

ASEMPTOMATİK SAFRA KESESİ TAŞI OLAN HASTALARDA LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİNİN GASTROİNTESTİNAL HAYAT KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

*Süleyman ÇETİNKÜNAR^{1,4}, Serhat TOKGÖZ², Mehmet TOKAÇ³,
B. Çağlar BİLGİN⁴, Köksal BİLGİN², Bahadır CELEP², Oğuz HASDEMİR², Mesut ATLI¹*

ÖZET

AMAÇ: Bu çalışmada asemptomatik kolelitiazis olgularının ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası hayat kalitesi değerlendirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM: Hastaların ameliyat öncesi ve sonrası hayat kalitelerinin ölçümü gastrointestinal hayat kalitesi indeksi parametreleri kullanılarak belirlenmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 71 hasta ameliyat öncesi ve ameliyattan en az 3 ay sonra gastrointestinal hayat kalitesi indeksine göre sorgulanmıştır. Preoperatif dönemde ortalama skor 126.8±14.07, 3 ay sonra yapılan sorgulamada ise ortalama 136.6±9.31 olup normal popülasyona yakın bir oranda saptanmıştır. (toplam skor 144). Gastrointestinal semptomlarının yanı sıra fiziksel, sosyal ve duygusal durumlarında da anlamlı düzelmeye gözlenmiştir. Düşük skorlu hastalarda bu iyileşme daha belirgindir.

SONUÇ: Asemptomatik kolelitiazisli hastalarda başka gastrointestinal patolojilerle açıklanamayan nonspesifik semptomların laparoskopik kolesistektomiyle iyileşme gösterdiği, hastaların hayat kalitelerinde anlamlı bir artış olduğu görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Kolelitiazis, asemptomatik safra taşı, laparoskopik kolesistektomi, gastrointestinal hayat kalitesi,

Gastrointestinal Quality of Life in Patients with Asymptomatic Cholelithiasis After Laparoscopic Cholecystectomy

SUMMARY

OBJECTIVE: To assess the outcome of laparoscopic cholecystectomy for asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy using a specific quality of life instrument for gastrointestinal disorders in adults.

MATERIALS and METHODS: The Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) was used to study the quality of life in patients before and after laparoscopic cholecystectomy.

RESULTS: Seventy one patients completed the GIQLI questionnaire both preoperatively and after a minimum postoperative follow-up of three months. Mean preoperative score was 126.8±14.07 out of a theoretical maximum score of 144. After three months, the score had significantly improved to 136.6±9.31, close to the range for the normal population. Not only items assessing gastrointestinal symptoms but also the domains of physical, social, and emotional function improved significantly. The most marked improvements were achieved in patients with the lowest preoperative scores.

CONCLUSION: Laparoscopic cholecystectomy significantly improves the quality of life in patients with cholelithiasis who are asymptomatic or have nonspecific gastrointestinal symptoms that cannot be explained by another gastrointestinal pathology.

Key words: Cholelithiasis, gallstone, laparoscopic cholecystectomy, gastrointestinal quality of life index.

Gastrointestinal sistemi etkileyen en yaygın rahatsızlıklardan biri safra taşlarıdır. Erişkin popülasyonunun %10 ile %15'inde safra kesesi taşı mevcuttur. 20. yüzyılda safra kesesi taşlarının devamlı şekilde artış göstermesi, hayat tarzı ve beslenme alışkanlıklarına bağlanmakta ve buna bağlı olarak kolesistektomi oranlarında da belirgin artış görülmektedir¹. Semptomatik safra kesesi taşları için laparoskopik kolesistektomi primer cerrahi seçenek olmasına karşın, asemptomatik yada diğer gastrointestinal semptomu olan safra taşı olan hastalar için laparoskopik kolesistektomi halen tartışmalıdır. Asemptomatik yada nonbilyer semptomlu safra taşı olgularında laparoskopik kolesistektomiyi öneren az

sayıda çalışma bulunmaktadır^{1,2}.

Çalışmamızda safra kesesi taşı hastalığına ait semptomların yeniden irdelenmesi ve asemptomatik yada non bilyer semptomlu hastalarda yapılan laparoskopik kolesistektominin hayat kalitesi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu prospektif çalışmaya, Ocak 2007 ile Haziran 2008 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup safra kesesi taşı hastalığı nedeniyle polikliniğe başvuran, anamnezinde asemptomatik ya da non bilyer semptomlu olan ve laparoskopik kolesistektomi

¹Mardin Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, MARDİN, TÜRKİYE

²Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi III. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE

³Abant İzzet Baysal Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, BOLU, TÜRKİYE

⁴Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim Araştırma Hastanesi I. Genel Cerrahi Kliniği, ANKARA, TÜRKİYE

ameliyatını kabul eden hastalar dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalar için tanıtım formları oluşturduktan sonra hayat kalitesi ölçeğini belirleyecek olan semptomlar, fiziki, duygusal, psikolojik ve hastalık bağımlı bulgular hastalarla ameliyat öncesinde ve ameliyat sonrası 3. ayda yüz yüze görüşülerek sorgulanmış ve elde edilen veriler dökümanite edilmiştir.

Hasta tanıtım formları hastaların adı soyadı, yaşı, cinsiyeti, safra kesesinde ultrasonografik olarak saptanan safra taşı sayısı, boyutu, ASA (American Society of Anesthesiologists) skorlaması, diabetin olup olmaması, ek hastalığın bulunması, postoperatif hastanede kalış süresi, postoperatif dönemde gelişen komplikasyon varlığı, gastrointestinal hayat kalitesi indeksi parametreleri ve Likert skalası formu sonuçları kaydedilerek hazırlanmıştır.

Normal safra kesesinde bulunan taşlar sayıları boyutları yönünden incelenerek, taş sayısı tek ve multipl olarak ayrılmıştır. Taş çapları milimetre olarak kaydedilmiştir.

Hayat kalitesinin değerlendirilmesi ameliyattan önce ve sonrasındaki 3. ayda Gastrointestinal Quality of Life (GIQLI) indeksi kullanılarak yapılmıştır. GIQLI 36 parametreyi içermektedir. Her bir parametre için ise Likert skalası kullanılarak cevaplar 5 dereceye ayrılmış ve skora yapılmıştır. (0-4; 0:en kötü ve 4:en iyi). Toplam GIQLI skoru ise 144 tür.

Hastalara, tedavinin başarısını belirlemek için “ameliyat sonrası iyileşmenizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusu sorularak (1) kötü, (2) aynı, (3) iyi, (4) çok iyi, (5) oldukça iyi cevaplarından birinin verilmesi istenmiştir.

Formlardan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.) 16 for Windows programıyla yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler yaş için ortalama ± standart sapma olarak taş çapı, alt ölçek skorları ve toplam puanlar ortanca (25-75) yüzdelik biçiminde, nominal değişkenler ise olgu sayısı ve (%) şeklinde gösterildi. Operasyon öncesi ve operasyon sonrası Giqli alt başlıkları ve genel yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olup olmadığı Wilcoxon İşaret testi ile araştırıldı. Operasyon öncesine göre operasyon sonrası Giqli toplam yaşam kalitesi düzeyinde meydana gelen değişim miktarının yaşa, cinsiyete, taş çapı, taş tipi ve ASA'ya bağlı olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediği Mann Whitney U testi ile incelendi. $p < 0.05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

71 kolelitiazisli olgunun 43'ü kadın (%60.6), 28'i (%43.4) erkek cinsiyetindeydi. En küçük yaş 25, en büyük yaş 76 olup ortalama 48.6 idi. Kolelitiazisli olguların taş sayılarını bakıldığında %63.4'ünde multipl taş saptanırken (n:45), %36.6'sında tek taş mevcuttu (n=26). Taşların çapı ise 4 mm ile 22 mm

arasında değişmekte olup ortalama 12.9 mm idi. Hastaların %54.9 u ASA I, %40.8'i ASA II ve çok az bir kısmı da %4:2 ile ASA III olup, tamamına yakınının genel durumları iyiydi. %94.4'ü (n=67) postoperatif birinci günde sorunsuz taburcu olurken geri kalan 4 hasta postoperatif bulantı kusma şikayetlerinin fazla olması nedeniyle ikinci ve üçüncü günde sorunsuz şekilde taburcu edildiler. Hastaların hiçbirinde postoperatif ciddi komplikasyon gelişmedi.

Toplam GIQLI skoru ve alt başlıkların skorlarına bakıldığında laparoskopik kolesistektomi sonrası anlamlı bir artış olduğu görülmektedir (Tablo 1). Yine taş çapı 15 milimetrenin üzerinde safra kesesi taşı olan hastalarda anlamlı iyileşmenin olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Cerrahi tedavinin başarısını belirlemek için ameliyat sonrası 3. ayda hastalara mevcut sağlık durumları hakkında kendilerini nasıl hissettikleri soruldu. 71 hastanın 11'i (%15.5) “iyiyim”, 25'i (%35.2) “çok iyiyim” ve 35 hasta da (%35.2) “oldukça iyiyim” cevaplarını verirken, “değişiklik olmadı” ya da “daha kötüyüm” cevabını veren hasta olmadı.

TARTIŞMA

Günümüzde safra taşları gastrointestinal sistemi etkileyen en yaygın rahatsızlıklardan biridir. Batı toplumlarında ultrasonografi ile saptanan safra taşlarının sıklığı 50 yaş altı kadınlarda %11-15, erkeklerde %3-11 olup, ortalama erişkin popülasyonunda %10-15 arasındadır^{1,2}. 60 yaş üstü kadınlarda %50'ye, erkeklerde %15'e kadar ulaşır. Yıllık safra taşı insidansı ise yaklaşık 200 kişide 1 oranındadır¹.

Safra taşlarının neden olduğu semptomlar çok değişken olabilmektedir. Bu yüzden safra taşları asemptomatik ve semptomatik safra taşları diye kategorize edilmişlerdir. Tipik semptomatik hastalar, yemekten 15-60 dakika sonra başlayan şiddetli karın, sağ üst kadranda ve/veya epigastriyumda olan bazen sağ omuza ve sırtta yayılan ağrı şikayeti ile başvururlar. Ağrı sıklıkla besinlerin tipleriyle bağlantılıdır. Fakat bu ilişki sadece yağlı, kızarmış veya baharatlı gıdalarla ya da süt ürünleriyle sınırlı değildir. Ağrı, bulantı kusma ile birlikte olabilir ve genellikle dakikalarca veya birkaç saat sürebilir. Bu ataklar renal kolik gibi şiddetli nöbetleri gibi karakteristik olmasa da genelde biliyer kolik olarak isimlendirilmektedir. Semptomatik safra taşının tam tanımı GREPCO çalışmasında belirtilmiştir³. Biliyer kolik atakları, safra taşı hastalığı için karakteristik ve spesifiktir, ve biliyer kolik sergileyen hastaların açıkça semptomatik safra taşları vardır. Bu tipik semptomlar dışında safra taşına bağlı gelişen komplikasyonların (sarılık, akut kolesistit hali, kolanjit yada pankreatit gibi) bulunması da semptomatik safra taşı lehinedir. Diğer nonspesifik semptomlar, örneğin şiddetli dispeptik şikayetler, şişkinlik, bulantı, batın sağ üst kadranda dışındaki müphem karın ağrıları tipik safra taşı semptomu

Tablo 1. Preoperatif ve postoperatif Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI) değerlendirmesi.

	Preoperatif ort.	Postoperatif ort.	p değeri
Ana semptomlar			
Ağrı	3 (2-4)	4 (4-4)	<0,001
Şişkinlik	2 (2-3)	4 (3-4)	<0,001
Epigastrik dolgunluk	3 (2-4)	4 (4-4)	<0,001
Gaz çıkarmak	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Geğirme	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Gaita sıklığı	4 (4-4)	4 (4-4)	0,083
Karın sesleri	4 (4-4)	4 (4-4)	0,025
Sınırlanmış yemek	3 (2-4)	4 (4-4)	<0,001
Yemekten hoşlanmak	4 (4-4)	4 (4-4)	0,004
Yorgunluk	4 (3-4)	4 (3-4)	<0,001
Fiziksel bulgular			
Güç	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Kötü hissetmek	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Formsuz hissetmek	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Tahammül	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Gece kalkmak	4 (4-4)	4 (4-4)	0,026
Görünüm	4 (4-4)	4 (4-4)	0,059
Psikolojik bulgular			
Üzüntü	4 (3-4)	4 (4-4)	0,008
Sinirlilik	4 (3-4)	4 (3-4)	0,011
Hayal kırıklığı	4 (4-4)	4 (4-4)	0,046
Mutluluk	4 (4-4)	4 (4-4)	0,007
Tedaviden kötü etkilenmek	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Stresle baş etmek	4 (3-4)	4 (3-4)	0,039
Sosyal bulgular			
Günlük aktiviteler	4 (4-4)	4 (4-4)	0,059
Boş zaman aktiviteleri	4 (4-4)	4 (4-4)	0,025
Seksüel yaşam	4 (2-4)	4 (2-4)	0,564
İnsani ilişkiler	4 (4-4)	4 (4-4)	0,046
Hastalık bağımlı bulgular			
Rejürjitasyon	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
Disfaji	4 (4-4)	4 (4-4)	0,056
Yeme hızı	4 (4-4)	4 (4-4)	0,023
Bulantı	4 (3-4)	4 (4-4)	<0,001
İshal	4 (4-4)	4 (4-4)	0,157
Gaitaya sıkışma	4 (4-4)	4 (4-4)	0,317
Kabızlık	4 (4-4)	4 (4-4)	0,008
Gaita kan	4 (4-4)	4 (4-4)	1,000
Mide yanması	4 (3-4)	4 (3-4)	<0,001
Gaita kaçırma	4 (4-4)	4 (4-4)	1,000
Toplam giqli skoru	1,31 (14)	1,41 (13)	<0,001

Tablo 2. Yaş, cinsiyet, taş çapı, taş tipi ve ASA skoruna göre GIQLI genel skoru değişimi.

Değişkenler	GIQLI değişimi	p değeri
Yaş		ns
≤62	7(9.5)	
>63	6(3)	
Cinsiyet		ns
Erkek	7(8.5)	
Kadın	7(9)	
Taş Çapı		0.008
≤15 mm	8(13)	
>16mm	6(6)	
Taş Tipi		ns
Tek	7(5.5)	
Multiple	7(10.5)	
ASA		ns
ASA 1	7(8)	
ASA 2	7(6.5)	

GIQLI=Gastrointestinal Quality of Life Index; ASA=American Society of Anesthesiologists; ns: anlamlı değil

kapsamına alınmamıştır^{4,5}. Nonspesifik semptomlu hastalar ise güncel yayınlarda hafif semptomatik olarak sınıflandırılmaktadır. Literatürdeki farklılıklar çoğu kez hafif semptomlu hastaları veya asemptomatik safra taşı hastaları sınıflandırmadaki başarısızlığın sonucudur. Semptomatik safra taşı olan hastalarda laparoskopik kolesistektominin tedavide birinci seçenek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir⁶⁻¹⁰. Yine semptomatik hastalarda özellikle laparoskopik kolesistektominin hayat kalitesini anlamlı derecede artırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur^{4,11-14}.

Safra taşı olan hastaların %80'inde taşlar asemptomatik olup bu hastaların çoğu safra taşı olduğunun farkında da değildir^{15,16}. Safra taşı oluşuktan sonra spontan rezolüsyonu olmamaktadır. Asemptomatik taşların uzun süreli takiplerinde anlamlı derecede komplikasyona ve biliyer semptomlara neden olduğu görülmüştür. Friedman ve arkadaşları 10 yıllık takipleri sonucunda yılda %3-4 oranlarında biliyer semptomların geliştiğini belirtmişlerdir¹⁷. Yine İtalya'da çok merkezli yürütülen bir çalışmada da 10 yıllık takipler sonucunda %25.8 biliyer kolik, %3.8 taşa ait komplikasyonların geliştiğini göstermişlerdir¹⁸. Asemptomatik safra taşlarının tedavisinde laparoskopik kolesistektominin tedavide kullanılıp kullanılmaması konusu literatürde hala geniş bir tartışma alanı oluşturmaya devam etmektedir. Buna karşın gerçekten asemptomatik olup hiçbir gastrointestinal semptomu olmayan ve safra taşı tesadüfen görüntüleme tetkiklerinde ortaya konulan hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası hayat kalitesinin anlamlı derecede artmadığını, bu tip hastaların izlenmesi gerektiğini savunan birçok otorite mevcuttur¹⁹. Yazarlar asemptomatik safra taşı olan ve ancak bazı kriterleri (diabet, renal transplantasyon için aday hastalar, porselen safra kesesi, bakıma muhtaç hastalar, radyopak taşı olanlar, kalsifiye taşı olanlar, taş çapı 3mm den küçük ve 2 cm den büyük olanlar, safra kesesi polibi, yaşam süresi 20 yıl üzerinde olanlar, 60 yaş altı kadın, safra kesesi kanserinin sık görüldüğü bölgede yaşam, hemolitik hastalığı olanlar) taşıyan hastaların laparoskopik kolesistektomiye aday olacağını belirtmişlerdir¹⁹.

Asemptomatik grupta kolesistektominin gerekli olmadığını, izlem tedavisinin daha uygun olduğunu belirten çalışmalarda asıl dayanak noktasının kolesistektomi prosedürünün getirmiş olduğu morbidite ve mortalite olduğunu görmekteyiz. Bu morbidite ve mortalite oranları da semptomatik safra taşı tedavisi için ve her yaş grubunda yapılan kolesistektomilerden elde edilen verilerdir^{20,21}. Laparoskopinin 1987 yılında kolelitiazisli olgularda ilk kez kullanımının başlamasından bu yana laparoskopik kolesistektomi tüm dünyada uygulanan en sık abdominal cerrahi olmuştur²². Bunun nedeni olarak; laparoskopinin keşfi ile birlikte safra taşı için

ameliyat endikasyonu eşik değerinin düşmesi, cerrahların laparoskopiye olan ilgisi, teknik ve becerilerini geliştirme isteği ve bunun sonucunda düşük mortalite ve morbidite, düşük maliyet, kısa zamanda günlük aktivitelere dönüş, daha kısa süre hospitalizasyon gibi etkenler sayılabilir²³. Ancak asemptomatik kolelitiazis olgularında laparoskopik kolesistektominin morbidite ve mortalitesi hakkında yeterli veri bulunmamaktadır. Aynı şekilde çoğu çalışmada asemptomatik kolelitiaziste profilaktik kolesistektomi komplikasyonları değerlendirilirken, semptomatik safra taşları için yapılmış kolesistektomilerin komplikasyonları göz önüne alınmıştır^{20,21}. Laparoskopi ise daha güvenilir, daha az ağrıya neden olan, hızlı iyileşme sağlayan daha çok hasta kabulü gören etkin bir cerrahi işlemdir^{24,25}. Julio ve ark. yapmış olduğu çalışmada, 207 asemptomatik kolelitiazisli hastaya laparoskopik kolesistektomi yapılmış ve sonuçta 50 yaşın altındaki ve komorbid hastalığı olmayan hastalarda laparoskopik kolesistektominin güvenle uygulanabileceği, mortalite ve morbidite oranların semptomatik hasta grubuna göre daha düşük olabileceğini göstermişlerdir²⁶. Yine Yano ve ark. asemptomatik ve semptomatik hastaları karşılaştıran bir çalışmada laparoskopik kolesistektominin asemptomatik grupta düşük morbidite ve mortalite oranlarına sahip olduğunu ve güvenilir bir yöntem olduğunu belirtmişlerdir²⁷. Çalışmamızda da ameliyat öncesi Giqli skoru düşük olan ve taş çapı 15 mm'den büyük olanlarda laparoskopik kolesistektominin gastrointestinal semptomları iyileştirdiği ve hayat kalitesini anlamlı derecede artırdığı, elektif laparoskopik kolesistektominin bu tip hastalarda düşük mortalite ve morbidite sağladığı bulunmuştur.

1995 yılında Eypasch ve ark.²⁸ tarafından gastrointestinal hastalıklarda kullanılmak üzere geliştirilen "Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI)" gastrointestinal hayat kalitesi indeksi özellikle laparoskopinin gelişimi ve yaygın kullanımıyla birlikte kolelitiazis olgularında sıklıkla kullanılmaya başlanmıştır. Birçok çalışmada asemptomatik ve semptomatik hastalar birlikte karşılaştırılmış ve laparoskopik/açık kolesistektominin gastrointestinal hayat kalitesi üzerine etkisi araştırılmıştır. Bu çalışmaların çoğunda asemptomatik safra taşı bulunan hastaların gerçekte hiçbir semptomu olmadığı ve yüksek GIQLI değerlerinin olduğu görülmüştür. Mentesh ve ark. yaptıkları bir çalışmada, semptomatik ve nonbiliyer gastrointestinal semptomlu hastaları laparoskopik kolesistektomi öncesi ve sonrasında hayat kalitelerini sorgulayarak karşılaştırmış ve sonuçta semptomatiklerde daha belirgin olmak üzere hayat kalitesinin anlamlı derecede arttığını, asemptomatik (biliyer kolik atağı olmayan, nonspesifik semptomlu hastalar) hastalarda da gastrointestinal hayat kalitesi indeksinin düşük olduğu durumlarda hastaların laparoskopik kolesistektomi sonrası hayat

kalitelerinin artabileceğini ifade etmişlerdir⁴. Kelly R. Finan ve ark. çalışmasında elektif laparoskopik kolesistektominin safra taşına bağlı olabilecek bulantı, kusma, şişkinlik, dispepsi gibi semptomları iyileştirerek hastaların hayat kalitesinin anlamlı derecede artmış olduğunu göstermişlerdir²⁹. Yapmış olduğumuz çalışmada da literatürle uyumlu olarak biliyer kolik atağı geçirmemiş, safra taşı komplikasyonu gelişmeyen nonspesifik semptomlu hastalarda bu semptomların laparoskopik kolesistektomi sonrası anlamlı derecede iyileşme gösterdiğini, hayat kalitesinin hem spesifik hem de global ölçümlerle artmış olduğunu görmekteyiz.

Sonuç olarak, bu çalışmada asemptomatik ya da nonspesifik gastrointestinal semptomu olan ve bu semptomların başka bir gastrointestinal patolojiyle açıklanamadığı kolelitiazisli hastalarda deneyimli merkezlerde yapılacak laparoskopik kolesistektominin hayat kalitesini anlamlı derecede arttırdığı ve tedavide seçilebilecek bir yöntem olduğu saptanmıştır. Taş çapının 15 mm'den büyük olduğu hastalarda bu iyileşme daha da anlamlı görünmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada preoperatif dönemde gastrointestinal hayat kalitesi indeksi skoru düşük olan asemptomatik safra taşı hastaların laparoskopik kolesistektomiden daha fazla fayda göreceğini görmekteyiz. Literatürde bu konuda yapılmış az sayıda çalışma olduğu için bu verilerin daha geniş randomize çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. NIH consensus statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement, September 14-16, 1992.
2. Halldestam, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 2004;91(6):7348.
3. Capocaccia L, Giunchi G, Pocchiari F, Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). Prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population. *Am J Epidemiol* 1984;119:796-805.
4. Menten BB, Akin M, Tatlıcıoğlu E, Ferahkose Z, Yıldırım A, Maral I. Gastrointestinal quality of life in patients with symptomatic or asymptomatic cholelithiasis before and after laparoscopic cholecystectomy. *Turkey Surg Endosc* 2001;15:1267-72.
5. Patino JF, Quintero GA. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg* 1998;22:1119-24.
6. Roslyn JJ. Calculous biliary disease. In: Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenock GB, editors. *Surgery: scientific principles and practice*, 1st ed. Philadelphia, 2001: 936-53.
7. Aufderheide TJ, Brady WJ, Tintinalli JE. Cholecystitis and biliary colic. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski S, editors. *Emergency medicine, A comprehensive study guide*, 5th ed. International McGraw Hill, USA, 2000: 576-80.
8. İnel H, Göksoy E. Safra kesesi ve safra yollarının anatomisi. In: Aybar S, editor. *1. Baskı, Genel cerrahi, Nobel Kitabevi, İstanbul, 1991: 328-59.*
9. Keus F, Broeders IA, van Laarhoven CJ. Gallstone disease: Surgical aspects of symptomatic cholelithiasis and acute cholecystitis. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006;20(6):1031-51.
10. Keus F, De Jong JA, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholelithiasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4):CD006231.
11. Finan KR, Leeth RR, Whitley BM, Klapow JC, Hawn MT. Improvement in gastrointestinal symptoms and quality of life after cholecystectomy. *Am J Surg* 2006;192 (2):196-202.
12. Eriksen JR, Kristiansen VB, Hjortsø NC, Rosenberg J, Bisgaard T. Effect of laparoscopic cholecystectomy on the quality of life of patients with uncomplicated socially disabling gallstone disease. *Ugeskr Laeger* 2005;167 (24):2654-6.
13. Keus F, De Vries J, Gooszen HG, Van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus small-incision cholecystectomy: Health status in a blind randomised trial. *Surg Endosc* 2008;22(7):1649-59.
14. Quintana JM, Arostegui I, Cabriada J, López I, Perdigo L. Predictors of improvement in health-related quality of life in patients undergoing cholecystectomy. *Br J Surg* 2003;90:1549-55.
15. Ransohoff DF, William A. Treatment of gallstones. *Gracie Annals of Internal Medicine* 1993;119(7): 606-19.
16. Friedman GD. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. *Am J Surg* 1993;165:399-404.
17. Friedman GD, Raviola GA, Fireman, B. Prognosis of gallstones with mild or no symptoms: 25 years follow-up in a health maintenance organisation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:127-36.
18. Attili AF, De Santis A, Capri R, Repice AM, Maselli S. The natural history of gallstones: the GREPCO experience. *Hepatology* 1995;21:655-60.
19. Jose F. Patino, G.A. Quintero. Asymptomatic cholelithiasis revisited. *World J Surg* 1998;22:1119-24.
20. Thistle JL, Cleary PA, Lachin JM, Tyor MP, Hersh T. The natural history of cholelithiasis; The national cooperative gallstone study. *Ann Intern Med* 1984;101:171-5.
21. Ransohoff DF, Gracie WA, Wolfenson LB, Neuhauser D. Prophylactic cholecystectomy or expectant management for silent gallstones. A decision analysis to assess survival. *Ann Intern Med* 1983;99(2):199-204.
22. Velanovich V, Morton JM, McDonald M, Orlando R, Maupin G, Traverso LW. Analysis of the SAGES outcomes initiative cholecystectomy registry. *Surgical Endoscopy* 2006;20(1):43-50.
23. Schwesinger WH, Diehl AK. Changing indications for laparoscopic cholecystectomy, stones without symptoms and symptoms without stones. *Surg Clin North Am* 1996;76(3):493-504.
24. Lo CM, Lai EC, Fan ST, Liu CL, Wong J. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly. *World J Surg* 1996;20:983-7.
25. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Torralba JA, Garcia Ayllon J, Liron R, Sanchez-Bueno F. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. *J Am Coll Surg* 1995;181 (1):75-7.
26. Coelho JC, Vizzoto AO, Salvalaggio PR, Tolazzi AR.

- Laparoscopic cholecystectomy to treat patients with asymptomatic gallstones. *Dig Surg* 2000;17:344-7.
27. Hiroshi Y, Masakatsu K, Takashi I, Toshiyuki K, Takushi M. Laparoscopic cholecystectomy for asymptomatic cholelithiasis. *Digestive Endoscopy* 2003;15:190-5.
 28. Eypasch E, Williams JI, Wood-Dauphinee S, Ure BM, Schmulling C, Neugebauer E, Troidl H. Gastrointestinal quality of life index: Development, validation and application of a new instrument. *Br J Surg* 1995; 82(2): 216-22.
 29. Finan KR, Leeth RR, Whitley BM, Klapow JC, Hawn MT. Improvement in gastrointestinal symptoms and quality of life after cholecystectomy. *Am J Surg* 2006;192:196-202.

YAZIŞMA ADRESİ

Dr. Süleyman ÇETİNKÜNAR
Mardin Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği,
MARDİN, TÜRKİYE

E-Posta : *slmcecin@gmail.com*

Geliş Tarihi : *04.01.2011*

Kabul Tarihi : *11.01.2011*