

Künt batın travması sonrası izole ana hepatik kanal perforasyonu: Olgu sunumu

Engin YILMAZ *, İbrahim KARAMAN **, Çağatay Evrim AFŞARLAR **, Ayşe KARAMAN **, İsmet Faruk ÖZGÜNER **

*Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, **Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Özet

Künt abdomen travmasına bağlı safra yolu yaralanmaları oldukça nadir görülür ve tanısı zordur. Sıklıkla diğer organ yaralanmalarıyla birlikte görülür. Olgumuz hem minör travma sonrasında gelişmiş olması hem de ortak hepatik kanalın oldukça nadir görülen izole yaralanması olması nedeniyle literatür bulguları eşliğinde sunulmuştur.

1,5 yaşında kız hasta üç günlük karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Ayrıntılı öykü alındığında koltuktan yere düşme hikayesi olduğu ve son bir gündür karın ağrısında artış olduğu öğrenildi. Ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide batın içinde serbest sıvı dışında patolojik bulgu saptanmadı. Parasentezde safralı mayi saptanan hastanın eksplorasyonda ortak hepatik kanalın sistik kanal ile birleşim yeri posteriorunda 3 mm perforasyon dışında batın içinde herhangi bir patoloji saptanmadı. Perforasyon bölgesinden T-tüp yerleştirildi. T-tüp postoperatif 21. gün çekildi. Postoperatif takiplerinde sorunu olmadı.

Sonuç olarak, travma olgularında ayrıntılı öykü tüm hastalarda mutlaka dikkatlice alınmalı ve sonrasında gerekli incelemeler planlanmalıdır. Batın eksplorasyonunda safra yolları yaralanması saptanan çocuklarda, T-tüp ile safra yolları drenajı, uygulanması kolay ve başarılı sonuçları olan, geçerli bir yöntem olarak akıldaki tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: Travma, safra yolu, perforasyon, çocuk

Summary

Isolated common hepatic duct perforation after blunt abdominal trauma: a case report

Biliary duct injuries after blunt abdominal trauma is extremely rare and the diagnosis is difficult. It is often associated with other organ injuries. Here we present a patient with isolated common hepatic duct perforation solely following blunt abdominal trauma.

1.5 year-old girl was admitted complaining of progressively increasing abdominal pain for the last 3 days. Detailed history indicated that she had fallen down from a seat. Ultrasonography and computed tomography findings were normal except free fluid in the abdomen. Paracentesis revealed bilious fluid, and an emergency surgery was undertaken. Surgical intervention revealed a 3 mm size perforation on the posterior of the common hepatic duct and cystic duct junction, and no other abnormality on exploration. T-tube was placed through the perforation site, and was withdrawn on postoperative 21st day. Follow-up period was uneventful.

In conclusion, meticulous query is essential for all patients with trauma, and diagnostic studies should be planned accordingly. In cases of biliary duct injuries encountered in childhood, T tube drainage of the biliary system should be considered. It is an easy and reliable practice with successful results.

Key words: Trauma, hepatic duct, perforation, child

Giriş

Çocuklarda batın travması izole kafa travmalarından sonra ikinci sırada görülür ve sıklıkla künt batın travması (KBT) şeklindedir ⁽¹⁴⁾. Bununla birlikte KBT'ye bağlı safra yolu yaralanmaları (SYY) oldukça ender görülür ve SYY'ye karciğer ve safra kesesi başta olmak üzere sıklıkla diğer organ yaralanmaları eşlik eder ^(3,10,11).

Adres: Uzm. Dr. Engin Yılmaz, Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği Babür Cad. No:44, Altındağ-Ankara
Alındığı tarih: 16.06.2011
Kabul tarihi: 19.07.2011

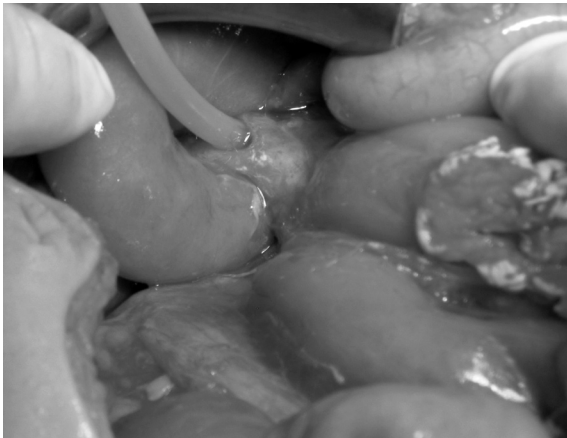
Bu yazıda çok ender görülen KBT sonrası izole ana hepatik kanal yaralanması olan bir çocuk olgu sunularak, SYY'de tanı ve farklı tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Bir buçuk yaşında kız hasta 3 gündür giderek artan karın ağrısı ve karında şişlik nedeniyle çocuk acil servis kliniğinde konsülte edildi. Hastanın ayrıntılı öyküsü alındığında 3 gün önce koltuktan yere düşme sonrası karın ağrısının başladığı ve son bir gündür karın ağrısında artışla birlikte iştahsızlık ve kabızlık

yakınması olduğu öğrenildi. Kusması yoktu. Fizik muayenede; genel durumu orta, göz küreleri hafif çökük görünümlü, batın normalden bombe, karnın sağ tarafında belirgin defans ve hassasiyet mevcut ve barsak sesleri tüm kadranslarda hipoaktifti. Rektal muayenede gaz ve dışkı yoktu.

Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 8,5 g/dL (normal değerler 9,8-13,4 g/dL), lökosit 18000/ μ L (5000-14800/ μ L), aspartat aminotransferaz 82 U/L (normal sınır 0-48 U/L), alanin aminotransferaz 53 U/L (0-39 U/L), parsiyel tromboplastin zamanı 37,3 saniye (normal sınırlar 23-35 sn), diğer değerleri normaldi. Ayakta direkt batın grafisinde özellik yoktu. Batın ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografide batın içinde yaygın serbest mayi dışında patolojik bulgu saptanmadı. Hastaya yapılan parasetez içeriğinin safıralı olması üzerine operasyon kararı alındı. Göbek altı ve üstü orta hat kesi ile batına girildi. Batın içerisinde 250-300 mL kadar safıralı sıvı aspire edildi. Eksplorasyonda ana hepatik kanalın sistik kanal ile birleşim yerinin posteriorunda 3 mm'lik kenarları düzensiz bir perforasyon alanı dışında başka bir batın içi patoloji tespit edilmedi. Perforasyon bölgesinden safıra kanalı içerisine T tüp dren yerleştirildi (Resim 1). Safıra kesesi ödemli ve frajil olması nedeniyle kollektomi düşünülmedi. Subhepatik alana dren konularak operasyon sonlandırıldı. Postoperatif 16. gün T tüpten opak madde verilerek çekilen kolanjiyografide; normal hepatobilier ve pankreatik dallanma ile pasajın duodenuma ulaştığı görüldü (Resim 2). Daha sonra sırasıyla 21. gün T tüp ve 22.gün lojdaki dreni çekilen hastanın takiplerinde sorunu olmadı ve postop 25. günde şifa ile taburcu edildi. Hastanın pos-



Resim 1. Ana hepatik kanalın sistik kanal ile birleşim yerinin posteriorundaki perforasyon alanı.

toperatif 1 yıldır aralıklı olarak karaciğer fonksiyon testleri ve batın ultrasonografi ile takiplerinde sorunu olmadı.



Resim 2. T-tüp kolanjiyografisi.

Tartışma

Çocuklarda KBT ve buna bağlı karın içi organ yaralanmaları sık görülür⁽¹⁴⁾. Fakat KBT'ye bağlı ekstrahepatik SYY enderdir ve SYY'ye sıklıkla diğer organ yaralanmaları da eşlik eder^(3,10,11). SYY ile birlikte en sık safıra kesesi, karaciğer, kosta, akciğer, dalak, duodenum, ince bağırsaklar ve pankreas yaralanması görülür^(10,11,13). İzole SYY ise oldukça enderdir^(3,4,9,12,13). Yaralanma sıklığı sırasıyla ana biliyer kanal, hepatik kanalların kesişme noktası, sol hepatik kanal ve ana hepatik kanaldır^(10,11).

Künt batın travmasına bağlı SYY genellikle trafik kazaları, motosiklet veya bisiklet gidonu üzerine düşme, tekme, cisim çarpması gibi yüksek enerjili travmalardan sonra meydana gelir^(11,13). Travmanın patogenezi nedeniyle SYY genellikle erkek çocuklarda bildirilmektedir⁽⁸⁾. Olgumuz kız çocukta koltuktan düşme gibi minör bir travmayı takiben ortaya çıkması nedeniyle dikkat çekicidir.

Künt batın travmasına bağlı SYY'nin mekanizması Oddi sfinkteri kontrakte iken, distandü organa alınan şiddetli darbe ile açıklanmaya çalışılmıştır⁽¹³⁾. Tipik olarak portal ven ve hepatik arterler daha esnek ve uzun olduklarından, olgumuzda olduğu gibi, sıklıkla zarar görmezler⁽⁹⁾.

Karın travmalarına bağlı SYY'nin erken tanısı zor

olabilir ^(12,4,6). KBT'de eksplorasyona rağmen, hastaların % 12'sinde ekstrahepatik SYY gözden kaçmaktadır ⁽⁶⁾. Kim PC ve ark. SYY'de klinik bulgular ile cerrahi tedavi arasında geçen süreyi ortalama 18-24 gün olarak bildirmektedir ⁽⁴⁾. Tanıda gecikme KBT'ye güncel yaklaşımın klinik izlem şeklinde olması ⁽²⁾ ve batın içine sızan safranın geç periton irritasyonu oluşturması ⁽³⁾ nedeniyle olabilir. Olgumuzda çocuğun maruz kaldığı travma 30-40 cm gibi aile tarafından pek önemsenmeyecek bir yükseklikten düşme olduğundan, hasta travmadan 3 gün sonra başvurmuş, parasentez ve sonrasında yapılan batın eksplorasyonu ile tanı konulabilmiştir.

Künt batın travmasına yaklaşımda sık kullanılan ultrasonografi ve batın BT'de intrahepatik ve ekstrahepatik SYY'ye spesifik bir bulgu yoktur. Bu tetkikler ancak batın içindeki solid organ yaralanmalarını ve serbest sıvıyı gösterebilmektedir ^(2,4,8). KBT sonrası ayırıcı tanıda SYY düşünüldüğünde, Teknisyum 99m dimetiliminodiasetik asit izotop tarama sintigrafisi, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) veya transhepatik kolanjiografiyle safra kaçakları gösterilebilir ^(11,12). Olgumuzda da radyolojik olarak batın içerisinde serbest sıvı tespit edilmiş, hastanın parasentez mayisinin safralı olması nedeniyle operasyon kararı alınmıştır.

Literatürde ender bildirilen SYY'nin tedavisi konusunda fikir birliği yoktur. Genel kanı yapılacak işlem veya cerrahi müdahalenin olguya göre bireysel olarak planlanması şeklindedir ^(6,10,12). Bilier rekonstrüksiyon için birçok teknik tanımlanmıştır. Tam rüptürlerde uçuca anastomoz %55'in üstünde strüktür riski nedeniyle önerilmemektedir ^(3,6). Bu nedenle tedavi tam kopma şeklindeki SYY'lerde Roux-en-Y koledokoenterostomi ^(3,10), inkomplet SYY'de ise laparotomi ile T tüp yerleştirilmesi şeklindedir ^(6,7,9,10). İzole SYY tedavisinde ise ERCP ile Oddi sfinkterotomisi ve nazobilyer stente ek olarak batın içindeki safranın drenajını sağlamak amacıyla ultrasonografi eşliğinde batına dren yerleştirilip, safra kaçağının iyileşmesi beklenebilir ⁽¹¹⁾. Bu yöntem yalnızca genel durumu stabil olan, erken tanı koyulabilmiş, ERCP'ye uygun ve SYY'de tam kopma şeklinde yaralanması olmayan hastalarda uygulanabilmektedir. Basit ve doku kaybı olmayan parsiyel SYY'de primer onarım ve T tüp yerleştirilmesinin sonraki dönemde gelişecek strüktür gelişimi için oluşturduğu risk yüksek değildir ^(1,6). SYY perforasyonlarında postoperatif anastomoz ka-

çağı, uzun dönemde strüktüre bağlı kolanjit atakları, hepatik litiazis, bilier siroz ve portal hipertansiyon gibi komplikasyonlar sıktır. Ayrıca biliyer enterik anastomoz yapılanlarda strüktür olmasa bile intestinal reflüye bağlı tekrarlayan kolanjit oluşabilir ⁽⁵⁾.

Sonuç olarak, her türlü hastalık için tanı koydurucu ilk ve en önemli basamak ayrıntılı öykü alınmasıdır. Olgumuzda olduğu gibi, karın ağrısı ile gelen çocuk hastalarda aile önemsiz bulsa bile küçük travmaları sorgulamak doğru tanıya ulaşmak için yol göstericidir. Tedavide temel amaç safra yollarının bütünlüğünün yeniden sağlanması olup, uygulanacak cerrahi metod klinik bulgu ve yaralanmanın çeşidine göre bireyselleştirilmelidir. Batın eksplorasyonunda SYY saptanan çocuklarda, T tüp ile safra yolları drenajı, uygulanması kolay ve başarılı sonuçları olan, geçerli bir yöntem olarak akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Bade PG, Thomson SR, Hirshberg A, et al. Surgical options in traumatic injury to the extrahepatic biliary tract. *Br J Surg* 76:256-8, 1989
2. Bar-Maor JA, Shoshany G. Traumatic rupture of the choledochus treated temporarily by Roux-en-Y entero-hepato-duodenal ligamentostomy. *J Pediatr Surg* 29:1578-9, 1994
3. Bourque MD, Spigland N, Bensoussan AL, et al. Isolated complete transection of the common bile duct due to blunt trauma in a child, and review of the literature. *J Pediatr Surg* 24:1068-70, 1989
4. Kim PC, Gilas T, Brulé MF. Unusual isolated common bile duct injury after blunt trauma. *Can J Surg* 36:533-6, 1993
5. Matthews JB, Baer HU, Schweizer WP, et al. Recurrent cholangitis with and without anastomotic stricture after biliary-enteric bypass. *Arch Surg* 128:269-72, 1993
6. Michelassi F, Ranson JH. Bile duct disruption by blunt trauma. *J Trauma* 25:454-7, 1985
7. Overhaus M, Schäfer N, Hirner A, et al. Operative management of liver rupture with combined central bile duct injury in pediatric patients. *J Trauma* 58:1278-81, 2005
8. Parks RW, Diamond T. Non-surgical trauma to the extrahepatic biliary tract. *Br J Surg* 82:1303-10, 1995
9. Ramia JM, Gutiérrez G, Garrote D, et al. Isolated extrahepatic bile duct rupture in blunt abdominal trauma. *Am J Emerg Med* 23:231-2, 2005
10. Rodriguez-Montes JA, Rojo E, Martín LG. Complications following repair of extrahepatic bile duct injuries after blunt abdominal trauma. *World J Surg* 25:1313-6, 2001
11. Sharpe RP, Nance ML, Stafford PW. Nonoperative management of blunt extrahepatic biliary duct transection in the pediatric patient: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 37:1612-6, 2002
12. Simstein NL. Isolated blunt trauma injury to the hepatic duct. *Int Surg* 85:55-6, 2000
13. Sondenaa K, Horn A, Nedrebo T. Diagnosis of blunt trauma to the gallbladder and bile ducts. *Eur J Surg* 166:903-7, 2000.
14. Wegner S, Colletti JE, Van Wie D. Pediatric blunt abdominal trauma. *Pediatr Clin North Am* 53:243-56, 2006