

Postoperatif Safra Fistülleri ve ERCP (İki Olgunun Sunumu)

Postoperative Biliary Fistulas and ERCP (The Presentatiton Of Two Cases)

Sezgin Yılmaz¹

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

ÖZET: Safra kanalı yaralanmaları kolesistektomi sonrası hastaların morbidite ve mortalite artışına neden olan ciddi komplikasyonlardır. Cerrahi tedaviye ihtiyaç duyulan safra kanalı yaralanmaları % 11 oranında mortaliteye neden olur. En sık görülen yaralanmalar sistik kanal güdüğünden kaynaklanan yaralanmalardır. Safra kanalı yaralanması olan hastalarda öncelikle endoskopik tedaviler denenmelidir. ERCP yaralanmanın tipini belirlemeye yardım ederken sfinkterotomi ve/veya stentleme yapılarak da kanal içi basıncı azaltılır ve fistülün kapanması hızlandırılır. Ancak çepeçevre yaralanmalarla birlikte seyreden olgularda endoskopik tedaviler yarar sağlamaz ve hepatojejunostomi gibi ciddi cerrahi işlemlere ihtiyaç duyulur.

Anahtar Sözcükler: Safra kanalı yaralanması, kolesistektomi, ERCP, stentleme

ABSTRACT: Bile duct injuries are one of the most serious complications causing increased morbidity and mortality in patients after cholecystectomy. Bile duct injuries requiring surgical treatment cause mortality by 11%. The most common injuries observed are caused by cystic duct stump leakage. The endoscopic treatment should be tried first in patients with a suspicious bile duct injury. ERCP doesn't only define the type of the injury but also decrease the fistula discharge by decreasing the intraductal pressure with the help of sphincterotomy and / or stenting and accelerate the closure of the fistula. However, the patients with circumferential injuries don't benefit from the endoscopic treatment and require serious surgical procedures like hepatojejunostomy.

Key Words: Bile duct injury, cholecystectomy, ERCP, stenting

GİRİŞ

Safra kaçakları hepatobiliyer cerrahi işlemler sonrası özellikle de kolesistektomi ameliyatlarından sonra en sık görülen komplikasyonlardan birisidir (1). Laparoskopik kolesistektomi için bu oran % 0,5 iken açık kolesistektomi yapılan olgularda % 0,2 oranında safra kanalı yaralanması görülür (2,3). Safra kanalı yaralanmalarının ancak % 11-23'ü ilk operasyonda tanınabilmekte diğerlerine ise en az 10 günlük bir süre sonunda tanı konabilmektedir. Operasyon anında fark edilen bir safra yolu yaralanmasıyla karşılaşıldığında yapılması gereken işlem ya hepatobiliyer cerrahi konusunda deneyimli bir ekibin operasyona davet edilmesi ya da hastanın bu açıdan uygun bir merkeze transfer edilmesidir. Postoperatif dönemde batın içerisine

safra birikimi olan bir hastada karın ağrısı, hassasiyet, bulantı, kusma ve ileus bulguları tabloya eşlik eder. Erken tanı hastalarda birkaç gün içinde ileus, peritonit ve sepsis gelişebileceğinden dolayı oldukça önemlidir (4). Postoperatif safra kaçağı tespit edilen bir hasta öncelikle endoskopik olarak tedavi edilmeye çalışılmalıdır. Sfinkterotomi ve nazobiliyer drenaj/stentleme intraduktal basıncı azaltarak safranın kaçak olan bölgeden uzaklaştırılarak duodenuma rahatça akmasını sağlar. Endoskopik tedaviden en çok fayda gören hasta grubu sistik kanal güdüğünden, safra kanalı lateral yırtıklarından, safra kesesi yatağından veya Luschka kanalından kaynaklanan safra fistülü olan hastalar olmaktadır (5). Safra yolu yaralanmaları laparoskopik olarak yapılan akut kolesistit vakalarında % 4 e kadar çıkmaktadır (6). Major safra kanalı yaralanmaları % 11 mortaliteye sahiptir ve çoğunlukla hepatojejunostomi gibi geniş operasyonlara ihtiyaç duyar (7). Bu olgu sunumunda safra kesesi operasyonunu takiben ortaya çıkan ve

Yazışma ve tıpkı basım için: Doç. Dr. Sezgin Yılmaz

Afyon Kocatepe Üniversitesi

Ahmet Necdet Sezer Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Afyonkarahisar

Email: syilmaz@aku.edu.tr

drsezginyilmaz@gmail.com

ERCP ve stentleme ile tedavi edilen iki olgu literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: 61 yaşında bayan hasta kliniğimize iki gün önce geçirdiği açık kolesistektomi sonrası karın ağrısı, şişkinlik, ateş ve gaz gayta çıkaramama şikayetleriyle hospitalize edildi. Geldiği zaman yapılan USG ve MR/MRCP tetkikinde batın içerisinde 17X4 cm boyutlarında biloma ve sistik kanal güdüğünden kaçak ile uyumlu bulgular saptandı. Hastanın USG eşliğinde yerleştirilen kateterinden 300-400 cc günlük safra drenajı oldu. Hasta ERCP ye alındı ve extrahepatik kanal bütünlüğünün salim olduğu görüldü ve sfinkterotomi yapılarak işlem sonlandırıldı. Ancak sfinkterotomi sonrası hastanın safra drenajının azalmadığı görüldü ve ikinci kez ERCP'ye alınan hastaya 9 cm 10 Fr Hydroduct© biliyer stent yerleştirildi (resim 1). İşlem sonrası hastanın günlük safra drenajı aşamalı olarak 4 gün içerisinde kesildi ve hasta batın dreni çekilerek taburcu edildi. 2 ay sonra kontrol USG'sinde batın içerisinde herhangi bir patoloji saptanmayan hastanın biliyer stenti endoskopi eşliğinde çekildi ve hasta sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

Olgu 2: 63 yaşında bayan hastaya semptomatik kolelitiasis nedeniyle kliniğimizde SILS kolesistektomi gerçekleştirilirken intraoperatif kanama nedeniyle açık cerrahi uygulanmış ve kolesistektomi gerçekleştirilerek batın içerisine bir dren yerleştirilip operasyon sonlandırılmıştır. Ancak postoperatif takiplerinde drenen 400-500 cc safra gelmesi üzerine hasta ERCP ye alınmış ve kolanjiografide muhtemelen sistik kanal güdüğünden kaçak olduğu görülmüştür. Bunun zerine hastaya 15 mm kısmi sfinkterotomi uygulanarak 9 cm 10 Fr Hydroduct© biliyer stent koledoga yerleştirilmiştir (resim 2). İşlem sonrası fistül debisi hızla azalan hasta postoperatif 7. günde batın dreni çekilerek 6 hafta sonra stentini çektirmek üzere kontrole gelmesi önerisiyle taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Safra kanalı yaralanmaları kolesistektomi son-

rası ortaya çıkabilecek ciddi komplikasyonlardır. Laparoskopik cerrahi konusundaki bilgi ve deneyimin artmasına ve teknolojik gelişmelere rağmen kolesistektomi sonrası ortaya çıkan safra yolu yaralanmalarının yıllara göre sabit bir seyirde devam ettiği görülmektedir (3). Ortaya çıkan bu komplikasyonlar tedavi maliyetlerini artırdığı gibi % 18 e varan oranda da ölümcül olabilmektedir (8). Laparoskopik cerrahiden açık cerrahiye geçiş oranı %2-15 arasında değişmektedir (9). Özellikle obes, akut kolesistit atakları geçirmiş, kanal anatomisinin ortaya konulamadığı, safra kesesi duvar kalınlığının arttığı erkek hastalarda açık cerrahiye geçiş oranları yüksektir. Laparoskopik cerrahi sonrası major safra fistülü oranı % 0,3-0,8 arasında değişirken bu oran açık kolesistektomi vakalarından sonra % 0,1-0,2 arasında değişmektedir (10). Safra kanalı yaralanmalarını artıran faktörler Callot üçgenindeki gereksiz diseksiyonlar, safra kanallarına yakın koter kullanımı, safra kesesine fazla traksiyon uygulanması olarak sıralanabilir (11). Her ne kadar MRI ya da intraoperatif kolanjiografi bu komplikasyonların önlenmesi için önerilmişse de bu işlemlerin her olguya uygulanması pratik gözükmemektedir. Ancak intraoperatif kolanjiografi Luschka kanalı gibi anatomik varyasyonlardan şüphe edilen seçilmiş olgulara uygulanabilir. Safra kanalı yaralanması düşünülen bir olguda tanısal olarak ilk yapılması gereken tetkik USG'dir. Böylelikle batın içindeki safra koleksiyonları tanınabilir ve uygun vakalarda eğer ilk ameliyatta batına dren konulmamışsa ya da konulan dren çalışmamışsa USG eşliğinde perkutan drenaj denenebilir. İlk operasyonda dren konulan vakalarda drenen safra gelmesi safra fistülü tanısı için yeterlidir. Safra fistülü olan hastalarda eğer safra sızıntısı kontrolsüz bir hale gelir ve hastada peritonit gelişirse cerrahi kaçınılmazdır. Bu durumda hastaya laparoskopik ya da açık cerrahiyle müdahale edilebilir (12). Hepatobiliyer sintigrafi ve MRCP gibi ileri düzey tetkikler anatomik lokalizasyonun tam olarak ortaya konmadığı olgularda kullanılabilir (13). Safra kanalı yaralanmalarında McMahan ve Bismuth sınıflandırmaları yaygın olarak kullanılmakla birlikte Strasberg sınıflandırmasının en kapsamlı, yaralanma çeşitlerinin hepsini kapsayan ve klinik/multidisipliner yaklaşım

için en yönlendirici sınıflandırma olduğu yayınlarda bildirilmektedir (4). Safra fistülleri içinde en sık görülen neden sistik kanaldan olan kaçaklardır. Çoğunlukla sistik kanala konulan klibin kanalı tam kapatamaması, dislokasyon ya da sistik kanal güdüğünde nekroz oluşması sonucu buradan batına safra sızıntısı meydana gelir. Safra kesesi yaralanmalarından sonra erken ya da geç dönemde ortaya çıkan daralmalar da (striktürler) safra yolu yaralanmaları olarak kabul edilir. MRCP nin yaygın olarak kullanılabilir olması nedeniyle postoperatif safra yolu yaralanmalarında tanısal amaçlı olarak ERCP'den daha önce düşünülmesi gerektiği bildirilmektedir. ERCP safra kanalı yaralanması olan ve distal koledokun tam olarak bağlandığı vakalarda proksimal safra yolları ile ilgili bilgi vermez. Bu durumda MRCP ile hem proksimal ve hem de distal safra yolları ile ilgili bilgi elde edilebilir (14). Ancak MRCP sadece tanısal bir yöntemdir ve ERCP ya da PTK gibi tedaviye yönelik bir avantaj sağlamaz. Safra kanalı yaralanmalarında önerilen tedavi algoritması tablo 1 de gösterilmiştir (resim 3) (4). Bu tür yaralanmalardan sonra ilk basamak tedavi endoskopik yöntemler olmalıdır. ERCP safra kanalı yaralanmalarında sadece tanı koymak için değil, distal obstruksiyon gibi eşlik eden patolojilerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması ve papillotomi/stentleme gibi tedavi edici işlemlerin gerçekleştirilmesinde de kullanılır (4). Endoskopik girişimlerde önceleri sadece sfinkterotominin yeterli olacağı önerilmişse de günümüzde pek çok yazar sfinkterotomi ile birlikte stentlemenin de yapılmasını önermektedir. Endoskopik sfinkterotomi ve/veya biliyer stent/nazobilyer drenaj ile vakaların büyük çoğunluğu tedavi edilebilir (15). Stentlemede amaç intrabilyer basıncı düşürmektir. Kullanılan stentin boyutları ile ilgili olarak karşılaştırmalı bir çalışma yoksa da genellikle 9-11 cm 10 Fr stentler kullanılmakta ve 6 hafta sonra bu stentler çekilmektedir. Olgularımızda da 9 cm 10 Fr stent kullanılmış ve 1. olguda 6 hafta sonra problemsiz olarak çekilmiştir. Bu yöntemlerle vakalarda %65-100 oranında başarı sağlandığı bilinmektedir. Endoskopik tedavinin erken dönem komplikasyonları çoğunlukla ERCP işlemini ile ilişkilidir ve bunlar düşük dereceli ateş, kolanjit, pankreatit ve postsfinkterotomi kanamasını içerir

(4). Stente ait geç komplikasyonlar ise tıkanma, kolanjit ve stentin yerinden kaymasıdır. Stente ait bu komplikasyonların çoğu stentin değiştirilmesiyle kaybolur. Major safra kanallarında çepeçevre kesi ile beraber seyreden non-komunikan yaralanmalarda ise endoskopik tedavi faydasızdır ve bu hastalar çoğunlukla hepatojejunostomi gibi major bir cerrahi işleme ihtiyaç duyarlar. Safra kanalı yaralanmalarında erken tanı ve multidisipliner yaklaşımla hastalarda optimal tedavi şansı sağlanabilirken tanı ev tedavide geç kalınan olgularda morbidite ve mortalite artar.

KAYNAKLAR

1. Zhang JM, Yu SA, Shen W, Zheng ZD. Pathogenesis and treatment to postoperative bile leakage: report of 38 cases. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2005; 4(3): 441-444.
2. The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med.* 1991; 324(16): 1073-1078.
3. Khan MH, Howard TJ, Fogel EL, Sherman S, McHenry L, Watkins JL, Canal DF, Lehman GA. Frequency of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy detected by ERCP: experience at a large tertiary referral center. *Gastrointest Endosc.* 2007; 65(2):247-252.
4. Rauws EAJ, Gouma DJ. Endoscopic and surgical management of the bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology.* 2004; 18 (5): 829-846.
5. Kaffes AJ, Hourigan L, De Luca N, Byth K, Williams SJ, Bourke MJ. Impact of endoscopic intervention in 100 patients with suspected postcholecystectomy bile leak. *Gastrointest Endosc.* 2005; 61(2): 269-275.
6. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA, Tsao J, Rossi RL, Gough D, Donohue JH. Characteristics of biliary tract complications during laparoscopic cholecystectomy: a multi-institutional study. *Am J Surg.* 1994; 167(1): 27-33.
7. Kern KA. Medicolegal analysis of bile duct injury during open cholecystectomy and abdominal surgery. *Am J Surg.* 1994; 168(3): 217-222.
8. Moossa AR, Easter DW, Van Sonnenberg E,

Casola G, D'Agostino H. Laparoscopic injuries to the bile duct. A cause for concern. Ann Surg. 1992; 215(3): 203-208.

9. Duperier T, Brody F, Felsner J, Walsh RM, Rosen M, Ponsky J. Predictive factors for successful laparoscopic splenectomy in patients with immune thrombocytopenic purpura. Arch Surg. 2004; 139(1): 61-66.

10. Strasberg SM, Callery MP, Soper NJ. Laparoscopic hepatobiliary surgery. Prog Liver Dis. 1995; 13: 349-380.

11. Malik AM, Laghari AA, Talpur AH, Khan A. Iatrogenic biliary injuries during laparoscopic cholecystectomy. A continuing threat. Int J Surg. 2008; 6(5): 392-395.

12. Li JH, Liu HT. Diagnosis and management

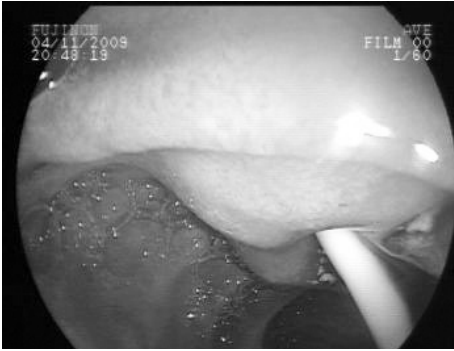
of cystic duct leakage after laparoscopic cholecystectomy: report of 3 cases. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2005; 4(1): 147-151.

13. Brugge WR, Rosenberg DJ, Alavi A. Diagnosis of postoperative bile leaks. Am J Gastroenterol. 1994; 89(12): 2178-2183.

14. Ragozzino A, De Ritis R, Mosca A, Iaccarino V, Imbriaco M. Value of MR cholangiography in patients with iatrogenic bile duct injury after cholecystectomy. AJR Am J Roentgenol. 2004; 183(6): 1567-1572.

15. De Palma GD, Iuliano GP, Puzziello A, Manfredini S, Masone S, Persico G. Biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy. Results of the endoscopic treatment. Minerva Chir. 2002; 57(2): 123-127.

Resim 1: Olgu 1'in stentleme sonrası görüntümü



Resim 2: Olgu 2'nin kısmi sfinkterotomi ve stentleme sonrası görüntümü



Resim 3: Safra kanalı yaralanmalarında tedavi algoritması

