



## BÖLÜM 35

### Kolelitiyaziste Tanı ve Semptomatik Safra Taşlarına Yaklaşım

Mikail UYAN<sup>1</sup>

#### ÖZET

Safra kesesi taşları gastrointestinal sistemin en sık görülen hastalıklarından biri olup genel cerrahinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Karaciğer, embriyolojik hayatın 3. ayından itibaren safra üretimine başlamakta, dolayısıyla safra sistemi de bu dönemden itibaren çalışmaya başlar. İlerleyen süreçte hem çevresel hem de genetik faktörler safra taşı insidansını etkilemektedir. Safra taşı yoğunlaşan safra eriyiğinin içerisindeki kalıntıların çökmesi sonucu oluşmaktadır. Taşlar içeriğine göre kolesterol ve pigment taşları olarak sınıflandırılırlar. Safra taşı, hastaların çoğunda tüm yaşamları boyunca herhangi bir belirti bulgu veremeyebilir. Asemptomatik hastaların yaklaşık %3'ü her yıl semptomatik hale gelir ve bir kere semptom verdikten sonra hastalık tekrarlama ve şiddetlenme eğilimine girmektedir. Semptomlar genellikle ağrı, bulantı-kusma, dispeptik yakınmalar şeklinde olmaktadır. Komorbiditesi yüksek, ileri yaşta ve sağlık hizmetlerine ulaşımı zor olan asemptomatik safra taşı olan hastalara profilaktik kolesistektomi önerilebilir. Bunun dışında kalan semptomsuz safra taşları ameliyatsız takip edilebilir. Semptomatik kolelitiyazisin tedavisi ise programlı kolesistektomidir.

#### Safra Taşları

Safra taşları yoğunlaşan safra eriyiğinin içerisindeki kalıntıların çökmesi sonucu oluşmaktadır. Safra taşı oluşumuna katılan majör bileşenler kolesterol, bilirübin, fosfolipidler ve safra tuzudur. Bu bileşenlerin konsantrasyonlarındaki değişime ve safra kesesine ait faktörlere bağlı olarak safra taşı oluşumu başlamaktadır. Safra taşlarının, ko-

lestrol taşları ve pigment taşları olmak üzere iki alt tipi vardır.

#### Kolesterol Taşları

Safra eriyiği içerisindeki toplam kolesterol miktarı ve kolesterolün diğer bileşenlere olan oranının artması sonucu oluşmaktadır. Safranın bu yapısına litojenik safra denilmektedir. Pratik

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Mikail UYAN, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD. drmikailuyan@gmail.com

dır. Biliyer pankreatitin kesin tedavisi kolesistektomidir. Hafif biliyer pankreatitli olgulara taburcu olmadan veya taburcu edildikten 2 hafta sonra kolesistektomi yapılması, rekürren biliyer olaylara bağlı yeni yatış riskini belirgin olarak azaltmaktadır (27).

## Kaynaklar

1. Saunders KD, Cates JA, Roslyn JJ. Pathogenesis of gallstones. *Surg Clin N Am* 1990;70:1197-216.
2. Oddsdottir M, Hunter JG. Gallbladder and the Extrahepatic Biliary System. In: Brunicaardi FC, editor. *Schwartz's Principles of Surgery* 8 th edition. New York: Mc Graw Hill;2005.p.1231-1263.
3. Abbasoğlu O. Safra Kesesi Hastalıkları. In: Sayek İ, editor. *Temel Cerrahi* 4. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2013.p.1627-1637.
4. Keizman D, Ish-Shalom M, Konikoff FM. The clinical significance bile duct sludge:is it different from bile duct Stones? *Surg Endosc* 2007;21:769-73.
5. Marschall HU, Einarsson C. Gallstone disease. *J Intern Med* 2007;261:529-42.
6. Gurusamy KS, Samraj K. Cholecystectomy for patients with silent gallstones. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Issue 1. Art. No.:CD006230.
7. Gracie WA, Ransohoff DF. The natural history of silent Stones. The innocent gallstone is not a myth. *N Eng J Med* 1982;307:798-800.
8. Durgun AV. Safra Kesesi ve Safra Yolları Hastalıkları. In: Değerli Ü, Erbil Y, editor. *Cerrahi Gastroenteroloji* 8. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2011.p.239-253.
9. Williams RA, Wilson SE. Cholesystitis and cholangitis. In: Gorbach SL, Barlett JG, Blacklow NR, eds. *Infectious Diseases*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998; 884-90.
10. Levinson ME, Bush LM. Peritonitis and other intra-abdominal infections. In: Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. 5th ed. New York: Churchill Livingstone, 2000: 821-56.
11. Gülay Z, Gülay H, Özmen İ. Kronik taşlı kolesistit ön tanılı hastaların safra, safra kesesi duvarı, safra taşı mikroorganizmaları ve antibiyotiklere duyarlılığı. *Ankem Derg* 1994; 8: 121.
12. Abbasoğlu O. Hepatobiliyer sistemin cerrahi enfeksiyon hastalıkları. *Güncel Bilgiler Işığında İnfeksiyon Hastalıkları*. Uzun Ö, Ünal S (Ed). *Bilimsel Tıp Yayıtmevi*, Ankara,2001.s:549-558.
13. Juvonen T, Kiviniemi H, Niemela O, Kairaluoma MI. Diagnostic accuracy of ultrasonography and C-reactive protein concentration in acute cholecystitis: A prospective clinical study. *Eur J Surg* 1992;158:365-9.
14. Yoshida M, Takada T, Kawarada Y, et al. Antimicrobial therapy for acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14:83-90.
15. Investigators of the Piperacillin/Tazobactam Intra-abdominal Infection Study Group. Results of the North American trial of piperacillin/tazobactam compared with clindamycin and gentamicin in the treatment of severe intra-abdominal infections. *Eur J Surg* 1994;573 (Suppl):61-6.
16. Yamashita Y, Takada T, Kawarada Y, et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007;14:91-7.
17. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson R. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 2010;97:141-50.
18. Inui K, Nakazawa S, Naito Y, Kimoto E, Yamao K. Non-surgical treatment of cholelithiasis with percutaneous transhepatic cholecystoscopy. *Am J Gastroenterol* 1988;83:1124-7.
19. Boland GW, Lee MJ, Mueller PR, et al. Gallstones in critically ill patients with acute calculous cholecystitis treated by percutaneous cholecystostomy: non-surgical therapeutic options. *Am J Roentgenol AJR* 1994;162:1101-3.
20. Majeed AW, Reed MW, Ross B, Peacock J, Johnson AG. Gallstone removal with a modified cholecystoscope: an alternative to cholecystectomy in the high-risk patient. *J Am Coll Surg* 1997;184:273-80.
21. Saharia PC, Zuidema GD, Cameron JL. Primary common duct stones. *Ann Surg* 1977;185:598-604.
22. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants* 2005; 15: 329-338.
23. Metcalfe MS, Ong T, Bruening MH, Iswariah H, Wemys- Holden SA, Maddern GJ. Is laparoscopic intraoperative cholangiogram a matter of routine? *Am J Surg* 2004; 187:475-481.
24. Hammarstrom LE, Stridbeck H, Ihse I. Long-term follow-up after endoscopic treatment of bile duct calculi in cholecystectomized patients. *World J Surg*. 1996;20:272-276.
25. Zilio MB, Eyff TF, Azeredo-Da-Silva ALF, Bersch VP, Osvaldt AB. A systematic review and meta-analysis of the aetiology of acute pancreatitis. *HPB (Oxford)* 2019;21:259-67. Epub 2018 Sep 22.
26. Uyanıkoğlu A, Sabuncu T, Yıldız R, et al. Impaired thiol/disulfide homeostasis in patients with mild acute pancreatitis. *Turk J Gastroenterol* 2019; DOI: 10.5152/tjg.2019.18775.
27. Goodchild G, Chouhan M, Johnson GJ. Practical guide to the management of acute pancreatitis. *Frontline Gastroenterol* 2019;10:292-9.
28. Akshintala VS, Kamal A, Singh VK. Uncomplicated acute pancreatitis: evidenced-based management decisions. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2018;28:425-38.