

TRAVMATİK DIŞ SAFRA YOLU YARALANMALARINDA STENT UYGULAMASI

**Dr. Mustafa YILMAZ, Dr. Ahmet ÇOKER, Dr. Emin ÖZDEDELİ
Dr. Rasih YILMAZ**

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Genel Cerrahi A.B.D Bornova-İZMİR

Künt ve penetran karın yaralanmalarının ilerleyen teknolojiye paralel artışı dış safra yolları yaralanmalarında da artışa neden olmaktadır. Genellikle yandaş organ hasarı da olup mortalite ve morbidite oranları yüksektir. Tedavi yöntemini belirleyen en önemli etken ise yaralanmanın yeri ve derecesidir. Biz de kliniğimizde tedavi edilen 3 dış safra yolu yaralanması olgusunda uzun süreli stent uygulamasını literatür ışığında değerlendirdik. Bu yöntem, geç dönemdeki sonuçları da göz önüne alındığında seçkin bir tedavi yöntemidir.

OLGU 1: 20 yaşında erkek 2.4.1986'da motosiklet kazası sonrasında başvurduğu bir çevre hastanede 5 gün izlendikten sonra acil servisimize başvurdu. Hastada ikter ve karın ağrısı olup periton irritasyon bulguları vardı. Lökosit: 14200/mm³ ve idrarda bilirubin (+ +)'ti. Serum bilirubin %8.1 mg., S.Amilaz: 330 Ü/L'di. Laparatomide, karında 4 lt. kanlı safra sıvı, karaciğer sağ lobe kubbede 20 cm. uzunluğunda bir rüptür, safra kesesinde ödem ve hematoma, sağ ductus hepaticusta carina hizasında tam, solda ise parsiyel kopma vardı. Karaciğere primer sütür ve kolesistektomi sonrasında stent eşliğinde sağa uçuca onarım, sola debridman ve primer sütür uygulandı. Stentin uzun ucu, koledoktan ayrı bir kesi ile karın dışına alındı. Peroperatif ve postoperatif erken dönemde çekilen stent kolanjiografilerde pasajın açık olduğu görüldü. Postoperatif 20. gün hasta taburcu edildi. Bir yıl boyunca yapılan periodik kontrollarda ve çekilen grafilerde, ekstrahepatik safra akımının düzenli olduğu görüldü (Resim 1). Birinci yılın sonunda stent çekildi. Hasta halen semptomsuz olarak yaşamını sürdürmektedir.

OLGU 2: 17 yaşında erkek. 23.4.1986'da geçirdiği trafik kazasından hemen sonra acil servisimize başvuran hastada sağ femur diafiz kırığı ve karın sağ üst kadranda 10 cm. çaplı ekimotik lasere travma izi vardı. Periton irritasyon bulguları olan hastaya yapılan acil laparatomide karın içinde 2,5 l. kadar kanlı sıvı vardı. Karın duvarında 15 cm. lik laserasyon, lig. falciform

menin hemen altında karaciğer rüptürü saptandı. Duodenum travmatik olarak kocheze olmuştu ve beslenmesi bozuktu. Pankreas başı ile d.koledok'un retroduodenal kısmı tam transekteydi. V. mesenterica sup.'da 0,5 cm.lik laserasyon vardı. Karaciğer ve v. mesenterice sup.'a primer sütür sonrasında total duodonektomi, parsiyel pankreatektomi, antrektomi, trunkuler vagotomi, gastrojejunostomi yapıldı. Pankreatikojejunostomiden sonra T dren eşliğinde koledokojejunostomi yapıldı. Anastomoz içine bir bacağı jejunum, bir bacağı da koledok içinde olacak şekilde 4 no T-tüp stent bırakıldı. Uzun ucu karın dışına alındı. Peroperatif ve postoperatif erken dönemde çekilen kolanjiografilerde ekstrahepatik safra akımının düzenli olduğu görüldü ve hasta, stenti klempe edilerek postoperatif 20. gün taburcu edildi. Periodik olarak yapılan kontrollarda ve çekilen kontrol grafilerinde akımın normal olduğu görüldü ve bir yıl sonra stent çekildi (Resim 2). Hasta halen normal yaşamını sürdürmektedir.

OLGU 3: 56 yaşında erkek. 10.8.1983'te geçirdiği trafik kazası sonrasında iki gün bir çevre hastanede izlendikten sonra sevk ile acil servisimize başvurdu. Yaygın yüz travması olan hastada periton irritasyon bulguları vardı. Acil laparatomide karın içinde 2 lt. kanlı sıvı ve karaciğer sağ lobe rüptür, safra kesesinde hematoma, ductus hepaticus communiste carina komşuluğunda sola doğru ilerleyen doku kayıplı tama yakın kesi saptandı. Karaciğere primer sütür ve kolesistektomiden sonra d. hepaticus communisteki yara stent eşliğinde primer olarak onarıldı. Koledoktan konan bir T stentin bir ucu proksimale, diğer ucu distale yerleştirildi. Peroperatif ve postoperatif kontrollarda safra akımı normaldi. Postoperatif 21. günde stent klempe edilerek hasta taburcu edildi. Kontrollar sonrasında 9. ayda stent çekildi. Hastanın halen bir sorunu yoktur.

Her üç olguda da stent olarak T dreni kullanılmış, izlem süresince hiç değiştirilmemiş ve postoperatif dönemde bir hafta süre ile geniş spektrumlu bir antibiyotik kullanılmıştır. Hiç kolanjit atağı da görülmemiştir.



TARTIŞMA

Dış safra yollarında travma ile ilgili ilk olgu 1894 yılında Battle tarafından bildirilmiştir (2).

Penetran yaralanmalarda bile dış safra yolu yaralanması (DSYY) tanısı çok zordur. Künt travmalarda genellikle karında ağrı ve mikroperküsyonla duyarlılık saptanır. Bu ağrı genellikle hafifler ve hatta hasta taburcu edilebilir. Ancak hastalar daha sonra ağrı, ateş ve abdominal distansiyonla başvururlar. Bizim iki olgumuz da bu şekildedir.

Operasyonda yandaş organ hasarları cerrahın dikkatini uzaklaştırdığı için safra yolu yaralanmalarının farkına varılmayabilir. Ultrasonografi ve kompüterize tomografi karın içinde kolleksiyonu göstermek açısından yararlıdır. Diğer tanı yöntemleri I 131 ekskresyon testi ve İ.V. kolanjiografi olup, HIDA Tc Scanning son yıllarda popüler olmaya başlamış bir tekniktir. Geniş serilerde sağ ductus hepaticusun sola göre iki kat sık yaralandığı bildirilmektedir (1). Koledok yaralanmalarının çoğu ise koledokun pankreasa girdiği yerde olur. Bu yaralanma, sabit olan duodenum ve pankreasa karşılık, travma anında karaciğerin yukarı doğru hareketi ile olmaktadır (Fish ve Johnson) (2). Literatürde bu tür yaralanmaların, stentli veya stentsiz debridman ve primer sûtür, safra kesesi veya ductus sistikusunu kullanarak "patch" ile onarım, bilioenterik anastomoz, ligasyon sonrası ikinci seansta enterik diversiyon yöntemleri ile tedavisi önerilmektedir (1,2). Tam olmayan kesilerde primer sûtür ve T drenaj, tam kesilerde ise uç uca anastomoz ve stent önerilmekte ve stent genellikle 3 hafta tutulmaktadır. Bunlarda fistül oluşumu ve ardından darlık sıktır (1,2). Buradaki darlıktan yara kontraktürü sorumludur. Kopuk uçların uç uca devamlılığının sağlanamadığı durumlarda ise bilioenterik anastomozlar uygulanmaktadır. Ductus hepaticus yaralanmalarının yerine göre ise primer onarım, ligasyon, enterik anastomoz veya hepatik rezeksiyon önerilmektedir. Ancak ligasyon, sarılıklara ve sepsise yol açabileceğinden tavsiye edilmez.

Olgularımızda yara iyileşmesini emniyete almak ve geç dönemde oluşabilecek darlıkları önlemek için stent kullanılmıştır. Bu stentler 9-12 ay süre ile yerinde tutulmuştur. Literatürde darlık bildirilen olgularda stentin 3 hafta - 6 ay arası tutulduğu bildirilmektedir. Kanımızca bir yılın sonunda travmatize olan bölgede striktür riski en azdır. Bu nedenle dış safra yolu yaralanmalarında uzun süreli stent uygulamasının seçkin bir tedavi yöntemi olduğu kanısındayız.

KAYNAKLAR:

1. Cameron J., Skinner D., Zuidema G.D.: Long term transhepatic intubation for hilar hepatic duct strictures. *Annals of Surgery*, 183:488-495, 1976.
2. Kitahama A., Elliot L., Overby J., Webb W.: The extrahepatic biliary tract injury. *Annals of Surgery*, 196:536-540, 1982.