

SAFRA YOLLARI CERRAHİSİNİN ÖZELLİKLERİ VE BUGÜNKÜ DURUMU

Dr. Nureddin Apaydın (*) Dr. Sait Öner (**) Dr. Olcay Derman (***)

Safra yolları cerrahisinin bugünkü gelişmeleri ve uygulamalarına değin konuşmamıza sebep teşkil eden başlıca amil, kesin endikasyonlarına, uygun şartlarda yapılan ameliyatlarına rağmen, dominant arazların zail olmasına karşılık hastaların bir kısmında bazan bir süre ve bazan da devamlı olarak süregelen şikâyetlerin mevcudiyeti olmuştur.

Bu çeşit tedavi görmüş hastaları takibeden dahiliye hekimleri ve operatörler, bahsettiğimiz şekilde şikâyetlerde bulunan bazı hastalarını hatırlayacaklardır zannedirim. Hastaların gösterdiği çeşitli belirtiler bir taraftan tamamen safra yolları anatomo-fizyolojisine bağlı olarak husule gelen yeni duruma adaptasyondan mütevellit güçlükler olmakla beraber, diğer taraftan da; hastaların bir kısmında hadiseye evvelden beri iştiraki bulunan fakat tetkik ve tesbite çok zaman lüzum, hatta fırsat bulunmayan karaciğer yetersizlikleri, pankreas lezyonları, mide-duodenum ile kol onlarda ve hatta böbreklerde mevcut bulunan kronik iltihabi-dejeneratif oluşumların iştiraki olarak görülen ve sürüp giden olaylar manzumesi şeklindedir. Burada, başlangıçtan itibaren şu kanaatimizi sizlere arz etmek isteriz. Safra kesesi ve safra yolları hastalıklarında ve bilhassa bunların cerrahi olarak tedavisinde, kat'i endikasyona rağmen sözü geçen tüb digestive ait sindirim fizyolojisinde ve birbirinin komponenti olan vazife yüklenmiş bulunan organların da klinik ve lâboratuvarın imkân verdiği nisbette incelenmesi gereklidir. Bu nedenlerle safra kesesi ve yollarına bağlı olarak tesbit edilen ve cerrahi tedavisi düşünülen hastalıklarda, çoğu zaman akut olarak bir kolikle müracaat eden ve gayet manifest araz gösteren ve iyice sayılan bir radyolojik tetkikle hastalığı tesbit etmek zor olmamaktadır. Bazan da stigmatları pek aşikâr olmayan arazlar karşısında tüb digestivin diğer araştırmaları arasında tesadüfen denecek gibi ortaya çıkabilmektedir.

(*) İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi II. Cerrahi Servisi Şefi.

(**) İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi II. Cerrahi Servisi Şef Muavini.

(***) İstanbul Şişli Çocuk Hastanesi II. Cerrahi Servisi Baş asistanı.

Safra kesesinin dolmadığı veyahutta taş ihtiva ettiğine dair bir kaç radyografiyi haiz hasta için verilen karar, muhakkak ki cerrahi müdahale lüzumu olmaktadır. Kliniğimizde ötedenberi sistemli bir düzen içinde yapılan bu ameliyatlarda safra kesesi ve safra yolları cerrahisine ait klâsik kitaplarda ve hatta yeni yeni neşriyatlarda oldukça geniş bahisler işgal eden cerrahi müdahalenin doğurduğu komplikasyonlar gayet az denecek kadar görülmektedir. Meselâ post operatvuar stürüktürler, asli safra yollarının ligatürleri veya yaralanmaları, kanamalar, karaciğerin özel arterinin bağlanması, veya cava yırtılmaları gibi komplikasyona uğrayan hastalarımız hemen hemen yok gibidir. Bunların dışında yine çalışma düzenimiz içinde günün koşullarına uymak mecburiyetinden, yukarıda sözünü ettiğimiz rutin araştırmaların bazılarını nadiren, bir kısmını da imkâsızlıklar nedeniyle yapamamaktayız. Böyle hastaların cerrahi müdahaleye sevkinden evvel dahiliyeci, radyolog lâboratuvar ve anestezi departmanları ile her hasta için adeta bir konsey kararı verilmesine inananlarıdır.

Bu itibarla belirli akut arazları ile inisial safhada yakalanan, radyolojik ve lâboratuvar muayeneleri ile durumları iyi bir şekilde tesbit edilen kardiopulmoner ve metabolik bir hastalığı bulunmayan hastalarda yapılacak; geniş, ideal ve modern eksplorasyon metodlarıyla uygulanan cerrahî müdahalelerde hastalar tam süre ile şifaya kavuşmaktadırlar. Bu bahsettiğimiz tipten olan hastalar, cerrahî endikasyonu icabettiren lezyonlarının sadece safra kesesine ait olan cinsindedirler. Bunun dışında dispeptik şikâyetlerinin ve huzursuzluklarının tesadüfen meydana çıkarıldığı safra yolları hastalıklarında yukarıda sözünü ettiğimiz diğer komşu organların birlikte bulunduğu hastalıklarda ve hele yetersiz usullerle uygulanan müdahalelerde, ameliyatın ancak kardinal şikâyetleri ortadan kaldırdığı ve hastaların pek rahat etmediği, cerrahlar ve dahiliyeci arkadaşlar tarafından kolaylıkla izlenmektedir.

Bu nedenle safra kesesi ve safra yollarından rahatsız olan hastalarda klinik araştırmaları, lâboratuvar muayenelerinin ve bilhassa radyolojik tetkiklerin en uygun şartlarda ve modern usullerle yapılmasına zaruret vardır. Hele lezyon safra yollarında mekanik mania teşkil eden koledok taşı, oddit stenoza, papilla ödemi ve tümörü gibi per operatvuar manüplasyonlarda kolaylıkla tesbit edilemeyen değişimler taşıyorsa, bunlarda cerrahî müdahalenin sağlıyacağı fayda yeterli olmayacaktır. Ve bu sebeple de mükerreren ameliyata tabi tutulması cerraha başlangıçtaki şans ve imkânı hiç bir zaman vermeyecektir.

Literatürde bu maksatla 12 defa müdahale edilmiş bir hasta zikredilmiştir. Clinics in gastroenterology'nin 1973 şubat sayısında, 24 yaşında bir kadının 1959 ağustosunda kolesistektomi geçirdiği ve ameliyatın 2. gününde bir sarılığın husule geldiğinden bahsediliyor. Aynı yıl ekim ayında ikinci defa yapılan laparatomide safra yollarına ait bir stürüktür tesbit edilerek cerrahi yolla tamir ediliyor. Nisan 1960 da yeniden darlık teessüs ediyor ve bu defa da 3. bir müdahaleyle dilatasyon yapılarak safra yollarına bir T tübü konuyor. 1961 martında aynı şekilde husule gelen stürüktür eksize edilerek d. hepaticus ile jejunum anastomoze ediliyor. Bundan sonra 4 defa daha yeniden laparotomi yapılarak devam eden stürüktür ortadan kaldırılmaya çalışılıyorsa da bir netice temin edilemiyor. Nihayet perkütan ve transhepatik kolangiografi ile intrahepatik safra yollarının sağ tarafta çok genişlemiş olduğu tesbit ediliyor ve Roux and Y jejunal anastomoz yapılarak hastanın sarılığı bertaraf ediliyor, hasta tamamen iyileşiyor. Fakat bir sene sonra sarılık tekrar başlıyor. Nisan 1972 de total bilirubin 16,8 mg, alkali fosfataz 89 K.A. ünitesi iken hasta daha önce 12 cerrahi müdahale geçirdiği için bu defa ameliyatı reddetmiş olduğu zikredilmektedir. Filvaki bu hastada, ekstrahepatik safra yollarında bazı hastalarda rastlanan stürüktür potansiyelinden misâl vermek için zikredildiği anlaşılmakta ise de, burada stürüktürü tevlit eden koledok direnağının sebep olduğu ve bu direnağın uzun süre bırakıldığı hallerde bir kolanjit stenozaan olayının ekstra ve entrahepatik safra yollarında meydana geldiği bilinen bir gerçektir. Bununla beraber yine böyle safra yolları stürüktürde uzun süre direnaja taraftar olan müellifler bulunmaktadır.

Safra yollarının idiopatik ve post operatuvar stürüktürlerinden cerrahi olarak sözü edilenler, konjenital stürüktürler ve ameliyatı takibeden stürüktürler diye iik kısımda mütalâa etmek gerekir. Stürüktürlerin en kötüsü cerrahi müdahale sonucunda meydana gelenlerdir. Mateessüf bu çeşit hastaların $\frac{1}{3}$ 'ü tıkanma sarılığınan kaybedilirler. Bu bakımdan kolesistektomi yapılmadan önce operatör hem normal, hem de anormal anatomiyi demonstre etmelidir. Özellikle tali sağ d. hepaticus veya çift d. sistikus veya çift d. koledokus aranmalıdır. Bu sebeple safra yollarının bugünkü modern cerrahî tedavisi cerrahın üstün kabiliyetinin dışında da bazı şartların yerine getirilmesini amil olmuştur. Bir süreden beri uygulayamadığımız per operatuvar kolangiografi tekniği cerraha bir ışık tutmaktadır. Bu işin rutin bir hale getirilmesi için, Hastane İdaresinin ve radyoloji departmanının büyük

yardımlarına ve başarılarımızın değil de, komplikasyonların husule gelmesine mani olmak bakımından büyük bir zaruret vardır.

Per-operatuvar kolangiografi yapmadan hiç bir sekonder veya görünüşde anormal duktus bağlanmamalıdır. Saplı bir safra kesesi mevcut ise, görülmeyen d. sistikusu bağlamak yerine yanlışlıkla koledoku bağlamak tehlikesi vardır. D. sistikus bağlanırken, koledokus fazla tazyik altında tutulursa esneyebilir ve bir kısmı ligatürün içinde kalabilir. Bunun sonucunda koledokusda daralma görülebilir. Şayet sistik artere koyulan ligatür kayacak olursa, hemostazı temin etmek için klemp kör bir şekilde kanlı sahada tatbik edilirse, klempin ucuyla d. hepatikus veya koledokusu leze etmek ihtimali olur. Ameliyat esnasında duktus kesilecek olursa derhal tamir edilir.

Darlıklar için bir çok cerrahî metodlar vardır, fakat universal olarak başarılı tek bir metod yoktur. Bütün metodların başarılı bir sonucu ulaşması için 3 prensibe dikkat etmeleri şarttır. Fibröz darlık tam olarak eksiye edilmeli ve duktus ile intestinal mukozalar arasındaki karşılaşma mükemmel olmalıdır. Anastomoz mümkün olduğu kadar geniş tutulmalı ve gerginlik altında kalmamalıdır. Barsak mukozasından kontaminasyon ile, bir assendan kolanjitis tehlikesi mevcutsa, bir entero-anastomoz yapılabilir. Anastomozun sızıntısız olması daima mümkün olmadığından, ameliyat yeri bir kaç gün için dışarıya direne edilir.

Stürüktürün yeri genellikle sistik kanalın koledoka girdiği yer civarındır. Fakat daha yukarıda hepatik kanalda hattâ karaciğer içinde dahi olabilir. Safra kanalının kesik uçları arasında ekseriya direkt bir anastomoz yapmak mümkün değildir. Bu şekilde hemen daima çekilme ve gerginliğe sebep olunarak darlığın teşekkülü teşvik edilmiş olur. Genellikle d. hepatikus kommunis, bir jejunum ansına anastomoz edilir ve buna bir entero-anastomoz ilâve edilir. Veya bir Roux and Y anastomoz D. hepatikus kommunise birleştirilir. Şayet hastada hem sağ, hem de sol d. hepatikuslarda darlık varsa o takdirde, bu kanallara bir Y tübü tatbik edilir ve tübün kuyruğu jejunumdan geçirilir. Mukoza ve epitel arasındaki karşılıklı münasebetin düzgün oluşu çok önemlidir. Bu tüblere hastaların gösterdiği tolerans da değişiktir. Bazılarında tüb 6 hafta sonra safra çamuru ile bloke edilir, diğer gurup hastalarda ise 6 ay veya 1 sene hattâ devamlı olarak tübü yerinde muhafaza edebildikleri görülür.

Safra yolları cerrahisinde koledok taşları klinik görünüşleri ve ameliyat prosedürleri bakımından ayrı bir yer işgal ederler. Geniş safra yollarında taş teşekkülü genellikle nadirdir. Taş safra kesesinde te-

şekkül eder ve d. sistikus yoluyla koledokusa geçer. Koledok ve hepatic kanallarda taşı olan vak'alar bir çok seneler asemptomatik kalabilirler. Bunların taşları şayet 7 mm. nin altında ise hiç bir belirti vermeden duodenuma geçebilirler. Mamafih kanallarda taş mevcudiyeti tesbit edilir edilmez ameliyat tavsiye edilir. Buna sebep daha sonra çıkabilecek, bilier kolik veya sarılıkları önlemektir. Taşlar bazen bir bilier kolikten sonra duodenuma geçer, bazan da kanaldan duodenum veya kolona ülserasyon yoluyla geçer. Bu sonuncu durumda hastada bir diyare hali görülebilir. Buna sebep taşla beraber barsağa akan safra'nın bir lavman gibi tesir etmesidir. Taş obstrüksiyon yaparsa, sepsis ve şokla müterafik enfeksiyon riski her zaman mevcuttur. Bu arada karaciğerde piyemik abseler de olabilir. Tıkanma zail edilmezse, bilier siroz ve portal hipertansiyon zuhur eder.

Koledokun iç çapı yer yer değişir. En dar yeri ampullanın hemen üstüdür. Genellikle taşların takıldıkları bölge burasıdır. Tıkanmalarda entermitant ateş, ağrı ve sarılık başlıca belirtilerdir. Ateşin yüksek devresi taşın takıldığı zamana tesadüf eder. Taşın takıldığı yerde taş, kanal cidarında ödeme sebebiyet verir. Ödemin çözülmesiyle sarılıkta gerileme görülür. Krizlerin sık sık gelmesi ile oddi sfinkteri sahasında fibröz bir stenozit teşekkül eder. Tıkanmanın üstündeki duktus sistemi dilate olmuş ve kalınlaşmıştır. Takılan taşlar genellikle 7 mm.nin üstünde bir çap gösterirler. Bu taşlar pankreatik kanalı bloke eder veya pankreatik kanal sistemine safra yolları muhtevasının geçmesine müsaade ederse akut veya kronik pankreatit husule gelir. Kanal taşları vak'alarının % 90'ında ağrı, % 50'sinde sarılık, 1/3 ünde de ateş vardır. Tam obstrüksiyonda idrarda ürobilinojen yoktur. Entermitant tıkanmada zaman zaman olabilir. Bunun gibi dışkıda sterkobilin de olmayabilir. Biluribin normal seviyesinin üstüne çıkar. Tıkanma sarılığında total biluribinin en aşağı 3/4 ü direkt biluribindir. Alkali fosfataz da genellikle 30 K.A. ünitesinden fazladır. Ateşin en yüksek devresinde kan alındığı takdirde bazan hemokültürün pozitif çıktığı görülmüştür. Bu şekilde safra yollarının mekanik bir mania ile tıkandığı hallerde yapılacak ameliyatta kolanjiografi şarttır.

Kanallardaki bütün taşlar çıkarılmalıdır. Ve koledokda asgarî 10 gün müddetle bir T tübünün bulunması lâzımdır. T tübünün çıkarılmasından evvel de post operatuvar kolanjiografi lüzumludur.

1972 de Danzinger tarafından chenodeoxycholic acidin kanallar içindeki taşları eritmede faydalı olduğu söylenmiştir. Safra kesesi ve safra yolları cerrahisinde uygulanan teknik karşısında arbr bilier'in oddi sfinkterine kadar olan kısmında vücut tarafından cerrahî trav-

maya karşı bir reaksiyon husule gelmektedir. Şöyle ki, basit bir kole-sistektomide bir rezervuar olarak kullanılan safra kesesinin vazifesi-ni, safra yollarında, oddide husule gelen bir spazmın tevlit ettiği dila-tasyon hali ile üzerine almaktadır. Ve hattâ bu nedenle kole-sistektomi geçirmiş olan hastalara ameliyat sonrası devrede mevcut olan ameli-yat yarasının ve travmasının ağrısını ortadan kaldırmak için yapılan morfin enjeksiyonları oddide de bir hipertoni meydana getirerek bilier traktusun daha fazla genişlemesine ve hattâ çok nadir olmakla beraber sistikusa emniyetli olarak konmamış ligatürün dahi çözülmese-mine müncer olabilir. Bu nedendir ki, bu çeşit ameliyat geçiren kim-selere, ameliyat sonrası devrede oddideki spazmı kaldıracak uygun antispazmodiklerle, pankreatik enzim preparatlarının verilmesi ve hastanın ameliyattan sonra da tam adaptasyon devresine girinceye kadar, bu tedaviye devam etmesinde çok büyük faydalar sağlanmak-tadır. Şayet eskimiş bir safra kesesi taşı dolayısıyla sklero-atrofik du-ruma girmiş, karaciğer içine gömülmüş bir kesede kolik vezikülerle-rin belirsiz bir hal aldığı fakat karaciğer ve pankreas fonksiyonları-nın bozulduğu hallerde, oddi de spazmdan ileriye gelen ve permanent bir oddit stenozan hali meydana gelen vak'alarda yapılacak kole-sistektomi hastalara pek fazla bir rahatlık kazandırmayacaktır. Bu ne-denle bu çeşit vak'alarda per operatuvar kolanjiografi ile aynı zaman-da radyomanometri marifetiyle safra yollarındaki basıncın artması hali aşikâr olarak tesbit edilebilmektedir. Bu çeşit vak'alarda kole-sistektomiye ilâveten lüzumuna göre bir sfinkterotomi ve sfinkteroplas-ti ameliyatları da ilâve edilmesi bu işle uğraşan kliniklerde hemen he-men adet haline gelmiştir. Bazı otörler sfinkterotomi ve sfinkterop-lastinin peritonit, bilier fistül, kanama ve pankreatit gibi komplikas-yonlarından kaçınmak için bilio-digestif anastomozları tercih etmek-tedirler. Radyolojik olarak bugün için safra yolları hastalıklarında ameliyattan evvel de kole-sisto-kolanjiografi koledokun seriografik ve sinematografik tetkikleri yapılarak cerraha yapacağı ameliyatta çok büyük faydalar sağlamaktadır. Bu çeşit rdyolojik muayenelerden bir tanesi de perkütan transhepatik kolanjiografidir. Ancak bunun kana-ma ve bilier peritonit gibi komplikasyonlara sebebiyet vereceği göz önünden uzak tutulmamalıdır. Mecbur kalındığı takdirde, ameliyattan evvel böyle bir usulden faydalanmak ve hemen akabinde laparatom-i-nin yapılması, mevzubahis komplikasyonları kontrol altına almak im-kânını sağlayabilir. Safra kesesi ve safra yolları cerrahisi üzerinde bugün uygulanan cerrahî müdahaleleri ve bununla beraber tatbik edi-len kolanjiografik ve radyomanometrik deneylerin tamamını ve tefer-

ruatını buraya sığdırmaya zaman bakımından imkân yoktur. Netice olarak safra yolları hastalıklarında başlangıçta da söylediğimiz gibi hstalığın iyice tesbit ve teşhis edilmesinde büyük fayda vardır. Başlangıçta da dediğimiz gibi her zaman her vak'ada basit bir safra kesesi taşı şeklinde mütalâa etmemek lâzım gelir. Hastanın öncelikle kardio-pulmoner, vasküler, metabolik, renal ve túb digestifin komşu diğer organlarındaki özelliklerinin, bilhassa karaciğerin çeşitli fonksiyonları bakımından durum iyice gözden geçirilmelidir. Bu arada cerrahî müdahale zamanı için hat hecme halinin lokal ve hematolojik yönden en müsait bir safhada bulunmasına dikkat edilmelidir. Ameliyat preoperatuvar iyi bir hazırlıktan sonra bilhassa elektrolit dengesi yönünden dikkate alınarak yapılmalıdır. Bu hususta basit bir misâl olarak, bu çeşit ameliyatlarda en kısa bir süre için dahi ameliyat yarasının derin ekartör altında çekilmesi nedeniyle en iyi hemostaz altında bile bir litre civarında bir mayi kaybına sebep olabileceğini dikkati nazarınıza arzederiz. Bu nedenle bu çeşit hastaların ne kadar bir miktar mayi ve elektrolit kaybına uğradığı tecrübevi olarak görülmüştür.

Ensizyon, kliniğin uyguladığı alışılmış şekilde olmakla beraber vak'anın ve hastanın yapısı, kilosu ve karın adaleleri ile ilgili bir şekilde uygulanmalıdır. Ensizyon rahat çalışmaya yeterli derecede geniş olmalıdır. Minisiöz bir hemostaz, dikkatli ve yumuşak bir ekartman, sivri ve keskin uçlu âletler kullanmamak gibi bir itiyatla yapılmalıdır. Eksplorasyon karaciğer, safra kesesi, mide, duodenum, pankreas, koledok gibi organları ve bilhassa safra kesesine ait kanal ve arter sistik anomalilerinin gözden kaçmayacak bir şekilde yapılmasını hedef tutmalıdır. Bu devreden sonra safra kesesi için öteden beri uygulanan ameliyatlara kolesistostomi, kolesistendezis ve parsiyel kolesistektomi ile ideal kolesistektomi şekli arasında birisinin uygulanmasıyla mümkün olmaktadır. İdeal kolesistektominin dışındakiler her zaman için uygulanan müdahale metodları olmamakla beraber bazen mecburiyet durumu gösterebilirler. Bunlar ameliyat sonrası komplikasyonlara ve enfeksiyonlara sebep olduğu gibi bir süre sonra yeniden taş teşekkülüne zemin hazırlayabilirler. Ancak hastaların ameliyat zamanları çok defa iyi seçilebilmiş ve ayarlanabilmişse, bu sevimsiz müdahalelere lüzum hasıl olmamaktadır. Safra kesesi taşı dolayısıyla yapılan ameliyatlarda hemen hepsinde peritoneal kavitenin bir direnaja daima yapılmalıdır. Bu direnaja genellikle safra yollarında dekubitüs yapmayacak yumuşaklıkta bir kauçuk túb ile ve daha iyisi olarak içinden absorban bir gaz geçirilmiş Penros direnler uygulanmalıdır. Dire-

naj süresi için kat'i bir gün tayin etmemek gerekir. Genellikle hastanın bilio-sangnalan bir sekresyonu mevcuttur. Bu sekresyonun devamına ve hastanın ateş durumuna göre alınması, 8 güne kadar bir zaman içinde olmalıdır. Bu sekresyonun kıvamında veya fazlalığında, safra kesesiyle karaciğer arasındaki aderansın ve safra kesesi yatağının durumu ve yatağın peritonizasyonu cerraha bir endüktör olabilir. Direnin ve mesin ensizyondan ve başka bir yerden çıkarılması cerrahın tecrübesi ve alışkanlığına bağlıdır. Bir tercih sebebi değildir. Cerrahi tedavinin yanında antibioterapi, vitaminoterapi, elektrolit dengesi, ağrı ile mücadele, pulmoner fonksiyonlar, hastanın beslenmesi ve renal fonksiyon dikkatle izlenmelidir. Dikişlerin alınması uygun zamanda olmalıdır. Ameliyat sonrası beslenme ve biraz önce söylediğimiz gibi antispazmodik ve pankreatik droglar kullanmak itiyat haline getirilmelidir.

Koledok üzerine yapılan ameliyatlara gelince; burada bilhassa enstrümantasyon materyeli bakımından yeterli cihazlara sahip olmak lâzımdır. Kolanjiografi ve radyomanometri yanında koledokoskop gibi optik cihazların da kullanılmasında faide sağlayan klinikler bulunmaktadır. Koledoktaki taşların tamamının çıkarılmasına ve başkaca taşın kalmadığına dair emin usulleri kullanılmalıdır. Koledoka yerleştirilecek tübün retro-pankreatik bölgenin üstünde bir yere ve koledoka uygun kalınlıkta olmasına dikkat etmelidir. Tübün proksimal ve distal taraflarının tamamen koledok içinde olması lüzumludur. Proksimal ucun hepatikuslardan birisi veya d. sistikus moignonunun içine girmesi ve d. hepatikusun bifurkasyon yerine dayanması ihtimali göz önünden uzak tutulmamalıdır. Distal ucun trans duodenal olarak kullanıldığı vak'alar varsa da reflü pankreatite sebep olacağı veya duodenum sekresyonun da direnaja uğrayacağı cihetle pek itibar edilmemelidir. Koledokun gayet ince ve atravmatik iğnelerle ermetik olarak kapatılmasına dikkat edilmelidir. T tübü ile cidar arasındaki mesafenin koledokta bir gerginlik ve bir kudür yapmayacak şekilde ayarlanması lâzımdır. T tübünün ucu bir ajutaja bağlanarak steril bir şişedeki serum içine kapalı olarak direne edilmelidir. Direnaj şişesinin seviye farkının tevlit edeceği aşırı bir sifonaj akımından kaçınılması için karyolanın altında yerden 20-30 cm. lik bir yüksekliğe konması veya karyolanın kenarına bağlanması daha uygun olmaktadır. Bu halde dahi karefur hepatik, T tübü koledokun içine ne kadar iyi yerleştirilirse yerleşsin safravi bir sızıntıya sebep olacağından ikinci bir kauçuk direnle direne edilmelidir. Bazı müellifler T tübünün direnajının 4-5. gününden itibaren serum fizyolojik ile irrigasyonunu tavsiye et-

mekte iseler de, kanımızca bu bir enfeksiyon ihtimaline sebep olacağından lüzumsuz addedilmektedir. Hastaların bundan sonraki takibi kolesistektomi vak'alarından fark'sız olmakla beraber, bir hususun dikkate alınmasında fayda vardır. O da, T tübü marifetiyle kaybedilen elektrolit ve potasyumun ranplasmanı şeklindedir. Buna çok dikkat etmelidir. Hastanın genel ve lokal durumunun beklenen şekilde seyrettiği vak'alarda bu tübü 8. gününden itibaren fasılalarla klempe edip kontrol altına alınması ve gaitada sterkobilin aranması usulendir. Tecrübeler normal seyrettiği takdirde 10. günden itibaren T tübü yavaş ve koledokun yırtılmasına sebebiyet vermeyecek şekilde çıkarılmalıdır. Bu safhadan evvel de oddi spazmını çözecek medikal preparatlara geçilmelidir.

Oddi sfinkteri üzerine yapılan müdahaleler oddi de mevcut anklave bir taşın çıkartılmasındaki güçlükler nedeniyle olduğu gibi, sfinkterin bizatihi kendisinde husule gelen oddit stenozan, papilla ödemi ve papilla üümörü nedenleriyle yapılmaktadır. Bu çeşit manüplasyonlar ya duodenotomi yapılarak, sfinkterin eksplorasyonundan sonra olmakta veyahut ta, koledok kanalı marifetiyle sfinkter içine ithal edilen amportpiyeslerle mümkün bulunmaktadır. Tecrübeli ellerde kolay bir ameliyattır. Brütal hareket etmemek lâzımdır. Bilhassa sfinkterin alt köşesinin yırtılmamasına dikkat edilmelidir. Eksizyon ve plasti, sfinkterin üst kenarı üzerine yapılmalıdır. Komplikasyonları mevcuttur. Bunlar peritonitler, duodenum stenozları, erken angio-kolitler, duodenim fistülleri ile hat pankreatitlerdir.

Safra yolları ile tüb digestif arasındaki anastomozlar, bunların endikasyonları, uygulamalarını şimdilik konumuzun dışında bırakıyoruz. Konuyu genel hatlarıyla teknik teferruata fazla girmemek şartıyla nakletmiş bulunuyoruz. Sabrınıza teşekkür eder. Saygılarımızı sunarız.

Özet

Safra yolları cerrahisinin ve bu günkü modern tedavisinde bilhassa preoperatuvar ve peroperatuvar kolesisto-kolangiografik tetkiklerle, radyomanometrik uygulamaların önemi belirtilmektedir. Ameliyat tetkikleri yönünden ve ameliyat sonrası bakımından bu hususların iyice bilinmesi mühim faydalar sağlamaktadır. Post kolesistektomik sendrom namıyla bahsedilen huzursuzlukların ve şikâyetlerin bu çeşit uygulamaların yapıldığı ve endikasyonun eksiksiz olduğu vak'alarda görülmeyeceğini kabul etmek gereklidir. Konu bu hususu ayrıntılı bir şekilde belirtmektedir.

Summary

In connection with pre-operative and per-operative cholecysto-
cholangiography the surgical treatment of biliary tract diseases have
been reviewed.

LİTERATÜR

- 1 — Bodvall Bertil : The post cholecystectomy syndromes, Clinics in gastroen-
terology, vol 2, no. 1, January 1973, W.B. Saunders Company Ltd., London,
P. 103-126.
- 2 — George Phyllis : Disorders of the extrahepatic bile ducts, Clinics in gastro-
enterology vol 2, no. 1, January 1973. W.B. Saunders Company Ltd., London,
P. 127-146.
- 3 — Gürgen Tarık : Safra kesesi ve safra yolları hastalıkları - Cerrahi tedavi,
İstanbul, 1966.
- 4 — Patel Jean, Leger Lucien ; Nouveau traite de technique chirurgicale, Tome
XII, voies biliaires extra-hepatiques pancreas, Masson et Cie, Paris, 1969.
- 5 — Whelton Michael J. ; Sclerosing cholangitis, Clinics in gastroenterology vol
2, no. I, January 1973, W.B. Saunders Company Ltd., London, P. 163-173.