

Yaşlılıkta Kolesistektomi

Dr. Settar BOSTANOĞLU, Dr. Tefik KÜÇÜKPINAR, Dr. Kemal YANDAKÇI, Dr. Gündüz TUNÇ

Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Ankara
SSK Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniği, Ankara

ÖZET

Bu çalışmada SSK Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde 1985-1989 yılları arasında çeşitli nedenlerle kolesistektomi yapılan 511 hastanın retrospektif incelenmesi yapılmıştır. Bu hastalar 60 yaş yukarısı, 50-60 yaş arası, 50 yaş altı olmak üzere üç gruba ayrılmış, üç grupta da mortalite, morbidite, erken postoperatif komplikasyon ve hospitalizasyon süreleri arasındaki farklılıklar araştırılmış, sonuçlarımız literatür ile kıyaslanmıştır. Kolelitiazisin doğal sürecinde erken kolesistektominin mortalite, morbidite, erken komplikasyon dan koruyucu olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar kelimeler: **Kolesistektomi, yaşlılık**

DÜNYADA yaşlı kesimin nüfusu hızla artmaktadır. 20 yy. başlangıcından bu yana ortalama insan ömrü yaklaşık 20 yıl kadar artmıştır. Muhtemelen önümüzdeki 50 yıl içinde yaşlı insan nüfusu şimdikininkin 2 katına çıkacaktır(1). Demografik çalışmaların ışığında gelecekte yaşlı hastalara uygulanacak operasyon adetinin artacağı söylenebilir. Bu çalışmamızın amacı, günümüzde oldukça sık karşılaşılan safra yolları ve safra kesesinin taşı veya taşsız iltihapları nedeni ile yaşlı hastalarda yapılan kolesistektomi operasyonunun morbidite, mortalite ve erken postoperatif komplikasyon oranlarını belirlemek ve yaş faktörünün bu hastalara uygulanacak operasyona ne türde bir etkisi olduğunu değerlendirmek, halen tartışmalı olan, güncelliğini koruyan "konservatif tedavi mi yoksa erken cerrahi tedavi mi (2,3) sorusuna cevap bulabilmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma SSK Ankara Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde 1985-1989 yılları arasında kolesistektomi yapılan 511 olgunun retrospektif incelenmesi ile yapılmış olup, bu hastaların 389'u kadın (%76,13), 122'si erkek (%23,87) idi. Yaş ortalaması 49(16-99) bulundu. Bulgular 50 yaş ve altı, 50-60 yaş arası, 60 yaş ve üstü olarak 3 grupta toplandı ve birbirleri ile karşılaştırılarak incelendi (Tablo 1).

SUMMARY: Cholecystectomy in the elderly

In this retrospective study, we examined 511 patients who had gone under cholecystectomy because of various reasons, between 1985-1989. These 511 patients are divided in to three groups. The first group is consisted of the patients with ages over 60, the second group is consisted of the patients between 50 and 60 and the third group was the patients below 50. The differences in mortality, morbidity, postoperative early complication and hospitalization times are compared according to each of three groups individually, our results are compared with the literature. Early cholecystectomy can prevent the morbidity, associated with the natural progression of cholelithiasis.

Key words: **Cholecystectomy, elderly**

BULGULAR

60 yaşın üzerindeki 119 hastanın 73'ünde sadece kronik taşlı kolesistit saptandı. Kalan 46 olguda hastalar akut bilier komplikasyon nedeni ile başvururdular (%38,66).

50-60 yaş arasındaki 143 hastanın 116'sında sadece kronik taşlı kolesistit vardı. Kalan 27 olgu akut bilier komplikasyon ile başvurdu (%18,20).

50 yaş altındaki 249 hastanın 222'sinde sadece kronik taşlı kolesistit, kalan 27 olguda akut bilier komplikasyon saptandı (%10,80). (Tablo 2).

511 hastalık serimizde kronik taşlı kolesistit tanısı ile yatırılan hastalarda görülen akut bilier komplikasyon ve yandaş hastalıkların dağılımları:

60 yaş ve üzerinde:

- 1) 4 olgu akut batın
 - a- 2 olgu safra kesesi perforasyonu
 - b- 1 olgu akut kolesistit
 - c- 1 olgu safra kesesinde tümöre bağlı perforasyon
- 2) 25 olgu mekanik ikter
 - a- 6 olgu koledok taşı
 - b- 8 olgu pankreas başı CA
 - c- 9 olgu safra kesesi ve safra yolları CA
 - d- 1 olgu kronik pankreatit
 - e- 1 olgu iatrojenik mekanik ikter.
- 3) 10 olgu mekanik ikter yapmayan koledok taşı, kolanjit, kolanjiolit.

Tablo 1. Olguların yaş ve cinse göre dağılımı

YAŞ	Kadın (%)	Erkek (%)	Toplam (%)
50≥	206 (82.7)	43 (17.2)	249 (48.7)
50-60	108 (75.5)	35 (24.4)	143 (27.9)
60≤	75 (63.1)	44 (36.9)	119 (23.2)

4) 1 olgu Akut kolesistit + Mide CA

5) 1 olgu Akut kolesistit + Duodenal ve gastrik ülser.

6) 2 olgu Akut kolesistit + Safra kesesi CA.

7) 1 olgu Akut kolesistit + Portahepatistide kisthidatik

8) 1 olgu Akut kolesistit + Pankreas CA + Marjinal ülser

9) 1 olgu Akut kolesistit + Karaciğer tümörü

50-60 yaş arasında:

1) 12 olgu mekanik iktter yapan koledok taşı

2) 1 olgu kolanjit

3) 2 olgu akut kolesistit

4) 4 olgu akut kolesistit + safra kesesi CA

5) 4 olgu taşa bağlı hidrops kese

6) 3 olgu ampiyemli kese

7) 1 olgu hepatik kanalda taş

50 yaş ve altında:

1) 4 olgu mekanik ikttere yol açan koledok taşı

2) 10 olgu akut kolesistit + koledokolitiazis

3) 5 olgu akut kolesistit

4) 6 olgu hidrobe kese

5) 2 olgu ampiyemli kese

1. GRUP

60 yaşın üzerindeki 119 hastayı kapsayan (%23.28) bu gruptaki hastaların yaş ortalaması 65.73 olup, en düşük 60, en yüksek 99 idi. 75'i kadın (%63.02), 44'ü erkek (%36.98) olan bu gruptaki mortalite %0.97 (5 olgu), morbidite %5.47 (28 olgu), postoperatif erken komplikasyon oranı %1.95 (10 olgu) olarak saptanmıştır.

Mortalite nedenleri genellikle solunum ve dolaşım yetmezliği olup, bu hastalarda kolelitiazise ilaveten mekanik iktter, karaciğer tümörü, safra kesesi CA, pankreas CA ve akut myokard infarktusü saptandı.

Tablo 2. Akut bilier komplikasyon oranları

Yaş Grubu	Akut Bilier Problemler	Kolesistolitiazis-Kronik kolesistit
60≤	46 (%38.66)	73 (%61.34)
50-60	27 (%18.20)	116 (%81.80)
50≥	27 (%10.80)	222 (%89.20)
Toplam	100 (%19.56)	411 (%80.44)

2. GRUP

50-60 yaş arası 143 hastayı (%27.98) kapsayan bu grupta yaş ortalaması 53.69 olup, 108'i kadın (%75.52), 35'i erkek (%24.48) idi. Bu gruptaki mortalite %0.58 (3 olgu), morbidite %3.52 (18 olgu), erken postoperatif komplikasyon oranı %1.56 (8 olgu) idi. Mortalite nedenleri, kolelitiazise ilaveten 2 olguda mekanik ikttere bağlı gelişen hepatik koma, 1 olguda kolanjit, kolanjiolititi.

3. GRUP

50 yaşın altındaki 249 hastayı (%48.72) kapsayan bu grubun yaşları 16 ile 49 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 38.66 idi. 206 sı kadın (%82.73), 43'ü erkek (%17.27) olan bu gruptaki mortalite %0.19 (1 olgu), morbidite %1.95 (10 olgu), erken postoperatif komplikasyon oranı %0.58 (3 olgu). Mortalite nedeni bir olguda kolelitiazise eşlik eden pankreas başı CA ya sekonder gelişen hepatorenal yetmezlikti.

Tüm gruplarda hospitalizasyon süresi ortalama 10.1 gün (En az 5, en çok 41 gün). Bu oran 60 yaş üstünde 12.8 gün, 50-60 yaş arası grupta 9.23 gün, 50 yaş altı grupta 8.45 gündür.

1., 2. ve 3. Gruplar arasındaki mortalite, morbidite, erken post-operatif komplikasyon ve hospitalizasyon süreleri bakımından farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p < 0.005$) (Chi kare testi).

TARTIŞMA

ABD. de safra taşlarının prevalansı hakkındaki verilere göre kolelitiazisli hastaların sadece %30 u ameliyat olmaktadır (2). Yaşlı hastalarda %33 oranında tanı ve tedavide gecikmeler olmaktadır (3). Asemptomatik, başka bir nedenle yapılan tetkikler sırasında safra kesesinde taş saptanan hastalara ne önerileceği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

Asemptomatik hastalarda klasik profilaktik kolesistektomi endikasyonları şunlardır(4).

Tablo 3. 511 olgunun mortalite, morbidite, erken postoperatif komplikasyon ve hospitalizasyon süresi dağılımları

Yaş	Mortalite	Morbidite	Erken postop. komplikasyon	Hospitalizasyon süresi (gün)
60≤	5 (%0.97)	28 (%5.47)	10 (%1.95)	12.8
50-60	3 (%0.58)	18 (%3.52)	8 (%1.56)	9.23
50≥	1 (%0.19)	10 (%1.95)	3 (%0.58)	8.45
Toplam	9 (%1.76)	56 (%10.94)	21 (%4.10)	10.1

- 1) Dolmayan kese
- 2) Küçük taşlara oranla daha sık kolesistite yol açmaları nedeni ile çapı 2 cm den daha büyük taşlar.
- 3) Sıklıkla safra kesesi malignansisi ile beraber olması nedeni ile grafide kalsifikasyon gösteren kese. (%22 oranında malignansi ile beraber).
- 4) Safra kesesinde taş ve pankreatit
- 5) Nonfonksiyone kese.
- 6) Komplikasyonları oldukça mortal seyretmesi nedeni ile diabetik hastalar. (Örneğin akut kolesistit mortalitesi %5 iken diabetik hastalarda bu oran %20 ye çıkmaktadır.)
- 7) Cycle Cell hastalığı: Bu hastalarda akut kolesistit anında tam zor konmakta ve gelişen akut kolesistit atakları krizleri arttırmaktadır.
- 8) 40 yaşın altındaki hastalar.

20 yy. başlarında Moynihan ve May asemptomatik safra taşlarının doğal gelişimi ile ilgili olarak morbidite ve mortalite oranlarını düşürmek amacı ile profilaktik kolesistektomi düşüncesini geliştirdiler. 1960 larda Moynihan ve May'ın raporundan bağlantısız olarak Zundt, Cahow ve Glenn(5), Colock ve arkadaşları (6) da bu düşünceye katıldıklarını bildirdiler. Gracie ve Ranschoff (7). Michigan Üniversitesinde seçilmiş bir hasta grubu üzerinde yaptıkları çalışmalarda, asemptomatik hastaların %18 inde komplikasyon geliştiğini tesbit ettiler.

Margiotta ve arkadaşları 70 yaş üzerindeki 212 hastayı kapsayan serilerinde acil ve elektif kolesistektomi yapmışlar, elektif grubda mortaliteyi %3, acil ameliyata alınan grubda %10 olarak bulmuşlardır(3).

Mc Sherry ve Glenn'in 1980 yılında 11808 hastayı kapsayan kolesistektomi serisinde, ki bunların %19.9 u akut, %80.1 i kronik kolesistit nedeni ile uygulanmıştır, genel mortalite %1.7 olarak saptanmıştır. Bu oran 50 yaş altında %0.1, 50 yaş üstünde %2.2 olarak bulunmuştur(8).

Bizim serimizde de 60 yaş üzeri grup ile 50 yaş altı grup arasında ortalama hospitalizasyon süresi açısından 4.5 günlük bir fark söz konusudur ve yaşlı hastalar için hastanede yatış süresinin

uzunluğu, genç hastalarınkine oranla fark edilir derecede yüksektir (Tablo 3). Genel mortalitemiz 9 olgu (%1.76) dır. Bu oran 50 yaş altında 1 olgu (%0.19), 60 yaş üzerinde 5 olgu (%0.97) dir.

Günümüzde kolesistektomi mortalite ve morbiditesi %0.5 olan emniyetli bir operasyondur. Ancak bu oran akut kolesistit olgularında 10 kat daha artarak %5 lere yaklaşmakta ve özellikle, 70 yaşın üzerinde %10,80 yaşın üzerinde de %20-24 lere çıkabilmektedir (9,10).

Hasta ne kadar yaşlı ise aciliyeti arttıracak ve çok daha yoğun bakım isteyecek akut bilier komplikasyonun ortaya çıkma oranının artacağı bir gerçektir (11). Bizim çalışmamızda da akut komplikasyonla gelen hastaların, basit kolesistolitiazis nedeni ile ameliyata alınan hastalardan daha yaşlı olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Yaşlı hastalar çok daha yüksek oranda cerrahi morbidite göstermektedir. Bu durum büyük oranda yandaş diğer hastalıklara bağlıdır. Çok daha zor ve detaylı operatif dikkat, anestezi tekniği, hemodinamik monitörizasyon ve bakımı gerektirir (3,12). Bu çalışmada belirtilen, asemptomatik veya az semptom veren, yandaş hastalığı olmayan yaşlı hastalarda, düşük mortalite oranları, azalmış hospitalizasyon süresi ve yoğun bakım gereksinim oranının düşüklüğü, kolesistektominin bu hastalarda klasik tedaviden daha iyileştirici olduğunu düşündürmektedir. Örneğin 60 yaşındaki bir insanın daha yaşayacak 8-9 yılı olabilir, buda akut bilier problemlerin gelişmesi için yeterli bir zamandır.

Kolesistektomi esnasında hasta ne kadar yaşlı ise akut bilier komplikasyon gelişmesi o oranda fazladır (3,8,12). Erken kolesistektomi kolelitiazisin doğal gelişim sürecinde morbidite ve mortalite oranlarını azaltmaktadır. Asemptomatik veya çok az semptom veren kolelitiazislerde nonoperatif tedavinin gittikçe artan bir ilgi kazanmasına rağmen bu klinik çalışma sonuçları ve klinik gözlemlerimize göre, bütün safra taşı hastalıklarında morbidite, mortalite, erken komplikasyonlar ve hospitalizasyon süresi oranlarına dayanarak semptomatik safra kesesi taşı bulunan yaşlı hastalarda mümkün olan en erken zamanda elektif kolesistektomi operasyonu önerilmesinin doğru olduğu görüşündeyiz.

KAYNAKLAR

1. Graber RF. Aging in 2025, telling it like it's going to be Geriatrics 1976; 31: 110-9.
2. Way LW. Asymptomatic cholelithiasis Current Surgical Dragnosis and Treatment 1985; 577.
3. Margiotta SJ, Horwitz JR, Willis IH. Cholecystectomy in the elderly. Am J Surg 1988; 156: 509-12.
4. Gadacz TR Asymptomatic Cholelithiasis, Surgery of Alimentary Tract 1983; 4: 222-24.
5. Zundt F, Cahow CE, Glenn F. Sequelea attributed to delayed surgical treatment of gallstones. Ann Surg 1965; 165: 161-63.
6. Colock BP, Kilen RB, Leach NG The asymptomatic patients with gallstones Am J Surp 1967; 113: 44-7.
7. Gracile WA, Ranschoff DF. The natural history of silent gallstones. The innocent gallstones is not a myth. N Eng J Med 1982; 307: 798-80.
8. Mc Sherry C, Glenn F. The incidence and causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. Ann Surg 1980; 191: 271-5.
9. Addison NV, Finan PJ. Urgent and early cholecystectomy for acute gallbladder disease Br J Surg 1988; 75: 141-3.
10. Houghton PWJ, Jenkison JR, Donaldson LA. Cholecystectomy in the elderly: a prospective study Br J Surg 1985; 72: 220-2.
11. Sullivan DM, Hood TR, Griffen WO. Biliary tract surgery in the elderly. Am J Surg 1982; 143: 218-20.
12. Pigott JP, Williams GB. Cholecystectomy in the Elderly Am J Surg 1988; 155: 408-10.