

SAFRA YOLLARI TÜMÖRÜNDE DEĞİŞİK BİR MÜDAHALE (OPERATION) ŞEKLİ (*)

Dr. M. Egemen - Dr. R. Torun - Dr. M. Ölçmen - Dr. Ş. Can

Vücudun temel organlarından biri olan Karaciğerin Kolesterol, safra boyaları ve safranin yapımları ile ifrazında esaslı bir rolü olduğu hepimizce malumdur. Karaciğerde imal edilip safra kesesi ve safra yolları vasıtasıyla duodenuma dökülen safranin vücudun beslenmesinde, alınan gıdaların vücuda yararlı hale gelmesiyle vücut biyolojisinde, oldukça ehemmiyetli bir yeri vardır. İşte vücut biyolojisinde bu derecede ehemmiyetli olan bu salgının safra yolları vasıtasıyla hazım sistemi içine boşalmasında husule gelecek bozukluklar vücut gelişmesinde ehemmiyetli değişiklikler yapacağı gibi bünyedeki metabolizma bozukluklarıyla safra yollarında husule gelecek enfeksiyonlar ve patolojik değişiklikler bu sistemin çalışmasında fonksiyon bozukluklarına sebep olur. Burada safra kesesi ve safra yollarında enfeksiyonların yaptığı değişikliklerle vücut metabolizmasında fiziko - şimik değişikliklerin sebep olduğu safra taşlarının husule getirdiği hastalıklardan ziyade safra kesesi ve safra yolları üzerinde husule gelen tümöral değişikliklerin meydana getirdiği az komplekslerinden kısaca bahsettikten sonra servisimize müracaat etmiş olan safra kesesi ve safra yolları tümörlerinin istatistiki neticeleriyle tedavi şekilleri ve bu meydana servisimizde tatbik etmiş olduğumuz bir müdahale şekli hakkında bilgi vermek istiyoruz.

Safra yolları Karaciğer içinde mevcut ince safra kanalcıklardan başlayarak duodenumun Papilla - Vaterine kadar devam eden yollar şebekesi halinde bir görünüme sahiptir. Karaciğer içinde bu ince yollar toplayıcı iki kolla karaciğer içinden ayrılır, safra kesesi kanalı ile de birleşmek suretiyle 1 cm. genişlikte bir kanal halinde Papilla - Vater'e gelir ve buradan duodenuma dökülür.

Bu suretle safra yolları üzerinde husule gelen tümörleri müteale ederken;

1 — Karaciğer içinde ufak yahut ince safra yollarından menşei almış tümörler,

(*) Şişli Çocuk Hastanesi I. Hariciye Kliniği.

- 2 — Karaciğerden çıkan toplayıcı safra yollarında husule gelen tümörler, (Sağ ve sol Ductus Hepaticus'larda)
- 3 — Safra yolları ile safra kesesinin birleştiği bölgede husule gelen tümörler,
- 4 — Safra kesesi ve Ductus cysticus tümörleri,
- 5 — Choledochus tümörleri,
- 6 — Papilla Vater veya Choledochus ağzı tümörleri, olarak mütalea edilir.

Safra Yolları Tümörlerinin tarihçesi :

Bu hususu tetkik edersek görürüz ki safra yolları tümörü (Karsinom) ilk defa 1840 tarihinde DURAND ve FARDEL tarafından tarif edilmiştir. İlk vak'ada 1878 senesinde SCHUEPPEL ve 1889 senesinde MUSSEY tarafından neşredilmiştir. 1903 senesinde W.J.MAYO 6 vak'a neşretmiştir. Bundan sonra bu mevzudaki çalışmalar ilerlemiş ve LIEBER, STEWART, JUDD, MARSCHALL tümörlerin kati lokalizasyonlarının tesbitiyle uğraşmışlardır. MAYO Kliniğinde 1915 - 1953 seneleri arasında yapılmış 24029 otopside, yalnız 63 safra yolları tümörü vak'asına tesadüf edilmiştir. Buna göre nisbet $1/381$ yani % 0,26 dır. Diğer müelliflerin istatistiklerinde ise bu nisbet % 0,42 - % 0,089 olarak gösterilmektedir. Yine MAYO Kliniği çalışmalarında 1943 - 1954 seneleri arasındaki bulgular 67 adet Pankreas başı tümörü, 32 adet safra kesesi tümörü, 24 adet safra yolları tümörü, 24 adet Papillamatöz tümör olarak tesbit edilmiştir.

JOHN W. BRAASCH ve arkadaşları 1965 senesinde 173 vak'a neşretmişlerdir. 57 hepatik kanallarda, 27 kanalların ve sistik kanalın birleşiminde, 62 koledok ve altında, 27 vak'ada safra yolları dışında görülmüştür.

Cinsiyet bakımından Mayo Kliniğinin otopsi bulgusu olan 63 vak'asında 46 sı erkek, 17 si kadın bulunmuş; nisbet $1/2,7$ buna göre erkeklerde % 73, kadınlarda % 27 dir. John W. Braasch ve arkadaşları 173 vak'ada 96 erkek ve 77 kadında tesadüf etmişlerdir. Yalnız şunuda belirtmek lazımdır ki kliniklere safra kesesi rahatsızlığı ile müracaat eden hastaların büyük ekseriyeti kadınlar teşkil etmekte bu bakımdan yapılan cerrahi müdahalelerdeki bulgular otopsi bulgularının aksine olarak tümörlerin, kadın hastalarda erkeklerden daha sık tesadüf edildiği hissini vermektedir.

L. Beaty Pemberton ve arkadaşları 1959 - 1969 seneleri arasında 41 vak'a tesbit etmişler ve daha evelde 59 vak'a neşretmişlerdir. Bu vakalarda 60 kadın ve 35 erkek hasta olarak zikretmektedirler.

Safra yolları tümörleri ekseriyetle ileri yaş hastalığıdır. Gençlerde oldukça az tesadüf edilir. Yaş ortalamasına göre; Mayo Kliniğinin 67 vakasında 60 - 70 yaşları arasında sık görülmüş. J.A.V. Heerden ve arkadaşları yaş ortalamasını 60, J.W.Braasch ve arkadaşları ise 57 bulmuşlardır. Bu hale göre 57 - 70 yaşları arasında daha sık tesadüf edilmektedir. Mayo Kliniğine göre erkeklerde yaş ortalaması 62,2 kadınlarda 60,7 dir.

Safra yolları tümörü vak'alarında klinik belirtiler ekseriyetle bir safra kesesi taşı, had veya kronik cholecystite, cholangitis ile meydana çıkar. Umumiyetle uzun seneler kolesistit veya taşlı kolesistite ait şikayetlerle hekime müracaat ederler. Bu gibi hastalarda klinik muayenelerle tümör teşhisine varmak çok güçtür ve ekseriyetlede bu gibi tümürlü vakaların teşhisinde geç kalınır.

Klinikte safra yollarında tümör düşündürecek vak'alarda muayene kriterlerin mevcut olması lazımdır. Tabii bunların başında :

- 1 — Hastada sarılığın teessüs etmiş olması,
- 2 — Kilo kaybının başlaması,
- 3 — İdrarın koyulaşması,
- 4 — Anorexi,
- 5 — Karında lokal veya yaygın ağrının başlaması,
- 6 — Renksiz gaita çıkarmak,
- 7 — Gaitada kan bulunması,
- 8 — Kaşıntı,
- 9 — Kuvvetten düşme,
- 10 — Asit teşekkülü,
Daha az ehemmiyetli arazlarda,
- 11 — Diyareler,
- 12 — Üşüme, titreme ve ateş yükselmesi arazları ile kendini gösterir.

Bununla beraber vak'aların büyük bir ekseriyetinde sağ hipokondrda Karaciğerin büyümüş olarak bulunması (Bu nisbet % 84 dür.) ve bazı ahvalde büyük karaciğer yanında gergin, hududları muntazam olarak hissedilen safra kesesinin ele gelmesidir.

Bütün bu bulgular vak'aların ilerlemiş olduğu hallerde hekimi teşhise götüren semptomlar olarak görülür. Yalnız bu gibi hastalarda görülen yukarıda saydığımız arazlar safra kesesi iltihaplarıyla safra kesesi taşlarında da görüldüğünden bu semptomlarla kati olarak tümör teşhisine varmak oldukça güçtür. Klinik muayene usulleri ve bulguları yanında labaratuvar bulgularıda teşhise yardımcı olur.

Tümörlü vak'alarda yapılan kan muayenelerinde serumda total bilirübin seviyesinin yükseldiği, Karaciğer fonksiyon testleri, Cephalin - Cholesterol testi müsbet, Thymol testi (13 vak'anın 11 inde) 4 - 5 arası bulunmuş, Protrombin zamanı yükseldiği, Hemogloblin konsantrasyonu 100 cc. kanda 10 - 13 gr. olarak tesbit edilmiştir. Duodenal tübajda duodenum mayiinde safra bulunup bulunmaması aynı zamanda bu madde içinde kanın bulunmasında bir kıymet ifade eder. Bütün bunların yanında serum alkali fosfatase seviyesinin yüksek bulunması (77,4 K.A. Ünitesi - normali 20 - 30 K.A. Ünitesidir.) bu şekildeki yardımcı labaratuvar bulgularıyla bir tümör ihtimali düşünüldükten sonra kati teşhise varmak için başka bir labaratuvar muayene şekli düşünülecektir. Buda tabii olarak safra yollarının radiolojik tetkikidir. Şunu unutmamak lazımdır ki total bir tıkanma tevlit etmemiş ve safra yollarında yalnız bir darlık meydana getiren vak'aların radiolojik tetkiki düşünülebilirse de tam bir obstrüksiyon yapmış ikterli hastalarda radiolojik tetkikle manianın yerinin tesbitini düşünmek güçtür. İntravenöz yolla yapılan tetkiklerden fazla bir şey beklememek lazımdır. Ancak tam bir obstrüksiyon meydana gelmemiş ve yalnız bir darlık meydana gelmiş safra yolları hastalıklarında uzun tecrübeye sahip, ameliyat öncesi ve sonrası safra yollarını uzun zaman tetkik etmiş mütehassıs hekimler bu mevzuda bizleri aydınlatabilirler. Trans - hepatik yolla yapılacak kolanjiyografik tetkikler oldukça risklidir. Her ne suretle olursa olsun yapılan tetkikler sonunda safra yollarında bir darlık bulunduğu tesbit edilse dahi bunun bir tümörden ileri geldiğini düşünmek ve böyle bir karara varmak çok güçtür. Ancak peroperatuar kolanjiyografik tetkikler teşhiste bizlere yardımcı olur.

Daha evvelden bahsetmiş olduğumuz gibi safra yollarında safra akışına mani olan tümöral kitle yolların proksimal ve distal kısımlarında bulunduğu göre değişik klinik tablo gösterirler. Bilhassa proksimal kısımlardaki manialarda karaciğerin ileri derecede büyüdüğü, genişlediği bu büyüme ile beraber olarak safra yollarının da ileri derecede genişlediği, karaciğer içindeki safra kanalliküllerinin genişliyerek karaciğerde (Hidro - Hepatosis) halinin teşekkülüne sebep olduğu, bu gibi ahvalde portal sistemde staz ve fibrosis halinin teşekkülü tesbit edilir.

Safra yollarında husule gelen tıkanmaların tetkikinde; Taşların, post - operatuar komplikasyonların, iltihap ve tümörlerin mühim bir mevki işgal ettiğini bilmek lazımdır. Taşlı vak'aların klinik, radiolojik ve labaratuvar bulgularıyla teşhisine imkan vardır. Bunların dışın-

daki darlıklar hekim ve hasta için daima şüphe ile karşılanmalı ve buna göre bir tedaviye yönelmelidir.

Tümörlü vak'aların büyük bir ekseriyeti hekimlere bir kolesistit veya kolelityaz tablosu ile müracaat ettiklerinden tedavi kararlarında bu bakımdan titiz davranılmalı, ister klinik ve labaratuvar muayeneler isterse Perkütan Karaciğer Biopsileri ve radiolojik tetkikler bir hastanın hastalığı hakkında 6 hafta içinde kati bir teşhise imkan vermiyorsa burada yapılacak en doğru hareket Cerrahi müdahaledir. (Laparotomi). Safra yollarında husule gelen darlıklar ve iltihabi hadiselerin altında her zaman bir tümörün bulunabileceği düşünülerek tatbik edilecek tedavilerde bilhassa had iltihaplı safra kesesi ameliyatlarında tatbik edilen Cerrahi müdahalelerde iltihap materyalinin Per - operatuvar Anatomo - Patolojik muayeneye tabi tutulması büyük bir kıymet ifade eder. Bu bakımdan safra kesesi iltihapları ve taşlarında bu materyalin histopatolojik muayenelerinin rutin hale getirilmesinde fayda vardır.

Safra yollarında, tümör lokalizasyonlarında yukarıda bahsettiğimiz gibi Karaciğer içinde mevcut safra yolları kanalcıklarından menşei almış tümörlerin Karaciğer tümörleriyle karıştığı ve bir karaciğer tümörü manzarası gösterdiği için buradaki kanalcıklardan menşei almış tümörleri mütaleaya ve ayırmaya imkân yoktur.

Bunun dışında sıklık sırasına göre:

- 1 — Koledok kanalı üzerinde,
- 2 — Hepatik kanallarda,
- 3 — Üç safra yolunun birleştiği bölgede,
- 4 — Sistik kanal ve kesede görülen tümörlerdir.

Tümörlerin cinsleri bakımından sıklığa göre sıralanması ise şöyledir:

- 1 — Adeno Carcinoma,
- 2 — Carcinoma Simplex,
- 3 — Papiller Carcinoma,
- 4 — Adeno akantoma,
- 5 — Malign Adenoma,
- 6 — Epidermoid Carcinoma,
- 7 — Leiyo - myo Sarkoma.

Bu tümörlerin safra yollarında husule getirdiği Anatomo - Patolojik değişiklik ise safrayolları mucosasında nodüller şeklinde kalın-

laşmalar ile bükülmeler şeklinde darlıklar yaptığı, bazı hallerde ise bu kitlelerin halka teşkil ederek safra yollarını darlaştırdığı bazende safra yolları içine doğru gelişen polipoid uzantılar yaptığı görülmür. Mikroskopik muayenelerinde anormal mitoz gösteren hücreler, bazende sklerotik bir dokunun tümör hücre kümelerini normal dokudan ayırdığı görülür.

Bu suretle safra kesesi ve yollarında tümör teşekkül etmiş vakalarda kısa zamanda civar lenf ganglionlarıyla organlara yayılma olur. En büyük yayılma tabiatıyla koledok etrafındaki lenf ganglionları nadir. Bunlardan başka Karaciğer ve bu bölgedeki sinirleri attake ettiği görülmüştür. Safra kesesi tümörlerinde yayılma lenf ganglionlarına ama, bilhassa safra kesesinden Glisson kapsülüne atlıyan lenf damarcıkları bu kapsülü delerek Karaciğere yayılma gösterdikleri tesbit edilmiştir.

Safra kesesi ve yolları tümörlerinde tedaviyi etkiliyen 3 noktayı hatırdan çıkarmamak lazımdır.

- 1 — Böyle hastalarda primer tümör ekseriyetle küçüktür,
- 2 — Tümör küçük olmasına rağmen safra yollarında obstruction husule getirir. % 34.
- 3 — Kısa zamanda lokal yayılma ve uzak metastaz gösterirler.

Bu bakımdan hastalık kısa zamanda öldürücü bir rol oynar. Tümör teşhisine varılmış veya şüphesi konmuş vak'alarda 14 hafta içinde tedaviye gidilmez ise ölüm mukadderdir. Bu bakımdan had kolesistit veya had bir kolelityaz veya had bir kolanjitis geçirmekte olan hastalarda yapılan klinik ve labaratuvar muayenelerde kati bir teşhise varılamamış veya teşhiste şüpheli bir nokta kalmış ise bu takdirde yapılacak şey Cerrahi müdahaledir. Aynı zamanda bu müdahalede alınan materyalin Per - operatuvar histopatolojik muayenesidir. Bu muayenelerin sonunda da yapılması gerekli cerrahi tedavinin şeklini tayin etmektir.

Bu gibi vak'alarda tatbik edilecek tedavi şeklini tayin ederken hastanın umumi durumu, hastanın yaşı ve ameliyat bulguları mühim rol oynar. Tümörün yer ve şekline göre radikal ameliyat şekilleri (Safra yolları rezeksiyonları, Safra kesesi ile beraber Karaciğer parsiyel veya bir lobun tamamını içine alan lobektomiler) yapılmaktadır. Bunların dışında radikal olmayan ameliyat şekilleri (Safra yolları, safra kesesi ve K. ciğer ile barsak anastomozları gibi) tatbik edilir.

Bütün bu ameliyat şekillerinde hayatta kalma süresi bazı müelliflere göre azami 1-2 senedir, bazılarına göre 2,5 seneden fazla olabile-

ceği W. A. Altemeir ve arkadaşlarına göre 5,5 sene yaşamış vak'alarından bahsetmektedirler. Hayatı bu kadar ağır şekilde etkileyen bu hastalıkta, müdahalelerinde o derece güç ve ağır olduğunu kabul etmek lazımdır.

Biz burada literatürde tatbik edildiğini görmediğimiz fakat pal-yatif de olsa hastanın hayatını kazanmasına, İkterinin zail olarak normal hayata dönmesine yardımcı olması dolayısıyla bir vak'amızı takdim etmek istiyoruz.

Vakamıza geçmeden evvel servisimizde 1950 - 1973 seneleri arasında müracaat eden 2036 safra kesesi, safra yolları ve Karaciğer hastasından 67 vakada Karaciğer, safra kesesi ve safra yolları tümörü vakası tesbit edilmiştir. Bu 67 vakanın 16 sında safra kesesi ve safra yolları tümörü tesbit edilmiştir. Bu nisbet % 0,7 dir. Bu 16 vakamızdan 3 ü Koledok tümörü, 4 ü Papilla Vater tümörü, 6 sı Safra kesesi tümörü, 3 ü Dustuc Hepaticus tümörüdür.

Bu vakalarda tatbik edilmiş olan ameliyat şekilleri klasik ve pal-yatif müdahale şekilleridir. Yalnız bir vakamızda değişik bir Cerrahi müdahale yapmak mecburiyetinde kalınmıştır. Bunun sebebi ise hastanın yaşının ilerlemiş olması, umumi durumunun bozukluğu ve başka bir müdahale yapılabilmesine de imkan bulunamamış olmasıdır.

S.D. 73 yaşında, erkek, Kastamonulu. Memleketinde tarihini ka-tiyetle tayin edemediği bir zamanda tahminen 1972 senesi Kış aylarında yakınlarının ifadesine göre gözlerinin ve cildinin renginin sarı olduğunu farketmişler. Bu sıralarda ağrısı, ateşi, bulantı ve kusması olmamış. Bu şikayetlerle İstanbul'a hastanemiz 3 üncü Dahiliye servisine müracaatla yatırılmış. 9/5/1973 tarihinde Dahiliye servisine yatan hastada klinik ve labaratuvar muayeneleri sonunda ve serviste yattığı sürece idrarının koyu renkte çıkması, defekasyonun tamamen renksiz olması, zayıflaması, kuvvetten düşme gibi arazlarla mekanik ikter teş-hisiyle (Tümör şüphesiyle) gerekli cerrahi müdahalenin yapılması için 21/5/1973 tarihinde servisimize nakledilmiştir.

Öz geçmişinde bir hususiyet yok.

Soy geçmişinde; Annesi, babası bilmediği bir sebepten ölmüşler, ailevi bir hastalık hatırlamıyor. Evli, üç çocuğu sağ ve sıhatte.

Fena itiyatları: Arada sırada alkol almış.

Muayenesinde: Cilt ve skleralar tamamen sarı renkte, vücutta yer yer tırnakla ve kaşıntıdan hasıl olmuş sıyrıklar mevcut. Batın hafif bonbe ve asimetric, sağ hipokondr bölgesinde bir dolgunluk görü-lüyor. Palpasyonla sağ hipokondr da üzeri düz, hafif ağırlı sert bir kit-le ele geliyor. Batının diğer sahalarında ağırlı bir nokta mevcut değil

ve ele kitle gelmiyor. Perküsyonla sağ hipokondr da matite, diğer batın sahalarında normal timpanizm perküte ediliyor. Traube mesafesi açık, batında asit tesbit edilmedi.

Diğer sistem muayeneleri normal olup patolojik bir bulgu tesbit edilmedi.

Dahiliye ve Cerrahi kliniklerinde yapılan labaratuvar muayenelerinde bulgular;

Eryt. 4,220 000 Hmg. % 14 mgr. % 85, Lökosit 6200.

Sedimentasyon: 1/2 saat 40 mm. 1 saat 75 mm. 2 saat 110 mm.

Kan grubu A Rh +.

Gaitada Stercobülün menfi, Kanda Üre 60 mgr. Protrombin zamanı 23, Şahit 15,

Kanda Bilürübin Total % 13,15 Direkt % 10,59 İndirekt % 3,26. Alkali - Fosfataz 18,7.

Sefalin - Kolesterol ϕ , Transaminas SGOT 16,7 Ünite, SGPT 127 Ünite bulunmuştur.

Hastaya gerekli hazırlıklar yapıldıktan sonra 24/5/1973 tarihinde genel anestezi altında Kehr şakı ile laparatomie yapıldı. Yapılan eksplereasyonda: Batın içinde Karaciğerin ileri derecede büyüyüp ele gelen kitlenin karaciğer olduğu sirotik bir manzara aldığı görüldü. Safra kesesi normal kıvamda, ikterik görünümde, gergin olmayıp içinde taş palpe edilmedi. Karaciğerin hilusuna doğru yapılan eksplereasyonda; karaciğerin hilusunda safra yolları içinde takriben badem cemasetinde sert bir cismin hepatik kanalları tıkadığı kanaatine varılarak Koledok kanalı usulu vechile askı suturları arasında açıldı. Koledokun tamamen boş ve içinde safra bulunmadığı görüldü.

Koledok içine sokulan bir sonda ile yapılan eksplereasyonda hepatisusun sağ ve sol branslarının karaciğer hilusu içinde kalan kısımlarından tıkalı olduğu ve iktere bu manianın sebep olduğuna karar verildikten sonra hastaya geniş bir karaciğer rezeksiyonu ile safra yollarının buradan barsaklarla anastomozuna hastanın umumi hali müsait değildi. Bunun üzerine tümöral kitlenin üst hududuna varılıp varılamayacağı düşünülerek çok ince bir küretle evvela sağ hepatik kanal explore edildi. Tümöral kitlenin takriben iki cm. genişlikte olduğu ve tümöral kitle geçildikten sonra küretin safra yolları içinde normal seyrettiği görülerek evvela ince küretle bilahare daha genişçe bir küretle tümöral kitle tamamen çıkarıldı, bu esnada sağ hepatik kanaldan evvela beyaz safra vafında bilahare kanlı normal safra renginde bir ifraz görüldü. Daha sonra sol hepatik kanal içi de aynı şekil de eksplore edilip tümör tespit edildi. Ve bu kanal içinin de küretajı yapı-

larak burandanda kanlı safralı bir ifrazın geldiği tesbit edildi. Daha sonra koledokun duodenal ağzı bir kere daha kontrol edilip burada hiçbir mainanın olmadığı anlaşıldıktan sonra koledok ve sağ hepatik kanal içine bir T direni yerleştirip koledok sütüre edildi ve batına bir diren konarak batin tabakavi olarak kapatılarak, ameliyata son verildi.

Safra yollarından çıkarılmış tümör parçaları histopatolojik muayeneye gönderilmiş ve 24/5/1973 gün ve 548/73 sayılı patoloji raporu ilede Atipik hücre, Adeno Ca bulunmuştur.

Ameliyatı müteakip ilk 24 saat içinde konulmuş olan T dreninin fonksiyone ettiği ve drenen safra gelmeye başladığı görüldü. Bu esnada hastaya gerekli tıbbi tedavi tatbik edilmiştir. Ameliyatı müteakip ilk günlerde hastada 38 dereceye kadar bir ateş olmuş ameliyatının 4 üncü gününden itibaren ateş 37 derecenin altına düşmüş ve böylece devam etmiştir.

T dreni yoluyla yapılan bir kolanjiografide sağ hepatik branşta T dreninin bir kolu ve bunun altında kürete edilmiş kanal içindeki kavite, sol branşta opak maddenin Karaciğer içine doğru gittiği görülmüştür. Opak maddenin duodenuma geçişi normal bulunmuştur.

Ameliyatın 12 inci günü T dreni klampe edilmiş ve 16/6/1973 günü yani ameliyatının 23 üncü günü ilk renkli spontan defekasyon çıkmış ve ondan sonrada renkli defekasyon devam etmiştir. Bu normal defekasyonlardan sonra hastada ikter hali zail olmuş ve hasta aktivitesini kazanarak dolşmaya ve yürümeye başlamış ve 25/6/1973 tarihinde şifa ile servisimizden ayrılmıştır.

Gönül isterdiki bu hastamızın müteakip takibi hususundada sizlere malumat verebilelim. Fakat memleketimizin bu husustaki gelenekleriyle imkanları tedavi sonunda hastaları takip etme imkanının bulunamaması dolayısıyla da sonuç hakkındaki sorumuzun cevapsız kalmasıdır.

Burada belirtmek istediğimiz husus hastanın 73 yaşında ve uzun zamandanberi ikterli bulunması ve umumi durumunun bozuk olmasına rağmen bu gibi ameliyatlardaki şans oranını evvelcede bildirmiş olmamız hasebiyle bu gibi hastalarda ikterin zail oluşu hastayı moralmen takviye etmekte aynı zamanda ikterin ortadan kalkması sonucu vucut fonksiyonları hastalık seyrinin neticesine kadar normal seyretmektedir. Bu bakımdan böyle vakalarda bu şekildeki bir müdahale-

ninde düşünülmesi ve tatbikinin hastalar için yararlı olabileceğini, literatürde tesadüf etmediğimiz bu tip bir müdahale şeklinin bu vaziyet-
teki hastalarda istifade edilebileceğini huzurlarınızda arz etmekten ibaret-
rettir. Bu vesileyle saygılarımızı sunarız.

Özet

Safra yolları tümörlerinin klinik ve patolojik durumu gözden geçirildikten sonra; bu şekildeki tümörlerde tedavi metodları hülasa edilmiştir. Bunun yanında Ductus Hepaticus'un sağ ve sol branşlarını kapamış ve mekanik ikter husule getirmiş bir vakada Ductus Hepaticus'tan girilerek sağ ve sol branşlar küretaj ile temizlendikten sonra (T) dreni konularak ikterin açıldığı ve hastanın aktivitesini kazandığı görülmüştür. Müteakiben (T) dreni alınmış ve hasta iyi olarak servisten çıkmıştır. Bu gibi vakalarda bu müdahale şeklinin de düşünülmesi tavsiye edilmektedir.

Summary

After a short review of clinical and pathological aspects of biliary tract tumors, different methods of treatment have been summarized.

In a case of mechanic jaundice due to obstruction of the both branches of hepatic duct, after the curettage and cleaning of the duct and by the aid of a T drain the jaundice disappeared.

The good result obtained, encouraged us to recommend this form of intervention in such type of cases.

REFERENS

- 1 — Julian K. Quattlebaum, J.K.Q.Jr. Malignant Destruction of Major Hepatic Duct. Ann Surg. 1965.
- 2 — K. Sako, Grover L. Seitzinger. Carcinoma of the Extrahepatic Bil. Ducts a review of the Literature and Report of 6 Cases. Earl Carside Surgery 1957-41.
- 3 — William H. Remine, Deward O. Ferris. Surgery for Biliary Strictures. S. Chir. North America 1967 - August.
- 4 — J.B.Bourke, P. Cannon, H.O. Ritchie. Laparatomie for jaundice. London, Lancet 1967 - Sept.
- 5 — John W. Braasch, Kenneth W. Warren, Gabriel A. Kune. Malignant neoplasms of the Bile Ducts, S. Chir. North America 1967.
- 6 — Gerald O. Strauch. Primary Carcinoma of the Gallbladder. Surgery 1960-47.
- 7 — Jacob Robinovitch, M. Arlen, D' Grayzel, M. Roberts. Primary Carcinoma of the Cystic Ducts. Arch Surgery 1960 - 80.

- 8 — Kamal Kuwayti, Archie H. Baggenstoss. Carcinoma of the Major intrahepatic and the Extrahepatic Bile ducts Exclusive of the Papilla of Vater. Surgery G. Obst. 1957 - 104.
- 9 — E. Delannoy, G. Lagache, J. Devambez. Cancers d'la Vesicule révélés par l'anatomie patalogique apres Cholecystectomie pour lithiase. Lyon Chir. 1956 - 51.
- 10 — W.A. Altemeir, E.A. Gall, V.R. Culbertson, W.W. Inge. Sclerosing Carcinoma of the intrahepatic (Hilar) Bile Ducts. Surgery 1966 - 60.
- 11 — Jo Nathan, A. Van Hernden, Edward S. Judd, Malcolm B. Dockerty. Carcinoma of the extrahepatic Bile Ducts a Clinice Pathologie Study. Am. J. Sing 1967.
- 12 — Caetano Zamitti Mamanana. Hepatico Gastrostomie Papillaire. J. Chir 1956. Sao Paulo - Bresil.
- 13 — Laurence Tinekler, (umvast. Singapur) Primary Sclerosing Cholangitis. Post grad. Med. J. 1971 - Oct.
- 14 — Allan W. Perry, E. Djang, George Kanfrini, L.G. Lundington, Primary Sclerosing Cholangitis. Am. J. Surgery 1971 - June.
- 15 — L. Beaty Pemberton, W.F. Diffenbaugh, E.L. Strohl. Surgical Significance of Carcinoma of the Gallbladder. Am. J. Surgery 1971 - Sept.
- 16 — Eero Vaittinen. Carcinoma of the Galbladder study of 390 cases Diagnosed in Finland 1953 - 67. Ann Chir et gynoo Fennine 1970 No: 108.
- 17 — Robert E. Wise, David O. Johnston, Ferdinand A. Salzman. The Intravenous Cholangiographie diagnosis of partial Obstruction of the Common Bile duct. Radiologie 1957 - 68.