

ACİL VE ELEKTİF LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİLERDE  
POSTKOLESİSTEKTOMİ SENDROMUPOSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME AFTER ACUTE AND ELECTIVE  
LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Dr. Ergün ERDEM Dr. Uğur SURGURTEKİN Dr. Mehmet NEŞŞAR

**ÖZET:** Amaç, acil ve elektif koşullarda laparoskopik kolesistektomi yapılan olgularda postkolesistektomi sendromu oranlarını ve nedenlerini saptamak, ve sendromun oranlarını azaltabilecek yaklaşımlara ışık tutmaktır. Ocak 1995-Mayıs 1996 tarihleri arasında laparoskopik kolesistektomi yapılan (110 elektif-Grup I, 73 acil-Grup II) toplam 183 olgu, prospektif olarak incelenmiştir. Elektif koşullarda ameliyat edilen hastaların ameliyat öncesi şikayetleri bilier kolik, sağ üst kadranda ağrısı ve dispepsidir. Asemptomatik hastalarda diabetes mellitus, geçirilmiş akut pankreatit veya kolesistit atağı ameliyat endikasyonu olmuştur. Bir yıllık takip sonunda Grup I'de 20 olguda (% 18.1), Grup II'de 4 olguda (% 5.4) postkolesistektomi sendromu saptanmıştır. Sendromun en sık sebebi her iki grupta da gastroduodenit olarak bulunmuştur. Diğer nedenler, peptik ülser, koledok taşı, peritonitis karsinomatoza, pankreas kanseri ve trokar yerinde ağrıdır. Grup I'de postkolesistektomi sendromu anlamlı şekilde yüksektir ( $p<0.05$ ). Sonuç olarak akut kolesistitte doğru tanı için fizik muayene ve ultrasonografi yeterli olabilmekte ve dolayısıyla hastanın şikayetlerine yol açan patoloji ortadan kaldırıldığından postkolesistektomi sendromu oranı düşük olmaktadır. Elektif olgularda ise sadece ultrasonografi ile yetinilmemeli, özellikle dispeptik şikayetleri olan hastalarda üst gastrointestinal sistem incelenmeli ve hasta ameliyat öncesinde dispeptik şikayetlerinin devam edebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Komplikasyon, Laparoskopik kolesistektomi, Postkolesistektomi sendromu.

**SUMMARY:** The aim of this study is to evaluate the causes and rates of postcholecystectomy syndrome after acute and elective laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis was carried out on 110 patients with chronic cholecystitis (Group I) and 73 with acute cholecystitis (Group II) undergoing laparoscopic cholecystectomy at Pamukkale University Hospital between January 1995 and May 1996. The mean follow-up period was 12 months. Postcholecystectomy syndrome rates were 18.1 % in Group I and 5.4 % in Group II. The most common cause in postcholecystectomy syndrome was found to be gastroduodenitis. The other causes were peptic ulcer, peritonitis carcinomatosa, pancreatic carcinoma and choledocholithiasis. In group I, the rate of postcholecystectomy syndrome was significantly higher than in group II ( $p<0.05$ ). We conclude that, physical examination and ultrasonography is sufficient in diagnosis of acute cholecystitis, and after elimination of the pathology causing the symptoms, rate of postcholecystectomy syndrome will be low. On the other hand, one should not be contented only with ultrasonography for elective cases and further upper gastrointestinal examinations should be carried out, especially for patients with dyspeptic symptoms and the patients must be informed that their symptoms may not subside despite the operation.

**Key Words:** Complication, Laparoscopic cholecystectomy, Postcholecystectomy syndrome.

Kolesistektomiye takiben hastanın ameliyata neden olan yakınmalarının sürmesi postkolesistektomi sendromu olarak tanımlanmaktadır (1,2). Bu sendrom safra yolu veya safra yolu dışı nedenlerle bağlı olarak ortaya çıkabilir. Rezidüel koledok taşları, koledok striktürü, uzun bırakılmış duktus sistikus güdüğü, gözden kaçan komşu

organ maligniteleri, peptik ülser, hiatus hernisi, özofajit gibi durumlar postkolesistektomi sendromu nedeni olabilir.

Çalışmamızın amacı, acil ve elektif koşullarda laparoskopik kolesistektomi yaptığımız olgularda postkolesistektomi sendromu oranlarını ve nedenlerini saptamak ve sendromun oranlarını azaltabilecek yaklaşımlara ışık tutmaktır.

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.

**Yazışma Adresi:** Dr. Ergün ERDEM

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD.  
Denizli.

**MATERYAL-METOT**

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında Ocak 1995 - Mayıs 1996 tarihleri

arasında laparoskopik kolesistektomi yapılan toplam 183 olgu, prospektif olarak postkolesistektomi sendromu açısından incelenmiştir. Hastaların 141'i kadın, 42'si erkektir ve yaş ortalaması 43'tür (26-69).

Olguların 110'u elektif (Grup I), 73'ü acil şartlarda (Grup II) ameliyat edilmiştir. Tanı tüm olgularda anamnez, klinik muayene, rutin kan tetkikleri (tam kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri) ve abdominal ultrasonografi ile konmuştur. Dispeptik yakınmaları olup bu yakınmaları safra kesesi taşına bağlanamayan olgulara gastroduodenoskopi yapılmış ve peptik ülser, gastrit gibi tanılar alan olgular çalışmaya alınmamıştır. Elektif koşullarda kolesistektomi yapılan hastaların ameliyat öncesi ve sonrası dönemdeki şikayetleri ile bunların nedenleri Tablo I'de gösterilmiştir. Hastaların 44'ü ameliyat esnasında asemptomatiktir. Bu hastalarda ameliyat endikasyonları 21 hastada diabetes mellitus bulunması, 6 hastada anamnezde biliyer pankreatit atağı ve 17 olguda

geçirilmiş akut kolesistit atağıydı.

Ameliyatlar aynı ekip tarafından dört trokar giriş yeri kullanılarak yapılmıştır. Ameliyat sırasında veya postoperatif erken dönemde komplikasyon gelişen olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Hastaların hastanede yatış süresi ortalama 2 gündür (1-4).

Hastalar postoperatif dönemde, birinci aydaki kontrolden sonra üç ay aralarla ve toplam bir yıl süreyle izlenmişlerdir. Takiplerde anamnez ve klinik muayene bulguları tüm olgularda kaydedilmiş, yakınmalara göre gerekli olgularda abdominal ultrasonografi, gastroduodenoskopi, bilgisayarlı tomografi ve endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) uygulanmıştır.

Acil ve elektif koşullarda yapılan laparoskopik kolesistektomi sonrasında her iki grupta saptanan postkolesistektomi sendromu oranları chi-square testiyle karşılaştırılmış ve  $p < 0.05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Tablo-I: Elektif kolesistektomi yapılan (Grup-I) hastaların ameliyata neden olan ve postkolesistektomi olarak değerlendirilen semptomları**

Ameliyat öncesi şikayet	Hasta sayısı	Postkolesistektomi semptomu ve hasta sayısı
Dispepsi	29	Dispepsi..... 9
		Gastroduodenit 7
		Peptik ülser 2
Sağ üst kadran ağrısı	20	Dispepsi..... 1
		Gastroduodenit 1
		Kolanjit.....1
Bilier kolik	17	Koledok taşı 1
		Dispepsi..... 1
Asemptomatik	44	Gastroduodenit 1
		Diabetes mellitus 21
Geçirilmiş akut pankreatiti	6	Dispepsi..... 2
		Gastroduodenit 2
Geçirilmiş akut kolesistit	17	Karın ağrısı.....2
		Peptik ülser 2
Toplam	110	Kilo kaybı, halsizlik.....1
		Peritonitis karsino. 1
		Dispepsi..... 2
		Gastroduodenit 2

**SONUÇLAR**

Takip süresi sonunda elektif koşullarda ameliyat edilen (Grup I) 110 hastanın 20'sinde (% 18.1), acil koşullarda laparoskopik kolesistektomi yapılan (Grup II) 73 hastanın 4'ünde (% 5.4) postkolesistektomi sendromu tanısı konmuştur (Tablo-II).

çoğunlukla postoperatif birinci aydaki kontrollerde saptanan gastrit ve bulbittir. Bu olguların tümünde endoskopi sırasında *Helicobacter pylori* için yapılan üreaz testi (+) bulunmuştur. Hastalarda uygun medikal tedavi yeterli olmuştur. Ancak özellikle Grup I'de gözden kaçan iki malignite olgusu dikkat çekicidir. Hastalardan biri ameliyattan

**Tablo-II: Serimizdeki postkolesistektomi sendromu nedenleri**

	Grup I (Elektif olgular)*	Grup II (Acil Olgular)
Gastrit, bulbit	13 (%65)	2 (%50)
Peptik ülser	4 (%20)	-
Koledok taşı	1 (%5)	1 (%25)
Gözden kaçan malignite	2 (%10)	-
Trokar yerinde ağrı	-	1 (%25)
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>4</b>

(\* Postkolesistektomi sendromu grup I'de anlamlı şekilde yüksektir (p<0.05)

**Tablo-III: Kolesistektomi endikasyonları**

- \*Semptomatik taşlar
- \*Kalsifiye safra kesesi
- \*Pankreatitle birlikte safra kesesi taşı
- \*Nonfonksiyone safra kesesi
- \*Asemptomatik olgularda;
  - Diabetes mellitus, orak hücreli anemi
  - Çapı 2.5 cm. den büyük taş
  - 40 yaşın altındaki hastalar

Semptomatik safra kesesi taşı olan hastaların ameliyat öncesi dönemdeki şikayetleri dispepsi, bilier kolik ve sağ üst kadranda ağrıydı. Postoperatif dönemde sarılık, kilo kaybı, halsizlik gibi safra kesesi taşına direkt olarak bağlanamayan semptomlarla birlikte preoperatif dönemde safra kesesi taşına bağlı olduğumuz dispepsi ve sağ üst kadranda ağrı gibi şikayetlerin devam ettiği hastalar postkolesistektomi sendromu olarak kabul edilmiş ve bu şikayetlerin yapılan incelemeler sonucunda safra kesesi taşı dışında bir sebebe bağlı olduğu (gastroduodenit, peptik ülser gibi) saptanmıştır.

Her iki grupta da sendroma neden olan en sık patoloji,

4 ay sonra yaygın karın ağrısı nedeniyle acil servise başvurdu. Yapılan tetkikler sonucunda peritonitis karinomatosa saptanan hasta yatışının 10. gününde kaybedildi. Primer odak saptanamadı. Diğer hasta ise ameliyattan 2 ay sonra karın ağrısı, kronik diare, kilo kaybı ve iştahsızlık nedeniyle başvurdu. Pankreas gövde kanseri saptanan hasta ameliyata alındı ve ameliyatta inoperabl olarak değerlendirildi.

Grup I'de postoperatif ikinci ayda kolanjit atağı ve Grup II'de postoperatif altıncı ayda tıkanma sarılığı ile başvuran birer hastada anamnez, klinik muayene ve tetkikler sonucunda koledok taşı düşünülmüş, bu hastalarda hem tanı hem tedavi için ERCP uygulanmıştır.

Acil kolesistektomi grubunda bir hasta kontrollerinde, subkostal bölgeden girilen trokar yerlerinde ağrı şikayeti tanımlamıştır. Ancak muayene ve tetkiklerinde ağrıyı açıklayacak bir bulgu saptanamamıştır. Bu hastaya nonspesifik analjezi tedavisi uygulanmıştır.

Grup I'de postkolesistektomi sendromu oranı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05).

**TARTIŞMA**

Safra kesesinde taş cerrahide sıkça karşılaşılan bir durumdur. Bu olgulardaki ameliyat endikasyonları Tablo-III'te gösterilmiştir (3). Postkolesistektomi sendromu, ameliyat sonrası dönemde hem hastayı hem de hekimi rahatsız

eden bir durumdur. Genellikle periyodik biliyer kolik ve postprandial dispepsi şeklindeki yakınmalarla ortaya çıkar (4). Bu sendroma neden olabilecek bir çok hastalık söz konusudur (Tablo IV). Organik lezyonların (peptik ülser, hiatus hernisi, reziduel koledok taşı gibi...) dışında sendromun en önemli sebeplerinden biri safra yollarında basınç artışıdır. Bu nedenle etyolojinin aydınlatılmasında ERCP en önemli yöntemdir (2).

Rolny ve arkadaşları, karaciğer fonksiyon testlerinde bozulma, koledokta genişleme ve ERCP'de kontrast boşalmasında gecikme saptanan postkolesistektomi sendromlu hastalarda Oddi sfinkterinin basıncının ölçülmesini ve sfinkterotomi yapılmasını önermektedirler (5). Bazı çalışmalarda da sfinkterotominin özellikle ağrıyı giderdiği ve yakınmaları azalttığı bildirilmiştir (6,7).

Laparoskopinin kullanıma girmesiyle birlikte kolesistektominin uzun dönem komplikasyonlarından biri olarak ameliyat sırasında karın içinde kalan taşlara bağlı olarak ameliyattan 18 ay sonra ortaya çıkan intraabdominal apse olguları bildirilmiştir (8,9). Hastalar postkolesistektomi sendromu yönünden araştırılırken bu durum gözönünde bulundurulmalıdır.

Serimizde postkolesistektomi sendromunun en sık sebebinin üst gastrointestinal sisteme ait hastalıklar oluşturmuştur. Olguların tümünde üreaz testi (+) bulunmuştur. Caldwell ve arkadaşları kolesistektomi sonrasında midede H.pylori insidansında artışının postkolesistektomi sendromuna yol açtığını bildirmişlerdir (10). Ayrıca kolesistektomiye takiben mideye safra reflüsünde artış olduğunu ve bunun da dispeptik yakınmalara neden olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (11). Dolayısıyla preoperatif dönemde üst gastrointestinal sisteminde patoloji saptanamayan olgularımızda ameliyattan kısa bir süre sonra yakınmaların ortaya çıkmasının sebebi de H.pylori insidansında artma ve mideye safra reflüsü olabilir. Ancak bu olguların preoperatif dönemde H.pylori oranları araştırılmadığından ve kliniğimizde reflü çalışması yapılmadığından kesin bir kanıya varmanın uygun olmayacağını düşünüyoruz.

Safra kesesi taşı saptanan hastalarda ameliyat kararı verilirken hastanın bilgilendirilmesi önemli bir noktadır. Tipik bilier kolik ile akut kolesistit atağına bağlı semptomlar kolesistektomi ile giderilebilir. Ancak serimizde de olduğu gibi bu gibi semptomlara sahip olan hastalar, kolesistektomi uygulanan hastaların tamamını oluşturmamaktadır. Böyle hastalarda dispeptik şikayetlerin

**Tablo-IV: Postkolesistektomi sendromunun en sık görülen sebepleri**

#### **Biliyer Nedenler**

- Reziduel koledok taşı
- Uzun duktus sistitikus güdüğü
- Koledok striktürü
- Safra yolları maligniteleri
- Oddi sfinkteri stenozu

#### **Extrabiliyer Nedenler**

- Hiatus hernisi
- Peptik ülser, gastrit, duodenit
- Pankreatit
- Komşu organ maligniteleri

#### **Diğer**

- Karın içinde bırakılmış taş
- Trokar yeri sorunları
- Saptanamayan

devam edebileceği hastaya anlatılmalıdır. Bu durumda kolesistektomi yapılacak tüm hastalara preoperatif dönemde rutin olarak gastroduodenoskopi yapılması önerilebilir. Ancak işlemin hasta için rahatsız edici olması ve her merkezde uygulanamaması nedeniyle rutin uygulama yerine özellikle semptomlarına göre seçilmiş hastalarda uygulanmalıdır. Özellikle safra kesesi taşı olup dispeptik yakınmaları olanlarda postkolesistektomi sendromunun önlenmesi için üst gastrointestinal sistemin incelenmesi gerekir.

Serimiz incelendiğinde acil şartlarda laparoskopik kolesistektomi yapılan hastalarda postkolesistektomi sendromu anlamlı oranda düşük bulunmuştur. Akut kolesistit tanının çoğu kez anamnez ve klinik muayene ile konabilmesi ve ultrasonografi ile bunun desteklenebilmesi *doğru tanı-doğru ameliyat* uygulamasını getirmektedir. Dolayısıyla bu grup hastalarda yakınmaya neden olan esas faktörün ortadan kaldırılmış olması postkolesistektomi sendromu oranının da düşük olmasını sağlamaktadır. Oysa özellikle laparoskopinin yaygın olarak kullanıma girmesi, herhangi bir sebeple safra kesesinde taş saptanan olgularda hastanın yakınmalarını bu taşla bağlama eğilimini artırmış ve ayrıntılı tetkik yapılmadan kolesistektomiye gidilmesi

sonucunu doğurmuştur. Bu durum da postkolesistektomi sendromunun görülme olasılığını artırmakla, hiatus hernisi veya üst gastrointestinal sisteme ait hastalıklar, özellikle yaşlı hastalarda değişik maligniteler gözden kaçabilmektedir. Tek başına ultrasonografide taş saptanmasının ameliyat endikasyonu olmadığı unutulmamalıdır.

Sonuç olarak akut kolesistitte doğru tanı için klinik tablo ve ultrasonografi yeterli olabilmekte ve dolayısıyla hastanın şikayetlerine yol açan patoloji ortadan kaldırıldığından postkolesistektomi sendromu oranı düşük olmaktadır. Elektif olgularda ise sadece ultrasonografi ile yetinilmemeli, özellikle dispeptik şikayetleri olan hastalarda üst gastrointestinal sistem incelenmesi yapılmalı ve hasta ameliyat öncesinde dispeptik şikayetlerinin devam edebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

### KAYNAKLAR

1. Sanaç Y: Safra kesesi. Sayek 1 (eo): Temel Cerrahi, Ankara, Güneş Kitabevi. 1996,2(2): 1280-1292.
2. Schwartz SI: Gallbladder and extrahepatic biliary system. In Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC (eds): Principles of surgery. Singapore, Mc Graw-Hill Book. 1988,pp 1381-1412.
3. Gadacz TR: Cholelithiasis and cholecystitis. In Schakelfrd RT, Zuidema GD (eds): Surgery the Alimentary Tract (Vol 4). Philadelphia, WB Saunders, 1983, pp: 208-224.
4. Saadah HA: Post-cholecystectomy biliary pain and dyspepsia (response to 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors) (Abstr). J Okla State Med Assoc. 87 : 315, 1994.
5. Rolny P, Greenen JE, Hogan WJ: Post-cholecystectomy patients with "objective signs" of partial bile outflow obstruction: clinical characteristics, sphincter of Oddi manometry findings, and results of therapy. Gastrointest Endosc. 39: 778, 1993.
6. Osawa H, Saito M, Fujii M et al. Postcholecystectomy syndrome mimicking angina pectoris detected by the morphine provocation test. Intern Med. 34:51, 1995.
7. Chuttani R, Carr-Locke DL. Pathophysiology of the sphincter of Oddi. Surg Clin North Am. 73: 1311, 1993.
8. Rioux M, Asselin A, Gregoire R et al. Delayed peritoneal and retroperitoneal abscesses caused by spilled gallstones: a complication following laparoscopic cholecystectomy. Abdom Imaging. 20: 219, 1995.
9. Maldjian C, Stancato-Pasik A, Shapiro RS. Abscess formation as a late complication of dropped gallstones. Abdom Imaging. 20: 217, 1995.
10. Caldwell MT, Mc Dermott M, Jazrawi S et al. Helicobacter pylori infection increases following cholecystectomy (Abstr). Ir J Med Sci. 164: 52, 1995.
11. Wilson P, Jamieson JR, Hinder RA, et al: Pathologic duodenogastric reflux associated with persistence of symptoms after cholecystectomy. Surgery. 117: 421. 1995.