

# Tıkanma Sarılıklı 105 Hastanın İncelenmesi

Esat HERSEK  
Saygın ÇUHADAROĞLU

A REVIEW OF 106 PATIENTS WITH  
OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı

GeişTarihi: 16 Temmuz 1987

## ÖZET

1.1.1979'dan 1.1.1985'e kadar geçen sürede Genel Cerrahi departmanımızda ameliyat edilmiş bulunan tıkanma sarılıklı 105 hasta retrospektif olarak incelendi. Bu dönemde kadın erkek oranı 67/38'dir. Yaş ortalaması 55.1'dir. Vakaların 1/3'ünde tıkanma sarılığı çeşitli karsinomalara bağlı idi ve en çok 50-70 yaş grubunda görülmüştür. Pankreas başı karsinomlarında kadın, erkek oranı 4/10 iken koledok karsinomlarında bu oran 11/4'dür.

CHİBA iğnesi ile yapılan perkutaneüs transhepatik kolanjioğrafilerden 25 vakadan 21 inde ve ultrasonografik inceleme yapılan 53 hastanın tümünde diagnozda faydalı sonuçlar elde olunmuştur.

105 hastanın 17'sinde sekonder operasyonlar yapılmış ve bunların sekizinde malign nedenler, dördünde geçirilmiş kolesistektomiye bağlı striktürler bulunmuştur. Benign nedenlere bağlı tıkanma sarılığı olan 71 hastadan 49'unda koledokta taş bulunmuştur (%70,4). Bunlardan 9'unda mortalite olmuştur. Bu hastaların 8'inde koledokun T tüp drenajı yapılmıştır. Koledokoduodenostomi yapılan 40 hastadan 38'i şifa bulunmuştur.

Yapılan safra kültürlerinde ve insizyonel infeksiyonlarda üreyen bakteriler çoğunlukla aynı cinsten mikroorganizmalardır. Karaciğer otopsilerinin %50 sinde kolanjite bağlı histopatolojik değişiklikler olduğu bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıkanma sarılığı, kısmi ve tam koledok obstrüksiyonu, supunlu kolanjite, koledokoduodenostomi.

## SUMMARY

105 patients operated upon obstructive jaundice from Jan.1.1979 to Jan.1.1985 in our General surgical Department have been evaluated retrospectively. In this series female to male ratio is 67/38, average age is 55.1. In one third of cases obstructive jaundice was due to various types of Cancers and peak incidence is between the ages of 50-70 while in cases of cancer the head of the pancreas female to male ratio is 4/10, in choledochal cancers this ratio is 11/4.

Valuable diagnostic results are obtained in 21 of twenty five "percutaneous Transhepatic cholangiographies" done with Chiba needle, and in all of the 53 cases Ultrasonographically.

In this series 17 patients whose secondary operations were performed, 8 patient had various malignancies, 4 patients had choledochal strictures related with their previous cholecystectomies. Stones were discovered in Common ducts of 49 patients of seventy one obstructive jaundice due to benign causes. Among these there were 9 mortalities. 8 of these nine cases were treated with T tube drainage of Common Duct, on the other hand 38 patients of forty treated by "choledochoduodenostomy" recovered very well.

Bacterial growth in cultures of bile and wound infections in a group of patients have been similar in majority. Hepatic biopsies showed histopathologic changes indicating presence of "cholangitis" in 50 % of these cases.

Key Words: Obstructive jaundice, partial and complete obstructions of common duct, suppurative cholangitis, choledochoduodenostomy.

T Kİ Tıp Bilim Dergisi C.6, S.4, 1988, 313-319

T J Research Med Sci V.6, N.4, 1988, 313-319

Bu incelemede 6 yıllık bir sürede Genel Cerrahi departmanımızda ameliyat edilen tıkanma sarılıklı

hastalarda kullanılmış olan teşhis metodları ile bunlardaki basan oran ve palyatif veya tedavi edici

amaçla yapılan ameliyatların komplikasyon, morbidite ve mortalite oranlarının objektif-değerlendirilmesi hedef alınmıştır.

Hazırlanarak ameliyat edilenler ile acilen ameliyat edilenler ve ayrıca primer veya sekonder ameliyattan bizde yapılanlarda alınan sonuçların dikkatle incelenmesi, gerek pre-operatif teşhis ve hazırlık fazında gerekse intra operatif olarak operasyon metodunun seçiminde cerrahi tutumun olgunlaşması yönlerinden faydalı olabilir, özellikle tıkanma sarılıklı hastalarda kabil olduğu kadar erken cerrahi girişimin ve intra-operatif kolanjiografi çekilmesinin faydalı ve önemi açıkça belirmektedir.

### MATERYAL VE METOD

Bu dizide 1.1.1979'dan 1.1.1985'e kadar olan 6 yıllık sürede hastanemiz Genel Cerrahi departmanında ameliyat edilen "Tıkanma sarılıklı" 105 hastada retrospektif olarak değerlendirildi. Hastaların hepsi erişkindir ve değişik cerrahlar tarafından ameliyat edilmişlerdir ve hepsinin kan bilirubin değerleri %2 mg'm üstündedir. On iki hasta akut abdomen belirtileri gösterdikleri için acil olarak ameliyat edilmişlerdir.

Bu incelemede tıkanma sarılığınaya yol açan nedenler açısından Malign olaylara bağlı vakaların rastlanma oranı, malignite türleri gibi konularla birlikte benign nedenlere bağlı tıkanma sarılıklı 10 vakadaki tıkanıcı rol oynayan etken çeşitleri, ikinci defa ameliyat edilen 17 vakanın bulgularına göre seçilmiş olan ameliyat metodları ve bütün bu hastalardaki morbidite ve mortalite oranları gözden geçirilmiştir.

Bu dizideki hastalarda teşhis metodları olarak 1- "Perkutaneus Transhepatik Kolanjiografi", 2- "Ultrasonografi" en fazla kullanılmıştır. Nadir olarak 3- İntravenöz kolanjiografi ve 4- Safra yolları sintigrafisi denenmiştir.

Kolanji bulguları olan hastalarda geniş spektrumlu antibiyotikler çok kereler kombinasyon şeklinde preoperatif olarak başlanmış, bir kısmında operasyonda başlanmış ve postoperatif olarak verilmeğe devam edilmiştir. Bir kısım hastalarda ameliyatta alınan safra kültürlerine uygun antibiyotikler sonradan başlanabilmiştir.

Ayrıca safra kültürleri yapılanlarda ve postoperatif olarak insizyon infeksiyonu olanlarda üretilmiş olan bakteri çeşitleri ile karaciğer biyopsisi yapılanlardaki histolojik bulgular ve prognozla olan ilişkileri gözden geçirilmiştir.

### BULGULAR

Bu dizide bulunan hasta sayısı 105'dir. Yaşları 16-86 arasındadır. Yaş ortalaması 55.1 dir. Kadın, erkek oranı 67/38 olarak bulunmuştur. Tıkanma sarılıklı olan bazı hastalarda intravenöz kolanjiografi

denenmiş fakat aydınlatıcı bilgi vermemiştir. Chiba iğnesi ile "Perkutaneus Transhepatik kolanjiografi" denenmiş 25 hastadan 21'inde (%84) teşhis aydınlatıcı bulgular vermiştir. En fazlası son yıllarda olmak üzere 53 vakada (dizinin %56,9'unda) yapılan ultrasonografik çalışmaların hepsi diagnozda yararlı bilgiler vermiştir. Safra yolları tomografisi ve safra yolları sintigrafisi birer hastada yapılmış ve tam aydınlatıcı bulgular elde edilememiştir. Bu dizideki oniki tıkanma sarılıklı hastada akut kabil belirtileri olduğundan diagnostik çalışmaların tamamlanmadan ameliyat edilmişlerdir. Hastaların intraoperatif bulgularına dayanarak yapılması gerekenlere intraoperatif kolanjiografi çekilmiştir.

Bu 105 hastalık dizide benign nedenlere bağlı tıkanma sarılıklı olan vaka sayısı 71'dir (%67,7). Bunlardan 49 hastada tıkanma ikteri nedeni olarak koledokta taş bulunmuştur. Bu 49 hastanın 28'inde (%57 si) koledokta tek taş çıkmıştır. 14 hastada koledokta multipl taşlar, 6 vakada koledoktaki tek taşla birlikte pürülen özellikte safra ve yine koledokta tek taşı olan bir hastada aynı zamanda "Koledokta striktür" bulunmuştur (Tablo 1).

**Malign Nedenler:** Bu dizideki safra yollarını tıkanıcı nedenler arasında ikinci sırada 34 hastada (%32,3) ile vakaların 1/3'ünü kapsayan sayıda hipatiko-duodenal bölge karsinomları grubu gelmektedir. Bunlardan 15 vakada ekstrahepatik kolanjiyosellüler karsinom 14 vakada pankreas başı karsinomu, 3 vakada intrahepatik karsinom ve 2 vakada periampuller bölge karsinomları bulunmuştur. Malign nedenlere bağlı tıkanma sarılıklarının 40 yaş üzerindeki hastalarda ve en çok 6'ncı ve 7'inci dekad yaş çevrelerindeki hastalarda olduğu görülmüştür.

**Benign Nedenler:** Bu türlü tıkanma sarılıklı olan 71 hastadan koledoklarında taş bulunmamış olan 19 hastadan dördünde koledok striktürü veya tam koledok kesesi olduğu görülmüştür. Hepsisi de başka hastanelerde geçirilmiş oldukları kolelizektomi operasyonlarındaki hastalardan dolayı olmuştur. Ayrıca iki hastada bulunan koledok striktürü kendi "taşlı kronik kolelizektomilerinin" komplikasyonu olarak geçirilmiştir.

Tablo I

Koledoklarında Taş Bulunan 49 Hastadaki Bulgular

Koledoklarında Taş bulunan vakalardaki bulgular	Sayı	%
Koledokta sadece tek taş	28	26,7
Koledokta multipl taşlar	14	13,4
Koledokta tek taş ve pürülen safra	6	5,7
Koledokta tek taş ve striktür	1	0,9
<b>Toplam</b>	<b>49</b>	<b>46,6</b>

Bunların dışında iki hastada tam tıkanmaya neden olacak şekilde "Oddi sfinkteri stenozu" olduğu anlaşılmıştır. Koledoklarında taş bulunmamış olan onbir hastadan 6'sında koledokun distal kısmında parsiyel bir stenoz ve koledokta pürülan safra ve 5 hastada da yine parsiyel bir stenoz ile birlikte koledokun distal bölgesinde safranın çamur kadar koyulaşarak tıkanma sarılığına yol açtığı görülmüştür.

İki hastada karaciğer "kist hidatiği"ne bağlı veziküllerin koledokta tıkaçıcı etken olduğu ve bir hastada da "koledok kisti" olduğu bulunmuştur. Bu dizideki tıkanma sarılığı etkenleri Tablo 2'de topluca gösterilmiştir.

Tablo II

105 Hastada Tıkanma Sarılığı Etkenleri  
Sekonder Operasyonlar

Tıkanma Sarılığı Etkenleri			
Benign Nedenler	Sayı	%	Toplam
<b>a. Koledokta taş bulunanlar</b>	<b>49</b>	<b>46,6</b>	<b>49</b>
<b>b. Koledokta taş bulunmayanlar</b>			
1. Koledokta striktür (4) ve kesilme (2)	6	5,7	
2. Oddi sfinkterinde tam stenoz	2	1,9	
3. Oddi sfinkterinde parsiyel stenoz ve koledokta pürülan safra	6	5,7	
4. Oddi sfinkterinde parsiyel stenoz ve koledokta safra çamuru	5	4,7	19
		<b>toplamlar</b>	<b>68</b>
<b>c. Diğer benign tıkanma sarılıkları</b>			
1. Karaciğer kist hidatiği nedeniyle	2	1,9	
2. Koledok kisti nedeniyle	1	0,9	3
		<b>toplamlar</b>	<b>71</b>
<b>d. Malign nedenler</b>			
1. Koledok karsinomu	15	14,2	
2. Pankreas başı karsinomu	14	13,3	
3. İntrahepatik karsinom	3	2,8	
4. Periapuller karsinom	2	1,9	34
		<b>toplamlar</b>	<b>105</b>

Bu dizideki 17 hastanın önceden başka yerlerde kolesistektomileri yapılmış ve sonradan gelişen tıkanma sarılıkları dolayısı ile sekonder ameliyatları hastanemizde yapılmıştır. Bunlardan 8'inde birinci ameliyatlarında tanısı yapılmamış malign olaylara bağlı tıkanma sarılıkları olduğu anlaşılmıştır. Kalan 9 hastanın tıkanma sarılığı nedenleri benign olaylara bağlıdır ve 2 vakada mortalite olmuştur. Bunların ikisinde de T tüp drenajı yapılmıştır.

Benign nedenlere bağlı tıkanma sarılığı olan 62 hastaya primer operasyonları hastanemizde yapılmış ve bunların 7'si kaybedilmiştir (%11,2). Bunların beşinde T tüp drenajı yapıldığı anlaşılmıştır.

Ölüm nedenleri arasında en çok tekrarlayan kolanjitler ve bunlara bağlı gelişen sepsis, solunum yetmezliği ile kardiyak problemler sayılabilir. Bu mortaliteler daha çok 7 ve 8'inci dekad yaş çevrelerinde olan hastalarda postop. 2'ci günden 29'uncu güne kadar olan sürelerde olmuştur.

Koledok striktürü bulunan 6 hasta ile oddi sfinkteri stenozu olan 2 hastanın "koledoko-duodenostomi" ile tedavileri başarılı olmuştur.

### Kolanjitli Vakalar

Bu dizideki 16 hastada postoperatif olarak kolanjit tablosu gelişmiş (%15,2) olup bunların 12'sinde preoperatif olarak da kolanjit durumu olduğu anlaşılmaktadır ve bu gruptaki hastaların beşinde yapılmış olan karaciğer biopsilerinde histopatolojik olarak da kolanjite bağlı değişiklikler olduğu gösterilmiştir. Kendilerinde kolanjitin postoperatif olarak da süregeldiği yedi vaka mortalite ile sonlanmıştır (Bu grubun %43,7 si) ayrıca bu hastalarda insizyonel infeksiyon gelişmesi de olmuştur.

Bu dizideki hastalara ameliyat bulguları ile uyumlu olacak şekilde çeşitli ameliyatlar yapılmıştır. En çok koledoko-duodenostomi metodu kullanılmış ve 42 hastada uygulanan bu metodun 40 benign nedenli tıkanma sarılığı vakasınının 38'inde şifa ile sonuçlandırıldığı anlaşılmıştır. 29 vakaya T tüp uygulanması yapılmış (9,28,5) ve bunların 24'ü benign nedenli vakalar olmuştur. Ayrıca 11 hastaya koledoko-jejunostomi metodu uygulanmış ve bunlardan 7'si malign hastalıklar dolayısı ile yapılmış bulunmaktadır. Bu dizideki 7 hastaya sadece biyopsi yapılabilmiş, 4 hastaya kolesisto-jejunostomi, 3 hastaya intrahepatik kolanjio-jejunostomi 4 hastaya sadece kolesistektomi, 2

Tablo III

105 Tıkanma Sarılıklı Hastada Yapılmış Olan Operasyonlar

Yapılan Ameliyatlar	Sayı	%	Benign	Şifa	Malign
<b>Koledoko-duodenostomi</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>38</b>	<b>2</b>
<b>T tüp drenajı</b>	<b>29</b>	<b>28,5</b>	<b>24</b>	<b>17</b>	<b>5</b>
<b>Koledoko-jejunostomi</b>	<b>11</b>	<b>10,4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>7</b>
<b>Biyopsi</b>	<b>7</b>	<b>6,6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>7</b>
<b>Kolesisto-jejunostomi</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
<b>Sadece Kolesistektomi</b>	<b>4</b>	<b>3,8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>Intrahepatik Kolanjio-jejunostomi</b>	<b>3</b>	<b>2,8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>3</b>
<b>Whipple ameliyen</b>	<b>2</b>	<b>1,9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>2</b>
<b>T tüp ile by-pass</b>	<b>2</b>	<b>1,9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>T tüp ve kisto-jejunostomi</b>	<b>1</b>	<b>0,9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-</b>
<b>Toplam</b>	<b>105</b>		<b>71</b>	<b>62</b>	<b>34</b>
			<b>(%67,6)</b>	<b>(%59)</b>	<b>(%32,2)</b>

hastaya Whipple ameliyatı, 2 hastaya T tüpü ile bypass ve bir hastaya da T tüp ve kisto-jejunostomi yapılmış olduğu anlaşılmıştır (Tablo 3).

Bu serideki bütün ameliyatlara ait komplikasyonlar arasında en çok görülenleri 21 hastada (%20) meydana gelen insizyonel infeksiyon ve 16 hastada görülen (>15,2) kolanjit problemleri olmuş. Daha sonra sırada 7 hastada görülen satro sızıntısı, 6 hastada üst gastro-intestinal kanamalar ve 2 hastada mekanik duodenal obstrüksiyon gibi durumlar ortaya çıkmıştır. Tam safra fistülü, subhepatik apse ve pankreatit gibi komplikasyonlar birer hastada ortaya çıkmış ve iki hastada evisserasyon meydana gelmiştir (Tablo 4).

Tablo IV

105 Tıkanma Sanıklı Hastada Post-operatif Olarak Görülen Komplikasyonların Dağılımı

POST OPERATİF KOMPLİKASYONLAR	SAYI	%
1. İnsizyonel infeksiyon	21	20,0
2. Kolanjit	16	15,2
3. Safra akıntısı	7	6,6
4. Üst gis G/S kanaması	6	5,7
5. Solunum sistemi komplikasyonları	3	2,8
6. Eviserasyonlar	2	1,9
7. Mekanik duodenal obstrüksiyonlar	2	1,9
8. Asit sızıntısı	2	1,9
9. Pankreatit	1	0,9
10. Subhepatik apse	1	0,9
11. Tam safra fistülü	1	0,9

Bu dizideki hastalarda %20 gibi yüksek oranda görülen insizyonel infeksiyonlarda üretilmiş olan mikroorganizmalar ile yapılmış olan safra kültürlerinde üretilenler arasında bir benzerlik olduğu göze çarpmaktadır. Tablolarda da görülebileceği gibi üretilmiş olan bakteriler en çok E.coli ve Enterobacter gibi

Tablo V

Alınan Yara Kültürlerinde Üretilmiş Olan Bakteri Dağılımı

ETKEN (Üreme Olanlarda)	SAYI	%
E. Coli	5	23,8
Enterobakter	4	19,0
Stafilokok Coag (+)	3	14,2
StafilokokCoag (-)	1	4,7
Proteus	1	4,7
Pyogenes	1	4,7
Üreme olmayanlar	1	4,7
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>28,5</b>

Tablo VI

Alınan Safra Kültürlerinde Üretilmiş Olan Bakteri Dağılımı

ETKEN (Üreme Olanlarda)	SAYI	%
E.Coli	12	33,3
Enterobakter	3	7,6
Pseudomonas	2	5,1
Proteus ve E.coli	2	5,1
Pyogenes	1	2,5
Paracolon	1	2,5
Stafilokok coag (+)	1	2,5
Üreme olmayanlar	17	45,9
<b>Toplam</b>	<b>22</b>	

enterik orijinali patojenlerdir. Bu dizide 39 tıkanma sanıklı hastaya (%37) safra kültürü yapılmış ve bunların 17 sinde (%43,5) üreme olmamıştır. Kültürler Anerobik teknikle alınmamıştır. Kalan 22 hastadan 21'inde enterik tipte bakteriler üretilmiştir. Postoperatif insizyonel infeksiyonlardan sadece dördünde "Stafilokok" cinsi bakteriler üretilmiş bulunmaktadır.

## TARTIŞMA

Konu ile ilgili literatürde intrahepatik safra kanallarında genişleme olan tıkanma sarılıklarında CHIBA iğnesi ile yapılan "Perkutaneus transhepatik Kolanjiografilerde" intrahepatik nedenlere bağlı tıkanma sarılıklarında %25, ekstrahepatik nedenlerle olanlarda %95 başarılı diagnostik sonuçlar bildirilmektedir. Bu dizide 25 hastanın 21'inde (%84) diagnostik bilgi verilmiştir.

ERCP "Endoskopik Retrograd Kolanjiografi" yolu ile literatürde intrahepatik nedenli olanlarda %76 ve ekstrahepatik nedenli olanlarda %63 diagnostik değerlerde bulgular elde edildiği belirtilmektedir.

Ultrasonografik çalışmalar gittikçe artan sayıda yapılmaktadır. Bizde bu dizideki 53 hastaya yapılmış ve tümünde diagnozda yararlı bulgular vermiştir. Literatürde en az %90 oranında başarılı inceleme sonuçları verdiği rapor edilmektedir (2). Safra kesesinin boşalmış olduğu durumlarda içindeki çok küçük çaptaki taşların varlığı gösterilemese bile bazı vakalarda safra kesesi duvar kalınlığının, safra kanallarının çapının ölçülebildiği, hatta safra kesesi ve yollarından alınan akustik imajların değerlendirilmesi ile neoplazm teşhisine gidilebildiği görülmektedir. Bu dizide tıkanma sarılığı dolayısı ile ikinci operasyonları bizde yapılan 17 hastadan (dizinin %16 sı) 8'inde birinci operasyonlarında fark edilmemiş "hepato-duodenal bölge karsinomları" bulunmuş olması, tıkanma sarılığına yol açan bu patolojiler yönünden intraoperatif araştırmaların yapılmadığı vakaların zannedildiğinden fazla olduğunu ortaya koymaktadır.

1877 de Charcot'nun tanımını yaptığı "kolanjit" tablosu ile uyumlu, titreme ile gelen yüksek ateş, karın sağ üst kadranda ağrı ve sarılık şeklindeki triad'a 1959'da Reynolds ve Dargan "mental ve şok" bulgularını da ekleyerek bir pentad'ın "süpüratif kolanjit" tablosunu tanımladılar (3). En erken şekilde Cerrahi girişimle Koledok drenajının yapılmasını gerektiren bu patolojik antite, koledok'a geçmiş safra taşları dolayısı ile koledok striktürleri ve distal koledok'a geçmiş safra taşları dolayısı ile koledok striktürleri ve distal koledok veya Oddi sfinkteri stenozları nedeni ile olduğu kadar da malign olaylara bağlı tıkanma sarılıklarında da meydana gelebilir (3-4). 165 vakalık bir dizide bu pentadla uyumlu tablosu olan 21 hasta görülmüş ve bunlarda da 65 mortalite ile sonuçlanma olmuştur (4). Bu vakaların yapılmış bulunan otopsilerinde intrahepatik apselerin bulunduğu görülmüştür.

Bu dizideki 16 hastada post operatif devrede kolanjit tablosu gelişmiştir ve bunların 12'sinde pre-operatif olarak kolanjit var olduğu anlaşılmıştır. Bu gruptaki 5 hastaya yapılan karaciğer biopsilerinde yapılan histopatolojik incelemede kolanjiolit veya kolanjiyo-hepatik ile uyumlu bulgular olduğu gösterilmiştir. Bu 16 vakanın 7'sinin mortalite ile sonuçlanmış olması; sepsise bağlı komplikasyonların ve insizyon infeksiyonlarının da çok görüldüğü tıkanma sarılıklarında erken teşhis ve cerrahi drenajın kurtuluşu sağlamadaki önemini vurgulamaktadır.

Ayrıca benign nedenlere bağlı olsa bile, tıkanma sarılığı nedeni ile sekonder operasyon geçirenlerde, bu dizideki hastalarda mortalite oranı primer operasyonlara göre 2 misli artmış görünmektedir (• ! 1.2. den % 22 , 2 ye) yükselmektedir.

Bu tıkanma sarılıklarında erkenden yapılacak cerrahi drenaj artan bilirubin seviyeleri nedeni ile gelişebilecek "hepato-renal sendrom" oranı azaltacaktır. Bu sendromun özellikle kan bilirubin seviyeleri % 15-20 mg'm üstünde olan hastalarda ortaya çıktığı ve anürinin gelişmesi ile birlikte mortalite oranının yükseldiği rapor edilmiştir (5).

Koledokta taş bulunmadığı halde, koledokta striktür veya tam yahut tama yakın derecede Oddi sfinkteri stenozunun bulunduğu durumlarda çamur kadar koyulaşmış safranın tıkaç yaptığı bu safra stazının primer (otokton) koledok taşlarının oluşmasına yol açtığı görülebilmektedir ve bazı hastalardaki post-kolesistektomi periyodlarında ortaya çıkan sarılıkların nedeni olmaktadır.

1955'ten sonra dünyada birçok merkezde "operatif kolanjiyografi" çekilmesine başlanması ve bunu izleyen beş senede birçok faydalarının görülmesi ile bu metod yaygın şekilde kabul edilmiştir (6).

Yapılması gereği olan bir koledok eksplorasyonundan önce yol gösterici ve dolayısı ile "koledok-

tomi"indikasyonu için delilleri meydana getirici olarak duktus sistikus yolu ile çekilecek kolanjiyografiler en azından o hastanın "biliyer duktal sistemi" nin tanınmasında ve bir takım beklenmeyen anomaliler varsa bunların anlaşılmasında ve bazı vakalarda koledok içinde palpe edilemeyecek kadar küçük taşlar varsa bunların gösterilmesinde faydalı olmaktadır (6).

Genel olarak kolelitiazisli hastalarda biliyer duktal sistemde taş bulunması ihtimali 'c 12-15 kadardır (6). Rutin operatif kolanjiyografilerin yapıldığı merkezlerde bile kolesistektomi sonrasında koledok veya intrahepatik duktal sistemde taş kalabilmesi mümkündür ve insidansı r 7 civarındadır (7). Hiçbir şekilde operatif kolanjiyografi çekilmeyen yerlerde ise biliyer duktal sistemde taş kalması oranının çok daha yüksek olacağı gayet açıklıkla anlaşılabilir. Ayrıca rutin olarak her safra kesesi ameliyatı sırasında kolanjiyografi çekilen merkezlerde, içlerinde taş bulunacağından hiç şüphe edilmeyen vakalarda ortalama olarak %4 oranında taş bulunabildiği bildirilmektedir (6-7).

Operasyon sırasında bulunmuş koledok taşlarının r48'nin koledok palpasyonu ile bulunabilir olması rutin olarak koledok palpasyonu yapılmasının değerini ortaya koymaktadır.

Günümüzde rutin operatif kolanjiyografi çekilmesi yerine, özel indikasyonlar olduğunda çekilmesinin gerekli olduğu daha çok tutulan bir görüştür. Duktus sistikus'un normalden geniş olması (özellikle safra kesesinde 3 mm civarında boyutlarda, küçük taşlar olduğunda) koledok çapının normalden geniş olması veya hastanın pankreatit geçirmiş olması, operatif kolanjiyografi çekilmesi için indikasyon sayılırlar. Ayrıca "koledoktomi" yapılması için serum bilirubin değerlerinin % 17 mg'dan yüksek olması, hastanın yakın bir geçmişte kolanjit geçirmiş olması gibi nedenler kuvvetli indikasyonlardır. Koledokta multipl taşları olan hastalarda yapılan koledok eksplorasyonlarından sonra bunların 10 kadarında re/idücl taş kalabildiği bildirilmektedir (7).

Tıkanma sarılıklı 105 hastanın bulunduğu bu dizide dikkat değer şekilde, sarılığı benign nedenlere balı 71 hastadan 19'unda tıkaçıcı neden olarak koledokta taş bulunmamıştır. Bunlardan onbeşi primer dördü sekonder operasyonlardır. Bu onbeş hastanın ikisinde sfinkter bölgesinde ileri derecede stenoz olduğu kalan 13 hastanın altısında safranın koledok kanalında koyulaşarak tıkaç meydana getirdiği, beşinde de koyulaşmış safra ile cerahat olduğu ve bu vakaların tümünde " sfinkter oddi" bölgesinde belirgin derecede fakat tam olmayan bir stenoz bulunduğu anlaşılmıştır. Bu vakalarda daha önceden koledoktan duodenuma geçmiş olan taşların oddi sfinkteri bölgesinde bir süre takılıp kalmalarına bağlı olarak meydana gelen " odditis" sonucunda relatif

bir stenoz geliştiği ve safra akımının yavaşlaması ile tıkanma sarılığı ve pürülen kolanjit'in oluştuğu kabul edilebilir.

Biliyer sistemde gelişen "striktür'ler" en çok önceden yapılmış kolesistektomilerin sekeli olarak göze çarpmakta çoğunlukla hepatik duktusların birleşimi yerinde ve duktus sistikus'un koledokla birleşim yerinde (%50 ve 25) ve en az da distal koledokta görülürler (8). Ancak koledokta olan striktürlerin bir kısmı da gelişebilir. Bu striktür tedavilerinde bazı aşamalar geçilmiştir. Edinilmiş tecrübelerle göre bugün biliyer sistemin çeşitli nedenlere bağlı primer veya tekrarlanmış olan sikatriyel stenozlarda kalıcı tedavi olarak biliyer sistemle-intestinal sistem arasında anastomoz yapılması, koledokta uç-uca yapılacak anastomozlara göre çok daha başarılı olmaktadır (8-9).

Bu gaye ile "Koledoko-duodenostomi'ler" veya "Kolodoko-jejunostomi ile hepatiko-jejunostomi'ler" yerine göre seçilebilmektedir. Bu ameliyatların yapılabilme kolaylığı olduğu kadar başarı oranları da yüksektir.

Primer striktürlerde %90 ve rekürrent olanlarda %70 başarılı sonuçlar bildirilmektedir. Benign nedenlere bağlı koledok tıkanmalarında ortalama olarak iç çapı 2-2,5 cm olacak şekilde latero-lateral koledoko-duodenostomilerle en az %80-85 oranında başarılı sonuçlar elde edilerek "rekürrent kolanjitler" önlenmekte, ve distal koledokta veya ampulla bölgesinde geçirilmiş odditislere bağlı stenozu olan vakalarda, koledok taşlarının gelişmesini ve safranin çamur gibi koyulaşarak tıkaçıcı taşların duodenuma geçmesi sağlanabilmektedir (7-8).

Bu nedenlerle koledoko-duodenostomiler, özel indikasyonlarla yapılan "sfinkterotomi veya sfinteroplastiler" den daha çok kullanılmaktadır, genel morbidite ve mortaliteleri çok düşüktür, yapılan anastomozlarda stenoz insidansı düşüktür ve eğer stenoz olursa duodenoskopi ile tanınması buna göre reoperasyonu yapılabilir (11). Bu tür anastomozların yapılması için koledokun çapının 2 cm den geniş olması gereği olmadığı bizim deneylerimizle anlaşılmış ve literatürde de doğrulanmıştır (10-11). Yine korkulduğu gibi duodenumdan koledoka regürjitasyon olması ile rekürrent kolanjite yol açmadığı genel kanısı iyice yerleşmiştir (10).

Koledoko-veya hepatiko-jejunostomi'lerde çok zor vakalarda koledokun distal ucunun aranması için zaman harcanmasına gerek olmadığı savunulmaktadır (12). Safra akımında diversiyon yapılmış olmasına rağmen peptik ülser insidansı da düşüktür ve bazı yayınlarda 27 seneye kadar olan izlenmelerde %85 oranında iyi sonuçlar belirtilmektedir (11).

Distal koledokta, ampullada takılıp kalmış (impacted) taşların çıkarılmasında indikasyon kazanan "Transduodenal sfinkteroplasti" (Internai koledok-

ko-duodenostami) daha özel bilgi, dikkat ve beceri isteyen, morbiditesi daha çok olan bir metoddur. Bu dizideki koledok striktürlerinden 4 vakanın daha önceden başka yerlerde geçirdikleri kolesistektomi sırasında oluşan koledok tıkanmalarından dolayı bu duruma düştükleri anlaşılmıştır. Post kolesistektomi sarılıklarında operasyona bağlı koledok traumasının göz önüne alınması gereğini ortaya koymaktadır. Bu oran bu dizide %14 olmuştur.

Benign nedenli tıkanma sarılıklı olan 71 hastanın dozuzunda sekonder operasyonlar yapılmıştır, bunların ikisi ile primer operasyonları yapılan 62 vakanın yedisi olmak üzere toplam 9 hasta kaybedilmiş olması teşhis ve tedavisi gecikmiş tıkanma sarılıklarında mortalite oranının yüksekliğini ortaya koymaktadır. Bu dokuz vakanın yedisinde operasyonun koledokun T tüp drenajı şeklinde sonlandığı görülmektedir. Buna karşılık koledoko-duodenostomi operasyonu yapılan 40 hastadan otuz sekizi tam iyileşme ile hastaneden çıkmışlardır. Bu gerçeklerin ışığında benign tıkanma sarılıklı hastalardan tedavilerinde sadece T tüp drenajı kullanılmasının yeterli olabileceği vakaların seçiminde çok dikkatli olmak gereği olduğu belirmektedir. Koledok kanalının kalıcı ve etkili şekilde drenajını sağlayan en az 2 cm kadar çapta, koledoko-duodenostomi şeklindeki veya gerektiği zaman yapılan koledoko veya hepatiko-jejunostomi şeklindeki anastomozlar koledok'u etkili şekilde drene ederler. Kliniğimizde en az 20 yıldır yapılmakta olan koledoko-duodenostomi ameliyatlarında çok başarılı sonuçlar alınmaktadır ve bugüne kadar metodun kendisinden dolayı ciddi bir komplikasyon görülmemiştir.

Kolesistektomi, koledok eksplorasyon, mide rezeksiyonu gibi operasyonlar geçirmiş olan hastalarda aylar veya yıllar sonra gelişebilecek bir sarılık durumunda, titreme ile yüksek ateş gelmesi, sağ subkostal bölge ağrılarının olması, ayrıca tanıda; başta koledokta taş kalmış olması veya ampulla da stenoz olması veya ekstrahepatik duktuslarda striktür olması gibi durumları sonra "Pankreatiko-duodenal" bölge karsinomları daha az olarak "kronik aktif hepatit" düşünülebilir.

Bu dizideki iki hastada tıkanma sarılığı yapıcı etken ola

Bu dizideki iki hastada tıkanma sarılığı yapıcı etken olarak koledok içinde "kist hidatik vezikülleri" bulunmuştur. Bu faktörün memleketimizde tıkanma sarılığı etkenleri arasında göz önüne alınması gerektir.

Hastalarımızda safra kültürlerinde üretilmiş olan bakteriler E.Coli, enterobakter gibi enterik tipte bakteriler oldu. %20 ye varan bir çoğunlukla ortaya çıkabilen insizyonel infeksiyonlarda da üreyen bakteriler aynı cinsten olmuştur ve çok ciddi insizyonel infeksiyonlar ve evantrasyonlar görülmüştür. Non-fonksiyonel safra kesesi olan hastalarda modern metodlarla

yapılan anaerobl kültürlerde izole edilen bakteri sayısının yüksek olduğu ve en çok enterik bakterilerin görüldüğü ve  $10^{10}$  oranında E.coli bulunduğunda koledok'un T tüp ile drenajı metodu ile 8-10 gün sonra bile tüpten gelen safradan bakteri üretilebildiği bildirilmektedir (13). Şu halde bu hastalarda koledoktomiden sonra insizyonun kontaminasyonu kaçınılmaz olmaktadır. Bu tür vakalarda cilt altı ve cildin primer kapatılmaması, insizyonun bütünlüğünün retansiyon dikişleri ile korunması meydana gelebilecek infeksiyonun temizlenebilmesinde ve kontrol altına alınmasında faydalı olabilir.

## SONUÇLAR

Bugün için bizde tıkanma sarıklıklarının tanısında en değerli pratik sonuçlar ultrasonografik çalışmalarla elde edilmektedir, önceden operasyon geçirmiş olan tıkanma sarıklı kişilerde olaya neden olarak birinci operasyonlarda bulunmamış tanısı konulamamış malign hastalıklar ve birinci operasyonlarda meydana gelmiş koledok kanalı traumalan göz önüne alınmalıdır. Tıkanma sarıklığı ile başvuran hastaların ortalama 1/3'ünde olay nedeni malign hastalıklardır.

Benign nedenlere bağlı tıkanma sarıklıklarının nedenleri arasında kist hidatikler gibi paraziter hastalıklar ve nadiren erişkinlerde koledok kistleri de görülebilmektedir.

Bu dizideki vakaların 19'unda (%18,2) tıkanma nedeni olarak koledokta taş bulunmamış ancak önceden duodenuma geçirilmiş taşların meydana getirdiği "kronik odditis'e" bağlı parsiyel veya tama yakın stenoz sonucunda bazılarında "pürülen kolanjit" ve bazılarında da çamur kadar koyulaşmış safranin yaptığı tıkaçlara bağlı tıkanma sarıklıklarının geliştiği görülmüştür. Tıkanma sarıklı hastaların tanısının konulması için geç kalmadan gereken araştırmaların ve cerrahi girişimlerin yapılması büyük önem taşımaktadır. Tıkanmış olan koledok veya hepatik kanalların rahat akışlı bir drenajının sağlanması için "koledoko-duodenostomi" veya "koledoko-jejunostomi" gibi metodlar hayat kurtarıcı olmaktadır. Bu tür veya hepatiko-jejunostomi şeklindeki anastomozlar, koledok striktürlerinde veya önceki operasyonlarında kesilmiş yahut tamamiyle zedelenmiş koledokların onanmasında kliniğimizde uzun yıllardan beri başarı ile uygulanmaktadır.

Bu hastalarda insizyonların %20 gibi yüksek oranda infeksiyon şansı olduğu ve üretilen bakterilerin safra kültürlerinde üreyen bakterilere uygunluk gösterdiği ortaya çıkmıştır. Tıkanma sarıklıklarında yapılacak cerrahi girişimlerde geç kalındığında "kolanjit ve kolanjiohepatit" ile sepsis "hepato-renal" yetmezlik tablosu gibi komplikasyonlar gelişebilmekte ve insizyon infeksiyonları ile birlikte evantrasyonların oranı da yüksek olmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Elias E, Hamlyn AN, A randomized trial of Percutaneous transhepatic Cholangiography with Chiba needle versus Endoscopic Retrograde cholangiography. *Gastroenterology* 71:439-443, 1976.
2. Thal E, Weiglet J, Conrad M, Evaluation of Ultrasound in the diagnosis of acute and chronic Biliary tract disease. *Arch. Surg.* 113:500-503, 1978.
3. Dow R, Lindenauer M, Acute Suppurative Cholangitis. *Ann. Surg* 169:273-276, 1968.
4. O'Connor MJ, Schwartz ML, Cholangitis due to Malignant Obstruction of Biliary Outflow. *Ann. Surg.* 193: 341-345, 1981.
5. Dawson JL, The incidence of Postoperative Renal Failure in Obstructive Jaundice. *BR. J. Surg* 52:663-665, 1965.
6. Way L, Admirand WH, Dunphy EJ, Management of Choledocholithiasis. *Ann. Surg.* 176:347-357, 1972.
7. Girard R, Legros G, Retained and Recurrent Bile Duct Stones, *Ann. Asurg* 193:151-154, 1980.
8. Hermann RE, Diagnosis and Management of Bile Duct Strictures. *Ame. J Surg.* 130:519-523, 1975.
9. Freund H, Caruzi H, Choledochoduodenostomy in the treatment of Benign Biliary Tract Disease. *Arch. Surg.* 112: 1032-1034, 1977.
10. Engin A, Haberal M, Sanac. Y, Side to Side Choledochoduodenostomy in the Management of Choledocholithiasis. *Br. J. Surg* 65:99-100, 1978.
11. Degenshein GA, Choledochoduodenostomy, An 18 year study of 175 consecutive cases. *Surgery* 76:319-324, 1974.
12. Way W, Dunphy E, Biliary Strictures. *Arne J. Surg.* 124: 287-293, 1972.
13. Dye M, Mac Donald A, Smith G, The Bacterial flora of the Biliary tract and Liver in man. *Br. J. Surg.* 65:285-287, 1978.