

AKUT SÜPÜRATİF KOLANJİT TEDAVİSİNDE
KOLEDOKODUODENOSTOMİNİN YERİCHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN THE TREATMENT OF
SUPPURATIVE CHOLANGITISDr.İlgin ÖZDEN Dr.Orhan BİLGE Dr.Yaman TEKANT Dr.Koray ACARLI
Dr.Aydın ALPER Dr.Ali EMRE Dr.Orhan ARIÖĞÜL

ÖZET: 1977-1995 yılları arasında 27 hastaya akut süpüratif kolanjit tanısıyla acil cerrahi girişim uygulanmıştır. Hastaların 15'i erkek, 12'si kadındı. Medyan yaş 53 idi (30-83). Tabloya sebep olan birincil patoloji; 15 hastada koledokolityaz, 9 hastada safra yollarına açılmış kist hidatik, bir hastada biliyer striktür, bir hastada Caroli hastalığı zemininde gelişmiş kolanjiokarsinom, bir hastada iatrojenik safra yolları yaralanmasıydı. Tanı; Charcot kriterlerine ek olarak, şoka eğilim, şuur bozukluğu ve medikal tedaviye yanıtızlık ile kondu. Safra yollarının dekompresyonu için 16 hastada koledokoduodenostomi, 6 hastada T-drenaj, iki hastada T-drenaj + sfinkteroplasti, bir hastada koledokojejunostomi, bir hastada hepatojejunostomi, bir hastada eksternal drenaj uygulandı. Ameliyat sonrasında kaybedilen dört hastanın ikisi kliniğe septik şok tablosunda başvurmuş, diğer iki hastada ise sırasıyla safra yollarındaki pürülan materyalin taşlaşmış olması ve yaygın kolanjiokarsinom sebebiyle etkin drenaj yapılamamıştır (mortalite:%15). Dört hastada yara enfeksiyonu, iki hastada subhepatik abse, bir hastada böbrek yetmezliği, bir hastada T-dreni kaçağı, bir hastada karaciğer absesi saptandı. Akut süpüratif kolanjit, nadir görülen ancak mortalitesi yüksek olan bir tablodur. Erken tanı ile hızlı ve etkin safra yolları drenajı vakaların büyük çoğunluğunda hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolanjit, Süpüratif Kolanjit, Koledokoduodenostomi.

SUMMARY: Between 1977 and 1995, 27 patients with acute suppurative cholangitis were treated by emergency surgery. Fifteen patients were male and 12 were female. Median age was 53(30-83). The primary pathology was choledocholithiasis in 15 patients, intrabiliary rupture of a hydatid cysts in 9, biliary stricture in one, cholangiocarcinoma associated with Caroli's disease in one, iatrogenic injury in one. The diagnosis was based on Charcot's criteria as well as the presence of hypotension, mental confusion and unresponsiveness to medical therapy. Decompression of the biliary system was achieved by choledochoduodenostomy in 16 patients, T-drainage in 6, T-drainage + sphincteroplasty in two, choledokojejunostomy in one, hepatojejunostomy in one and external drainage in one. Four patients died in the early postoperative period (mortality:15%) two were in septic shock at admission; effective drainage could not be achieved in the other two patients due diffuse cholangiocarcinoma in one and the presence of extremely organized purulent material in the biliary tree in the other. Wound infection developed in four patients, subhepatic abscess in two, renal failure in one, T-drain leakage in one, liver abscess in one. Acute suppurative cholangitis is a rare entity with high mortality. Early diagnosis, rapid and effective biliary decompression are life-saving in the majority of the cases.

Key Words: Cholangitis, Suppurative Cholangitis, Choledochoduodenostomy.

Akut kolanjit, safra yollarında tıkanma zemininde gelişen bir enfeksiyondur (1). Ortaya çıkışı ve klinik seyri büyük değişkenlik gösterir (2). Bir yanda, tıkanma sarılığı sebebiyle incelenen hastaların anamnezinde geçirilmiş kolanjit ile uyumlu şikayetler saptanmaktadır; birçok hastada bu şikayetler doktora başvurulmadan veya ağızdan antibiyotik tedavisi ile geçmektedir. Öte yanda, klasik li-

teratürde akut süpüratif kolanjit adı verilen ve mortalitesi %10 ile %80 arasında değişen ağır bir tablo gelişebilmektedir (3). Bu tabloda, safra yollarının acil dekompresyonu (cerrahi, endoskopik veya perkütan yöntemle) hayat kurtarıcıdır (1).

Bu yazıda, akut süpüratif kolanjit tanısıyla, acil girişim uygulanan 27 hasta sunulmakta ve bu hastalığın güncel tanı ve tedavisi tartışılmaktadır.

MATERYEL METOD

1977-1995 yılları arasında, İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Karaciğer-Safra Yolları Cerrahisi Birimi'nde 27 hastaya akut süpüratif kolanjit tanısıyla acil girişim yapılmıştır. Hastaların 15'i erkek, 12'si kadındı;

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Karaciğer-Safra Yolları Cerrahisi Birimi

Yazışma Adresi: İlgin ÖZDEN

İstanbul Tıp Fakültesi, Monoblok 7. Kat, Karaciğer-Safra Yolları Cerrahisi Birimi, İstanbul.

medyan yaş 53 idi (sınırlar 30-83).

Kolanjit tanısında Charcot kriterlerinden (karın sağ üst kadranda ağrı, titreme ile yükselen ateş, sarılık) faydalanılmıştır. Bütün hastalarda glikoz, üre, kreatinin, aspartat aminotransferaz, alanin aminotransferaz, alkali fosfataz, gamma glutamil transpeptidaz, total ve direkt bilirubin, total protein ve albümin düzeyleri, protrombin zamanı ölçülmüş, tam kan tahlili yapılmıştır. Bütün hastalarda ultrasonografi, endikasyon olduğunda bilgisayarlı tomografi kullanılmıştır.

Akut süpüratif kolanjit tanısı iki kriter gerektirir: 1) Hastaneye gelişte şok veya hipotansiyon (Reynold pentadı ek kriterleri) bulgularından birinin varlığı, 2) Bu bulguların saptanmadığı hastalarda yoğun destek tedaviye rağmen 24-48 saat içinde klinik ve laboratuvar bulgularının düzelmemesi veya kötüleşmesi. Bu kriterlere uyan vakalar acilen ameliyata alınmıştır.

SONUÇLAR

Hastaların klinik bulguları Tablo-I'de, laboratuvar bulguları (medyan sınırlar) Tablo-II'de özetlenmiştir. Alttan yatan birincil hastalıklar arasında koledokolityaz birinci sıradaydı (Tablo-III).

Tablo-I: Hastaların klinik bulguları

Sarılık	26/27	(96%)
Ağrı	25/27	(93%)
Ateş	21/27	(77%)
Hipotansiyon-şuur bulanıklığı	10/27	(37%)

Tablo-II: Hastaların laboratuvar bulguları

Total bilirubin (mg/dl)	8.2	(1.8-18.7)
Direkt bilirubin (mg/dl)	5.8	(1.4-8.1)
ALT (UL)	53	(18-283)
Lökosit sayısı (hücre/mm ³)	9400	(4800-29300)

Kolesistektomi geçirmemiş olan hastalara kolesistektomi, bütün hastalara koledok eksplorasyonu uygulanmıştır. Onbeş hastada (56%) safra yollarında cerrahat mevcuttu. Kist hidatikli hastalarda kiste yönelik girişim aynı seansta yapılmıştır. Safra yollarının drenajını sağlamak için yapılan ameliyatlarda koledokoduodenostomi birinci sıradaydı (Tablo-III). Caroli hastalığı zemininde yaygın kolanjiokarsinom gelişmiş olan bir hastada tanı, ameliyat bulguları ve histopatoloji ile konulabilmiştir. Etkin safra drenajı sağlayacak uygun safra

Tablo-III: Hastalarda saptanan birincil hastalıklar ve uygulanan ameliyatlara

Koledokolityaz	Koledokoduodenostomi	10
	T-drenaj	3
	T-drenaj + sfinkteroplasti	2
Kist hidatik	Koledokoduodenostomi	6
	T-drenaj	2
	Roux-Y koledokojunostomi	1
Kolanjiokarsinom	Eksternal drenaj	1
Biliyer striktür	T-drenaj	1
Iatrojenik yaralanma	Roux-Y hepatikojunostomi	1

yolu bulunmadığı için, zorunlu olarak eksternal drenaj uygulanmıştır. Biliyer striktür zemininde kolanjit geçiren diğer bir hasta, daha önce çok sayıda safra yolu girişimi geçirmişti. Ameliyatta, anatominin tamamen bozulmuş olduğu ve safra yollarındaki pürülan materyalin taşlaşmış hale geldiği görülmüştür. Hastanın septik şokta olması sebebiyle, ameliyatı gereksiz yere uzatmamak amacıyla T-drenaj uygulanmıştır. Başka bir sağlık kurumundan iatrojenik safra yolu yaralanması nedeniyle gönderilen hasta septik şok tablosunda ameliyata alındı. Eksplozasyonda ana hepatik kanalın ve sağ hepatik kanalın ön duvarlarının yaralanmış olduğu, hepatik kanala plastik bir boru yerleştirilmiş ve midenin bu bölgenin üstüne dikilmiş olduğu görülmüştür. Safra yollarında pürülan safra mevcuttu. Hilus seviyesinde Roux-Y hepatikojunostomi yapılmıştır.

Yirmiyedi hastanın dördü (15%) erken ameliyat sonrası dönemde kaybedilmiştir. Ölüm sebebi, iki vakada, hastaların birimimize çok geç dönemde getirilmesidir. Bu hastalar septik şok tablosunda ameliyata alınmış, gerekli cerrahi girişim yapılmış, ancak multipl organ yetmezliği tablosunda kaybedilmişlerdir. Diğer iki hastada ise etkin drenaj sağlanması mümkün olmamıştır. Bunlardan biri kolanjiokarsinomlu hastaydı; biliyer striktürlü hastada ise, safra yollarındaki materyal taşlaşmış olduğu için koledok eksplorasyonu ve T-drenaj etkin olamamıştır.

Dokuz hastada komplikasyon görülmüştür (Tablo-IV).

Tablo-IV: Hastalarda saptanan komplikasyonlar

Yara enfeksiyonu	4
Subhepatik abse	2
T-Dreni kaçağı	1
Karaciğer absesi	1

T-drenaj kaçağı ve subhepatik abselerden biri cerrahi yöntemle tedavi edilmiştir. Diğer subhepatik abse perkütan drene edilmiştir. Karaciğer absesinde parenteral antibiyotik tedavisiyle başarılı sonuç alınmıştır.

TARTIŞMA

Yirmiyedi hastadaki deneyimize ve literatür bilgilerine dayanarak konunun iki yönü üzerinde durmak istiyoruz: birincisi, erken tanı ve etkin tedavinin önemi, ikincisi seçilecek girişim. Akut süpüratif kolanjitte safra yollarının doğru zamanda ve etkin şekilde drenajı hayat kurtarıcıdır. Bunların gerçekleşmediği durumlarda mortalite çok yüksektir. Bu durumda erken tanı konması büyük önem kazanmaktadır. Süpüratif kolanjit, "safra yollarında püy bulunması" olarak tanımlanmıştır (4). Daha sonraları Reynold ve Dargan, Charcot triadına, sepsis bulguları olan hipotansiyon ve şuur bulanıklığını ekleyerek Reynold pentadını tarif etmişlerdir (5). Bir süre bu iki tablo birbirinin patolojik anotomik-klinik karşılıkları olarak görülmüştür. Ancak tecrübe arttıkça aradaki ilişkinin bu kadar kesin olmadığı anlaşılmıştır. Serimizde Reynold pentadı ek kriterlerinden birini taşıyan hasta sayısı 10, safra yollarında cerahat bulunan hasta sayısı 15'tir ve bu on hastanın hepsi ikinci gruba dahil değildir. Literatürde safra yollarında cerahat bulunan hastaların mortalitesinin, taşıdıkları risk faktörlerine göre %0 ile %28 arasında değiştiği bildirilmiştir (3). Buna karşın, safra yollarında cerahat bulunmadığı halde mortalite yüksek olabilmektedir (3,6). Bu bilgiler ışığında süpüratif kolanjit yerine, ağır kolanjit-ağır akut kolanjit gibi seçenekler önerilmiştir (6,7). Önemli olan nokta, safra yollarında püy bulunup bulunmaması değil, hastanın gelişteki klinik durumu ve takip sırasındaki seyridir. Biliyer sepsis bulguları olan Reynold pentadı ek kriterlerini taşıyan hastalara acil dekompresyon uygulanmalıdır. Bu bulguları taşımayan, ancak yoğun destek tedavisi ile, 24 veya en geç 48 saat içinde klinik ve laboratuvar bulguları düzelmeyen hastalara acil girişim yapılmalıdır. Tablonun tam olarak oturmasının beklenmesi mortaliteyi çok yükseltir.

İkinci nokta, seçilecek cerrahi girişimdir. Klasik yaklaşım, en hızlı ve en basit girişimin yapılmasıdır ki bundanda öncelikle T-drenaj anlaşılmaktadır. Sunduğumuz seride ise, 27 hastanın 16'sına (%59) koledokoduodenostomi uygulanmıştır. Hastaların hiçbirinde anastomoz ile ilgili bir problem gelişmemiştir. Tecrübemiz, koledokoduodenostominin akut süpüratif kolanjitte emin bir yöntem olduğunu göstermektedir. Özellikle safra yollarına açılmış kist hidatik vakalarında bu

yöntemin T-drenaja üstün olduğunu düşünüyoruz (8).

Son yıllarda endoskopik dekompresyon üzerinde durulmaktadır. Yapılan geleceğe dönük, randomize çalışmalarda, endoskopik dekompresyonun etkinliğinin cerrahi ile aynı olduğu ancak morbidite ve mortalitesinin belirgin şekilde düşük olduğu gösterilmiştir (9). Birimizin görüşü, günümüzde seçkin acil tedavinin endoskopik dekompresyon (sfinkterotomi veya nazobilyer drenaj) olduğudur. Cerrahi, bu yöntemin uygulanmadığı veya başarısız olduğu hastalarda seçilmelidir (geçirilmiş ameliyatlara sebebiyle papillaya ulaşılamaması, teknik nedenlerle dekompresyon yapılamaması, kist hidatik veziküleri ve çıkartılamayan büyük taşlar sebebiyle drenajın etkin olmaması, drenaja rağmen hastanın septik tablosunun düzelmemesi). Ancak ülkemizde 24 saat boyunca acil endoskopik dekompresyon olanağı yaygın olarak mevcut değildir. Bu sebeple, cerrahi, ülkemizde bir süre daha birincil tedavi olmaya devam edecektir. Deneyimiz, bu ölümcül hastalıkta, doğru zamanlamalı, etkin cerrahi girişimin kabul edilebilir mortalite ve morbidite ile çok başarılı sonuçlar verdiğini ve kolekoduodenostominin emin bir seçenek olduğunu göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Rege RV, Nahrwold DL: Cholangitis, choledocholithiasis and bile duct strictures. In: Zuidema GD (ed): *Schakelford's Surgery of the Alimentary Tract*. Philadelphia, W.B. Saunders Company, Harcourt-Brace-Jovanovitch Inc., 1991, pp 199-209
2. Saik RP, Greenburg AG, Farris JM, Peskin GW: Spectrum of cholangitis. *Am. J. Surg.* 130: 143, 1975.
3. Csendes A, A, Dias JC, Burdilles P, Maluenda F, Morales E: Risk factors and classification of acute suppurative cholangitis. *Br. J. Surg.* 79: 655, 1992.
4. Rogers L: Biliary abscess of the liver with operation. *Brit. Med. J.* 2: 706, 1903.
5. Reynolds BM, Dargan EL: Acute obstructive cholangitis: A distinct clinical syndrome. *Ann. Surg.* 150: 299, 1959.
6. Boey JH, Way LW: Acute cholangitis. *Ann. Surg.* 191: 264, 1980.
7. Lai ECS, Tam P, Paterson IA ve ark.: Emergency surgery for severe acute cholangitis: The high-risk patient. *Ann. Surg.* 211: 55, 1990.
8. Alper A, Arıoğlu O, Emre A, Uras A, Ökten A: Choledochoduodenostomy for intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. *Br. J. Surg.* 74: 243, 1987.
9. Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY ve ark.: Endoscopic biliary drainage for severe acute cholangitis. *N. Engl. J. Med.* 326: 1582, 1992.