

T. C.
D. Ü. TIP FAKÜLTESİ
GENEL CERRAHİ KLİNİĞİ
Kürsü Başkanı : Prof. Dr. Asım DUMAN

DICLE ÜNİVERSİTESİ
MERKEZ KÜTÜPHANESİ

**TIKANMA SARILIKLARINDA
TEŞHİS ve CERRAHİ TEDAVİ
PRENSİPLERİ**

FİŞLENDİ

**(İHTİSAS TEZİ)
1978**

T. C.	
DICLE ÜNİVERSİTESİ MERKEZ KÜTÜPHANESİ	
Demirbaş No:	0037048
Tasnif No:	616.1625 VAR
	1978

Dr. İbrahim VARNALI

İÇİNDEKİLER

	<u>SAHİFE</u> -----
1- Önsöz	1
2- Giriş ve Amaç	2
3- Sarılıkların Genel Sebepleri	2
4- Bilirubin Metabolizması	4
5- Dış safra yollarının cerrahi anatomisi	5
6-Mataryel ve Metod	20
7- Tartışma	25
8- Sonuç	40
9- Özet	41
10- Literatür	42

ÖNSÖZ

Tıkanma sarılıkları kavramı; gerek nedenine inmek, gerekse sebebe yönelik tedavi metodları arasında hasta için en uygun olanını seçmek zorunluluğu nedeniyle cerrahların uzun yıllardan beri önemli sorunu olmuştur.

Konunun özelliği nedeniyle bugün Dünyanın birçok kliniklerinde karaciğer ve dış safra yolları cerrahisi ayrılmış bulunmaktadır. Anatomi, fizyoloji bilgilerinin artması, teknolojik ilerlemelerin tıbbı yakından desteklemeleri ile, bugün artık tıkanma sarılıklarının büyük bir çoğunluğu ^{Pre}postoperatif olarak teşhis edilebilmekte ise de, teşhis ancak araştırıcı laparotomi ile konmaktadır.

Bu önemli konuyu, tıkanma sarılığı nedeniyle kliniğimize başvuran vakalar üzerinde inceliyerek, tıkanma sarılıklarının teşhis ve cerrahi tedavi prensipleri üzerinde durmak istedik. Bu konuda bana çalışma olanağı sağlayan, asistanlığımın ilk günlerinden beri her zaman yol gösterip yardımlarını esirgemiyen, yetişmemi ve bugüne gelmemi kendilerine borçlu olduğum Diyarbakır Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı ve Cerrahi Kürsüsü Direktörü Sayın Hocam Prof. Dr. Asım Duman'a en derin şükranlarımı sunar, tezimin hazırlanmasında bana yardımcı olan klinik mesai arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Dr. İbrahim Varnalı

GİRİŞ VE AMAÇ

Genel cerrahide tıkanma sarılığı polikliniklere müracaatlar-
da oldukça sık rastlanan vakalardandır. Halk arasında dahi sarılık
hali, hastanın hekime sevkini gerektiren en önemli işarettir. Öyle-
ki hasta daha önce karın sağ üst kadrana gelen ağrıdan bahsetme-
den, sarılığını ilk şikayetiymiş gibi ifade ederek hekime başvurur.
Oysaki ondan önce var olan semptomlar hastaca küçümsenmiş ve heki-
me müracaatı gerektirmemiştir.

Bugün için tıpta sarılığa neden olan birçok hastalıklar
mevcuttur. Konumuz olan tıkanma sarılığına geçmeden önce genel ola-
rak sarılık yapan mekanizmaları sınıflandırmayı uygun gördük. Ama-
cımız bu mekanizmalardan biri olan tıkanma sarılıkları üzerinde bir
klinik araştırma yaparak tıkanma sarılıklarının nedenlerine ve mo-
dern cerrahideki tedavi usüllerine değinmektir.

Sarılık yapan mekanizmalar

- 1- Eritrosit harabiyetinde artma (hemoliz)
- 2- Bilirubinin konjugasyon bölgesine transportunda yetersizlik
(Gilbert hastalığı)
- 3- Bilirubin konjugasyonunda bozukluk (Crigler-Najjar, prema-
türelerin sarılığı)
- 4- Konjuge bilirübinin safra kanaliküllerine taşınmasında kusur
(Dubin-Johnson Sendromu)
- 5- Konjuge bilirübinin damarlara regürjitasyonu (hepatit)
- 6- Safranin kanaliküllerden geçişine ait tıkanma (Cholestasis
medikamentöz sarılık, virüs hepatiti)
- 7- Dış safra yollarında tıkanma (Choledoc taşı, pankreas tümö-
rü v.s) (50).

Bu meyanda Hodking hastalığının karaciğerde portal alanda
diffüz infiltrasyon yaparak sarılığa neden olduğu bildirilmektedir
(50,51).

Keza aynı yazarlara göre sarılık; abdominal ağrı ve büyük hassas bir karaciğer konjestif kalp yetmezliğinin ilk belirtileri olabilir.

Gebelikte artan steroidlere cevap olarak da sarılık görülebilir (51).

Akut obstrüktif süpüratif kolenjit de sarılığa neden olur(19).

Intrahepatik safra yolları tıkanmalarını bir tarafa bırakırsak diğer sarılık nedenleri karaciğer hücre harabiyetinden veya enzim defektinden yahutta eritrositlerin hızlı harabiyetinden ileri gelmekte olup konumuz dışında bulunmaktadır. Bizi ilgilendiren, dış safra yollarında herhangi bir engelle bağlı olan tıkanma, safranin barsağa akamaması, geriye regürjitasyonu ile meydana gelen sarılıklardır (choledoc taşı, pankreas tümörü, choledoc'a dıştan baskı, dış safra yolları parazitleri gibi).

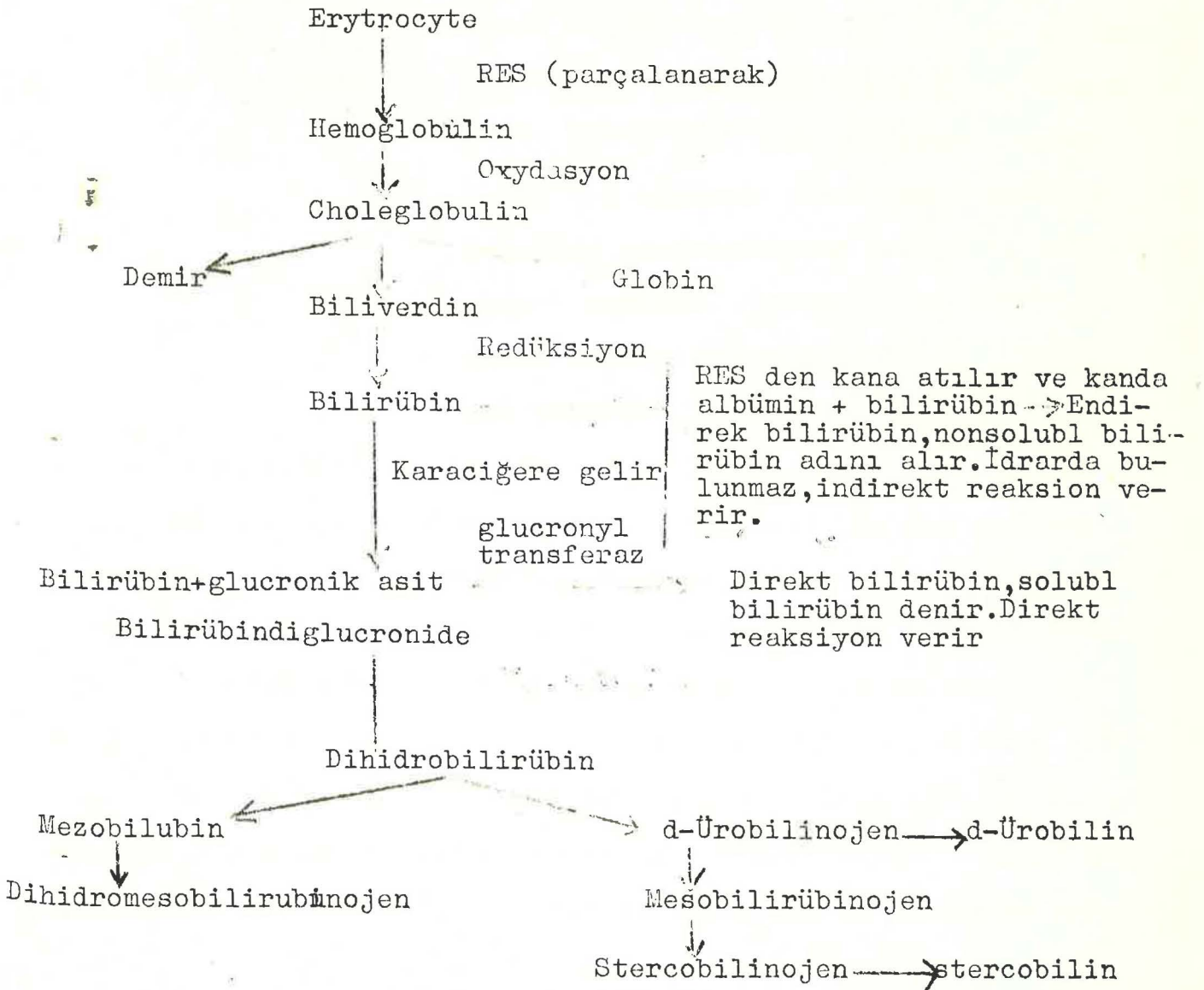
Konumuza yakın olması nedeniyle safra metabolizması ve dış safra yolları anatomisine kısaca değinmek istiyoruz. Bilindiği gibi safra tuzlarının sindirim sisteminde iki önemli etkisi vardır.

1- Yağları sabunlaştırıcı tesiri

2- Emilimi kolaylaştırıcı tesiri. Barsak sisteminde bazı tuzların olmaması yağ asitlerinin büyük kısmının kaybolmasına sebep olur. Yağlar tam absorbe olmazsa, yağda eriyen vitaminlerin absorpsiyonu da tam olmaz. Böylece safra tuzlarının azlığı veya yokluğu A,D,E,K vitaminlerinin zayıf absorpsiyonuna sebep olur. A,D,E vitaminleri vücutta depo edilmiş bulunduğu halde, K vitamini depo edilmez. Safra sekresyonunun kesilmesi veya azalmasını takiben birkaç gün içinde şahıs K vitamini eksikliğini hisseder ki bu da karaciğerde faktör VII ve protrombin yapımındaki bozukluğa sebep olur. Ciddi pıhtılaşma bozuklukları meydana çıkar. Safra tuzları yağlarla birlikte absorbe olur. Bilahare ayrılıp yağlar lenfatiklere giderken safra tuzları da portal kanala karışır (safra tuzlarının 9/10 u entero hepatik dolaşır).

SAFRADA BİLİRÜBİN EKSKRESYONU

Hemoglobin yıkımından sonra ortaya çıkan bilirübindir. Bilirübin aslında vücut maiterinde erimez. Buna karşın plazma proteinleri ile oranlı olarak albüminle ve daha az olmak üzere de alfa globinle birleşir. Bu proteine bağlanmış bilirübin karaciğer hücrelerinden absorbe edilir. Burada bilirübin proteinden ayrılır ve kendine eriyebilirlik kazandıracak olan glucronik asit ve sülfatlarla birleşir ve solubl halde bilirübin safraya ekskrate edilir (25). Bilirübin barsakta bakteriel etki ile ürobilinojene döner. İdrar içinde hava ile temasla ürobiline, feçes içinde okside olarak sterkobiline döner. Kısaca bir şema ile gösterecek olursak



KARACİĞER DIŞI SAFRA YOLLARININ ANATOMİSİ

Karaciğer sağ ve sol lobundan gelen ductus hepaticuslar umumiyetle porta hepatisde birleşir ve birleşik safra kanalını (ductus hepaticus communis'u) yaparlar. Bazen sağ ve sol hepatik kanallar



resim- 1:

Karaciğer ve dış safra yollarının anatomik yapısı

karaciğerin içinde birleştikleri gibi, bazen de porta hepatisin dışında omentum minusun iki yaprağı arasında birleşebilirler (29). Ductus hepaticus communis omentum minusun ligamentum hepato-duodenale denilen parçasının sağ kenarında, iki periton yaprağı arasında, arteria hepaticanın sağında ve vena portae nin önünde ve sağında olmak üzere aşağıya ve biraz sola doğru ilerler. Ductus hepaticus communis ekseriyetle arteria hepatica proprianın sağ kolunu ve safra kesesi arterini çaprazlar. Bu arterler bazen kanalın önünden, bazen de arkasından geçerler. Ductus hepaticusun uzunlu-

đu 2-4 cm, genişliği 4 mm kadardır. Omentum minusun içinde ductus hepaticus dar bir açı yaparak safra kesesi kanalı, ductus cysticus ile birleşir ve ductus choledochusu meydana getirir. Bu birleşme bazen yukarıda bazen de çok aşağıda olur. Bundan dolayı ductus hepaticus, ductus cysticus ve ductus choledochusun uzunlukları da çok değişir. Kliniğimizde safra yolları ve safra kesesi ameliyatları sırasında ductus cysticusun ductus hepaticus communisin seyrine uygun tarzda, oldukça uzun, birlikte ve üst üste seyrettiklerine şahit olduk. Çok nadir olmakla beraber bazen ductus cysticus ve ductus hepa-

ticus hiç birleşmezler ve birbirlerinden ayrı olarak duodenuma açılırlar. Bu denli detaylı olarak açıklamamızın nedeni, bu bölgede yapılacak bağlama (ligatürlerin) herhangi bir dış safra yolunda darlığa sebep olabileceğindedir.

Birleşik safra kanalı (ductus choledocus'un) uzunluğu çok değişik olmakla beraber ortalama 7-8 cm kadardır. Genişliği ise 5-6 mm dir. Bu kanal aşağıya sola ve biraz arkaya olmak üzere omentum minusun sağ kenarında, iki periton yaprağı arasında ilerler. Vena portae ve arteria hepatica propria safra kanalının solunda bulunur. Duodenumla ilgisi bakımından ductus choledocus 4 kısma ayrılır.

- 1- Supraduodenal kısım
- 2- Retroduodenal kısım
- 3- İnfraduodenal kısım
- 4- İntraduodenal kısım

Supraduodenal kısım: Omentum minus içersinde, duodenumun 1 ci parçasına kadar uzanan bölümdür. Yaklaşık 2 cm uzunluğundadır(41). Küçük omentumun sağ kenarı boyunca uzanır. Hepatic arterin sağında, portal venin önündedir. Bu parçayı bazen arteria gastroduodenalis, bazen de arteria pankreatica duodenalis superior çaprazlar. 1 ci kısım bulbus duodenalisinin arkasından geçer.

Retroduodenal kısım: Arteria gastroduodenalisin iç tarafında veya sol tarafındadır. Duodenumun 1 ci kısmı sıklıkla hafifce mobil olduğundan, bu kısmın görülmesi nisbeten kolaydır.

İnfraduodenal kısım: Duodenumun altında lokalizedir. Pankreas başının arkasından geçer. Bu kısım bazen pankreas başının arkasında çevreye yakın olmak üzere bir oluktan (arka yüzün üst dış kısmına yakın), bazen de bez dokusuna gömülerek bir tünelden geçer. İntrapankreatic pozisyonda bulunduğu anda kanalın bu parçasının görülmesi çok zordur. Vena cava inferiorun sağ kenarı ile komşudur. Arteria gastroduodenalis bunun sol tarafındadır. Arteria pankreatico duo-

denalis superior ve inferior'un arkalarından doğan vasa rectilerle bu kısım komşudur.

Intraduodenal kısım: Duodenum duvarını oblic geçip 2 ci kısmına girer. Ampulla vateride duodenuma açılır. Papilla duodenalisin kaldırılması ile görülür. Pankreatic kanalla birleşik safra kanalının birçok tipte duodenuma açıldığı görülür (41). Beraber, ayrı ayrı, veya birlikte bir kanal yaparak duodenuma açılabilirler (safra kanalı veya pankreatic kanal).

Hepatic kanalın ve choledocun arterleri üzerinde Shapiro ve Robillardın çalışma yaptığını Thorek bildirmektedir. Kanalın önemli arteriel branşları, arteria cystica ve posterosuperior, pankreaticoduodenal arterlerden doğar. Nadiren hepatic arterden de doğabilir. Explorasyonlar sırasında (disseksiyonlarda) kanalın iç kenarı boyunca dar minimal kanamalar dahi ductus choledochus cerrahisinde tehlikeli devaskülarizasyonlarla önemli iskemik nekrozlara sebep olur (41).

Extrahepatic safra yollarının venöz drenajı hepatic venlerle olur. Lenfatikler hilustaki lenf bezlerine dökülür (27,41).

Tıkanma Sarılığı: Tarif olarak bir engelin safranın barsağa akmasını önlediğine işaret eder (13). Safra akışının engellenmesi ile kolestaz meydana gelir. Tıkanma sarılığı diğer bir tarif olarak, extrahepatic safra kanallarının mekanik obstrüksiyonu olup, sağ ve sol hepatic kanalların birleşme yerinden duodenumdaki choledocun bitiş yerine kadar olan bölgedeki obstrüksiyonlar kastedilmektedir (26). Choledoc taşları, safra kanalının primer neoplazmları, pankreas veya vater ampullasının primer neoplazmları, safra kanalının metastatik karsinomları ve darlıkları en sık obstrüksiyon nedenleridir. Daha az olarak parazitlere ve choledoc kistlerine bağlı obstrüksiyonlar vardır.

Tıkanma sarılıklarında dikkatli bir hikaye ve fizik muayene alınacak bilgi sıklıkla doktora klinik alanda sarılığın nedenini ve tipini tanımaya sağlar (26).

Sarılığın ailevi anemnezi, intermittant oluşu ve alevlenmelerle seyretmesi, orta derecede üst sağ kadran ağrısının sarılıkla beraber oluşu, hepatomegali olup olmaması, artmış konjuge bilirubin seviyeleri ve bilirubinüri, konjuge bilirubin transportuna ait metabolik bir bozukluğu belirtir.

Safra taşları en sık obstrüktif sarılık sebebidir. Bazen Choledocda safra taşı, sarılık olmadan da mevcut olabilir. Ancak hastaların büyük çoğunluğunda titreme, intermittant ateş, ağrı gibi semptomların birkaçı vardır.

Sarılık, koyu idrar, soluk renkli dışkı genellikle koledok tıkanmasını takiben ilk 24 saat içinde oluşur (26). Ateş ve lökosit enfeksiyonun varlığını gösterir. Akut obstrüktif süperatif kolelit bu tip obstrüksiyonun daha ağır bir şekli olarak karşımıza çıkar. Kanal sisteminin ağır enfeksiyonu sonucu olarak, erken parankimal hücre hasarı belirtileri mevcuttur ve SGOT yükselmesi şeklinde belirir.

Retansiyon sarılığı tablosu; cilt ve mukozanın sarı renk alması ile belirlenmiştir. Ciltte kaşınma izleri mevcut olabilir. İdrar koyu kahverengi-siyahımsıdır, safra pigment ve tuzları ihtiva eder. Normalde safranın renklendirdiği dışkı aksine solmuş olup camcı macunu renginde ve safranın barsağa akışı engellendiğinden yağ absorpsiyonunun bozukluğuna bağlı olarak yağlı görünüm alır. Karaciğer kolestaza bağlı olarak büyür. Alt kenarı normal keskinliğini kaybedip körleşmiştir. Karaciğer alt kenarında safra kesesi palp edilmeğe çalışılmalıdır.

Kuram olarak:

Sarılık + safra kesesinin ele gelmesi = Pankreas kanseri

Sarılık + safra kesesinin ele gelmemesi = Koledok taşı

Bu Courvoiser - Terrier kanunudur.

Retansiyon sarılığına bağlı biyolojik sendrom şu bulgularla karakterizedir(13). Bilirübineminin artışı (normalde 0.5-1.5 mgr/100 ml) 6 mgr ve daha fazla miktara erişebilir. Sarılığın şiddeti bilirübinin yüksekliğiyle doğru orantılıdır. Bu ara kanda kolesterol miktarı da yükselir. 500 mgr veya daha yüksek miktara ulaşır. Bununla beraber karaciğerde esterifie kolesterol değeri değişmemiştir. Kanda alkalin fosfataz artması (normalde 5 Bodensky ünitesi) retansiyon sarılığında 10 üniteyi geçer.

Serum Bilirübin: Total serum bilirübin normalde % 1.5 mgr dan azdır. Bunun % 1.2 si suda erimiyen akonjuge şekildedir. Bu fraksiyon hemolitik olaylarda artar. Obstüktif sarılıkta ise direkt fraksiyon (ki bu konjuge bilirübin demektir) genellikle yükselmiştir ve total serum bilirübin seviyesinden daha kesin bir indekstir. İdrardaki bilirübini araştırmalar, akonjuge bilirübine ait sarılıkların ayırılmasında yardımcıdır. Normal şartlar altında idrarda bilirübin yoktur. Çünkü akonjuge fraksiyon böbrekten salgılanmaz.

Fekal ve Üriner Urobilinojen: Dışkı ve idrardaki ürobilinojen seviyesinin tesbiti yararlıdır. Konjuge bilirübin terminal ileumda ve kolonda renksiz bileşiklere çevrilir ve ürobilinojen olarak bilinir. Normalde yaklaşık olarak bütün ürobilinojen sterkobilin olarak atılır ve az bir miktarda da idrarla çıkartılır. Feçes ve idrarda ürobilinojenin kesin yokluğu, neoplazma bağlı bilier yolların tam tıkanmasını gösterir. Dalgalanan fekal ve üriner ürobilinojen seviyeleri "choledocolithiazis"de görülür, aralıklı tıkanmaya işarettir

Sarılık varken karaciğer hücrelerinin BSP bağlama kapasitesi bozulmuştur. SGOT ve SGPT nin erken artışı hepatosellüler sarılıkta görülür. Bariz bir artış vardır. Alkalenfosfataz obstrüktif sarılıkta erken safhasında görülür. Obstrüksiyonu takiben oluşan hücre hasarına bağlı olarak SGOT ve SGPT yükselir. Alkalenfosfataz seviyeleri hepatitin erken devrelerinde, karaciğer hassas ve büyümüşken yükselir. Bazı siroz vakalarında da böyledir. Mamafih King-Armstrong üzerindeki değerler obstrüktif tanısını destekler. Serum amilaz düzeyine morfin kullanımının tesir edeceği belirtilmektedir (51). Bu bakımdan dikkatli olmalıdır.

Protrombin zamanı ve K vitaminine cevap: Obstrüktif veya hepatosellüler tipte sarılığı olan hastalarda protrombin zamanı uzar. Ayırıcı tanıda protrombin zamanının K vitamini enjeksiyonuna cevabı önemlidir. K vitamini enjeksiyonunu takiben protrombin zamanında düzelme; obstrüktif sarılık tanısını destekler. Hepatosellüler bözuklukta ise bu düzelme olmaz (50,51).

Radyolojik tetkiklerden:

Direkt batın grafisi ancak opak olan safra taşlarının % 5 kadarını gösterebilir (26). Bu da teşhis için yeterli değildir. (taşın yeri tam tayin edilemez) Vater ampullasında neoplazik oluşum ters 3 şeklinde deformiteye sebep olabilir. Genişlemiş duodenal pankreasın ilerlemiş karsinomunu belirtebilir (34). Ampulla tümörleri erken lezyonları hipotonik duodenografi tekniği ile tanınabilir. Bu yöntemle duodenumun mukoza yüzeyi, önceden yerleştirilmiş duodenal tüpten verilen baryum eriyiği ve hava ile ortaya konur. Testten önce parenteral verilen antikolinergik droglarla duodenum motilitesi azaltılır (34). Miktarın yüksekliği sarılığın şiddetiyle orantılıdır. Kolesterolünün artması: (normalde 170 mgr) kolesterolü 500 mgr ve daha fazla miktara ulaşabilir. Bununla beraber karaciğer fonksiyonları

yonunu yansıtan esterifiye kolesterol miktarı bozulmamıştır.

Kanda alkalin fosfataz artması: (normalde 5 Bodansky ünitesi) re-tansiyon sarılığında artış 10 üniteyi geçer.

Bilier yolların oral kolesistografi ile radyolojik incelenmesi: Serum bilirübini % 3 mgr dan az olduğu zaman tatminkardır, ve ikterik hastalarda çalışma ciddi olarak kısıtlanmaktadır.

Son yıllarda obstrüktif sarılığı olan vakalarda (13,18,26, 40) transhepatik kolanjiografinin başarıyla kullanıldığı bildirilmektedir. Çünkü obstrüksiyon yeri konusunda değerli bilgi vermektedir (44). İntrahepatik kolestazi açıklar. Ekstrahepatik obstrüksiyon tesbit edildiğinde, operasyon yapılacaksa yöntem emindir. Eğer bilier traktüs görülmezse cerrahi girişim özelliğini kaybeder.

Karaciğer sintigrafisi (scainnig): Karaciğer içi yer kaplayan lezyonu ortaya çıkararak ayırıcı teşhise yardımcı olabilir (13).

Son yıllarda endoskopik retrograd kolanjiografinin de teşhiste önemli faydalar sağladığı bildirilmiştir (22). Yine son zamanlarda sarılığın ayırıcı tanısında radyoaktif Rose Bengal testinin teşhis doğruluğu % 98 olarak gösteriyerek daha yaygın kullanılabileceği belirtiliyor (31).

Tıkanma sarılıklı hastalarda selektif visseral anjiografi (SVA) nin de teşhiste önemli bilgiler verdiği ileri sürülmektedir (1). Visseral anjiografi seldinger tekniği kullanılarak femoral veya siller arter kateterizasyonu ile yapılır (21).

FİZİK MUAYENE:

Hepatosellüler veya obstrüktif sarılığı olan hastaların 2/3'ünde hepatomegali vardır. Fakat belirgin hepatomegali obstrüktif guruptan ziyade, parankimatöz gurupta daha sık görülür.

Asit; kollateral dolaşım belirtileri ve spider anjioma

karaciğerde sirozdan şüphelenildiğinde dikkatle aranması gereken semptomlardır.

Pankreatikoduodenal bölge tümörlerinde palpabl safra kesesi patognomonik bir bulgudur. Mamafih pankreas başı karsinoması olanların sadece % 50 sinde distandü safra kesesi vardır.

Tıkanma sarılıklarında özellikle hastalık terminal hale gelmeden önce yani kolestaza bağlı bilier siroz teşekkülünden önce karaciğer yetersizliği bulguları mevcut değildir. Özellikle provake galaktazüri deneyinde ve bromsülfaleyn retansiyon miktarında değişme, flokülasyon reaksiyonlarında bozukluk yoktur (13). Sarılık uzar, bilier siroz teşekkül ederse karaciğer fonksiyonları bozulur ve ameliyatın prognozu da ağırlaşır. Bu nedenle sarılıklı hastalarda erken hazırlık ve erken ameliyata sevk kliniğimizde prensip haline getirilmiştir.

Şayet kese büyük gergin ise ve karaciğer alt kenarında palpe edilebiliyorsa; kesede taş bulunmadığını ve engelin esas safra yolu üzerinde yerleştiğini düşünmek lazımdır. Çok defa koledokun son kısmını sıkan pankreas kanseri veya aşağıda yerleşen esas safra yolu kanseri söz konusudur. Bu durumda sarılık ilerleyicidir, hafiflemez, giderek koyulaşır ve yeşilimsi olur. Hastalar genellikle 60 yaş civarındadırlar. İştahsızlık ve zayıflama gibi genel malignite belirtileri de birliktedir.(17). Genellikle ağrısızdır veya bilier kolik kadar şiddetli olmayan künt vasıflı ağrıları vardır(1, 2,13,28)

Dış safra yollarında kanser, lokalizasyon olarak en altta ampulla kanseri veya ampullom, en üst lokalizasyon olarak ise duktus hepaticus kanserini görmekteyiz.

Vater ampullasını tutan tümör, duodenum lümenine doğru gelişir. Bu nedenle tümör enfekte olabileceğinden ateş görülebilir. Tümör barsak içine kanar. Dışkıda görülebilen melana veya gizli kan

saptanır. Gizli kan Benedick reaksiyonu ile ortaya konur. Duodenum tubajında da kan görülebilir. Tümör bazen nekroze olan kısmın düşmesiyle ufalır. Engel geçici olarak kalkar. Bu yüzden açılıp kapanan sarılık görülür. Bu bulgu koledok taşında da olabilir. Radyolojide bazen duodenum 2 ci kısmında deformasyon görülür. Duodenoskopi ampulla tümörünün görülmesi ve teşhisin doğrulanmasını sağlar.

Duktus hepatikus kanseri

Kaide dışı bir durum olarak safra yolları kanseri duktus sistikus ile esas safra yolu birleşme yerinin üzerinde bulunursameydana gelen tablo, safra kesesinde büyüme olmaksızın, karaciğer büyüklüğü ile birlikte sarılık mevcut olmasıdır. Bu, Courvoisier-Terrier kanununa aykırı olup, önemli bir yanlışlık nedeni olabilir.

Ampulla vateri kanseri

Nisbeten nadirdir. Bütün karsinomların % 1.13 ünü teşkil eder(36). Siler klinik insidansını % 0.027 olarak bildirmiştir. Erkeklerde daha çok rastlanır. Çoğunlukla 50 yaşın üstündedir. İki tipte karşımıza çıkabilir. 1-Papiller, 2- Ülseran. Palpasyonu güç olduğundan duodenotomi gerekebilir (17,42). Bu bölgedeki neoplazmlar direkt yayılma ile duodenum duvarına, pankreasa ve koledoka yayılabilir. Regional lenf nodüllerine, karaciğere, pulmoner yapılara metastazın lenfojenik yol ile aynı zamanda portal vena ile olduğu düşünülmektedir (32).

Bulgular ve Semptomlar:

Bu hastalıkta ağrı karakteristik bir semptomdur. Vakaların % 60 ında ağrının olabileceği bildirilmektedir (36). Genellikle epigastrik bir rahatsızlık mevcuttur. Bunu künt, sıkıcı veya keskin kesik kesik veya devamlı olarak tarif edilen veya yemeklerle ilgisi olmayan bir ağrı şeklinde tarif etmektedirler (13,23,36,37).

Ağrı abdomenin yukarı kısımlarında değişik alanlara yayılabilir. Bir çok durumlarda sırta yayılır. Ağrısız sarılık yaptığı eski fikri ortadan kaldırmak gerekir. İştahsızlık ve kilo kaybı gibi genel Ca belirtileri bütün diğer semptomları örtebilir. Bu semptomlara bulan-tı kusma ve diyare eşlik edebilir (13,36,37). Tümör, obstrüksiyon yaparak kolanjit ve buna bağlı ateş, kaşıntı, sarılık ortaya çıkabilir. Burada 3 tip klinik tablo olabilir.

- 1- Ağrısız aralıklı sarılık
- 2- Ağrısız sürekli sarılık
- 3- Ağrılı aralıklı sarılık.

vakaların % 86 sında karaciğer büyümesi olabileceği bildiriliyor(36). Sekonder bir anemi görülebilir. Literatürde Halsted ve Copper in öldürücü kanamalar gördüğünü Siler bildirmektedir (36). Kanlı duodenal mukusun varlığı ülserli ampulla kanserini belirtebilir. Duodenal drenajda safra bulunmayışı da bu bölgede maligniteyi akla getirmelidir. Bu radyolojide duodenumun ikinci kısmının düzleşmesi veya yerini değişmesi şeklinde olabilir.

Ayırıcı teşhiste koledok taşı, pankreas başı kanseri, duodenum veya ekstrahepatik safra yolları kanseri akla getirilmelidir. Özet olarak: Epigastrik rahatsızlık veya ağrı, anoreksi veya kilo kaybı, obstrüktif sarılığın klinik belirtileri, anemi, dışkıda kan bulunması, duodenal sekresyonda kan bulunması, radyolojide periampuller bölgede ters 3 işareti görülmesi (Frostberg belirtisi) bu hastalağı düşündürür (24,48).

Laboratuvar tetkikler:

Pnömooperituvandan sonra yapılan karın endoskopisi, yani laparoskopi (selioskopi) karaciğerin durumunu, kenarının keskin olmamasını (atrofik sirozda keskin olmasının aksine) belirtir, kesenin halini doğrular. Bazen karaciğer metastazları olduğunu gösterir. Safra

stazı ile hepatit karıştırılabilir.

Safra stazında, karaciğer büyümüş, koyu renkte ve yeşilimsi görünümde olup kenarları keskin değildir. Karaciğeri sathında bazen "vasa aberantia" (genişlemiş yüzeysel safra kanalikülleri) nin yaptığı beyazımsı ağ izi vardır.

Hepatitte karaciğer normal hacimde olup kenarının keskinliği ve mutad veya pembeye meyleden rengini korumuştur. Tetkik, safra kesesinin durumunu yani normal veya patolojik olduğunu ve büyüdüğünü meydana çıkarır. Courvoisier - Terrier kanununu doğrulayabilir.

Transhepatik ponksiyon ile safra kanallarına direkt olarak kontrast madde vererek safra yollarının radyografisi elde edilir. Radyografide engelin yeri ve görünüşü açıklığa kavuşur (13,18).Kanser bulunması halinde görünüş palamut şeklinde değildir. Halbuki negatif olarak kalıbı çıkan bir koledok taşı, palamut şeklinde bir görüntü verecektir (13).

Papillanın duodenoskopi altında kataterizasyonu: Fibrooptik duodenoskopi ile papilla görülür. Bilahare duodenoskopun içindeki kanal yardımıyla papilladan içeri girilerek polietilen katater ilerletilir. Ve dış ucundan opak madde verilerek safra yollarının retrograd kesifleşmesi sağlanır (3,13,30). Bu seviyede bulunan bir engel ortaya çıkar.

Koledok taşı: Esas safra yolunda bir engel, koledokta taş mevcut, mutad retansiyon sarılığı belirtileri olan, dışkının renksizleşmesi, idrarın koyu renkte olması ve pirüriden başka genel durumun muhafaza edildiği lökositozla birlikte ateş bulunabilir. Büyümüş olan karaciğerin altında kese boşuna aranır. Çünkü hissedilmez. Bununla birlikte özel olarak sarılıkla birlikte olmayan koledok taşı şekilleri de vardır. Tomografi ve biligrafiler gözden geç-

ma tehlikesi bulunan koledok taşını meydana çıkarırlar. Kaide dışı bir durum olarak bir safra kesesi taşı duktus sistikusa yerleşirse, koledok taşı safra kesesi büyüklüğü ile birlikte bulunabilir. Hidrokolesistit meydana gelerek koledok taşına eklenir. Duodenoskopi altında papillanın kataterizasyonu ve safra yollarının opak hale getirilmesi bazen klinik safhadan itibaren engelin yer ve tabiatının belli olmasını sağlar (12,13,22). Safra kanaliküllerinin başlangıçlarından itibaren harap olmaları, daralmaları veya tıkanmaları ile meydana gelen karaciğer içi kolestazın tanınmasında bu tekniğin eşi yoktur. Çünkü karaciğer içi kolestazın tesbiti klinik olarak güçtür. Ve cerrah lezyonların çokluğu ve mikroskopik özellikleri nedeniyle safra kanalcıklarındaki olaylara erişemez. Klinik olarak retansiyon sarılığı tablosu vardır. Fakat cerrahi müdahalede safra yollarının genişlemediği ve açık olduğu görülür. Böyle bir durumda safra yollarının duodenoskopi altında retrograd olarak kesifleştirilmesi, onların serbest olduğunu gösterir (13,22,30).

Radyoşirürjikal tetkikler: Bu incelemeler, taşların meydana konması kесе ile esas safra yolu arasındaki ilişkilerin ve oddi sfinkteri seviyesinde fonksiyonel veya organik bir engelin varlığının ortaya çıkarılması için zorunludur (13),

Pankreas başı kanseri: Safra yollarının pankreas başı ile olan ilişkileri, bu seviyede meydana gelen kanserin herşeyden önce retansiyon sarılığı ile ortaya çıkmasını izah eder (1,2,13,28). Pankreas başı kanseri pankreato bilier sendroma sebep olurken, korpus kanseri pankreatiko soler sendronla epigastrik şiddetli ağrı ve buna karşı hastanın özel duruşu vasküler etki ile vena lienalis tümör içinde kalırsa Sekteriel portal staz ve buna bağlı splenomegali bazen de dyestif kanamalar görülür (13). Pankreas başı kanserleri bu organa yerleşen kanserlerin % 75 ini teşkil ederler. Pankreas

başı büyümüş ve çok sertleşmiştir. Umumiyetle koledok tıkanığın-
dan karaciğer ve safra kesesi de şişmiş genişlemiştir. Pankreas ba-
şı kanseri civarında bulunan V.Cava, vena portae ve dallarına çabu-
cak yayılır.(37). Kan yolu ile karaciğere metastaz yapar. A.pankre-
atika duodenalis, a.gastroduodenalis ve trunkus coeliacus etrafın-
daki lenf bezlerine kolaylıkla yayılır (17). Kanser sinir kılıfları
yolu ile de ilerler. (ağrıların sebebi) Pankreasın arka yüzü plexus
coeliacus ile direkt temas halindedir (42).

Hastada sarılık, ağrı gibi şikayetler çıktığı zaman şifa ve-
rici bir ameliyat yapma inkanı sıklıkla geçmiştir. Mikroskopik ola-
rak pankreas kanseri adenokarsinomadır. Umumiyetle skirö tiptedir.
Bazan medüller tipte de olabilir. Üç pankreas başı kanserine mukabil
bir periampuller kansere rastlanır. Periampuller kanserden daha ön-
ce söz etmiştik.

Klinik tablo: Pankreas başı kanserinde evvela sinsi ve gizli bir
safha vardır. Bu safhada hasta nadiren görülür. Pek bariz olmayan
sindirim bozuklukları, zayıflama, istahsızlık vardır. Pankreas başı
kanserinde bilhassa epigastriuna lokalize karın ağrısına sık rast-
lanır, oyucu vasıftadır. Umumiyetle arkaya vurur. Ağrının sağa veya
sola vurduğu, kemer gibi sardığı vakidir. Evvelce zikredildiği gibi
pankreas kanserinde ağrısız sarılığın meydana geldiği doğru değil-
dir. Vakaların % 80 inde az veya çok bir ağrı vardır. (13,37). Bu
ağrı devamlı olduğu gibi paroksizmal de olabilir. Daha sonra hasta-
larda feçes beyazlaşır. Bunun hemen arkasından sarılık kendini gös-
terir. Bu kanserin koledok kanalını tıkanmasından husule gelir. Nor-
maldeki koledoktaki safra basıncı 12 cm su sütunu kadardır. Koledok
tıkanınca basınç yavaş yavaş yükselir. Safra yolları genişler. Taz-
yık 30 cm/su basıncını bulunca safra akımı yolunu değiştirir. Kana
geçmeye başlar. Hastada sarılık görülür. Ve sarılık gittikçe koyu-

laşır. Bu sarılığın karakteri devanlı ve ilerleyici olmasıdır. Sarılıktan sonra kaşıntı şikayetleri başlar. Hastada kaşıntı izleri görülür. Bu da çok rahatsız edicidir. Hastada daha çok kabızlık şikayetleri vardır. Ancak diyare de görülebilir. Virsung kanalı tıkanıdığı zaman meydana çıkan kabızlık veya diyare yanında fena kokulu bol yağlı feçese az da olsa rastlanılır.

Fizik muayene: İncelemede sarılık ve kaşıntı izleri görülür. Talpasyonla karaciğerin kaburgalar kenarını birkaç parmak aştiğini ve bunun altında safra kesesine ait büyük bir şişliğin mevcudiyeti hissedilir (Cour vaisier - Terrier kanunu) Epigastriunda tümöral kit- le ele geldiği vakit vaka çok defa inoperabldır. Pankreas başı kanserinin ileri devrelerinde karında asit teşekkül eder. Bu çok defa kanser metastazı ile büyümüş lenf bezlerinin vena portayı sıkıştırması ile meydana gelir. Hastada devanlı zayıflama vardır.

Laboratuvar muayeneleri: Mide duodenum radyolojik tetkikinde (özellikle hipotonik duodenum grafisi) duodenum halkasının genişlediği, köşelerin yuvarlaklaştığı, bulbus duodeninin uzadığı, duodenumun bir tarafa itildiği veya bizzat tümörle daraltıldığı, duodenumun mukoza kıvrımlarının basıldığı görülebilir (33). Frosberg-Gutmann belirtisi. Yani duodenumun ters 3 manzarası aldığı tesbit edilebilir. Fakat oldukça nadirdir. Pankreas salgısının sekretin enjeksiyonu ile uyarılmasından sonra, sitolojik olarak incelenmesi kanser teşhisi için oldukça doğru sonuçlar vermektedir.

Selenyum (Se 75) radyoizotopla yapılan sitigrafide seleno- netionin tesbitinde noksanlık görülür (Bu bulgu kist vakalarda daha barizdir) (13).

Feçesin muayenesinde hazmedilmemiş et lifleri, yağ artıkları bulunabilir. Bazan gizli kan da mevcuttur.

Kanda hiperbilirubinemi vardır. Alkalen fos fataz ve koles-

terin miktarı artar, hyperglisemi bulunabilir. Pankreas tetkikinde kliniğimizde de birçok vakalarda da şahit olduğumuz gibi, pnomo ve retropnömoperituvan tetkikleri özellikle pankreas bölgesinin sagittal veya transvers tomografileriyle birlikte yapılırsa teşhise yardımcı olmaktadır (34).

Dış safra yolları parazitleri: Fasiola hepatica: Klinik belirtileri aynen bir koledokus taşında olduğu gibidir. Kesin teşhis gaita veya tubaj safrasında parazitin yumurtasının görülmesiyle olur. Ancak preoperatif teşhis çok zordur. Vakaların hemen hepsi koledokus taşı teşhisiyle ameliyata sevk edilmiştir. Bazı vakalarda hastalık sepsis şeklinde de kendini gösterebilir. Safra yolları ve karaciğerde yaşayan parazitlerin bazen büyük kanamalara sebep olabileceği de ileri sürülmektedir (23). Ekseriya kapsül altında kanama görüldüğünü ve memleketimizde cerrahi olarak tedavi edilen ilk vakanın mevcut olduğu bildirilmektedir (23).

Ascaris lumbricoides: Şu nedenlerden safra yollarında hastalık yapar:

1- Mekanik olarak karaciğer içi ve dış safra yollarına, safra kesesi ve Virsung kanalına giren parazitler gerek kendileri, gerek yumurtaları ve gerekse larvalarıyla bu kanalların tıkanmasına sebep olmaktadırlar. Bu sebeple tipik koledokus tıkanmaları (ve buna bağlı tıkanma sarılığı) akut kolesistit, akut pankreatit gibi hastalıklara sebep olur.

2- Barsaklardan gelen parazitlerin beraberlerinde getirdikleri mikroplarla safra yollarını ve karaciğeri infekte etmeleri sonucunda meydana çıkan infeksiyonlar ve karaciğer abseleri de bu yönden önemlidir.

3- Safra yollarında ölen ascarislerin bıraktıkları parçaların ve yumurtalarının etrafında safra çökmesi sonucunda taş teşekkül edebileceği bildirilmektedir (23). Kliniğimizde bir tıkanma sarılığı

vakasında koledok taşı tanısıyla yapılan müdahalede koledokta tıkanmaya ascarisin neden olduğunu gözledik. Ameliyat öncesi teşhis oldukça zordur. Ancak hastaların genç yetişkinler ve çocuklar olduğu hallerde şüphenilebilir. Geçmişlerinde ascaris hikayesi olanlar, gaitada ascaris tesbit edilenlerle özellikle kusma ile ascaris çıkaran tıkanma sarılıklı hastalarda bu etken hatırlanabilir.

Lambliia intestinaliste safra yolları parazitlerinden sade tıkanma sarılığına mikroskopik olması nedeniyle sebep olmaz, ancak safra taşı teşekkülünde rol oynayabilir.

Kayabalı tarafından tıkanma sarılığına sebep olan etkenler arasında dış safra yollarının yabancı cisimlerinden, lastik dren parçaları, rezorbe olmayan dikiş materyeli, gaz bezi parçaları, penetran karın yaralanmaları yapan kurşun ve saçma taneleri, meyve çekirdekleri de bildirilmektedir.

Intrahepatik tıkanmaların bir diğer formu; perikolanjite bağlıdır. Portal mesafeyi ilgilendiren bu durumun uzun süren ülseratif kolitisi olan hastaların bir kısmında görülebileceği ile ri sürülmüştür (26).

KLİNİK MATARYEL VE METOD

Bu araştırma Nisan 1971 - 1978 yılları arasında D.Ü Tıp Fakültesi Cerrahi kliniğinde tıkanma sarılığı nedeniyle ameliyat edilmiş 87 hasta üzerinde yapılmıştır.

Vakalarımızda yaş, cins, tıkanma sarılığı nedenleri, ameliyat kesileri, cerrahi tedavi, ameliyat sonrası ortaya çıkan komplikasyonlar, ölüm oranı ve nedenleri araştırılmıştır.

Mataryelimizi oluşturan 87 hastada ameliyat öncesi devrede hemogram, kanama, pıhtılaşma zamanı, tam idrar tetkiki, sedimantasyon, açlık kan şekeri, azotemi, karaciğer fonksiyon testleri(Tymol

bulanıklık, SGOT, SGPT, kanda bilirübineni, kan proteinleri) protrombin zamanı gibi laboratuvar tetkikleri yapılmış; bir kısım vakamızda mide duodenumun baryum sülfatla tetkiki, IV kolesistokolanjiografi, perkütan transhepatik kolanjiografi gibi radyolojik incelemeler de yapılmıştır.

Ameliyat öncesi devrede hastalarımıza K ve B kompleks vitaminler verilmiş, bir kısım vakada sıvı elektrolit eksiklikleri süratle yerine konmaya çalışılmıştır.

Ameliyata alınan hastalarımızda tıkanma sarılığına yol açan neden göz önüne alınarak gerekli cerrahi tedavi uygulanmıştır.

Ameliyat sonrasında hastalarımızda sıvı elektrolit dengesi sağlanmış, antibiyotik yapılmış, vitaminoterapi uygulanmıştır. Bu dönemde günlük idrar, azotemi ve karaciğer fonksiyon testleri yaptırılarak hastalarımız izlenmiştir.

T tüpü yardımıyla Ductus koledokus drenajı yapılan hastalarımızda 12-20. günler arasında, aynı tüp yoluyla kolanjiografi yapıp safra yolları tekrar izlenmiştir.

Klinik Bulgular:

47 erkek (% 54,03), 40 kadın (% 45,97) toplam 87 vakamızda ameliyat öncesi, ameliyat ve ameliyat sonrası değerlendirilmelerinden elde edilen veriler aşağıda özetlenmiştir.

Yaş: Vakalarımızda yaş durumu incelendiğinde hastaların 17-80 yaşları arasında olup, ortalama yaşın 49,03 olduğu görülmektedir. Kadın hastalarımızda yaş ortalaması 43,7 olup erkek hastalarımızda 53,9 bulunmuştur.

Cins: 87 hastamızdan 47 si erkek olup 40 tanesi de kadındır. E/K oranı 1,175 dir.

Sarılık nedenleri: Tıkanma sarılığı bulunan 87 vakamızda ameliyatta saptanan bulgular Tablo-1 de gösterilmiştir.

TABLO-1: Tıkanma sarılığı bulunan 87 vakadaki ameliyatta saptanan nedenler.

NEDEN	VAKA SAYISI	% (yüzde)
Ductus choledochusta taş	39	44.82
Pankreas başı kanseri	25	28.61
Karaciğer kanseri	6	6.87
Ductus choledochus kanseri	4	4.59
Safra kesesi kanseri	4	4.59
Ductus choledochusa dıştan baskı	2	2.29
Ductus choledochusta taş+Oddi sfinkterinde dış baskı	2	2.29
Ampulla vateri kanseri	2	2.29
Dış ana safra yollarının edinsel bağlanması	2	2.29
Ductus choledochusta parazit	1	1.14
TOPLAM	87	100.00

Koledok taşı bulunan bir hastamızda aynı zamanda safra kesesi agenazisi mevcuttu.

Daha önce kolesistektomi ameliyatı geçirmiş 4 hastamız sarılık nedeniyle tekrar ameliyata alındı. Bunların koledoklarındaki taş ilk ameliyatta unutulmuştu.

87 vakamızda kullandığımız kesiler Tablo-2 de gösterilmiştir.

TABLO-2: Tıkanma sarılığı nedeniyle 87 vakamızda kullanılan ameliyat kesileri

KESİLER	VAKA SAYISI	% (yüzde)
Sağ paramedian	44	50.57
Sağ transrectal	22	25.28
Median	12	13.79
Sağ pararectal	6	6.89
Sub costal	3	3.44
TOPLAM	87	100.00

Tablodan da anlaşılacağı gibi en çok paramedian kesiyi tercih ettik. Bunun nedeni: Safra yolları ameliyatında bize geniş bir görüş sahası temin etmesidir.

Tıkanma sarılığı nedeniyle ameliyata aldığımız 87 hastaya uygulanan ameliyat usülleri Tablo-3 de gösterilmiştir.

TABLO-3: Tıkanma sarılığı bulunan 87 hastamızda uygulanan ameliyat usülleri.

YÖNTEM	VAKA SAYISI	% (yüzde)
Cholesistektomi+choledochotomi + T tüp drenajı	35	40.22
Cholesistojejunostomi	13	14.71
Choledochoduodenostomi	9	10.34
Choledochotomi+ T tüp drenajı	8	9.19
Laparotomi+Biopsi	6	6.87
Cholesistektomi+choledochotomi+duodenotomi +sfinkterotomi+ T tüp drenajı	3	3.44
Whipple ameliyatı	3	3.44
Hepatico jejunostomi	3	3.44
Hepatomi+safra kanalının dışa drenajı	2	2.29
Cholesisto duodenostomi	1	1.14
Choledocho jejunostomi	1	1.14
Hepatico gastrostomi	1	1.14
Cholesistektomi+ductus hepaticus sinistraya T tüp drenajı	1	1.14
Choledochun T üstünden drenajı	1	1.14

Ameliyat edilen 87 hastanın 18 i kaybedilmiştir. Mortalite % 20.6 dır. Kaybedilen 18 vakamızdaki ameliyat tanısı Tablo-4 de izah edilmiştir.

TABLO-4: Kaybedilen 18 vakamızdaki aneliyat tanısı ve ölüm oranı

NEDEN	VAKA SAYISI	ÖLÜM	ÖLÜM ORANI(%)
Choledochus taşı	39	1	2.5
Pankreas başı kanseri	25	11	44
Karaciğer kanseri	6	1	16.6
Safra kesesi kanseri	4	2	50
Ampulla vateri kanseri	2	2	100
Choledochus'a dıştan baskı	2	1	50
TOPLAM	87	18	

Vakalarımızın 10 tanesi hepatorenal sendromdan, 4 tanesi solunum ve dolaşım yetmezliğinden, 3 tanesi myocard enfarktüsünden, 1 tanesi de cardiac arrest nedeniyle exitus olmuştur. Ölüm oranı % 20,6 dır.

18 vakadan 10 tanesinin hepatorenal sendromdan kaybedilmesinin nedeni hastaların kliniğimize geç müracaat etmesi ve buna bağlı olarak irreversibl hücre harabiyetine uğrayan karaciğerin ameliyat stresinin de eklenmesi ile akut hepatik yetmezlik ve hepatorenal sendrom tablosunu yaratmasıdır. Kaldı ki bu nedenle biz hasta yattığı andan itibaren karaciğer koruyucu diyet, vitamino-terapi, % 20-30 serum glikoze eriyikleri infüzyonuyla ilk andan itibaren neticesi ölüm olan bu tablolarla karşılaşmamak için gerekli profilaktik yöntemleri uygulamaktaydık.

Ayrıca solunum dolaşım yetmezliğinden ölen 7 hastamızın yaşları 55-80 arasında olup, ileri yaş hastalığı olan arterioskleroz zemininde tıkanma sarılığı nedeniyle müracaat etmişlerdi. Nitekim bunlardan 3 ü klinik ve EKG tetkikleriyle tesbit edilen myocard enfarktüsü ile kaybedildiler. Bir hastamız ise henüz ameliyatın başında cardiac arrest nedeniyle kaybedildi.

Post operatif komplikasyonlar: Post operatif devrede 8 hastamızda yara enfeksiyonu, 5 hastamızda lenfanjit, 2 hastada bronkopnömoni ve bir hastada sistit görülmüş olup bunlar medikal tedavi ile düzeldiler.

TARTIŞMA

Tıkanma sarılığının önemi: Tıkanma sarılıkları gerek erken cerrahi girişimi gerektirmesi ve gerekse safra yollarının karışık anatonisi ve anomalilerinin mevcudiyeti yönünden, cerrahinin önemle üzerinde durulması gereken bir konusu olarak karşımıza çıkmaktadır. Konunun özelliği nedeni ile dünyanın birçok kliniklerinde bugün karaciğer ve dış safra yolları cerrahisi ayrılmış bulunmaktadır.

Elinizdeki teşhis vasıtalarının yeterli oluşu ameliyattan önce tanı konulabilmesine yardımcı olabilmekteyse de birçok vakada kesin teşhis ancak ameliyatla saptanabilmektedir.

Dış safra yollarında tıkanmanın uzun süre devam etmesi karaciğerde, hücre seviyesinde irreversibl bozukluklar meydana getirebileceğinden, erken cerrahi girişimin önemi açıktır. Reinus da bu hususa önemle değinmiştir (35).

Tıkanma sarılığı nedenleri:

• Karaciğer içi ve karaciğer dışı safra yollarının içten veya dıştan tazyiki nedeniyle safranın barsağa dökülememesi buna bağlı kanda bilirubin seviyesinin yükselmesi neticesi oluşan tıkanma sarılığı sebepleri aşağıya alınmıştır.

1- Karaciğer dışı safra yolları taşları

A) Duktus hepaticus taşları

B) Duktus koledokus taşları

C) Duktus sistikus taşlarının iltihabi ortamda koledok üzerine baskısı

2- Safra yolları parazitleri

A) Ascaris lumbricoides

B) Fasciola hepatica

C) Hidatik kist vezikülleri

- 3- Dış safra yolları, safra kesesi ve karaciğer primer tümörleri
- 4- Safra yollarının dıştan basısı
 - A) Pankreas başı Ca.
 - B) Vater ampullası Ca.
 - C) Sindirim sistemi kanserlerinin safra yollarına metastazı veya dıştan basısı.
 - D) Safra kesesi kanserlerinin metastazı
 - E) Duodenin ülserinin iltihabi ortamda basısı
 - F) Büyümüş lenf ganglionunun basısı.
- 5- Safra yolları iltihabı
 - A) Kolodisitis
 - B) Kolanjit
 - C) Kolangiolitis
- 6- Dış safra yollarının yaralanması
 - A) Kaza yaralanmaları (kurşun, bıçak vs)
 - B) Ameliyat esnasında yaralanmalar
- 7- Doğmalık safra yolları anomali ve striktürleri
- 8- Sonradan olma safra yolları striktürleri (23).

TEŞHİS VASİTALARI

Radyoloğa ve cerraha, karaciğer ve safra yollarının sağladığı kadar çalışma olanağını insan vücudunda, başka hiç bir organ sağlayamaz. Safra yollarının anatomik yapısı özelliği nedeniyle operasyonlar esnasında yapılan hatalar veya eksik müdahaleler hasta hayatını ciddi bir şekilde tehdit eder veya en azından hastada iyileşme temin edemez. Bu önemli sorun nedeniyle hekimler bu sahada sürekli çalışmalarıyla ameliyat öncesi veya ameliyat sonrasında tatbik edilen laboratuvar veya radyolojik inceleme usulleri geliştirmişlerdir.

Bunları:

- 1) Oral veya İV kolangiografi
- 2) Perkütan transhepatik kolangiografi
- 3) Fiberduodenoskopi yardımıyla papillanın kateterizasyonu ve retrograd koledoko pankreato grafi
- 4) Karaciğer iğne biyopsisi
- 5) Selektif visseral arteriografi
- 6) Radyoaktif izotoplarla yapılan sintigrafiler
- 7) İndirekt radyolojik yöntemler
- 8) Biyosinik tetkikler
- 9) Per operatuvar kolangiografi

olarak sayabiliriz (3,10,13,18,20,21,22,30,31,34).

İNTRAVENÖZ KOLANJİOGRAFİ

Safra yollarının tetkikinde sarılık olmadığı müddetce İV kolangiografi rutin hale gelmiştir. Vena yoluyla verilen biligrfin karaciğerde safra ile atılırken 10-30 dakika arasında safra yollarını doldurup, görülebilir hale getirir. Bu nedenle 10 cu dakikadan 30 ci dakikaya kadar devamlı radyografiler yapılmalıdır. İV kolanjiografi yaparken tomografi de yapılırsa daha yararlı bilgiler elde edilir. İV kolanjiografinin pozitif sonuçlarına inanılabilir. Ancak negatif sonuçlara güvenmenek gerekir. İyi sonuç vermesi için karaciğer hücrelerinin fonksiyonlarının yeterli olması lazımdır. Serum bilirübinin 3.5/100 ml olduğu halde İV kolanjiografi sonuç vermeyebilir(6).

PERKÜTAN TRANSHEPATİK KOLANJİOGRAFİ

Perkutan transhepatik kolanjiografi son yıllarda tıkanma sarılıklarında başarıyla tatbik edilen bir teşhis vasıtası olmuştur. Ancak bu metodun safra kanallarına girenene başarısızlığı yanında

periton boşluğuna safra sızması, periton boşluğuna kanama ve safra yolları içine kanama gibi komplikasyon tehlikesi vardır (6,10,18, 21,23,24,34). Sayılan bu komplikasyonların laparatomiden daha az risk taşıdığını ileri süren yazarlar da mevcuttur (21).



Resim-2: Tıkanma sarılığı nedeniyle ameliyata alınan hastada yapılan P.T.H kolanjiografi. Koledokta taş mevcut (klinik vakalarınızdan).



Resim-3: Tıkanma sarılığı nedeniyle P.T.H. kolanjiografi yapılan hastada eski safra yolları ameliyatına bağlı koledok yaralanması (kliniğimizden)

PEROPERETUVAR KOLANJIOGRAFI

1932 yılında kullanılmaya başlanan peroperatuvar kolanjiografi, uygulandığındaki kolaylık ve mortalitenin bulunmaması, sonuçtaki yüksek başarı nedeniyle Dünyanın birçok kliniğinde karaciğer dışı safra yolları ve safra kesesi ameliyatlarında uygulanan rutin bir inceleme haline gelmiştir.

Biz de kliniğimizde karaciğer dışı safra yolları veya bir kısım safra kesesi ameliyatlarında peroperatuvar kolanjiografi uyguladık (11).



Resim-4: Koledok taşına bağlı tıkanma sarılığı olan hastada yapılan peroperatuvar kolanjiografi görüldüğü gibi safra duodenum normal olarak geçmektedir (kliniğimiz vakalarından).

Fiber duodenoscopy yardımıyla papillanın kataterizasyonu ve retrograd koledoka-pankreato grafi: Fiber duodenoscopynin papilla vateri kanserleri erken teşhisinde önemli bir araştırma yöntemi olduğu Japon araştırmacı Oi ve arkadaşları tarafından bildirilmektedir (30).

Blungart ve arkadaşları tıkanma sarılıklarının erken teşhisinde endoscopy ve retrograd koledoko-pankreato grafinin önemine değinmişlerdir(3). Teşhisi şüpheli 145 hasta üzerinde yapılan çalışmada; 109 hastada kesin teşhis sağlanmış, 14 hastada faydalı bilgiler elde edilmiş, 24 hastada elde edilen bilgiler teşhise yardımcı

değilmiş, 1 hastada ise netice yanlış yola sevkettirici olmuş. Bu neticelere göre yazarlar kısmen komplikasyonsuz olması nedeniyle bu metodu percutan transhepatic kolanjiografiye va karaciğer iğne biyopsisine tercih etmektedirler

Karaciğer İğne Biyopsisi: Safra, peritonit ve kanamaya sebep olacağından, teşhise de beklenildiği kadar yardımcı olmadığından, birçok yazarlarca tavsiye edilmemektedir (4,9,23,33,50,51). Biz de kliniğimizde yaptığımız çalışmalardan edindiğimiz tecrübeye göre; karaciğer iğne biyopsisinin kesin olarak ameliyata verilecek hastalarda yapılmasının uygun olacağı kanısına vardık. Laparatomide daha iyi biyopsi alınabileceği ve ayrıca diğer sebepler daha açık görüleceği için tıkanma sarılığı vakalarımızda karaciğer iğne biyopsisine ihtiyaç duymadık.

Bugün sarılık teşhisinde radioactive rosebengal testinin de faydalı sonuçlar verdiği, ancak bazı nedenlerle geniş uygulama alanı bulamadığı bildirilmektedir.

AYIRICI TEŞHİS

Tıkanma sarılığı olan vakalarla karşılaşıldığı zaman, sarılık yapan tüm etkenleri düşünmek zorundayız. Hepatico-sellüler harabiyete bağlı sarılıklı bir hastayı genel anestezi altında ameliyata vermek, anestezi nedeniyle hastanın genel durumunu daha da kötüleştirilebilir. Hastanın en son kullandığı ilaçları da öğrenmenin şart olduğu ve bu nedenle sarılık yapan ilaçlar anemnezde aranmazsa önemli teşhis hatalarına düşülebileceği bildirilmektedir (39,40). Bunlar arasında fenothiazin, chlorpromazine, androgenler methyl testosteron sayılmaktadır. İlaça bağlı kolestazda ağrı ve ateş yükselmesi görülmez. Eozinofili de ilaç kolestazında fazladır.

Sarılıkların ayırıcı tanısında terapötik test olarak kortizon da kullanılabilir. 50 mgr hydrocortizon veya 10 mgr prednizon günde 4 defa verilir. Sarılık azaldıkça dozlar da azaltılır. Steroid tedavisine cevap alındığı, serum bilirübin seviyesinin düşmesiyle gözlenir. Bu arada steroid tedavisinin postoperatif enfeksiyona ve hipotansiyona zemin hazırladığı da söylenmektedir (4).

Bazen taşın kanalı tıkadığı, posthepatik vakalarında da taşın etrafa yaptığı ödem ve enfeksiyonu kaldıran steroid, safraya akış yolu temin edebileceğinden yine de dikkatli olmanız gerekir. Ancak sarılığı kaldırdığından kolanjiografi yapma inkarı doğar (39, 40). İlaç hassasiyetine bağlı sarılıkta patogenezin safra sekresyonunun kanaliküller seviyede mekanik karışmasına veya intrasellüler enzimlerin değişikliğine bağlı olup olmadığı cevaplanamayan bir sorudur (26,50,51).

Hepato-sellüler ikteri tıkanma ikterinden ayıran biyokimik reaksiyonlar Spelberg'in sunduğu aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (39). (Tablo-5)

Tıkanma sarılıklarında başlangıçta karaciğer fonksiyonlarının normal olduğu açıktır. Zamanla kolestaz uzar kronikleşirse karaciğer hasarına ve sekonder bilyer siroza neden olacağından tablo karışır.

Ayırıcı teşhiste intrahepatik kolestazla ekstrahepatik tıkanmaya bağlı nedenlerin ameliyattan önce ayırtedilmesi gerekir. Bu nedenle intrahepatik kolestazın belli başlı nedenleri tesbit edilmiştir.

İntrahepatik kolestazın nedenleri (50).

- | | |
|------------------------|-------------------------|
| 1-İnfeksiyöz hepatit | 4- Postoperatif sarılık |
| 2- Alkolik hepatit | 5- Hodgkin hastalığı |
| 3- İlaça bağlı sarılık | |

TABLO-5: Hepatocellüler ve tıkanma sarılıklarında laboratuvar değerler.

Değerler	Hepatocellüler sarılık	Tıkanma sarılığı
Gammaglobülin	Artar	Normal
Betaglobülin	Sporadik olarak artar	Çoğunlukla artar
Total kolesterol	Normal	Artar
Esterleşmiş kolesterol	Azalıır	Normal
Hanger-R	% 85 (+)	% 4-5 (+)
Mac-Lagan R	% 85 (+)	% 30 (+)
Takata-Dohmoto R	% 50 (+)	% 20-30 (+)
G.O.T	Kuvvetli artış	Normal veya az artış.
G.P.T	Kuvvetli artış	Normal veya az artış
G.O.T/G.P.T ilişkisi	Azalar	Normal
Sideremi	Artar	Normal veya azalır
Protrombin	Normal veya azalmış (K-vit ile düzelmez)	Azalmıştır (K-vit ile düzelir)
Irgl testi	Menfi	Müsbet
Morrison-Hoyt testi	% 15-90 müsbet	%0 5 müsbet

Kronik karaciğer hastalığı

- 1- Posthepatik siroz
- 2- Kronik aktif hepatit
- 3- Primer bilyer siroz
- 4- Kronik ülseratif kolite bağlı perikolanjitis

Genetik

- 1- Dubin-Johnson sendromu
- 2- Rotor sendromu
- 3- Benign familyal reküran sarılık
- 4- Gebelikte reküran sarılık (50).

Obstrüktif ve hepatocellüler tipte sarılığı olan hastalarda protrombin zamanı uzar. Ayrıca tanıda protrombin zamanının K vitamini enjeksiyonuna cevabı önemlidir. K vitamini enjeksiyonunu takiben protrombin zamanında düzelme obstrüktif sarılık tanısını destekler. Hepatocellüler bozuklukta ise bu düzelme olmaz (50,51).

Geniş laboratuvar imkanlarına rağmen bugün modern kliniklerde bile tıkanma tanısı ile ameliyata alınan hastalarda % 1.7-2.3 oranında ilaç sarılığı ve viral hepatit'e rastlanıldığı bildirilmektedir (4).

Tıkanma sarılıklarında hastayı ameliyata vermeden önce dikkatli bir anemnez, muayene yanında radyolojik ve laboratuvar tetkiklerin iyi değerlendirilmesi hasta hayatı için çok önemlidir. Ancak bunlara rağmen son sözün laparotomiye bağlı kaldığı fikrindeyiz.

Sarılıklı hastaların ameliyat öncesi hazırlığı

Ameliyat edilecek bütün sarılıklı hastalar; cerrahi girişimin stresine karşı hazırlanmalıdır. Amaç; hepatocellüler yetmezlikten korunak hemorajik komplikasyonlar ve infeksiyonla mücadeledir. Kardio-pulmoner, renal ve endokrin fonksiyonlar gözlenecek gerekli tedavi ve profilaktik yöntemler hemen gerçekleştirilecektir. Hasta yeterince hidrate edilecek, elektrolit, asit-baz dengesi sağlanacaktır. Safra yolları obstrüksiyonunu karaciğer hücre harabiyeti takip ettiğinden, hastanın optimal beslenme durumunda olması önemlidir (11 23). Protrombin zamanının K vitaminine verdiği cevap izlenmek kaydı ile hastaya K vitamini enjeksiyonları da yapılacaktır. Aynı zamanda cerrah da bilinçli ve ecelecilikten uzak olmalıdır. Daha önce halothana verilerek ameliyat edilen hastalarda ikinci operasyon söz konusu ise başka bir anesteziik maddenin seçilmesi gereklidir.

İnsizyon Tekniği:

Safra yolları operasyonu karın kaslarının tam olarak gevşemesini ve operasyon bölgesinin hareketsizliğini gerektirir (27). Serbestce çalışma sağlanmalıdır. Warren de bunun önemine değinmiştir (43,44). İnsizyonun geniş olması uygundur. Warren göbek altına 2-3 cm uzayan sağ pararektusa benzer ksifoid den başlayarak sağ rektus adelesinin yana alınmasını sağlayan vertikal insizyonu tercih etmektedir (43), Biz de sağ paramedian kesiyi; gerek iyi ve geniş saha sağlanması bakımından, gerekse postoperatif insizyonal herni olasılığını minimale indirmesi nedeniyle tercih etmekteyiz.

Her operasyonda karın boşluğu dikkatlice araştırılır. Daha önce tesbit edilemeyen patolojik değişiklikler kaydedilir. Bu incelemeden sonra tüm bulgular negatif olsa bile detaylı bir şekilde kaydedilir. Kanser vakalarında cellüler asepsiye azami dikkat sarfedilmelidir.

Cerrahi Tedavi:

Tıkanna sarılığında cerrahi tedavi sebebe yönelik olmalıdır. Tıkanmanın yeri, nedeni ve hastanın genel durumuna uygun cerrahi yöntem seçilmelidir. Cerrahlar bu yöntemlerle ilgili geniş çalışma ve açıklama yapmamışlardır.

Biz burada teknik ayrıntılarına girmeden; aneliyat ve ameliyat endikasyonlarını kısaca gözden geçireceğiz

Koledok Taşı: Koledokotomi+ T tüpü drenajı ameliyatı uygulanır. Koledok taşı için bu aneliyatın ilk defa 1890 yılında Kimmel tarafından yapıldığı bildirilmektedir (43). Taşlı safra kesesi bulunan hastaların % 15-20 sinde aynı zamanda koledok taşı da olduğu bildirilmiştir (11). Bu nedenle koledokotomi endikasyonları buraya alınmıştır.

Koledokotomi Endikasyonları:

- 1- Sarılık bulunması veya yakın zamanda geçirildiğinin tesbiti
- 2- Koledokta taş palpe edilmesi ve genişlik görülmesi
- 3- Safra kesesinde küçük ve çok sayıda taş olması ile birlikte duktus cystikusun geniş olması
- 4- Radyolojik araştırmada taşın saptanması
- 5- Safra fistülü
- 6- Oddi sfinkteri stenozu, fibrozisi
- 7- Bulanık safra aspirasyonu
- 8- Koledok duvarı, pankreas başında sertleşme veya kalınlaşma tesbiti.

Koledokotomiden sonra da koledokta % 3-4 oranında taş kaldığı bildirilmiştir (11). Bunların T tüpünden kolik asit solüsyonu enfüzyonu, taş çıkartma aracıyla alınması gibi nonoperatif tedaviler uygulanmaktadır. Küçük taşların kataterle irrigasyonu veya mekanik olarak itilmesi sonucu vater ampullasından geçebileceği söylenmektedir. Büyük taşlar ise T tüpünün yaptığı yoldan sokulan geniş çaplı bir kataterden geçirilen taş çıkartma aracıyla alınabileceği bildirilmektedir. Başarıya ulaşılanadığı zaman yeniden cerrahi müdahale düşünülebilir.

Bizde koledok taşı nedeniyle ameliyat edilen 39 hastadan 1 i postoperatif devrede hepatik koma nedeniyle kaybedilmiştir. Mortalite % 2.5 dir. 39 vakanın 4 ü daha önce kolesistektomi ameliyatı geçirilmiş olup, koledokta taş gözden kaçmıştır.

Koledok taşı ile beraber oddi stenozu bulunan 3 vakamızda kolesistektomi+koledokotomi+duodenotomi+sfinktenotomi+T tüpü drenajı ameliyatı uyguladık. Hastalar şifa ile taburcu edildiler.

Safra kesesi Ca

Kolesistektomi veya safra kesesi ile birlikte karaciğerin bir kısmının alınması yahutta sağ veya geniş hepatik lobektomi yapılmaktadır (11,27). Ekstrahepatik safra yolları kanseri bulunan hastalarda kanalda taş bulunabilir (% 20-60) (11). Kanserin bulunduğu yer ve durum dikkate alınarak pankreato-duodenektomi, hepatik lobektomi, eksizyon, koledoko enterostomi, kolesisto jejunostomi, hepatiko jejunostomi, ekstra hepatik kolanjio-jejunostomi, dilatasyon ve T tüpü drenajı, hepatikostomi gibi cerrahi usüller uygulanır.

Kliniğimizde safra kesesi nedeni ile ameliyat olanlarda mortalite % 50 dir.

Ekstrahepatik safra kanalları

Strüktürü: Duruma göre plastik tamir uc-uca bilier intestinal anastomoz yapılıır. T veya Y şeklinde tüp konur. Düz tüp nadir olarak yüksek hepatiko-jejunostomide kullanılıp T tüpü uc-uca anastomozda, Y tüpü ise ductus hepaticus communisin yukarisından veya sağ, sol hepatik kanalda bulunan strüktür nedeniyle uygulanır. Tüpün tatbiki sırasında anastomoz hattı haricinden çıkarılmamasına dikkat edilir (11).

Pankreas Başı Ca

Pankreas başı kanserleri için yapılan ameliyatları 2 grupta toplayabiliriz

1- Radikal ameliyat

2-Palyatif ameliyatlar

1- Radikal Aneliyat (Whipple): Bunun için cerrahın çok dikkatli ve bilgili olması gerekir. Sarılığın sebebinin kanserden ileri gelip gelmediği araştırılmalıdır. İyi tabiatlı bir engel için radikal bir girişim (kronik pankreatit gibi) hastanın aleyhine olur

Esasen radikal (pankreoto duodenektomi-whipple) ameliyatını mortalitesi en modern cerrahi kliniklerinde bile oldukça yüksektir. Thomas Orr (32), mortaliteyi % 29.1, bir safhalı operasyon için % 26.6, iki safhalı operasyon için % 33.3 olarak açıklamaktadır. Waugh bunda mortalitenin % 20 olduğunu söylemiştir.

Eğer tıkanma nedeni kanser ise radikal girişim için elverişli olup olmadığına karar vermek gerekir. Çevre lenf nodüllerine porta hepatise ve vena mezenterika süperior etrafına metastaz yapmışsa, radikal girişim kontrendikedir (32). Operasyonun endikasyonunu ve kontrendikasyonunu saymak kolay olmanakla beraber ameliyat sırasında bir patolojiye rastlanıldığında, lümenin uzantısı olup olmadığına karar vermek zordur. Şüpheye düşülürse, radikal ameliyat yapmak yerinde olur (32).

2- Palyatif Ameliyatlara: Hasta için radikal ameliyat kontrendike ise, engelin üst tarafındaki safra yollarının durumuna göre aşağıdaki palyatif ameliyatlardan biri seçilir. Söz konusu cerrahi girişimler hastayı şifaya götürmez ancak dayanılmaz kaşıntıyı önler ve safranın barsağa akışını sağlayarak sarılıkta ve genel durumda geçici de olsa bir düzelmeye sağlar.

Bu nedenle kliniğinizde de uygulanan tıkanma sarılığı nedenleri ile baş vurulan palyatif cerrahi girişimleri aşağıya sıralanmayı faydalı bulduk.

Palyatif Girişimler

- 1- Kolesisto gastrostomi
- 2- Kolesisto duodenostomi
- 3- Kolesisto jejunostomi
- 4- Koledoko duodenostomi
- 5- Koledoko jejunostomi
- 6- Hepatiko jejunostomi
- 7- Hepatotomi+safra kanalının dışı drenajı

- 8- Hepatotomi+kolanjio jejunostomi
- 9- Hepatiko gastrostomi
- 10- Laparotomi + biyopsi

Kliniğimizde bilier- intestinal anastomozlar tek plan ve tek tek dikişlerle yapılmaktadır (14).

Vater Ampulu Ca

Pankreas başı kanserlerinde uygulanan cerrahi girişimler, Vater ampulü kanseri için de geçerlidirler. Vater ampulu kanseri için radikal cerrahi girişiminin (pankreoto-duodenektomi) pankreas başı kanseri için yapılan radikal aneliyattan daha başarılı sonuçlar verdiği kabul edilebilir (32). Ampuller bölgede karsinom varsa ve metastaz olmasa da pankreoto-duodenektomi tavsiye edilmektedir (32).

Kliniğimizde inoperabl Ampulla vateri kanseri için iki vaka koledoko-duodenestomi aneliyatı yapılmıştır.

Dış safra yolları parazitleri:

Bunlarda koledok taşları için yapılan koledokotomi ve T tüpü drenajı aneliyatı uygulanır.

Kliniğimizde tıkanma sarılığı nedeni ile aneliyata alınan bir hastada koledokta Ascaris Lumbricoides tesbit edildi. Hastaya kolesistektomi + koledokotomi + T tüpü drenajı aneliyatı uygulandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

Kliniğimizde bütün cerrahi girişimlerden sonra geçici bir süre için karına yumuşak lastik drenler kondu. Bu drenler hastanın durumuna göre 3-4 gün sonra tekrar alındı.

T Tüpü drenleri ise vakaların natürüne ve yapılan aneliyatın şekline göre uygun bir müddet karında bekletildi. 12 - 25 günler arası T tüpü yardımıyla yapılan kolanjiografi ile safra

yolları tekrar gözden geçirilip T tüpü alındı.

Postoperatif Sarılık:

Tıkanma sarılığı nedeniyle aneliyat edilen hastalarda, postoperatif devrede ortaya çıkan sarılık karşısında şu olasılıklar hatıra getirilmelidir.

- 1- Koledokta taş unutulması
- 2- Cerrahi yaralanmalar ve buna bağlı strüktürler
- 3- Koledokun bağlanması
- 4- Kan nakillerine bağlı olarak
- 5- Aneliyattan birkaç hafta veya birkaç ay önce kan, plazma, fibrinojenin verilmesine bağlı olarak tesadüfen postoperatif devrede çıkan
- 6- Arteria hepatikanın bağlanmasına bağlı karaciğer nekrozu
- 7- İlaçlara (fenothiazinler, antibiyotikler, steroidler, anabolikler veya anesteziye bağlı (halothana) sarılık
- 8- Ağır sepsis
- 9- Aneliyattan önce farkına varılmayan familyal veya konjenital sarılık
- 10- Massif hematomların rezorpsiyonu

Travma ve vasopressör ajanların kullanılmasında, kolestatik sarılık veya hepatik yetmezlik belirtilerinin ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (50,51).

SONUÇ

Teşhis vasıtalarının çokluğu ve yeterli oluşu, bugün tıkanma sarılığı nedenini ameliyattan önce tanımlayabilmektedir. Cerrahi girişimlerdeki yenilikler de mortaliteyi azaltıcı yöndedir. Ancak dış safra yollarının anatomisinin karışık oluşu, cerrahın çok dikkatli olmasını gerektirmektedir.

Tıkanma sarılığı düşünülen hastanın, teşhis vasıtalarının ışığı altında, aceleci ve dikkatli bir tutumla cerrahi girişime seçilmesi prensip olmalıdır. Geç kalan cerrahi girişim veya yanlış, cerrahi girişim, hasta için tehlikeli sonuçlar doğurabilir. En azından düzeltilmesi güç olan klinik tabloların ortaya çıkmasına neden olur. Cerrahi girişimden önce hastaların ameliyata hazırlanmasında ve cerrahi girişiminin seçilmesinde cerrah çok dikkatli olmalıdır.

ÖZET

Tıkanma sarılıklarının ayırıcı teşhis ve cerrahi tedavisi üzerinde kliniğimizde 1971 - Mayıs 1978 yılları arasında yatan 87 hasta üzerinde bir klinik araştırma yapılmış, bu nedenle genel sarılık yapan nedenler arasından tıkanma sarılıkları soyutlanarak, bunlarda etyopatogenez, ayırıcı teşhis, ve cerrahi tedavi sonuçları literatürün ışığı altında gözden geçirilmiştir.

Tıkanma sarılığı nedeniyle aneliyat edilen 87 hastanın 40 ı kadın, 47 si erkek olup, 17-80 yaşları arasında idiler. Yaş ortalaması 49.03 olarak bulunmuştur.

Tıkanma sarılığı nedeni olarak 39 vaka ile koledok taşı birinci sırayı almakta, bunu pankreas başı kanseri ve daha az oranlarda da diğer nedenler izlemektedir.

İ Kliniğimizde tıkanma sarılıklarında sebebe yönelik cerrahi girişimler yapılmış, 87 hastanın 18 i kaybedilmiştir. Mortalite % 20.6 dır.

LİTERATÜR

- 1- ANSARI, A., BURCH, G.E.: A correlative study of provez carcinoma of the pancreas. In 83 patients. Amer. J. gastroenterol. 50:456, 1968.
- 2- ARLEN, M., BROCKUNIER, A. Jr.: Clinical manifestations of carcinoma of the tail of the pancreas cancer. 20: 1920, 1967.
- 3- BLUMGART, L.H., SALMON, P.R., COTTON, P.B.: Endoscopy and retrograde choledochopancreatogpaphy in the diagnosis of the patient with jaundice. S.G.O., 132: 565, 1974.
- 4- BOURKE, J.B., CANNON, P.: Laparatomy for jaundice, Lancet, 2:521, 1967
- 5- BUCKWALTER, J.A., LAWTON, R.L., TIDRICH, R.T.: By pass operations for neoplastic biliary tract obstruction. Amer. J. Surg. 109:100, 1964.
- 6- BUMİN, O.: Sindirim sistemi cerrahisi. 4. baskı Güven kitapevi Ankara. I. Cilt 1974.
- 7- CATTEL, R.B. et all.: Stenosis of the sphincter of oddi. New England J. Med. 256: 429, 1957.
- 8- COLCOCK, B.P.: Stenosis of the sphincter of oddi. Surg. Clin. N. Amer 38: 631, 1959.
- 9- DENBESTEN, L., LIECHTY, R.D.: Cancer of the biliary trec. Amer. J. Surg. 109: 587, 1965.
- 10- DUNPHY, J.E., WAY, L.W.: Current Surgical diagnosis et treatment Lange Medical Publications The Biliary Tract 481-500, 1973.
- 11- DUMAN, A., ÖNGÖREN, U., TİRELİ, M.: Kolesistektoni ve koledokotomi Endikasyonları. D.Ü.T.F Mec. Cilt:3 Sayı:1, 39, 1974.
- 12- DUMAN, A., KAVAK, A., TİRELİ, M., ÖZER, Ş.B.: Operatif kolanjiografi. D.Ü.T.F. Mec. Cilt:5, Sayı:1-2, 53, 1976.
- 13- DUMAN, A.: Cerrahi Seniyoloji. Lucien Leger'den çeviri. Ayyıldız Matbaası A.Ş. 332-342, 1976.
- 14- DUMAN, A., ÖZER, B.Ş.: Sindirim sisteminde bir planda ve tek tek dikişlerle yapılan anastomozlardan alınan erken ve geç sonuçlar. D.Ü.T.F. Mec. Cilt:6, Sayı: 3 1978.

- 15- ELDOMEIRI, A.A., BRASFIELD, R.D., O'QUINN, J.L.: Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Ann. Surg. 169:525, 1969.
- 16- GLEEN, F., HAYS, D.M.: The scope radical Surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract. S.G.O., 99:529, 1954.
- 17- HAM, J.M., MACKENZIE, D.C.: Primary carcinoma of the extrahepatic bile ducts. S.G.O., 118: 977, 1964.
- 18- HAM, J.M., SORBY, W.A., COLMAN, V.L., et al.: Percutaneous transhepatic cholangiography. S.G.O., 135: 784, 1972.
- 19- HINCHEY, E.J., COUPER, C.E.: Acute obstructive suppurative cholangitis. Amer. J. Surg., 117: 62, 1969.
- 20- HOPTON, D., WHITE, T.T.: An evaluation manometric operative cholangiography. In 100 patients with Biliary Disease S.G.O., 133:949, 1971.
- 21- KAPLAN, S.M., JULER, J.G., STANTON, W., EISENMAN, I.J., CALIF, I.: Rapid and accurate preoperative diagnosis of obstructive jaundice. Arch. Surg., 208: 825, 1974.
- 22- KASUGAI, T., N., KIZU, M., KOBAYASHI, S., HATTORI, K.: Endoscopic pancreatocholangiography. Gastroenterol. 63: 227, 1972.
- 23- KAYABALI, İ.: Karaciğer, karaciğer dışı safra sistemi, pankreas dalak ve portal dolaşım şirürjisi. A.Ü.T.F. sayı: 112, Balkanoğlu Matbaacılık Ltd. Şti. Ankara, 1962.
- 24- KRUPP, M.A., CHATTON, M.J.: Current diagnosis et treatment Lange Medical Publication. Liver and biliary trac. 345-355, 1972.
- 25- LESTER, R., TRAXLER, R.P.: Recent advances in bile pigment metabolism. Gastroenterology. 56: 143, 1969.
- 26- LORENZO, G.A., BEAL, J.M.: Recent diagnostic advances in obstructive jaundice, Surg. Clin. N. Amer., 51: 211, 1971.
- 27- MAINGOT, R.: Abdominal operations 6 th Edition, Appleton century crofts Newyork, Vol.1. 1064-1068, 1974.

- 28- MANI, J.R., ZBORALSKE, F.F., MARGULIS, A.R.: Carcinoma of the body and tail of the pancreas. Amer. J. Roentgenol., 96: 429, 1966.
- 29- ODAR, İ.V.: Anatomi ders kitabı. 7. baskı. Yeni Desen Tic Ltd Ştd. Matbaası Ankara. II. cilt 1972.
- 30- OI, I., TAKEMATO, T., NAKAYAMA, K.: Fiberduodenoscopy Early diagnosis cancer of the papilla of Vater Surgery. 67: 561, 1970.
- 31- OLSSON, R., Bjurstan, N.: Radioactive rosebengal test in the differential diagnosis of jaundice. S.G.O., 136: 273, 1973.
- 32- ORR, T.G.: Some observation on the treatment of carcinoma of the pancreas. Surgery. 32: 933, 1952.
- 33- POPPER, H.: Cholestasis. Ann. Rev. Med. 19: 39, 1968.
- 34- REDMAN, H.C., REUTER, S., JOSEPH, R.R.: Roentgenographic evaluation of patients with suspected obstructive jaundice. S.G.O., 131: 1100, 1970.
- 35- REINUS, F.Z., KESSELER, H.J.: Jaundice complicating acute cholecystitis. Surgery. 48: 522, 1960.
- 36- SILER, V.E., ZINNINGER, M.M.: Surgical treatment of carcinoma of the ampulla Vater and the extrahepatic bile ducts. Arch. Surg. 56: 273, 1948.
- 37- SMITH, P.E., et all.: An analysis of 600 patients with carcinoma of the pancreas S.G.O., 124: 1288, 1967.
- 38- Smith, R.: Strictures of the bile ducts. Surg. 9: 147, 1971.
- 39- SPELLBERG, M.A.: Intrahepatic cholestasis. Post hepatic jaundice method of diagnosis. Med. Clin. N. Amer., 48: 53, 1964.
- 40- STRACK, P.R., NEWMAN, H.K., LERNER, A.G., GREEN, S.H., MENG, C.H., Del GUERCIO, L.R.M., State, D.: An integrated procedure for the rapid diagnosis of biliary obstruction, portal hypertension and liver disease of uncertain etiology. New. Eng. J. Med., 285: 1225, 1971.

- 41- THOREK, P.: Anatomy in Surgery. Second edition J.B. Lippincott. Company, Printed in the U.S.A., Philadelphia, London, Toronto. 500-507 1962.
- 42- VAN HEERDEN, J.A. et al.: Carcinoma of the extrahepatic bile ducts. Amer. J. Surg., 113: 49-56; 1967.
- 43- WARREN, K.W.: Choledochostomy and cholecystectomy. Surg. Clin. N. Amer., 40: 681, 1960.
- 44- WARREN, K.W., BRAUSCH, J.W., THUM, C.W.: Carcinoma of the pancreas Surg. Clin. N. Amer., 48: 601, 1968.
- 45- WATKIN, D.F.L., THOMAS, G.G.: Jaundice in acute cholecystitis. Brit. J. Surg. 58: 570, 1971.
- 46- WAUGH, J.M., CLAGETT, O.T., MINN, R.: Resection of the duodenum and head of the pancreas for carcinoma. Surgery. 20: 232, 1946.
- 47- WAY, L.W., DUNPHY, J.E.: Biliary stricture. Amer. J. Surg. 124: 287, 1952.
- 48- WAY, L.W., DUNPHY, J.E.: The biliary tract. Current Surgical Diagnosis and treatment. Lange Medical Publications. California. U.S.A 481-506, 1973.
- 49- WAY, L.W., ADMIRAND, W.H.: Management of choledocholithiasis. Ann. Surg. 176: 347, 1972.
- 50- WITHCOMP, F.F., TREY, C., BRAASCH, J.N.: Preoperative preparation of the jaundiced patient Surg. Clin. N. Amer. 50: 663, 1970
- 51- ZIMMERMAN, H.J.: The differential diagnosis of jaundice. Med. Clin. N. Amer., 52: 1417, 1968.
-