

Transduodenal Sfinkteroplasti ve Koledokoduodenostominin Fonksiyonel Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Dr. Metin BELVİRANLI, Dr. Adnan KAYNAK,
Dr. Adil KARTAL, Dr. Mustafa ŞAHİN

Özet: 1986-1991 yılları arasında kliniğimizde koledokoduodenostomi (KD) ve sfinkteroplasti (SP) yapılan hastaların bir kısmında anamnez, fizik muayene, biyokimyasal tetkikler ve radyolojik yöntemlerle ameliyatların fonksiyonel sonuçları karşılaştırıldı. Her iki yöntemin uygun endikasyon ve uygun teknikle yapıldığında aynı amaca ulaşarak, aynı fonksiyonel sonuçları sağlayacak yöntemler olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Koledokoduodenostomi, Sfinkteroplasti.

Serbest koledok drenajını sağlamak için çeşitli operasyonlar uygulanmaktadır. Transduodenal sfinkteroplasti (SP) ve laterolateral koledokoduodenostomi (KD) bunlardandır. Koledok alt ucu patolojisi olan hastalarda bazı cerrahlar KD'yi, bazıları ise SP'yi önermektedirler. Bazı cerrahlar ise KD ve SP uygun endikasyonu ve teknikle yapıldığında her ikisinin de aynı sonuçları sağlayabilecek operasyonlar olduğunu savunmaktadır (1-6). Biz bu çalışmada SP ve KD'yi anamnez, fizik muayene, radyolojik ve biyokimyasal yöntemlerle karşılaştırmayı amaçladık. KD'li hastalarda stomanın yeterliliğinin ölçülmesinde üst GIS grafisinde safra yollarını dolduran baryumun 12-24 saat içinde temizlenmesi iyi bir kriterdir (5,7-9). Biz aynı yöntemi SP'li hastalar için de uyguladık.

Summary: THE FUNCTIONAL RESULTS OF TRANSDUODENAL SPHINCTEROPLASTY AND CHOLEDOCHODUODENOSTOMY

The functional results of choledochoduodenostomies and sphincteroplasties performed between 1986-1991 has been compared with respect to histories, physical examinations, bio-chemical and radiological investigations. The results of both methods has been found to provide the same functional results and reach the same goal if performed with appropriate diagnosis and indication.

Key Words: Choledochoduodenostomy, Sphincteroplasty.

MATERYAL ve METOD

1986-1991 yılları arasında safra yolları ile ilgili patolojisi olan 160 hasta ameliyat edildi (Tablo I). Bunlardan 15'ine SP ve 65'ine KD yapıldı. SP ve KD yapılan hastaların yaş dağılımı ve ortalamaları Tablo II'de gösterildi. Koledokoduodenostomi ve sfinkteroplasti endikasyonlarımız da Tablo III ve IV'de gösterildi.

KD ve SP yapılan bu hastalar kontrole çağrıldı. Bunlardan SP yapılan 7 ve KD yapılan 18 hasta kontrole geldi. Uygulanan tekniğin fonksiyonel sonuçlarını değerlendirmek amacıyla hastaların anamnez, fizik muayene, biyokimyasal tetkikler (SGOT, SGPT, alkalen fosfataz, bilirubin, beyaz küre sayısı, üre, kreatinin), direkt karın grafisi, intravenöz kolanjiografi, üst GIS grafileri uygulandı (Tablo V). Üst GIS grafisinden 6-24 saat sonra direkt karın grafileri alındı.

Tablo I: 1986-1991 yılları arasında safra yolları patolojileri nedeniyle yapılan ameliyatlar ve sayıları

Kolesistojejunostomi	6
Koledokojejunostomi	5
Hepatikojejunostomi	2
Transhepatik kateterizasyon	3
Kolesistostomi	2
Koledokotomi+T-drenaj	62
Sfinkteroplasti	15
Koledokoduodenostomi	65
TOPLAM	160

SONUÇLAR

SD KD yaptığımız 80 hastanın 25'i kontrole geldi. Bunlardan 7'si SP'li idi ve 2'si kronik pankreatit nedeniyle, 5'i de koledok taşı nedeniyle ameliyat edilmişti. KD'li hastalardan 18'i kontrole geli ve bunlardan 13'ü koledok taşı, 2'si geniş koledok, 2'si safra yolları ile iştirakli kist hidatik, 1'i biliokolik fistül nedeniyle ameliyat edilen olgulardı. Her iki grup hastalarda ağrı, ateş, kolanjit ve postoperatif sarılık tesbit edilmedi. SP yapılan hastaların ikisinde, KD yapılan hastaların 7'sinde dispeptik şikayetler vardı, ancak tedavi gerektirecek düzeyde değildi. Postoperatif 1 ay içerisinde olan bir SP'li ve bir KD'li hastada alkalen fosfataz, SGOT, SGPT ve bilirubinler yüksek bulundu, ancak preoperatif değerlerden daha düşüktü. Diğer hastalarda sonuçlar normal sınırlar içinde idi.

Ayakta direkt karın grafilerinde her iki grup hastalarda da bilier sistemde hava saptandı (Resim 1). Intravenöz kolanjiografilerde safra yolları hiçbir hastada doldurulamadı. Üst GIS grafilerin de bütün hastalarda biliyer sistemin kontrast madde ile görünür hale geldiği tesbit edildi (Resim 2,3). Bu hastalarda 6-24 saat sonra alınan direk grafilerde biliyer sistemden kontrast maddenin tamamen boşaldığı görüldü. KD'li olgularda sump sendromuna ait bulgu tesbit edilmedi.

TARTIŞMA

Serbest koledok drenajını sağlamak için yapı-

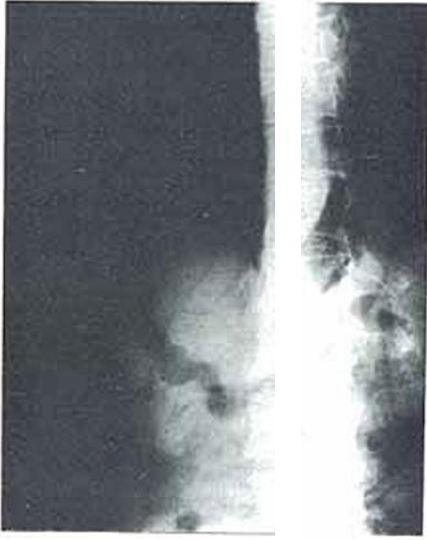
Tablo II: Sfinkteroplasti ve koledokoduodenostomi yapılan hastalarımızın yaş dağılımı ve yaş ortalamaları

Ameliyat	Yaş Dağılımı	Yaş Ortalaması
Sfinkteroplasti	34-60	44
Koledokoduodenostomi	40-85	62

lan operasyonlardan sfinkteroplasti ve koledokoduodenostominin endikasyonları, avantaj ve dezavantajları hep tartışılmıştır. Bazı cerrahlar ise bu iki yöntemi birbiri ile rekabet eden değil, uygun endikasyon ve teknikle yapıldığında aynı amaca ulaşacak yöntemler olarak değerlendirmektedir (1,3,4,5,6,7,10).

Literatürde KD endikasyonları olarak distal koledokta darlık, multipl koledok taşları, distal koledoka oturmuş taşlar, intrahepatik taşlar, papilla vateri çevresi duodenum divertikülü, papiller stenoz, taşsız koledok dilatasyonu, primer koledok taşları, rezidüel taşlar, distal koledokta yaralanmalar, pankreas başında kronik enflamatuvar değişiklikler bildirilmiştir (1,2,4,5,6,10,11,12). Bizim KD endikasyonlarımız Tablo III'de görülmektedir. Bu endikasyonlarımız içinde bulunan periampuller tümör ve pankreas başı tümörleri inoperabl olgulardı. Malign obstrüksiyonlarda obstrüksiyon nüksü görüleceğinden tavsiye edilmemesine rağmen kliniğimizde sarılığı gidermeye yönelik palyatif amaçla ilk yıllarda uygulandı. Bu hastalardan erken dönem kontrolünde sarılık görülmedi, ancak daha sonra müracaat edenlerde sarılık değil, genel durum bozukluğu ve uzak metastazlara ait bulgular vardı. KD'nin diğer kontrendikasyonları olan genişlememiş koledok, sklerozan kolanjit, duodenal inflamasyon ve ödem halinde bu yöntemi uygulamadık.

SP, kısa selim distal koledok striktürleri, distal koledoka oturmuş taş, papilla stenozu, çıkarılamayan hepatik taşlar, safra çamuru ve



Resim 1: Ayakta direkt karın grafisinde bilior sistemde hava görünümü.

multipl koledok taşları varlığında önerilmektedir (1,3,6,11,13). Bizim SP endikasyonlarımız Tablo IV'de görülmektedir. SP kontrendikasyonları ise akut pankreatit gibi distal koledokta iltihabi bir olay, uzun distal koledok striktürleri, koledok distalinde perivaterien divertiküldür (1,3,4,6,8). Bizim olgularımızın 3'ünde kronik pankreatit, 3'ünde de, biri anklave olmak üzere koledok taşına ilave olarak kronik pankreatit vardı. Bu olgularda sfinkteroplastiye septektomi ilave edildi ve hepsinde sonuçlar iyi idi. Akut pankreatit için SP kontrendikasyon olarak belirtilmekle beraber son zamanlarda Acosta ve arkadaşları akut pankreatitli ve kolelitiazisli hastalarda, semptomların süresi 48 saatten azsa, erken kolesistektomi; koledok eksplorasyonu ve eğer endikasyon varsa transduodenal sfinkterotomiyi önermektedir(14). Biz safra yolları patolojisiyle beraber olan kronik pankreatitlerde septektomiyle beraber SP'yi tercih ediyoruz.

KD özellikle yaşlı ve genel durumu bozuk hastalarda, genişlemiş bir koledok ve multipl taş varlığında, basit, hızlı ve güvenli bir metod olarak tavsiye edilmektedir (2,5,7,8,10,11,12). Donald ve arkadaşları koledok çapı 10mm'den

Tablo III: Koledokoduodenostomi endikasyonlarımız

Endikasyon	Olgu Sayısı
Koledok taşı	35
Periampuller tümör	11
Safra yolları ile iştirakli kist hidatik	5
Geniş koledok (>15 mm)	7
Pankreas başı tümörü	5
Biliokolik fistül	1
Karaciğer apsesi	1
TOPLAM	65

Tablo IV: Sfinkteroplasti endikasyonlarımız

Endikasyon	Olgu Sayısı
Kronik pankreati t(septektomi ile beraber)	3
Koledok taşı+Kronik pankreatit	3
Koledok taşı	7
Koledok kisti	1
Papilla Vateri tümörü	1
TOPLAM	15

küçük hastalarda, gençlerde ve soliter ampulla taşında SP'yi önermekte, bunun dışında KD'yi uygun bulmaktadır (13). KD'nin enfekte safra varlığında ve akut septik kolanjit tedavisinde T-tüb drenajına göre daha etkili olduğu gösterilmiştir (2). Duodenotominin sakıncaları nedeniyle bazı cerrahlarca geniş kabul görmemiş, T-dreni tercih edilmiştir (7,15). Mevcut koledokotomiden yararlanılabilmesi bir avantajdır (11). Biz özellikle yaşlı ve geniş koledoku olan hastalarda KD'yi, koledok çok geniş değilse, daha fizyolojik olan T-Drenini ve SP'yi uygulamaktayız.

Küçük stomalı hastalarda gıda artıkları, iltihaplı safra ve rezidüel taşlar vater ampullası ile anastomoz arasında oluşan bir segmentte birikerek sump sendromuna yol açar, bu aynı zamanda kolanjit nedeni olabilir (1,3,5). Sump sendromu meydana gelmesi için stomanın 2 cm'nin altında olması suçlanmaktadır (7,15,16). Normal stomalı hastalarda kesin gösterilebilmiş sump sendromu komplikasyonu yoktur (7,17). Yapılan bir çalışmada sump sendromu nedeniyle takip edilen hastaların 5'inde de endoskopik olarak anastomoz çapı 1 cm'nin altında bulunmuştur (17). KD'de rezi-

Tablo V: Kontrol Hastalarımızın Değerlendirilmesi

Anamnez	
Fizik Muayene	
Biyokimyasal Tetkikler:	SGOT, SGPT Alkalen Fosfotaz Bilirubinler Beyaz küre sayısı Üre, Kreatinin
Radyolojik incelemeler:	Direkt Karın Grafisi İntravenöz Kolanjiografi Üst GIS Grafisi, 6-24 saat sonra direkt karın grafisi

düel taşlara ve stomadan giren gıda artıkları-
na bağlı olarak assendan kolanjit gelişebilme
riski %0-4 oranında bildirilmektedir. Ancak
kolanjit oluşumu da gerçekte stoma çapının
dar olmasına bağlanmaktadır (5,7,10,11,17).
Bu assandan bir kolanjit değil, aksine des-
sandan bir kolanjittir. Bizim olgularımız arasın-
da sump sendromuna ve postoperatif kolanjite
hiç rastlanmamıştır. Bu, stoma çapının
2cm'den aşağı olmamasına ve duodenuma çok
yakın yapmaya gösterdiğimiz özenden kay-
naklanıyor olmalıdır.

Sfinkteroplastinin en önemli avantajları pa-
pilla vateriyi direkt olarak muayene edebil-
mek ve striktür bölgesindeki gizli neoplazik
değişikliklerden biyopsi alabilmektir (11). De-
zavantajları ise postoperatif pankreatit riski,
biliyer enterik anastomozun sistemin en uzak
noktasına yapılması, diğer tekniklerde olduğu
gibi striktür ve kolanjit riskinin olmasıdır
(11). Teknik olarak tecrübeli cerrahlar tara-
fından kolayca uygulanabilmektedir.

KD ve SP'nin bu avantaj ve dezavantajlarına
karşı fonksiyonel sonuçlarının karşılaştırıldığı
çalışma fazla değildir. Biz kontrole gelen has-
talarımızda her iki grupta da anamnez ve
fizik muayenede benzer sonuçlar elde ettik.
Olguların hiç birinde postoperatif kolanjit ve
sump sendromu tesbit etmedik. Her iki gru-
bun karaciğer fonksiyon testleri de normaldi.

Direkt kan grafisinde biliyer ağaçta hava ol-
ması veya baryum içirildikten sonra safra yol-
larının baryum reflüsü ile dolması KD stoma-



Resim 2: SP'li bir hastada üst GIS Grafisinde bilier sis-temde opak madde görünümü.



Resim 3: KD'li bir hastada üst GIS Grafisinde bilier sis-temde opak madde görünümü.

sının genellikle yeterli olduğunu gösterir. Ham ve Jorby 1973'deki çalışmalarında stoma genişliğinin bu metotla ölçülemeyeceğini, safra yollarında hava olmasının safra yollarında patoloji olmadığını göstermeyeceğini iddia ederek nazal yoldan girdikleri bir kate-terle transduodenal stoma genişliğini ölçmüş-lerdir (16). Bizim KD'li ve SP'li hastalarımızın

hepsinde direkt filmde biliyer sistemde hava vardı. I.V. kolanjiografilerin hiç birinde safra yolları görüntülenemedi. Üst GIS grafilerinde baryum reflüsü ile safra yolları doldurulabildi ve 6-24 saat içinde barium safra yollarından temizlendi. Bu sP ve KD'nin amacına ulaştığını, her ikisinin de aynı fonksiyonel sonuçları sağladığını göstermektedir. Daha önce sadece KD'de uygulanan bu yöntemin SP'de de erken ve geç takipte, çıkacak semptomların araştırılmasında kullanılabileceğini öneriyoruz.

Baryum reflü testinin 3 sakıncası bildirilmektedir; 1. Stoma açık olduğu halde reflü her zaman olmayabilir. 2. Mide ve duodenumda

fazla miktardaki kontrast, stoma ve safra yollarını görüntülemeyi engelleyebilir. 3. Safra yollarının fazla kontrastla yoğunlaşması, muhtemel bir taşın görüntülenmesini engelleyebilir veya taşı taklit eden görüntü olabilir (16). Bu sakıncaların dikkatli bir radyolojik tetkikle giderilebileceği kanaatindeyiz.

Sonuç olarak bu çalışmada fonksiyonel açıdan transduodenal sfinkteroplasti ve koledokoduodenostomi sonuçlarının aynı olduğunu gördük. Bu sonuçlara göre, her iki yöntemin birbiri ile rekabet eden değil, doğru endikasyon ve uygun teknikle yapıldığında aynı amaca ulaşacak, aynı fonksiyonel sonuçları sağlayacak yöntemlerdir.

KAYNAKLAR

1. Jones SA.: Sphincteroplasty (not sphincterotomy) versus lateral choledochoduodenostomy. Varca RL, Delaney JP (ed), "Controversy in Surgery". WB Saunders Company, Philadelphia, 1976. pp: 241-258.
2. Lygidakis NJ.: Surgical approaches to recurrent choledocholithiasis. Choledochoduodenostomy versus T-Tube Drainage after choledochotomy. Am J Surg. 145:636-639, 1983.
3. Gürgen T.: Koledok alt uç obstrüksiyonlarının cerrahi tedavisinde transduodenal sfinkteroplasti mi lateral koledokoduodenostomi mi? Çağdaş Cerrahi Dergisi, 4:249-254, 1987.
4. Natalini E, Cesarini C.: Indications for and comparisons between transduodenal papillectomy and choledochoduodenostomy. Ann Ital Chir. 60(2): 93-98, 1989.
5. Sileđinan ML, Gold MS.: Choledochoduodenostomy. Schwartz SI, Ellis H (ed), "Maingot's Abdominal Operations", 8th ed. New York, Appleton-Century-Croft, 1985, pp: 1909-1923.
6. Jones SA.: Transduodenal Sphincteroplasty in the Prophylaxis and Treatment of Residual Common Duct Stones. Schwartz SI, Ellis H (ed), "Maingot's Abdominal Operations", 8th ed. New York, Appleton-Century-Crafts, 1985, pp: 1929-1949.
7. Cubillos L, Fiallo R, Rodriguez J: Is choledochoduodenostomy in the treatment of stenosis in the Common Bile Duct an absolute technique? World J Surg. 9: 484-492, 1985.
8. Schein CJ, Gliedman ML.: Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy. Surg Gynecol Obstet. 152: 797-804, 1981.
9. Schein CJ, Beneventons TC, Jacobson HG.: Choledochoduodenostomy roentgen considerations. Surgery 60: 959, 1966.
10. Berlatzky Y, Freund HR.: Choledochoduodenostomy in the treatment of benign hiliary tract disease. Am J Surg. 141: 90-93, 1981.
11. Tompkins RK.: Surgical management of bile duct stones. Surg Clin North Am. 70(6), 1329-1340, 1980.
12. Borlatzky Y, Freund HR.: Primary choledochoduodenostomy for benign obstructive hiliary tract disease. J Clin Gastroenterol, 12(4): 420-2, 1990.
13. Fry DE.: Choledochoduodenostomy revisited. Am J Surg. 147: 304, 1984.
14. Acosta JM, Pellegrini CA, et al: Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. Surgery 88:118, 1980.
15. Akiyama H, Ikejawa H, Kamaya S, et al: Unexpected problems of external choledochoduodenostomy fiberoptic examination in 15 patients. Am J Surg. 140:660-665, 1980.
16. Ham JM, Sorby W.: Measurement of stoma size following choledochoduodenostomy by transduodenal cholangiography. Brit J Surg. 60(12), 940-943, 1973.
17. Miron M, Kerlin P, Strong R, Hartley L, Dickey D.: Postcholedochoduodenostomy sump syndrome. Aust NZJ Surg. 60(2), 109-12, 1990.