerdeki problemlerin nedenini açıklamaktadır: Bu hastalar daha yaşlı ve komplikasyonlara neden olabilecek başka hastalıkları vardır.

Böylece diabetik bir hasta cerrahi için değerlendirileceği zaman, diabetin ötesinde riski tayin eden diğer tıbbi problemlerin gözönüne alınması gerçeği ortaya çıkmaktadır.

işte bu noktada Diabètes ve cerrahi ilişkisini ortaya koymak gerekir.

Diabetik bir hastada cerrahiye komplike duruma getirebilen faktörler:

- Metabolik
- infeksiyöz
- Vasküler'dir.

Birinci problem, metabolik dekompanstasyon, operasyona gerek gösteren hadisenin yarattığı stres, ameliyat ve anestezi ile presipte olur. Cerrahi stresi olan diabetiklerde belirgin hiperglisemi, nonketotik hiperosmolar koma, diabetik ketoasidoz ortaya çıkabilir. Cerrahi, diğer travmalar gibi semptomatik aktivasyona neden olur. Aşırı semptomatik aktivasyon hepatik enerji yapımının artmasına ve insülin ile indüklenen enerji utilizasyonunun azalmasına neden olur. Sonuçta gelişen stres hiperglisemisi diabetik tablonun ağırlaşmasına yol açar.

İkinci problem, cerrahi işlem uygulanan hastalarda infeksiyon gelişme riskidir. Çünkü diabetiklerin nondiabetiklere nazaran yara ve diğer infeksiyonların gelişimine daha fazla eğilimleri vardır. Diabetiklerde nötrofillerde migrasyon ve fagositoz bozulmuştur. Ayrıca lökositlerin bakterisidal aktiviteleri azalmıştır. Kontrolsüz diabetiklerde lenfosit aktiviteleri de bozuktur.

Diabetiklerin cerrahisinde ortaya çıkan üçüncü problem, vasküler problemlerdir. Diabetiklerde rastlanan diffüz oklüziv arteriosklerotik vasküler hastalık, arterioller ve kapiller damar kalınlığı ve venüllerde genişleme ile giden küçük damar hastalığı sonucu gelişen retinopati, iskemik ekstremité ülserleri, renal arteriosklerozis ve iskemik kalp hastalığı bilinen patolojilerdendir. Bu vasküler lezyonlar diabetik hastalarda postoperatif morbidité ve mortaliteyi artırıcı faktörler olarak önemlidir (13).

Böylece diabetiklerin sadece acil cerrahide değil, elektif cerrahide de nondiabetiklerden daha fazla risk taşıdıkları ortaya çıkmaktadır.

Tabii, burada diabetik hastanın yaşı, diabetin kontrol derecesi ve diabet komplikasyonlarının varlığı gibi etkenler, sonucu etkileyecek önemli faktörlerdir.

Asemptomatik safrataşı bireylerde ayrıca, semptomların gelişme hızı, semptomatik olanlarda acil cerra-

hi gerektirme ihtimali, acil cerrahi sırasında mortalite hızı, gözönüne alınması gereken faktörlerdir.

McSherry ve ark (14) çalışmalarında 135 kişilik asemptomatik kolelitiazisli bir grup aldılar. Bunların %30'u diabetikti. 5 yıllık bir takip sonunda sadece 14 (%10) hastada semptomlar gelişti. 14 hastanın da yalnızca 10'unda-tanıdan ortalama 47 ay sonra-operasyon gerekli oldu.

Lawrence ve ark (14) da çalışmalarında şu hususları belirtmektedir:

a) Asemptomatik safra taşlarının durumu diabetik ve nondiabetiklerde benzerdir.

b) Diabetiklerdeki sessiz safra taşları için yapılan profilaktik kolesistektomi hayat süresini ve kalitesini artırmamaktadır.

c) Erken profilaktik cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlar ve acil cerrahi sonrası gelişen komplikasyonlar benzerdir.

Evet, sonuç olarak ne söylenebilir? Diabetiklerdeki asemptomatik safra taşları konusunda tavrımız ne olmalıdır?

Geçmişteki klinik doğmalardan bugün vazgeçilmiştir. Nondiabetiklerde olduğu gibi diabetik hastaların çoğunda da profilaktik kolesistektomi gereksizdir. Belki ilerde litotripsi, perkütanöz transhepatik safra kesesi puncture gibi yeni teknikler profilaktik cerrahiye bir alternatif olarak düşünülebilir.

Şimdilik her hasta, bağımsız olarak değerlendirilmeli, tedavi seçimi yapılmadan önce dikkatli bir 'risk-yarar' analizi yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Menteş NK. Klinik Gastroenteroloji, 1983;2:810-8.
2. Tanno N, Koizum M, Goto Y. The relationship between cholelithiasis and diabetes mellitus: discussion of age, obesity hyperlipidemia and neuropathy. Tokyo J Exp Med 1988; 154(1):11-20.
3. Gracia WA, Ransohoff DA. The natural history of silent gallstones. N Engl J Med 1982; 307:798-800.
4. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, Lahman E, Virshup M. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. Ann Surg 1985; 202:59-63.
5. Rabinowitch IM. On the mortality resulting from surgical treatment of chronic gallbladder disease in diabetes mellitus. Ann Surg 1932;96:70-4.
6. Eisele HE. Results of gallbladder surgery in diabetes mellitus. Ann Surg 1943; 118:107-15.
7. Turrill FL, McCarron M, Mikkelsen WP. Gallstones and diabetes: an ominous associaton. Am J Surg 1961; 102:184-90.
8. Mundth ED. Cholecystitis and diabetes mellitus. N Engl J Med 1962; 267:642-6.
9. Haff RC, Butcher HR, Ballinger WF. Factors influencing morbidity in biliary tract operations. Surg Gynecol Obstet 1971; 132:195-203.
10. Walsh DB, Eckhauser FE, Ramsburghs R, Burney RB. Risk associated with diabetes mellitus in patients undetgoing gallbladder surgery. Surgery 1982; 91:254-7.
11. Keighley MRB, Razay G, Fitzgerald MG. Influence of diabetes an mortality and morbidity following operations for obstructive jaundice, Ann R Coll Sur Engl 1984; 66:49-51.
12. Sandler RS, Maule WF, Baltus ME. Factors associated with postoperative complications in diabetics after biliary tract surgery. Gastroenterology 1986; 91:157-62.
13. Podolsky S. Management of diabetes in the sutgical patient. Medical clinics of North America 1982;66:6.
14. Lawrence S, Friedman MD, Mark S, Roberts MD, Allan S, Brett MD, Keith I, Marton Md. Management of asymptomatic gallstones in the diabetic patient. Annuals of Int Med 1988; 11:913-9.