

Koledok Üzerine Bası Yapan Dren

Drain Compression to The Ductus Choledochus
Genel Cerrahi

Başvuru: 09.03.2014
Kabul: 14.03.2014
Yayın: 08.04.2014

Cemalettin Koç¹, Bora Barut¹, Volkan İnce¹, Ramazan Kutlu¹

¹ İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi

Özet

Gangrenöz kolesistit gibi inflamasyonun arttığı, anatomik planların zorlukla ortaya konulduğu ve laparoskopik kolesistektominin güvensiz ya da teknik olarak imkansız hale geldiği vakalarda, açık kolesistektomi halen safra kesesi hastalığı tedavisi için gereklidir. Safra kaçağı görülme insidansının %24'e kadar çıktığı bu hasta grubunda, safra kesesi lojuna dren konulması uygun olmaktadır. Dren tercihi ve yerleştirilme alanı önemlidir, çünkü yanlış yerleştirilmiş drenin kendisi, zaten komplikasyon görülme oranı daha yüksek olan bu grupta, daha fazla soruna neden olabilmektedir. Bu çalışmada, gangrenöz kolesistit nedeniyle acil cerrahiye alınıp, açık kolesistektomi yapılan ve koledok üzerine konulan drenin sebep olduğu biliyer obstrüksiyon olgusu sunulmaktadır.

Anahtar kelimeler: *Gangrenöz kolesistit, Dren Biliyer obstrüksiyon*

Abstract

In cases which increased inflammation comes out and when revealing anatomic planes is very hard and laparoscopic cholecystectomy has become unsafe and technically impossible, open cholecystectomy is still required for the treatment of gallbladder disease. In a patient group which the incidence of bile leakage rate rises up to %24. Draining gallbladder logy is convenient. Choice and placement of drains is important because misplaced drain -itself- can cause more problems in this group which has already higher incidence of complications in this study ,biliary obstruction case which is caused by drain, placed on choledoch and taken up in emergency surgery due to gangrenous cholecystitis, which is placed over open cholecystectomy are presented

Keywords: *Gangrenous cholecystitis, Drain Biliary obstruction*

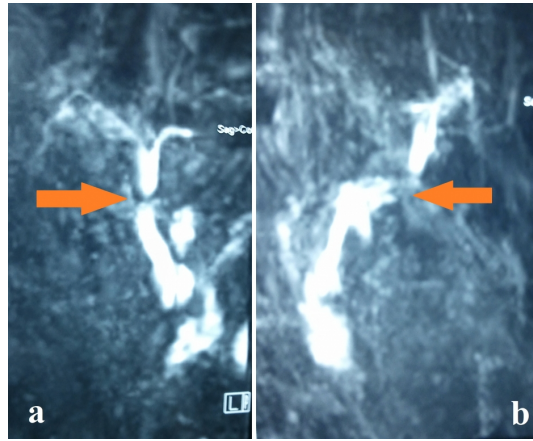
Giriş

Gangrenöz kolesistit, akut kolesistitin daha ciddi bir formudur ve akut kolesistit ile başvuran hastaların % 10-40'ında gangrenöz kolesistit gelişir¹. Yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkili olan bu durumda tedavi cerrahidir². Laparoskopik kolesistektomide açığa geçme oranı yüksek olmakla birlikte, açık kolesistektomi grubunda safra kaçağı insidansı % 2,6 iken gangrenöz kolesistitte safra kaçağı insidansı % 24 tür. Bu yüzden dren konulması gerekmektedir³. Dren tercihinde vakumlu drenlerden ziyade serbest silikon veya penröz dren kullanıldığı çalışmalar mevcuttur^{4,5}. Bu çalışmada, gangrenöz kolesistitli hastada, açık cerrahi sonrası, toraks kateteri drenin koledok üzerine basısına bağlı, postoperatif dönemde gelişen biliyer obstrüksiyonun, drenin birkaç cm geri çekilmesi gibi basit bir yöntemle tedavisi sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

Akut kolesistit tanısıyla iki gündür medikal tedavi uygulanan 57 yaşındaki kadın hasta, genel durumunun bozulması üzerine merkezimize sevk edildi. Taşikardik ve takipneik olan hastanın karın muayenesinde sağ üst kadranda belirgin olmak üzere tüm karında yaygın hassasiyet, defans ve rebound mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz: 17,9 x10³/mL, aspartate aminotransferaz (AST): 170 U/L, alanine aminotransferaz (ALT):133 U/L, total bilirubin: 4,5 mg/dL, gama glutamiltransferaz (GGT): 300 U/L idi. Karın

ultrasonografisinde (USG), safra kesesi hidropik, duvar kalınlığı 10 mm ve perikolesistik sıvı izlendi. Hasta akut gangrenöz kolesistit tanısı ile acil olarak ameliyata alındı. Sağ subcostal kesi ile laparotomi yapıldı, obez olan hastanın omentumu keseyi çepeçevre sarmış ve şiddetli inflamasyon ve ödem nedeniyle yavaş ve kontrollü diseksiyon ile sistik kanal ortaya konuldu ve keseye girdiği yerden bağlanıp kesildi. Kolesistektomi sorunsuz tamamlandı. Hemostazı takiben, kese lojuna 28 numaralı toraks kateteri dren, hepatoduodenal ligamanın anteriorunda olacak şekilde yerleştirildi. Ameliyat sonrası serviste monitörize şekilde takibe alındı. Postoperatif 1. gün laboratuvar değerleri, lökosit: $15,4 \times 10^3/\text{mL}$ 'e geriledi ancak, AST: 192 U/L, ALT:144 U/L ve total bilirubin 5,5 mg/dL'a yükseldi. Dren getirisi 100 ml/gün ve içeriği sero-hemorajik olan hastanın safra yollarını görüntülemek ve olası yaralanmayı tespit etmek amacıyla magnetik rezonans kolangiopankreatografi (magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP)) çekildi. MRCP'de koledokta tam kat sinyal kesintisi görüldü (Şekil 1).



Şekil 1 : a) ve b) MRCP'de koledoktaki sinyal kesilmesi

USG görüntülemesinde hastada, kese lojunda minimal serbest mayi izlendi ve intrahepatik safra yolları ve koledok normal olarak raporlandı. MRCP ve USG arasındaki uyumsuzluk nedeniyle MRCP başka bir radyoloğa yorumlatıldı ve koledok üzerine bası olarak değerlendirildi. Hastanın dreni 5 cm kadar geri çekilip tekrar tespit edildi ve hasta takibe alındı. Postoperatif 2. gün lökosit: $13,7 \times 10^3/\text{mL}$, AST: 96 U/L, ALT:77 U/L ve total bilirubin 3,5 mg/dL'a geriledi. Postoperatif 7. gün tamamen normal biyokimya sonucuyla taburcu edildi.

Tartışma ve Sonuç

Akut kolesistitte sistik kanal obstrüksiyonun sürmesiyle epitelyal hasar gelişir ve bu hasar daha fazla inflamasyonu tetikler. Safra kesesi duvar gerilimi ve aşırı inflamasyon safra kesesi duvarında lokal ya da total iskemiye sonuçlanır ve gangrenöz kolesistit gelişir¹. Gangrenöz kolesistit için risk faktörleri erkek cinsiyet, 50 yaş üstü olmak, kardiyovasküler hastalık öyküsünün olması ve lökositoz (WBC $>17 \times 10^3/\text{mL}$) olmasıdır³. Hastamızda bu risk faktörlerden ikisi mevcuttu ve gangrenöz kolesistitli hastalarda inflamasyon arttığı için anatomik planların ortaya konulması zor olacağından direkt açık kolesistektomi yapıldı. Ameliyatta beklenenin aksine diseksiyon daha rahat gerçekleştirildi ve anatomik yapılar ortaya kondu. Kolesistektomi sorunsuz gerçekleştirildi. Dren tercihinde önemli noktalar ameliyat komplikasyonlarının saptanmasını sağlamasıdır. Postoperatif kanama, safra kaçağı, enfeksiyon gelişmesi durumunda habercidir. Tıkanmamalı ve çevre dokuya zarar vermemelidir. Bu yüzden yumuşak ve vakumsuz drenler genellikle tercih edilir. Biz dren olarak, sert ve geniş lümenli olduğu için, tıkanma olasılığı daha az olduğunu düşündüğümüz toraks kateterini kullandık. Ancak drenin özelliklerinin önemi kadar yerleştirildiği yer de çok önemlidir. Biriken sıvıyı drene etmeli ve çevre lümenli

yapılara bası yapmamalıdır. Elli yedi yaşındaki hastamızda bir an önce ameliyatı sonlandırıp hastanın daha az anestezi alması telaşıyla, dreni yerleştirirken aceleci davrandık ve hepatoduodenal ligamanın üzerine gelecek şekilde yerleştirdik. Bunun sonucunda da hastada drenin koledok üzerine basısı sonucunda biliyer obstrüksiyon gelişti. Normalde dren lokalizasyonunu, kese lojundan foramen winslova uzanacak şekilde yerleştirmeyi tercih etmekteyiz. Biliyer obstrüksiyon gelişmesi sonrasında çekilen MRCP’de koledok üzerine bası düşünüldü ve dren yaklaşık 5 cm geri çekilerek tekrar tespit edildi. Bu basit tedavi ile hastanın biliyer obstrüksiyonu giderildi.

Sonuç

Kolesistektomi sonrası drenin koledok üzerine basısı sonucunda biliyer obstrüksiyon gelişmiştir ve MRCP ile tesbit edilen bu durum drenin 5 cm kadar geri çekilmesiyle giderilmiştir.

Teşekkür

Bu çalışmadaki katkılarından dolayı yazarlar, İnönü Üniversitesi Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı öğretim üyelerinden Prof.Dr.CÜNEYT KAYALP ve Doç.Dr.BÜLENT ÜNAL' a teşekkür ederler.

Kaynaklar

1. Nikfarjam M, et al. Outcomes of contemporary management of gangrenous and non-gangrenous acute cholecystitis HPB. 2011; 13: 551–8.
2. Wu CH, et al. Discrimination of gangrenous from uncomplicated acute cholecystitis: accuracy of CT findings. Abdom Imaging. 2011;36:174-8. doi: 10.1007/s00261-010-9612-x.
3. Arroyo K, Bonadies J, Ciardiello K. Bile leak in open cholecystectomy: related to gangrenous cholecystitis? Conn Med. 2010;74:329-31.
4. Tzovaras G, et al. Is there a role for drain use in elective laparoscopic cholecystectomy? A controlled randomized trial. Am J Surg. 2009;197:759-63.
5. Uchiyama K, et al. Clinical significance of drainage tube insertion in laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized controlled trial. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2007;14:551-6.