

Ekstrahepatik Obstruktif Sarlıklarda Uygulanan Cerrahi Yöntemler ve Sonuçları

Erhan ONUK
Atilla ENGİN
Neşet H. GÖKOK

SURGICAL METHODS AND THEIR RESULTS
APPLIED ON EXTRAHEPATIC OBSTRUCTIVE
JAUNDICE

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bölümü, Ankara

Geliş Tarihi: 18 Ağustos 1984

ÖZET

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1979-1982 yılları arasında obstruktif sarılık tanısı sonulan 28 hastanın 11 tanesine koledokoduodenostomi, 7 tanesine T-tüp drenajı, 3 tanesine hepatojejunostomi, 3 tanesine köle-sistojejunostomi, ayrıca bir hastaya hepatojejunostomi, 2 hastaya Longmire ameliyatı ve 1 hastaya da Whipple ameliyatı yapılmıştır. 9 hastada pankreas başı -kansı ve 9 hastada koledok ve safra kesesi taşları saptanmış olup **bunu** diğer patolojik bulgular izlemektedir. Hastaların % 85'i 1-3 yıl arasında takip edilmişlerdir, **ölüm** oranı % 21'dir. Ancak bu oran tamamen ekstrahepatik safra yolları kanseri olan hastaları kapsamaktadır. Komplikasyon oranı ise % 28.5'dir. Erken ölüm nedenleri başında hepato-renal sendrom, sepsis ve kardiyopulmoner yetmezlik gelmektedir. Bu komplikasyonlar çoğunlukla tümörü olan hastalarda görülmüştür, Karsinoma olan hastalara erken dönemde saptanmadığı için yapılan cerrahi girişimler ancak palyatif olmaktadır. Benign hastalıklarla ameliyat olan hastalarda iyi seçilmiş cerrahi yöntemlerin sonuçları ise yüz güldürücüdür.

Anahtar kelimeler: Obstruktif sarılık, koledokoduodenostomi, koledokojejunostomi, t-tüp drenajı

T. Kİ. Tıp Bil. Arařt. Dergisi C.3, S.2, 1986, 112 - 116

Koledokta taş, periampuller bölge ve safra yolları kanserleri, duktal travmalar, konjenital anomaliler gibi ekstrahepatik safra yolları obstrüksiyonları genellikle ağrı, ateş, sarılık semptomları ile kendilerini gösterirler (11,14,17,18).

Herhangi bir nedenle kanal içerisindeki basınç artmasında kolanjohepatitis ortaya çıkmakta, bu da hepatositlerin fonksiyonunu bozarak ve obstrüksiyon sürecine bağlı olarak irreversibel değişikliklere neden olmakta, böylece de mortalite ve morbiditeyi artırmaktadır (2).

SUMMARY

At the General Surgical Department of Medical School of Gazi University between the years 1979-82 28 patients were diagnosed as having obstructive jaundice. 11 of these patients had choledochoduodenostomy, 7 had t-tube drainage, 3 had cholecystojejunostomy, another 3 had hepatojejunostomy, 2 had Longmire's operation, one had hepatojejunostomy and another one had Whipple operation.

9 patients had carcinoma of the head of the pancreas and another 9 had stones in the common bile duct and gall-bladder,

85% of these 28 patients have been followed up between 1 and 3 years. The death rate was 21%, and the complication rate being 28.5%. The major causes of early death were hepatorenal syndrome, septicemia and cardiopulmonary insufficiency. These complications were particularly frequent in patients with carcinoma.

The patients who had been diagnosed in the late stages, had mostly palliative surgical approaches whereas the patients who had been operated because of benign diseases, the results of well-selected surgical techniques have been satisfactory.

Key words: Obstructive jaundice, choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy, t-tube drainage

T J Res Med Sci V.3, N. 2, 1985, 112 -116

Obstruktif safra yolları hastalıklarında çok çeşitli cerrahi yöntemler tanımlanmakla birlikte seçilecek yöntemin hangisi olması gerektiğinde büyük tartışmalar vardır. Patolojik görünüm malign ise ya radikal cerrahi ya da palyatif cerrahi metodlar uygulanır. Eğer obstruktif sarılık nedeni benign bir olaya bağlı ise, endoskopik sfinkteroplasti, açık sfinkteroplasti, koledokoduodenostomi, koledokojejunostomi, hepatojejunostomi veya jejunostomi, köle-sistojejunostomi, t-tüp drenajı gibi safra yollarının barsaklara drenajını sağlayan ameliyatlar uygulanır.

Bu amaçla kliniğimizde 1979-1982 yılları arasında obstruktif sarılığı olan 28 hastaya uygulanan cerrahi yöntemler ve birbirlerine üstünlükleri tartışılmıştır.

MATERYAL ve METOD

Bu çalışma Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Bilim dalında 1979-82 yılları arasında obstruktif sarılık nedeniyle başvuran 28 hastaya uygulanan çeşitli cerrahi yöntemlerin retrospektif olarak değerlendirilmesini kapsamaktadır.

Hastaların tamamına ameliyat öncesi rutin tetkikler yanında, I.V. kolanjiografi, perkutan transhepatik kolanjiografi, endoskopik retrograd kolanjiografi gibi safra yollarını gösteren çeşitli laboratuvar teknikleri de uygulanmıştır. Sarılığın nedeninin tıkanma tipinde olduğuna karar verildikten sonra, genel anestezi altında ameliyat edilmişlerdir.

Uygulanan cerrahi yöntemler koledokoduodenostomi, kolesistojejunostomi, hepatikojejunostomi, hepatiko-duodenostomi, radikal pankreatiko-duodenektomi (Whipple ameliyatı) ve kolanjiojejunostomi (Longmire ameliyatıdır).

BULGULAR

Ekstrahepatik safra yolları obstruksiyonu nedeniyle ameliyat edilen 28 hastanın 11'i (% 39.3) kadın, 17'si (% 60.7) erkek olup erkek kadın oranı 1.5/1'dir.

Hastaların yaş dağılımı erkeklerde ortalama 60.3 yıl (18-75 yaş arasında), kadınlarda ise 54.5 yıldır (24-70 yaş arasında).

Vakaların hastalıklara göre dağılımı incelendiğinde periampuller bölge kanserleri ve koledok taşlarının ilk sıralarda yer aldığı görülmektedir (Tablo -I).

Hastaların % 71.4 u sarılık, % 64.2'si sağ üst kadranda ağrı, % 32.7'si kilo kaybı, % 55'i de zaman zaman ateş semptomları ile hastanemize başvurmuşlardır.

Fizik muayenede sağ üst kadranda defans 20 hastada (% 71.4), hidrops olan safra kesesinin palpasyonu 8 hastada (% 28.5) ve rebound fenomeni 1 hastada (% 3.5) pozitif bulunmuştur. 6 hastada (% 21.4) sarılık dışında fizik incelemede herhangi bir patolojik bulgu tesbit edilmemiştir.

28 hastaya ayrıca rutin laboratuvar testlerine ek olarak karaciğer fonksiyon testleri de yapılmış ve Tablo - IH'de gösterilmiştir.

28 hastanın 8 tanesine oral veya İ.V. kolanjiografi, 11 hastaya perkutan transhepatik kolanjiografi, 3 hastaya endoskopik retrograd kolanjiografi, 1 hastaya drip kolanjiografi, 8 hastaya da karaciğer-dalاک sintigrafisi, 1 hastaya ultrasonografi yapılmıştır. Bulgular Tablo - IV'de gösterilmiştir.

Bu 28 hastanın 17 tanesinde koledokta genişleme

(maksimum 5 cm), 9 hastada koledok ve safra kesesinde multiple taş, 9 hastada pankreas başı kanseri, 3 hastada ekstrahepatik safra yolları tümörü, birer hastada ise koledok ligasyonu, konjenital koledok kisti ve koledokoduodenal fistül, geçirilmiş kolesistektomiye bağlı koledok yaralanması, akut pankreatit ve safra kesesi kanseri ise ameliyat esnasında saptanmıştır (Tablo - V).

28 hastada saptanan erken ameliyat sonucu komplikasyonlar gözden geçirildiğinde, 6 hastanın ilk 4 gün içinde hepato-renal yetmezlik, sepsis ve kardiyopulmoner nedenlerle kaybedildiği görülmüştür. 2 hastada subhepatik apse saptanmış ve direne edilerek tedavi edilmiştir. Mortal seyreden hastalarda ekstrahepatik safra yolları kanserleri ve bunun sonucu oluşan sarılığa, enfeksiyona bağlı metabolik bozukluklar mevcuttu.

Tablo — I

28 Hastanın Hastalıklara Göre Dağılımı

Neden	Hasta Sayısı
τ aş	10
Tümör	13
Fistül	1
Koledok kisti	1
Akut pankreatit	1
Hepatik kanal yaralanması	1
Koledok bağlanması	1
TOPLAM	28

Tablo - II

Hasta Sayısı	Lab. tetkik	Bulgular
28	Direkt karın gr.	1 hastada pneumobilia
8	Oral/iv. kolanjiografi	Dolmayan kese, koledokta taş imajı ve genişleme
11	Perkutan transhepatik kolanjiografi	Safra yollarında genişleme (maksimum koledok 5 cm)
3	ERCP	Koledokta darlık veya genişleme, taş imajı
1	Drip kolanjiografi	Dolmayan kese
8	Kc-dalاک sintigrafisi	4 normal, 4 hepatomegali
1	Ultrasonografi	Hidrops, pankreas başı karsinoması

Tablo - III
28 Obstrüktif Sarılığı Olan Hastaların Biyokimyasal Değişiklikleri

Vaka Tanı	T. Prot. <%gr (6-8)	Alb. % gr (3.5-5.6)	Glob. <% gr (1.3-3.2)	T. Bil. <% mg (0.4-1)	D. Bil. (% mg) (0.1-0.5)	İnd. Bil. (% mg) (0.3-0.5)	SGOT (Ü) (8-40)	SGPT (0) (5-35)	Alk. Fos. (Bü) (1-5)	AKŞ (% mg) (70-100)
1 Pankreas başı kanseri	6.2	3.7	2.5	14.5	9.4	5.1	95	125	17	112
2 Pankreas başı kanseri	5.5	2.6	2.9	9.6	6.3	3.3	78	91	11	98
3 Pankreas başı kanseri	7.0	3.5	3.5	11.8	8.0	3.8	65	50	28	101
4 Pankreas başı kanseri	5.0	2.5	2.5	12.3	7.3	5.0	51	45	35	88
5 Pankreas başı kanseri	6.1	3.0	3.1	7.9	5.0	2.9	45	54	17	96
6 Pankreas başı kanseri	5.5	3.5	2.0	12.5	8.5	4.0	79	82	29	111
7 Pankreas başı kanseri	6.7	4.2	2.5	19.1	15.1	4.0	102	115	18	99
8 Pankreas başı kanseri	5.9	3.0	2.9	16.0	11.0	5.0	59	71	35	102
9 Pankreas başı kanseri	5.4	2.5	2.9	9.8	5.8	4.0	57	41	13	70
10 Safra kesesi + koledok taşı	7.9	5.5	2.4	3.1	2.6	0.5	22	16	6	80
11 Safra kesesi + koledok taşı	7.5	4.5	3.0	2.8	2.1	0.7	30	27	16	85
12 Safra kesesi + koledok taşı	7.1	4.5	2.6	0.9	0.4	0.5	17	20	5	91
13 Safra kesesi + koledok taşı	6.9	4.3	2.6	0.8	0.4	0.4	21	20	13	88
14 Safra kesesi + koledok taşı	7.3	4.5	2.8	0.8	0.5	0.3	19	17	7	96
15 Safra kesesi + koledok taşı	7.0	4.0	3.0	2.9	2.0	0.9	55	58	18	112
16 Safra kesesi + koledok taşı	6.5	2.8	2.7	1.0	0.6	0.4	11	22	4	78
17 Safra kesesi + koledok taşı	7.2	4.2	3.0	3.2	2.8	0.4	46	43	14	77
18 Koledok taşı	7.7	5.7	2.0	0.8	0.4	0.4	36	38	16	89
19 Koledok taşı	6.7	4.2	2.5	4.0	3.2	0.8	50	70	15	95
20 Koledokoduodenal fistül	6.0	3.5	2.5	0.9	0.5	0.4	21	11	3.5	92
21 Koledok fistülü	7.3	4.5	2.8	19.7	4.1	5.6	104	125	—	142
22 Akut pankreatit	7.2	4.5	2.7	3.1	2.1	1.0	112	98	8	129
23 Koledok yaralanması	6.5	3.0	3.5	13.7	10.5	3.2	61	44	3.5	87
24 Koledos ligasyonu	7.3	4.0	3.3	20.2	18.4	1.8	105	125	29	82
25 Safra kesesi kanseri	7.1	4.7	2.4	1.2	0.7	0.5	27	22	4	105
26 Kolanji okarsi nom	5.9	3.9	2.0	0.9	0.4	0.5	15	14	2	72
27 Kolanjiokarsinom	6.2	3.9	2.3	3.5	2.9	0.6	71	59	9	102
28 Kolanjiokarsinom	7.9	4.9	3.0	2.8	2.2	0.6	50	45	19	99
Ortalama değerler	6.6	3.9	2.7	7.1	5.1	2.0	54	55.2	14.6	95.6
	0.1	0.2	0.08	1.2	0.9	0.3	5.7	6.8	1.8	3.0

Tablo - IV

**Ekstrahepatik Safra Yolları Obstrüksiyonu Bulunan
28 Hastada Uygulanan Cerrahi Yöntemler**

Ameliyat Gnsi	Hasta Sayısı	%
Koledokoduodenostomi	11	39.2
T-tüp drenajı	7	25.0
Kolesistojejunostomi	3	10.7
Hepatikojejunostomi	3	10.7
Longmire ameliyatı	1	3.5
Hepatikoduodenostomi	1	3.5
Whipple ameliyatı	1	3.5

Benign nedenlerle drenaj ameliyatı yapılan 15 hastanın yalnız birinde kolanjit atakları gelişmiş ve daha sonra bu hastaya mevcut hepatikojejunostomiye ilâveten distal jejun-jejunostomi (Brown ameliyatı) eklenerek bu komplikasyon da önlenmiştir. Hastalar 13 yü arasında takip edilmiş olup, takip oranı % 85'dir.

Malign hastalığı nedeniyle palyatif drenaj yapılan hastalar 6 ay ile 1.5 yıl arasında yaşamışlardır. Radikal pankreatikoduodenektomi yapılan hasta ise 1.5 yü sonra kaybedilmiştir.

Bu dizide ölüm oranı % 21'dir. Ancak bu oranın tamamını ekstrahepatik safra yolları kanseri olan hastalar kapsamaktadır. Komplikasyon oranı ise % 28.5'tur.

Tablo - V

Cerrahi Girişim	Operatif Tanı	Hasta Sayısı
Koledokoduodenostomi	Pankreas başı kanseri	5
	Safra kesesi ve koledok taşı	2
	Koledokta taş	1
	Koledokoduodenal fistül	1
	Koledok kisti	1
	Akut pankreatit	1
T-tüp drenajı	Safra kesesinde ve koledokta taş	6
	Koledok taşı	1
Kolesistojejunostomi	Pankreas başı kanseri	2
	Kolanjiokarsinoma	1
Hepatikojejunostomi	Pankreas başı kanseri	1
	Kolanjiokarsinoma	1
	Operatif koledok yaralanması	1
Hepatikoduodenostom	Koledok ligasyonu	1
Longinire ameliyatı	Kolanjiokarsinoma	1
	Safra kesesi kanseri	1
Whipple ameliyatı	Pankreas başı kanseri	1

TARTIŞMA

Ekstrahepatik obstrüktif sarılıklar gerek ayırıcı tanıdaki zorluklar, gerekse morbidite ve mortalitenin yüksek olması nedeniyle klinikte önem taşırlar. Perokutan transhepatik kolanjiografi, safra yolları kinetiği, endoskopik retrograd kolanjiografi, ultrasonografi gibi son yıllarda geliştirilen çeşitli yöntemlerle doğru tanıya ulaşma imkânı artmıştır. Nitekim bu dizideki 28 hastaya da bu yöntemler uygulanarak ameliyat öncesi tanı yaklaşık olarak hepsinde konulabilmektedir.

Koledok taşlarında seçilecek cerrahi tedavi yöntemi koledokun çapına, geçirilmiş ameliyat biçim ve sayısına, kanal içerisindeki taş, çamur ve ampulla vaterinin fonksiyonel genişliğine bağlı olarak değişmektedir. Ameliyat sırasında koledok kanalı içerisinde büyük taş veya taşlar varsa ve Bakes diktatörü (4-5 nolu) papilla vateriden kolaylıkla geçiyorsa t-tüp drenajı önerilmektedir (4, 7,18).

Koledokun dikkatli bir eksplorasyonu ve hatta peroperatuvar kolanjiografi yapılmasına rağmen yaklaşık % 10 oranında koledok ve duktal sistemde reziduel taş bırakılabileceği ileri sürülmektedir (10, 16, 18). Bu olasılık ancak yerinde seçilecek cerrahi yöntemlerle azaltılabilmektedir. Peroperatuvar intrahepatik duktal sistemde taş saptanan hastalarda yapılacak eksternal lateral koledokoduodenostomi ile

tekrar oluşacak obstrüksiyonu önlemek mümkün olabilir. Jones, koledok kanalında taş bulunan vakalarda rutin olarak eksternal lateral koledokoduodenostomi yapılmasını önermiştir (10). Bu ilke intraduktal taş ve çamur bulunan, koledok çapı geniş olan vakalarımızda da aynen uygulanarak tek sıra eksternal lateral koledokoduodenostomi yapılmıştır.

Papilliti ve pankreatiti olan hastalarda taş olmasına rağmen obstrüksiyon varsa, eksternal lateral koledokoduodenostomi uygulanması gerektiği bazı yazarlar tarafından bildirilmiştir (9). Kliniğimizde de akut pankreatiti olan bir hastaya bu yöntem uygulanmıştır. Hastanın 2 yıllık takiplerinde herhangi bir komplikasyona rastlanmamıştır.

Eksternal lateral koledokoduodenostominin en önemli komplikasyonlarından biri asandan kolanjitis olup, bu barsak içeriğinin safra yollarına regurjitasyonundan çok anastomozdaki darlık sonucu olduğu Madden ve Barner tarafından rapor edilmiştir (3,15). Kistoduodenostomi yapılan bir hastada 2 yıl sonra kolanjit atakları olmuş, bu komplikasyonda konservatif tedaviye iyi cevap vermiştir. Postoperatif anastomozun açık olduğu radyolojik olarak gösterilmiştir.

Ağrı, sarılık ve karında kitle ile karakterize olan koledok kistlerinde en uygun tedavinin internal drenaj olduğu kaynaklarda belirtilmiştir. Kist duvarında karsinoma gelişme olasılığının % 2.5 olduğu dikkate alınırsa genel durumu iyi olan ve uzun süren sarılık dönemi bulunmayan hastalarda uygulanacak en iyi yöntem; kistin eksizyonu ve koledokojejunostomidir (6, 19, 20). Ancak bizim vak'alarımızda mortalite oranı daha düşük ve kısa süreli bir internal drenaj yöntemi olan koledokoduodenostomi yapılmıştır.

Koledoktaki taşın, koledok duvarı ve duodenum duvarını erozyona uğratması ile oluşan koledokoduodenal fistüllerde, distal koledokta yerleşen taşın çıkartılarak, bizim hastamızda olduğu gibi koledokoduodenostomi haline çevrilmesi bazı yazarlar tarafından önerilmektedir (8, 19).

Ekstrahepatik safra yollarına infiltrate olarak obstrüktif sarılığa yol açan safra kesesi kanserlerinin büyük çoğunluğu inoperabil devrede yakalanmakta ve bundan dolayı da ancak kolanjiyojejunostomi gibi palyatif cerrahi girişimler uygulanabilmektedir (1, 2, 5, 16, 18). Palyatif amaçla kliniğimizde de bir hastaya kolanjiyojejunostomi yapılmış ve hasta 6 ay sonra kaybedilmiştir.

Ekstrahepatik kolanjiokarsinomalar nadir tümörler olup, genellikle çevre dokulara infiltrate olma özelliklerinden dolayı radikal bir cerrahi girişim mümkün olamamaktadır (12, 13). Bu vakalarda intrahepatik kolanjiyojejunostomi ile safra drenajı sağlanabileceği gibi, tümör distalde ise kolesistojejunostomi veya hepatikojejunostomi de uygulanmaktadır. Bu seride koledok alt ucu kanseri tanısı konulan 2 hasta-

dan birine kolesistojejunostomi, diğesine ise hepatikojejunostomi uygulanmıştır.

Pankreas başı veya periampuller bölge kanserlerinde tanı genellikle geç evrede konulabildiğinden radikal bir ameliyat nadiren uygulanır. Kliniğimizde 9 pankreas başı kanserinin ancak bir tanesine radikal pankreatiko-duodenektomi (Whipple ameliyatı) uygulanmış, bu hasta 15 yıl yaşamıştır. Geri kalan hasta-

lara önceden belirtildiği gibi çeşitli drenaj ameliyatları uygulanmıştır.

Periampuller bölge kanserlerinin invaziv özelliklerinden dolayı mümkün olan ölçüde tümöre yakın drenajdan kaçmümalıdır (4). Bu nedenle 5 hastaya koledokoduodenostomi, 2 hastaya da kolesistojejunostomi ameliyatı yapılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Adson MA: Carcinoma of the gallbladder. Surg. Clin. N. Amer. 53:1203-1216, 1973.
2. Balaroustsos C, E Bastanis: Primary carcinoma uie gallbladder. Analysis of 222 cases. Am. Surg. 40:605-608, 1974.
3. Barner HB: Cholcdoche-duodenostomy with reference to secondary cholangitis. Fifteen years review of 24 cases. Ann. Surg. 163:74-80, 1966.
4. Baumgartl F, K Kremer: Spezielle Chirurgie für die Praxis. Band 2. Teil 1, George Thime Verlag Stuttgart, 1979.
5. Beltz WR, RE London: Primary Carcinoma of the gallbladder. Am. Surg. 180:180-184, 1974.
6. Flavigan P: Biliary cysts. Ann. Surg. 182:638-643, 1975.
7. Glenn F: The Complication and Surgery. Saunders Company, 1976.
8. Glenn F, 11 Mannix: Biliary enteric fistula. Surg. Gynec. Obst. 105:693-705, 1957.
9. Harding Rains AJ: Cholecystectomy and associated operations. Postgraduate Surgery. Lectures 2, Butterworths 1971.
10. Jones SA, LL Smith: Choledcho-duodenostomy to prevent residuel stones. Arch. Surg. 85:156-165, 1963.
11. Kaminski DL, HB Barner: Evaluation of the results of external choledcho-duodenostomy for retained recurrent of primary common duct stones. Am. J. Surg. 137:162-166, 1979.
12. Klippel AP, RB Shaw: Carcinoma of the common bile duct. Arch. Surg. 104:102-106, 1972.
13. Longinire WP, MS McArthur: Calcinôme of the extrahepatic biliary tract. Ann. Surg. 178:333-345, 1973.
14. Madden JL: Primary common bile duct stones. WJ. Surgery 2(4)-465-471, 1978.
15. Madden JL, S Kandalaft: Choledcho-duodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure. Am. J. Surg. 119:45-61, 1970.
16. Sabiston: Textbook of Surgery. Saunders Company, 1979.
17. Saharia PC, GD Zuidema: Primary common duct stones. Ann. Surg. 185:598-604, 1972.
18. Schwartz: Principles of Surgery. Third Edition. McGraw Hill Book Company, 1979.
19. Spitz L: Choledochal cyst. Surg. Gyn. Obstet. 147:444-452, 1978.
20. Thorbjamaron B: Surgery of the Biliary Tract. Volume XVI. In the Series Major Problems in Clinical Surgery. Saunders Compan, 1975.
21. Todavi I: Management of congenital choledochal cyst with intrahepatic involvement. Ann. Surg. 187:272-280, 1978.