

SAFRA KESESİ ve SAFRA YOLLARI AMELİYATLARINDAN SONRA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Dr. Nesim Kalma (*)

Safra kesesi ve safra yolları taşı vak'aları gittikçe artmakta olduğu gibi taştan başka sebeplere bağlı safra yolları üzerinde yapılan müdahaleler aynı şekilde fazlalaşmaktadır. Bu müdahalelerin doğurduğu komplikasyonlar pratisiyen hekimi, gastroenterologlarla operatörleri sık sık önemli problemlerle karşı karşıya getirmektedir. Bu yazıda kolesistektomi ile koledok üzerindeki ameliyatlardan sonra görülen komplikasyonlar gözden geçirilecek, bu arada 1962 yılından beri servisimizde ameliyat edilmiş 300'e yakın vak'adan aldığımız neticelerin ve gördüğümüz komplikasyonların özetini sunmaya çalışacağız. Bu çalışmamızda hepatobiliyer yollar dışındaki hastalıklar sebebi ile yapılan ameliyatlardan sonra görülen banal gastrointestinal bozukluklar konumuzun dışında bırakılmıştır.

Komplikasyonlar uzun süre doğrudan doğruya kolesistektomiye yani kesenin yokluğuna bağlanmış (post kolesistektomi sendromu) ise de bunlar özellikle ana safra yolu üzerindeki ameliyatlardan sonra görülmektedir (1). Bu komplikasyonların gerçek sebebini ortaya çıkarmak için bütün araştırma vasıtalarından istifade etmeli ve yeni bir müdahale endikasyonu ancak kesin olarak lüzumuna kanaat getirildiği takdirde konulmalıdır. Zira safra yolları üzerinde yapılacak bir reentervansiyon büyük riskler taşımaktadır (1,5).

Safra kesesi ve yolları ile ilgili ameliyatlardan sonraki komplikasyonlar erken ve geç olmak üzere iki türlüdür.

Erken Komplikasyonlar :

Genel olarak safra kesesi ve safra yolları ameliyatları büyük bir zorluk arzetmez. Safra kesesi ameliyatları kısa bir süre yatmayı icab ettirir; bu süre karın cidarının nedbeleşmesi ve trombo-embolik hadiselerin önlenmesi için gereken 6 ile 10 günden ibarettir. Koledokla il-

(*) Haseki Hastanesi 1.ci Hariciye Servisi Şef Muav. Şef: Dr. Atâ Topaloğlu.

gili ameliyatlarda ise, dış drenaj yapılmadığı takdirde, hastanede yatma süresi yukarıdakinden farklı değildir.

Kehr tipi drenle (T dreni) dış drenaj yapılmışsa (7), drenen akan günlük safra miktarı kontrol edilir: Günde 500 cc.den az akıntı normal kabul edilir. Drenajın süresi ameliyatta görülen lezyonlara bağlıdır. 12. ci günde yapılan radyolojik muayene ile (kolanjiyografi) duodenuma serbest geçişin olduğu ve kalmış taşa ait gölge bulunmadığı kanaatine varılırsa, dren, yerinde geçici bir süre için pense edilir. Hastada ağrı, ikter, gibi belirtiler olmazsa ameliyatın 15-20.ci günü dren çıkarılır. Dren deliği bir kaç gün sonra kendiliğinden kapanır.

Tabiatıyla bu her vak'ada böyle seyretmez; hastanın durumu muhtelif komplikasyonlar sonucu bozulabilir. Özellikle ameliyatın zor geçtiği hallerde bu gibi komplikasyonlar beklenir. Bazan ameliyatın hadisesiz seyrettiği hallerde de komplikasyon görülebilir. Özellikle az veya çok uzun süreden beri ikteri bulunan ve biliyer siroz teesüs etmiş hastalar, gerek narkoz gerek ameliyat için büyük risk taşıdıklarından başka post operatuar komplikasyonlara en müsait vak'alardır.

Genel Komplikasyonlar :

En sık görülen kardiyo-vasküler komplikasyonlardır. Vena trombozları preventif tedavi ile önlenir (1). Servisimizde her batın ameliyatı geçiren hastaya, narkozdan açılır, açılmaz derin solunum hareketleri, öksürtme ve bacak hareketleri yaptırılmaktadır. Bu şekilde ameliyat olmuş on senelik Vak'a materyelimizde pulmoner veya periferik trombozlara rastlanılmamıştır. Genel olarak akut veya subakut kolesistit nedeniyle ameliyattan evvel uzun süre yatanlarda bu gibi komplikasyonlar daha sık görülmektedir. Bunların teşhisi oldukça zordur ve ilk görülen embolik komplikasyondur. Antikoagülan tedaviye hemen başlanır. Evvelâ tesiri çabuk olan ve kısa süren Heparin tatbik edilir, sonra dicumarol türevlerine geçilir.

Kalp yetmezliği ve miyokard infarktüsü yaşlı ameliyatlılarda sık görülen komplikasyonlardandır. Bilindiği gibi safra kesesi ve yolları ameliyatı geçiren hastaların çoğu yaşlı kimseler olduğundan akut kalp yetmezliği veya miyokard infarktüsü her zaman beklenebilir. Bizim vak'alarda yaş ortalaması 58, dir ve ameliyattan sonra ölümle sonlanan 3 akut kalp yetmezliği ve salah ile servisten çıkan bir miyokard infarktüsü vak'ası olmuştur.

Pulmoner komplikasyonlar, hareket, öksürtme, yardımcı ekspektorasyon ve oksijenoterapi gibi basit müdahalelerle önlenabilir. Uzun süreli antibiyotik tedavisi ile birlikte bronko aspirasyon ve hattâ trakeostomi yapmak gerekebilir.

Bu komplikasyonların tümü safra yolları ameliyatlarından sonraki ölümlerin başlıca sebebinin teşkil etmektedir. Bunların bir dereceye kadar önlenmesi mümkündür, fakat kardiyo-pulmoner bozukluk bulunmasına rağmen mutlak ameliyat indikasyonu konulan vak'alarda bu riskleri kabullenmek zorunluğu vardır.

Saf hepatobiliyer komplikasyonlar :

Ameliyat sonrası takip ile gerçek bir circulus viciosus yerleşmeden bunların tesbiti ve gereken tedavinin yapılması çok önemlidir.

1 — Solukluk, anksiyete, tansiyon düşmesi ve şok tablosu, anormal, uzun süren 38° üzerinde seyreden veya frisonla gelen yüksek bacaklı ateş;

2 — İlerleyici yani gittikçe koyulaşan hakiki ikter;

3 — Lokal veya digestif hemorajiler;

4 — Biliyer fistüle dönüşen safra akıntıları;

5 — Sağ hipokondrda, sola veya bütün karına yayılan ağrılar, defans müsküler, balonman, gaz çıkaramamak gibi abdominal belirtiler görülebilir.

Pansmanın lokal muayenesi ile cıdara ait komplikasyonlar kolaylıkla tesbit edilebilir. Dış safra drenajının kontrolü ile (görünüş, miktar, akıntının kesilmesi) safra akımına bağlı bozukluklar meydana çıkarılabilir. Bu suretle erken olarak komplikasyonun sebebi anlaşılır ve gereken tedavi yapılır. Ameliyatla ilgili hepatobiliyer ve safra yolu dışı başlıca komplikasyonlar şunlardır:

1 — Hemorojiler:

Nadir görülen bir komplikasyondur. Ameliyatı takip eden ilk saatlerde iplik atması sonucu sistik arterin açılmasından veya safra kesesi yatağından olabilir. Karaciğer altı dreni varsa kan drenen gelir, aksi taktirde hemoperituan tablosu teessüs eder. Hemostatiklerle kanama durmadığı taktirde relaparotomi ile cerrahî hemostaz yapılır. Daha sonraki günlerde koledok dreninden dışarı akan bir hemobili görülebilir (1). Genel olarak infeksiyöz menşeli olduğundan hemostatik ve antibiotiklerle durum düzelebilir. Drenden sıcak serum perfüzyonları ile drenin açık kalması ve pıhtıların atılması sağlanır. Nadiren ameliyatı gerektirir.

Bazan sebebi anlaşılamiyan hemorajiler olabilir. Tedaviye rağmen durumda bir değişiklik olmadığı taktirde, gözden kaçmış gastroduodenal veya intestinal bir lezyon aramak icab eder.

2 — Akut pankreatit :

Safra yolları ameliyatının en ağır komplikasyonudur. Pankreatitin patogenisi tam manasiyle aydınlanmış olmadığına göre, bunda ameliyat traumasının tesiri kesin olarak ileri sürülemez. Bazan en basit ameliyatlardan sonra da görülebilir. Bununla beraber akut pankreatitlerin çoğu koledok veya transduodenal yoldan yapılan papilla bölgesi müdahalelerinden sonra görülmektedir. Bunda pankreas dokusunun hassasiyeti ileri sürülmüştür; gerçekten bazı pankreatit vak'alarının antesedanında eski pankreatit pussseleri tesbit edilmiştir, fakat bu bir kaide değildir. Aynı şekilde ödem veya popillotomiden sonra muko-müköz dikişlerin darlık yapması sonucu Wirsung kanalından boşalma zorluğunun rolü olması uzak bir ihtimaldir.

Refleks yolu (1), yukarıda saydığımız sebeplerin aksine olarak bir çok müellifler tarafından kabul edilmekte ve dikkatli atraumatik müdahalelerden sonra dahi pankreatit görülmesi bu şekilde izah edilmektedir. Aşağı koledok ameliyatlarında gayet dikkatli davranılması ve Vater ampulunda yerleşmiş bir taşı yerinden oynatıp çıkarmak için yukarıdan uzun süre uğraşılmaması, pankreatit husulünü önlemek bakımından çok önemlidir. Bu gibi ağır pankreatitler klinikman az semptom göstermelerine karşılık gayet vahim seyreder. Ekseriya ameliyatın ilk günlerinde meydana çıkar. Ağrılar genel olarak orta şiddette olur ve müdahaleye bağlandığından gözden kaçır. Bazan şok tablosu ön plana geçer. Safra yolu ameliyatından sonra çeşitli değişiklikler gösterdiğinden amilazeminin değeri yoktur. Bilindiği gibi safra yolları ameliyatından sonra ilk günlerde kandaki amilaz normal dışı seviyelere çıkabilir (vak'aların % 30'unda). Bu bakımdan teşhisi zordur ve ancak ağır komplikasyon durumu karşısında ameliyata karar verildiği taktirde gerçek teşhis konulabilir. Müdahaleye rağmen pankreatit ekseriya ölümle sonlanır. Bazan klinik tablo daha az ağır seyreder ve pankreatit teşhisi teessüs eden nekrotik kitlenin cerrahî drenajı yapıldıktan sonra konularak komplikasyonun mahiyeti anlaşılır. Ameliyat sonrası devresi uzun sürer, düşmeyen ateş, kaşeksi, kanama ve süpürasyon görülebilir. Yalnız safra yolu ameliyatlarına bağlı bir komplikasyon olmayan post operatuar akut pankreatitlerin mortalitesi yeni tedavilere rağmen % 85'ten ancak % 50'ye düşmesi pronostiğin vahametini gösterir.

Patogenezisi kesin olarak bilinmediğinden profilaktik tedbirler almak zordur. En iyi önleme şekli, sfenakter bölgesi müdahalelerinde çok dikkatli davranmaktır. Antienzimlerle prevantif tedavinin pek faydası yoktur. Bazı müellifler peroperatuar çeliak pleksus novokainizasyonunu tavsiye etmektedirler. Bunun gerçek değeri henüz kesinlikle saptanamamıştır.

3 — Peritonitler (*Biliyer peritonit*) :

Safranın periton boşluğuna akması neticesi olur. Sistik güdükteki veya koledoktotomideki bir sütürün erken atmasından sonra olabildiği gibi Kehr dreninin yanından veya koledoko-duodenostomiden sonraki safra sızmaları sonucu da görülebilir. Klinik tablo karakteristik değildir. Çünkü bu gibi peritonitler sessizce oluşur. Şiddetli ağrı ve şok halinden ziyade karaciğerin altında gittikçe artan ağrı, defans, balonman yani paralitik ileus, kusma, ateş çizgisi ve yüz ifadesinin bozulması ameliyat indikasyonu koydurur. Laparatomide bol miktarda peritoneal mayi'den ziyade yaygın sarımtırak bir periton infiltrasyonu görülür. Çok defa sebebi anlaşılmaz ve karaciğerin altına dren ve meş konmakla iktifa edilir. Prognostik daima ağırdır. Materyelimizdeki 2 biliyer siroz vak'ası ölümle neticelenmiştir.

4 — Duodenal fistüller :

Duodenotomi veya koledoko - duodenotomiden sonra görülür Bunlar daha ziyade parsiyel fistüller olup lokal aspirasyon, mide aspirasyonu ve cildin korunması gibi basit usullerle spontan olarak kapanır. Total oldukları taktirde ameliyatları zordur. Mümkünse duodenumdaki açık yer sütüre edilir veya jejunal Y anastomozu yapılır.

5 — Sistik moignon'u bağlayan ipliğin kaçması:

Ameliyat sonunda sous-hépatique drenaj yapılmış ve koledok boşalmasında bir mania yoksa, hafif seyreden bir komplikasyondur. Ekseriya ameliyatın ilk günlerinde veya ilk saatlerinde olur ve durum pansmanın bol akıntılı safra ile ıslanmasından anlaşılır. Lokal aspiration tatbik edilebilir. Normalde akıntı bir kaç gün içinde kesilir. Bununla beraber daha ağır seyreden vak'alar vardır ve abse, koleperituan gibi komplikasyonlara yol açabilir. Retrospektif teşhis çok defa konulamaz.

6 — *Dış Drenaj arızaları (1-2) :*

Transpapiller drenin aksine Kehr'in T dreni hâlen dünyada ve bizde çok kullanılmaktadır. Mahzurları yok denecek kadar azdır. Drenden gelen safra miktarı ancak uzun süre devam ettiği hallerde tehlike arzeder. İlk günlerde 500 cc, den fazla bir akıntı normal karşılanır.

Bu gibi drenajda safra kaybına bağlı beslenme bozuklukları nadir görülür. Olduğu takdirde ağızdan hayvan safrası veya şişede toplanan safra mide sondası ile hastaya verilir. Klâsik parenteral reanimasyonla çok defa safra vermek lüzumu görülmez. Bol safra aktığı hallerde safranın toplandığı şişenin yükseltilmesi ile akımın kontrolü sağlanabilir. Buna rağmen aşırı miktarda safra geliyorsa drenen verilen kontrastla yapılacak radyolojik muayene ile sebebi araştırılır. Unutulmuş taş, T dreninin alt dalının kıvrılması gibi bir mania varsa durum ameliyatla düzeltilir.

Safranın hiç gelmemesi de teknik bir hataya bağlanır. Koledok içindeki T dreninin üst dalı kıvrılarak hepatik kanallardan safranın geçişine mani olabilir. Aynı şekilde bahis konusu üst dal sistik muanyona girerek ana safra yolunda kısmî bir mania teşkil edebilir. T dreninin yatay kısmı yaranın içinde kıvrılarak safranın dışarı akmasını önleyebilir.

Drenin hasta tarafından dikkatsizlik neticesi çıkarılması özellikle ameliyatın ilk günlerinde büyük tehlikeler yaratabilir. Safra hudutlanmamış peritona dökülür ve acil müdahaleyi icap ettirir (6).

Diğer komplikasyonlar gayet nadirdir. İltihabî pusseler doğrudan doğruya drenajla ilgili değildir. İnflamatuvar skleroz sonucu koledokta kat'iyen darlık görülmez. Drenin küçük bir koledok arterini aşındırması veya dren çevresindeki iltihap neticesi kanama pek görülmez. Ve olduğunda vahim değildir.

Champeau veya Cattell tipi transpapiller drenlerin mahzurları vardır (1). Alt dalı duodenumda gıda parçaları ile tıkanabilir. Bazen sifon tesiri ile duodenum salgısı gelebilir ki bu akıntının çokluğu aynen duodenum fistülü gibi yeniden müdahaleyi icap ettirebilir. En önemli kusuru drenin papilla bölgesi ile devamlı teması sonucu akut pankretiklere yol açmasıdır.

7 — *Su-frenik apseler :*

Sahanın kompreslerle çevrilmesi, asepsi, karaciğer altı drenajı gibi ameliyatta alınan tedbirler ve antibiotik tatbiki ile genel olarak bu komplikasyon önlenabilmektedir. Görüldüğü takdirde bunun sebebi

kese yatağından, aberan sistik kanaldan, sistik gödüğün açılmasından, Kehr dreni çevresinden safra sızması veya yabancı cisim ve gözden kaçmış sınırlı pankreatit olabilir. Klinikman ateş, lökositoz, yüz hatlarının bozulması, derinde bir irinleşmenin bulunduğunu gösterir. Lokal muayenede ağrılı bir bölge, bazen cidar ödemi tesbit edilebilir. Radyografi teşhisi kesinleştirir. Bir kaç gün içinde cerrahat plevra veya peritona dökülmeden ameliyat edilmelidir. Müdahale zordur. Salim bölgeleri koruyarak en kısa yoldan drene edilmelidir.

8 — *Hepato-Renal Komplikasyon:*

Halen safra yolları ameliyatlarının başlıca ölüm sebebidir. Ağır karaciğer yetmezliği, uzun süreli koledok taşı, eski ikter, kolostatik siroz veya anjiokolitlerle karaciğer fonksiyonlarının önceden bozulduğu hallerde görülür. Uzun süreli safra retansiyonuna bağlı olarak aynı zamanda böbrekler de bozulur. Akut pankreatit de öldürücü anüriyelere yol açabilir.

9 — *Koledok travmaları (1-2-6) :*

Bütün safra yolları ameliyatlarının en korkunç komplikasyonu- dur. En uygun lokal şartlarda bile, safra yolunun hafif anormal bir pozisyonu neticesinde görülebilir. Komplike veziküler veya koledok taşı vak'alarında ise bu durum daha da kolaylıkla meydana çıkabilir. İltihap, skleroz, ameliyat sahasının derinliği kolaylaştırıcı faktörlerdir. Klinik tablo zedelenmiş safra kanalına göre değişir. Ameliyatı takip eden günlerde husule gelen ikter durumu ortaya çıkarır. Çok defa ameliyat yarasından değişik miktarda safra akıntısı olur. Sonraki günlerde safra akıntısı aynı çoklukta devam ederek deliğin etrafındaki cildin bozulması ile müterafik bir safra fistülü teessüs eder, yahut ta safra yollarının açık olması, spontan nedbeleşme veya intern biliyodijestif fistül neticesi akıntı kesilebilir. Safra akıntısı sonradan bir daralmaya yol açabilir (1).

Teşhisi zordur. Başka sebeplere bağlı olarak aynı tablo görülebilir. İkter karşısında sebebini aramadan evvel retansiyonun varlığını kesin olarak tesbit etmek gerekir. Koledoktaki bir mania inatçı bir safra fistülünün sebebi olabilir. Safra ya sistik güdükten ya da koledokotomi deliği etrafından dışarı akabilir. Radyografi bunda kıymetli yardımlar sağlar.

İkterle beraber dışarıya safra akıntısı olmadığı hallerde teşhis daha da zorlaşır ve ancak bir koledok tıkanması düşünülür. Klinik tablonun seyri değişiklikler gösterebilir. Koledokun cidar yaraları veya

aberran kanallar kendiliğinden arızasız kapanabilir (1). Buna karşılık bazı fistüller aradan uzun zaman geçmesine rağmen, ya fazla geniş olduklarından ya da koledoktan boşalmanın yetersizliğinden kapanmazlar ve devamlı safra kaybının zararlarını gösterirler. Diğer bazıları ise darlık yapmak suretiyle kapanırlar. Bunlardan başka ligatür veya kıvrılma sonucu total veya parsiyel safra retansiyonu arızaları görülebilir. Tedavi komplikasyonun seyrine, koledoktaki lezyonun şekline göre yapılır.

10 — Rezidüel taşlar :

En az görülen komplikasyondur. Per operatuar enstrümental eksplorasyon, radiomanometri, koledokoskopi, per operatuar kolanjiyografi gibi usuller sayesinde bu komplikasyon gittikçe azalmaktadır. Buna rağmen ameliyatta bütün taşların çıkarıldığı kesin olarak söylenemez.

Per operatuar radyolojik kontrol yapılmadığı veya imkân yokluğundan yapılmadığı hallerde rezidüel taşlara oldukça sık rastlanılmaktadır. Görünüşte basit kolelityazların ortalama % 10'unda sessiz koledok taşları tesbit edilmiştir. En dikkatli ameliyatlardan sonra dahi bir veya birkaç taş gözden kaçabilir, bu daha ziyade intra hepatik safra yollarında veya aşağı koledoktaki bir divertikülde yerleşmiş bir taşın sonradan koledokun içine girmesi neticesinde olur.

Dış drenaj yapılmadığı hallerde ameliyattan sonra bunu teşhis etmek imkânsız gibidir; esasen ameliyatta gözden kaçmış bir taşın müdahaleyi takip eden günlerde koledok tıkanması sendromu yapması çok nadirdir. Bu, ancak T dreninin alınmasından evvel (ameliyatın 12.ci gününden sonra) klâsik olarak yapılması icab eden kolanjiyografi ile tesbit edilebilir. Tabiiyatıyla bu çok nahoş bir bulgudur. Bununla beraber taşın varlığına kesin olarak karar vermeden evvel, bir hava habbesi ihtimali üzerinde durularak, radyolojik muayenenin tekrarı uygun olur.

Tedavisi yalnız cerrahî değildir. Ana safra yolunda gözden kaçmış bir taşın olduğu ve koledokta dışa açılan bir drenin bulunduğu vak'alarda bazı müellifler koleretik (dehydrocholate de soude) vermeyi, oddi sfenktlerini gevşetmek için nitrite d'amyle, trinitrine, atropine tatbikini ve drenden sıcak serum zerklerini tavsiye etmektedirler (1).

Pribram metodu daha etkili görünmektedir. Bunda kolesterol taşlarını ether veya chloroforme ile eritmeye çalışılır. Ether veya chloroforme volatilize olunca koledok genişlediği gibi taşları eritir. (Ta-

biatiyle bu işlem ancak koledok dreni bulunan vak'alarda yapılabilir). Eter'in yan tesirlerini önlemek için (şiddetli ağrı) uçucu mayi ya damla damla verilir yahut ta zerkinden evvel drenden novokain injekte edilir. Çift akımlı drenlerle bir taraftan zerkler yapılır diğer taraftan da gazların çıkması sağlanır. Bu usul ancak Oddi sfenkterinin açık olduğu hallerde iyi netice verir. Bundan başka zerklere günde iki defa olmak üzere bir kaç hafta süre ile devam etmek icab eder ki bu gerek hasta gerek hekim için sabır isteyen oldukça yorucu bir işlemdir. Bu usulle ancak küçük taşlar düşebilir. Genel olarak durumu yeni bir müdahaleye müsait olmıyan vak'alarda tatbiki uygundur.

Bu gibi vak'aların dışında cerrahî tedavi yapılmalıdır. Müdahale zamanı tartışma konusudur. Klâsik olarak taze bir odağın yaratacağı zorluklardan çekinildiği için ameliyat aylarca sonraya bırakılırdı. Gerçekte ise meliyattan kısa bir süre sonra ile 3-4 ay sonra arasında koledoku bulma zorluğu bakımından büyük bir fark yoktur (1-6). Ayrıca erken müdahalede safra kaybı nedeniyle fazla bir beslenme bozukluğu olmayacağından daha iyi sonuç almak şansı yükselir. Mantikî olarak müdahale zamanı lokal sebeplerden ziyade hastanın genel durumuna, elektrolit dengesizliği ve venöz komplikasyonların var olup olmadığına göre ayarlanmalıdır.

Post Kolesistektomi Sendromu :

Safra kesesinin ameliyatla alınmasından sonra meydana çıkan, kısmen ameliyattan önceki şikâyetlere benzer, kısmen de yeni şikâyetlerle kendini gösteren belirtilerin teşkil ettiği sendroma verilen isimdir (2). Bu gün post kolesistektomi tabiri, yalnız kolesistektomiden sonraki şikâyetler değil, aynı zamanda ekstra-hepatik safra yolları ameliyatlarından sonra görülen komplikasyonlar için de kullanılmaktadır.

Post kolesistektomi sendrom tabiri çok kullanılmasına rağmen muhtelif ekoller ve otörler değişik tabirler kullanmakta, kimi residiv, kimi kolesistektomi sekeli, kimi de «pseudorezidive nach ektomie der Gallenblase» deyimini kullanmaktadır (1-2).

Post kolesistektomi sendromunun daha ziyade taşsız keselerin alınmasından sonra görüldüğü hemen herkes tarafından kabul edilen bir gerçektir.

Sendromun oluşunda organik leziyondan ziyade fonksiyonel veya nörojen faktörleri ön planda tutmak gerektiği kanaatindeyiz.

Post kolesis tektomi sendromunu teşkil eden belirtiler aşağıdaki faktörlerden birine bağlı olabilir:

a) *Teşhis Hatası :*

Hastanın şikâyetlerinin gerçek sebebi mide veya duodenum ülseri, pankreatit, hepatit, anjiyokolit, Oddi sfenktteri fibrozu, diafragma hernisi, spondilit, psikonevroz ve organik kalp hastalığı (4-6).

b) *Ameliyat tekniği hataları :*

Safra kesesinin tam çıkarılmaması, yerinde bırakılmış uzun bir sistik kanal, koledokta unutulmuş veya gözden kaçmış taş, zedelenmiş koledok sonucu sekonder fibroz ve stenoz.

c) *Safra kesesinin çıkarılması esnasında çevresindeki sinir pleksuslerinin traumaya uğraması :*

Yapılan anatomik ve patolojik tetkiklerde, kolesistektomiden sonra bağlanmış sistikus ve arteria sistika çevresindeki nedbe dokusu içinde çoğu sempatik pleksuse ait olmak üzere bir çok sinir liflerinin sıkışmış olduğu görülür (2-4). Bazan nöroma benzer nodüller teessüs eder ki ameliyattan aylar sonra sendromun yerleşmesi, bu nodüllerin formasyonu veya nedbe teşekkülü ile sinir liflerini sıkıştırması için gereken zamana uyar.

Bilindiği gibi safra kesesi, karaciğer dışı safra yolları ve Oddi sfenktteri vagus ve sempatik liflerle innerve olur. Vagus kontraksiyonları, Splanchnicus major ise relâşmanı sağlar. Saf vagal lifler sağ ve sol vagus'dan, karışık lifler ise vagal ve sempatik liflerden ibarettir. Bu karışık lifler bölgenin en önemli otonom innervasyonu sağlar. Çeliak ganglionlardan gelen lifler'in ameliyat esnasında zedelenmesi post kolesistektomi sendromunun başlıca sebebi olarak ileri sürülmüştür (2-3). Visceromotor ve viscerosensoryel reflex'ler safra kesesi, safra yolları ve mide rahatsızlıklarında-medulla spinalis'in aynı segmentinden çıktıklarından- teşhis hatalarına yol açan benzer belirtiler gösterirler (ağrı, kusma vs.).

Kanaatımıza göre post kolesistektomi sendromu tabiri daha ziyade nörojen menşeli post kolesistektomik rahatsızlıklarla biliyer diskineziler için kullanılmalıdır.

Post kolesistektomi sendromunun belirtileri şunlardır :

1 — *Ağrı* : En sık karşılaşılan belirtidir. Genel olarak ağrı sağ hipokondr veya epigastrik bölgededir. Ağrının sırta veya sağ skapulaya doğru yayılması safra kesesi ya da yolları ile ilgili olduğunu düşündürür; sola yayılması pankreasın işe karıştığı, sağ fossa illiacaya

veya göbeğe doğru yayılması ise barsakların rolü olduğu anlaşılır. Ağrının niteliği de önemlidir. Şiddeti ve yayılma yönü değişmeyen, gerçek kriz şeklinde olan ağrılar teşhis bakımından büyük değer taşır. Buna karşılık geçici, intizamsız, yeri kesin olarak belli olmayan ağrılar daha ziyade nörotonik kabul edilir ve pankreatiko biliyer sistemle ilgili değildir. Sağ hipokondrdaki provoke ağrılarda bir akut karaciğer konjesyonu ile safra yollarındaki distansiyonu ayırt etmek gerekir.

2 — *Ateş*: Kıymetli bir belirtidir, organik bir lezyonun varlığını gösterir. Sub febril olarak seyredediği gibi yüksek bacaklı olabilir. Ağrı ile birlikte seyrettiği takdirde algo-febril bir sendrom ortaya çıkar.

3 — *İkter*: En önemli belirtidir, şikâyetlerin hepato biliyer menseli olduğunu gösterir. Spontan olarak gerileyen, infeksiyöz hepatitten (genellikle viral) kolaylıkla ayırt edilebilir. Vak'aların çoğunda, sarılık retansiyon ikteri vasfındadır. Bazan ağrı, ateş ve sarılık bir arada bulunarak hakikî bir koledok sendromunu gösterir.

4 — *Anjiyokolit*: Yüksek bacaklı ateşle kolaylıkla tanılır, kara ciğer fonksiyonlarının tetkikini gerektirir.

Bu şikâyetlerin yanında bazı hastalarda baş ağrısı, bulantı, gıdaî tahammülsüzlük, barsak hareketlerinde bozukluk, dispepsi gibi belirtiler görülür. Bunlarda semptomatik tedaviye geçmeden küçük ateş, subikter, zayıflama gibi sessiz hepatobiliyer belirtiler aramak gerekir.

Yukarıda sıralamış olduğumuz semptomları gösteren vak'alarda teşhisi kesinleştirmek için yardımcı muayenelerden istifade edilir:

1 — *Radyolojik muayene*: En faydalı ve yapılması en kolay olanıdır. Basit radyografi ile sağ hipokondr bölgesi ve pankreas bölgesi tetkik edilerek taş gölgesi aranır. Bunun görülmesi nadirdir fakat mevcudiyeti teşhisi kesinleştirir. İnteravenöz kolanjiyografi büyük değer taşır. Bazan kontrast maddenin böbrekten sür'atle süzülmesi sonucu safra yolları görülmeyebilir; bu durum teşhisi zorlaştırır. Koledok çok defa teressüm eder. Kanal normal veya genişlemiş olarak görünür. Genişlemiş koledok gölgesi mutlaka ameliyat için bir endikasyon teşkil etmez. Genel kanaata göre ilk ameliyatta genişlemiş olarak bulunan koledokun, cidarının elâstikiyeti zayıflamış olduğundan kontrakte olması ihtimali azalır ve daima genişlemiş durumda kalabilir (1-5). Buna karşılık koledokun taze genişlemeleri gerileyebilir.

Bugün koledok genişlemesi, çıkarılan kese yerine kanalın depo vazifesi görmesine bağlanmaktadır (1-7). Tekrarlanan muayenelerle koledok çapında değişiklik olup olmadığına bakılır. Bir kaç hafta içerisinde koledokun daha da genişlemesi büyük önem taşır. Alt koledokta taş mevcut olup olmadığı araştırılır. Yerleşmiş bir hava habbesi koledok taşı diye yanıtabilir. Tomografi durumu aydınlığa kavuşturur. Bu muayene ile papilla bölgesi kontrol edilerek oddit, koledosit ve pankreatit aranır. Normal bir görünüm safra yollarındaki genel bir hipotoniye maskeleyebilir. Radyomanometri ve radyosinematografi teşhisi kolaylaştırır.

Gastro duodenal radyografi ile duodenumun durumu, biliyo-dijestif anastomozun işleyip işlemediği, papilla vateri'den duodeno biliyer reflux olup olmadığı tesbit edilir.

Duodenal tubajla safra akımının vasfı hakkında bilgi edinilir. Farmakodinamik deneylerle safra yollarının hiper veya hipotonik olup olmadığı anlaşılır.

Mutad laboratuvar muayeneleriyle kanda kolesterin, alkali fosfat, B.S.P. tutulma miktarı, elektroforez, flokülasyon testleri ile karaciğer parankimasının durumu araştırılır.

Bütün bu muayeneler tamamlandıktan sonra mümkün olduğu kadar doğru ve kesin bir teşhise varılır. Yeni bir müdahaleye girişmeden evvel tıbbî tedavinin imkân ve hudutlarını açık olarak saptamak gerekir.

Tedavi :

1) Nörovejetatif sistemi düzenleyen ilâçlar, koleretikler ve karaciğeri koruyan ilâçlarla bu hastalardan büyük bir kısmı iyileşir. Nüks şeklindeki ateşli pusseler antibiyotiklerden fayda görebilir. Duodenal tubajlar da tedaviye yardımcı olurlar (1).

2) Ameliyattan başka çare görülmediği hallerde premedikasyon ve anestezide safra yollarının fonksiyonunu bozan ilâçlardan kaçınılmalıdır. Giriş yolu geniş olmalıdır. Karaciğer altı bölgesine giriş zordur ve çok dikkat ister (5). Bölgede az veya çok sıkı yapışıklıklar bulunur ve karaciğerin alt kenarı çıkarılmış safra kesesinin yerini dolduran transvers kolon ve duodenumla örtülmüştür. Bu sebepten karaciğerin üst yüzünü bulduktan sonra ön kenarına gelinir ve karaciğer

kanatılmadan duodenum vesica yatağından ayrılır, sistik moignon ve koledok meydana çıkarılır. Ponksyonla safra yolları araştırılır. İca-bında trans hepatic ponksiyonla per operatuar kolenjiyografi yapılır.

Tedavi bölümüne son vermeden post kolesistektomi sendromu-nun procaine hydrochloride enjeksiyonları ile tedavisi hakkında bilgi vermek istiyoruz. Mettenleiter 1965'te Journal of the International College of surgeons mecmuasında yayınladığı bir yazıda (4) organik lezyona bağlı olmayan post kolesistektomi sendromu vak'alarında sternumun ortasında ve 4.cü interkostal mesafeye tekabül eden yer-de ağırlı küçük bir sahanın bulunduğunu, bu bölgeye yapılan % 1 pro-caine hydrochloride solüsyonundan 2 cc.lik subkutan zerklerle, bazan ilk enjeksiyondan ekseriya da bir kaç zerkten sonra şikâyetlerin kay-bolduğunu iddia etmiştir. Kesin izahı yapılmamakla beraber vissero sensitif reflekse bağlanan bu hadise bir çok vak'alarda iyi sonuç ver-mekte olduğu ileri sürülmüştür.

Yazımızın konusu ile ilgili literatürü karıştırırken farkına var-dığımız bu iddia üzerine üçü servisimize ait ikisi de başka yerde ame-liyat olmuş 5 postkolesistektomi vak'ası üzerinde denediğimiz bu usul-le oldukça tatminkâr bir sonuç aldık. Ancak aradan henüz bir iki ay gi-bi kısa bir süre geçtiğinden bu tedavinin değeri hakkında kesin bir karar vermek durumunda değiliz. Bununla beraber metodun basit ve tatbiki çok kolay olması nedeniyle nörojen menşeli her postkolesis-tektomi sendromu vak'asında kullanılmasının uygun olacağı kanatın-dayız. Ayrıca bu usulle angina pectoris ağrılarının da kaldırılabilirdiğ-i ni ilâve edelim (4).

Tartışma :

1962-1972 yılları arasında (1972 dahil) servisimizde 299 kolesis-tektomi yapılmıştır. 80 vak'ada kronik kolesistit, 219 vak'ada ise taş-lı kolesistit mevcuttu. Bunlardan 23 tanesinde koledok taşı tesbit edil-miştir (ortalama % 11). Ameliyattan ölüm nispeti ise % 5,4 olmuş-tur. Bu ölümlerden çoğu (% 47,8) koledok taşı ve özellikle uzun süre-li iktere bağlı biliyer sirozu olan vak'alara aittir. Ölümle sonlanan er-ken komplikasyon olarak 4 vak'ada post operatuar şok, 3 vak'ada akut kalp yetmezliği, 2 vak'ada hemoraji, 2 vak'ada biliyer peritonit, 2 vak'ada hepatorenal sendrom ve üremi, 1 vak'ada akut karaciğer yet-mezliği, 1 vak'ada da fistül biliyer tesbit edilmiştir.

Vak'alarımıza ait özet bilgi aşağıdaki tabloda arz edilmiştir.

Yıl	Vak.a Sayısı	Taşlı Kolesistit	Kronik Kolesistit	Koledok Taşlı	Sarılık	Şifa	Exitus
1962	13	10	3	—	—	13	—
1963	27	24	3	—	—	26	1
1964	26	22	4	—	—	26	—
1965	33	26	5	2	2	32	1
1966	26	20	5	1	4	21	5
1967	21	15	6	—	—	21	—
1968	14	10	3	—	—	14	—
1969	44	31	10	3	2	43	1
1970	22	11	7	4	2	21	1
1971	36	26	8	2	4	32	4
1972	37	25	11	1	2	35	2
Top.	299	220	66	13	16	284	15

Post kolesistektomi sendromu olarak kabul edilen 4 vak'a ameliyattan 1 ile 2 ay sonra ikter ve sağ hipokondr bölgesindeki ağrı sebebiyle tekrar müracaat etmişler. Bunlardan birine yeniden müdahale edilmiş ve koledokta kalmış bir taş çıkarıldıktan sonra tamamiyle düzelmiştir. Diğer bir hasta konservatif tedavi ile kısmen düzelmiş, servisten ayrıldıktan sonra bir daha görünmemiştir. Üçüncü vak'ada ise açılıp kapanan ikter ve epigastrik ağrı sebebiyle iki defa yatırılmış, kısmen düzeldiğinden ameliyatı kabul etmeyerek servisten ayrılmıştır. Dördüncü vak'a 1969 senesinde servisimizde taşlı kolesistit teşhisiyle kolesistektomi geçirmiş, aradan 3 sene geçtikten sonra sağ hipokondr ve epigastrik bölgesinde müphem ağrılar ve dispeptik şikâyetler başlamış. Mutad konservatif tedavi sonuç vermemesi üzerine sternal subkutan novokain zerki yapılmış (dört defa) durumunun düzelmesi üzerine bir daha görünmemiştir.

Muhakkak ki servisimizde ameliyat olan vak'alar arasında post kolesistektomi sendromu bulunan başka vak'alar vardır. Ancak bunlar yurdun değişik ve uzak yerlerinde bulduklarından bize müracaat edememişler ya da başka hastanelere gitmişlerdir. Bu sebepten vak'alarımızdaki postkolesistektomi sendrom sayısını doğru olarak bilmemiz mümkün olmamıştır.

Özet

Bu yazımızda kolesistektomiden sonra görülen çeşitli komplikasyonlardan ve bu arada post kolesistektomi sendromundan bahsedilmiş, bunların oluş sebepleri hakkında da kısa bilgi verilmiştir. 1962 ile 1972 yılları arasında servisimizde yapılan 299 kolesistektomi ameliyatından sonra gördüğümüz komplikasyonlar ile vak'alarımıza ait son durumlar arz edilmiştir.

Summary

In this paper the different complications occurred following cholecystectomy, including the so called cholecystectomy syndrome, have been summarised, and their causes discussed. The end results of 299 cholecystectomies performed during the years 1962 to 1972 and the early and late complications seen in our cases have been presented.

LİTERATÜR

- 1 — Bruillon, G., Les suites opératoires des interventions sur les voies biliaires. Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1972, Foie-Pancreas 2, 7050 A 10, pp. 1-8.
- 2 — Kayabalı, İ., Post kolesistektomi sendromu ve şirürjikal tedavi sonuçları. Şafak Matbaası, 1969.
- 3 — Manual of Surgical Anatomy, 1964. E. and S. Livingstone Ltd. Edinburg and London, p. 349.
- 4 — Mettenleiter, N.W., Treatment of the Cholecystectomy SEyndrome with Procaine Hydrochloride Injections. The Journ. of the International College of Surgeons, Nov. 1965, Sect. I, Vol. 44 N° 5, pp. 556-559.
- 5 — Siebbeles, Herbert W.R., Secondary Exploration of the Common Bile Duct. The Journ. of the Intern. College of Surg., Oct. 1965, Section I, Vol. 44, N° 4, pp. 361-371.
- 6 — Stauber, R., The Problem of the Postcholecystectomy Syndrome with reference to Damaged Liver Tissue. The J. of the Intern. Coll. of Surg. Jan. 1964, Sect. I, Vol. 41, N° I.
- 7 — Stavorowsky, M., Choledocotomy and Uses of T-Tube Drains. The Journal of the Intern. Coll? of Surg., May 1965, Sect. I, Vol. 41, N° 5, pp. 467-476.