

Karaciğer Dışı Safra Kanallarının Benign Hastalıklarında Koledokoduodenostomi

CHOLEDOCHODUODENOSTOMY'IN EXTRAHEPATIC BILEDUCT

Dr. Faruk COŞKUN, Dr. Cemalettin ÖĞÜT, Dr. Ömer CENGİZ,
Dr. Mithat ÇAMLIBEL, Dr.Cevat DİNÇTÜRK

Numune Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği, ANKARA

ÖZET

Primer veya residüel koledok kanalı taşlarının tedavisinde dcoxycholic asit ve özellikle endoskopik papillotomi gibi cerrahi olmayan yeni metodlara sahip olunmasına rağmen, koledokoduodenostomi son on yıldan beri, endikasyonu gittikçe genişleyerek arlan bir sıklıkla kullanılmaktadır. Biz kliniğimizde benign safra kanalı hastalıkları nedeniyle 60 hastaya uyguladığımız side-to-side koledokoduodenostomiyle ilgili tecrübelerimizi içeren bir çalışma yaptık. Vakalarımızın çoğu (%53.3)tıkanma sarılığı ve karaciğer harabiyeti olması nedeniyle acil olarak ameliyat edilmesine rağmen, mortalite oranımız %0'dır. Hastalarımızın onsekizi (%29.9) altmış yaşın üzerinde olup, yara enfeksiyonu (sekiz vaka), üriner enfeksiyon (iki vaka), pnömoni (bir vaka) ve gastroenteriti (bir vaka) içeren on iki (%20) vakada erken postoperatif komplikasyon oluşmuştur. Vakalarımızın hiç birinde prosedür ile ilişkili olarak komplikasyon gelişmemiştir. Takip periyodunda da hiç bir hastamızda ne kolanjitis nede Sump sendromu gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Tıkanma sarılığı, Koledokoduodenostomi
TKJ İn Araştırma, 1991, 9:33-36

Sprengel'in 1891 de ilk kez side-to-side koledokoduodenostomi (KD) rapor ettiğinden bu yana KD zaman zaman popülerite kazanmış olsa bile, asla geniş bir kabul görmemiştir (4,5). KD son on yılı geçkin bir zamandır artan bir sıklıkta kul-

Geliş Tarihi: 14.3.1990

Kabul Tarihi: 15.12.1990

Yazısına Adresi: Dr. Faruk COŞKUN
Numune Hastanesi 2. Cerrahi Kliniği, ANKARA

SUMMARY

Although nonsurgical alternative treatments for primary or retained common bile duct stones-such as dissolution of gall stones with deoxycholic acids and, especially endoscopic papillotomy-have become available, choledochoduodenostomy (CD) has been used with increasing frequency over the past decade, with extension of the indications for its use. We report our experience with side-to-side CD in 60 patients with benign biliary disease. Even though the majority of patients (53.3%), had obstructive jaundice with liver destruction; the mortality rate was 0%. Eighteen (29.9%) of the patients were over the age of 60 years and there were twelve (20%) early postoperative complications including wound infection (eight cases), urinary infection (two cases), pneumonia (one case), and gastroenteritis (one case). There were no complications related to the procedure itself. In the follow up period, neither cholangitis nor Sump syndrome were documented.

KeyWords: Obstructive jaundice, Choledochoduodenostomy.
Turk J Resc Med Sci. 1991. 9:33-36

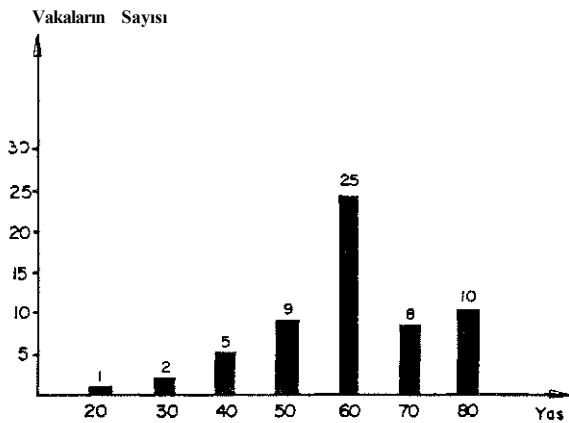
lanılmakta ve endikasyonun genişlemektedir. Bilier sistem cerrahisi ve esas olarak koledok taşlarının çıkarılması büyük bir problem olmaya devam etmektedir. Preoperatif kolonjiografi, ultrasonografi ve koledokolitotomi sırasında koledok eksplo-rasyonuna rağmen, koledok taşlarının yaklaşık %10 oranlarında nüks ettiği, geride kırakıldığı veya atlanıldığını bildiren raporlar mevcuttur (2,17). Böyle vakalarda fleksible endoskoplar kullanılarak endoskopik papillotomi ve rezidüel taşların

çakartılmasının alternatif bir metot olarak ortaya çıkmasına kadar tek tedavi şekli reoperasyondur. Ancak operatif olmayan bu modern prosedürde zararsız olmayıp %1.4'lük mortalite, %7-10'luk morbidite oranları taşımakta ve vakaların %1 (Tunda da başarısız kalınmaktadır (1,11,21). Primer koledok taşları için de kullanılabilen bu teknik, vakaların çoğunda safra kesesi taşlarında birlikte bulunduğundan kullanım alanı sınırlı kalmaktadır.

Primer ve résiduel safra kanalı taşlarının tedavisinde cerrahi olmayan alternatiflerinde olması nedeniyle KD için endikasyonlar ve sonuçlarının dikkatli bir şekilde gözden geçirilmesi gerekir. Makalemizin amacı, 1982-1989 yılları arasında benign safra yolları hastalıkları için müdahale ettiğimiz 60 hastalık bir seriyi retrospektif bir çalışmayla gizden geçirerek side-to-side koledokoduodenostominin değerlendirmesini yapmak ve deneyimlerimizi aktarmaktır.

MATERYAL VE METOD

Bu çalışma Ankara Numune Hastanesi 2.Cerrahi kliniğinde karaciğer dışı safra kanalları hastalığı nedeniyle side-to-side koledokoduodenostomi yapılan 60 hastayı içermektedir. Hastaların 32'si kadın, 28'i erkek olup, ortalama yaş 58 idi. Yaş sınırları 19-78 olan vakaların büyük çoğunluğu 50-78 yaşları arasındaydı ve vakaların %64.9'unu oluşturmaktaydı (Şekil 1). Hastaların %27.2'sinde bilier sistem hastalığı ile birlikte başlıca kardiovasküler sistem bozukluğu, kronik akciğer ve diabetes mellitusu içeren yandaş hastalıklar mevcuttur (Tablo 1). Üç hasta daha önce kolesistektomi geçirmişti. Preoperatif laboratuvar çalışmalarıyla otuziki hastanın (%53.3) serum bilirubin ve karaciğer enzim seviyeleri yüksek olarak bulundu.



Sekili. Hastaların yaş dağılımı

Tablo 1. Koledokoduodenostomi (KD) Esnasında Mevcut Olan Yandaş Hastalıklar

Hastalık	Vaka Sayısı (N=60)	<7c
Koroncrarter hastalığı	6	10
Kronik akciğerhastalığı	4	6.6
Diabetes mellitus	2	3.3
Hipertansiyon	2	3.3
Hastalık olmayan	46	76.6

Tablo 2. Vakalardaki Koledokoduodenostomi Endikasyonları

Endikasyonlar	Vaka Sayısı (N = 60)
Koledok kanalında multiple taş	20
İmpakte ampuller taş	22
Oddi sfinkterinde fibrozis	4
Koledok kanalında safra çamuru	5
Safra taşı pankreatiti	1
Genişlemiş koledok kanalı (>1.5 cm)	5
Rezidüel taş	3

Hastalarda koledokoduodenostomi endikasyonları; 20 hastada koledok kanalında multiple taşlar, 22 hastada impakte ampuller taş, 4 hastada oddi sfinkterinde fibrozis, 5 hastada koledok kanalında safra çamuru 1 hastada safra taşı pankreatiti, 5 hastada genişlemiş koledok kanalı (>1.5 cm.) ve 3 hastada rezidüel taşı (Tablo 2). Bütün hastalarda koledok kanalında 15 mm nin üzerinde bir genişleme olmuştu ve ikteri olan hastalar acil olarak ameliyat edilmişlerdi. Hastaların hepsinde KD, koledokun duodenuma en yakın kısmından side-to-side olarak, tek tabaka ve tek tek absorbable sütür maleryali (4-0 vikril) kullanılarak yapılmıştır. Vakaların hepsine rutin olarak penroz veya yumuşak lastik dren kullanılarak drenaj uygulandı. 57 hastaya aynı esnada kolesistektomi yapıldı.

SONUÇLAR

Hastaların hiçbirinde operatif mortalite olmadı. Erken postoperatif komplikasyonlar oniki hastada (%20) meydana geldi. Bunlar sekiz vakada yara enfeksiyonu, iki vakada üriner enfeksiyon, bir vakada pnömoni ve bir vakada gastroenterit idi (Tablo 3). Vakaların hiç birinde prosedürle direkt ilişkili komplikasyon olmadı. Yirmi vakada (%33.3) ameliyat sonrası dren etrafında minimal safra

Tablo 3. Ameliyat Sonrası Komplikasyonlar

	Vaka Sayış	%
Yara enfeksiyonu	8	13,3
Üriner enfeksiyon	2	3,3
Pnömoni	1	1,6
Gastroenterit	1	1,6

sızıntısı olmakla birlikte, bunlar çok kısa süreliydi ve safra kesesi yatağından olan sızıntılar olarak değerlendirildi. Hastanede kalma süresi 9-28 gün arasında olup ortalama 18 gündür.

Dosya taramalarından sonra hastalara mektup yazılarak kontrole çağrılmış, kontrole gelen 35 hasta (%58,3) anemnez ve klinik muayeneyle değerlendirilmiştir. 8 hastadan hafif üst abdominal ağrı ve yanma şikayeti olmuş ancak patolojik bir bulguya rastlanmamıştır.

TARTIŞMA

Başlangıçta yapılan büyük itirazlara rağmen koledokoduodenostomi ilk önce Avrupa'da benimsemiş ve daha sonra Sanders (22), Hurtwitz ve Degenshein (13), Madden ve arkadaşlarının (19) büyük katkılarıyla Amerika Birleşik Devletlerinde kabul görmüştür. Bu serilerdeki en yaygın endikasyonlar; koledok kanalında multiple taşlar, safra çamuru, impakte taşlar, ampuller stenozis ve nüks ve rezidüel taşlar için ikinci operasyonlardır.

Bu biliodigestive anastomoza karşı iki teorik itiraz vardır; Ascending kolanjitis ve Sump sendromu. KD'nin duodenal muhtevanın koledok kanalı içine geriye doğru akımına izin verdiği ve böylece ascending kolanjitise neden olduğu ileri sürülmektedir. Ancak köpekler üzerinde yapılan deneysel araştırmalar ve klinik gözlemler, safra akımının yönünün duodenuma doğru olduğunu ve ascending kolanjitise neden olmadığını göstermektedir. Bu çalışmalarda kolanjitis insidansı % 0-4 sınırları arasındadır (7,11,15,18). Değer bir grup araştırmacı ise kolanjitis oluşumunda KD nin çapının önemli bir faktör olduğuna inanmaktadır (7,22). İkinci itiraz KD nin anastomoz ve papilla vater arasında koledok kalanıda "kör" bir segment meydana getirmesinedir. Bu kör segment biliointestinal yiyecek debrislerinin biriktiği bir bölge oluşturduğundan dolayı stomanın tahribine veya kolanjitise sebep olabilir (Sump Sendromu). Buna

karşın Sump sendromu hemen hemen yok gibidir ve çok nadiren rapor edilmiştir (13,15,18). Böyle komplikasyonlar vakaların dikkatli seçimi ve uygun cerrahi tekniklerin kullanılmasıyla azaltılabilir (4,5). KD minimal 20-25 mm'lik stomayla birlikte olması ve Sump sendromunu engellemek için duodenuma çok yakın yapılmalıdır (3,6). Anostomoz darlığını engellemenin en iyi yolu, safra kanalı ve duodenum mukozalarını iyi bir şekilde kaşı karşıya getirmektir (17,20). Bizim çalışmalarımızda Sump sendromu ve Ascending kolanjitise rastlanılmamıştır.

Vakalarımızda KD ile direkt ilişkili sepsis, kolanjitis ve bilier fistüle hiç rastlanmamıştır. KD uygulanan 70 yaş üzerindeki hastalarda bile literatürde genellikle solunum ve kalp yetmezliği gibi nedenlerde ilişkili olarak meydana gelen %0-4 gibi düşük operatif mortalite oranları bildirilmektedir (2,11,12). Bizim serimizde de vakaların %29.9'u 60 yaş üzerinde olmasına rağmen operatif mortalite oranımız %0'dır.

Side-to-end KD, büyük avantajlarından dolayı end-to side KD veya sfinkteroplastiye tercih edilmektedir. Side-to-end KD yüksek risk taşıyan yaşlı hastalarda bile kolaylıkla uygulanabilen emin ve etkili bir prosedürdür (3,5,12,20). Akut, tıkaçıcı bilier sistem hastalığı nedeniyle acil cerrahi müdahale yapılması zorunlu olan ve bilier bypass yapılması gerekli olan hastalarda çok daha emin, daha basit ve daha kısa sürede yapılabilen bir prosedürdür (3,10,16,18). Vellacott ve Powell (24), 70 yaşın üzerindeki hastalarda transduodenal eksplorasyonun kullanılmasından %7.4'lük operatif mortalite insidansı nedeniyle vazgeçmişlerdir. KD den sonra mortalite düşmüş ve pankreatit gibi komplikasyonlar önlenmiştir. KD yüksek risk taşıyan vakalarda hastayı hemen rahatlatmakta, koledokotomiden sonra koledokun eksternal drenaj yapılarak tedavi edilen hastalarda rastlanılan rezidüel taşlar veya nüks taşlar gibi nedenlerle daha sonraki manüplasyonları ve reoperasyonu önleyici kesin bir metod olduğu ileri sürülmektedir (7,11).

Sonuç olarak bizim serimiz literatürde koledokoduodenostomi lehindeki yayınları desteklemekte ve yüksek risk taşıyan yaşlı hastalarda bile kolaylıkla uygulanabilen emin ve etkin bir prosedür olduğunu pekiştirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Akiyema H, Ikezawa H, Kameya S, et al. Unexpected problems of external choledochoduodenostomy: fiberoptic examination in 15 patients. *Am J Surg* 1980, 140:660-5
2. Anderberg B, Bolin S, Heuman R, Sjödaahl R. Choledochoduodenostomy for choledocholithiasis: indications and functional results. *Acta Chir Scand* 1984, 150:75
3. Berlatzky Y, Freund H. Choledochoduodenostomy in the treatment of benign biliary disease. *Am J Surg* 1981, 141:90-93
4. Birkenfeld S, Serour F, Dona G, Krispin M. Choledochoduodenostomy for benign biliary tract disease in the elderly. *Am Surg* 1983, 53:658-660
5. Birkenfeld S, Serour F, Levi S, Abulafia A, Balassina M, Krispin M. Choledochoduodenostomy for benign and malignant biliary tract diseases. 1988, 103:408-410
6. Capper WM. External Choledochoduodenostomy: an evaluation of 125 cases. *Br J Surg* 1961, 49:192-300
7. Cubillos L, Fiallo R, Rodriguez J. Is choledochoduodenostomy in the treatment of stones in the common bile duct an absolute technique? *World J Surg* 1985, 9:484-492
8. Cushier A, Wood RAB, Metacalf MJ, Cumming JCR. Longterm experience with transection choledochoduodenostomy. *World J Surg* 1983, 7:5024
9. Degenshein GA. Choledochoduodenostomy, an 18-year study of 175 consecutive cases. *Surgery* 1974, 76:319-324
10. Fry DE, Buchingnani E, Polk HC, et al. Applications of choledochoduodenostomy in biliary tract obstruction. *Am Surg* 1982, 48:149-152
11. HLaesgaard F, Nielsen ML, Pedersen T, Hansen JB. Prospective choledochoduodenostomy in multiple common duct stones in the aged. *Surg Gynecol Obstet* 1982, 154:232-4.
12. Huguier M, Lacaine F, Houry S, Pascal G. Choledochoduodenostomy for calculous biliary tract diseases. *Arch Surg* 1985, 120:241-2
13. Hurtwitz A, Degenshein GA. The role of choledochoduodenostomy in common duct surgery; reappraisal. *Surgey*. 1964, 56:147-150
14. Jones SA. Sphincteroplasty in the treatment of biliary tract disease. *Surg Clin North Am* 1973, 53:1123-27
15. Krarup T, Sanderstrup J, Kruse-Blinkeneberg HO, Schimidt A. Surgery for gallstones in old age; do we operate too late? *Acta Chir Scand* 1982, 148:263-6
16. Kraus MA, Wilson SD. Choledochoduodenostomy; importance of common duct size and occurrence of cholangitis. *Arch Surg* 1980, 115:1212-13
17. Lygidakis NJ. Surgical approach to recurrent choledocholithiasis. choledochoduodenostomy versus T-Tube drainage after choledochotomy. *Am J Surg* 1983, 145:636-9
18. Lygidakis NJ. Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract disease. *Br J Surg* 1981, 68:762-5
19. madden JL, Gruwz JA, Tan PY. Obstructive (surgical) jaundice: an analysis of 140 consecutive cases and a consideration of choledochoduodenostomy in its treatment. *Am J Surg* 1965, 109:89-99.
20. maden JL, Chun JY, vandalaft S, Panekh M. Choledochoduodenostomy; an unjustly maligned surgical procedure. *Am J Surg* 1970, 119:45-54
21. Safrany L. Endoscopic Treatment of biliary tract diseases, *lancet* 1978, 2:983-5
22. Sanders LR. indications and value of choledochoduodenostomy. *Ann Surg* 1946, 123:847-858
23. Schein VJ, Gliedman ML. Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy. *Surg Gynecol Obstet*. 1981, 152:797-804
24. Villacot KD, Powel PH. Exploration of the common bile duct A comparative study. *Br J Surg* 1976, 66:389-391
25. Wereltsma JO. Choledochoduodenostomy and the blind loop syndrome. *Br J Surg* 1985, 72:847