

Safra Yolları Taşlarında Koledokoduodenostomi

CHOLEDOCHODUODENOSTOMY İN TREATMENT

Doç.Dr.ErcümentPAŞAOĞLU, Prof.Dr.ErtuğrulKARAHÜSEYİNOĞLU,
Prof.Ur. Haluk KİPER, Doç.Dr. Bekir YAŞAR, Yard.Doç.Dr. Enver İHTİYAR,
Dr. Kenan YÜCE, Dr. Cengiz ÇETİN, Dr. Adnan ŞAHİN

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, ESKİŞEHİR

ÖZET

Safra yollarının taşlarında kullanılan tedavi yöntemlerinden birisi de koledokoduodenostomi'dir. 1981-1988 yılları arasında Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 25 hastada bu yöntem uygulandı. 18'i kadın, 7'si erkek olan bu hastaların yaş ortalaması 59.6 idi. Postoperatif erken dönemde kardiyopulmoner yetmezlikle ölen bir hasta dışında ölüm yoktu. Yaşayan hastaların 6'sında, birden fazla komplikasyon gelişti. 6 hastanın tümünde yara enfeksiyonu ve bunların 3'ünde evantrasyon meydana geldi. Yine 6 hastanın tümünde pulmoner komplikasyon gelişti. Ortalama izleme süresi 16 ay olmakla birlikte, daha uzun süreli takip edilen 17 hastada kolanjit ve sump sendromu ile karşılaşılmadı.

Anahtar Kelimeler: Koledokoduodenostomi

T Klin Araştırma 1991, 9:322-326

Özellikle safra taşına bağlı tıkanma sarılıklarında, koledok eksplorasyonu ve peroperatif kolanjiografiye rağmen, gözden kaçan taş insidansı %10-12 ye ulaşmaktadır (1,16). Multipl ufak taşları ve koledok dilatasyonu bulunan hastalarda bu oran çok daha yüksektir (18). Diğer yan-

Geliş Tarihi: 9.5.1989

Kabul Tarihi: 25.12.1989

Yazışma Adresi: Doç.Dr.ErcümentPAŞAOĞLU
Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel
Cerrahi Kliniği, ESKİŞEHİR

SUMMARY

Choledochoduodenostomy is one of the surgical methods used for the benign diseases of the biliary tract. This method has been used in 25 patients in University of Anadolu, Fac. of Med., Dept. of General Surgery between 1981-1988. Eighteen of them were female, 7 of them were male and the mean age was 57.4. Except one death in the early postoperative period because of cardiopulmonary failure, none of the patients died. More than one complication were seen in 6 patients. Wound infection was seen in all of these 6 patients and in 3 of them evantration developed. Pulmonary complications developed in all of these 6 patients. The mean follow-up period was 16 months, seventeen patients were followed-up for a longer period but no cholangitis and sump syndrome was seen.

Key Words: Choledochoduodenostomy

Turk J Resc Med Sci 1991, 9:322-326

dan lüm safra taşları göz önüne alındığında %15, kronik kolesistitlerde ise %5 dolayında inrahcepatik safra yollarında taş bulunduğu bilinmektedir (6,22).

Safra yollarında taş' insidansının yaşın ilerlemesiyle arttığı ve otopsi serilerinde 70 yaş üzerinde %40 dolayında bulunduğu bildirilmiştir. Ayrıca yaşlılarda safra yolları dilatasyonu oranı da yüksektir (9,13,19).

Son yıllarda endoskopik sfinkterotomi non-operatif yöntemlerle rezidü taşlar çıkartılmakla birlikte, vakaların %7-10 unda bu yöntemlerde

başarısız kalmakta ve cerrahi girişim gerekli olabilmektedir (12,18,20).

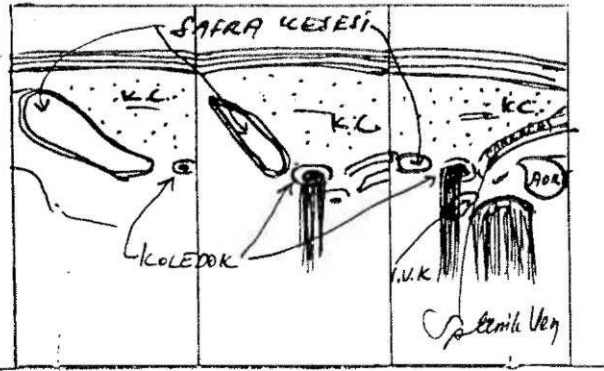
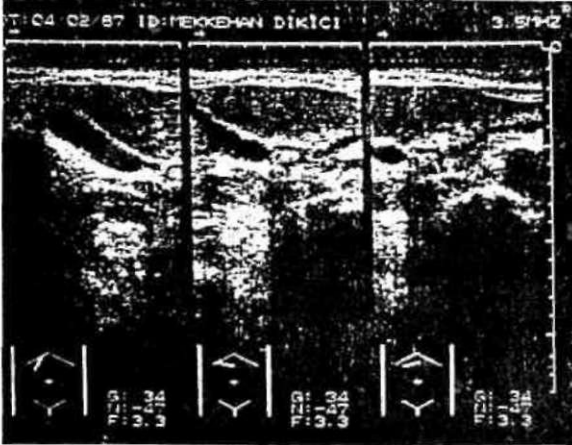
Primer koledok eksplorasyonlarında %2 olan mortalite, reksplorasyonlarda iki misline çıkmakta, 50 yaş üzerinde ise bu oran %6.1 e ulaşmaktadır (15,18).

Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde safra yolları taşı nedeniyle kolledokoduodenostomi uyguladığımız olgularımızı sunmak ve aldığımız sonuçları literatür ışığında tartışmaktır.

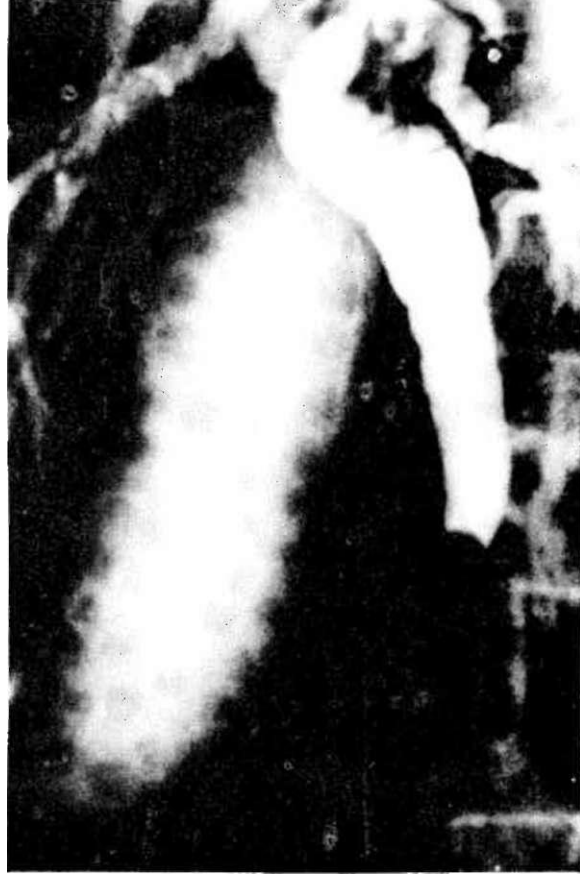
MATERYAL VE METOD

Anadolu Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniğinde 1981-1988 yılları arasında safra yolları taşı nedeniyle kolledokoduodenostomi uygulanan 25 hastanın klinik kayıtları retrospektif olarak incelendi.

Yirmibeş hastanın 18 i (%72) kadın, 7 si (O? 28) erkekti. Hastaların yaşı 31-75 y. arasında değişmekte olup, ortalama 57.4 idi.



Şekil 1. Sarılıklı hastalarda ultrasonografi



Şekil 2. Sarılıklı hastalarda 1°TK görünümü.

SONUÇLAR

Yirmibeş hastanın 19 unda tıkanma sarılığı bulguları vardı. O anda sarılığı bulunmayan kalan 6 hastada ise çalışıp kapanan sarılık aRamnczi nedeniyle yapılan çeşitli incelemelerde koledok taşı bulunduğu saptanmıştı.

Tıkanma sarılığı bulunan 19 hastanın preoperatif bioşimik incelemelerinde, serum direkt bilirubin dii/eyi 3.5-17.2 mg/dl (ort.: 9.3 mg'dl), serum transaminaz düzeyleri hafifçe yüksek olup ortalama olarak SGOT 182 IU/ml ve SGPT 176 IU/ml, serum alkalen fosfata/ değeri yüksek olup ortalama 10.24 BÜ/ml idi. Serum amilaz değeri 7 hastada hafifçe artmıştı. PT ve PTT değerleri normale göre 1-6 saniye arasında hafifçe artma gösteriyordu.

Sarılıklı 19 hastanın 18'inde yapılan ullrasonografik incelemede, intrahepalik safra yol-

larında genişleme olduğu, ancak 14 ünde koledokun geniş ve içinde taş bulunduğu saptandı (Şekil 1).

Sanlıklı 19 hastanın 17 sinde perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) yapıldı. Bu hastaların 2 sinde (%11.7) safra yollarının gösterilmesinde başarı sağlanamadı. Kalan 15 hastada (%88.3) ise intrahepatik safra yollarının ise koledokun genişlemiş olduğu, opak maddenin barsağa geçmediği görüldü. Bu hastaların 13 ünde koledokta taş bulunduğu gösterildi (Şekil 2).

Yirmi beş hastanın 18'inde (%72) koledokoduodenostomi ilk cerrahi girişim olarak uygulandı. Bu 8 hastanın ikisi daha önceki yıllarda peptik ülser nedeniyle Billroth II tipinde mide rezeksiyonu geçirmişti. Kalan 7 hastanın 4 üne daha önce kolesistektomi, 2 sine kolesistektomi-koledokotomi-T drenaj, birisine de 1 ay önce başka bir hastanede peptik ülser nedeniyle bilateral trunkal vagotomi-gastroenterostomi yapılmış, sarılık gelişmesi üzerine 7. gün açılarak, kolesistojunostomi-Brown anastomozu uygulanmıştı.

Operasyonda hastaların tümünde koledok dilate ve çapı 1.5-3 cm. aramda değişmekteydi. Yirmibeş hastanın 23 ünde koledokta bir yada daha fazla taş vardı. Taşların büyüklüğü 1 mm. ile 1.5-2 cm. arasındaydı. Bir hastada koledok içinde bol miktarda safra çamuru vardı, diğer bir hastamızın geçirdiği operasyon sırasında koledoku ipek ile bağlanmıştı.

Hastalarımızda koledokoduodenostomi, safra kesesi çıkarıldıktan sonra iki planda, latero-lateral yapıldı. Daha önce mide rezeksiyonu geçirmiş iki hastada anastomoz duodenum güdüğüne yapıldı.

Koledokoduodenostomi uygulanan hastalardan biri, kardiopulmoner nedenle öldü (%4). Kalan 24 hastanın ortalama hastanede kalma süresi 13.3 gündü.

Yaşayan 24 hastanın 6 sında (%25) birden fazla komplikasyon gelişti. Bu hastaların 3 ünde diyabetes mellitus, hepsinde de kronik akciğer hastalığı vardı. Bu 6 hastanın tümünde yara yeri enfeksiyonu ve bunların 3 ünde evantrasyon meydana

geldi. Bu hastaların hepsinde pulmoner komplikasyon görüldü.

Hastaların hiçbirinde anastomoz kaçığı olmadı. Taburcu olmadan önce yapılan biyokimyasal incelemelerde 6 hasta dışında enzim değerleri normal değerlere düştü. Ancak 6 hastada klinik herhangi bir semptom olmaksızın serum transaminaz ve serum alkalin fosfataz değerleri bir süre yüksek kaldı. Serum bilirubin değerleri ise tüm hastalarda ortalama 13.2 günde normal düzeylere düştü.

Hastaların postoperatif takip süresi 16 ay olmakla birlikte, uzun süreli izlenebilen 17 hastanın hiçbirinde geç komplikasyon ile karşılaşılmadı.

TARTIŞMA

Koledokoduodenostomi ilk kez 1892 yılında Riedel tarafından tanımlanmıştır (4). Sanders, Hurwitz, Degenstein ve Madden'in katkılarıyla cerraherca benimsenmiştir (2).

Koledokoduodenostomi indikasyonları arasında, koledok içinde multipl ve küçük taş, safra çamuru, intrahepatik kanallar içinde kalabileceği düşünülen vakalar, koledok içinde impakte taş, koledok strüktürü, oddi stenozu ve kronik pankreatit sayılabilir (9,15,19,22). Özellikle tekrarlayan veya gözden kaçmış taş nedeniyle yapılan ikinci operasyonda sıklıkla uygulanan ve tercih edilen bir cerrahi işlemdir (19,22).

Bilio-dijestif bir fistül olan koledokoduodenostomi için ileri sürülen olumsuzluklar, bu ameliyattan sonra assendan kolanjit ve sump sendromunun gelişebilme olasılığıdır (6,10,14). Madden ve ark. yaptıkları deneysel çalışmalarda duodenum kapsamının, safra yollarına rellüsüsönucu kolanjit oluşmadığını, safra yollarının kolona anastomozunda bile anastomoz ağzı yeterince genişse kolanjit gelişmediğini göstermişlerdir (17). Klinik çalışmalarda da bu durumun genellikle gözlenmediği kaydedilmiştir (5,11,17,21). Ancak bazı serilerde %4 oranında assendan kolanjit geliştiği bildirilmiş ve bunun stoma genişliği ile ilgili olduğu kabul edilmiştir. Bu nedenle koledok çapının 12-15 mm. ve stomanın 20-25 mm. çapında olması önerilmiştir (5,17,18). Buna karşın Huguier ve ark. koledok dilate olmayan hastalarda

koledokoduodenostominin teknik güçlük yaratmakla birlikte, uzun süreli takiple bile kolanjit riskini arttırmadığını ileri sürmüşlerdir (10). Bismulh ve ark. ile diğer araştırmacılar da kolanjit oluşumunda stenoz gelişiminin önemli olduğunu ve bunu önlemenin en iyi yolunun, safra yolları mukozası ile duodenum mukozasının karşılıklı getirilmesi olduğunu ileri sürmüşlerdir (4,7,8).

Serimizde, gerek postoperatif erken ve gerekse geç dönemde hiç kolanjit atağı ile karşılaşmadık. Uzun süreli takip edilen hastalarımızda da assendan kolanjiti düşündürecek semptom görülmedi. Assendan kolanjit gelişmesi için stomada darlık olması gerçeklen önemli faktördür. Bu yüzden slomanın 2 cm. den geniş olmasına ve safra yolları ile duodenum mukozasının karşılıklı gelmesine özen gösteriyoruz. Diğer yandan darkoledokların da assendan kolanjit gelişmesinde önemli olduğu göz önüne alınırsa, bulgular da bildirdiğimiz gibi tüm hastalarımızda koledok çapları 1.5-3 cm. arasındadır, serimizde dar koledok bulunmamaktadır.

Koledokoduodenostomi distalinde kalan distal koledok bölümünde bilio-intestinal materyalin biriktiği ve bununda anastomozun irritasyonuna neden olarak stenoza yol açtığı ileri sürülmüştür. Bu nadir rastlanan duruma "sump sendromu" denilmiştir (10,15,17). Scott ve Kalın, ampulla bölgesinde impakte taş bulunan hastalarda uygulanan koledokoduodenostomide anastomoz iyi çalışsa bile, koledokun distalinde kör boşluk gelişeceğini ve bunun sump sendromuna yol açabileceğini düşünmüşlerdir. Ancak Madden (18) ve Johnson (11) bu düşüncüyü kuşku ile karşılamışlardır. Koledokoduodenostominin mümkün olduğunca duodenuma yakın yapılmasının, anastomoz distalindeki kör poşu küçülteceği kanısı yaygındır (>,7,17). Ayrıca koledokoduodenostominin uç-yan yerine yan-yan yapılmasında sump sendromu gelişmesinde önleyici olacağı düşünülmüştür (3,5,14,15). Bu tip bir anastomoz daha emniyetli, etkin teknik açıdan daha kolay ve kısa sürede uygulanabilmektedir.

Vakalarımızda sump sendromu ile hiç karşılaşmadık. Koledokoduodenostomiyi koledo-

ğun duodenoma en yakın olduğu kısma yapmaya dikkat ediyoruz. Ayrıca vakalarımızın hiç birinde koledok distalinde impakte taş mevcut değildi.

Koledokoduodenostomiye bağlı anastomoz kaçağı, sepsis ve safra fistülü gibi komplikasyonlar düşük oranlarda ve ileri yaş gruplarında görülmüştür (15). Vakalarımızda bu komplikasyonları görmedik.

Postoperatif erken dönemde gelişen yaraenfeksiyonu, takiben evantrasyon ve pulmone komplikasyonlar hastaların yaşlı olması, yandaş hastalıkları bulunması ve zaten kronik akciğer hastalığı bulunmasından kaynaklanmaktadır. Bizim serimizdeki 3 hastada diyabetes mellitus, 6 hastada da kronik akciğer hastalığı vardı.

Koledokoduodenostomide bildirilen operatif mortalite oranları %0-4 arasında bulunmuştur. Genellikle ileri yaş gruplarında uygulanan bu ameliyatta ölüm, kardiyopulmoner meydana gelmiştir (2,5,10,14,18). Bunun dışında benign safra yolları hastalığı olanlarda reoperasyon mortalitesinin, primer koledokotominin 2 katı, 50 yaşın üzerindeki hastalarda ise %6.1 olduğu bildirilmiştir (15). Koledokoduodenostomi mortalite açısından sfinkterotomi ve sfinkteroplastiye de üstünlük gösterir. Vellakot ve Powell transduodenal eksplorasyon ve girişimde mortaliteinin %7 ye kadar yükseldiğini ve pankreatit riskinin de göz ardı edilemeyeceğini bildirmişlerdir (23).

Serimizde bir hasta erken postoperatif dönemde kardiyopulmoner yetmezlik sonucu kaybedildi. Çalışmamızda koledok bağlanmasına bağlı olarak striktür gelişmiş olan 31 yaşındaki hasta dışındakiler ileri yaş grubuna dahildir. Bu yaş grubunda da yandaş hastalıklar mortaliteyi olumsuz yönde etkilemektedir.

Sonuç olarak, koledokoduodenostiminin multipl ve küçük taş, intrahepatik safra yollarında taş şüphesi, koledok striktürü, safra çamuru bulunan özellikle ikinci bir operasyonun mortaliteyi arttıracığı ileri yaş grubunda, terminal yöntem olarak ilk cerrahi girişim sırasında yapılmasının uygun olacağı kanısındayız.

K A Y N A K L A R

1. Artdenberg B, Belin S et al: Choledochoduodenostomy for choledocholithiasis: Indications and functional results, Acta Chir. Scand. 1984,150:75-78
2. Berlatzky Y, Freund H: Choledochoduodenostomy in the treatment of benign biliary tract disease. Am. Surg. 1981,141:90-93
3. Birkenfeld S, Serour F et al: Choledochoduodenostomy for benign biliary tract disease in the elderly. Am. Surg. 1987,53:658-660
4. Bismuth H, Franco D et al: Long term results of Roux-en-Y hepatico-jejunostomy. SGO, 1978,146:1617
5. Engin A, Haberal M, Sanaç. Y: Side-to-side choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis. Br. J Surg. 1978, 65:99-100
6. Ergin K: Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları. Cerrahi Ed. Akata O, Ankara Üniv. Basımevi, Ankara 1988,1073-1126
7. Freund H, Charuzi I et al: Choledochoduodenostomy in the treatment of benign biliary tract disease. Arch. Surg. 1977;112:1032-34
8. Fry DE, Buchingnani E et al: Applications of choledochoduodenostomy in the biliary tract obstruction. Am. J Surg. 1982,48:149-152
9. Gadacz TR: Exploration of the extrahepatic bile ducts. Surgery of the Alimentary Tract. Ed. Shackelford RT, Zuidema GD, WB Saunders Co. Philadelphia, 1983,4:278-286
10. Huguier M, Lacaine F, et al: Choledochoduodenostomy for calculous biliary tract disease. Arch. Surg. 1985,120:241-2
11. Johnson AG, Rains AJ: Choledochoduodenostomy: A reappraisal of its indications based on a study of 64 patients. Br. J Surg. 1972,59:277-280
12. Jones SA: Sphincteroplasty in the treatment of biliary tract disease. Surg. Clin. North Am. 1973,53:1123-37
13. Krarup T, Sonderstrup J et al: Surgery for gall stones in old age: Do we operate too late? Acta Chir. Scand. 1982, 148:263-6
14. Kraus MA, Wilson SD: Choledochoduodenostomy. importance of common duct size and occurrence of cholangitis. Arch. Surg. 1980,115:1212-13
15. Le Quesal LP, Bolton JP: Choledocholithiasis: Incidence, diagnosis and operative procedures. Abdominal Operations. Ed. Maingot, R. Appleton-Century-Crofts, New York 1980,1055-1102
16. Lygidakis NJ: Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract disease. Br. J Surg. 1981, 68:762-5
17. Lygidakis NJ: Surgical approach to recurrent choledocholithiasis. Choledochoduodenostomy versus T-tube drainage after choledochotomy. Am. J Surg. 1983,145:636-9
18. Madden, JL, Chun JY et al: Choledochoduodenostomy: An unjustly maligned surgical procedure? Am. J Surg. 1970,119:45-54
19. Moesguard F, Nielsen ML et al: Protective choledochoduodenostomy in multiple common duct stones in the aged. SGO. 1982, 154:232-4
20. Safrany L: Endoscopic Treatment of biliary tract diseases. Lancet, 1978,2:983-5
21. Schein CJ, Shapiro N et al: Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy. SGO, 1978,146:25-32
22. Schwatz SI: Gallbladder and extrahepatic biliary system. Principles of Surgery. Ed. Schwartz SI. McGraw Hill Book Co. Singapore, 1985, 1037-1343
23. Vellacott KD, Powell PII: Exploration of the common bile duct: A comparative study. Br. J Surg. 1979, 66:389-391