

Transduodenal Sfinkteroplasti: Prospektif Bir Çalışma

TRANSDUODENAL SPHINCTEROPLASTY: A PROSPECTIVE STUDY

Doç.Dr.Yalçın AKER, Dr.Orhan YALÇIN, Dr.Ferda KÖKSOY,
Dr.Gürsel SOYBİR, Dr.Makkı KÖSE

İstanbul Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

Transduodenal sfinkteroplastinin (TDS); tedavi edici özelliği morbidite ve mortalitesinin belirlenebilmesi için, prospektif olan bu çalışma planlandı.

Koledokolithiazis (Koledok çapı 20 mmden küçük), Oddi Stenozu Oddi Spazmı ve Koledok Kist Hidatigi olan 34 vakaya TDS uygulandı.

Preoperatif kolanjiografi (11 vaka) Nardy Testi (14 vaka), peroperatif kolanjiografi (20 vaka), preoperatif manometri (34 vaka) endikasyona yardımcı metodlardı.

Oddi patolojisi olan 7 olguya wirsungoplasti eklendi. Tüm vakalar postoperatif 1. ay hipotonik duodenografi veya kolesistografi ile 3., 6., ve 12. ve sonraki her yıl, klinik laboratuvar ve ultrasonografik olarak değerlendirildi. Mortalitenin olmadığı serimizde enfeksiyonlardan oluşan morbiditemiz %14.5 olarak bulundu. Oddi patolojilerinde ve 20 mm'den çaplı küçük çaplı koledokolithiazislerde ve rezidivlerde, TDS'nin etkili bir yöntem olduğu kanaatine varıldı.

Anahtar Kelimeler: Transduodenal sfinkteroplasti,
Sfinkterotomi, Koledokolithiazis,
Oddi stenozu

T Klin Gastroenterohepatoloji 1992, 3:153-155

Transduodenal sfinkteroplasti safra yolları operasyonları için sık olarak tercih edilen bir metoddur. İlk defa 1951 yılında Sir Austin Jones ve Sir Louis L. Smith tarafından tarif edilmiştir. Oddi sfinkterinin spazm veya stenozunun tedavisinde, rezidüel veya rekürren safra yolu taşlarının önlenmesinde ve ana safra kanalı-

Geliş Tarihi: 21.02.1992

Kabul Tarihi: 10.4.1992

Yazışma Adresi: Doç.Dr.Yalçın AKER
İstanbul Taksim Hastanesi
1. Cerrahi Kliniği, İSTANBUL

Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3

SUMMARY

That prospective study is planned in order to determine the morbidity, mortality and curative efficiency of transduodenal sphincteroplasty (TDS).

We carried out TDS, to the 34 patients with choledocholithiasis (common bile duct diameter<20mm.), stenosis of Oddi, spasm of Oddi, and cyst hydatid of bile duct.

The helper methods were preoperative cholangiography (11 patients), Nardy test (14 patients), peroperative cholangiography (20 patients).

Wirsungoplasty is added to 7 patients who had pathology in Oddi.

All the patients evaluated by hypotonic duodenography or cholestography in first postoperative month and, clinically, by ultrasonography and laboratory in the post operative 3., 6., 12. and following every year.

In the study with no mortality, morbidity ratio caused by infection was 14.5%.

As a result we think that; TDS is an effective method in pathology of Oddi, in choledocholithiasis with lesser than 25 mm in diameter and in residives.

Key Words: Transduodenal sphincteroplasty,
Sphincterotomy, Choledocholithiasis,
Stenosis of Oddi

Turk J Gastroenterohepatol 1992, 3:153-155

na rüptüre hidatik kist operasyonlarında bu işlem uygulanabilir. Transduodenal sfinkteroplastinin (TDS) tedavi edici özelliği, morbidite ve mortalitesinin değerlendirilmesi için 1985 yılında İstanbul Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniği'nde prospektif bir çalışma başlatıldı.

MATERYEL VE METOD

Bu çalışma 1985-1990 arasında Taksim Hastanesi 1. Cerrahi Kliniğinde ameliyat edilen 34 hastayı kapsamaktadır. Vakaların 26'sı koledokolithiazis, 4'ü oddi stenozu, 3'ü oddi spazmı, bir vaka da safra yollarına açılmış kist hidatik rüptürü idi.

153

Preoperatif olarak kan sayımı, idrar analizi, transaminazlar, alkalın fosfataz, amilaz, lipaz, laktik dehidrojenaz, kreatinin fosfokinaz, serum bilirubinleri, proteinler, elektrolit tayinleri ve abdominal ultrasonografi yapıldı. 11 hastaya intravenöz kolanjiografi, 14 hastaya da Nardy Testi (Morfin-Prostigmin Testi) uygulandı. Ameliyat esnasında ilk olarak kolesistektomi yapıldı. Hastaların 20'sinde sistik kanal kanüle edilerek kolanjiografi yapıldı. Tüm hastalara manometrik ölçümler gerçekleştirildi. Bunu takiben koledokotomi yapıldı ve varsa taş çıkarıldı. Uygun vakalarda 3 nolu Bakes Dilatatörü nazıkçe safra kanalına sokuldu ve pasaj kontrol edildi. Dilatatörün geçmediği vakalarda bu bulgu patolojik oddinin bir kanıtı olarak düşünüldü. Daha sonra duodenuma Kocher manevrası uygulandı ve 3/0 polyglactin sütürleri kullanılarak en az koledokun supra-duodenal bölgedeki maksimum genişliği kadar distal açılım sağlayan bir sfinkteroplasti yapıldı. Bunu takiben ana pankreatik kanalın ağzı araştırıldı ve Oddi'de patoloji varlığında septotomi yapıldı. Ancak anamnezinde pankreatit işaretleri olan hastalara daha önce VVirsungografi gerçekleştirildi. Duodenum ve koledok 3/0 polyglactin 910 ile tek kat üzerinden kapatıldı, istisnai vakalarda teknik olarak gereklilik duyulduğunda T-Tube drenajı uygulandı. Postop birinci ayda hastalar hipotonik duodonografi ile ve/veya kolesintigrafi ile kontrol edildi. Hastalar 3., 6., ve 12. aylarda ve sonraki her yıl, klinik, rutin laboratuvar testleri ve ultrasonografi ile kontrol edildiler.

SONUÇLAR

Hastaların 25i kadın, 9'u erkekti. En genç hasta 26, en yaşlısı 70 yaşında olmak üzere ortalama yaş 50 idi. Mekanik ikter, akut kolesistit, akut kolanjit sağ üst kadrın ağrısı hastaların sırasıyla yüzde 20,5,3,6'sında görüldü. Öykülerinde 10 tanesinde kolesistektomi, 2 tanesinde koledokolitotomi, 1 tanesinde gastrektomi, birinde ise jinekolojik operasyon mevcuttu. Nardy testinin pozitif olduğu 7 hastada intraoperatif manometrik ölçümlerde de koledok basıncında artış kaydedildi. 7 hastada ise her iki test de negatif olarak bulundu. Dolayısıyla bu testlerin uygulandığı 14 hastada testlerin doğruluğu %100 olarak görüldü.

Koledok supraduodenal kısmı 7-22 mm arasında tesbit edildi (Ortalama: 13.2 mm).

Patolojik Oddi's olan 7 hastanın tümüne septotomi yapıldı. 2 vakada VVirsungografi yapıldı ve pankreatik kanal normal bulundu.

Hidatik kistin ana safra yoluna rüptüre olduğu bir hastada ve koledokolithiazisli 2 hastada koledok kanalı oldukça ince görüldü ve T-Tüp drenajı ilave edildi.

Sadece iki hastamız kontrollere gelmedi. Geri kalan 32 hasta en kısa 6 ay en uzun 5 yıl ile ortalama 36 ay takip edildi. Peri ve post operatif olarak mortalite görülmedi. Post operatif dönemde kolanjit veya pankreatit görülmedi. Morbitide; 2si subfrenik abse, 1 pnömoni, 1 yara enfeksiyonu ve 1 pankreatik fistül olarak

%14.5 tesbit edildi. T-Tüpüne bağlı komplikasyon gelişmedi. T-Tüpü postoperatuar 11.günde rutin kolanjiç grafik kontrol sonrasında çekildi.

Hospitalizasyon süresi en uzun 42 ve en kısa 1 gün, olmak üzere ortalama 10.8 gün idi.

Tüm vakalardaki duodonografik veya sintigrafik çalışmalarda duodonobilier reflü gösterildi.

TARTIŞMA

Endoskopik girişimler ve laser tekniklerindeki gelişmelere rağmen TDS ve koledokoduodenostomi (KD) halen en sık kullanılan prosedürlerdir.

TDS'nin amacı Oddi sfinkterini oluşturan tüm fibhlerin ortadan kaldırılmasıdır. Bu amaç sadece sfinkter sirküler kasları üzerinde duodenal duvar dışına kada uzanan bir insizyonla gerçekleştirilebilir. Bu yüzden sfinkterotomi, nükse eğimli ve yeterli mesafeye kadar uzanan insizyonla yapıldığında kaçaklara sebep olabilecek inkomplet bir prosedür olarak edilebilir (1,2). Reflü çalışmaları ve manometrik ölçümler TDS'nin, sfinkterotominin yetersiz olduğu durumlarda gerçekten başarılı olduğunu göstermektedir (2). Oddi üzerindeki endoskopik prosedürler ve laser teknikleri de gerçekten bir sfinkterotomi prosedürlerdir. Çünkü; bu yöntemlerle tam sfinkteroplasti yapılması halinde fistül, aksi halde inkompletlik kaçınılmaz olacaktır (1,3-7). Sfinkterotomiler için yapılan değerlendirmeler bunlara da uygulanabilir. 59 endoskopik papillotomiden oluşan bir seride (8), 51 koledokolithiazisli vakanın 10 tanesinde taş çıkarılamamıştır (%19.6). 5 vakada (%8.4) postpapillotomik kanama ve 7 hastada (%11.7) reoperasyon gerekmiştir. Serinin mortalite ve morbitide oranları yaklaşık %3.4 ve %15.2 verilmiştir. Yüksek operatif riskli hastaların tedavisinde endoskopik papillotominin önceliği olabilir. Diğer taraftan bu metodun gelişmiş şekli transduodenal CO₂ laser uygulaması da henüz daha fazla çalışmalar gerektirmektedir bu yüzden bu metod burada tartışılmayacaktır. TDS ve Koledokoduodenostomi (KD), endikasyonları yaklaşık olarak aynı olduğu ve bir prosedür diğerinin tamamlayıcı alternatif olduğu için yarışmalı iki metod gibi düşünülmemelidir (1,2,3).

KD'nin dezavantajları şunlardır. Papilla Vateri gözle direkt olarak gözlenemez ve hemen papilla lokalizasyonlu bir tümör atlanabilir, ikinci olarak çapı 20 mm.den küçük olan koledok mevcudiyetinde kullanılamaz ve son olarak KD Sump Sendromuna sebep olabilir. Bu sendromun durumu hala tartışma konusudur (1,2,10,14). Diğer taraftan KD basit ve zaman kaybettirmeyen bir metod olduğundan yaşlı ve yüksek riskli hastalarda seçilecek yöntemdir (1,2,13). TDS'nin daha zor ve zaman alıcı bir metod oluşu, 25 mm çaptan daha geniş çaplı kanallarda ve uzun dar distal segment! olan hastalarda uygun olmaması dezavantajlarıdır (1,2,10,11,13). Diğer taraftan TDS'nin avantajları ise papillanın direkt görülerek Wirsunga rahatça müdahale edilebilir ve bu bölgedeki tumoral oluşumları rahatça

görülebilen olmasıdır. Koledokoduodenal açılım koledokun en distalinde yer aldığından daha fizyolojik bir yöntem olup duodenal peristaltizm ile duodenobiller reflünün daha efektif kontrolü sağlanır ve böylece Sump sendromu önlenir. Son olarakda koledok supraduodenal bölüm çapı 20 mm den kısa olduğu zaman tercih edilecek metod olmasıdır (1,2,15,16). TDS için mortalite oranları %0-13 arası bulunmuştur (1,3,11,13,15-20). Son zamanlarda yapılan 202 ve 33 vakalık iki çalışmada mortalite oranları yaklaşık olarak %0 ve %2.1 olarak verilmiştir (2,21). KD için mortalite oranları %0-8.3 arası ortalama %1.8 olarak verilmiştir (1,10,13,22,23). Literatürdeki serilerin yapılan analizlerindeki parametreler aynı formda olmadığı için KD ve TDS için tam karşılaştırmalı bir kıyaslama yapmak mümkün değildir (1). TDS sonrası KD'ye göre daha fazla pankreatit insidensi beklenebilir ancak bu spekülasyon verileriyle uyuşmamaktadır (11,13,24,25). Yara süpürasyonu, abdominal sepsis, pnömoni, duodenal kaçak ve kolonjit her iki prosedür için de düşük seviyelerdedir. Ancak tek formda bir analizi içeren observasyon olmadığından sonuçlar büyük oranda değişmektedir. Benzer şekilde Sump sendromu konusunda tartışmalar henüz devam etmektedir (1,2,11,12,25). Safra taşı rekürrensi konusunda hiç bir metod diğerine üstünlük sağlayamamıştır d).

SONUÇ

Recurrent ve résiduel koledok taşlarının tedavi ve önlenmesinde ve oddi sfinktenne lokalize patolojik proseslerin tedavisinde TDS etkili bir metoddur. TDS için endikasyonlar yaklaşık olarak KD'de olduğu gibidir. Mortalite ve morbitide oranları her iki prosedürle aynıdır. TDS koledok genişliği supraduodenal bölümünde 20 mm den küçük olduğu, uzun ve dar distal segment olmadığı, yaşlı ve yüksek riskli hastalar olmadığı zaman tercih edilmelidir.

TDS ve CD birbirlerine tamamlayıcı alternatiflerdir. Hastanın genel durumu operatif bir prosedüre izin vermiyorsa o zaman endoskopik ve/veya laserli prosedürler kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Jones SA. Transduodenal sphincteroplasty (not sphincterotomy) prophylaxis and treatment of residual common duct stones, in Schwartz SI, Ellis H(eds). Maingot abdominal operations, 8 ed. Connecticut LACC 1985.
2. Jones SA. The prevention and treatment of recurrent bile duct stones by transduodenal sphincteroplasty. World J Surg 1978; 2:473.
3. Choi TK, Lee NW, et al. Extraperitoneal sphincteroplasty for residual stones. Ann Surg 1982; 196(1):26.
4. Cotton PB. Non-operative removal of bile duct stones by duodenoscopic sphincterotomy. Br J Surg 1980; 67:1.
5. Siegel JH. Endoscopic papillotomy: sphincterotomy or sphincteroplasty. Am J Gastroenterol 1979; 72:511.
6. Stout DJ, Sivak MV Jr, Sullwarl BH Jr. Endoscopic sphincterotomy and removal of gall stones. Surg Gynecol Obstet 1980; 150:673.
7. Sander R, Poesi H, Endoscopic papillotomy with Nd:YAG laser: An alternative to electrocautery. Lasers in Surgery and Medicine 1986; 6:384.
8. Mazzeo FT, Jordan SR, et al. Endoscopic papillotomy of recurrent common bile duct stones and papillary stenosis: A community hospital experience. Arch Surg 1983; 118(6):693.
9. Davis R. Transduodenal sphincteroplasty using the carbon dioxide laser. Surg Gynecol Obstet 1988; 186:421.
10. Vogt DP, Hermann RE. Choledochoduodenostomy, choledochojunostomy or sphincteroplasty for biliary and pancreatic disease. Ann Surg 1981; 193(2):161.
11. Stefanini P, Carboni M, et al. Transduodenal sphincteroplasty. Am J Surg 1974; 128:872.
12. Rutledge RH. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. Ann Surg 1976; 183(5):476.
13. Thomas CG Jr, Nicholson CP, Owen J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct. Ann Surg 1971; 173(6):845.
14. Moody FG. Surgical applications of sphincteroplasty and choledochoduodenostomy, Surg Clin N Am 1981; 61(4):909.
15. Guarnieri A, Ravo B, Moscateili F. Modified technique of sphincteroplasty with the use of a specially prepared canula. Am J Surg 1988; 155:417.
16. Speranza V, Lezoche E, et al. Transduodenal papillotomy as a routine procedure in managing choledocholithiasis.
17. Moody FG, Becker JM, Potts JR. Transduodenal sphincteroplasty and transampullary septectomy for postcholecystectomy pain. Ann Surg 1983; 197(5):627.
18. Anderson TM, Pitt HA, Longmire WP. Experience with sphincteroplasty and sphincterotomy in pancreatobiliary surgery. Ann Surg 1985; 201(4):399.
19. Pitt HA, Cameron JL, et al. Factors affecting mortality in biliary tract surgery. Am J Surg 1981; 141:86.
20. Nussbaum MS, Warner BW, et al. Transduodenal sphincteroplasty and transampullary septotomy for primary sphincter of Oddi dysfunction. Am J Surg 1989; 157:38.
21. Seliner FJ, Wimberger M, Jelinek R. Factors affecting mortality in transduodenal sphincteroplasty. Surg Gynecol Obstet 1988; 187:23.
22. Rutledge RH. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. Ann Surg 1978; 183:476.
23. Partington PF. Twenty-three years of experience with sphincterotomy and sphincteroplasty for stenosis of the sphincter of oddi. Surg Gynecol Obstet 1977; 145(2):161.
24. Kourias BG, Tierris EJ. Transduodenal sphincterotomy with strict indications. An evaluation of 113 cases. Am J Surg 1986; 2:426.
25. Jones SA, Smith LL. A reappraisal of sphincteroplasty (not sphincterotomy). Surgery 1972; 71:585.
26. Madden JL, Chun JY, et al. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned surgical procedure? Am J Surg 1970; 119:45.