

Obstrüktif Sarılıkta Morbidite ve Mortalitenin İncelenmesi

Nusret KORUN*
Sadık KILIÇTURGAY**
Abdullah ZORLUOĞLU***
Levent TATLIKAZAN**
Ayhan KIZIL****

ÖZET

Bu çalışmada malign veya benign sebeplerle obstrüktif sarılık olan 106 olgu incelenmiştir. 40-70 yaş arası populasyonu kapsayan olguların, % 35.8'i malign, % 64.2'si benign sebeplerle ameliyat edilmiştir. Olgulardan toplam % 3.7'si hastanede ölmüştür. Morbiditeye yol açan en önemli sebep enfeksiyon olarak bulunmuştur. Olgularda mortalite ve morbidite, yapılan cerrahi girişimler literatür verileriyle tartışılmıştır.

SUMMARY

Investigation of Mortality and Morbidity with Obstructive Jaundice

In this abstract, 106 cases of obstructive jaundice, either due to malignant or benign causes have been reviewed. The cases which include 40-70 years of age were operated in % 35.8 for malignant and in % 64.2 for benign causes, % 3.7 of the cases died during hospitalization. The main cause of morbidity was infection. The

-
- * Yard. Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
** Araş. Gör.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
*** Doç. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.
**** Prof. Dr.; U.Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

mortality and morbidity and the surgical procedures have been discussed with review of the literature.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmaya Ocak 1985-Temmuz 1988 tarihleri arasında U.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalında malign veya benign sebeplerden, obstrüktif sarılık nedeniyle, ameliyat edilen 106 olgu alınmıştır. Olgular yaş, cinsiyet dağılımı, mortalite ve morbidite açısından incelenmiş, malign veya benign sebeplerden dolayı yapılan ameliyatlarda ağırlık kazanan tekniklerin ortaya konulması hedef alınmıştır.

BULGULAR

106 olgunun 38'i (% 35.8) malign, 68'i (% 64.2) benign sebeplerle ameliyata alınmıştır. Olguların 54'ü kadın (% 50.9), 52'si erkektir (% 49.1). Kadın/erkek oranı 1.03'tür. Yaş ortalaması kadın olgularda 54.6 (18-85), erkeklerde 54.3 (17-90) dür. Tüm olguların yaş ortalaması 53.1 dir.

Tüm olgulardan, malign sebeplerle 2 (% 5.2), benign sebeplerle opere olanlardan 2 (% 2.9) toplam 4 olgu (% 3.7) hastanede ölmüştür (Tablo: I). Malign sebeplerle başvuran olgulardan yapılan tetkik ve eksploratris laparotomiye dayanarak, kısa sürede haliyle çıkarılan 9 olgunun yakın zaman aralığında ölebileceği düşünülürse bu oran % 23.6'ya ulaşmaktadır.

Tablo: I - Olgularda Mortalitenin Dağılımı

	Olgu Sayısı	%
Malign Sebepler	2	5.2
Benign Sebepler	2	2.9
TOPLAM	4	3.7

Malign ve benign sebeplerle ameliyata alınanlarda morbidite Tablo II'de gösterilmiştir. Burada yara enfeksiyonunun fazla oluşu dikkati çekmektedir. Malign sebeplerle ameliyatlarda bu % 13.1, benign sebeplerde % 22.0'dır. Ayrıca benign sebeplerle ameliyata alınan olgularda yapılan safra kültürü % 23.5 olguda gram (-) bakteri ile kontamine olduğunu göstermiştir. Malign olgularda safra kültürü yeterince alınmamıştır.

Malign obstrüksiyonların sebebinde ilk sırayı pankreas başı neoplazmları (% 42.8), ikinci sırayı da safra yolları neoplazmları almaktadır (% 28.9).

Tablo: II - Olgularda Morbiditeye Yol Açan Sebepler

Sebepler	Malign Olgular	%	Benign Olgular	%
Yara enfeksiyonu	5	13.1	15	22.0
Ameliyat sonrası safra kaçağı	3	7.8	1	1.4
Akciğer enfeksiyonu	1	2.6	2	2.9
G.I.S. Kanama	1	2.6	-	0.0
Subfrenik abse	1	2.6	1	1.4
Ameliyat sonrası ileus	1	2.6	-	0.0
Akut renal yetmezlik	-	0.0	1	1.4
Mide volvulusu	-	0.0	1	1.4
T O P L A M	12	31.3	21	10.7

Tablo III'de malign ve benign olgularda uygulanan ameliyat tipleri gösterilmiştir. Tablo'da görüldüğü gibi 6 olguya (% 15.8) eksternal safra drenajı, 21 olguya (% 55.3) internal safra drenajı, 9 olguya (% 23.6) biyopsi ve eksploratris laparotomi, 2 olgu pankreatikoduodenektomi (Whipple prosedürü) (% 5.3) uygulanmıştır.

Benign sebeplerde ise 35 olguya (% 51.4) koledokoduodenostomi, 26 olguya (% 38.2) koledokotomi ve "T tüp" drenaj, 7 olguya (% 10.4) koledokojejunostomi yapılmıştır.

Tablo: III - Olgularda Yapılan Ameliyat Teknikleri

	Malign Olgu	%		Benign Olgu	%
İnternal drenaj	21	55.3	Koledokoduodenostomi	35	51.4
Eksternal drenaj	6	15.8	Koledokotomi + T Tüp	26	38.2
Whipple ameliyatı	2	5.3	Koledokojejunostomi	7	10.4
Biyop. ve Eksp. Lap.	9	23.6	—		

TARTIŞMA

Safra yolu obstrüksiyonu nedeniyle ameliyat edilen olgular 40-70 yaş arası popülasyonu kapsamaktadır. Kadın/erkek oranı da verilen serilerde genellikle eşit düzeyde seyretmektedir^{1,2,3,4}. Bizim serimizde de bu aynı düzeyde bulunmaktadır (ortalama yaş 53.1).

Obstruktif sarılık cerrahisinde hala anlamlı morbidite ve mortalite var olup, mortalite oranları % 4-43 arasında değişiklik arz etmektedir^{1,3,4,5,6,7}. Serimizde cerrahi mortalite % 3.7 ile Greig ve Sellner'in serileriyle uyumludur^{1,7}.

Bununla beraber bulgular da belirttiğimiz gibi, malign olgularda en az cerrahi işlem ile, kısa sürede, haliyle çıkarılan olgular gözönüne alındığında bu oranın % 23.6'ya kadar ulaşabileceği tahmin edilebilir. Nitekim sadece endoskopik biliyer drenajda mortalite 30 gün içinde % 22 olarak bildirilmiştir⁸.

Operatif mortalite ileri derecede sarıklıklı olgular dışında kan bilirubin seviyeleri ile ilişkili görülmemektedir^{1,3}. 85 micromol/L üzerinde bilirubini olan olgularda mortalite riskinin arttığı gözlenmiştir⁷.

Safranın kontaminasyonu, kolon bakterilerinin portal ven yoluyla intrahepatik safra yolu dallanmalarına ulaştığından olmaktadır^{1,2}. Benign sebeplerle ameliyat edilen olgularımızda bu kontaminasyon oranı % 23.5 olmasına karşın, bunun malign olgularda % 71.6, benign olgularda % 31.3 olduğu belirtilmektedir¹. Bu nedenle obstrüktif sarıklıklı olgularda tüm kolon temizliği önerilmektedir^{1,2,4}.

Safranın enfekte olduğu olgularla, olmayan olgular arasında yara enfeksiyonu açısından anlamlı bir fark gösterilmemiştir^{1,2,3,4}. Ameliyat sonrası morbiditede pnömoni birinci sırada, yara enfeksiyonu üçüncü sırada olmasına karşın serimizde yara enfeksiyonu birinci sırayı almaktadır^{2,3,5,9}.

Malign olgularda obstrüksiyon nedenlerinin başında pankreas başı karsinomları, ikinci ve üçüncü sırada hiliar kolonjiokarsinom ve kolanjiokarsinomlar gelmektedir^{1,3,4,6,8}.

Bu hastalarda, safranın drene edilememesi, safranın kontamine olması sebebiyle sepsis, renal yetmezlik ve biliyer siroz nedeniyle erken ölümlere sebep olmaktadır^{1,2,3,7,8}. Malign sebeplerle yapılan radikal rezeksiyonların 2 yıllık yaşam süreleri % 10'un üzerine çıkmamaktadır ve bu nedenle safra drenajı teknikleri ön plana çıkmaktadır⁸. Perkütan external drenaj yöntemlerinin safra kaçağı, kanama, sepsis ve oluşturduğu psikolojik ve elektrolit imbalansı, absorpsiyon bozuklukları gibi fizyolojik nedenlerle üstünlüğü olmadığı gösterilmiştir^{7,8,10}. Bu nedenle mümkün olduğunca internal drenaj yöntemleri tercih edilmektedir^{3,4,7,8,10}. Morita, Matsumoto, Soejima, Odani ve Yokota external drenajı internal drenaja çeviren yöntem tarif etmişlerdir¹⁰. İnternal drenaj için konulan stentlerin de obstrüksiyonları söz konusudur, fakat başarı şansları % 95'dir^{8,9,10}. Gould, Train, Dan ve Mitty geç komplikasyon olarak duodenal perforasyon bildirmişlerdir¹¹. Kasai, Oli, Chiba ve Hayashi hepatik portojejünostomi ile, bilier atrezili bir çocukta uzun süreli ve fizyolojik safra drenajı sağlamışlardır¹².

Serimizde koledokoduodenostominin benign olgularda, mümkün olduğunca tercih edilen ameliyat şekli olduğu görülmektedir. Bu tercih bildirilen serilerde de üstünlüğünü kanıtlamıştır^{1,5,13}.

Sonuç olarak obstrüktif sarıklıklı hastalarda, benign olgularda tedavi şansı yüksektir. Malign olgularda bu şans çok kısıtlıdır. Buna rağmen olgularda internal safra yolu drenajı erken mortaliteye ve morbiditeye karşı tercih edilen palyatif yöntem olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. GREIG, J. D., KRUKOVASKI, Z. H., MATHESON, N.A.: Surgical morbidity and mortality in one hundred and twenty-nine patients with obstructive jaundice. *Br. J. Surg.* 75, 216-219, 1988.
2. LAW, W. Y., FAN, S.T., YIP, W.C., WONG, K.K.: Surgical management of strictures of the major bile ducts in recurrent pyogenic cholangitis. *Br. J. Surg.* 74, 1100-1102, 1987.
3. SCHOUTEN, J. T.: Operative therapy for pancreatic carcinoma. *Am. J. Surg.* 151, 626-630, 1986.
4. AOKI, Y., KATSUMI, M.: Palliative surgery for unresectable carcinoma of the head of the pancreas, ampulla and distal end of the common bile duct in Japan. *Am. J. Surg.*, 147, 349-353, 1984.
5. SARFEH, I. J., RYPINS, E. B., JAKOWATZ, J. G., JULER, G.L.: A prospective, randomized clinical investigation of cholecystoenterostomy and choledochenterostomy. *Am. J. Surg.* 155, 411-414, 1988.
6. ROBERTSON, D.A.F., HACKING, C.N., BIRCH, S., AYREN, R., SHEPHERD, H., WRIGHT, R.: Experience with a combined percutaneous and endoscopic approach to stent insertion in malignant obstructive jaundice. *Lancet.* 1449-1452, 1987.
7. SELLNER, F. S., WINBERGER, M., JELINEK, R.: Factors affecting mortality in transduodenal sphincteroplasty. *Surg. Gyn. Obstet.* 167, 23-27, 1988.
8. KILL, J., KRUSE, A., ROKHJAEN, M.: Endoscopic biliary drainage. *Br. J. Surg.* 74(12), 1087-1090, 1987.
9. SPEER, A. G., COTTON, P. B., RODE, J., SEDDON, A.M., NEAL, C.R., HOLTON, J., COSTERTON, J.W.: Biliary stent blockage with bacterial biofilm. A light and electron microscopy study. *Ann. Int. Med.* 108(4), 546-553, 1988.
10. MORITA, S., MATSUMOTO, S., SOEJIMA, ODANI, R., YOKOTA, T.: Biliary drainage: Conversion of external to internal drainage. *Radiology.* 167, 267-268, 1988.
11. GOULD, J., TRAIN, J.S., DAN, SOL. J., MITTY, H.A.: Duodenal perforation as a delayed complication of placement of biliary endoprosthesis. *Radiology.* 167(2), 467-469, 1988.
12. KASAI, M., OHI, R., CHIBA, T., HAYASHI, Y.: A patient with biliary atresia who died 28 years after hepatic portojejunosomy. *J. Pediatric. Surg.* 23 (5), 430-431, 1988.
13. ÜRESİN, B., BİLGEL, H., ZORLUOĞLU, A., BOZGÜL, M., KIZIL, A.: Benign safra yolu hastalığının tedavisinde koledokoduodenostominin yeri. *Ulusal Cerrahi Dergisi* 4(4), 33-36, 1988.

Yard. Doç. Dr. Nusret KORUN
U.Ü. Tıp Fakültesi
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
BURSA