

# Nadir Görülen Sol Lob Yerleşimli Safra Kesesi Operasyonu: Olgu Sunumu

## Rare Left Lobal Placing Gall Bladder Operation: A Case Report

Ahmet ALYANAK<sup>1</sup>, Merter GÜLEN<sup>2</sup>, Bahadır EGE<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Medical Park Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Medicana Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ankara, Türkiye

<sup>3</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZ

Situs visserum inversus karaciğer sol lob yerleşimli safra kesesi (LSG-woSVI), nadir görülen doğumsal bir anomalidir. Bu durum çoğunlukla ameliyat sırasında tespit edilir ve bu nedenle teknik açıdan zorluğa neden olur. Olgumuz 55 yaşında kadın hasta, hazımsızlık, şişkinlik şikayetleri olan hastanın ultrasound görüntüsünde en büyüğü 1 cm çapında multiple taşları vardı. Ancak sol lob yerleşimi görüntüleme tespit edilememişti. Laparoskopide segment III altında falsiform ligamanın sol tarafında yapışık olduğu görüldü. Hastamızda total situs inversus yoktu. Komplikasöyonlardan kaçınmak için, klasik kolesistektomiden farklı olarak, sistik arter ve sistik kanal klipslenmeden önce safra kesesinin antegrad karaciğer yatağından diseksiyonu yapıldıktan sonra arter ve kanal klipslenmesi önemli bir ayrıntıdır. Bu olguda da biz laparoskopik antegrad kolesistektomi ameliyatını başarı ile uyguladık. Post op 1. Günde hastayı sorunsuz olarak taburcu ettik.

**Anahtar Sözcükler:** Sol safra kesesi, laparoskopik kolesistektomi, olgu sunumu, sinistrolasyon, ektopik safra kesesi

### ABSTRACT

Situs viscerium inversus gall bladder located in left lobe of the liver (LSG-woSVI) is a rare congenital anomaly. This condition is mostly detected during surgery and therefore causes technical difficulties. Our case is 55 year old female patient with complaints of indigestion and bloating. In the ultrasound (USG) image, there were multiple Stones, the largest of which was 1 cm in diameter. However, left lobe localization could not be detected on imaging. On laparoscopy, it was observed that the falciform ligament was adhered to the left side under segment III. Our patient did not have total situs inversus. In order to avoid complications, unlike classical cholecystectomy, artery and duct clipping is an important detail after dissection of the gall bladder from the antegrade liver bed before clipping the cystic artery and cystic duct. In this case, we successfully performed laparoscopic antegrade cholecystectomy. We discharged the patient on post op day one without any problem.

**Keywords:** Left gallbladder, laparoscopic cholecystectomy, case report, sinistrolation, ectopic gallbladder

**Cite this article as:** Alyanak A, Gülen M, Bahadır E. Nadir Görülen Sol Lob Yerleşimli Safra Kesesi Operasyonu: Olgu Sunumu. YIU Sağlık Bil Derg 2022;3:47-49.

## Giriş

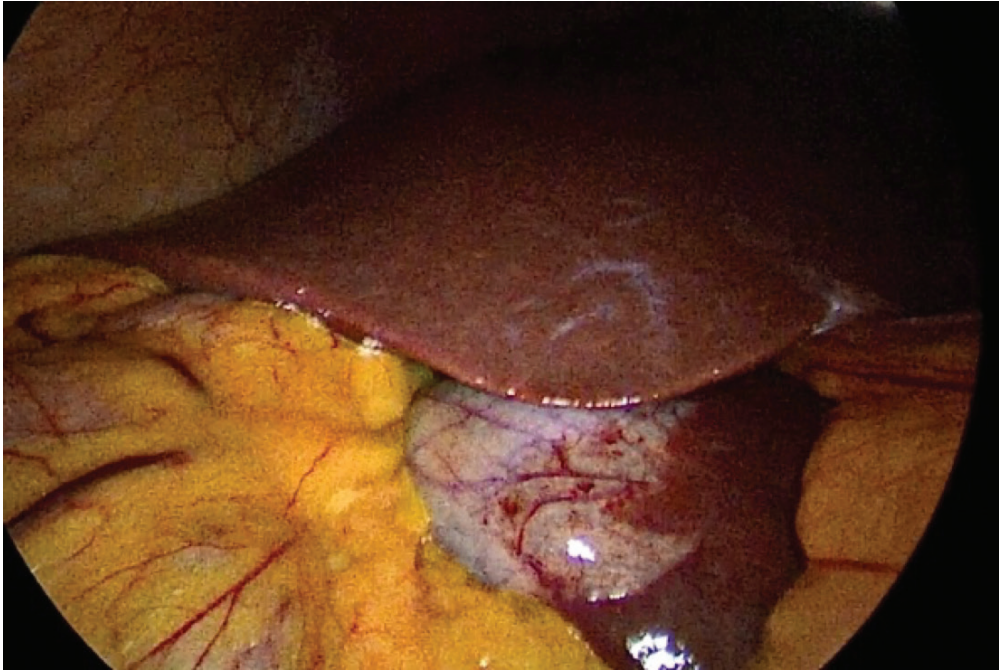
Safra kesesi literatürde anomalisi en fazla olan organlardan biri olarak tanımlanmıştır (1). Sol taraflı safra kesesi (LSG), %0,04 ile 1,1 arasında değişen oranlarda insidansı bildirilen nadir konjenital bir anomalidir (2,3). Bu anatomik varyant ilk olarak 1886'da Hoochstetter tarafından tanımlanmıştır (4,5). Safra kesesi normalde karaciğerin segment IV ve V arasında, sağ lobun altında, safra kesesi fossasında, arkada vena cava inferior önde falciform ligamenti birleştiren hayali çizgi von Rex-Cantlie hattı üzerinde bulunur. Bunun dışındaki yerleşimli safra kesesine ektopik veya anormal yerleşimli safra kesesi denir (6). Bu durum situs inversusu olmayan hastalarda da görülebilir. Situs inversus olmaksızın ektopik safra kesesi iki

tipde görülür. Biri gerçek sol taraflı safra kesesi diğeri anormal yerleşimli falsiform ligamenti nedeniyle sol taraflı görülmesi (7). Gerçek sol taraf safra kesesi anormal ötekine nazaran daha sık görülür (8). Bu durum genellikle ultrasound (USG) ile tespit edilemez. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) gibi daha ileri tetkiklerle görülebilir. Ancak her kolelitiazis vakasında bu ileri tetkikler yapılmadığından, bu durum genelde ameliyat sırasında farkedilir. Olgumuz da ameliyat sırasında tesadüfen saptanan gerçek ektopik sol yerleşimli keseye sahip 55 yaşında kadın hasta ile ilgilidir.

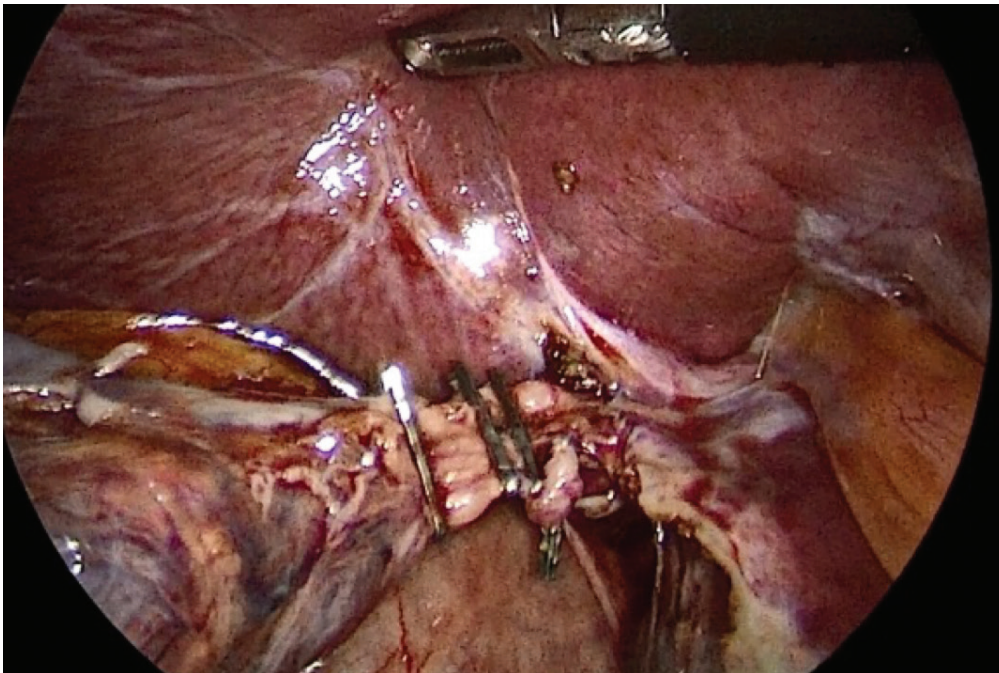
## Olgu Sunumu

Hastamız 55 yaşında kadın, yaklaşık 2-3 aydır hazımsızlık, şişkinlik, yemeklerden sonra hafif ağrı ve hafif bulantı tarif ediyordu. Bu şikayetlerle polikliniğimize başvuran hastanın kan değerlerinde bir anormallik yoktu. Yapılan USG de safra kesesinde en büyüğü 1 cm olmak üzere çok sayıda taş saptandı. Raporda safra kesesi yerleşimi ile ilgili herhangi bir yorum yoktu. Hastaya bu haliyle elektif laparoskopik kolesistektomi planlandı. Operasyonda umbilikal porttan yapılan kesi ile başlanıp kamera görüntüsü alındığında safra kesesinin karaciğerin sol lobun altında karaciğer sol loba gömülü olduğu görüldü (Şekil 1). Laparoskopik mümkün explorasyonda bu durumla ilişkili başkaca anomali saptanmadı. Ve operasyona

devam edildi. Epigastriumdanda 10 mm'lik trochar girişi yapıldı. Öndeki falsiform ligaman daha iyi görüntü elde edebilmek için enerji kaynağı ile ayrıldı. Safra kanalı yaralanma riskini en aza indirmek amacı ile 1995 yılında tanımlanan strasberg güvenli kritik görüş tekniği gereğince öncelikle callot üçgenindeki yağ dokunun temizlenmesi, safra kesesinin en alt kısmının sistik alandan ayrılması, ve sonuçta safra kesesine sadece iki yapının girdiğinin belirginleştirilmesi esasına dayanır (9). Bizim olgumuzda safra kesesi yerleşimi nedeniyle kanal hasar riski yüksek olduğundan, önce safra kesesi fundustan itibaren karaciğer yatağından ayrıldı. Ardından sistik arter ve kanal iyice görünür hale geldikten sonra kilpslendi ve kesildi (Şekil 2).



**Şekil 1.** Laparoskopik görüntüleme de tesadüfen görülmüş sol yerleşimli safra kesesi



**Şekil 2.** Karaciğer yatağından güvenli şekilde diseke edilmiş sol yerleşimli safra kesesi

Ameliyat sonrası sorunsuz geçti ve hasta ertesi gün taburcu edildi.

## Tartışma

LSG nadir görülen konjenital bir anomalidir. 1886'da ilk yayınlanan vakadan bu yana literatürde 150'den az vaka bildirilmiştir (7,10). Abawanga ve ark.'nın, toplam 13 ülkeyi kapsayan, 1996'dan 2014'e kadar yayınlanmış vakaların retrospektif bir çalışmasında, 55 LSG vakası bildirilmiştir. Bu çalışmaya göre kadın erkek oranı 5/1 olarak bulunmuştur. LSG olgularının çoğunluğu tesadüfen intraoperatif olarak tespit edilir (11). Bazı araştırmacılar, yapılan USG, BT veya MRCP'de, kesin bir segment IV saptanamıyorsa, sol lobda portal venin umbilikal kısmı görülüyorsa LSG den şüphelenilmesini önermektedirler (12).

Bazı çalışmalarda, LSG ile beraber karaciğerde çeşitli duktal ve vasküler anomaliler bildirilmiştir. Ortak safra kanalı çokluğu, hipoplastik kolektif safra kanalı, infraportal safra kanalı ve anormal pankreatiko-biliyer bileşke bildirilen duktal varyasyonlardan bazılarıdır. Aynı şekilde vasküler olarak portal ven, hepatik ven ve hepatik arter anomalileri bildirilmiştir (13, 14).

Rutin preoperatif testler LSG'yi tespit edemeyebileceğinden dolayı cerrahlar laparoskopi sırasında bir sürprizle karşılaşabilirler. LSG, ameliyat sırasında keşfedildiğinde, durumla ilgili başkaca duktal ve damar anomalisi varyasyonların olabileceği unutulmamalı ve cerrah tarafından anatomi iyice ortaya konulmalıdır. Çalışmalar göstermiştir ki böyle durumlarda, görüşün az olması sebebiyle sistik kanal ve arteri kesin olarak ortaya konmadan herhangi bir yapının klipslenmemesi ve kesilmemesi gerekmektedir (15). Böyle durumlarda birçok yazar safra yolu yaralanması olmaması için antegrad diseksiyon ve intraoperatif kolanjiografi önermektedir (3,7,16,17). Cerrahi teknik olarak laparoskopik kolesistektomi, LSG tedavisinde güvenli olduğu kanıtlanmıştır (18). Bu olguda antegrad yaklaşımla kolesistektomi yapıldı. Ve post op dönemde hiçbir sorunla karşılaşılmadı.

## Sonuç

Safra kesesi anomalisi farkındalığı ve güvenli ameliyat tekniklerinin iyi bilinmesi, sol taraf yerleşimli safra kesesi için laparoskopik cerrahide komplikasyon olasılığını azaltır. Bu bilgiler ışığında, operasyonda herhangi bir yapıyı kesmeden önce, safra kesesinin karaciğer yatağından diseksiyonu oldukça önemlidir. Laparoskopik antegrad kolesistektomi LSG için güvenle yapılabilir.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış Bağımsız.

**Bilgilendirilmiş Onam:** Hastalardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

**Yazar Katkıları:** Fikir - BE; Tasarım - BE; Denetleme - BE; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi -MG, AA; Analiz ve/veya Yorum - MG, AA; Literatür Taraması - MG, AA; Yazıyı Yazan - AA; Eleştirel İnceleme - BE, MG.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## Kaynaklar

1. Rafailidis V, Varelas S, Kotsidis N. Birinde iki konjenital anomali: frig kapağı deformitesi olan ektopik safra kesesi. Vaka Temsilcisi Radiol 2014; 246-476.
2. Iskandar ME, Radzio A, Krikhely M, Leitman IM. Laparoscopic cholecystectomy for a left-sided gallbladder. World J Gastroenterol 2013;19:5925-5928.
3. Saafan T, Hu JY, Mahfouz AE, Abdelaal A. True left-sided gallbladder: a case report and comparison with the literature for the different techniques of laparoscopic cholecystectomy for such anomalies. Int J Surg Case Rep 2018;42:280-286.
4. Hochstetter F. Anomalien der Pfortader und der Nabelvene in Verbindung mit Defect oder Linkslage der Gallenblase. Arch Anat Entwickl 1886;369-384.
5. Nguyen TH, Nguyen TS, Van Nguyen PD. Sinistroposition: a case report of true left-sided gallbladder in a Vietnamese patient. Int J Surg Case Rep 2018; 51:82-85.
6. Yadav A, Ray S, Nundy S. Ectopic gall bladder: A case report. SAGE Open Med Case Rep. 2021 Oct 15;9:2050313X211036777. doi: 10.1177/2050313X211036777.
7. Abongwa HK, De Simone B, Alberici L. Implications of left-sided gallbladder in the emergency setting: retrospective review and top tips for safe laparoscopic cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2017; 27: 220-227.
8. Banchini F, Ekpo E, Conti L. Left side gallbladder with agenesis of right anterior sector and absence of right hepatic duct: a case report. Int J Surg Case Rep 2019; 60: 249-252.
9. Akçakaya A, Hatipoğlu E, Kartal E, Yaprak E. Güvenli Kolesistektomi, Türkiye Klinikleri, J Gen Surg Topics 2014;7:11.
10. Moo-Young TA, Picus DD, Teefey S, Strasberg SM. Common bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy in the setting of sinistroposition of the gallbladder and biliary confluence: a case report. J Gastrointest Surg 2010;14:166-170. PMID: 19760370.
11. Nagendram S, Lynes K, Hamade A. A case report on a left sided gallbladder: a rare finding during cholecystectomy. Int J Surg Case Rep 2017;14:398-400. PMID: 29546000.
12. Hsu SL, Chen TY, Huang TL, Sun CK, Concejero AM, Tsang LLC, Yu-Fan Cheng. Left-sided gallbladder: Its clinical significance and imaging presentations. World J Gastroenterol 2007; 13: 6404- 6409. [DOI:10.3748/wjg.13.6404]
13. Bonomo SR, Veenstra BR, Komar TM, Richter HM. Single-incision cholecystectomy for left-sided gallbladder. JSLS, 2014;18:338-341.
14. Ishii H, Noguchi A, Onishi M. True left-sided gallbladder with variations of bile duct and cholecystic vein. World J Gastroenterol 2015;21:6754-8. PMID: 26074714.
15. Chungoo RK, Kachroo SL, Sharma AK, Khan AB, Nadim AS. Left-sided gall bladder: report of two cases. J. Minim Access Surg 2007;3:108-110.
16. Zoulamoglou M., Flessas I., Zarokosta M. Left-sided gallbladder (sinistroposition) encountered during laparoscopic cholecystectomy: a rare case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep 2017;31:65-67.
17. Nojiri M, Igami T, Toyoda Y. Application of fluorescent cholangiography during single-incision laparoscopic cholecystectomy for cholecystitis with a right-sided round ligament: preliminary experience. J Minim Access Surg 2018;14:244-246.
18. Sadhu S, Jahanqir TA, Roy MK. Left-sided gallbladder discovered during laparoscopic cholecystectomy in a patient with dextrocardia. Indian J Surg 2012;74:186-188.