

SAFRA TAŞLARI

Karaciğer günde 500-1500 ml kadar safra yapar. Safra kesesinin en önemli rolü, safrayı yoğunlaştırmak ve iyi zamanlanmış olarak barsağa iletmektir. Safra asitleri normal yağ sindirimine barsakta katılır. Safra kesesi ile safra yolları enfekte veya tıkalı olduğu zaman, bir ağrı ve hastalık kaynağıdır.

SAFRA TAŞI OLUŞUMU

Avrupada otopsilerin %10'unda safra taşı bulunmuştur. Bu oran Japonya'da %2 kadardır. Kadınlarda erkeklere göre 2-5 kat daha sıktır. Safra taşlarının oluşumuna katılan majör elementler kolesterol, bilirubin ve kalsiyumdur. Bunların yanında protein, karbonhidrat, demir, fosfor, karbonat, mukus ve hücre artıkları gibi unsurları da içerir.

ABD ve batı ülkelerindeki taşların çoğunda baskın komponent kolesteroldür. Saf kolesterol taş oranı %10'dur. Bunlar sarı yeşil renkte irice düzgün yüzeyli soliter taşlardır. %15 gibi de pigment taşları bulunmaktadır. Asya toplumlarındaki taşların %30-40'ında kalsiyumbilirubin taşlarıdır.

Safra taşlarının oluşumunda hazırlayıcı faktörler tam bilinmemekle birlikte en fazla 3 tanesi üzerinde durulmaktadır:

- 1- Safra yapısındaki değişimler:safradaki kolesterol ve kalsiyum bilirubin gibi maddelerin yükselmesi, safra tuzlarının yoğunluğunun azalması, safra pH'ının değişmesi, mikrosferolitler, safradaki makromoleküler komplekslerin taş oluşumunda rolü vardır. Kandaki kolesterol düzeyi ile saf kolesterol taşları arasında kesin bir ilişki yoktur.
- 2- Enfeksiyon varlığı;
- 3- Safra stazı;

Hem genetik hemde çevresel faktörler safra taşları insidansını etkilemektedir. Insidans yaşla beraber artar ve kadınlarda erkeklere göre 2-5 kat daha fazla görülür.

Obezite, multiparite, östrojen tedavisi, hızlı kilo kaybı, uzamış TPN, trunkal vagotomi, safra asidi havuzunu küçülten hastalıklar (crohn,terminal ileum rezeksiyonu...) ve diabet taş oluşum riskini arttırır.

SAFRA TAŞI ÇEŞİTLERİ

Normal safranın bileşiminde bulunan 3 madde (kolesterol, kalsiyumbilirubin, kalsiyumkarbonat) yalnız başına yada karışık olarak taşları yaparlar. Bu maddelerin yalnız birinden yapılan taşlara saf taşlar, bu maddelerin değişik oranda karışmasıyla yapılan taşlara mikst taşlar, bu maddelerinden bir veya birkaçının çekirdek gibi rol alıp, bunun üzerine değişik yapıda kabuklar halinde maddelerin birikmesiyle olanlara kombine taşlar denir.

Bunlar dışında yapısında ağırlıklı olarak bilirubin bulunan ,kolesterol oranı düşük taşlara pigment taşları denir. Siyah ve kahverengi pigment taşları olarak iki tipdir. Siyah taşlar daha çok inorganik komponent ve müsin içerir.hemolitik hastalıklar ve sirozdaki safra taşları bu tipdedir. Kahverengi taşlar farklı olarak bünyelerinde bakteri içerirler. Siyah pigment taşları genelde safra kesesinde oluşurlar, kahverengi taşlar ise primer olarak safra yollarında görülürler. Safra çamuru ise gerek kolesterol gerekse pigment taşlarının oluşumunda başlangıç safhasında saptanabilen bir patolojidir.

SAFRA TAŞLARININ ETKİLERİ

A -) Sessiz taşlar :safra taşı bulunan kimselerin çoğu belirti vermez. Kanal obstruksiyonu safra taşı hastalığının tüm klinik bulgularından sorumludur. Sessiz taşlarda da kolesistektomi yapılmasını gerektiren bazı durumlar vardır:

-cocuklardaki safra taşları.

-hepatik krizleri akut kolesistitten ayırmanın zor olabileceği orak hücreli anemi gibi durumlar.

-nonfonksiyonel safra kesesi.

-taşın 2,5 cm den büyük olması.

-safra kesesi duvarında kalsifikasyon varlığı(porselen safra kesesi)

-akut kolesistitte daha yüksek mortaliteye sahip diabetik hastalıklar.

İnsidental kolesistektomi yani başka bir nedenle yapılan ameliyat esnasında fark edilen safra kesesi taşı, cerrahın o anki tercihinə bağlı olarak yapılabilir. ancak 2 durumda mutlaka yapılmalıdır:

-konjenital hemolitik anemi nedeniyle splenektomi yapılan hastalar,

-morbid obezite nedeniyle gastrik cerrahi yapılan hastalar.

B -) Bilier kolik : safra kesesinden safra boşalımının gecici olarak engellenmesi bilier kolikten sorumludur. Duktus cystikusta sıkışmış yada geçmekte olan bir taş olayın nedenidir. Bu ağrı başlangıçtan itibaren şiddetlidir 4-6 saat bir plato çizer ve obstruksiyonun kalkmış olmasıyla kademeli olarak azalır. Genelde yağdan zengin bir yemeği takiben ortaya çıkar. Sağ hipokondrium ve epigastriumda hissedilir. Sağ scapula ve omuza yayılabilir, sıklıkla bulantı ve kusma eşlik eder. Bazı hastalarda obstruksiyon gerilemez ve akut kolesistit gelişir.

C -) Akut kolesistit : olguların %95 inde safra taşı mevcuttur ve duktus cystikusun taş ile tıkanması söz konusudur. safra kesesiprogresif bir şekilde distansiyona uğrar ve enflame bir hal alır.

D -) Tıkanma ikteri : koledok kanalı eğer tam tıkanırsa karaciğerden safra algılanması sürer ancak koledokta biriken safra basıncı 35 cmH₂O yu geçince karaciğerden safra salgılanması durur. Safra artık kanda birikir ve ikter başlar.

E -) Kanserleşme : kesedeki taşların kanser yapıp yapmadığı konusu tartışmalıdır. Otopsilere kese karsinomlarının % 65-95 inde taş bulunmuştur.

KLİNİK :

Karaciğer dışı safra yollarının taşları yıllar boyu sessiz kalabilir. Duktus cystikusun taş ile tıkanmasını takiben kese progresif olarak distansiyona uğrar ve enflame bir hal alır. Kesede distansiyon, duvar kalınlaşması ve ödem gözlenir. Bu tabloya akut kolesistit denir. Akut kolesistitin klasik Bulgusu olan Murphy işareti (sağ üst kadran palpe edilirken derin inspiyumda hastanın ağrı duyup nefesini tutması) ile beraber sağ omuza vuran kolik sağ üst kadran ağrısı, soluk dışkı ile birlikte aralıklı sarılık ve koyu idrar görülebilir. paryatal periton da enflame olursa rebaut belirtisi ve defans ortaya çıkabilir.

Tıkanıklık tamsa sarılık giderek artar. Ortak safra kanalı veya vater ampullasının neoplastik tıkanıklığı olan hastalardakinin aksine, safra kesesi yandaş enfeksiyonun varlığı nedeniyle genelde şişmez (courvoisier kanunu: sarılık varlığında safra kesesi palpe ediliyorsa, sarılığın sebebinin taşa bağlı olması ihtimali düşüktür denilmektedir, daha çok neoplastik bir hastalık düşünülmelidir.) assenden kolanjitli hastalarda Charcot'un karın ağrısı ile birlikte ateş ve sarılık karakteristiktir.

Ayırıcı tanıda ; akut pankreatit, akut apandisit ve püp düşünülmelidir.

TEDAVİ :

CERAHİ TEDAVİ

Akut kolesistit geçiren hastalarda ve semptom veren kolelithiasizde ve sessiz ama profllaktik kolesistektomi yapılması gereken durumlarda kesin tedavi kolesistektomidir. Akut kolesistit geçiren hastalarkesin tanısından sonra antibiotik tedavisine başlanmalıdır. Belirli bir zaman içinde akut kolesistitli kimselerin %80'inde safra kesesinde safrasında bakterileriler üretilir. Bu bakteriler E. Coli ,klebsella, streptokok faecalis. Tedavi de geniş spektrumlu antibiotikler veya ampicilin+aminoglikozit kombine kullanılmalıdır.

Kolesistektomi: sağ subkostal, paramedian veya median kesi kullanılarak laparotomi yapılır. Karın içi organlar, hiatus ve düodenum mutlaka eksplere edilmelidir. Daha sonra hepatoduodenal ligamanın (winslov deliği)altından geçirilen parmakla mutlaka koledok kanalı, portal ven ve hepatik arter muayene edilir. Calot üçgeninde yapılan disseksiyonla d.sistikus ayırt edilir, bağlanır. Böylece safra kesesi kanalından koledoga taş düşmesi

önlenir. Sistik arter disseke edilip, çift bağlanır ve kesilir. Kese klaraciğer yatağından ayrılır. d.sistikus koledok kanalından 3-5 mm mesafede çift bağlanarak kesilir.

Son yıllarda popüler olan yeni bir yöntem de kapalı olarak bilinen laparoskopik kolesistektomidir. Postop ağrının minimal olması, erken oral beslenmeye başlanması, 24-48 saat sonra taburcu olabilmeleri ve erken evrede işlerine dönebilmeleri en önemli avantajlarıdır. Laparoskopik ve acık kolesistektomi morbititesi açısından fark bulunamamıştır. Laparoskopik yöntemin bir avantajıda gerekirse acık yöntemeye geçilebilmesidir.

CERRAHİ DIŞI TEDAVİ:

Ameliyat edilemeyecek olan kolelithiasizli hastalarda ursodeoksikolik asit ve kenodeoksikolik asit, safra asidi havuzunu yenileyerek, kolesterol sentezi ve sekresyonunu azaltarak taş oluşturmaya yatkın kişilerde aşırı satüre safrayı normal bileşimine döndürüp taş oluşumnu engelleyebilir. Bir seride taş 2 yıl verilmiş veradyolusent taşlarda tam erime hastaların %13.5'unda olmuştur. %41'inde kısmi erime olmuştur. Etki; kadın, zayıf ve serum kolesterol >227 mg/dl olan hastalarda erime daha sık olmuştur. Safre taşlarını eritebilen ajanların direkt safra kesesi içine verilmesi, girişimsel radyoloji sonucu gelişmektedir. Güçlü bir kolesterol eriticisi olan metil tertbutil eter (MTBE) in perkutan bir kateter ile safra kesesine verilmesi seçilmiş hastalarda taşı eritmede başarılı olabileceğini göstermiştir. Bu girişim invaziv olup kanama, katatere ve ilaca bağlı bir takım riskleride bulunmaktadır. Bu teknolojinin en büyük dezavantajı 5 yıl içinde % 50 ye varan nüks olayıdır.