

Duodenal Divertikülite Bağlı Postkolesistektomi Sendromu

POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME RESULTING FROM DUODENAL DIVERTICULITIS

Şerif BİRİNÇ*, Erdoğan ERTÜRK**, Deniz MISIRLIOĞLU***, Ercan TUNCEL***, Şazi İMAMOĞLU*

* Bursa SSK Hastanesi Genel Cerrahi Uzmanı
** U.Ü. Veteriner Fakültesi Öğretim Üyesi
*** U.Ü. Veteriner Fakültesi Asistanı
**** Bursa Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Uzmanı
***** U.Ü. Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi

ÖZET

Kolesistektomi ameliyatı sonrası ameliyat öncesi yakınmaların devam etmesi hali "Postkolesistektomi Sendromu" olarak isimlendirilir. Sendromun sebeplerinin bir kısmı karaciğer ve safra yolları ile ilgili olduğu halde diğer bir kısımda komşu organların hastalıkları etyolojik faktör olarak rol oynar. Bir kısım hastada ise sebep bulmak mümkün değildir. Bu vaka bildiriminde, sebep olarak çok sık karşılaşılmayan duodenal divertikül iltihabı söz konusudur.

Anahtar Kelimeler: Postkolesistektomisendromu,
Duodenal divertikül

T Klin Gastroenterohepatoloji 1993; 4:257-259

SUMMARY

Postcholecystectomy syndrome is the name given to the status of continuing symptoms after the surgical removal gallbladder that contains biliary stones. The syndrome includes the clinical complaints related with liver, biliary system, and many other neighboring organs, although no real etiology can be blamed in some cases. In the case presented here the cause was the duodenal diverticulitis which is not-frequently- encountered.

Key Words: Postcholecystectomy syndrome,
Duodenal diverticulitis

Turk J Gastroenterohepatol 1993; 4:257-259

Postkolesistektomi sendromu etyopatogenezinde çok ender olarak yer alan duodenum divertikülü ilk olarak 1710 yılında Chomel tarafından tanımlanmıştır. 1762 de Morgagni, 1794 te Sommaring ve 1815 te Fleischman duodenal divertikülleri detaylı olarak incelemiştir (1,2). Duodenal divertikülü radyolojik olarak ilk defa 1916 yılında Case göstermiş, 1930 da Odgers duodenal divertiküllere safra yolları taşlarının eşlik edebileceğini bildirmiştir (1). Duodenal divertiküller genellikle semptom vermediği için radyolojik tetkik veya otopsi esnasında ortaya çıkarlar. Semptomlar mevcut ise peptik ülser, kolesistit, pilor spazmı, pankreatit vs. taklit edebilir. Bu nedenle klinik tablo değişik ve yanıltıcı olabilir (3,4).

VAKA

50 yaşında bayan hasta. Protokol numarası: 12232. Altı ay evvel sağ hipokondriumda ve sağ pa-

Geliş Tarihi: 30.3.1991

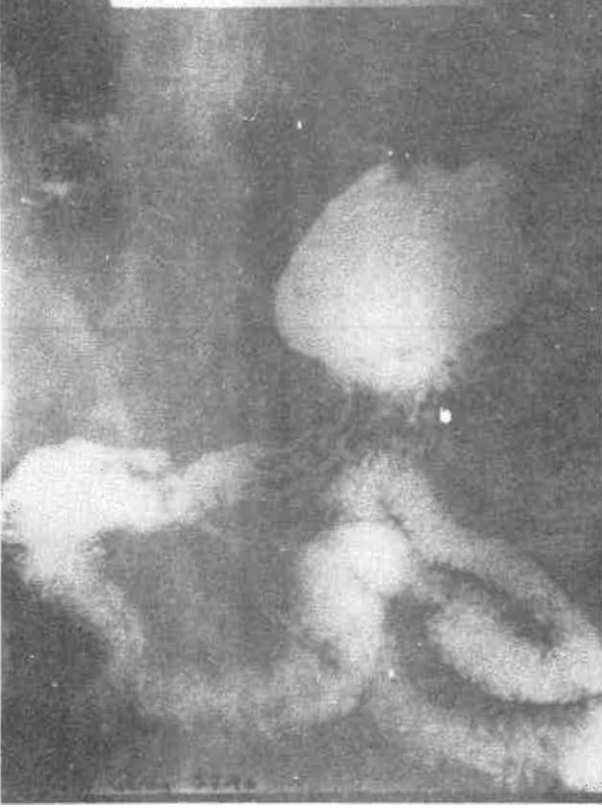
Kabul Tarihi: 30.10.1993

Yazışma Adresi: Dr.Şerif BİRİNÇ
SSK Hastanesi
Genel Cerrahi Uzmanı
BURSA

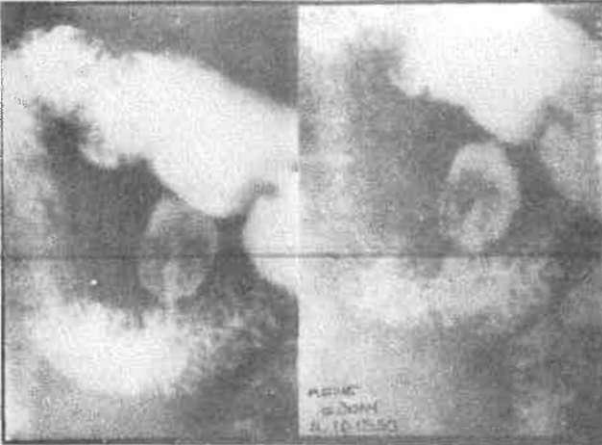
raumbilikal bölgede ağrı, ateş ve bulantı yakınmaları ile başvurdu. Yapılan fizik muayenede sağ hipokondrium ve sağ paraumbilikal bölge palpasyonla ağrılı olarak bulundu. Ultrasonografik tetkikte safra kesesi içinde çok sayıda taş tesbit edildi. Duodenal ans grafisinde o zaman için duodenum ile süperpozisyonundan dolayı gözden kaçan duodenum dördüncü kısımda divertikül mevcuttu (Şekil 1). Laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon artışı dışında (1 saatte 35 mm, 2 saatte 54 mm) anormal bulgu mevcut değildi.

Hasta ameliyata alınarak kolesistektomi yapıldı. Ameliyattan sonra bir ay kadar yakınmaları olmayan hasta ameliyat öncesi yakınmaları ile tekrar hastanemize başvurdu. Fizik muayenede yine sağ hipokondrium ve sağ paraumbilikal bölge palpasyonla ağrılı bulundu. Ultrasonografik tetkik normal idi. Duodenal ans grafisinde duodenum dördüncü kısımda divertikül tesbit edildi (Şekil 2). Yapılan laboratuvar tetkiklerinde sedimentasyon yine süratli idi (1 saatte 32 mm, 2 saatte 56 mm).

Hasta tekrar ameliyata alınarak divertikül çıkarıldı ve duodenum primer olarak kapatıldı. Divertikül ile divertikülit histopatolojik olarak da doğrulandı (Şekil 3). Postoperatif iki yıllık takipte hastada herhangi bir yakın-

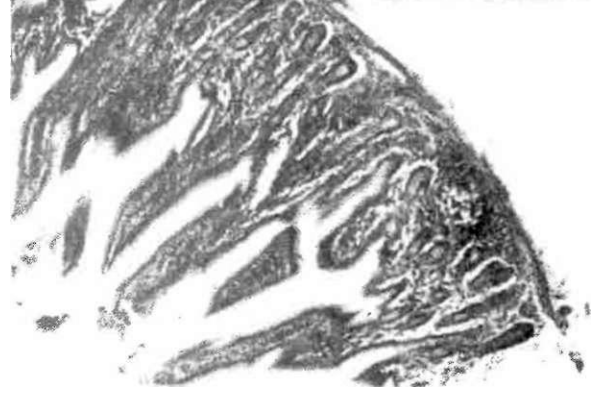


Şekil 1. Duodenum ile süperpozisyondan dolayı gözden kaçan duodenum divertikülü.



Şekil 2. Daha sonra çekilen duodenal ans grafisinde divertikülün görünümü.

ma ortaya çıkmadı, ikinci ameliyattan bir ay sonra yapılan sedimentasyon tetkikinde düşme gözlemlendi (1 saatte 8 mm, 2 saatte 17 mm).



Şekil 3. Divertikül cidarının histopatolojik görünümü.

TARTIŞMA

Kolesistektomi ameliyatı olan hastaların %75-80 inde ameliyat öncesi semptomlar ortadan kalkar. Ameliyat sonrası ameliyat öncesi semptomların devam ettiği hastaların bir kısmında résiduel taş, ana safra yollarında yaralanma, kolanjiti, parsiyel kolesistektomi, sağlam safra kesesinin çıkarılması, Oddi sklerozu, safra yolları ve Oddi karsinomu gibi safra yollarını ilgilendiren sebepler mevcuttur. Diğer bir hasta grubunda ise peptik ülser, mide ve kolon karsinomu, pankreatit, özefajit, hiatal herni, angina pektoris, konjestif kalp yetmezliğine bağlı hepatomegali, abdominal aort anevrizması, sağ böbrek tümörü gibi safra yolları dışındaki organlardan kaynaklanan patolojik haller ve psikosomatik nedenler etyolojik faktördür (5-8). Bir üçüncü grupta ise yapılan bütün fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerine rağmen gerek safra yollarında, gerekse diğer organlarda herhangi bir hastalık tesbit edilemez. Bazı yazarlar gerçek postkolesistektomi sendromu olarak bu üçüncü grubu abul ederler (5).

Bizim vakamızda postkolesistektomi sendromu sebebi olarak pulsiyon tipi duodenum divertikülü ve divertikülit hali mevcuttu. Duodenum divertikülleri genellikle eksralüminaidirler ve en fazla duodenum ikinci kısma yerleşmişlerdir. Çon ender olarak intraluminal olabilirler (9,10). Pulsiyon divertiküllerinde bizim vakada da görüldüğü gibi (Şekil 3) m. muskularis tabakası yoktur (11). Duodenum divertiküllerinin başlıca komplikasyonları kanama, delinme, iltihaplanma ve safra yolları obstrüksiyonudur.

Duodenum divertiküllerinin %35'inde vakamızda olduğu gibi safra yollarında taş mevcuttur. Periapüller divertiküllerde safra yollarında taş görülme sıklığı daha fazladır (12-14). Bunun sebebi, periapüller divertiküllerin Oddi sfinkter basıncını arttırarak safra yollarında enfeksiyona ve safra pigmentinin çökmesine sebep olmalarıdır (15,16).

Safra kesesi ameliyatlarında hastanın ameliyat sonrası yakınmalarını en aza indirmek için karaciğer ve ekstrahepatik safra yollarını, mide, duodenum, pankreas ve kolon gibi komşu organları ameliyattan önce ve ameliyat esnasında dikkatlice kontrol etmek gerekir. Bizim vakada görüldüğü gibi safra kesesi ve ekstrahepatik safra yollarına komşu olan ve bunların hastalığını taklit eden bulgular verebilen ve organlarda mevcut olan bir hastalık ameliyat öncesi, ameliyat esnasında ve ameliyattan sonra tesbit edilemez ve gözden kaçır ise hastanın yakınmaları devam edecek demektir.

Kolesistektomi sonrası semptomların devamı halinde hasta tekrar tetkike alınmalı ve iyi bir anamnez ve fizik muayeneden sonra gerekli görülen ultrasonografi, CT, kolesintigrafi, perkütan transhepatik kolanjiyografi, özefagus, mide ve duodenum endoskopik ve radyolojik tetkiki, çölyak anjiyografi ve EKG gibi teşhis yöntemlerinden faydalanılarak semptomların sebebi araştırılmalıdır. Tedavi etyolojiye yönelik olarak uygulanmalı ve gerekli hastalarda ayrıca psikoterapi de yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Le Quesne LP, Postcholecystectomy Symptoms, Maingot Abdominal Operations, volume I, sixth edition, New York, McCraw Hill Book Co 1974:1054.
2. Kennedy RH, et al. Are duodenal diverticula associated with choledocholithiasis. Gut 1988; 29:1003.
3. Ghinelli C, et al. Diverticule intraluminales duodenum, Arch. FrPediatri 1987; 44:807.
4. Robbins SL. Pathologic basis of disease, third edition, Philadelphia Saunders Co 1984:830.
5. Hardy JD, Textbook of surgery, fifth edition, Philadelphia-Toronto JB Lippincott Co 1977:910.
6. Malet PF, et al. The postcholecystectomy interval influences the composition of common bile duct gallstones, Hepatology 1982; 2:743.
7. Blumgart LH. Diagnosis and management of postcholecystectomy symptoms, Br J Surg 1977; 64:809.
8. Taylor TV, et al. Postvagotomy and postcholecystectomy syndrome, Ann Surg 1981; 194:625.
9. Gregg JA, et al. Postcholecystectomy syndrome and its association with ampullary stenosis Am J Surg 1980; 139:374.
10. McSherry CK, et al. Biliary tract obstruction and duodenal diverticula, Surg Gynecol Obstet 1970; 130:829.
11. Lotveit T, et al. Bacteriological studies of common bile duct in patients with gallstone disease and juxta-papillary duodenal diverticula, J Gastroenterol 1978; 13:93.
12. Neill SA, et al. The complications of duodenal diverticula and their management, Surg Gynecol Obstet 1965; 120:1251.
13. Navab F, et al. Resection of intraluminal duodenal diverticulum, Am J Gastroenterol 1988; 83:761.
14. Economides NG, et al. Intraluminal duodenal diverticulum in the adult, Ann Surg 1977; 185:147.
15. Lotveit T, et al. Studies of the choledochoduodenal sphincter in patients with and without juxta-papillary duodenal diverticula, J Gastroenterol 1980; 15:875.
16. Hasan AH, et al. Duodenal diverticula and jaundice: percutaneous transhepatic cholangiography may be misleading Br J Surg 1988; 75:590.