

Ekstrahepatik Tıkanma Sarılıklarında Cerrahi Tedavi Metodlarının İrdelenmesi

Dr. A. Hakan DEMİREL, Dr. A. Rıza ÖZTOPRAK, Dr. Buğra KAPTANOĞLU,
Dr. Ayhan KESKİN, Dr. A. Ulvi ÖNGÖREN

Özet: S. B. Ankara Hastanesi 2. cerrahi kliniğinde 1980-1990 yılları arasında opere edilen 160 tıkanma sarılığı vakası retrospektif olarak değerlendirilmiş, tıkanma ikterine yol açan hastalıklar ve tedavi metodlarının irdelenmesi amaçlanmıştır. Vakalarımızda ortalama yaş 55.5 (Kadınlarda 53.5 erkeklerde %54.9) idi. Kadın erkek oranı 3/2 bulundu. Vakalar 50-70 yaş grubunda yoğunlaşıyorlardı (%73.7). En çok tıkanma sarılığı yapan neden %48.1 oranında koledok taşı daha sonra %26.8 oranında pankreas başı CA. %11.9 oranında stenoza papillit ve diğer hastalıklardı. Tıkanma sarılığı vakalarında sık yapılan cerrahi girişimler 64 vakada (%40) koledokoduodenostomi, 36 vakada (%22.5) koledokotomi T tüp drenajı. 16 vakada (%10) kolesistogastrotomi ve diğerleri olmuştur. Malign hastalıklarda erken postoperatif mortalite %8, benign hastalıklardan ise %2.8 olmuştur. Tıkanma ikterine yol açmış malign hastalıklar %5.5 oranında operabl, %94.5 oranında inoperabl bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Sarılık, cerrahi, kolestaz.

Bu çalışmadaki amacımız tıkanma sarılığı tablosu yapan çeşitli hastalıklarda literatür bilgilerinin ışığında ameliyat edilmiş tıkanma ikterli vakalarımızı retrospektif olarak gözden geçirmek ve uygulanan cerrahi metodları karşılaştırmaktır.

S. B. Ankara Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği.

Summary: REVIEW OF SURGICAL TREATMENT METHODS WHICH ARE USED IN OBSTRUCTIVE EXTRAHEPATIC ICTERS

160 obstructive extrahepatic icter cases which were operated in Ankara Hospital 2nd General Surgical Clinic between 1980-1990 were evaluted, thus the appreciation of the causes and the treatment methods of obstructive hepatic icter was objected.

In our cases the median age was 55.5 (In women 53.5, in men 54.9). Women/man ratio was 3/2. Cases were intensified between 50-70 age group. The most common cause of obstructive icter was choledocolithiasis (26.8%), then caput pancreatici cancer (26.8%), stenoza papillitis (11.9%) and the other illnesses. In 160 obstructive extrahepatic icter cases the most common surgical method we used was choledocoduodenostomy in 64 cases (40%), choledocotomy and T tube drainage in 36 cases (22.5%), cholecystogastrotomy and the others in 16 cases (1.1%). In malignant diseases early postoperative mortality rate was 8% and in benign diseases it was found 2.8%. The operability rate of the malignant illnesses which caused obstructive icter was found 5.5% and the inoperability rate, was 94.5%.

Key words: Jaundice, surgery, cholestasis

GEREÇ VE YÖNTEM

1980-93 yılları arasında SB. Ankara Hastanesi 2. cerrahi kliniğinde tıkanma sarılığı tanısı konmuş ve tedavisi yapılmış 160 vaka retrospektif olarak tarandı. Vakaların tümüne tam kan, tam idrar, kan bilirubinleri, SGOT, SGPT. KZ, PZ., Protrombin zamanı, Alkalen fosfataz incelemeleri yapılmış, tanıya yönelik inceleme olarak USG,

Tablo I: Vakaların yaşlara göre dağılımı.

Yaşlar	Hasta Sayı	Yüzde
0-20	1	% 0.63
21-30	7	% 4.38
31-40	19	% 11.88
41-50	23	% 14.37
51-60	59	% 36.87
61-70	36	% 22.50
71-80	14	% 8.75
81-	1	% 0.63
Toplam	160	% 100

oral kolesistografi, gereken vakalarda ise IV kolonjiogramı ve ERCP yapılmıştır. Preoperatif hazırlık özellikle dehidrate hastalara parenteral sıvı elektrolit desteği ve düşük dozda K vitamini uygulanmıştır. Koledokoduodenostomiler latero-lateral olarak yapılmış ve anostomozun 2.5cm olmasına dikkat edilmiştir. T tüp drenajı vakalarında explorasyonu ve taş ekstraksiyonunu takiben safra yolları yıkanmış, Bakes diladatörleriyle kontrol edilmiş ve 16 Nolu T tüp konmuştur. Tüm vakalara nazagastrik sonda, ve foramen Winslow'a sump diren konulmuştur. Nazogastrik tüp post operatif 1. -2. günlerde, sump dren ise 3. -5. günlerde alınmıştır. Vakaların tümüne postop. 5 günlük antibiotik uygulanmıştır. Komplikasyon çıkmamış vakaların sütürleri 7-10. gün alınmıştır. T drenajı vakalarında 5-7. günden itibaren T tüp klampe edilmiş 10. -13. günler arası T tüp kolonjiografi çekilmiştir. Bir gün sonra da T tüp çekilerek hastalar taburcu edilmiştir.

BULGULAR

160 vakalık serimizde en genç hasta 18 en yaşlı hasta 85 yaşında olup ortalama yaş 55.5'dir. Ortalama erkek yaşı 54.9, kadın yaşı 53.5 dir. Vakalarımızın 65'i erkek (%40) 95'i kadındır (%60).

Tıkanma sarılığı vakalarının yaşlara göre dağılımı Tablo I'de gösterilmiştir. Bu tabloda görüldüğü gibi vakaların %73.74 ü 50-70 yaş grubunda toplanmıştır. Ekstrahepatik tıkanma sarılığına yol açan vakaların post operatif tanıları Tablo II'de gösterilmiştir.

Tıkanma sarılığı olan 160 hastada etyolojilere göre uygulanan cerrahi tedavi metodları, Tablo

Tablo II: Tıkanma ikteri vakalarının postoperatif tanıları.

Tanı	Vaka sayısı	Yüzdesi (%)
Koledok Taşı	77	48.1
-Taşlı kolesistit+koledok taşı (71 vaka)		
-Primer koledok taşı (5 vaka)		
-Rezidü koledok taşı (1 vaka)		
Pankreas başı kanseri	43	26.8
Stenozan papillit	19	11.9
Papilla vateri kanseri	4	2.5
Safra kesesi kanseri	4	2.5
Karaciğer tümörü	4	2.5
Taşlı kolesistit+D. Cystikus taşı	3	1.8
Taşlı kolesistit+KR. Pankreatit	2	1.3
Postoperatif safra yolu striktürü	2	1.3
Ekstrahepatik safra yolu kanseri	1	0.6
Sklerozan kolanjit	1	0.6
Toplam	160	100

III'de görülmektedir. En fazla yapılan ameliyatlarda koledokoduodenostomi, koledokotomi+T tüp drenajı ve kolesistogastrostomidir.

1980-93 yılları arasında tıkanma sarılığı teşhisiyle ameliyat edilen 160 hastada postoperatif erken mortalite sayısı 8 dir (%5.0). 4 vaka pankreas başı kanserli olup 2 sine kolesistogastrostomi, 1'ine Whipple ameliyatı, diğerine kolesistojunostomi uygulanmıştı. 2 vaka koledok taşı olup 2'sine de koledokoduodenostomi uygulanmıştı. Kc kanserli 1 vakamız koledokoduodenostomi sonrasında kaybedilmiştir. 1 vaka taşlı kolesistit + Kr Pankreatitli olup, hapatikojunostomi + Brown ameliyatı sonrası kaybedildi.

TARTIŞMA

Tıkanma sarılığını meydana getiren hastalıklar arasında koledokolitiasis, Pankreas başı Ca, pankreatit, safra kesesi ve safra yolları tümörleri, Ampulla Vateri tümörleri, Sklerozan kolanjit, stenozan papillit ve benign safra kanal strüktürleri sayılabilir (3).

Tıkanma sarılığına sebep olan hastalıklardan en sık görülen koledok taşı yaygın olarak uygulanan cerrahi tedavi koledokotomidir. Koledokotomiden sonra T tüpüyle drenaj yapılabilir. T tüpünün hastanede kalış süresini uzattığını belirten yazarlar olduğu gibi postoperatif morta-

Tablo III: Tıkanma sarılıklı 160 vakada etyolojilere göre yapılan ameliyatlar.

Tamılar	Vaka sayısı	Yapılan Ameliyatlar
Koledok Taşı	77	T tüp Drenaj (31 vaka) Koledokoduodenostomi (43 vaka)
Pankreas Başı Ca	43	Kolesistogastrotomi (15 vaka) Laparotomi (8 vaka) Kolesistojejunostomi + jejunojejunostomi (7 vaka) Kolesistojejunostomi (5 vaka) Kolesistoduodenostomi (4 vaka) Whipple operasyonu (3 vaka) Koledokoduodenostomi (1 vaka)
Stenozan papillit	19	Koledokoduodenostomi (16 vaka) Kolesistojejunostomi (1 vaka) T tüp drenaj (2 vaka)
Papilla vateri Tümörü	4	Koledokoduodenostomi (2 vaka) Kolesistogastrotomi (1 vaka) Kolesistogastrotomi (1 vaka)
Safra kesesi Ca	4	Laparotomi+biopsi (4 vaka)
KC kanseri	4	Koledokotomi (1 vaka) Laparotomi+biopsi (3 vaka)
Taşlı kolesistit+ Duktus sistikus Taşı	3	T tüp drenaj (2 vaka) Koledokoduodenostomi (1 vaka)
Taşlı kolesistit+ Kronik Pankreatit	2	Koledokoduodenostomi (1 vaka) Hepatikojejunostomi + Jejunojejunostomi (Roux-Y) (1 vaka)
Post operatif safra yolu striktürü	2	T. Tüp drenaj (1 vaka) Üç yan koledokojejunostomi (Roux-Y) (1 vaka)
Extrahepatik safra yolu kanseri	1	Lapatomı+Biopsi (1 vaka)
Sklerozan kolanjit	1	T tüp drenaj (1 vaka)

litenin ve hastanede kalışın etkilenmeyeceğini iddia edenlerde vardır (4). Sawyers, T tüp drenajını eğer explorasyon zor olmuşsa, pankreatit ve kolanjit varsa tavsiye etmektedir (5). Kliniğimizde koledok taşı 77 vakanın 31'ine T tüp drenaj uygulanmıştır. Koledokotomi yapılan hastaların yaklaşık %10'unda rezüdü taş kalır. Daha belirgin olarak redüzü taş için opere edilmişse ve kanal explore edilmişse bir veya birçok taşın bırakılma şansı %25'dir (6). Taşların nüks etmesinden korunmak için özellikle geniş dilate safra kanallarında koledokoduodenostomi tercih edilecek bir işlem olarak görülmektedir (7). Lateral anastomoz çok geniş olursa kör bir kese oluşup asendan kolanjit meydana gelebilmektedir. Fakat Medden yayınladığı 100 vakada kolanjit

komplikasyonu görülmediğini belirtmiştir (7). Kliniğimizde tıkanma sarılığı nedeniyle ameliyat edilen 77 koledok taşından 43'üne koledokoduodenostomi yapılmıştır. Hiç birinde kolanjite rastlanmamıştır. Koledokoduodenostomi vakalarımızın ikisinde postoperatif olarak renal yetmezliğe bağlı ölüm olmuştur. Koledok taşının tedavisinde uygulanabilecek bir diğer yöntem sfinkterotomidir. Bu teknik %1-2 pankreatit riski taşır (4). Koledok taşı vakalarında sfinkteroplasti de uygulanabilir. Mortalitesi %1-2'dir. Bu yöntemler kliniğimizde tercih edilmiş ve uygulanmış bir metod değildir.

Kliniğimizde 2. sıklıkla tıkanma ikteri sebebi olarak pankreas başı Ca görülmektedir (43 vaka). Bunların 30 u erkek, 13 ü kadındır. 43 vakadan sadece 3 üne modern cerrahide tercih edilen radikal operasyon olan Whipple ameliyatı yapılmış olup bunlardan biri ARDS'den (Akut respiratuvar distres sendromu) postop 8. gün kaybedilmiştir. Palyatif maksatla Kolesistojejunostomi + jejunojejunostomi tekniği 7 vakada uygulanmıştır. 15 vakada teknik güçlükler nedeniyle kolesistogastrotomi, 5 vakada kolesistojejunostomi, 4 vakada kolesistoduodenostomi, 1 vakada koledokoduodenostomi ve 8 vakada yalnız laparotomi yapılabilmektedir. Palyatif amaçlı biliyoenterik anastomoz yapılan 40 hastanın 3'ü postoperatif dönemde kaybedilmiştir. Mortalitenin 2'si renal yetmezlik birisi kalp yetmezliği sebebiyledir.

Stenozan papillit vakalarındaki papilla vateri lezyonlarının çoğu inflamatuvar olup çoğunlukla safra taşlarının kronik geçişine bağlıdır (7). Tedavisinde en çok tercih edilen metod sfinkteroplastidir (7). Koledokotomide uygulanabilir, kliniğimizde stenozan papillitli 19 hastanın 16'sına koledokoduodenostomi, 2'sine koledokotomi + T tüp drenajı, 1'ine de kolesistojejunostomi uygulanmıştır.

Safra kesesi karsinomu az görülmesine rağmen prognozu kötüdür. Kolelitiazisle %90 oranında birlikte bulunur. Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmış değildir. Tedavi esas olarak cerrahidir. Evre I de kolesistektominin yeterli olduğunu bildirir yayınlar vardır. İleri evrelerde yaşam süresi genellikle iki seneyi geçmez. Parsiyel Karaci-

ğer rezeksiyonu, sağ hepatik lobektomi, genişletilmiş sağ hepatik lobektomi gibi cerrahi metodlar kısıtlı olarak kullanılmıştır; ileri evrelerde bu girişimlerin sürviyi uzattığına dair veriler yoktur(19). Vakalarımız arasında ileri evrede, tıkanma ikteri yapmış 4 safra kesesi kanseri saptanmış olup, inoperabl bulunmuş, hiçbirine teknik nedenlerle palyatif bir işlem dahi yapılamamıştır.

Ekstrahepatik safra yollarının kanserleri nadir görülürler ve geç devrede tanınırlar. Tedavi cerrahi olup üst 1/3 de yerleşen tümörler için duktus hepatikustaki yerleşimine göre sağ ve sol hepatik lobektomi, veya her iki hepatik kanalın rezeksiyonu ve Roux-en Y hepatikojejunostomi yapılır. Rezeksiyon mümkün olmuyorsa tümör içinden stent geçirilip, yerleştirilmesi tavsiye edilir. Orta 1/3 de yerleşen tümörlerde de rezeksiyon ve Roux-en Y hepatikojejunostomi tercih edilir. Prognoz bu yerleşimlerde çok kötüdür. Alt 1/3 safra yolu kanserlerinin küratif rezeksiyonu için Whipple ameliyatı yapılması gerekir, prognoz daha iyidir (18). Serimizde bu tanı ile opere edilen bir vakamız laparatomide inoperabl olarak değerlendirilmiştir.

Karaciğerin primer ve sekonder maligniteleri söz konusudur. Etyolojileri farklı olmasına rağmen tedavileri benzerdir(17). 272 sayılı geniş bir hepatoma serisinde 82 vaka rezektabl bulunup 8 tanesi ancak 5 yıl yaşayabilmiştir (17). Hepatik rezeksiyon yapılan vakaların ameliyat mortalitesi %3-20 arasında değişmektedir ve vakaların ancak %5-20'si cerrahi rezeksiyona uygundur. Ayrıca hepatik arter ligasyonu, arteriyel embolizasyon, sistemik veya lokorejyonel kemo-terapi yoluyla palyatif tedaviler yapılmaktadır. Primer tümörlerin tedavisinde Karaciğer transplantasyonunun önemi giderek artmaktadır (17). Tıkanma sarılığı safra yollarına tümöral bası neticesi gelişir, prognoz çok kötüdür. Klinikimizde tıkanma sarılığına neden olan 4 hepatoma vakası ameliyat edilmiştir. 3 vaka da laparatomide ancak biopsi alınabilmiş bunlardan biri postop. 5. gün karaciğer yetmezliğinden kaybedilmiştir. Karaciğer tümörü 4 vakamızda koledok açılarak kontrol edilmiş, primer olarak kapatılmıştır.

Papilla Vateri tümörleri anatomik lokalizasyonları dolayısıyla erken dönemde belirti verirler. Vakaların 3/4'ünde cerrahi olarak rezeksiyon yapılabilir. Pankreas kanserlerine göre daha az invaziv ve metastatik potansiyel taşırlar (18). Papilla vateri tümörü teşhisi konulan tıkanma sarılıklı 4 vakamızdan 2'sine koledokoduodenostomi, 1 vakayı kolesistoduodenostomi bir vakaya kolesistogastrostomi yapılmıştır, bu ameliyatlar vakalarımızın ileri evrelerde olması sebebiyle palyatif maksatla yapılmıştır.

Benign safra yolu striktürlerinin %90'ından fazlasının nedeni operatif safra yolları travmalarıdır. En fazla kolesistektomi, safra yolları ve mide cerrahisini takiben meydana gelirler (18). İki bilier striktür vakamızın biri kolesistektomi, diğeri gastrik rezeksiyon sonrasında meydana gelmiştir. Lahey kliniğinde gözden geçirilen 958 bilier striktür vakasının çoğu yukarı bilier sistemde saptanmıştır (16). Tedavide amaç tıkanmayı ortadan kaldırmak, tıkanmanın proksimalindeki normal safra yolu ile barsak arasında gergin olmayan, geniş, mukoza ile mukazayı bir araya getiren bir anastomoz yapmaktır. Safra yollarının primer uç uca onarımı erken dönemde, eğer her iki ucun çapı birbirine yakın ise ve gerilim olmuyorsa denenir, ancak bu teknikte striktürün yüksek oranda nüksü söz konusudur (16,18). Kolesistektomi sonucu bilier sitriktür gelişmiş vakamızda genişletilen koledok bir T tüpü konularak primer olarak kapatılmıştır. Bu vakada iki yıl içinde iki defa geçici sarılık olmuştur. Gastrektomi sonucunda bilier striktür ve fistül oluşan hastamıza uç yan Roux-en Y koledukojejunostomi yapılmış tam şifa sağlanmıştır.

Sklerozan kolanjit submukozada yoğun fibrozis ile karakterizedir. Tedavisinde ortak kanal T tüpüyle drene edilir. Antibiyotik ve kortizonla tıbbi tedavisi yapılır (8). Hastaların %50'si T tüpüyle drene edildikten sonra portal hipertansiyon, bilier siroz ve karaciğer yetersizliğine girer. Operatif mortalite %8'dir (11). Sklerozan kolanjitli tek vakamızda darlık distal koledokta olup duodenotomi-papiller entübasyon ve koledok reperasyonu ameliyatı yapıldı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Netice olarak söylenebilirki ekstrahepatik kallestaz birçok sistemi olumsuz yönde etkilemekte, metabolik ve hemodinamik çeşitli değişikliklere sebep olmaktadır. Tıkanma sarılığının yol açtığı sistemik bozuklukların, özellikle ençok mortalite sebebi olan renal yetmezliğin preoperatif dönemde iyi değerlendirilmesi, gerekmektedir. Hastanın preoperatif olarak iyi hidrasyonu, elektrolit desteği; hemodinamik olarak iyi regüle edilmesi, kuagulopati mevcutsa ameliyattan önce düzeltilmesi mortaliteyi azaltacaktır.

tır. Tıkanma sarılığına sebep olan hastalığın malign oluşu ve yapılan ameliyat tekniği de mortalite ve morbiditeye etki etmektedir. Kole-dokolitiaziste geride taş kalma ihtimali varsa veya koledok çok genişlemiş ise koledokoduodenostomi tercih edilmelidir. Endoskopik cerrahinin gelişmesi ile ekstrahepatik safra yolları cerrahisinde yeni alternatifler olmuştur. Safra kesesi malignitelerinde kemoterapinin tedaviye eklenmesi prognozu yararlı olarak etkilemektedir.

KAYNAKLAR

1. Gliedman ML, Gold MS: Choledochoduodenostomy. In: Maingot R, Abdominal operations. Appleton Century-Crofts, New York, 1980: 1099-1110.
2. Madden JL, Chun JY, Kandalaft S, Parekh M: Chelodochoduodenostomy Anjustly Maligned Surgical procedure? Am J Surg 119: 45-49, 1970.
4. Trey charles: Investigation and management of the jaundiced patient In: Maingot R, Abdominal Operation, Appleton-Century-Crofts, 1980: 1128-1132.
5. Le Quesne: Choledocholithiasis: Incidence diognosis and operative procedures In: Maingot R, Abdominal Operations Appleton-Century-Crofts New York, 1980: 1077-1095.
6. Jones S. Austin: Sfinteraplasty (Notsfinteratomy) in the treatment of Biliary tract disease: Surg clinics of N. America, 53: 1123-1137, 1973.
7. Moody Frak G: Surgical Applications of sfinteraplasty and choledochoduodenostomy, surgical clinics of N. America 61: 909-923, 1981.
8. Glenn Frank: Idiopathic sklerosin, choledochites In: Maingot R, Abdominal operations, Appleton -Century-Crofts, New York, 1980: 1193-1197.
9. Lord Smith Carcinoma of the Galibladder and extrahepatic bileduct. In: Maingot R, Abdominal Operation, Appleton-Century-Crofts, New York. 1980: 1258-1267.
10. Maingot Redney: Postoperative Struktures of the bile ducts In: Maingot R, Abdominal Operations, Appliton-Century-Crofts, New York. 1980: 1222-1248.
11. Moorhead Dudley et all: Changing patterns of surgery of the Gallbladder, bile ducts and liver, symposium on surgery at the Layeh clinic. 649-665, 1975.
12. May Lawrence W. et all: Biliary structure, Surg clin. of N. America 81:4, 963-971. 1981.
13. Pellegrini A.C., Allegrea P., Way WL: Risk of bilary surgery in patients with hyperbilirubinemia. The American Journal of Surgery, 154: 111-117, 1987.
14. Warren RS., Molt Jeevanaddam M., Brennan M.F.: Impaired metabolic response to endotoxin in obstructive joundice. Surgery, 100: 349-355, 1986.
15. Allson M.E.M., Prentice C.R.M., Kennedy A.C., Blumgart L.H.: Renal function and other factors in obstructive jaundice, British Journal of Surgery, 66:392-397, 1979.
16. Hatfield A.R.W. Treblanch J: Preoperative external biliary drainage in obstuctive joundice. Lanset, 2: 896-899, 1982.
17. Yahn R.: Karaciğer Tümörleri In: Sayek I, Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi, Ankara, 1991: 917-928.
18. Aran Ö.: Safra Yolları Hastalıkları In: Sayek I, Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi, Ankara, 1991: 956-974.
19. Sanaç Y.: Safra Kesesi In: Sayek I, Temel Cerrahi, Güneş Kitabevi, Ankara, 1991: 943-955.