

KOLESİSTEKTOMİ VE KOLEDOK EKSPLOASYONU

N E D E N L E R İ

Dr. Asım Duman (*)

Dr. Nuri İldız (*)

Dr. Cemil Ceviz (*)

Dr. Selâhattin Aydınalp (*)

Ö Z E T

Bu makalede kliniğimizde kolesistektomi veya kolesistektomi ile birlikte koledok eksplorasyonu yapılan 750 vakanın sonuçları sunulmuştur.

Vakalarımızın 549 unda (% 73,2) kronik kolesistit, 150 sinde (% 20) akut kolesistit, 34 ünde (% 4,5) safra kesesi yaralanması 9 unda (% 1,2) safra kesesi kanseri nedeniyle ve 8 inde (% 1,1) ise diğer nedenlerle kolesistektomi yapılmıştır.

150 vakada (% 20) çeşitli nedenlerle koledok eksplorasyonu uygulanmıştır. Yaşayan 720 hastanın 80 inde (% 11,1) tıbbi veya cerrahi tedavi ile iyileşen çeşitli postoperatif komplikasyonlar tesbit edilmiştir. Postoperatif devrede 750 hastanın 30 u kaybedilmiş olup mortalite oranı % 4 dür. Taşlı ve taşsız kronik kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan 556 hastanın 7 si (% 1,2) kaybedilmiştir.

S U M M A R Y

Indications for cholecystectomy and common bile duct exploration.

In this paper, the results of the case notes of patients in whom cholecystectomy or cholecystectomy with common bile duct exploration were made have been reported.

(1) S.Ü.T.F. Dekanı ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanı.

(2,3) D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Uzman Asistanı.

(4) D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı Araştırma Görevlisi.

Cholecystectomy was performed on our 750 patients. The cause of cholecystectomy was chronic cholecystitis in 549 cases (73.2 per cent), acute cholecystitis in 150 patients (20 per cent) injury of the gallbladder in 34 cases (4.5 per cent), carcinoma of the gallbladder in 9 patients (1.2 per cent), and other causes in 8 (1.1 per cent).

Common bile duct exploration was performed for various causes in 150 (20 per cent) of our 750 patients. Various postoperative complications treated by medical or surgical measures were found in 80 (11.1 per cent) of 720 survivors. During the postoperative period, 30 of 750 patients died, a mortality rate of 4 per cent. Of 556 patients operated on for chronic calculous or acalculous cholecystitis, 7 died, a mortality rate of 1.2 per cent.

MATERYEL VE METOD

Bu araştırma D.Ü.T.F. Genel Cerrahi Kliniğinde Ağustos 1969 ile Ağustos 1981 yılları arasındaki 12 yıllık devrede, çeşitli nedenlerle kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu uygulanan 750 hastanın dosyaları incelenerek hazırlanmıştır.

Hastalarımızda yaş, cins, kolesistektomi nedenleri, koledok eksplorasyonu nedenleri, postoperatif komplikasyonlar, ölüm nedenleri ve mortalite incelenmiştir.

B U L G U L A R

Vakalarımız 7 ile 85 yaşları arasında olup, yaş ortalaması 41,8 dir. 750 hastanın 503 ü kadın (% 67,1), 247 si (% 32,9) erkek olup Kadın/Erkek oranı 2/1 dir.

Hastalarımızın 491 inde (% 65,5) taşlı kolesistit saptanmıştır. Bunlar 13-85 yaşları arasında olup yaş ortalaması 44,5 dir. 491 taşlı kolesistit vakasının 460 ı (% 93,7) 21-60 yaşları arasında bulunmuştur. Taşlı kolesistite sahip 491 vakanın 384 ü (% 78,3) kadın, 107 si (% 21,7) erkektir. Kadın/Erkek oranı 3,6/1 dir.

Toplam 750 vakanın 150 sinde, taşlı kolesistit bulunan 491 hastanın ise 107 sinde ameliyat sırasında akut kolesistit bulguları saptanmıştır. Söz konusu 107 hasta 14 ile 85 yaşları arasında bulunmuştur.

Kolesistektomi yapılan 750 hastada kolesistektomi nedenleri ve ame-

liyat sırasındaki patolojik olaylar incelenmiş ve bu konudaki bilgiler 1. tabloda sunulmuştur.

1. Tablo : Kolesistektomi Nedenleri (750 vaka)

Neden	Vaka sayısı	%
1. KRONİK KOLESİSTİT	549	73,2
Taşlı	384	51,2
Taşla birlikte kronik kolesistit	275	
Taş ve sklerotrofik kese	56	
Taş ve hidrops	53	
Taşsız	165	22
Kronik kolesistit bulguları veya bu bulgularla birlikte yapışıklık	116	
Sklerotrofik kese	20	
Hidrops	29	
2. AKUT KOLESİSTİT	150	20
Taşlı	107	14,3
Ampiyem	51	
Hidrops	38	
Gangren	7	
Perforasyonsuz safra peritoniti	1	
Taşsız	43	5,7
Hidrops	12	
Gangren ve delinme	10	
Perikolesistik apse	8	
Ampiyem	5	
Gangren	4	
Perforasyonsuz safra peritoniti	4	
3. SAFRA KESESİ YARALANMASI	34	4,5
4. SAFRA KESESİ KANSERİ	9	1,2
Taşla birlikte olmayan	7	
Taşla birlikte	2	
5. DİĞER NEDENLER	8	1,1
Karaciğer hidatik kisti	4	
Safra kesesine penetre duodenum ülseri	3	
Transvers kolon kanseri metastazı	1	
Toplam	750	

1. tablonun tetkikinden de anlaşılacağı gibi 750 kolesistektomi vakasının 384 ünde taşlı, 165 inde taşsız kronik kolesistit; 107 sinde taşlı, 43 ünde taşsız akut kolesistit; 34 ünde safra kesesi yaralanması; 9 unda safra kesesi kanseri (2 sinde taşla birlikte, 7 sinde taşla birlikte olmadan) nedeniyle kolesistektomi uygulanmıştır. 9 safra kesesi kanserinin histopatolojik tanısı adenokarsinoma olarak saptanmıştır. Diğer nedenlerin oluşturduğu 8 vakanın 4 ünde karaciğer hidatik kisti, 3 ünde safra kesesine penetre duodenum ülseri, 1 inde ise transvers kolon kanseri metastazı nedeniyle kolesistektomi uygulanmıştır.

750 kolesistektomili hastanın 150 sinde çeşitli nedenlerle koledok eksplorasyonu yapılmıştır. Koledok eksplorasyonu yapılan vakaların 10 unda transduodenal sfinkterotomi, 3 ünde koledokoduodenostomi, 2 sinde transduodenal sfinkteroplasti uygulanmıştır. Koledok eksplorasyonu yapılan 150 vakanın 147 sinde Koledokotomi - T drenajı kolesistektomiye eklenmiştir. Koledok eksplorasyonu yapılan 150 hastadaki eksplorasyon nedenleri 2. tabloda gösterilmiştir.

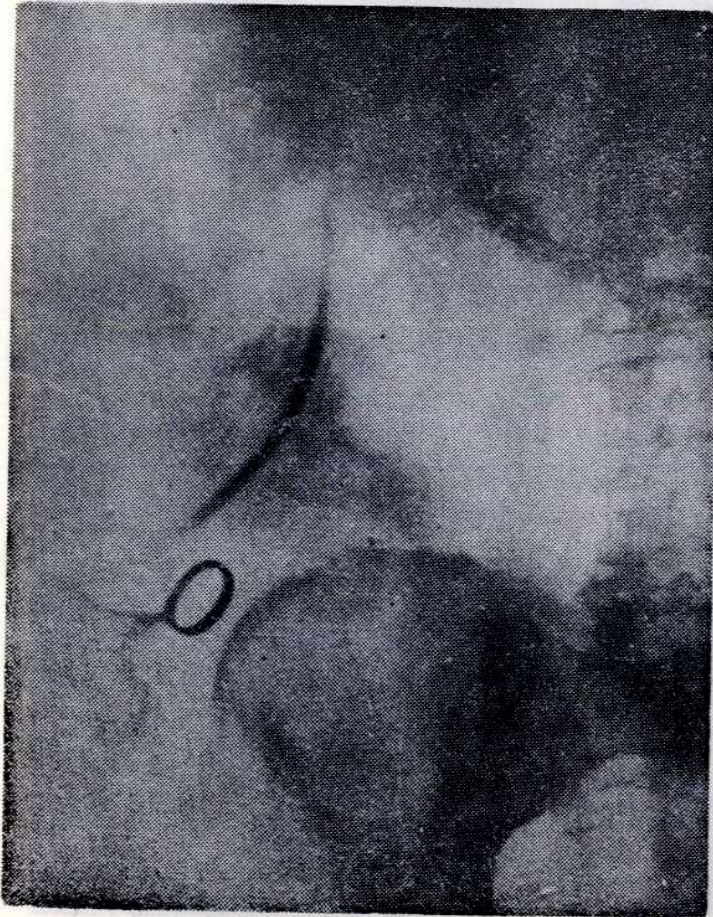
2. Tablo : 150 Vakada Koledok Eksplorasyonu Nedenleri.

Neden	Taşlı	Taşsız	Toplam
	kolesistitle birlikte vaka sayısı	kolesistitle birlikte vaka sayısı	
Koledokta taş	30	1	31
Sarılık + koledokta genişlik	10	2	12
Koledokta genişlik	15	7	22
Sarılık	16	2	18
Koledokta genişlik + taş	22	1	23
Sarılık + koledokta genişlik + taş	20	2	22
Kesede küçük taşlar ve duktus sistikus ile koledokta genişlik	19	—	19
Koledokta genişlik ve askaris	1	1	2
Koledokta genişlik ve koledokta hidatik kist vezikülü	—	1	1
Toplam	133	17	150

Ayrıca peroperatif kolanjiografinin büyük önemi vardır. Peroperatif kolanjiografide birisinde taş, diğerinde safra çamuru ile koledokta tıkanma saptanan 2 hastamız örnek olarak seçilmiştir. Bunlarda yapılan peroperatif kolanjiografi bulguları şekil 1A, 1B, 2A, 2B de gösterilmiştir.

491 taşlı kolesistit vakasının 133 ünde (% 27,2) koledokotomi yapılmış, 72 hastada (% 14,7) koledokta taş saptanmıştır.

Şekil 1A. Taşlı kolesistit nedeniyle kolesistektomi tatbik edilen hastaya peroperatif kolanjiografi yapılmış olup, koledok alt ucunda tıkanma görülmektedir. Bu hastada yapılan koledok eksplorasyonunda, koledok alt ucunda iki adet taş saptanarak taşlar çıkarılmıştır.



Şekil 1B. Aynı hastada T tüpü vasıtasıyla yapılan kolanjiografide duodenuma geçişin normal olduğu görülmektedir.



Şekil 2A. Akut kolesistit nedeniyle kolesistektomi uygulanan hasta'ya peroperatif kolanjiografi yapılmış olup, koledok alt ucunda tıkanma görülmektedir. Bu hastada yapılan koledok eksplorasyonunda saptanan safra çamuru temizlenmiştir.

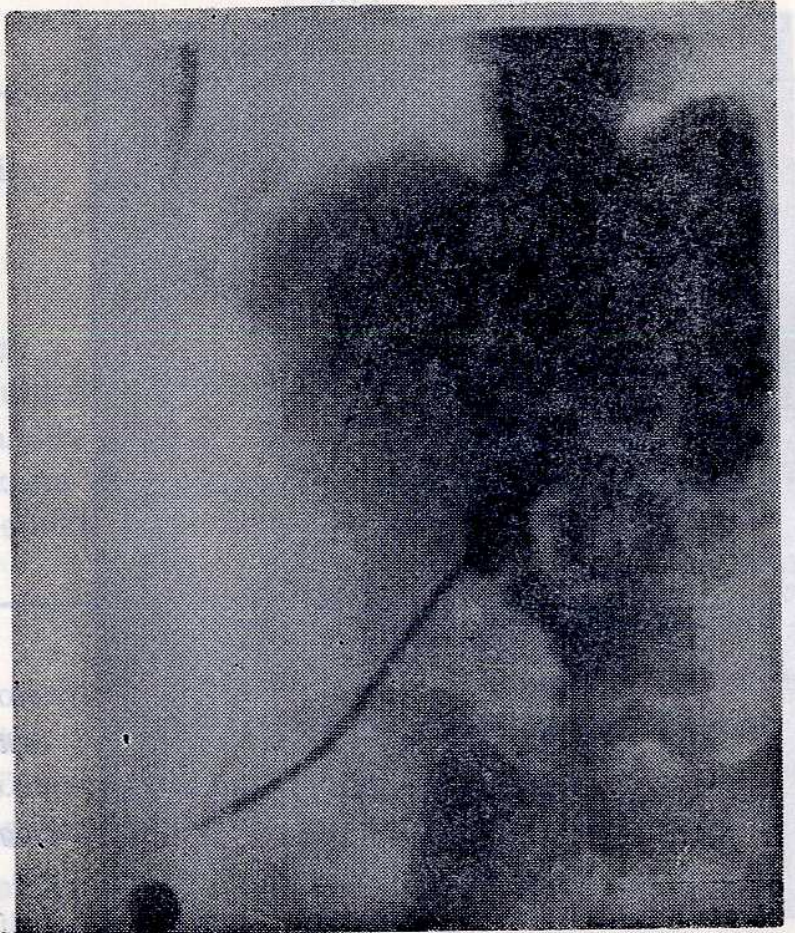
Neden

Koledokta taş
Sarılık + koledokta genişlik
Koledokta genişlik
Sarılık
Koledokta genişlik + taş
Sarılık + koledokta genişlik
Kesede küçük taşlar ve kolesistitis ile koledokta genişlik
Koledokta genişlik ve asit
Koledokta genişlik ve kolesistitis

Toplam

Ayrıca peroperatif kolanjiografi

Şekil 2B. Aynı hastada T tüpü vasıtasıyla yapılan kolanjiografide duodenuma geçişin normal olduğu izlenmektedir.



750 hastanın 473 günde paramedian, 132 sinde median, 98 inde sağ transrektus, 39 unda sağ subkostal, 8 inde sol paramedian kesi kullanılmıştır.

Toplam 750 hastada kolesistektomi tatbik edilmiştir. Safra kesesinde taş olmadığı halde kolesistektomi yapılan 215 vakanın 17 sinde koledokotomi yapılmış, 3 ünde (% 1,9) koledok taşı saptanmıştır.

Ameliyat sırasında akut kolesistit bulguları tesbit edilerek kolesistektomi yapılan 150 vakanın 107 sinde safra kesesinde taş bulunmuş, bu 107 hastanın 22 sinde koledokolitotomi uygulanmış ve koledoka T dreni konmuştur.

Kronik taşlı kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan 384 vakanın 33 ünde (% 8,5) koledokta taş tesbit edilerek koledokotomi T drenajı uygulanmıştır.

Ameliyat sonrası devrede yaşayan 720 hastanın 80 inde (% 11,1) 94 postoperatif komplikasyon saptanmıştır. 94 komplikasyonun 30 unu bronkopnomoni, 25 ini yara enfeksiyonu, 10 unu diyare, 8 ini sistit, 6 sını tromboflebit, 3 ünü yara ayrılması, 3 ünü subfrenik abse, 3 ünü safra fistülü, 5 ini enjeksiyon absesi, 1 ini stres ülseri kanaması oluşturmuştur.

Kolesistektomi esnasında 3 vakada iatrojenik koledok yaralanması meydana geldi. Bu 3 vakada T tüpü üzerinden koledok tamiri yapılmıştır.

Kolesistektomi yapılan 750 hastanın 30 u (% 4) çeşitli nedenlerle ölmüştür. Ölen 30 hastanın 11 i safra kesesi yaralanması, 1 i safra kesesi kanseri, 1 i transvers kolon kanseri metastazı nedeniyle yapılan kolesistektomi sonucu kaybedilmiştir. Taşlı ve taşsız kronik kolesistit nedeniyle sadece kolesistektomi yapılan 441 hastanın 7 si (% 1,5) ölmüştür. Kolesistit nedeniyle kolesistektomi+koledokeksplorasyonu yapılan 150 vakanın 3 ü (% 2) kaybedilmiştir. 491 taşlı kolesistit vakasının 12 si ölmüştür. Postoperatif mortalite oranı % 2,4 tür. Taşlı ve taşsız kronik kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan 556 hastanın 7 si (% 1,2) kaybedilmiştir. 107 taşlı, 43 taşsız akut kolesistit nedeniyle kolesistektomi yapılan 150 hastanın 10 u (% 6,6) ölmüştür.

Safra kesesi yaralanması nedeniyle kolesistektomi yapılan 34 vakanın 11 i kaybedilmiş olup ölüm oranı % 32,3 tür. Ölüm oranının yüksek olmasının nedeni yandaş organ yaralanmalarına bağlıdır. 750 hastanın 30 u kaybedilmiştir. Ölen 30 hastanın 7 si miyokard enfarktüsü, 6 sı karaciğer yetmezliği, 6 sı solunum yetmezliği, 4 ü peritonit, 3 ü hipovolemik şok, 2 si böbrek yetmezliği, 1 i akciğer embolisi, 1 i de kan transfüzyon reaksiyonu nedeniyle ölmüştür.

TARTIŞMA

Safra kesesi ve dış safra yolları hastalıklarının tedavisinde günümüzde sıklıkla cerrahi yöntemlerden yararlanılmaktadır.

Kolesistit vakalarının büyük bir kısmında safra kesesinde taş bulunduğu bildirilmektedir (7,10). Arnold ve ark. (1) 28621 hastayı kapsayan serilerinde vakaların % 92,9 unda safra kesesinde taş saptandığını belirtmişlerdir. Benzeri araştırmalarda akut kolesistitli vakaların % 90 - 95 inde, kronik kolesistitli vakaların % 70 - 80 inde taş bulunduğu değerlendirilmektedir (10).

Safra kesesindeki taş, hastalığın başlangıcından itibaren klinik belirtilere sebep olabilir veya bir süre sessizde kalabilir (10, 13). Safra kesesindeki taş duktus sistikusta tıkanma yaparak akut kolesistit nedeni olabileceği gibi bazende koledoka geçerek önemli olayları husule getirebilir (10, 13). Safra kesesindeki sessiz taşların olaylara sebep olmasından önce kolesistektomi uygulanması üzerinde durulmaktadır (7, 11).

Bazen duktus sistikus taş ile tıkanmadanda kan, lenf veya safra yolu ile gelen mikroorganizmalar nedeniyle akut kolesistit oluşabilmektedir. Ancak sıklıkla taşla birlikte olduğu bildirilmektedir (4, 6, 7). Akut kolesistitin cerrahi tedavisinin erken veya geç uygulanması konusunda tartışmalar hala sürmektedir (4, 6, 7, 10, 12, 13). Hastanın kliniğe başvurusunu takip eden ilk 12 - 48 saat arasında yapılan cerrahi müdahale, erken cerrahi girişim olarak adlandırılmaktadır. Erken cerrahi girişimi savunan araştırmacılar erken operasyonun henüz fibröz yapışıklıkların gelişmemesi sebebiyle daha kolay gerçekleşebileceğini, konservatif tedavinin hastaların % 20 sinde başarısız kalacağını ve erken cerrahi girişimle mortalite ve morbiditenin daha düşük olacağını öne sürmektedirler (13). Geç ameliyatı savunanlar ise akut safhada dokuların ödemli ve frajil olmasının diseksiyonu güçleştireceğini ve hastaya anestezi tatbikinin tehlikesi bulunabileceğini ileri sürmektedirler (4, 7). Bu araştırmacılar bir süre lokal buz uygulanması, antibiyotik ve analjezik verilmesi ile akut dönemin atlatılmasından 6 - 8 hafta sonra müdahale edilmesini savunmaktadırlar. Bu hastaların % 80 - 85 inin tıbbi tedaviye cevap vereceği bildirilmektedir (7). Kliniğimizde akut kolesistit belirtilerinin başlamasından itibaren 48 saat içinde bulunan hastalarda erken cerrahi girişimde bulunmaktayız. Bu süreyi geçen vakalarda önce hastayı yatırarak 7-10 günlük tıbbi tedavi uygulamakta ve belirtilerin yatışmasından sonra müdahale etmekteyiz. Ayrıca gangren ve perforasyon tehlikesi belirdiğinde ivedili cerrahi girişimi tercih etmekteyiz. 107 si taşlı, 43 ü taşsız olmak üzere 150 akut kolesistit vakamızda cerrahi müdahale yapılmıştır.

Kronik kolesistitli vakaların % 70 - 80 inde safra kesesinde taş bulunduğu bildirilmektedir. Kronik kolesistitli hastalarımızın % 69 unda safra kesesinde taş görülmüştür.

Safra kesesi künt ve delici etkenlerle yaralanabilmektedir (5). Vakalarımızın 34 ünde safra kesesi yaralanması nedeniyle kolesistektomi yapılmıştır.

Safra kesesindeki taşların en önemli komplikasyonlarından biriside bu taşın koledoka geçmesidir (8, 11). Koledoktaki taşların büyük bir kısmının safra kesesinde oluştuğu bildirilmektedir (8, 9). Duktus sistikustan koledoka geçebilen küçük taşlar burada büyüyebilmektedir. Safra kesesinde taş saptanan hastaların % 10 - 15 inde koledokta taş olacağı ifade edilmektedir. 491 taşlı kolesistit vakamızın % 14,7 sinde koledokta taş bulunmuştur.

Safra kesesi ameliyatları esnasında cerrahın karşılaştığı en önemli sorunlardan biriside koledok eksplorasyonu yapılıp yapılmayacağıdır (3). Kolesistektomi yapılan hastaların % 20 - 30 unda koledokotomi uygulandığı bildirilmektedir (3, 11). Çalışmamızda kolesistektomi uygulanan hastaların % 20 sinde koledok eksplorasyonu yapılmıştır.

Koledok eksplorasyonunun en önemli nedeni koledokta taşın tesbit edilmesidir (16). Bu taş her zaman palpe edilememekte, operasyon esnasında uygulanacak kolanjiografi ile ortaya konabilmektedir. Peroperatif kolanjiografi yapılmadığında ufak taşların gözden kaçması ve postoperatif dönemde önemli sorunların ortaya çıkması kaçınılmazdır (2,3,8,11,15).

Koledokotomi endikasyonlarının diğer nedenleri arasında koledokun 12 mm. den geniş olması ve hastanın daha önce sarılık hecmesi geçirmesi veya halen sarılıklı olması, safra kesesinde küçük taşlar bulunması ve duktus sistikusun geniş olması başta gelmektedir (8, 9, 14 15, 16).

Kliniğimizde safra kesesi veya dış safra yolları ameliyatı sırasında duktus sistikus veya T tüpü vasıtasıyla peroperatif kolanjiografi yapılarak dış safra yolları incelenmektedir. Bu suretle dış safra yolları anomalileri veya kalabilecek taşlar tesbit edilmektedir. Ayrıca dış safra yollarının fonksiyonu araştırılmaktadır. Koledoka T tüpü konan hastalarda tüp çıkarılmadan önce kolanjiografi yapılmaktadır.

Kolesistektomi ve koledok eksplorasyonu uygulanan hastalarda % 3-4 oranında koledokta taş kalabileceği ifade edilmektedir (8, 17). Bu taşların T tüpü vasıtasıyla verilecek kolik asid solüsyonu ile eritilebileceği veya nonoperatif olarak çıkarılabileceği bildirilmiştir (8, 9, 17).