

Koledokta kendiliğinden delinme

Ayşe KARAMAN, Derya ERDOĞAN, İbrahim KARAMAN, Özden ÇAKMAK

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Altındağ, Ankara

Özet

Yenidoğan ve süt çocuklarında koledokun nedensiz veya kendiliğinden delinmesi nadirdir. Yenidoğan bölümünde konvülsiyonu nedeninin araştırılması için yatırılan ve bu sırada iki kez sepsis atağı gelişen erkek bebekte kolestaz bulguları gelişti. Ultrasonografide karında yaygın assit ve sintigrafide koledok bölgesinde radyoaktivite birikimi saptandı. Karında şişlik ve sarılık yakınmaları olan hastanın ameliyatında safra assiti ve ortak safra kanalında delinme bulundu. Delinme yeri primer onarıldı ve dren kondu. Ameliyat sonrası sorunsuz seyretti.

Hastamızda ortak safra kanalında delinmeye yol açabilecek başka bir neden bulunamamış ve tekrarlayan sepsis ataklarının rolü olabileceği düşünülmüştür. Basit drenaj yeterli olmakla birlikte deliğin primer onarımıyla tedaviye yanıt çok hızlı olmaktadır.

Ortak safra kanalı delinmesi akut ve kronik şekilde seyrebilir. Özellikle kronik seyreden olgularda tanıda güçlük olabilir. Sarılık ve yaygın assit ile başvuran olgularda peritonit bulguları olmasa bile, kendiliğinden safra yolu delinmesi akla gelmelidir.

Anahtar kelimeler: Safra kanalı delinmesi, safra assiti, süt çocuğu

Giriş

Karaciğer dışı safra yollarının idiyomatik delinmesi nadirdir. Buna karşın yenidoğan ve süt çocuğunda, cerrahi sarılıkların safra yolları atrezisinden sonraki en sık nedenidir (1,2,5). İlk kez 1932 yılında Dijkstra tarafından, giderek artan karında şişlik ve sarılık yakınmalarıyla 7 hafta içinde ölen 3 aylık bir erkek çocuğun otopsisinde saptanmıştır (2).

Delinmenin nedeni hala tam olarak anlaşılamamış-

Adres: Ayşe Karaman, Ertuğrulgazi Mahallesi, Sergenler Sokak, 15/2, 06590, Cebeci, Ankara

Yayına kabul tarihi: 04.04.2003

Summary

Spontaneous perforation of the common bile duct

Idiopathic or spontaneous perforation of the common bile duct in neonates and infants is rarely seen. A male infant whom was previously hospitalized at neonatal unit for investigation of convulsion etiology and that had two sepsis attacks was developed cholestasis. It was found in ultrasonography generalized ascites in abdomen and nuclide stasis on choledoc region in scintigraphy. He had complaints of abdominal distention and jaundice; at surgery biliary ascites and a perforation at the common bile duct were found. Primary repair of the perforation site and drainage was done. Postoperative period was uneventful.

We couldn't find any cause of common bile duct perforation in our patient and recurrent sepsis episodes was considered as possible etiology. Although, simple drainage is enough, primary repair of perforation site can provide faster response to treatment.

Common bile duct perforation can occur as acute and chronic form. Especially in chronic form diagnosis can be difficult. Spontaneous biliary tract perforation must be kept in mind in infant with jaundice and diffuse ascites, even there is no peritonitis sign.

Key words: Bile duct perforation, biliary ascites, infant

tır. Tanıda zorluk sonucu etkileyen en önemli etkenidir (1,2,4,5). Ameliyat öncesi tanıda zorluk olsa da, sarılık ve assit varlığında akla getirilmelidir (2). Bu nadir patoloji bir olgumuz nedeniyle literatür eşliğinde tartışıldı.

Olgu Sunumu

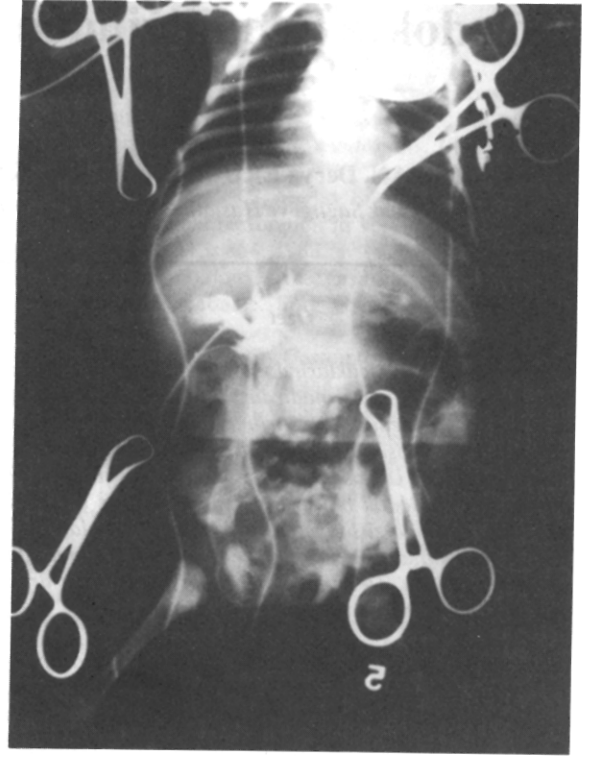
Yenidoğan servisi tarafından konvülsiyon nedeni araştırılması/metabolik hastalık ön tanılarıyla 2 günlükken yatırılan 70 günlük erkek bebek, kolestaz nedeniyle görüldü. Öyküde bir kez konvülsiyon geçirdiği, bu sırada kan şekerinin 17 mg/dl bulunduğu ve daha sonraki takiplerinde konvülsiyon geçirme-

diği ve araştırmalar sırasında metabolik hastalık yönünde bir bulgu saptanmadığı öğrenildi. Ancak hastanede yattığı sürede iki kez nosokomiyal enfeksiyon (klebsiella ve fungal sepsis) geçiren hastada 40 günlükken direkt hiperbilirubinemi gelişmesi ve dışkısının akolik olması üzerine yapılan ultrasonografide (US) karaciğer parankim ekosunda grade I artış, karaciğer içi safra yollarında genişleme bulunmuş, hasta çocuk gastroenteroloji bölümünce değerlendirilmiştir. Kolestazin nosokomiyal enfeksiyona ve kullandığı antibiyotiklere bağlı olduğu düşünülerek takip önerilmiştir. Karın şişliğinin artması üzerine tekrarlanan karın US'sinde yaygın assit ile birlikte karaciğer içi safra yolları ile koledok normalden geniş bulundu. Sintigrafide koledok bölgesinde radyoaktivite birikimi olduğu saptanarak, tekrar çocuk gastroenteroloji bölümüne, oradan da kolanjiografi önerisi ile bölümümüze danışılmıştır.

Soygeçmişinden ilk kardeşinin 8 aylık ölü doğduğu, 2. kardeşininse 26 günlükken öldüğü, otopsisinde; kolestatik hepatit, doğumsal kısa bağırsak bulunduğu öğrenilmiştir.

Sarılık ve assiti olan hastanın değerlendirilmesinde safra yolu delinmesi düşünülerek parasentez yapıldı. Safıralı geleni olması nedeniyle öncelikle yerel anestezi ile dren kondu. Tetkiklerinde hemoglobini 9.4 g/dl (normal sınırları 14-18 g/dl), beyaz küresi 26900/mm³ (normal sınırları 4800-10800/mm³), total bilirubini (TB) 5.13 mg/dl (normal sınırları 0-1 mg/dl), direkt bilirubini (DB) 2.44 mg/dl (normal sınırları 0-0.35 mg/dl), total proteini 4.6 gr/dl (normal sınırları 6.6-8.7 gr/dl), albumin düzeyi 2.9 gr/dl (normal sınırları 3.5-5.5 gr/dl) olarak bulundu, karaciğer işlev testleri normaldi. Sefoperazon+sulbaktam, ampicilin ve klindamisin tedavisi başlandı, hemoglobin düzeyini yükseltmek için taze kan verildi.

Ameliyat öncesi hazırlıklar tamamlanınca hasta ameliyata alındı, sağ subkostal kesiyile girildi, karında bol safıralı sıvı vardı. Tüm bağırsaklar ve karın içi organlar safıra ile boyalıydı. Mide, duodenum ve safıra kesesi normaldi. Araştırıldığında koledok ön yüzünde, sistik kanalın açıldığı yere yakın, yaklaşık 4 mm'lik bir delik bulundu, buradan kateter sokularak opak madde verildi. Filimde safıra kesesinin dolduğu ve duodenuma normal geçiş olduğu



Resim 1. Delikten sokulan kateterden opak madde verilerek çekilen filimde safıra kesesinin dolduğu ve duodenuma geçiş olduğu görülüyor.

görüldü (Resim 1). Delik 5/0 polyglactin-910 dikişle tek tek onarıldı, loja 1 adet emici, mesane ardına 1 adet Penrose dren konarak ameliyat tamamlandı.

Ameliyat sonrası 2. gün TB 3.03 mg/dl, DB 1.25 mg/dl, 5. gün TB 2.11 mg/dl, DB 0.93 mg/dl'e düştü ve 2. gün renkli kaka yapmaya başladı, 5. gün drenler çekildi. Karından alınan sıvının kültüründe gram negatif basil ve kan kültüründe kandida üremesi üzerine; imipenem, vankomisin ve amfoterisin B verildi. Toplam 12 gün total damardan besleme uygulanan hastada ameliyat sonrası 9. gün ağızdan besleme başlandı, 18. gün taburcu edildi. Geçirdiği sepsisler nedeniyle immunoloji bölümünde yapılan incelemeler sonucu bir bozukluk saptanmadı.

Bir ay sonraki kontrolünde muayene bulguları normaldi, yakınması yoktu. Hastanın taburcu oluştundan sonra 600 gr. aldığı ve TB 0.35 mg/dl, DB 0.12 mg/dl'ye düştüğü görüldü.

Tartışma

Karaciğer dışı safra yollarının kendiliğinden delinmesi çocuklarda sık değildir. Genellikle sağlıklı bir bebekte sarılık ve giderek artan karın şişliği şeklinde bulgu verir. US'de assit ve yalancı kist görülebilir. Assit nedeni karaciğer-safra yolları sintigrafisi ile doğrulanmalıdır (1,5). Yaşamın ilk aylarında olan delinmeler genellikle sistik kanal-koledok bileşkesine yakın olmakla birlikte, diğer safra kanalı bölümlerinde de izlenebilmektedir (1,2).

Delinme mekanizması halen tam olarak anlaşılamamıştır. Burada gelişimsel bir zayıflık olduğu düşünülmekle birlikte, genellikle asıl neden bulunamaz. Ohkawa ve ark. yaralanma, safra yolları bozuklukları, askariyazis, kolesistit, pankreatit ve yapışkan safraanın büyük oranda etkili olduğunu belirtmişlerdir (2). Zor doğum da bazı bebeklerde olası neden olarak ileri sürülmektedir (5). Hastamızda bu nedenlerin hiçbirine rastlanmamıştır.

Delinme akut, subakut ve kronik olabilir. Akut şekilde sarılık, iştahsızlık, kusma, lökositoz, karında şişlik ve ateş olur, ameliyat öncesi tanı zordur. Hasta genellikle kardiyovasküler kollaps ve şoktan kaybedilir. Olguların % 80'i subakut veya kronik şekil ile başvurur. Kronik şekilde sarılık, karında şişlik ve safra assiti daha geç bulgu verir; klinik, parasentez ve sintigrafi ile tanı konur (2,5).

Tanı konduktan sonra erken cerrahi tedavi ile gecikmeye bağlı oluşabilecek ikincil enfeksiyonların önüne geçilebilir. Tedavide yalnız drenaj, T-tüp drenajı, drenaj+ kolesistostomi, kolesistoduodenostomi, kolesistojejunostomi, hepatikoduodenostomi, hepatojejunostomi ve primer onarım yapılabilir (1,2,4).

Koledok kisti delinmeleri de benzer bir tabloya neden olur. Ayırıcı tanıda US ve sintigrafi yararlıdır (3,6).

Olgumuzda tekrarlayan sepsis atakları sonrasında koledok delinmesi olması sepsisin rol oynayabileceğini düşündürmüştür. Tedavide basit drenaj yeterli olmakla birlikte, yapılabiliriyorsa deliğin onarımı hastanın hızla düzelmesine, bulguların gerilemesine ve hastanede daha kısa süreli kalmaya olanak sağlar.

Nadir görülmekle birlikte, akut karın tablosuna neden olabilen bu patolojinin, sarılık ve karında şişlik yakınmalarıyla getirilen yenidoğan ve süt çocuklarında tanıda düşünülmesi gereklidir. Erken tanı ve uygun cerrahi girişim ile tedavide yüksek oranda başarılı olunabilir.

Kaynaklar

1. Ford WDA, Sen S, Morris L et al: Case report: spontaneous perforation of the common bile-duct in the neonate: imaging and treatment. *Aust Paediatr J* 24:306, 1988
2. Hammoudi SM, Alauddin A: Idiopathic perforation of the biliary tract in infancy and childhood. *J Ped Surg* 23:185, 1988
3. Karnak İ, Tanyel C, Büyükpamukçu N et al: Spontaneous rupture of choledochal cyst: an unusual cause of acute abdomen in children. *J Ped Surg* 32:736, 1997
4. Lloyd DA, Mickel RE: Spontaneous perforation of the extrahepatic bile ducts in neonates and infants. *Br J Surg* 67:621, 1980
5. Tekant GT, Yiğit Ü, Bulut M: Is birth trauma responsible for idiopathic perforation of the biliary tract in infancy? *Turk J Pediatr* 36:263, 1994
6. Treem WR, Hyams JS, Mc Gowan GS et al: Spontaneous rupture of a choledochal cyst: clues to diagnosis and etiology. *J Ped Gastroenterol Nut* 13:301, 1991