

SEMPTOMATİK SAFRA KESESİ TAŞLARINDA KOLESİSTEKTOMİNİN SEMPTOMLARIN İYİLEŞMESİNE ETKİSİ The effect of cholecystectomy on symptoms of gallstone disease

Osman Doğru¹, Muammer Karaayvaz², Burhan Eyüboğlu³, Erdal Göçmen², Nuri Aydın Kama⁴

Özet: Safra taşları toplumda yaygın olarak bulunan ve genellikle asemptomatik seyreden bir patolojidir. Safra taşına bağlı olarak meydana geldiği düşünülen birçok semptom kolesistektomiden sonra da devam etmektedir. Semptomların hangilerinin direkt safra taşı ile ilgili olduğunu bilmek önemlidir. Çünkü ancak kolesistektomi bu semptomları ortadan kaldıracaktır. Bu çalışmada semptomatik safra kesesi taşlarında yapılan laparoskopik ve açık kolesistektomilerin semptomların iyileşmesine etkisi araştırıldı. Çalışma dönemi içerisinde 53'ü açık, 46'sı laparoskopik olmak üzere toplam 99 hastaya kolesistektomi yapıldı. Epigastrik ağrı, yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük şeklindeki semptomlar kolesistektomiden sonra çoğunlukla ortadan kalktı. Tokluk ağrısı ve rahatsızlığı şeklinde tarif ettiğimiz dispeptik yakınmalar (şişkinlik, geğirme), omuza ve bele vuran ağrılar ise postoperatif dönemde en fazla sebat eden semptomları oluşturdu. Postoperatif dönemde semptomların devam etmesi bakımından açık ve laparoskopik kolesistektomi grupları arasında anlamlı bir fark belirlenemedi ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Safra taşı, Semptomlar, Kolesistektomi

Safra taşlarının yaklaşık 2/3'ünün asemptomatik olduğu bilinen bir gerçektir (1-6). Noninvaziv ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle, günümüzde bazı dispeptik şikayetlerin ve karın ağrılarının araştırılmasında çoğunlukla ilk tetkik aracı

Summary: Gallstones are extremely common and usually do not cause symptoms. Cholecystectomy does not always relieve symptoms traditionally thought to be caused by gallstones. It is important to accurately identify which symptoms are caused by gallstones, since removing the gallbladder will relieve only these symptoms. The aim of this study was to clarify the effects of open and laparoscopic cholecystectomy upon relevant symptoms. Fifty-three open and 46 laparoscopic, totally 99 cholecystectomies were performed in the study. The symptoms of epigastric pain and fatty food intolerance relieved mostly after cholecystectomy. The most persistent symptoms after cholecystectomy were postprandial pain and dispepsia (bloating, belching, flatulence), pain which radiates to the shoulder and to lower back. There were no difference between open and laparoscopic cholecystectomies when we consider the persistence of symptoms ($p>0,05$).

Key Words: Gallstone, Symptoms, Cholecystectomy

ultrasonografi olmaktadır. Safra taşı tesbit edilen hastaların çoğunda sözkonusu şikayetlerin taşla bağlı olduğu düşünülerek kolesistektomi yapılmaktadır. Fakat yapılan çalışmalarda hastaların ancak %43-47'sinin kolesistektomiden sonra asemptomatik hale geldiği diğerlerinde ise şikayetlerin devam ettiği bildirilmektedir (7-9).

Semptomatik safra taşı bulunan hastalarda açık ve laparoskopik olarak yapılan kolesistektominin semptomların iyileşmesine etkisini belirlemek üzere prospektif bir çalışma yaptık.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi ELAZIĞ
Genel Cerrahi, Y.Doç.Dr.¹,
Ankara Numune Hastanesi 4. Cerrahi Kliniği ANKARA
Genel Cerrahi, Uzm.Dr.², Araş.Gör.Dr.³, Doç.Dr.⁴.

Geliş tarihi: 30 Mayıs 1994

METODLAR

Çalışmaya Ocak 1992-Eylül 1993 tarihleri arasında safra taşı sebebiyle kliniğimizde açık ve laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalar alınmıştır. Hastalar düzenlenen özel formlarla takip edildi. Preoperatif dönemde tüm semptomlar belirlenerek kaydedildi. Bu dönemde hastada kolelitiazis dışında belirlenen diğer patolojiler de kaydedildi.

Taburcu işlemini takiben 3 ay sonra hastalar kontrole çağrıldılar. Bu kontrolleri esnasında preoperatif dönemde tarif ettikleri tüm semptomlar tek tek ele alınarak tekrar soruldu. Ameliyat sonrası devam eden şikayetler belirlenerek kaydedildi. Ankara dışında olan ve kontrole gelemeyen hastalardan bilgiler telefon görüşmesi yoluyla temin edildi. Herhangi bir yolla bilgi alınamayan hastalar çalışmadan çıkarıldı.

Açık ve laparoskopik kolesistektomilerden sonra her iki gruptaki hastalarda devam eden semptomların oranları belirlenerek karşılaştırıldı. İstatistiki çalışmada Fisher'in kesin khi kare testi kullanıldı.

SONUÇLAR

Toplam olarak 99 hasta çalışmaya alındı. Elliüç

hastaya açık(43 kadın,10 erkek) ,46 hastaya (43 kadın, 3 erkek) ise laparoskopik kolesistektomi yapıldı. Açık kolesistektomi grubunda ortalama yaş 49.54 yıl iken laparoskopik grupta 46.82 yıl olarak belirlendi.

Preoperatif dönemde hastalarda belirlenen semptomlar tablo I 'de gösterilmiştir. En sık görülen şikayetler sırasıyla epigastrik ağrı (%84), bulantı (%63), yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük (%49) ve bel ağrısı (%46) idi. Preoperatif dönemde semptomların dağılımı açısından açık ve laparoskopik kolesistektomi grupları arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0,05$).

Tablo II'de semptomların preoperatif ve postoperatif dağılımı ile postoperatif dönemde devam etme oranları gösterilmiştir. Tüm hastalar düşünüldüğünde postoperatif dönemde en fazla devam eden semptomlar sırasıyla tokluk rahatsızlığı (%41.66), bel ağrısı (%30.43), açlık + tokluk ağrısı (%29.41) sağ omuza vuran ağrı (%14.28) ve açlık ağrısı (%12.5) idi. Bu açıdan bakıldığında açık ve laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalar arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p>0,05$, Tablo II).

Safra taşına ek olarak 8 hastada hipertansiyon 3 hastada koroner arter hastalığı 6 hastada ise diabetes mellitus mevcuttu.

Tablo I. Preoperatif dönemde açık ve laparoskopik hasta gruplarında semptomların dağılımı

Semptomlar	Açık (n=53)		Laparoskopik (n=46)		p	Toplam (n=99)	
	n	%	n	%		n	%
Epigastrik ağrı	50	94.3	34	73.9	$p>0.05$	84	84.8
Bulantı	35	66	28	60.9	$p>0.05$	63	63.6
Y.Y.T*	25	47.2	24	52.2	$p>0.05$	49	49.5
Bel ağrısı	24	45.3	22	47.8	$p>0.05$	46	46.5
Kusma	22	41.5	21	45.6	$p>0.05$	43	43.4
Sağ omuz ağrısı	25	47.2	17	37	$p>0.05$	42	42.4
Tokluk rahatsızlığı	16	30.2	8	17.4	$p>0.05$	24	24.2
Açlık ağrısı	8	15.1	8	17.4	$p>0.05$	16	16.2
Açlık+tokluk ağrısı	8	15.1	9	19.6	$p>0.05$	17	17.2

* Yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük

Tabo II. Semptomların her iki grupta pre- postoperatif dönemlerde dağılımı ve postoperatif dönemde devam etme oranları

Semptomlar	Açık kolesistektomi (n=53)			Lap. kolesistektomi (n=46)			p	Toplam (n=99)		
	Preop	Postop	%*	Preop	Postop	%*		Preop	Postop	%*
Epigastrik ağrı	50	6	12.0	34	3	8.82	p<0.05	84	9	10.7
Bulantı	35	1	2.85	28	4	14.28	P>0.05	63	5	7.93
Kusma	22	0	0	21	1	4.76	P>0.05	43	1	2.32
Y.Y.T.**	25	1	4.0	24	0	0	P>0.05	49	1	2.04
Açlık ağrısı	8	2	25.0	8	0	8	P>0.05	16	2	12.5
Tokluk rahatsızlığı	16	9	56.25	8	1	12.5	P>0.05	24	10	41.66
Açlık+tokluk rahatsızlığı	8	3	37.5	9	2	22.22	P>0.05	17	5	29.41
Sağ omuz ağrısı	25	3	12.0	17	3	17.64	P>0.05	42	6	14.28
Bel ağrısı	2	10	41.6	22	4	18.18	P>0.05	46	14	30.43

* Semptomların postoperatif dönemde devam etme oranları

**Yağlı yiyeceklere tahammülsüzlük

TARTIŞMA

Günümüzde, klasik kolelitiazis semptomları artık sorgulanmaya başlamıştır, çünkü kolesistektomiye takiben bazı semptomlar devam etmektedir. Klinik olarak kolesistektomiden istifade edecek olan hastaların belirlenmesi ve postoperatif dönemde devam edebilecek patolojilerin hastaya izahı büyük önem taşımaktadır. Bunun için safra taşlarının tedavisinde şu özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Safra taşı toplumda oldukça yaygın bir patolojidir, yapılan ultrasonografik çalışmalarda %22-44, otopsi çalışmalarında ise genellikle yaşın ilerlediği durumlarda %57'lere varan insidans bildirilmektedir(10-12). Yaklaşık olarak safra taşlarının 2/3'ü asemptomatiktir (1-6) ve bunların çoğu asemptomatik olarak kalmaktadır (13,14). Kolesistektomiden sonra hastanın bazı semptomları devam edebilir (7,8).

Karın sağ üst kadranda ağrısı safra taşlarında hastayı doktora getiren en önemli semptomdur ve yaklaşık olarak hastaların %22-29'unda kolesistektomiden sonra da devam ettiği bildirilmektedir (8,15,16). Bu çalışmada da en sık görülen semptom epigastrik ağrı olmuştur (%84). Kolesistektomiden en fazla istifade eden semptom ağrı idi ve postoperatif dönemde devam etme oranlarımız literatüre göre daha düşüktü. Ağrı etyolojisinin daha detaylı araştırılması ile postoperatif dönemde devam etme

insidansının daha da azalacağına inanıyoruz.

Safra taşı olan hastaların %60-70'inde bulantı ve % 45-80'inde kusma görüldüğü bildirilmiştir (15,17,18). Bizim de preoperatif dönemdeki bulgularımız bu oranlar içerisindedir. Yapılan prospektif bir çalışmada kolesistektomiden sonra bulantının %23, kusmanın ise %9 hastada devam ettiği belirlenmiştir(9). Bu çalışmada toplam olarak hastalarımızın %7.93'ünde bulantı, %2.32'sinde ise kusma şikayetleri postoperatif dönemde de devam etti. Bu seride bulantı ve kusmanın postoperatif dönemde devam etme insidansları literatüre göre daha düşüktü, ancak hastaların preoperatif dönemde daha detaylı soruşturulması ve incelenmesi sonucunda bu oranların daha da azalabileceği kanaatindeyiz.

Kolesistektomiden en az etkilenen semptom tokluk rahatsızlığı olarak belirttiğimiz, postprandial dönemde görülen şişkinlik, geğirme, epigastrik dolgunluk hissi ve ağrı şeklinde tarif edilen dispeptik yakınmalardır. Hastaların toplam olarak % 41'inde postoperatif dönemde bu şikayetler devam etmiştir. Yapılan çalışmalarda bu tür dispeptik şikayetlerin kolesistektomilerden sonra %20-80 oranında devam ettiği bildirilmektedir (7,8,15,19,20). Normal popülasyonu içine alan çalışmalarda bu tür dispeptik şikayetlerin safra taşı olmayan hastalarda da safra taşı olan hastalar

kadar görüldüğü bildirilmektedir (18,21,22).Bu sebeple toplumda yaygın olarak görülen bu semptomu sadece safra taşına bağlamak doğru olmaz.Kolesistektomiden sonra bu tür şikayetlerin devam edebileceği yönünde hastalar uyarılmalıdır. Bizim belirleyememize rağmen sebat eden bu tür şikayetlerin çoğunun iritabil kolon sendromuna veya biliyer motilite bozukluklarına bağlı olduğu bildirilmektedir (7, 23-25). Ameliyattan sonra bu tür şikayetlerin ortadan kalktığı hastalarda ise semptomların taşla ilgili olduğunu düşünmek gerekir.

Safra taşı olan hastalarda ağrının özellikle ağır yağlı yiyecekler ve kızartmalardan sonra arttığı uzun süreden beri söylenmesine rağmen (26) yapılan ultrasonografik çalışmalarda safra kesesi boşalmasının yenilen gıdanın yağ muhtevasına bağlı olmadığı gösterilmiştir (27). Ayrıca yapılan birçok klinik çalışmada da yağlı yiyeceklerle ağrı arasında herhangi bir ilişki gösterilememiştir (4,18,21,28). Literatürdeki bu verilere rağmen preoperatif dönemde hastalarımızın yaklaşık yarısında (%49) yağlı yiyeceklere karşı tahammülsüzlük (YYT) varken postoperatif dönemde ancak %2-4 hastada bu şikayet devam etmiştir. Hastalar kolesistektomiden önemli derecede istifade etmişlerdi. YYT'de toplumda yaygın olarak görülen bir şikayettir ve yapılan bir çalışmada kontrol grubunda safra taşı grubuna göre daha fazla YYT olduğu belirlenmiştir (18).Bu şikayetin safra taşına bağlı olduğu hakkında toplumda da yaygın bir inanış vardır bu sebeple biz kolesistektomiden sonra hastalarımızın semptomlarındaki bu iyileşmeyi daha çok psikolojik etki ile açıklayabiliriz.Hasta ameliyattan sonra belki de gıdaların yağ muhtevası ile ağrısının bir ilişkisi olmadığını; kendini iyileşmiş kabul ettiğinden daha iyi fark etmiş olabilir.Ancak konunun fizyopatolojik mekanizmalarının yapılacak çalışmalarla netleştirilmesi gerektiğine inanıyoruz.

Biliyer ağrının %60 vakada karın dışına yayıldığı

bildirilmektedir (15,18,21,23).En sık yayıldığı yerler ise bel ve omuzlardır. Bu çalışmada bel ağrısı olan hastaların %30'unda, sağ omuz ağrısı olan hastaların ise %14'ünde postoperatif dönemde ağrılar devam etmiştir. Hasta grubumuzdaki bu şikayetlerin safra taşından ziyade spor yapma alışkanlığı az olan toplumumuzda görülen mekanik bel ağrılarına bağlı olduğuna inanıyoruz.Bu sebeple de bir çok hastada postoperatif dönemde bu ağrılar devam etmiştir.

Açlık ağrısı ya da açlıkla beraber tokluk döneminde de ağrı ve dispeptik şikayetleri olan hastalarımız da kolesistektomiden fazlaca istifade etmemişlerdir. Antiasidlerin biliyer ağrıda da rahatlatıcı etkilerinin olması (9,29) bazen teşhis karışıklıklarına sebep olabilmektedir. Ülsere yönelik şikayeti olan hastaların daha detaylı değerlendirilmeleri gerekmektedir.Belkide bu hastalarda ülser gösterilememesine rağmen bazal asit outputları yüksektir.

Açık ve laparoskopik kolesistektomilerde karın içerisinde yapılan işlemler aynıdır.Bu sebeple postoperatif dönemde devam eden semptomlar açısından iki grup arasında bir farkın oluşması beklenemez. Nitekim çalışmamız da bunu destekler mahiyettedir.İki grup arasında bu açıdan anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$, Tablo II).

Sonuç olarak,tokluk döneminde rahatsızlığa sebep olan dispeptik yakınmaların, biliyer orijinli ağrı ile desteklenmediği sürece, tek başına kolesistektomi endikasyonu olamayacağı kanatine varıldı. Kolesistektomilerden sonra preoperatif dönemdeki semptomların en aza inmesi için,preoperatif dönemde detaylı bir araştırma yapılarak semptomlarla kolesistitin ilişkisi tam ortaya konulmalıdır. Bu gayretlere rağmen de kolesistektomilerden sonra bazı dispeptik şikayetlerin devam edebileceği daima akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Egbert AM. Gallstone symptoms. Myth and reality. *Postgraduate Medicine* 1991;90:119-126.
2. Janzon L, Aspelin P, Eriksson S, et al. Ultrasonographic screening for gallstone disease in middle aged women: Detection rate, symptoms and biochemical features. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20:706-710.
3. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. *Am J Epidemiol* 1984;119:796-805.
4. Jorgensen T. Abdominal symptoms and gallstone disease: An epidemiological investigation. *Hepatology* 1989;9:856-860.
5. Barbara L, Sama C, Morselli Labate AM, et al. A population study on the prevalence of gallstone disease. *Hepatology* 1987;5:913-917.
6. Cucchiari G, Rossitch JC, Bowie J, et al. Clinical significance of ultrasonographically coincidental gallstones. *Dig Dis Sci* 1990; 35:417-421.
7. Ros E, Zambon D. Postcholecystectomy symptoms: A prospective study of gallstone patients before and two years after surgery. *Gut* 1987; 28:1500-1504.
8. Bates T, Mercer JC, Harrison M. Symptomatic gallstone disease: Before and after cholecystectomy. *Gut* 1984; 25:579-580.
9. Bates T, Ebbs SR, Harrison M and A'Hern RP. Influence of cholecystectomy on symptoms. *Br J Surg* 1991; 78: 964-967.
10. Jorgensen T. Prevalence of gallstones in a Danish population. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 912-921
11. Maurer KR, Everhart JE, Ezzati TM, et al. Prevalence of gallstone disease in Hispanic populations in the United States. *Gastroenterology* 1989; 92:487-492.
12. Lindstrom CG. Frequency of gallstone disease in a well-defined Swedish population: A prospective necropsy study in Malmo. *Scand J Gastroenterol* 1977; 12:341-346.
13. McSheery CK, Ferstenberg H, Calhaun WF, et al. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985; 202: 59-63.
14. Gracie WA, Ronsohoff DF. The natural history of silent gallstones: The innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982; 307:708-800.
15. Gunn A, Keddie N. Some clinical observations on patients with gallstones. *Lancet* 1972; 2:239-241.
16. Bouchier IAD, Rhodes K, Brien MA. Study of symptomatic and silent gallstones. *Scand J Gastroenterol* 1968; 3:299-304.
17. Gilliland TM, Traverso LW. Modern Standards for comparison of cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long-term relief of symptoms. *Surg Gynecol Obstet* 1990; 170:39-44.
18. Diehl AK, Sugarek NJ, Todd KH. Clinical evaluation for gallstone disease: Before and after cholecystectomy. *Gut* 1984; 25:579-580.
19. Johnson AG. Gallstones and flatulent dyspepsia: Cause or coincidence? *Postgrad Med J* 1971; 47:467-472.
20. Finlayson N. Cholecystectomy for gallstones. *Br Med J* 1989; 298:133-134.
21. Wegge C, Kjaer Gaard J. Evaluation of symptoms and signs of gallstone disease in patients admitted with upper abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 1995; 20:933-936.
22. Persson G, Sloth M, Skold S, et al. Evaluation of anamnestic data in patients referred for oral cholecystography. *Scand Gastroenterol* 1989; 24: 550-556.
23. Rigas B, Torosis J, Mc Dovgall CJ, et al. The circadian rhythm of biliary colic. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12:409-414.
24. Einarsson K, Angelin B, Kelter U, et al. Biliary colic without evidence of gallstones; Diagnosis, biliary lipid metabolism and treatment. *Acta Chir Scand* 1986;530:31-34.
25. Gelin J, Rehfeld JF, Jansson R, et al. The secretion of cholecystokinin in the gallstone patient before and removal of a functioning gallbladder. *Surgery* 1987;101:201-204.

26. Schwartz Sy, Lilleher RC, Shires GT, et al. Gallbladder and extrahepatic biliary system. *Principles of Surgery*. Mc Graw-Hill, New York 1974, pp 1237
27. Mogadam M, Albarelli J, Ahmed SW, et al. Gallbladder dynamics in response to various meals: Is dietary fat restriction necessary in the management of gallstones? *Am J Gastroenterol* 1984; 79:745-747.
28. Hinkel CC, Moller GA. Correlation of symptoms, age, and habitus with cholecystographic findings in 1000 consecutive examinations. *Gastroenterology* 1957; 32: 807-815.
29. Talley NJ, Mc Neil D, Piper DW. Discriminant value of dyspeptic symptoms: A study of the clinical presentation of 221 patients with dyspepsia of unknown cause, peptic ulceration, and cholelithiasis. *Gut* 1987; 28: 40-46.