

# Asemptomatik Safra Taşları: Sorunlar, Tartışmalar ve Yaklaşım

Dr. Sezer GÜRER, Dr. Mehmet GÜREL, Dr. Fatih HİLMİOĞLU

**Özet:** Gelişmiş toplumlarda safra taşı görülme insidansı yaklaşık %10-20 kadar olup, önemli bir kısmı asemptomatik olan bu hastalarda da kolesistektomi uygulanması gereği ve bunun ilkeleri halen tartışılmaktadır.

Bu yazıda, asemptomatik safra taşları hakkındaki tartışmalar ve yaklaşım konusunda öne sürülen yeni görüşler özetlenmeye çalışıldı.

**Anahtar kelimeler:** Asemptomatik safra taş.

Kolesistektomilerin yaklaşık %4-7 kadarı asemptomatik safra taşları nedeniyle uygulanmaktadır (1). Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda erişkin nüfusun yaklaşık %10-20'sinde safra taşı olduğu düşünülmektedir. Safra taşları yaşlılarda, şişmanlarda ve kadınlarda daha sık görülmektedir(2). Bilyer kolik, biliyer pankreatit, obstrüktif sarılık veya kolanjite yol açmış olan safra taşları semptomatik olarak kabul edilir (2,3). Bu komplikasyon veya semptomların hiçbirinin görülmediği hastalarda "profilaktik kolesistektomi" uygulanabileceği gibi, izlemsel bir yaklaşımla hastanın ağrılı epizodunu veya komplikasyonlarını takip eden en kısa sürede kolesistektomi uygulanabilir. Ultrasonografik incelemenin klinik uygulamalara yaygın olarak girmesinden sonra insidental olarak saptanan safra taşlarının oranı %2.5-11 arasında bildirilmekte olup (3), bu hastalara hangi yöntemle yaklaşılması giderek artan bir tartışma konusudur.

Öncelikle açıklığa kavuşturulması gereken konu, hangi hastaların asemptomatik kabul edileceğidir. Genellikle klinik yaklaşımda, gerçekte

**Summary:** ASYMPTOMATIC GALL STONES: PROBLEMS, CONTROVESIES AND APPROACH

According to the survays performed in developed countries, the incidence of gall stones is approximately 10-20%. A conciderable portion of these patients are asypmtomatic and whether cholecystectomy should be performed in asymptomatic patients and which criteria should be applied during decission process is still controvesial.

In the present article, the arquements regarding the proper approach to asytmomatic gall stones are reviewed.

**Key words:** Asymptomatic bile calculus.

başka nedenlere bağlı olsalar bile, hastanın sağ üst kadranda ağrısının nedeninin bu taşlar olduğu düşünülmektedir. Kolesistektomi sonrasında bu hastaların benzer ağrı yakınmalarının devam etmesi ilk olarak akla tanı hatasını getirmektedir. Bu nedenle yapılan tartışma ve araştırmaların sağlıklı olabilmesi için bu hastaları doğru tanımlamak gerekir (2).

McSherry (4), asemptomatik kolelitiazisi olan hastaların 5 yıllık izlem sonunda %10 kadarının semptomatik hale geldiğini bildirmektedir. Bu oranlar, Gracie ve Ransonoff'un (5) 15 yıllık kümülatif olasılık hesabına göre %18 olarak hesaplanmasına karşın, çeşitli serilerde bu oran %50'lere kadar varabilmektedir (6). Hangi hastaların semptomatik olacaklarının tahminine dair belirgin bir risk faktörü henüz saptanmış değildir. Bu konuda araştırılan bir diğer nokta da taşın oluşumu ile semptomların oluşması arasında geçen süredir. Mok (7) ve arkadaşlarının bir çalışmasında, ameliyatla çıkartılan safra taşlarının karbon tekniği ile yaşları saptanmaya çalışılmış ve ortalama 8 yıl olduğu saptanmıştır. Gracie ve Ransonoff (5), Lund (6) ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmalar da benzer sonuçlar vermiştir. Sonuçta asemptomatik safra taşları

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi, Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Malatya.

nın genellikle ilk 5-8 yıl içinde semptomatik hale geldikleri bildirilmektedir.

Asemptomatik safra taşlarının tedavisi için bazı yazarlar diyabetik hastalarda, büyük taşı olanlarda, kalsifiye safra kesesi olanlarda, başka nedene bağlı laparotomi yapıldığı zaman kolesistektominin yapılmasını önerirlerken, bir gurup yazar da tüm hastalarda taş saptandığı anda kolesistektominin yapılmasını önermektedirler (2). Ancak sayılan ameliyat indikasyonlarının, safra taşı oluşumu ve bazı risk faktörleri üzerine olan etkileri de tartışmalıdır, bu risk faktörlerine kısaca göz atılacak olursa:

### **DİABETES MELLİTUS**

Cerrahlar arasında yaygın olarak düşünülen, safra taşı olan hastaların öncelikle ameliyat edilmesi olup, bunun temelinde yatan, diyabetik hastalarda taşa bağlı komplikasyonların daha sık görülmesi yanısıra morbidite ve mortalitenin daha fazla olduğu yolundaki inançtır. Bisele (8) gibi bazı araştırmacılar, safra taşı olan diyabetiklerde elektif cerrahi girişim sonuçlarının, diyabetik olmayanlarla aynı olduğunu göstermişlerdir. Turnhill (9) ve arkadaşları, diyabetiklerde komplikasyon geliştiği zaman yapılan ameliyatların mortalitesinin yaklaşık 5 kat arttığını belirterek bu hastalara 'profilaktik kolesistektomi' yapılmasını önermektedirler. Bu hastalardaki yaklaşım tarzı halen önemini koruyan tartışma konularından birisidir.

Çeşitli araştırmacıların sonuçlarına göre safra taşı olan diyabetik hastalarda akut kolesistit oranları %15 civarında olup, bu oran diyabetik olmayanlara oranla daha yüksektir (2). Bunun yanısıra acil cerrahi girişim gereği yanısıra morbidite ve mortalite oranları da diyabetik hastalarda daha yüksektir. Buna karşın elektif ameliyatlarda morbidite ve mortalite oranlarında bariz bir artış saptanmamıştır.

Gerçek sorun asemptomatik safra taşlarının diyabetik hastalarda, diyabetik olmayanlara oranla semptomatik olma olasılığının daha fazla olup olmadığının belirlenmesidir. Bu konuda şu ana kadar kanıtlanmış kesin bir görüş yoktur (5). Gibney (2) bu hastalarda semptom geliştiği ve ameliyat indikasyonu doğduğu zamanki yüksek morbidite ve mortalite oranlarını gözönüne alarak profilaktik kolesistektomiyi önermektedir.

Ancak Friedmann (10) ve Mack (11) gibi bazı araştırmacılar da son yayınlarında akut kolesistit için yapılan kolesistektomilerin mortalite oranlarının diyabetik olan ve olmayanlarda yaklaşık aynı olduğunu belirterek, asemptomatik safra taşı olan diyabetik hastalarda yapılacak kolesistektominin yaşam kalitesini arttırmayacağını ve fakat mortalite ve morbidite nedeniyle azaltılabileceğini bildirmektedirler. Aynı yazarlar yaptıkları çalışmaların sonucunda diyabetik hastalarda, izlemsel yaklaşım yerine profilaktik kolesistektominin seçilmesi halinde, diyabetik hastalarda yaşam süresinin yaklaşık 6 ay kadar kıaldığını bildirmektedirler. Mortalite ve morbidite oranlarının tartışmalı olduğu bu tür hastalarda litotripsi de seçilebilecek bir diğer yaklaşım olarak son zamanlarda gündemdedir (12).

### **YANDAŞ BİR TIBBİ VEYA CERRAHİ SORUNUN VARLIĞI**

Burda esas sözü edilen laparotomi indikasyonu doğmamış fakat ek bir hastalığı bulunan safra taşlarında ne yapmak gerektiğidir. Bazı yazarlar, bu tür hastaları değerlendirirken genel durumları iyi ise diğerlerinden ayırmadan profilaktik kolesistektomi yapılmasını önermektedirler (2). Cuchiario (3) ve arkadaşları, kolelitiazis kuşkusu dışında başka nedenlerle yapılan abdominal ultrasonografilerde safra kesesinde taş saptanan 139 hastada yaptıkları bir çalışmada, bu hastaların %33'ünde malign hastalık, %22'sinde ateroskleroz ve abdominal aort anevrizması, %12'sinde kronik böbrek yetmezliği, %7'sinde alt abdominal ağrı olduğunu saptadıklarını ve tüm hastaların %65'inde yaşam kalitesini düşüren hastalıklar nedeniyle profilaktik kolesistektomi uyguladıklarını bildirmektedirler. 5 yıllık izlemleri sonucunda, belirtilen yandaş sorunların hiçbirisinin safra taşlarının semptomatik hale gelmesinde istatistik yönden anlamlı bir risk faktörü olmadığını saptadıklarını bildirmekte ve bu nedenle yandaş hastalığı olanlarda en akılcı yaklaşımın izlemsel yaklaşım olacağını savunmaktadırlar.

### **İNSİDENTAL KOLESİSTEKTOMİ**

Safra taşlarının bir kısmı da ilk kez laparotomi sırasında saptanmaktadır. Birçok yazar tarafından laparotomi sırasında kolesistektomi yapılmayan hastaların büyük çoğunluğunda ileride semptomların oluşacağı ileri sürülmektedir. Comfort (12) ve arkadaşları, bu şekildeki 112

hastada 10-20 yıllık izlemleri sonunda %46 oranında semptom geliştiğini bildirmektedirler. Ayrıca bu hastalarda postoperatif kolesistit gelişme olasılığı da bilinen bir olgudur. Özellikle abdominal aortaya yönelik cerrahi girişimlerin, henüz açıklanamayan bir mekanizmayla, asemptomatik safra taşlarında semptomatolojiyi başlatıcı rol oynadığı kabul edilmektedir. Kolesistektomi de graft enfeksiyonunu arttırdığı yolundaki görüş de tartışmalıdır. Majör artariyel cerrahi, peptik ülser cerrahisi veya majör kolonik cerrahi uygulanan hastalarda insidental kolesistektomi yapılması konusunda görüş birliği vardır (2).

İnsidental kolesistektomilerde önemli olan hastanın ameliyat sırasındaki genel durumunun kollesistektomiye izin verecek kadar iyi olması ve yeterli operasyon görüşünün (ekspojur) sağlanmasıdır.

#### **SAFRA KESESİ KARSİNOMU**

Safra kesesi karsinomu olan hastaların %65-100'ünde safra taşı varlığı saptanmaktadır. Ancak safra kesesi taşı olan hastalarda, safra kesesi karsinomu oluşma riski %0.5-2 kadardır (2,14). Comfort (13) ve arkadaşları, safra taşı olan 112 hastanın 10-20 yıllık izlemleri sonucu hiçbir olguda safra kesesi karsinomu gelişmesine rastlamadıklarını bildirmektedirler. Bu rakamlardan, bir safra kesesi karsinomunu önlemek için yaklaşık 100 kolesistektomi yapılması gerektiği çıkmaktadır ki bu da asemptomatik safra taşlarında profilaktik kolesistektomi yapılması için anlamlı bir gerekçe gibi durmaktadır. Büyük safra taşlarında karsinom riskinin daha fazla olduğu görüşü ortaya atılmış olmakla beraber, destekleyen kesin bir kanıt yoktur (2). Ancak porselen safra kesesi veya kalsifiye safra keselerinde %20-60 kadar safra kesesi karsinomu olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle de bu tür6 safra keselerindeki safra taşları asemptomatik olsalar dahi kolesistektomi önerilmektedir (2).

#### **KOLON KARSİNOMU**

Sekonder safra tuzları ve asitlerinin kolon karsinogenezisinde rol oynadığı birçok deneysel araştırma ile gösterilmiştir. Kolesistektomi sonrasında, başta deoksikolik asit olmak üzere safra asitlerinde bir artma meydana gelmektedir. Bu da primer safra asitlerinin artmış enterohepatik

siklusa ve bakteriyel degregasyona bağlanmaktadır. Vernick (12), Capron (15), Lions (16), Trunen (17) gibi birçok araştırmacı, kolesistektomiden sonra kolon karsinomunun arttığını bildirmişlerdir. Buna karşın birçok araştırmacı da böyle bir ilişkinin varlığını gösteremediklerini bildirmektedirler (2). Bu tartışmalar henüz sonuçlanmadığı için, asemptomatik safra taşları olan hastalarda genelde profilaktik kolesistektomi önerilmekle beraber tartışmalar halen devam etmektedir.

#### **SONUÇ**

Sonuç olarak literatürdeki bulgular ve tartışmalar gözönüne alınarak, asemptomatik safra taşlarına klinik yaklaşım ilkeleri şöyle özetlenebilir:

1. Biliyer ağrı, akut pankreatit, biliyer obstrüksiyon, akut kolesistit veya kolanjit nedeni olmayan safra taşları 'asemptomatik safra taşları' olarak kabul edilirler.
2. Kolesistektomilerin %4-7 kadarı asemptomatik safra taşları nedeniyle yapılmaktadır.
3. Asemptomatik safra taşı olan hastaların ortalama %10-20 kadarında, 10-20 yıllık izlem sırasında safra taşına bağlı olarak semptom gelişmektedir. Fakat bu konudaki risk faktörleri henüz saptanmamıştır.
4. Diyabetik hastalarda asemptomatik safra taşları için profilaktik kolesistektomi yapılması gereği henüz tartışmalıdır.
5. Asemptomatik safra taşlarında, yandaş olarak yaşam beklentisini azaltan bir hastalık söz konusu ise izlemsel yaklaşım tercih edilmelidir.
6. Laparotomi sırasında insidental olarak saptanan safra taşlarında, asemptomatik de olsalar, kolesistektomi yapılmalıdır.
7. Safra kesesi taşı olan hastalarda safra kesesi karsinomu oluşma riski çok düşük olduğu için kolesistektomi indikasyonu bu olmamalıdır. Buna karşın, kalsifiye veya porselen safra kesesi olan hastalarda, asemptomatik de olsalar safra taşları, kolesistektomi indikasyonu olabilirler.
8. Henüz tartışmalı olmakla beraber, profilaktik kolesistektomiler sonrasında kolon karsinomu gelişme riski, kolesistektomi önerilirken gözönüne alınmalıdır.

**KAYNAKLAR**

1. Ransonoff DF, Gracie WA: Prophylactic cholecystectomy or expectant management of silent gall stones *Ann Int Med* 1983; 99: 199.
2. Gibney EJ: Asymptomatic gall stones *Br J Surg* 1982; 77: 368.
3. Cuchiaro G, Rostich JC, Bowie J: Clinical significance of ultrasonographically detected coincidental gall stones *Dig Dis Sci* 1990; 35: 417.
4. McSherry CK, Fernsenberg H, et. al.: Natural history of diagnosed gall stone disease in asymptomatic and symptomatic patients *Ann Surg* 1985; 202: 59.
5. Gracie WA, Ransonoff DF: The natural history of silent gall stones: innocent gall stone is not a myth *N Engl J Med* 1982; 307: 798.
6. Lund J: Surgical indications in cholelithiasis: prophylactic cholecystectomy on the basis of long term follow up of 526 non-operated cases *Ann Surg* 1960; 151: 158.
7. Mok HY, Druffel ER, Rampore WM: Chronology of cholelithiasis: Dating from atmospheric radiocarbon produced by nuclear bomb explosions *N Engl J Med* 1986; 314: 1075.
8. Beisele HE: Results of gall bladder surgery in diabetes mellitus *Ann Surg* 1948; 118: 107.
9. Turnhill FL, McMarron MM: Gall stones and diabetes: an ominous association *Am J Surg* 1961; 102: 184.
10. Friedmann LS, Roberts MS, Brett AS, et. al.: Management of asymptomatic gall stones in diabetic patients *Ann Int Med* 1988; 109: 918.
11. Mack E: Role of surgery in management of gall stones *Seminars of Liver Disease* 1985; 10: 222.
12. Vernick LJ, Kuller LH: Cholecystectomy and right sided colon cancer *Lancet* 1981; 11: 881.
13. Comfort MW, Gray HK, Wilson JM: Silent gall stones: 10-20 year follow up study in 112 cases 1989; 128: 931.
14. Diehi AK: Asymptomatic gall stones in diabetic patients *Ann Surg* 1989; 110: 1088.
15. Capron JP, Delamarre J, Canarelli Jp: Does cholecystectomy predispose to the development of colorectal carcinoma? *Gastroenterol Clin Biol* 1978; 2: 383.
16. Lions DA, Baerd CM, O'Fallon WM: Cholecystectomy and the carcinoma of the colon *Lancet* 1981; 11: 379.
17. Turunen MJ, Kivilaasko BO: Increased risc of colorectal carcinoma after cholecystectomy *Ann Surg* 1981; 194: 639.
18. Myers GH: Asymptomatic gall stones *Ann Int Med* 1989; 110: 578.