

Yanlış Drenaj Nedeniyle Kapanmayan Safra Fistülü: Olgu Sunumu

Erhan AYGEN
Osman DOĞRU
Hacı Ahmet BAKTIR
Murat BAŞBUĞ

Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Genel Cerrahi
Anabilim Dalı,
Elazığ, TÜRKİYE

Kolesistektomiden sonra safra sızıntısı yaygın olmayan klinik problem olmasına karşın drene edilmediği takdirde önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Kolesistektomiye takiben foley kateter ile yapılan kötü drenajdan dolayı safra fistülü vakası sunuldu. Fistülografide foley kateterin balonunun şişirilmiş olduğu görüldü. Foleyin balonu indirilip dren geri çekildikten sonra fistül hızlı bir şekilde kapandı. Ameliyatta konulan drenler safra sızıntılarının erken tanısında yararlı olup uygun yerleştirilen drenler ana safra yollarında büyük yaralanma yok ise bu sızıntıların kapanmasında önemli rol oynarlar.

Anahtar Kelimeler: Drenaj, kolesistektomi, safra fistülü.

Persistent Bile Leakage Due To Inadequate Drainage: Case Report

Bile leakage following cholecystectomy is not a common problem but can cause an important morbidity and mortality. The case with fistula following cholecystectomy due to bad drainage with Foley catheter was presented. Fistulography showed the tip of the Foley catheter balloon had been inflated. When the balloon deflated and withdrawal of the catheter, fistula tract closed immediately. In conclusion; drains can help to identify the bile leakage following cholecystectomy in early postoperative period. In such circumstances, if major injury of the bile duct is not present, bile leakage can close safely.

Key Words: Drainage, cholecystectomy, bile leakage.

Giriş

Semptomatik kolelithiazisli hastaların etkili, güvenli ve standart tedavisi kolesistektomidir. Kolesistektomiden sonra ateş, üriner sistem, kardiovasküler, solunumsal problemler, ameliyat bölgesinde kanama, üst gastrointestinal kanama, venöz tromboemboli, yara enfeksiyonu, pankreatit, karın içi abse ve bilier problemler gibi komplikasyonlar %5-15 arasında değişen oranlarda görülmektedir. Safra kanallarında taş kalması, safra sızıntısı, ana safra kanallarının yaralanması ve safra yollarında sitriktür safra yollarıyla ilgili komplikasyonlardır. Klinik olarak anlamlı safra sızıntısı veya safra fistülü %0,3-3 oranlarında görülmektedir. Safra sızıntısı erken morbiditeyi artırması ve geç dönemde sitriktür gelişimine neden olmasından dolayı önemlidir. Kolesistektomiden sonra subklinik safra sızıntısı rutin hepatobilyer sintigrafilerde %30'dan daha fazla olarak gösterilmiştir (1-9).

Kolesistektomiden sonra uygun hastalarda kanama ve safra sızıntılarının peritoneal boşlukta birikmesini engellemek için dren kullanılmalıdır. Kullanılan dren ara sıra olabilen safra sızıntılarının tanı ve tedavisinde yararlı olur. Drene olan safra sızıntılarının çoğunluğu spontan olarak kapanır. Kapanmayanlar ise cerrahi olmayan minimal invaziv yöntemlerden sonra kapanır. Dren konulmadığı zaman sızacak olan safra peritoneal boşlukta birikecektir (10-12). Bu olgu sunumuyla, kolesistektomi esnasında konulan dren ile tanısı konulup yanlış uygulanan drenaj nedeniyle kapanmayan safra fistülünü tartışmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Elli bir yaşında kadın hasta (ŞD, protokol no: 403762), iki ay önce karın sağ üst bölümünde ağrı şikayetiyle başvurduğu ikinci derece sağlık kuruluşunda karında kitle ön tanısıyla ameliyata alınmış. Ameliyatta atrezik safra kesesi ve pankreas başında kitle olduğu tespit edilmesi üzerine açık kolesistektomi ve pankreas başındaki kitleden biopsi yapılmış. Pankreas başındaki kitlenin histopatolojisi kronik pankreatit olarak tespit edilmiş. Ameliyattan sonra safra kesesi lojuna konulan drenen safra gelmeye başlamış ve günlük ortalama 300 cc safra drenajı oluyormuş. Safra fistülünün kapanmaması ve ameliyattan sonra başlayan karın ağrısının devam etmesi üzerine kliniğimize sevk edildi.

Geliş Tarihi : 07.11.2007
Kabul Tarihi :23.11.2007

Yazışma Adresi
Correspondence

Murat BAŞBUĞ
Fırat Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Genel cerrahi
Anabilim Dalı,
23119
Elazığ, TÜRKİYE

basbugmurat@hotmail.com

Vital bulguları normal olan hastanın yapılan muayenesinde sağ subkostal ve epigastrik bölgede hassasiyeti mevcuttu. Hastanın kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Safra drenajı günlük 300 cc idi. Yapılan ultrasonografide batında koleksiyon veya kitle saptanmadı. ERCP planlandı ancak kontrast maddenin sürekli pankreatik kanala gitmesi üzerine safra yolları görüntülenemedi (Şekil 1). Bunun üzerine hastaya PTK yapıldı ve intra hepatik safra yollarının ve koledoğun normal genişlikte olduğu gözlemlendi (Şekil 2). Aynı seansta hastanın dreninden verilen kontrast maddenin koledok distaline ulaşıp buradan duodenuma geçtiği ve foley drenin balonunun şişirilmiş olduğu gözlemlendi (Şekil 3). Fistül debisinin düşmemesi foleyin balonunun şişirilmesine bağlı olduğu düşünöldü ve foley drenin balonu söndüröldükten sonra üç-dört cm geri çekildi. İşlemden hemen sonraki gün, fistül debisinin 100 cc'ye ve takip eden günlerde de sırasıyla 50, 30 ve minimal düzeye indiği gözlemlendi. Fistölü tamamen kapanan ve klinik olarak rahatlayan hastanın dreni çekildi ve şifa ile taburcu edildi. Hastanın altı ay sonra yapılan kontrolünde şikayetinin olmadı ve fizik muayenesinin normal olduğu tespit edildi.



Şekil 1. ERCP'de pankreatik kanal görüntüledi safra yolları görüntülenmedi



Şekil 2. PTK'da safra yolları ve koledok normal görünümdeydi.



Şekil 3. Fistülografide foley drenin balonunun şişirilmiş olduğu ve kontrast maddenin safra yollarına geçtiği göröldü.

Tartışma

Kolesistektomiden sonra safra sızıntısı yaygın olmayan klinik problem olmasına karşın önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilir. Laparoskopik kolesistektomiden sonra (%0-2) açık kolesistektomiye (%0-0,4) göre daha fazla görülmektedir. Safra kaçaklarının büyük çoğunluğu ameliyat esnasında fark edilerek başarıyla tamir edilebilir. Bundan dolayı şüpheli olgularda ameliyat esnasında tanıyı koymak için yapılacak intraoperatif kolajigrafinin oldukça yararı olacaktır. Eğer ameliyat esnasında fark edilmez ise ameliyattan sonra erken tanı ve tedaviyle yüksek iyileşme oranları sağlanabilir (12-17).

Safra kesesinin aşırı traksiyonu, anatomik anomaliler, uygulanan cerrahi yöntem, teknik zorluklar, akut ve kronik safra kesesi inflamasyonları, Callot üçgeninin elektro koter ile diseksiyonu sırasında termal yaralanma, Callot üçgeninde aşırı inflamasyon ve fibrozis, klipslerin yanlış kullanılması, yetersiz görüş alanı gibi nedenler safra yollarında yaralanmaya neden olabilir (13,14,16,18). Oluşan safra sızıntısı en fazla açık Luschka kanalından olmaktadır. Diğer olası nedenler minör safra kanallarından sızıntı, kese yatağında açık kalmış aksesuar kanallardan, sistik stumpan, ana safra yollarının tam veya kısmi yaralanması ve karaciğerin beşinci segmentinde bulunan subveziküler seyreden safra kanallarının yaralanması nedeniyle olabilir (12-14, 17-20). Bu olguda sistik güdükten safra sızıntısı vardı.

Safra sızıntılarının farkına günler, haftalar veya aylar sonra varılabilir. Bu süre literatür serilerinde ortalama 4.2 gündür. Safra sızıntısı olan hastalarda karın ağrısı, ateş, kırıklık hissi, sarılık, karında şişkinlik, ileus ve laboratuvar testlerinde anormal karaciğer fonksiyon testleri, yüksek bilirübin değerleri ve lökositöz bulunabilir. Safra pankreatik, intestinal sekresyonlar ve bakterilerle kontamine olmadığı müddetçe nisbeten zararsızdır. Peritoneal kavitede büyük miktarlarda birikebilir. Tekrarlayan peritonite ve sepsis ataklarına neden olabilir. Bu da hastaların hastahane kalış sürelerini uzatacak ve tekrar ameliyat geçirmelerine neden olabilecektir (1, 12, 13, 15, 21). Bu olgumuzda ameliyat esnasında konulan dren ile safra dışarı alındığından dolayı sadece sağ üst kadranda lokalize karın ağrısı vardı. Safraya bağlı peritonit ve sepsis bulguları yoktu.

Safra sızıntısı klinik olarak bir kaç şekilde görülebilir; a) dren ile eksternal biliyer fistül, b) Biloma (lokalize safra birikintisi), c) diffüz safra birikmesi (safra asiti), d) diffüz

safra peritoniti (12, 22). Olgumuzdaki safra sızıntısı dren ile kontrol altına alınmış safra fistülü şeklindeydi.

Safra sızıntılarını ortaya çıkarmak sıklıkla zordur. Eskiden olabilecek safra sızıntılarını ortaya koyabilmek için açık kolesistektomiden sonra rutin olarak dren kullanılmaktaydı. Şimdi kolesistektominin standart tedavi şekli olan laparoskopik kolesistektomide ise diseksiyonda zorluk çekilen ve akut kolesistiti bulunan olgularda dren kullanılmaktadır. Özellikle akut kolesistitte %30 oranında biliyer komplikasyonlar olmaktadır. Bu nedenle akut kolesistit ve sklerotrofik inflamasyon bulunan olgularda biliyer ve postoperatif komplikasyonları azaltmak ve gelişebilecek safra sızıntılarının erken tanısı için rutin olarak dren kullanılmalıdır (12, 17, 23). Atrezik safra kesesi olan hastaya ameliyat esnasında konulan foley dren ile safra sızıntısının erken tanısı konulmuş fakat foley drenin balonunun şişirilmesinden dolayı fistül kapanmamıştı. Foley drenin balonunun indirilmesinden sonra fistül hızlı bir şekilde kapandı.

Safra sızıntısı şüphesi olan hastalarda yapılacak USG ve BT ile batın içinde yaygın veya subhepatik kolleksiyonlar, serbest hava ve safra yollarında dilatasyon gösterilebilir. Sızıntılar nedeniyle safra yollarındaki dilatasyon olmayabilir. Biriken sıvı USG ve BT eşliğinde aspire edilerek karakteri anlaşılır. Eğer bu sıvı safra ise lokalize safra sızıntıları perkütan yerleştirilecek dren ile dışarı alınarak karın rahatlatılır. Böylece hasta biriken safraın komplikasyonlarından korunacaktır. Drenajdan sonra gecikmeden ERCP veya PTK yapılmasına ihtiyaç vardır. Safra yollarında tam yaralanması yok ise cerrahi tedaviye gerek kalmadan; safra yolları görüntülenerek kaçağın kaynağı, yaralanmanın büyüklüğü anlaşılabilir, biliyer kanalda kalmış taşlar çıkarılabilir, sfinkterotomi, nazobilier drenaj, internal stent yerleştirilmesi ve perkütan biliyer drenaj yapılabilir. MR kolanjiopankreatikografi ve safra yolları sintigrafisi safra sızıntılarını ve safra yollarının anatomisini göstermede başarıyla kullanılan diğer yöntemlerdir (2-4, 15, 17, 19, 20, 23, 24). Olgumuzda yapılan USG'de karın içerisinde kolleksiyon izlenmedi, ERCP başarılı olmadı, PTK'da ise safra kaçağı görüntülenmedi. Drenden verilen kontrast madde ile çekilen fistülovgrafide safra yolları görüntüldü.

Sonuç olarak ameliyat esnasında şüpheli olgularda konulan drenler safra sızıntılarının erken tanısında yararlıdır. Safra yollarında tam kat bir yaralanma ve yüksek basınç yok ise safra sızıntıları uygun drenajı ile başka bir girişime gerek kalmadan kapanacaktır.

Kaynaklar

1. Crist DW, Gadacz TR. Complications of laparoscopic surgery. Surg Clin North Am 1993; 73:265-289.
2. Campbell WB, McGarity WC. An unusual complication of laparoscopic cholecystectomy. Am Surg 1992; 58:641-642.
3. Chow S, Bosco JJ, Heiss FW, et al. Successful treatment of post-cholecystectomy bile leaks using nasobiliary tube drainage and sphincterotomy. Am J Gastroenterol 1997; 92(10):1839-1843.
4. Deziel DJ. Complications of cholecystectomy. Incidence, clinical manifestations, and diagnosis. Surg Clin North Am 1994; 74:809-823.
5. Bonatsos G, Leandros E, Dourakis N, Birbas C, Delibaltadakis G, Golematis B. Laparoscopic

- cholecystectomy. Intraoperative findings and postoperative complications. *Surg Endosc* 1995; 9:889-893.
6. Seeliger H, Fürst A, Zülke C, Karl-Walter J. Surgical management of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: analysis and follow-up of 28 cases. *Langenbecks Arch Surg* 2002; 387:286-293.
 7. Yamaner S, Bilsel Y, Bulut T, et al. Endoscopic diagnosis and management of complications following surgery for gallstones. *Surg Endosc* 2002; 16:1685-1690.
 8. Özman İ, Füzün M, Bora S, Saydam S. Laparoskopik kolesistektomide bir yıllık deneyimimiz. *End Lap ve Minimal İnvaziv Cerrahi* 1994; 1:192-195.
 9. Jatzko GR, Lisborg PH, Pertl AM, Stettner HM. Multivariate comparison of complications after laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy. *Ann Surg* 1995; 221:381-386.
 10. Cathcart RS, Gregorie HB. Should drains be used in routine cholecystectomy? *Am Surg* 1984; 50:482-484.
 11. Misra MC, Sharma S, Kapur BM. Drainage after elective cholecystectomy: a prospective study. *Indian J Gastroenterol* 1989; 8:91-92.
 12. Braghetto I, Bastias J, Csendes A, Debandi A. Intraoperative bile collections after laparoscopic cholecystectomy. Causes, clinic presentation, diagnosis, and treatment. *Surg Endosc* 2000; 14:1037-1041.
 13. Moody FG. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2000; 14:605-607.
 14. Calcete J, Sabater L, Camps B, et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2000; 14:608-611.
 15. McLindon JP, England RE, Martin DF. Causes, clinical features and non-operative management of bile leaks. *Eur Radiol* 1998; 8:1602-1607.
 16. Kennedy RJ, Clements WDB, Diamond T. Cystic duct laceration by metallic clips: a cautionary note. *Br J Surg* 1995; 82:1543.
 17. Doctor N, Dooley JS, Dick R, Watkinson A, Rolles K, Davidson BR. Multidisciplinary approach to biliary complications of laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1998; 85:627-632.
 18. Jamshidi M, Obermeyer RJ, Garcia G, Hashmi M. Post-laparoscopic cholecystectomy bile leak secondary to an accessory duct of Luschka. *Int Surg* 1999; 84:86-88.
 19. Rossi P, Servili S, Contine A, et al. Bile leak from hepatic bed after laparoscopic cholecystectomy. *Chir Ital* 2002; 54:507-509.
 20. DePalma GD, Iuliano GP, Puziello A, Manfredini S, Masone S, Persico G. Biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy. Results of the endoscopic treatment. *Minerva Chir* 2002; 57:123-127.
 21. Rossi RL, Schirmer WJ, Braasch JW, et al. Laparoscopic bile duct injuries. *Arch Surg* 1992; 127:596-602.
 22. Sugiyama M, Mori T, Atomi Y. Endoscopic nasobiliary drainage for treating bile leak after laparoscopic cholecystectomy. *Hepatogastroenterology* 1999; 46:762-765.
 23. Khalid TR, Casilla VJ, Montalvo BM, Centeno R, Levi JU. Using MR cholangiopancreatography to evaluate iatrogenic bile duct injury. *Am J Roentgenol* 2001; 177:1347-1352.
 24. Ramachandran A, Gupta SM, Johns WD. Various presentations of postcholecystectomy bile leak diagnosed by scintigraphy. *Clin Nucl Med* 2001; 26:495-498.