Yoğoğu Cerrahi Dergisi 18(4): 196-197, 2004

Yerinde Bırakılan Karın Dreni Nedeniyle Kapanmayan Safra Fistülü

Olgu Sunumu

A. Vedat DURGUN
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

SUMMARY

Prolonged Bile Leakage Due to Long Standing Intra-Abdominal Suction Drain

Biliary fistula is one of the unpleasant complications after surgical therapy of hepatic hydatid disease. Minor biliary leakage may cease spontaneously. Long standing fistula causes a cacarisome period both for the patient and the surgeon. In this chaotic period simple solutions can easily be neglected. In this article successful treatment of a persistent biliary leakage due to long standing suction drain is presented.

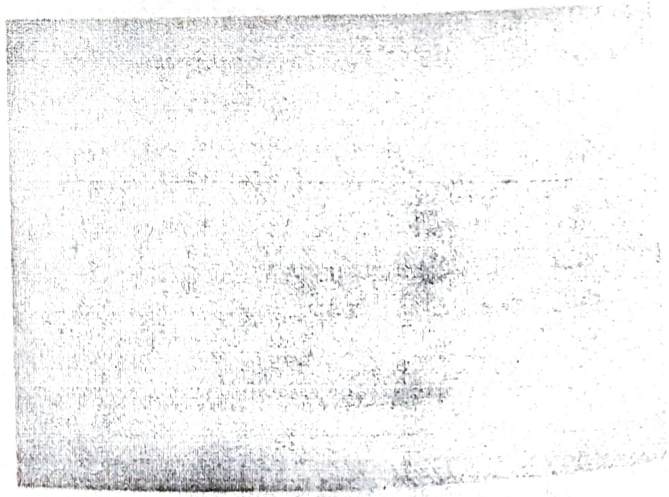
Key words: Hydatid disease, liver, biliary fistula

Safra fistülü, karaciğer hidatik kisti cerrahisinin can sıkıcı komplikasyonlarından birisidir. Minor safra kaçakları, spontan olarak kapanabilir. Sebat eden fistüllerde ise hasta ve cerrah için yorucu bir süreç yaşanır. Bu karmaşa sırasında basit çözümler akla gelmeyebilir. Bu yazıda karın dreninin vaktinde alınmayıp yerinde bırakıldığı bir hastada sebat eden safra fistülünün başarılı tedavisi sunulmaktadır.

OLGU

32 yaşında erkek hasta, 10. 05. 2004 tarihinde, bir eğitim hastanesinde karaciğer hidatik kisti nedeniyle ameliyata alınmış. Sağ lob posterior yerleşimli kiste subkostal kesi ile ulaşılamamış ve ameliyat sonlandırılmış. 15.06.2004 tarihinde bir başka hastanede, sağ posterolateral torakotomi ile transdiyafragmatik yoldan kistotomi ve drenaj işlemi uygulanmış. Ameliyat sonrası 1. günden itibaren karın dreninden safra gelmeye başlamış. Günde 600-700 cc. safra kaçağının sebat etmesi nedeniyle 12.07.2004 tarihinde endoskopik sfinkterotomi ve koledok stenti uygulanmış. Bu işlem sonrasında debisi azalmakla birlikte safra kaçağı devam etmiş. 27.09.2004'te tekrar endoskopik girişimle, koledok stenti çıkarılmış, koledoktaki çamur ve hidatik membran artığı temizlenmiş, fistül traktı ya da ekstravazasyon olmadığına karar verilip işlem sonlandırılmış. Safra kaçağının günlük 300 cc. miktarında devam etmesi nedeniyle 18.10.2004 tarihinde yeniden ERCP yapılmış, sağ hepatik kanaldan ekstravazasyon saptanarak koledoğa stent konulmuş. Safra fistülünün yine kapanmaması üzerine ileri tetkik ve tedavisi için kliniğimize sevk edilmiş.

Hasta bu aşamada tarafımızca değerlendirildi. Karın sağ üst kadrandaki kauçuk drenden safra gelmekteydi. Hastanın ifadesine göre günlük akıntı miktarı 300-350 cc. cıvarında idi. Yine hastanın dosyasında bulunan fistülografinin incelenmesinde, drenden verilen kontrast maddenin safra yollarına ve barsağa rahatça ulaştığı, koledoktaki stentin muntazam şekilde



Şekil 1. Drenden verilen kontrast madde, safra ağacını doldurup engelsiz olarak barsağa ulaşmaktadır. Koledoktaki stentin muntazam şekilde durduğu görülmektedir.

Yazışma adresi: Vedat Durgun, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, İstanbul

durduğu görüldü (Şekil 1). Hastaya 6 ay önceki ameliyatta konulan karın dreninin amacını aşıp safra için alternatif bir yol teşkil ettiği düşüncesiyle ilk iş olarak dren çıkartıldı ve küçük bir pansuman uygulandı. Dren alındıktan sonra hastanın pansumanı hiç kirlenmedi. Birkaç gün zarfında da dren deliği oblitere oldu. Koledok stentinin bir ay sonra çıkartılması planlanan hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA

Karaciğer hidatik kisti evakuasyonu sonrasında kaviteye ya da loja konulan dren etrafında ortalama bir hafta sonra trakt teşekkül eder. Ameliyat sonrasında gittikçe azalan miktarlarda safra drenajı olmaktaysa dren ile hergün bir ya da ikişer santimetre geriye çekilerek traktın, dolayısıyla safra fistülünün kapanması beklenebilir. Yüksek debili sebat eden bir safra kaçağı durumunda fistülografi ve ERCP ile safra ağacı görüntülenmeli, sfinkterotomi yapılmalı, koledokta bulunması muhtemel, hidatik kum, kız veziküller (debris) temizlenmeli ve striktür varsa stent tatbik edilmelidir [1]. Bu suretle safra yolunda bir engel olmadığı ve barsağa safra akışının sağlandığına hükmedildikten sonra, karın dreni rahatlıkla alınabilir. Bu olguda bu aşamaların başarıyla gerçekleştirilmesine rağmen sfinkterotomi ve stent tatbiki sonrasında yerinde bırakılan karın dreni, o andan itibaren bizzat kendisi, safra fistülünün nedeni haline gelmiştir. Dren bu olguda hiç manipüle edilmeden 6 ay müddetle yerinde bırakılmış ve safra akışı için alternatif bir yol teşkil etmiştir. Bu düşünce doğrultusunda hasta, kliniğimize yatırılmış ve ilk iş olarak karın sağ üst kadrandaki dreni alınmıştır. Dren yerinden herhangi bir akıntı olmaksızın orifis birkaç günde kapanmış ve hasta, bir ay sonra koledoktaki stenti aldırması önerilerek taburcu edilmiştir.

Bu olgu nedeniyle tartışılması gereken bir diğer önemli nokta da insizyon seçimidir. Hastanın ilk ameliyatında sağ subkostal kesi ile laparotomi yapılmış ancak kiste ulaşılamadığı gerekçesiyle ameliyat sonlandırılmıştır. Hastaya bir ay sonra başka bir eğitim hastanesinin göğüs cerrahisi kliniğinde sağ posterolateral torakotomi ile transdiyafragmatik olarak kistotomi + drenaj işlemi uygulanmıştır. Hastaya hiç gerekmediği halde bir torakotomi morbiditesi yüklenmiştir.

Karaciğer hidatik kisti için istisnai bazı olgular dışında torakotomi indikasyonu bulunmamaktadır. Karaciğer segment 7 lokalizasyonlu kistlere ulaşmak için değişik yaklaşımlar önerilmiştir. Üst karında kova sapı tarzı bir kesi ve karaciğer ekartörü düzeneği ile karaciğerin her yerine ulaşılabilir. Daha önceki bir makalemizde tanımladığımız pozisyon ve kesi de bir seçenek olabilir [2].

Ve son bir hatırlatma. Bu lokalizasyondaki kistler, girişimsel radyologların en çok rağbet ettikleri, perkütan tedaviye de aday kistlerdir [3,4].

KAYNAKLAR

1. Saritas U, Parlak E, Akoglu M, Sahin B: Effectiveness of endoscopic treatment modalities in complicated hepatic hydatid disease after surgical intervention. Endoscopy 33:858, 2001.
2. Durgun AV, Perek A, Kapan M, Görgün E, Perek S: Karaciğer Sağ Lob Posteriorunda Yerleşen Hidatik Kistlerde İnsizyon Seçimi. Çağdaş Cerrahi Dergisi, 13:130, 1999.
3. Acunas B, Rozanes I, Çelik L, et al: Purely cystic hydatid disease of the liver : treatment with percutaneous aspiration and injection of hypertonic saline. Radiology 182:541, 1992.
4. Akhan O, Ozmen MN, Dincer A, Sayek I, Gocmen A: Liver hydatid disease: long-term results of percutaneous treatment. Radiology 198:259, 1996.