

Travmatik ekstrahepatik safra yolu yaralanması: Ortak hepatik kanal bifurkasyonda kopma

Traumatic extrahepatic biliary tract injury: Fracture in common hepatic channel bifurcation
Genel Cerrahi

Başvuru: 07.09.2012
Kabul: 11.10.2012
Yayın: 11.10.2012

Volkan İnce¹, Bülent Ünal², Vural Soyer³, Mehmet Yılmaz³, Sezai Yılmaz³

¹ Dicle İlçe Devlet Hastanesi

² İnönü Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi

³ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi

Özet

Ortak hepatik kanalda kopma şeklinde olan travmatik ekstrahepatik safra yolu yaralanması (EHSYY) oldukça nadir görülen bir yaralanmadır. Tanıda gecikme ve eşlik eden yaralanmalara bağlı olarak mortalite ve morbidite oranları %40'a ulaşmaktadır. Bu makalede, künt travmaya bağlı sol safra kanalının bifurkasyon seviyesinde tam kopma şeklinde EHSYY olan 16 yaşındaki kız çocuğunun, safra yolu yaralanmasının eksternal feeding kateter üzerinden uç uca primer anastomoz yapılarak tedavisi sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *travma, safra yolu yaralanması*

Abstract

Traumatic extrahepatic biliary tract injury (EHSYY) in the way of common hepatic channel fracture is a rarely seen injury. Due to the delayed diagnosis and accompanying injuries, mortality and morbidity ratios reaches to %40. In this article, the treatment of the biliary tract injury of a 16 year old girl who has a EHSYY as a complete fracture in left biliary channel bifurcation level due to a strong trauma has been presented which includes the end to end primary anastomosis via external feeding catheter.

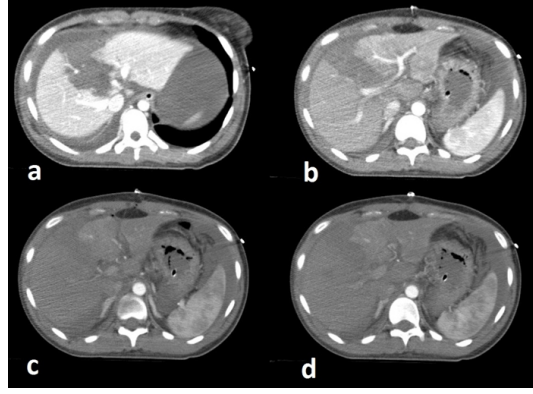
Keywords: *trauma, biliary tract injury*

Giriş

Travmatik ekstrahepatik safra yolu yaralanması (EHSYY) tüm travmatik yaralanmaların %1'inden daha az bir sıklıkla oldukça nadir görülen bir yaralanmadır (1,2). Ortak hepatik kanalda kopma şeklindeki yaralanma daha da nadirdir. Cerrahi tedavi seçenekleri yaralanmanın lokalizasyonu ve boyutuna, eşlik eden diğer organ yaralanmalarına ve cerrahın deneyimine bağlı olmakla beraber primer onarımdan biliyoenterik anastomozlara kadar değişkendir. Bu çalışmada künt travma sonucu karaciğer laserasyonuna eşlik eden ortak hepatik kanal bifurkasyondan kopma şeklinde EHSYY olan bir olgunun eksternal feeding kateter üzerinden uç uca primer anastomoz yapılarak tedavisi sunulmaktadır.

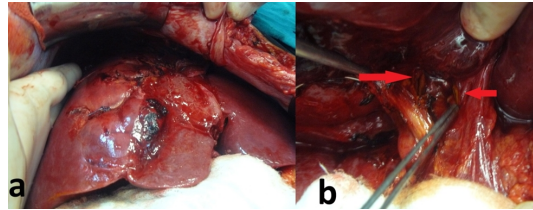
Olgu Sunumu

Motosiklet kazası geçiren 16 yaşındaki kız çocuğu, karaciğer laserasyonu (grade V) nedeniyle dış merkezde acil ameliyata alınıp karaciğere primer onarım ve kolesistektomi ameliyatı yapıldıktan sonra, ameliyat sonrası bakım, ileri tetkik ve tedavi için merkezimize yönlendirildi. Başvuru anında çekilen tüm karın Multislice tomografi (MDBT) görüntülemesinde karaciğerin danarsal yapıları intakt görünmekteydi ve karın içi mayı mevcuttu (Şekil 1).



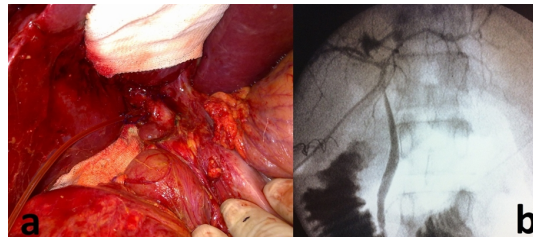
Şekil 1 : Merkezimize başvuru anında çekilen MDBT görüntüleme; a) Hepatik venler ve karın içi mayı, b) Portal ven, c) Sağ hepatic arter, d) Sol hepatic arter

Hemodinamik olarak stabil olan ve karın dışı başka organlarda patoloji olmayan hastada, başvurusunun ertesi günü distansiyonun artması nedeniyle tekrar ameliyata alındı. Karın içinde 1500cc safıralı hemorajik mayı aspire edildi, aktif hemoraji yoktu. Sol safıra kanalının ana hepatic kanal bifurkasyon düzeyinden kopmuş olduğu görüldü (Şekil 2).



Şekil 2 : Ameliyat bulguları; a) Karaciğer primer sütürler, b) Bifirkasyondan tam kat keilen sol safıra kanalı

Hemodinamik olarak stabil olan genç hastanın safıra yollarında doku kaybı minimal olduğu için ve primer anastomozun gergin olmayacağı görüldü için, sistik kanaldan sol safıra kanalına uzanan feeding kateter üzerinden primer anastomoz yapıldı ve feeding kateter eksternal drenaja alındı. Peroperatif kolanjiografi çekilerek safıra ağacı görüntülendi (Şekil 3).



Şekil 3 : a) Anastomoz sonrası görünüm, b) Peroperatif kolanjiografi

Ameliyat sonrası bilioma gelişti ve perkütan drene edildi. Ameliyat sonrası 27. gün çekilen kolanjiografide patoloji saptanmadı. Perkütan dren çekildi ve sadece eksternal feeding kateteri üzerinde kalarak taburcu edildi. Ameliyat sonrası 2.ayda tekrar kontrol kolanjiografisi çekildi ve normal olması üzerine feeding kateter de çekildi. Ameliyat sonrası 4.ayda olan hasta sorunsuz takip edilmektedir.

Tartışma ve Sonuç

Ekstrahepatik biliyer ağacın yaralanması sıklıkla penetran travmalara bağlı olmakla birlikte, künt travmaya bağlı kopmalar da olabilir. Travmatik ekstrahepatik safra yolu yaralanması oldukça nadir görülen bir yaralanmadır ve ortak hepatik kanalda kopma şeklindeki yaralanma daha da nadirdir. Tanıda gecikme ve eşlik eden yaralanmalara bağlı olarak mortalite ve morbidite oranları %40'a ulaşmaktadır (3-7).

Safra yolu yaralanması laparotomi sırasında karaciğer parankiminden, ekstrahepatik safra yolundan ya da pankreastan safra sızması olarak saptanabilirken, olgumuzda olduğu gibi ameliyat sonrası biliyer fistül, biliyer peritonit, biliyoma ya da safra darlığı şeklinde saptanabilir. Nadiren de bronkobiliyer fistül, hemobilia, pleurobiliyer fistül ya da biliyovenöz fistül olarak saptanır (2).

Ekstrahepatik safra yolu yaralanması nedeniyle cerrahi seçeneği hastanın stabilitesine bağlıdır (8). Hemodinamik olarak stabil olmayan hastada yaralanma oranı, kanal çapının %50'sinden küçükse ameliyat hedefi eksternal drenaj ve muhtemel primer onarım olmalıdır (9). Eğer daha ileri yaralanma varsa stabil olmayan hastada, yaralanan segmentler arasında T-tüp köprüsü yapılıp ya da sağ ve sol hepatik kanallar içerisine kateterler yerleştirilerek karından dışarıya çıkartılarak safra drenajı sağlanıp, asıl onarım hasta stabilize olduktan sonra biliyer sistem rekonstrüksiyonu gecikmiş olsa yapılır (10).

Ana hepatik kanal yaralanmasında da Roux-N-Y hepatoportoenterostomi, hepatik rezeksiyon ya da sağ / sol hepatik kanalın bağlanması uygulanabilir. Normalde ortak kanal 4mm çapındadır. Segmenter kayıp yok ise lateral tamir yapılabilir. Eğer segmenter kayıp varsa ve proksimal safra kanalını kapsıyorsa ortak hepatik kanala veya safra kesesine Roux-en-Y prosedür kullanılarak safra drenajı sağlanabilir. Anastomoz kaçağı ve enfeksiyon erken cerrahi komplikasyonlardır (11).

Literatürde, olgumuzda olduğu gibi, EHSYY tam kopmuş, stabil hastaların cerrahi tedavisinde Roux-en-Y bilioenterik anastomoz önerilmektedir (10). Primer uç uca anastomoz uzun dönemde artmış striktür oranı ve dolaylı olarak tekrarlayan kolanjit atakları, biliyer siroz ve portal hipertansiyona yol açabileceği için ilk tercih değildir (4). Bu yüzden altın standart cerrahi tedavi Roux-en-Y hepatikojejenostomi olarak kabul edilmektedir. Neticede en iyi sonuca ulaşmak için safra ağacının kanlanması sağlanması gereklidir. Olgumuzda sol safra kanalının distal ucundan 2mm doku debride edildi ve kanlanmasının iyi olduğu görüldü. Hemodinamik olarak stabil, genç hastalarda anastomozun gergin olmayacağı durumlarda feeding kateter üzerinden primer uç uca anastomoz yapmayı tercih ettik. Ameliyat sonrası gelişen mide ön yüzü ile karaciğer sol lobu arasındaki biliyoma perkütan yöntemle tedavi edildi. Hastanın 4 aylık takibinde de kolanjit atağı ve ya striktürle karşılaşmadık.

Kaynaklar

1. R. W. Parks and T. Diamond. Non-surgical trauma to the extrahepatic biliary tract. *British Journal of Surgery*, 1995; 82(10): 1303–1310.
2. Thomson BN, Nardino B, Gumm K, Robertson AJ, Knowles BP, Collier NA, Judson R. Management of blunt and penetrating biliary tract trauma. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012;72(6): 1620-5.
3. M. W. Hills, A. J. Richardson, N. Tait, S. A. Deane, and J. M. Little. Non-iatrogenic trauma to the extrahepatic biliary tract. *Australian and New Zealand Journal of Surgery*, 1993; 63(3): 190–194.
4. J. A. Rodriguez-Montes, E. Rojo, and L. Garcia-Sancho Martín. Complications following repair of extrahepatic bile duct injuries after blunt abdominal trauma. *World Journal of Surgery*, 2001; 25(10): 1313–1316.
5. Y. C. Chung, P. H. Lee, M. T. Huang, and C. N. Chang. Complete transection of common bile duct due to blunt abdominal trauma: a case report and literature review. *Journal of the Formosan Medical Association*, 1993; 92(1): 78–81.
6. J. Khodadadi, M. Mihich, R. Finally, and M. Milleritzky. Avulsion of common bile duct after blunt abdominal injury: a review of the literature. *Injury*, 1983; 14(5): 447–450.

7. M. D. Bourque, N. Spigland, A. L. Bensoussan, and L. H. Garel Blanchard. Isolated complete transection of the common bile duct due to blunt trauma in a child, and review of the Literature. *Journal of Pediatric Surgery*, 1989; 24(10): 1068–1070.
8. P. G. Bade, S. R. Thomson, A. Hirshberg, and J. V. Robbs. Surgical options in traumatic injury to the extrahepatic 4 Case Reports in Surgery biliary tract. *British Journal of Surgery*, 1989; 76(3): 256–258.
9. V. K. Kapoor. Management of bile duct injuries: a practical approach. *American Surgeon*, 2009; 75(12): 1157–1160.
10. M. Nathan, J. Gates, and S. J. Ferzoco. Hepatic duct confluence injury in blunt abdominal trauma: case report and synopsis on management. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques*, 2003; 13(5): 350–352.
11. Trunkey DD. Majör karaciğer yaralanmalarında tedavi. In: Fisher JE ed(s). *Mastery of Surgery 5. Baskı 1. Cilt*, 2011: 1092-1105.