

Benign Safra Yolları Striktürlerinde Cerrahi Tedavi

Ömer ARAN
İskender SAYEK
Demiralî ONAT
Ahmet ÖZENÇ
Yılmaz SANAÇ
Mehmet HABERAL
Nevzat BİLGİN
Esat HERSEK

SURGICAL TREATMENT OF BENIGN BILIARY STRICTURES

H. Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Geliş Tarihi: 6 Ağustos 1985

ÖZET

Safra Yolları Striktürleri ile ilgili tecrübelerimiz gözden geçirildi 1970-1984 seneleri arasında Anabilim Dalımızda 19 benign safra yolları striktürü tedavi edilmiştir,

18 (%94.7) hastada striktür kolesistektomi ve/veya benign hastalıklar için yapılan safra yolları cerrahisinden sonra oluşmuştur. 2 hastada striktür koledok kahtühui: 1/3 üst kısmında, 8 hastada 1/3 orta kısmında ve 9 hastada ise 1/3 alt kısmında idi.

En sık rastlanılan şikayet sarılık (%78,9), ateş, titreme ve sağ üst kadranda ağrısı (% 57.9) idi. Hastaların % 66.6 'mdu şikayetler ilk ameliyattan sonraki 6 ay içinde başlamıştı. Serimizde hastaların % 89'unda iyi sonuçlar aldığımız bilier-enterik by-pass tercih ettiğimiz metad olmuştur. Anastomoz hattında gerilme olmadığı takdirde tercih edilmesi gerekli tekniğin koledokoduodenostomi olduğuna inanmaktayız,

Anahtar Kelimeler: Safra yolları striktürleri, bilier-enterik by-pass.

T Kİ Tıp Bil Araş Dergisi C.4, S. 1-2, 1986, 91-93

Nadir olarak görülen safra yolları darlıklarının çoğu cerrahi travmaya bağlı olarak meydana gelir (5, 12). Bu komplikasyon 300-500 safra yolları ameliyatlarından birinde görülür (6). Birçok onarım yolu tanımlanmış olmasına rağmen tedavileri ile ilgili ana sorunların çözümlendiği söylenemez.

Ameliyat sırasında farkedilen bir yaralanma hasta ve cerrahi yönünden sorun olmadan onarılabilir. Esas sorun, farkedilemeyen yaralanmalar ve bunların sebep olduğu striktürlerdir. Bu yaralanmaların sebebi genellikle yetersiz disseksiyondur (5, 6,12).

SUMMARY

Our experience with biliary strictures has been reviewed. 19 patients with benign biliary stricture were treated in our department between 1970-1984.

In 18 (% 94.7) of these 19 patients stricture has been developed after cholecystectomy and/or biliary tract operation for benign diseases. The stricture was found to be in the upper one third of the common bile duct in two patients; in the middle one third in 8 patients, and in the distal one third in 9 patients.

The most common presenting symptoms were jaundice (% 78.9), fever, chills and right upper quadrant pain (% 57.9). The symptoms appeared in the first six months after primary operation in % 66.6 of the patients. Biliary enteric by-pass was the preferred method of repair in our series with good results in % 89 of the patients. We believe choledochoduodenostomy should be preferred when it can be done without tension.

Keywords- Biliary strictures, biliary-enteric by-pass.

T J Research Med Sci V. 4, N. 1-2, 1986, 91-93

Bu önemli komplikasyonun tedavisini tartışmak amacıyla bu incelemeyi yaptık.

KLİNİK MATERYAL

1971-1984 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim dalında tedavi edilmiş 19 benign safra yolları striktürü vakası retrospektif olarak incelendi. 19 hastanın 15'i kadın, 4'ü erkekti.

22-70 yaşları arasında olan hastaların yaş ortalaması 47.7 yıl idi.

Tablo - 1

Hastaların Daha Önce Geçirmiş Oldukları Ameliyat Türü		
Kolesistektomi	11	(%57.9)
Kolesistektomi-Koledok eksplorasyonu	5	(% 26.3)
Koledok eksp. - Sfinkteroplasti	1	(% 5.3)
Kolesistektomi - Koledok eksp. - Koledokoduodenostomi	1	(% 5.3)
Ameliyat geçirmemiş	1	(% 5.3)

18 hasta daha önce safra yolu ameliyatı geçirmişti. Bunların 11'i kolesistektomi, 5'i kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu, 1'i ise kolesistektomi, koledok eksplorasyonu ve sfinkteroplasti, 1'i ise kolesistektomi, koledok eksplorasyonu ve koledokoduodenostomi idi (Tablo - I). Hastaların % 44'ünde striktür ameliyattan 0-3 ay, % 23.3'ünde 3-6 ay ve % 34.4'ünde 6 aydan sonra saptandı (Tablo - II).

Hastaların 15'inde (% 78.9) sanlık ve 11'inde (% 57.9) ateş, titreme ve sağ üst kadrans ağrısı vardı. 16 hastada (% 84.2) serum bilirubini ve alkalen fosfat yüksek bulundu (Tablo - III).

Tanı 12 hastada CHIBA perkütanöz transhepatik kolanjiografi, 2 hastada endoskopik retrograd kolanjiografi ve 2 hastada I.V. kolanjiografi ile konulmuştur (Tablo IV). Ameliyatta darlığın 19 hastanın 2'sinde koledokun üst ucunda, 9'unda alt ucunda ve 8'inde orta kısmında olduğu saptandı. 2 hastada darlığa ilave olarak bilier-enterik fistül mevcuttu.

Daha önce safra yolları ameliyatı geçiren 18 hastanın 12'inde (% 66.7) safra yolları duodenuma, 5'inde (% 27.8) jejunuma anastomoz edildi (Tablo V).

Ameliyat sonrası komplikasyon olarak 3 hastada üst gastrointestinal (GIS) kanama (% 15.8) ve 5 hastada yara enfeksiyonu (% 26.3), 2 hastada intraabdominal abse (% 10.6) ve bir hastada (% 5.5) safra fistülü ve pankreatit gelişmiştir. Hastalarımızın 18'i şifa ile taburcu edilmiş, bir tanesi (% 5.5) erken dönemde üst GIS kanama nedeniyle ölmüştür (Tablo VI).

TARTIŞMA

Safra yolları benign striktürlerinin çoğu cerrahi travma sonucu gelişmektedir. Bu travma, genellikle kolesistektomi ameliyatı esnasında olur ve çoğunlukla dikkatli bir cerrahi teknik ile önlenemez, ancak çoğu kez cerrah yaranın farkında değildir (9). Bunun yanı sıra safra taşının ekstrahepatik safra yollarının erozyonu, kolanjit ve komşu pankreas dokusundan pankreatit sonucu gelişen nekroz safra yolları striktürlerine sebep olabilir.

Tablo - II

İlk Ameliyattan Sonra Striktürün Saptanma Süresi		
Süre	Hasta Yüzdesi	
0-3 ay	% 44.4	(8)
3-6 ay	% 22.2	(4)
6 aydan fazla	%33.3	(6)

Tablo - III

Hastalarda Başvurma Sırasında Mevcut Bulgular		
Sanlık	15	(% 78.9)
Ateş, titreme, sağ üst kadrans ağrısı	11	(% 57.9)
Serum bilirubin ve alkalen fosfat yükselmesi	16	(% 84.2)

Tablo - IV

Tanı Yöntemleri	
CHIBA	12 Hasta
ERCP	2 Hasta
IV Kolanjiografi	4 Hasta

Tablo - V

Striktür Tedavisi İçin Uygulanan Tedavi Türü		
Koledokoduodenostomi	12	(%66.6)
Hepatikojejunostomi	5	(% 77.8)
Sfinkteroplasti	1	(% 5.9)

Tablo - VI

Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar		
Yara Enfeksiyonu	5	(% 26.3)
GIS Kanaması	3	(% 15.8)
intraabdominal abse	2	(% 10.6)
Safra Fistülü ve Pankreatit	1	(% 5.5)
MORTALİTE	1	(% 5.5)

Koledok kanalının bağlandığı durumlarda ameliyat sonrası erken dönemde sarılık, yaralandığı durumlarda da safra dirençinin bir haftadan fazla devam ettiği saptanır (5, 6).

Bu striktürlerin cerrahi tedavisinde duktusun uç uca onanımı, plastik ameliyatlara safra yolunun genişletilmesi, safra yollarının duodenum veya jejunuma anastomozu önerilmiştir (5, 6, 9-12).

Tedavide amaç obstrüksiyonu ortadan kaldırmak ve safra akımını sağlamaktır. Yapılacak onarım darlığın yerine ve ameliyattan sonra geçen süreye göre değişir. Safra kanalının uç-uca anastomozu ameliyatta fark edilen yaralanmalarda kullanılabilir (9, 10). Primer ameliyattan bir süre geçmiş ise bu yöntem koledok kanalının distal kısmında gelişen yaygın fibrosis nedeni ile pek uygulanamaz(9). Bunun aksine kronik vakalarda duktusun barsağa anastomozu yapılmalıdır. Bu anastomozlar mukozal-mukozaya geniş bir stoma ile ve herhangi bir gerginlik olmadan yapılmalıdır (9, 10). Fazla yüksekte olmayan striktürlerde safra yolunun duodenuma anastomozu uygundur (10, 11). Aksi takdirde yeniden stenoz gelişebilir.

Safra yolları ameliyatlarından sonra distal kole-

dokta ve ampulla vateride darlık meydana gelebilir. Bordley ve White (2) inceledikleri bir seride ampullada % 10.3 vakada darlık saptamışlardır. Bu bölgedeki darlıklarda koledokoduodenostomi en uygun tedavi yöntemidir.

Benign bilier striktürde prognoza etki eden belirli faktörler vardır (6).

1. Striktürün yeri,
2. Proksimal safra kanalının kalitesi,
3. Karaciğerdeki değişikliklerin şiddeti ve
4. Cerrahi onarımın yeterliliği.

Kanımızca safra yolları striktürlerinde en uygun tedavi yanyana koledokoduodenostomidir ve mümkün olduğu vakalarda tercih edilmelidir. Tercih edilmesinin nedenleri daha fizyolojik olması ve daha kolaylıkla yapılabilmesidir. Cerrahi teknikte en önemli noktalar koledok kanalının anastomozu en uygun biçimde açılması ve duodenumun iyi mobilizasyonu (4, 8). Proksimal safra yolunun jejunuma anastomozu yüksek striktürlerde ve duodenuma anastomozun gergin olacağı durumlarda veya bir duodenal ülser skatrisi var ise düşülmelidir (1,3,7,10, 11,14).

KAYNAKLAR

1. Bismuth H, U Franco, MB Corlette, J Illepp: Long term results of Roux-en-Y hepatojejunostomy. S.G.O. 146: 161, 1978.
2. Bordley J, TT White: Causes for 340 reoperations on the extrahepatic bile ducts. Ann. Surg. 189:442, 1979.
3. Daugherty M, CB Ernst, CR Sachatello, WO Jr. Griffen: Proximal hepatic duct reconstruction. Arch. Surg. 113: 490, 1978.
4. Engin A, M Haberal, Y Sanac: Side to side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis. Brit. J. Surg. 65: 99, 1978.
5. Hermann RE: Diagnosis and management of bile duct strictures. Amer. J. Surg. 130: 519, 1975.
6. Rune GE: Current Practice Of Biliary Surgery. Little, Brown and Co., Boston, 1972. p. 192.
7. Longmire WP Jr., HN Lippman: Intrahepatic cholangiojejunostomy an operation for biliary obstruction. Surg. Clin, of N. Amer. 36: 849, 1956.
8. Özenç A, İ Sayek, M Haberal, Y Sanac: 108 koledokoduodenostomi vakasının retrospektif incelenmesi. Ulusal Cerrahi Kongresi bildiri özetleri 1985, sayfa 147.
9. Remine WH, DO Ferris: Surgery for biliary strictures. Surg. Clin, of N. Amer. 47: 877, 1967.
10. Smith R: Hepaticojejunostomy: Cholechojejunostomy. Brit. J. of Surg. 51:189,1964.
11. Stone RM, Z Cohen, BR Taylor, et al.: Bile duct injury. Amer. J. of Surg. 125: 253, 1973.
12. Warren KW, MF Jefferson: Prevention and repair of strictures of extrahepatic bile ducts. Surg. Clin of N. Amer. 53: 1169, 1973.
13. Way LW, JE Dunphy: Biliary stricture. Amer. J. of Surg. 124: 287, 1972.
14. Wexler MJ, R Smith: Jejunal mucosal greft. Amer. J. of Surg. 129: 104, 1975.