

A. Ü. Tıp Fakültesi Şiürji Kürsüsü

SAFRA SİSTEMİ HIPOTONİSİ SENDROMUNDA ŞİÜRJİKAL TEDAVİ SONUÇLARI

(270 vak'alık bir serinin etüdü)

Dr. İsmail Kayabalı*

Karaciğer dışı safra sisteminin taş, darlık, parazit, infeksiyon, tümör ve doğmalık malformasyonları dışında bir takım fonksiyon bozuklukları vardır ki bunlar «Dystonia-Dyskinesia biliaris» sendromu adı altında toplanmıştır.

Son yirmi yıldan beri gittikçe daha çok tanınan safra sisteminin bu fonksiyonel tipdeki kompleks sendromu şu şekilde sınıflandırılır:

1 — Oddi sfenktteri dystonia'ları:

- a — Oddi sfenktteri tonüsünün mormalin altına düşmesi (Hypotonia).
- b — Oddi sfenktteri tonüsünün mormalin üstüne çıkması (Hypertonia-odditis chronica).

2 — Lütckens (kese boynu) sfenktteri tonüsünün normalin üstüne çıkması.

3 — Safra yollarında mucus salgısının fazlalaşması (Dyscrinia).

Normalde Oddi sfenktteri tonüsü 12 cm/su (17 - 15 cm/su arası normalin alt ve üst sınırlarıdır), Lütckens sfenktteri tonüsü ise 20 - 24 cm/sudur (11).

Burada, Oddi sfenktterinin hipotonik tipdeki dyskinesialarında şiürjikal tedaviyle elde edilen sonuçlar ve diğer bulgular sunulacaktır.

* A. Ü. Tıp Fakültesi III. Şiürji Kürsüsü Öğretim Üyesi.

(A. Ü. T. F. Mec., XXIII, VI, 1697 - 1768, 1970)

Materyel :

Materyelimizi, 1956-1970 yılları arasında tedavi ve takip etmek fırsatını bulduğumuz 270 safra sistemi hipotonisi vak'ası teşkil etmektedir.

Bu materyelin yıllara bölünüşü (Tablo : 1) de gösterilmiştir.

TABLO : 1
MATERYELİMİZİN YILLARA
GÖRE DAĞILIMI

Yıl	Vak'a Sayısı
1956	4
1957	13
1958	8
1959	19
1960	18
1961	26
1962	17
1963	16
1964	4
1965	36
1966	47
1967	0
1968	32
1969	26
1970	14

Materyelimiz, 229 (% 85) kadın, 41 (% 15) erkek hastayı kapsamaktadır. En yaşlı hasta 59, en genç hasta 18 yaşındadır.

Metod :

Her hastada gerekli fizik, laboratuvar ve radyolojik muayeneler yapılmıştır.

1 — Kullanılan laboratuvar mayeneleri, klasik idrar tahlili ve kan sayımı, kanama ve pıhtılaşma zamanları, hematakrit, sedimentasyon; açlık kan şekeri, kan proteinleri ve azotemidir; gerektiğinde karaciğer fonksiyon testleri de yapılmıştır. Duodenum tübaajına, hasta ve hekim için pratik bir metod olmaması nedeniyle baş vurulmamıştır.

2 — Radyolojik muayeneler arasında, ağız veya damar yoluyla yapılan kolesistografi esas teşkil etmiştir. Buna, gerektiğinde mide ve duodenum, kolon ve üriner sistemin radyolojik etüdları de eklenmiştir.

3 — Ameliyat sırasında sistematik olarak safra yolları basıncı (safra kesesi veya Ductus choledocus yoluyla), basit bir su manometresiyle ölçülmüş; bir kısmına da aynı yoldan kolanjiografi yapılmıştır.

4 — Şüpheli durumlarda, özellikle cholangiolitis chronica veya pancreatitis chronica şüphelenilen vak'alarda bu organlardan biopsi yapılmış ve teşhis, bu yolla kat'i bir şekilde kontrol edilebilmiştir.

Sonuçlar :

Sonuçlarımız, ameliyat öncesi, ve ameliyat sonrası yönünden ayrı ayrı söz konusu edilecektir.

I — Ameliyat öncesi bulgularının etüdü :

A — Anemnez :

a — Hastalığın başlangıcı en erken olarak 15 gündü, en geç anemnez 20 yıla kadar çıkıyordu. Belirtiler, ortalama olarak 4 yıldan beri mevcuttu.

b — Hastaların en büyük bölümünü, orta yaşlı, bir çok doğum (ortalama 3) ve düşük yapmış genç kadınlar teşkil etmekteydi.

c — Hastaların 1/3'ü, bize müracaat etmeden daha önce başka bir klinikde, ağrılarıyla ilgili bir takım büyüklü küçüklü ameliyatlar geçirmişti. Bunlar arasında, sıklık sırasıyla, appendektomi, retroversion düzeltilmesi, mide ve böbrek ptosis'i için yapılan müdahaleler ve gastro - enterostomi bulunmaktadır. Fakat bu ameliyatların hiç biri ağrılarını geçirmemiştir.

d — Gene vak'alarımızın 1/3'ü, daha önceden bir veya bir kaç «Akut dyskinesia krizi» geçirmişlerdi. Bu seride akut kriz üzerinde müracaat etmiş yalnız 3 hasta (% 1,1) bulunmaktadır.

e — Hastaların hikâyesinde karın, göbek üstü ve yanlardan başlayıp omuzlara ve bele vuran ağrılar, en sık rastlanan şikâyeti teşkil etmiştir. Bundan sonra sırasıyla baş ağrısı, bazı yemeklere karşı tahammülsüzlük ve kabızlık gelmektedir. Bütün hastaların biz gelmeden önce, az veya çok uzun bir süre, başarısız bir medikal tedaviye tabi tutuldukları da bir gerçektir.

B — Fizik muayene bulguları :

1 — Sağ hypochondrium'da provokasyonla uyandırılan az veya çok şiddetli bir ağrı, 5 vak'a dışında (% 1,8) bütün hastalarda düzenli bir şekilde tesbit edilmiştir.

2 — Buna karşılık Mallet - Guy manevrası 148 vak'ada (% 54) pozitif olarak bulunmuştur. Fakat Mallet - Guy belirtisinin pozitif olduğu vak'aların yalnız 34'ünde (% 12) ameliyat sırasında yapılan eksplorasyon ve pankreas biopsisi ile pancreatitis chronical bulunduğu anlaşılmıştır. Kanımıza göre bu durum, dikkati çeken bir özellik kabul edilmelidir.

3 — Birlikde bulunan diğer lezyonlar : Burada yalnız fizik muayenede bulunan eş lezyonlardan söz açılacak, laparatomide tesbit edilenlerden ameliyat bulguları bölümünde söz edilecektir.

Bu seride fizik muayeneyle tesbit edilen birlikdeki lezyonlar (Tablo : 2) de gösterilmiştir.

TABLO : 2

FİZİK MUAYENEYLE BİRLİKTE BÖLÜNÜĞÜ TESBİT EDİLEN
LEZYONLARIN ORANI

Lezyon	Vak'a sayısı	Yüzde oranı
Göbek fıtığı	27	10
Diastasis recti	2	0,7
Diğer fıtıklar	2	0,7
Hemeroid	1	0,3

C — Laboratuvar bulguları :

Kayda değer bir özellik göstermemiştir.

D — Radyolojik muayene bulguları :

Bu serideki radyolojik bulguları şu şekilde özetlemek mümkündür :

1 — Kolesistografi bulguların etüdü :

a — Hiç boşalmayan safra kesesi : 109 (% 36).

b — Bir bölümü boşalan safra kesesi : 109 (% 36).

- c — Dolmayan safra kesesi : 33 (%1,1).
- d — Anomali gösteren safra keseleri : 23 (% 8).
 - Divertikül : 7 (%2,7).
 - Friky başlığı şeklinde kese : 3 (% 1,1).
 - Kudürlü kese : 6 (% 2,6).
 - Bilobe kese : 7 (% 2,7).
- e — İçinde polip bulunan kese : 2 (%0,7).
- f — Radyolojik olarak normal kese : 3 (% 1,1).

2 — Mide ve duodenumun radyolojik etüdü :

- a — Mide ptosisi : 14 (% 4).
- b — Peptik ulcus görünümü : 13 (% 4).
- c — Rijidite : 1 (%0,3).
- d — Organik lezyon bulunmayan mide ve duodenum : 51 (% 18).

3 — Kalın barsakların radyolojik etüdü :

Bu vak'alarda kolografi, kontrast lavman kullanılarak yapılmıştır.

- a — Ptosis : 3 (% 1,1).
- b — Defekt görünümü : 2 (ameliyatta bu defektlerin Bauhinitis oedematosa ile ilgili olduğu anlaşılmıştır) (% 0,7).
- c — Organik bir lezyon bulunmayan vak'alar : 6 (% 2,6).

4 — Böbrekleri radyolojik etüdü :

i.v. Ürografi sonuçları şunlardır :

- a — Ptosis : 2 (% 0,7).
- b — Organik lezyon bulunmayan vak'alar : 7 (% 2,7).

5 — Pankreas alanında kalsifikasyon yalnız bir vak'ada (% 0,3) görülmüştür. Burada ameliyatta yapılan manüel muayene ve biopsi, hastalığın varlığını doğrulamıştır.

Hastalardan barsaklarında parazit bulunanlara, ameliyattan bir ay önce parazit kürü yaptırılmış, fakat şikâyetlerinin geçmediği tesbit edilmiştir.

II — Ameliyat ve ameliyat bugularının etüdü :

A — Anestezi :

Safra sistemi hipotonisi düşünülen hastalara klasik premedikasyon uygulanmıştır. Kullanılan anestezi, barbiturate start'ından sonra sun'i kürarizan preparatlarla birliktli $N_2O + Ether + O_2$ veya $N_2O + Fluothan + O_2$ karışımıyla entübasyonlu tam kapalı bir narkozdur. Genellikle transfüzyona ihtiyaç hasıl olmamıştır. Bu şekilde bir anestezi, vak'aların hepsinde memnunluk verici ve başarılı sonuçlar vermektedir.

B — Ameliyat tekniği :

1 — Ameliyatların hepsinde sistematik olarak elektrokoter kullanılmıştır.

2 — Önceleri göbek üstü mediyan, ters L veya Rio - Branco kesileri uygulanmıştır. Fakat 1959 dan bu yana Kehr kesisinin değişik bir biçimi olan sağ $1/2$ Leclercq kesisi tercih edilmiştir. Gerek- diğinde her iki yöne doğru istendiği kadar uzatılabilen bu kesi, ameliyat sırasında geniş bir varış alanı sağlaması bakımından tatmin-kâr bulunmuştur.

Bu kesi kullanılan hastaların hiç birinde kesi fıtığı meydana çıkmamıştır.

3 — Laparatomide birlikde bulunan lezyonlar :

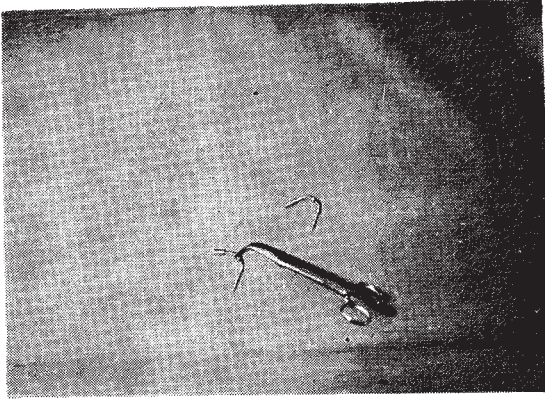
a — Karın açılınca sistematik olarak karaciğer, pankreas, mide ve duodenum, ileum ansları, appendix, kolonlar, barsak mezoları, böbrekler, hiatus eosephagicus ve kadınlarda genital organların kontrolü yapılmıştır. Gereken vak'alarda gastrotomi veya duodenotomi ile bu organlar daha yakından incelenmişlerdir. Her hasta-da rutin olarak karaciğer biopsisi yapılmıştır; şüpheli durumlarda, özellikle Mallet - Guy manevrasının pozitif olduğu hallerde pankreasdan da biopsi alınmıştır. Pankreasdan biopsi alınan yer, elektrokoter ile koagüle edilerek hemostasis sağlanmaktadır. Bu vesileyle şimdiye kadar pankreasdan biopsi alınmasına bağlı olarak gelişen hiç bir komplikasyon görmediğimize değinmek istiyoruz.

Sunulan seride bu eksplorasyon tekniğiyle yapılan laparatomilerdeki bulgular (Tablo : 3) de özetlenmiştir.

TABLO : 3
SERİMİZDE SAFRA SİSTEMİ HİPOTONİSİ İLE
BİRLİKTE BULUNAN VE LAPARATOMİDE
VARLIĞI MEYDANA KONABİLEN LEZYONLAR

Ameliyat bulguları	Vak'a sayısı	Yüzde oranı
Cholangitis chronica	24	8
Pancreatitis chronica	34	12
Mide ptosisi	3	1,1
Bauhinitis oedematosa	2	0,7
Over kisti	2	0,7

b — Biliyer dyskinesia'lı hastaların laparatomilerinde rutin olarak safra yollarının basıncı ölçülmüştür. Çünkü ancak bu şekilde dyskinesianın hipotonik veya hipertonic olduğunu objektif bir şekilde tesbit etmek kabildir (8). Basıncı ölçmek için basit bir su manometresi kullanılmıştır. Basıncı, ya safra kesesi yoluyla veya ductus cysticus'dan özel bir kateterle (Mallet - Guy kateteri) ile girip Ductus choledocus'a vararak ölçülmektedir (Şekil : 1).



Şekil : 1 — Mallet - Guy kateteri ve Sherman penssi ile tutuluş şekli

Gerektiğinde aynı yolla ve lipiodol kullanılarak kolanjiografi de yapılmıştır.

Bu ölçüler, Oddi sfenktterinin hipotonik dystonia'larında basıncın daima normalin altında, hatta bazan sıfır olduğunu meydana koymuştur.

Ameliyatta yapılan kolanjiografiler de, hipotonik dyskinesia'lar için tipik resimleri vermişlerdir. Bu kolanjiografilerde Wirsung kanalında reflux bulunan vak'aların yarısından fazlasında biopsi ile pancreatitis chronica bulunduğu anlaşılmıştır (5, 7, 19, 23, 25, 27, 28, 31).

4 — Tedavi yolunun seçilmesi :

Kullanılan tedavi metodunun seçilmesinde şu özellikler göz önünde tutulmuştur.

a — Eğer safra kesesi tamamen ataonik ise veya radyolojik olarak hiç boşalmıyorsa, doğmalık bozuklukları varsa çıkartılmalıdır. Bittabi Dustus cysticus yoluyla manometri yapılan hastalarda da teknik nedenlerle kolesistektomi yapmak gerekir.

b — Karaciğerde kronik kolanjiolitik lezyonlar varsa bu durumda Arteria hepatica çevresinde bir nörektomi yapılması endikedir (9, 14, 15).

c — Pankreas, bir pancreatitis chronica durumu gösteriyorsa, vak'asına göre ya sağ veya sol nervus splanchnicus major'un rezeke edilmesi (splanchnicectomy) gerekir.

d — Şüphelenilen veya sosyal endikasyon olan vak'alarda apandektomiden çekinilmemelidir.

Bu seride kullanılan ameliyatlar (Tablo : 4) de özetlenmiştir.

TABLO : 4
SERİMİZDE KULLANILAN AMELİYAT METODLARI

Ameliyat şekli	Vak'a sayısı	% Oranı
Kolesistektomi + Sağ Splanchnicectomy	10	3,5
Kolesistektomi	220	80
Sağ splanchnicectomy	11	3,5
Kolesistektomi + Appendekt	9	3
Kolesistektomi + Nörektomi	18	6
Basit laparotomi	1	0,5
T drenajı	1	0,5

III — Ameliyat sonrası uzak sonuçlar :

Arzedilen bu serideki vak'alar 1 - 13 yıl arasında değişen bir süre boyunca kontrol edilmişlerdir. Uzak sonuçlar % 78,1 iyi (şifa ve salâh), % 21,9 kötü olmuştur; excitus yoktur.

Kritik :

Uzun süre iç hastalıkları alanında etüd edilen ve başarı şansı çok az çeşitli ilaç tedavisi kürleri kullanılan safra yollarının hipotonik dyskinesia'sı sendromunda şirürjikal tedavi şu yenilikleri getirmiştir :

1 — Laparotomi ve ameliyat sırasında yapılan manometrik ve kolanjiografik kontrollerle dyskinesia'nın tipi kat'i olarak tayin edilir.

2 — Birlikte bulunan diğer organ lezyonlarını en emin bir şekilde tesbit ve tedavi etmek mümkün olur.

Oysaki medikal tedavi, dyskinesia'nın tipi tesbit edilemediği, hastalar ilaca alışdıkları, dozu daima arttırmak gerektiği için hiç bir zaman tam etkili olamaz (15).

Oddi hypotonisi ile beraber bulunan karaciğer ve pancreas hastalıklarının, safra yolları ve Wirsung kanalı içine duodenum kapsamının regürjitasyonu sonucu meydana geldiği bu gün isbat edilmir bulunmaktadır (1, 2, 3, 10, 11, 12, 18, 24, 26). Oddi hipotonisinin şirürjikal yolla tedavisiyle bu hastalıklar da giderilmiş olmaktadır. Bu şekilde hem medikal tedavinin sağlayamadığı bir üstünlük elde edilmiş, hem de nüksler önlenmiş olur.

Safra yolları hipotonisi olan hastaların ortalama 1/3 ünde görülen akut krizler de, yukarıda söz konusu edilen regürjitasyonlara bağlı olarak meydana çıkmaktadır. Bu krizlerin bazan hakiki bir cholecystitis acuta krizini taklid ettiği ve acil bir müdahaleyi düşündürebileceği daima hatırlanmalıdır.

ÖZET

1956 - 1970 yılları arasında şahsen tedavi edilen 270 vak'alık bir safra yolları hipotonik dyskinesia'sı sendromu serisi söz konusu edilmiştir. Bu seride radyolojik muayeneler safra kesesinin % 78

oranında hipotonik veya atonik olduğunu göstermiştir. Vak'aların 1/3 ünde akut krizler, 1/3 ünde geçirilmiş başka müdahalelerin varlığı tesbit edilmiştir. % 10 oranında göbek fıtığı, % 8 oranında cholangitis chronica ve % 12 oranında pancreatitis chronica hipotonik dystonia ile birlikte bulunuyordu.

Tedavide % 80 kolesistektomi, % 6 kolesistektomi ve nöroktomi, % 7 sağ splanchnicectomy kullanılmıştır.

1 - 13 yıl arasında değişen uzak sonuçlar % 78,1 iyi ve % 21,9 kötü olmuştur; mortalite yoktur,

RÉSUMÉ

Résultats du traitement chirurgical dans le syndrome de l'hypotonie d'Oddi et la voie biliaire principale (L'étude à propos d'une série de 270 cas personnels)

11 s'agit l'étude d'une série de 270 cas personnels du syndrome dyskinésie biliaire à type hypotonique opérés de 1959 à 1970.

Dans cette série les examens radiologiques montrent 78 % d'hypotonie ou d'atonie vésiculaire, 11 y avaient des crises aiguës et des interventions antérieures dans 1/3 des cas. Les lésions associées sont 10 % d'hernie ombilicale, 8 % des lésions hépatiques à type angiocholitique chronique, 12 % de la pancréatite chronique.

Les méthodes utilisées pour la thérapeutique sont 80 % de la cholécystectomie, 6 % de la cholécystectomie + la neurectomie péri - artère hépatique et 7 % de la splanchnicectomy droite.

Les résultats éloignés de 13 à 1 années sont 78,1 % de bon et 21,9 % de mauvais; pas de mortalité dans cette série.

LİTERATÜR

- 1 — BERARD, L. ve MALLET - GUY, P.: Exploration fonctionnelle des voies biliaires en chirurgie, 362 sahife, Masson; Paris : 1932.
- 2 — DUNLOP, Jr., R. W., DOCKERTY, M. B. ve WAUGH, J. M.: Correlation of liver biopsy finding with surgical disorders of upper part of abdomen, S. G. O., 99 : 331, 1954.
- 3 — FLINT, E. R.: The association between gallbladder lesions and hepatitis in the human subject, Brit. Med. J., 1 : 1041, 1930.
- 4 — GIBBONS, Th. ve BAKER, J. W.: Acute stoneless cholecystitis, Arch. Surg., 72 : 773, 1956.

- 5 — GLEEN, F. ve FREY, C.: Re - evaluation of the treatment of pancreatitis associated with biliary disease, *Ann. Surg.*, **160** : 723, 1964.
- 6 — GÜRGEN, T.: *Lyon Chir.*, **53** : 729, 1957.
- 7 — JUDD, E. S.: The relation of the liver and the pancreas to infection of the gallbladder, *J.M.A.*, **27** : 197, 1921.
- 8 — KAYABALI, I.: Safra sistemi ameliyatlarında manometrik ve radyolojik kontrol - radiomanométrie biliare, *A. Ü. Tıp Fak. Mec.*, **11** : 266, 1958.
- 9 — ————: Satellit karaciğer lezyonları ve klinik önemi (250 vak' münasebetiyle), 16. Millî Türk Tıp Kongresi, 26 - 29 Eylül, 1960.
- 10 — ————: Safra sistemi hipotonisi sendromu ve cerrahi tedavisi il elde edilen sonuçlar (115 vak'a münasebetiyle), 16. Millî Türk Tıp Kongresi, 26 - 29 Eylül, 1960.
- 11 — ————: Oddi sfenktirinin fizyopatolojisi, *Dirim*, **36** : 257, 1961.
- 12 — ————: Safra sistemi diskinezi (Dyskinésie biliare) sendromu ve cerrahi tedavisi, 97 sahife, *A. Ü. Tıp Fakültesi Yayını*, Sayı : 107, Ankara : 1962.
- 13 — ————: Nervus splanchnicus major cerrahisi, 76 sahife, *A. Ü. Tıp Fak. Yayını*, Sayı : 108, Ankara : 1962.
- 14 — ————: Réflexions sur la neurectomie péri - artère hépatique, *Rev. Int. Hépatol.*, **15** : 643, 1965.
- 15 — ————: Post - kolesistektomi sendromu ve şirürjikal tedavi sonuçları, Ss : 227 - 251, sahife; *A. Ü. Tıp Fak. Yayını*, Sayı : 209; Ankara : 1969.
- 16 — KJELLGREN, K.: Innervation of biliary system and proximal part of duodenum from surgical aspect, *Acta Chir. Scand.*, **107** : 230, 1954.
- 17 — KOSTER, H., GOLDZIEHER, M. A. ve COLLENS, W. H.: The relation of hepatitis to chronic cholecystitis, *S. G. O.*, **50** : 959, 1930.
- 18 — KOURIAS, B.: ve Papacharalampous, N.; Remarques sur les hépatites satellites de la lithiase biliaire, *Lyon Chir.*, **55** : 178, 1959.
- 19 — LAMBLING, A., GUERRA, J., BERNIER, J. J. ve GOSSET, J. R.: Cholécytites et pancréatites par reflux, *Rev. Int. Hépatol.*, **5** : 761, 1955.
- 20 — LARGE, R. M.: Régurgitation cholecystitis and cholelithiasis; *Ann. Surg.*, **146** : 607, 1957.
- 21 — MALLET - GUY, P. ve RICARD, A.: La signification pathologique de la présence d'amylase dans la bile vésiculaire, *Arch. Mal. App. Dig.*, **42** : 158, 1953.
- 22 — MALLET - GUY, P., GANGOLPHE, M. ve KAYABALI, I.: Bilan de la chirurgie dans le traitement des vésicules de stase; cholécystectomie, splanchnectomie droite, *Lyon Chir.*, **53** : 29, 1957.
- 23 — MALLEY - GUY, P.: Michoulier, J. ve Bosser, Cl., Pancréatites chroniques et récidivantes, Ss. 117 - 147, 281 sahife, *Masson*, Paris : 1962.

- 24 — MATEER, J., HARTMANN, F., BALTZ, J., FALLIS, L., McGRAW, A. ve STEELE, N.: Combined liver biopsy and liver function study in 132 cases of cholecystitis and 31 cases of peptic ulcer (operated cases), *Gastroenterol.*, **11** : 284, 1948.
- 25 — NAJARIAN, J. S., HINE, D. E., WHITROCK, R. M. ve McCORKLE, H. J.: Effect of pancreatic secretion on the gallbladder function, *Arch. Surg.*, **74** : 890, 1957.
- 26 — POPPER, H. ve STANZO, B. P.: Intra-hepatic cholestasis (cholangiolitis), *Gastroenterol.*, **31** : 683, 1956.
- 27 — WHITE, T. T. ve MURAT, J. E.: Les pancréatites, étude clinique, expérimentale et thérapeutique; 251 sahife, L'expansion scientifique, Paris: 1967.
- 28 — WOLFER, J. A.: Role of pancreatic juice in the production of gallbladder diseases; *S. G. O.*, **53** : 434, 1931.

(Mecmuaya geldiği tarih: 24 Kasım 1970)