

# Spontan Koledok Perforasyonu (Olgu sunumu)

## SPONTANEOUS PERFORATION OF THE CHOLEDOC (CASE REPORT)

Fehmi ÇELEBİ\*, Ahmet A. BALIK\*, M. İlhan YILDIRGAN\*\*, Nizamettin DEMİRCİ\*\*\*, Durkaya ÖREN\*\*\*\*

\* Yrd.Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ERZURUM

\*\* Doç.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

\*\*\* Araş.Gör.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD,

\*\*\*\* Prof.Dr., Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, ERZURUM

### Özet

**Amaç:** Az görülen spontan koledok perforasyonlu olguyu literatür eşliğinde irdelemek.

**Materyel ve Metod:** Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'ne müracaat ederek Anabilim Dalımız'da ameliyat edilen akut karın tabolu 62 yaşında kadın bir hasta.

**Bulgular:** Hikayesinde hiçbir özelliği olmayan hastada laparotomide ileri derecede peritonit ve sistik kanalla koledok birleşim yerinin altında koledok sağ yan duvarında 2 cm boyunda iskemik alan ve burada oluşan perforasyonlar saptandı.

**Sonuç:** Kolesistektomi ve iskemik alandan koledoka T-tüp yerleştirilen hasta, peroperatuar geçirdiği kardiopulmoner arrestle kaybedildi.

**Anahtar Kelimeler:** Spontan perforasyon, Koledok, Akut karın

T Klin Tıp Bilimleri 2002, 22:56-58

### Summary

**Purpose:** In this case report, we concluded a patient with spontaneous choledoc perforation and reviewed the literature.

**Materials and Methods:** The patient aged 62 years old had applied emergency clinic complained acute abdomen and then she was hospitalized General Surgery Clinic in Atatürk University Medical Faculty.

**Results:** The female who had no significant medical history underwent laparotomy because of acute abdomen due to choledoc perforation which located distal to cystic duct, common bile duct junction.

**Conclusion:** The patient undergone cholecystectomy and a insertion of T-tube to choledoc via the perforation area died of cardiopulmonary arrest during the operation.

**Key Words:** Spontaneous perforation, Choledoc, Acute abdomen

T Klin J Med Sci 2002, 22:56-58

Karaciğer dışı safra yollarının spontan perforasyonu erişkinlerde çok nadir görülen bir akut karın nedenidir (1,2). Bu durum daha sık bebeklerde görülür ancak erişkinlerde seyrek görülmesine rağmen ölümcül safra peritoniti ile seyretmektedir (3,4). Bugüne kadar erişkinlerde bildirilen olgu sayısı oldukça azdır (1,5,6). Az görülen ve ameliyat ettiğimiz olguda saptadığımız spontan koledok perforasyonunu literatür eşliğinde irdelemeyi amaçladık.

### Olgu

R.A. adlı 62 yaşında kadın hasta 3 gün öncesinden başlayan karın ağrısı yakınması ile devlet hastanesine müracaat etmiştir. Burada bir gün müşahade edildikten sonra yakınmalarının artması üzerine sevkle kliniğimize getirilerek akut karın, akut taşlı kolesistit ön tanıları ile yatırıldı. Hastanın sorgulanmasında 20 yıl önce bilateral inguinal herni nedeni ile ameliyat edildiği, çok uzun süreden beri diyabet, hipertansiyon ve kalp yetmezliği tanıları ile tedavi almakta olduğu, bir yıl önce yaptırmış olduğu karın ultrasonografisinde (USG) safra çamuru

olduğu öğrenildi. Yatış anında hastanın ateşi 36,9°C, nabız 88/dk, kan basıncı 120/ 60 mmHg idi. Sağ üst kadrana lokalize olmuş ağrısı vardı, bu kadranda rebound pozitif. Karın solunuma katılıyordu, adale defansı yoktu. Bağırsak sesleri azalmıştı. Bilateral Lahey insizyon skarları saptandı. Laboratuvar incelemesinde beyaz küre 7200 mm<sup>3</sup>, PTZ aktivitesi azalmış diğer değerler normal sınırlar içindeydi. Biokimyasal olarak AKŞ 339mg/dl, amilaz (220<U/L) 417U/L ve transaminazlarda orta derecede artışı vardı, diğer parametreler normal değerlerdeydi. Karın USG'de karaciğer normal büyüklükte, parankim ekosu grade I, safra kesesi hidropik, duvar kalınlığı 5.5 mm ödematöz ve kese boynunda en büyüğü 6 mm olan taşlar, koledokun 4 mm ile normal kalibrasyonda olduğu rapor edildi. Çekilen ayakta direkt karın grafisinde ve yapılan parasentezde tanı koyduracak bulgu saptanamadı. Akut karın ön tanısı ile laparotomiye karar verildi.

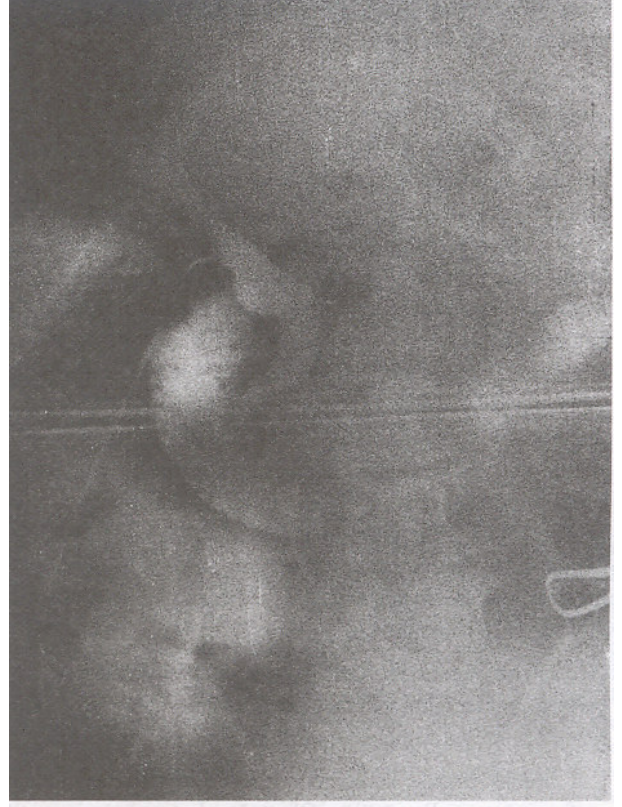
Anestezi induksiyonunda kardiopulmoner arrest geçiren hasta müdahale ile geri çevrildi. Hastanın durumu stabilleşince laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda karında

150 cc kadar kanla karışık safralı sıvı vardı. İnce ve kalın bağırsaklar totale yakın iskemik haldeydi. Sağ parakolik, retroperitoneal alan ve transvers kolon mezosu safra ile boyanmış haldeydi. Koher manevrası ile duodenum serbestleştirildi. Koledok ile duktus sistikusun birleşme bölgesinin altında ve koledokun sağ yan duvarına lokalize 3 cm boyunda iskemik alan ve buradan iğne başı büyüklüğünde bir iki tane perforasyon saptandı. Bu perforasyonlardan safra sızıyordu. Bu arada hastada ikinci kez kardiyopulmoner arrest gelişti. Ameliyat durdurularak müdahale ile hasta tekrar geri çevrildi. Düşük seyreden hastanın tansiyonu düzelince ve vital bulguları stabilleşince ameliyata devam edildi. Hastada iyatrojenik dalak rüptürü olduğu ve aktif kanadığı gözlemlendi. Derin parankimal yaralanma için splenektomi yapıldı. Kolesistektomi yapıldıktan sonra, uygun şekilde koledoka T-tüp yerleştirildi. Koledok duvarının oldukça ince olduğu gözlemlendi. Koledok serum fizyolojikle yıkandı ve peroperatuar kolanjiyografi çekilerek bağırsağa geçişin olduğu gözlemlendi. Karına dren konarak operasyona son verildi. Karın tabakalarının kapatılması bittiği anda hastada 3. kez arrest gelişti. Yapılan resusitasyona rağmen hasta geri çevrilemedi.

### Tartışma

Daha çok bebeklerde görülen ve nadiren erişkinlerde de ortaya çıkan spontan ekstra hepatik safra yolu perforasyonlarının bugün bilinen sebepleri viral enfeksiyonlar, taş ve/veya neden olduğu erozyon, koledok içi safra çamuru, duvarın konjenital zayıflığı, safra kanalının iskemisi, intramural enfeksiyon, kist veya divertikül bulunması, ya da pankreas sıvılarının reflüsüdür (4,7,8). Bu etiyolojik faktörler söz konusu olduğunda spontan safra yolu perforasyonu en sık koledok kanalı, hepatik kanal ve sistik kanalın birleşim alanında ve özellikle bu bölgenin altında koledok kanalının arka duvarında gözlenmiştir (1,4). Hastalara daha çok acil koşullarda rastlandığı için preoperatif tanısal yaklaşımda önerilen sintigrafi ve koledokoskopik işlemleri, bizim olguda olduğu gibi her olguda kullanmak olası değildir (9). Bizim olgumuzda safra kesesi içinde çok sayıda küçük taşlar saptandı ancak koledok üzerine bası yapabilecek boyutta değillerdi. Koledok içinde safra taşı ya da lümen içi basıncını artıracak sfinkter veya pankreas patolojisi saptanmadı. Ancak koledok duvarı oldukça ince zayıf yapı idi. Kesin başlangıç tarihini bilmemekle birlikte hastadaki uzun süreli diyabet öyküsü ve ayrıca bizim ameliyatta saptadığımız duvar zayıflığı, safra kesesi taşı ve çamuru koledok nekrozunun etiyolojik sebebi olarak düşünülebilir.

Preoperatif tanı için, acil müracaat eden hastalara rutin uyguladığımız tanı yöntemlerini kullandık. Hastada akut karın bulguları olmasına rağmen hematolojik tetkikte beyaz küre normal sınırlarda saptandı. Bu muhtemelen



Şekil 1. Koledoktan barsağa geçişin normal olduğunu gösteren peroperatuar kolanjiyogram.

hastanın savunma mekanizmalarındaki zayıflıktan kaynaklanıyordu. Karındaki gaz distansiyonu nedeniyle optimal karın ultrasonografik değerlendirmesi yapılamadı. Buna benzer olarak ayakta direkt karın grafisi, parasentez ve diğer biyokimyasal tetkikler kesin tanıyı sağlamaktan uzaktı. Üç günlük hikayesi olan hasta akut karın bulguları taşıdığı için zaman alıcı tanı yöntemlerine tabi tutulamadı.

Laparotomi sırasında karın içinde safra içerikli sıvı olması cerrahı uyarmalı, gastrointestinal sistemde bunu açıklayacak başka bir odak yoksa safra yolu perforasyonu düşünülmelidir. Ayrıca retroperitoneal bölgenin safrayla boyanmış olmasına dikkat edilmelidir. Olgumuzda peritoneal kavitede 150 cc safralı sıvı vardı ve porta hepatis, retroperitoneal alan ve transvers kolon mezosu safra ile boyanmış haldeydi. Bazı olgularda bu bulgular saptanamayabilir. Koher manevrası yapılarak koledok ortaya çıkarılmalı ve perforasyon buna rağmen gözle görülemiyorsa sistik kanal kanülize edilmelidir. Basınçlı verilecek serum fizyolojinin (SF) sızıntısı görülebilir veya radyopak maddenin kanal dışına sızıntısı görüntülenmeye çalışılabilir. Kanımızca dikkatli bir göz bunlara gerek kalmadan perforasyonu saptayabilir. Olgumuzda Koher manevrası yapıldıktan sonra tanımlanan bölgede safra

kaçağı ve kolesistektomi sırasında basınçla verilen SF'in sızıntısı küçük perforasyonlardan rahatça gözlemlendi. Aynı anda radyo opak made ile distale geçişi engelleyen bir patolojinin olmadığı saptandı (Şekil 1).

Spontan safra yolu perforasyonunun tedavisinde farklı görüşler vardır (4). Bazı otörler karaciğer dışı safra yollarının perforasyonunda aşırı girişimci olunmamasını, eğer koledok distalinde tıkanıklık oluşturan bir patoloji yoksa sadece eksternal drenaj yeterli olabileceğini ifade etmişlerdir (4). Hatta bazı olgularda spontan iyileşmenin bile olabileceği bildirilmiştir (10). Eğer tıkanma var ve sebebi taş ya da safra çamuru ise kolesistektomi ve koledokolitotomi ile T-tüp drenajın yeterli olacağını bildirmişlerdir (1,8). Bizim olgumuzda distale geçişi engelleyecek bir patolojik bulgu saptayamadık ve geçiş rahattı. İskemik alanı da içine alacak şekilde koledoka T-tüp konarak koledoktaki iskemik alanın onarımı ve safra drenajı sağlandı. Fakat bebeklerde kendiliğinden gerileyen olgular bildirilmekle beraber, eğer bir safra yolu anomalisi yoksa ve safra yolunun genişliği uygunsa, ileride biliyer siroz ve portal hipertansiyon gelişmemesi için çeşitli bilio-enterik anastomoz işlemleri yapılabileceği de belirtilmiştir (6-8).

Bizim olgumuzda safra yolu anomalisi yoktu ve T-tüp yerleştirmekle hem iskemik alan uygun tamir edilebildi hem de ameliyat zamanı kısa tutulmaya çalışıldı.

Sonuç olarak karaciğer dışı safra yolları spontan perforasyonu nadir görülür. Oluştığında tanısı preoperatif dönemde zordur. Bir çok akut karın olgusuyla karışabilen mortalitesi yüksek bir durumdur. Preoperatif tanı böyle bir durumdan şüphelenmeyi gerektirir. Ameliyatta olgu uygun değilse definitif tedavi bir sonraki seansa bırakılmalıdır.

Uygun olgularda definitif işlem uygun bilio-enterik anastomozlar şeklinde yapılabilir.

#### KAYNAKLAR

1. Nomura T, Nikkuni K, Kato H, Yoshikawa T, Sasaki K, Shirai Y, Hatakeyama K. Bile peritonitis due to a spontaneous perforation of the common bile duct: report of a case. Surg Today 1996;26:822-4.
2. Paladugu R, Rau A, Schein M, Wise L. Spontaneous perforation of the hepatic duct in adults. Dig Surg 1998;15:417-20.
3. Topuzlu GT, Yiğit U, Bulut M. Is birth trauma responsible for idiopathic perforation of the biliary tract in infancy? Turk J Pediatr 1994;36:263-6.
4. Fitzgerald RJ, Parbhoo K, Guiney EJ. Spontaneous perforation of bile ducts in neonates. Surgery 1978;83:303-5.
5. Kumar A. Spontaneous perforation of the common bile duct: a rare cause of acute abdomen in adults. Surgery 1998;124:924-5.
6. Spigland N, Greco R, Rosenfeld D. Spontaneous biliary perforation: does external drainage constitute adequate therapy? J Pediatr Surg 1996;31:782-4.
7. Davenport M, Heaton ND, Howard ER. Spontaneous perforation of the bile duct in infants. Br J Surg 1991;78:1068-70.
8. Megison SM, Votteler TP. Management of common bile duct obstruction associated with spontaneous perforation of the biliary tree. Surgery 1992;111:237-9.
9. Rosen JM. Hepatobiliary scintigraphy in spontaneous perforation of the common bile duct. Clin Nucl Med 1995;20:187-8.
10. Holgersen LO, Stolar C, Berdon WE, Hilfer C, Levy JS. Cholelithiasis with choledochal obstruction in infancy: spontaneous resolution in three infants. J Pediatr Surg 1990;25:1027-9.

**Geliş Tarihi:** 09.08.2000

**Yazışma Adresi:** Dr.Fehmi ÇELEBİ  
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Genel Cerrahi AD, ERZURUM