

Klinik Çalışmalar :

A. Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü

**POST - KOLESİSTEKTOMİ SENDROMUNDA ŞİRKÜRJİKAL
TEDAVİ SONUÇLARI (47 vak'alık bir serinin etüdü)**

Dr. İsmail KAYABALI

Post-kolesistektomi sendromu (P.K.S.), kelime anlamıyla, safra kesesinin alınmasından sonra beliren, kısmen ameliyattan öncekilere benzer, kısmen de yeni bir takım şikâyetlerle kendini gösteren belirtilerin tümüne verilen isimdir.

P.K.S.unun sıklığı bakımından verilen bazı sayılar (Tablo-1) de arz edilmiştir.

(Tablo-1). Post-Kolesistektomi sendromunun görülme oranı.

Yazar	Yıl	Oran (%)
N. A. Womack	1947	5-20
P. Mallet-Guy	1950	5,6
İ. Kayabalı	1960	5-11,5
F. Gleen	1956	24

P.K.S.u bir çok şekilde sınıflandırılmışdır. Biz, etio-pathogenesis'e dayanan aşağıdaki sınıflandırmayı ön görüyoruz (10):

1 — Hepato-bilio-pankreatik sistemin organik lezyonlarına bağlı olarak gelişen P.K.S.ları :

- 1 — Cholangitis veya hepatitis chronica.
- 2 — Karaciğer dışı safra yollarının selim darlık ve fistülleri :

* A.Ü. Tıp Fakültesi Şirürji Kürsüsü Profesörü.

- a — İç safra fistülleri.
- b — Dış safra fistülleri.
- c — Bilio-biliyer safra fistülleri.
- 3 — Yerinde kalan veya yeniden gelişen taşlar :
 - a — Karaciğer içi taşları.
 - b — Choledocus ve hepaticus taşları.
- 4 — Karaciğer ve karaciğer dışı safra yollarının parazit-leri.
- 5 — Karaciğer dışı safra yollarının habis tümörleri.
- 6 — Hemobilia traumatica (16).
- 7 — Lymphadenitis peri-cholechoealis.
- 8 — Pancreatitis chronica.

II — Çevre organların organik lezyonlarına bağlı olarak gelişen P.K.S.ları :

- 1 — Çeşitli cerahat toplantıları.
- 2 — Mide ve duodenum hastalıkları.
- 3 — Hiatus fıtıkları.
- 4 — Kronik Peritoneal Tbc.
- 5 — Afferan ans sendromu.

III — Fonksiyonel lezyonlara bağlı olarak gelişen P.K.S.ları :

- 1 — Ductus hepaticus'lar sendromu.
- 2 — Dystonia-dyskinesia biliaris sendromu :
 - a — Oddi sfenktteri hipertoni (Odditis chronica-Oddi fibrosisi)
 - b — Oddi sfenktteri hipotoni.
 - c — Diskrini (dyscrinie).

IV — Karma lezyonlar .

MATERİYEL

Bu çalışma, 1956-1970 yılları arasında tedavi ve takib edilen 47 P.K.S.u vak'asını kapsamaktadır (Tablo - 2).

Bu hastaların 30 u (% 63) kadın, 17 si (% 37) erkektir. En genç hasta 11, en yaşlı hasta 73 yaşındadır.

SONUÇLAR

Sonuçlarımız, ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası bulguları adı altında iki bölümde söz konusu edilecektir.

I — Ameliyat öncesi bulguları :

1 — Yapılan ilk müdahalenin cinsi : Kolesistektomi : 43 (% 91), kolesisto-litotomi (Cholésystendèse) : 3 (% 6), kolesisto-gastrostomi : 1 (% 3).

2 — Hastaların ilk ameliyattan sonra ikinci kere hekime gelmesi arasında geçen süre en az 16 gün, en çok 8 yıl olmuştur; ortalama süre 4,5 yıldır.

3 — Bu hastalardaki P.K.S.u sebepleri şunlardır (Tablo - 3).

II — Etkili bir tedavi yolunun seçilmesi bakımından düşünceler :

1 — Geçerli bir tedavi yolunun seçilmesinde şart olan ilkeler şunlardır (10):

a — Hastanın elektrolit, kan proteinleri ve sıvı dengesinin tamamen düzenlenmeden ameliyata alınmaması.

b — İnateçli safra infeksiyonlarıyla savaş.

c — Geniş bir varış yolu seçilmesi.

d — Ameliyat sırasında safra sisteminin manometrik ve radyolojik kontrolünün sistematik olarak yapılması.

e — Karaciğer ve pankreasdan biopsi alınması (frozen section).

2 — Radikal bir tedavi metodunun seçilmesinde göz önünde tutulan kriterler aşağıda özetlenmiştir :

TABLO : 2
VAK'ALARIMIZIN ÖZETİ

Vak'a	Prot.	Yaş	Cins	Yıl	Teghis	Yapılan ameliyat	Sonuç
1	5483	27	Kadın	1962	Safra fistülü	Fistül - jejunost.	Excitus
2	6239	32	Kadın	1962	Safra fistülü	Fistül - Düodenost.	Şifa
3	6690	38	Erkek	1962	Darlık	Splenopografi	Excitus
4	2701	38	Kadın	1965	Safra fistülü	Hepatico - Gastrost.	»
5	4576	35	Erkek	1966	Darlık	Koledoko - Düodenst.	Şifa
6	—	60	Erkek	1970	Odditis Chr.	Sfenkteroplasti	»
7	3695	49	Erkek	1966	Taş	T. drenajı	»
8	546	42	Erkek	»	»	»	»
9	6759	48	Erkek	»	»	»	»
10	7751	65	Kadın	1965	»	Koledoko - Düodenost.	»
11	3140	58	Erkek	»	»	Koledoko - Düodenost.	»
12	3192	36	Erkek	1966	»	Sfenkteroplasti	»
13	829	34	Kadın	»	Cholangitis Chr.	Nörektomi	»
14	3737	29	Erkek	1959	»	»	»
15	1801	36	Kadın	»	»	»	»
16	5508	3	»	1961	»	»	»
17	4284	35	Erkek	1966	»	»	»
18	1938	45	»	1957	Pancreatitis Chr.	Sol Splanchn.	»
19	418	11	»	1966	Hemobil. Traumat.	Sağ hepatektomi	»
20	2562	45	Kadın	1959	Lymphad. p - Choled.	T Drenajı	»
21	6866	30	»	1963	»	Moignon kısaltıldı	»
22	3007	33	»	1963	Mide Ca.	Mide rezeksiyonu	Excitus
23	7098	48	»	1962	Peptic ulcus	»	»
24	6654	57	»	1963	»	»	Şifa
25	526	23	»	1960	Diaph. altı absesi	Drenaj	»

Vak'a	Prot.	Yaş	Cins	Yıl	Teşhis	Yapılan ameliyat	Sonuç
26	7439	48	Erkek	1964	Diaph. altı absesi	»	»
27	1537	26	Kadın	1956	Safra sist. Hipoton.	Sağ Splanchn.	Salâh
28	641	73	Erkek		Cysticus artığı	Kısıldı	Kötü
29	4108	19	Kadın	1963	»	T Dreni	Şifa
30	5658	44	Erkek		Cholécystendése	Kolesistektomi	»
31	6388	45	Kadın	1963	Cysticus artığı	Kısıldı	»
32	3197	35	Erkek	1966	»	»	Nüks
33	3017	50	Kadın	1965	»	»	Şifa
34		37	Erkek	1970	Cholangitis Chr.	Nörektomi	»
35	5505	45	Kadın	1968	K. ciğer amyloidosis	Basit Laparat.	Excitus
36	5267	60	»	»	Cholécystendése	Kolesistektomi	Şifa
37	4977	48	»	»	Pancreatitis Chr.	Sol Splanchni.	»
38	150	40	»	1970	Safra Sist. Hipoton.	Sağ »	»
39	9644	30	Kadın	1968	Cholangitis Chr.	Nörektomi	»
40	5784	25	»	1969	»	»	Şifa
41	1776	30	»	1968	»	»	»
42	6049	58	Erkek	1969	Yerinde kalan dren perdü	T drenajı	»
43	8049	31	Kadın	1963	Taş	»	»
44	3298	56	»	1958	Cholécystendése	Kolesistektomi	»
45	6150	35	»	1969	Pancreatitis Chr.	Sol splanchnic.	»
46	6055	44	»	1969	Safra Sist. Hipoton.	Sağ »	»
47	Özel	27	»	1963	Safra Sist. Hipoton.	Sağ »	»

a — Cholangitis veya hepatitis chronica ile gelen vak'alarda arteria hepatica çevresinde yapılan nörektomi ile çok başarılı sonuçlar elde edilmiştir (12, 13, 23, 24).

b — Karaciğer dışı safra yollarının selim darlık ve safra fistüllerinde sonuçlar parlak olmamıştır. Bunun nedenleri ameliyattan sonra hızla gelişen elektrolit ve sıvı noksanlarıyla birlikte kronik periton ve karaciğer infeksiyonlarıdır. Bunun yanında post-operatif erken dönemde kaybedilmeyen hastalarda zamanla yenden anastomoz darlıkları, safra yolları ve karaciğer infeksiyonları gelişmesi de başarı şansını azaltan diğer önemli bir faktördür. Nitekim bu şekilde 5 vak'ının ancak 2 sinde başarı alınabilmektedir (7, 8, 10).

(Tablo - 3). Serimizi teşkil eden vak'alardaki P.K.S.u sebepleri.

P.K.S.unun sebepleri	Vak'a sayısı	Oran (%)
Safra yollarının selim darlık ve fistülleri	5	10
Choledocus taşları	7	15
Cholangitis chronica	9	19
Pancreatitis chronica	3	6
Hemobilia traumatica	1	2
Lymphadenitis peri-choleodochealis	2	4
Oddi sfenkterinin hipototonik tipte dystonia'sı	4	6
Oddi sfenkterinin hipertotonik tipte dystonia'sı	1	2
Tam yapılmamış kolesistektomi veya cholécystendése	3	6
Mide ve duodenum hastalıkları	3	6
Diaphragma altı absesi	2	4
Uzun bırakılmış Ductus cysticus artıkları	5	10
Yerinde kalmış dren perdü	1	2
Karaciğer amyloidosis'i	1	2

c — Ductus cholecus'da gelişen taşların tedavisinde nükslerin önlenmesi esas problemi teşkil eder. Bu bakımdan çeşitli biçimler-yapılabilen dış drenajlar garantili olarak kabul edilemez. En iyi yol ya bir bilio-dijestif anastomoz veya bir sfenkeroplastidir (5,14,18, 26).

d — Lymphadenitis peri-choleodochealis, safra yolları çevresindeki lymph ganglionlarının kronik ve ilerleyici bir hiperplasia'sıdır (27). Tedavisi, her vak'aya göre çeşitli biçimlerde olabilir.

e — Pancreatitis chronica, oluş sebeplerine göre değişik yollarla tedavi edilmelidir (20,21,22,28). Total ve ilkel pancreatitis chronicalarda sol nervus splanchnicus major'un rezeksiyonu ile başarılı sonuçlar elde edilmiştir (15).

f — Materyelimizde, Oddi sfenktterinin hipotonik tipteki dyskinesia'ları hipertonic olanlardan daha sıktır (4 e karşı bir). Hipotonik dyskinesia'ların tedavisinde sağ nervus splanchnicus major'un rezeksiyonu, hipertonic olanlardaysa sfenktteroplasti ile cesaret verici sonuçlar almak kabildir (6,9,18).

— Kanımıza göre uzun bırakılmış Ductus cysticus artıkları, P.K.S. oluşunda haksız olarak sonuçlandırılmıştır. (2,4,17,29). Buna, bu artıkların kolay ve tehlikesiz bir şekilde kısaltılabilmesini de katmak gerekir. Ductus cysticus artıklarının altında hemen daima organik veya fonksiyonel başka bir lezyon veya lezyonlar gizlidir (1, 11,17,19). Eğer bu gizli lezyonlar meydana konup tedavi edilmezse yalnız ve basit bir şekilde uzun bırakılmış artığın kısaltılmasıyla başarı elde etmek imkanı yoktur. Bunun için de yukarıda söz konusu edilen muayene ve investigasyon yollarının tümüne baş vurulmalıdır. Fakat başka bir lezyon meydana konamazsa cysticus artığının kesilmesi başarılı olur.

h — Bir kısım cerrahlar, çevre yapıları yaralamak endişesiyle özellikle çok yapışık keselerde, keseyi basitçe açıp içindeki taşları almayı kolesisto-litomi ve veya kolesistandez), bazan da kesenin büyükçe bir bölümün yerine bırakmak yoluna giderler (3). Böyle durumlarda yerinde kalan kese parçası veya tamamının mutlaka çıkartılması gereklidir.

i — Diaphragma altı keseleri, bazan çok ilginç durumlar doğurabilir. Nitekim bir vak'amızda (Obs.26), 2 yıl yerinde kalmış bir abseyle karşılaştık. Böyle cerehatlar, genellikle steril olarak bulunur. Drenaj ile bu vak'alarda tam şifa elde edilir.

111 — Şirürjikal tedavi sonuçları :

Yukarıda ilkeleri kısaca söz konusu edilen metodlarla 47 P.K.S.u vak'asında elde edilen sonuçlar (Tablo — 2) de özetlenmiştir. Bu tablonun tetkikinden anlaşılacağı gibi bu seride şirürjikal

tedaviyle 37 (% 79,3) şifa, 2 (% 4) kötü sonuç ve nüks elde edilmiştir. Total mortalite 6 (% 12,7) dir.

Ölüm sebepleri 3 vak'ada (Obs. 1,3 ve 4), önüne geçilemeyen sıvı ve elektrolit kaybına bağlı olarak gelişen kronik şok, bir vak'ada (Obs. 35), karaciğer amyloidosis'ine bağlı kaşeksi ve envant-rasyon, bir vak'ada (Obs. 22), mide kanseri metastazları ve son vak'adaysa (Obs. 23) post—operatif dönemde, geçirilmiş eski Tbc.a bağlı olarak gelişen akut sürrenal korteks yetersizliğidir.

KRİTİK

Kanımıza göre P.K.S.unun gelişmesinde en önemli etkenler şunlardır :

1 — Ameliyattan önce bütün teşhis yol ve araçlarından yeteri kadar faydalanılmaması, gerekli konsültrasyonların yapılmaması, kolesistektomi endikasyonlarının doğru olarak konmaması.

2 — Safra sistemi ve komşu organların anatomisinin, anatomik varyasyon ve anomalilerinin tam olarak bilinmemesi.

3 — Cholecystitis acuta'da acil şirürjikal müdahale yapılması.

4 — Kolesistektomilerde geniş bir şakla çalışmamak.

5 — Ameliyat sırasında geniş ve tam bir karın eksplorasyonu yapılmaması, gerekli biopsilerin alınmaması, dolayısıyla birlikde bulunan lezyonların gözden kaçırılmış olması.

6 — Safra sisteminin fonksiyonel lezyonlarına önem vermemek.

7 — Geniş bir drenaj yapılmaması.

8 — Karaciğer, pankreas ve safra sistemi şirürjisinde yeteri kadar tecrübe sahibi olmamak.

Bu ilkeler yerine getirildiğinde P.K.S.unun büyük bir oranda azalacağı bir gerçektir.

ÖZET

47 vak'alık bir P.K.S.u serisinde şirürjikal tedavi metodları uygulanmıştır. 14 yıllık uzak sonuçlar 37 (% 79, 3) şifa, 2 (% 4) salâh, 2 (% 4) kötü veya nüksdür; total mortalite 6(% 12,7) dir.

P.K.S.un tedavisinde başarıya varmak için sıvı, elektrolit ve protein dengesinin düzenlenmesi, infeksiyonlarla savaş, geniş bir varış yolunun seçilmesi, karaciğer ve pankreas biopsilerinin yapılması, gerekirse koledokoskopi tatbiki ve geniş bir drenaj sağlanması önde gelen ilkelerdir.

Résumé

SYNDROME POST—CHOLECYSTECTOMIE

Résultats du traitement chirurgical

(Etude d'une série de 47 cas Personnels)

Les résultats éloignés datant de 14 ans dans une série du syndrome post—cholécystectomie contenant de 47 dossiers sont de 37 (79, 3 %) de guérison, de 2 (4 %) d'amélioration, de 2 (4%) d'échec ou de récédive; le nombre de décès est 6(12,7 %).

Les conditions majeurs pour obtenir une parfaite réussite sont la mentionne de la balance hydro—électrolytique et protidiques, lutte contre les infections rebelles, choix d'une incision large, prélèvements hépatiques, pancréatiques et contrôle manométrique et radiologique per—opératoire systématique, cholédocolomie s'il y a lieu et l'assurance une drainage large.

LİTERATÜR

- 1 — Bodvall, B. ve Övergaard, B., Cystic duct remnant after cholecystectomy, Ann. Surg., 163: 282, 1966.
- 2 — Cattell, R.B. ve Ville, J.S., Amputations neuromas of the biliary tract, Arch. Surg., 83: 242, 1961.
- 3 — Dahl—Iversen, E. ve Westengaard, E., Cholecystendese, Lyon Chir., 58: 695, 1962.
- 4 — Gleen, F. ve Whitsell, J.C., The surgical treatment of cystic duct remnants, S.G.O., 113: 711, 1961.
- 5 — Goinard, P. ve Plessier, G., Total sphincteroplasty without drainage of the common bile duct in the treatment of biliary tract disease, S.G.O. 109: 339, 1960.
- 6 — Grage, T.B., Lober, P.H., İmamoğlu, K. ve Wangenstein, O.H. Sténose du sphincter d'Oddi, Surg., 48: 304—, 1960.
- 7 — Karaca, F. ve Görgün, B., Koledok darlıkları ve tedavi şekilleri (8 vak'a münasebetiyle), İ.Ü. Tıp Fak. Mec., 26: 305, 1963.
- 8 — Kayabali, İ., Résultats du traitement chirurgical du syndrome de cholécystectomisés, Lyon Chir., 57: 537, 1960.
- 9 — ———, Safra sistemi diskinezi (Dyskinésie biliaire) sendrom'u ve cerrahi tedavisi, A.Ü. Tıp Fak. Yayını, Sayı: 107, 97 sahife, Ankara: 1962.

- 10 — ———, Post—kolesistektomi sendromu hakkında bazı düşünceler, A.Ü. Tıp Fak. Mec., 14: 391—, 1963.
- 11 — Kayabalı, İ. ve Doğru, M.: Kolesistektomiden sonra görülen nüks sendromunun oluşunda ductus cysticus artıklarının rolü (kritik etüd), Ank. Nü. Hst. Bült., 4: 153—, 1964.
- 12 — Kayabalı, İ.: Réflexions sur la neurectomie péri—artère hépatique, Rev. Int. Hépatol., 51: 643, 1965.
- 13 — ———, Arteria hepatica etrafında yapılan nörektomi ve sonuçları, 56 sahife, A.Ü. Tıp Fak. yayını, Sayı: 159, Ankara: 1965.
- 14 — ———, Yerinde kalan (unutulan, farkına varılmayan) veya nükseden choledocus taşları, Ank. Nü. hst. Bült., 6:119, 1966.
- 15 — Kayabalı, İ., Uysal, S. ve Karakoyunlu, Ş.: Pancreatitis chronica ve şirürjikal tedavisi (10 vak'a dolayısıyla düşünceler), Hastane, 20: 374, 1966.
- 16 — Kayabalı İ.: Hémobilie traumatique. A propos d'un cas traité et guéri par l'hépatéctomie droite réglée, échec du tamponnement, Lyon Chir., 63: 94, 1967.
- 17 — Konuralp, H.Z., Iskeçeli, O., Gürgen, B.: Sistik kanal artıkları (3 vak'a münasebetiyle), İ.Ü. Tıp Fak. Mec., 25: 375, 1962.
- 18 — Mallet—Guy, P., Courtieu, G., Jaquement, P. ve Chailo, S.: Enquete sur les résultats fonctionnels éloignés des papillotomies et sphinctérotomies trans—duodénales en chirurgie biliaire, Lyon Chir., 55: 523, 1959.
- 19 — Mallet—Guy, P., Feroldi, J., Métais, B. ve Virgillo, G.: La place du nevrisme du moignon cystique dans le déterminisme du «Syndrome post—cholécystectomy», Lyon Chir., 58: 342, 1962.
- 20 — Mallet—Guy, P.: Pancréatites chroniques récidivantes, 281 sahifelik bir cilt, Masson, Paris: 1962.
- 21 — ———, Treatment of chronic pancreatitis, Am. J. Surg., 109: 756, 1965.
- 22 — Mallet—Guy, P. ve Michoulier, J.: Indications et résultats du traitement chirurgical d'après 595 cas opérés, Les pancreatites chroniques, Rapports, Ss. 274, Masson, Paris: 1965.
- 23 — Mallet—Guy, P., Feroldi, J. ve Lawinsky, M.: Pratique personnelle de la neurectomie péri—artère hépatique de 1947 à 1965, Rev. Int. Hépatol., 16: 1063, 1966.
- 24 — Mallet—Guy, P.: Syndrome post—cholécystectomy, 146 sahifelik bir cilt, Masson, Paris: 1970.
- 25 — Paykoç, Z.: Post—kolesistektomi sendromu, A.Ü. Tıp Mec., 18: 277, 1965.
- 26 — Toygar, O., Kayabalı, İ. ve Baysal, Ö.İ.: Choledocus taşlarının tedavisinde çeşitli metodların kararlaştırılması (30 vak'ada uzak sonuçların etüdü), idem, 18: 539, 1965.
- 27 — Ülker, M., Kayabalı, İ. ve Doğru, M.: Lymphadenitis peri—choledochealis (6 vak'a münasebetiyle), Dz. Tıp Bült., 6: 13, 1960.
- 28 — White, Th. T., Lyon Chir., 61: 801, 1965.
- 29 — Womack, N.A. ve Crider, R. L.: Persistence of symptoms following cholecystectomy, Ann. Surg., 126: 31, 1947.

(Mecmuaya geldiği tarih: 18 Aralık 1970)