

# Künt karın yaralanmasına bağlı izole koledok kopması: Olgu sunumu

Ali İhsan DOKUCU, Hayrettin ÖZTÜRK, Yaşar BÜKTE<sup>1</sup>, Selçuk OTÇU, Abdurrahman ÖNEN, Selçuk YÜCESAN

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Radyoloji<sup>1</sup> Anabilim Dalları, Diyarbakır

## Özet

Çocuklarda künt karın travması sonrası gelişen izole koledok yaralanmaları nadirdir. Travma sonrası, erken ve geç dönemde farklı klinik bulgular verir ve tanısız güçlükler taşır. Yazıda 3 yaşında bir kız çocuğunda, yüksekten düşme sonucu gelişen ve geç dönemde belirti veren izole koledok kopması, nadir rastlanması ve tanı güçlüğü nedenleri ile sunulmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Koledok, safra yolları yaralanması, künt karın yaralanması

## Summary

**Isolated complete transection of the common bile duct following blunt abdominal trauma**

Isolated complete transection of the common bile duct following blunt trauma in children is extremely rare. Clinical findings in the early and late period of trauma are different. Here, we presented a 3-year-old girl who had a delayed admission to hospital for blunt abdominal trauma and was diagnosed to have an isolated complete transection of the common bile duct during laparotomy. The diagnostic difficulties of this rare injury were discussed.

**Key words:** Common bile duct, bile duct trauma, blunt abdominal trauma

## Giriş

Karaciğer dışı safra yollarının (KDSY) künt karın travmasına bağlı izole yaralanmaları nadir olup daha sıklıkla karaciğer ve pankreas yaralanmaları ile birlikte. Tanı genellikle laparotomide konur (5,8,11). Birlikte bulunabilen ek organ yaralanmalarının mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir (3,11,16).

Yazıda künt yaralanmaya bağlı izole tam koledok ayrılması saptanan bir olgumuzu nadir rastlanması ve tanı güçlüğü nedenleriyle sunuyoruz.

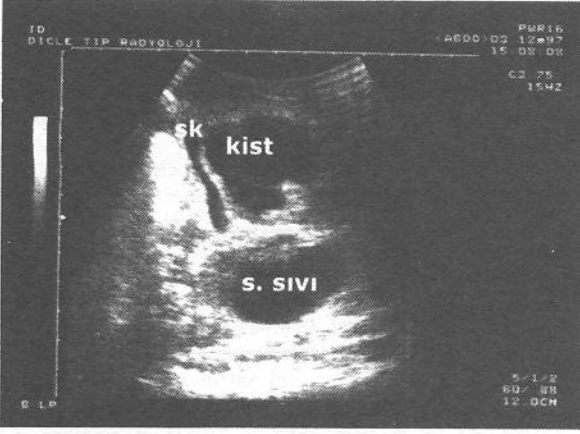
## Olgu Sunumu

Üç yaşında kız çocuğu, karın ağrısı ve sarılık nedenleriyle getirildiği Çocuk Hastalıkları Kliniği'nde görüldü, 10 gün önce yüksekten (damdan) düştüğü ve hafif karın ağrısı dışında yakınmasının olmadığı, hastaneye yatırılmadan 3 gün önce başlayan şiddetli

karın ağrısına ek olarak karın şişliği ve sarılığının ortaya çıktığı, ancak kusmasının olmadığı öğrenildi. Ateş, halsizlik, solukluğun yanısıra akolik dışkı çıkarıldığı saptandı.

Fizik muayenede ateş 38.5 °C, nabız 124/dk, kan basıncı 80/50 mmHg olarak bulundu. Karında şişkinlik, yaygın hassasiyet ve direnç, ciltte ikterik görünüm, rektal tuşede akolik dışkı vardı. Laboratuvar incelemelerinde Hct % 23, lökosit 22000/mm<sup>3</sup>, SGOT 43 IU/L, SGPT 17 IU/L, amilaz 15 U/L, total bilirubin 9 ml/dl, direkt bilirubin 3.5 mg/dl bulundu.

Ayakta direkt karın filminde, sağ üstte hava-sıvı seviyesi vardı. Karının ilk ultrasonografik (US) incelemesinde, karaciğer normal boyutlarda olup parankimi homojendi ve hilusta 43 mm çapında kistik kitle vardı. Safra kesesi normal görünümde idi, koledok ve vena porta ayırdeilemedi. Karında yaygın serbest sıvı saptandı (Resim 1).



**Resim 1.** Ameliyat öncesi US'de porta hepatiste kistik genişleme (43x50 mm) ve karında serbest sıvı izlenmektedir. Safra kesesi (SK) normaldir.

artan karın ağrısı, karın şişkinliği ve direncine solum sıkıntısı eklendi. Dışkı akolik idi, ateş 38 °C, lökosit 17000/mm<sup>3</sup> olarak ölçüldü. Kontrol US'de ilk bulguların sürdüğü gözlenen hastada tamamsal karın parasentezinde safralı sıvı alınması nedeniyle eksploratris laparotomiye karar verildi.

Laparotomide, karında yaklaşık 1000 cc safralı sıvı bulunduğu, karaciğer hilus bölgesinin transvers kolon ve omentum tarafından örtüldüğü gözlemlendi. Sağ lob diafragmatik yüzdeki hematoma dışında karaciğer normal idi. Safra kesesinden başlayarak yapılan safra yolları diseksiyonunda koledokun 1/3 distalinde tam ayrılma bulunduğu, duodenal parçasının ayırılmadığı ve proksimal ucunun kapanmış olduğu görüldü. Safra kesesi ile sistik kanalda sınırlı bir genişleme ve hepatik duktuslarda 4/6 cm'lik koledokla direkt ilişkili kistik bir genişleme olduğu gözlemlendi. Kolesistektomi ve Roux-en-Y uç-yan koledoko-jejunostomi yapıldı.

Klinik tablo ameliyat sonrası dönemde dramatik şekilde düzeldi, 4. gün ağızdan beslenmeye geçildi. Bilirubin düzeyi normale indi, hasta normal renkte dışkı çıkarmaya başladı ve 10. günde taburcu edildi. Ameliyat sonrası bir yıllık izlemde hastanın klinik sorunu olmadı ve tüm laboratuvar değerleri normal seyretti.

## Tartışma

Künt travmaya bağlı izole safra yolu yaralanmaları nadirdir ve zamanında tanı konmadığında yüksek

mortalite ve morbidite ile seyrederek (9). Son yıllarda KDSY yaralanmalarının genellikle safra yollarına yönelik laparoskopik girişimler sırasında iatrojenik olarak geliştiği ve sıklıkla da erişkinlerde olduğu bildirilmektedir (12,17).

Çocuklarda künt karın travması sonrası gelişen izole koledok yaralanması nadirdir (2,9,18). Türkçe literatürde benzeri bir olgu sunumu bulunmamıştır. Künt karın travmasına bağlı KDSY yaralanmalarında ek yaralanmalar da sıktır ve en çok yaralanan organ olguların % 80'inde karaciğer olup; bunu duodenum, mide, kolon ve pankreas izlemektedir (1,10,15). Olgumuzda karaciğer sağ lobunda gerilemiş bir hematoma dışında ek organ yaralanması gözlenmemiştir.

KDSY yaralanmalarında tanı bazı nedenlerden dolayı güçtür ve klinik tablo olguların 24 saatten erken veya geç başvurmasına göre farklılıklar gösterir (11). Erken dönemde gelen olgularda sıklıkla birlikte karaciğer, pankreas ve barsak yaralanması da bulunduğu cerrahin dikkati safra yolu yaralanmasından "daha ciddi yaralanmalara" doğru uzaklaşır. Yaralanma sonrası erken dönemde akut karın nedeniyle ameliyat edilen olgularda; hepatoduodenal bağ çevresi ve periton ardı bölgede safra ile boyanma varsa KDSY yaralanması düşünülerek bölgenin dikkatli bir diseksiyonu yapılmalıdır (8).

Tanının geç konduğu hastalar tipik olarak künt karın yaralanması nedeniyle hastaneye yatırılmakta, bulgularında belirgin bir değişiklik olmaması üzerine taburcu edilmektedir. Bunu izleyen gün veya haftalarda karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma, karında şişkinlik, subfebril ateş, bazen akolik dışkı ile seyreden bir klinik tablo gelişmektedir (2,8). Klinik bulgulardaki bu gecikmenin en önemli nedeninin, steril safranin peritoneal irritasyona daha geç yol açması olduğu öne sürülmektedir (8,10).

Olgumuz da yaralanma sonrası erken dönemde semptomsuz olduğundan hastaneye getirilmemiş, ancak geç dönem bulguların belirmesi sonucu başvurduğunda inceleme için yatırılmış, kesin tanı ancak laparotomi sırasında konmuştur.

Künt karın yaralanması sonrası karında yerel veya yaygın sıvı varlığının gösterilmesinde US ve bilgisayarlı tomografi (BT) en yararlı tanı araçlarıdır

(2,5,6,11). Bu incelemeler sırasında bulunan sıvının dışarı çekilmesi ve sıvıda safra varlığının gösterilmesi KDSY yaralanmasını düşündürmelidir (2,5,13). Ayrıca geç başvuran, hemodinamik yönden dengede olan olgularda safra kaçağının gösterilmesinde hepatobiliyer sintigrafi (HIDA-Tc99m) ve endoskopik retrograd kolanjiyografinin de yararlı olduğu bildirilmiştir (4,11,14).

Olgumuzun ameliyat öncesi US'sinde kesin bir tanı konamamakla birlikte karaciğer hilusunda kistik kitle ve karında serbest sıvı gibi yönlendirici bulgular elde edilmiştir. Abdominal parasentez içeriğinde safra saptanması safra yolu yaralanması ön tanısına yardımcı olmuş ama koledokun izole yaralanması ancak eksploratris laparotomi ile tanınabilmektedir.

Hastamızda karın bulgularının hızla ilerlemesi, solunum sıkıntısının gelişmesi ve hemodinamik dengenin bozulmaya başlaması nedenleriyle ameliyat öncesi kesin tanıya katkıda bulunabilecek BT, sintigrafi ve kolanjiyografi gibi incelemeler yapılmadan ameliyata karar verilmiştir.

Koledokun basit, tam olmayan yaralanmalarında primer onarım ve T-tüp yerleştirilmesi önerilmektedir (8,11). Yaralanma basit ve temiz bir tam kopma şeklinde ise, bir T-tüp üzerinden yapılacak primer uç uca anastomoz ideal seçimdir (11). Ancak bu tip bir yaralanma yalnız bazı kesici alet yaralanmalarında ve nadiren görülür.

Künt veya delici yaralanma sonucu gelişen tam koledok kopmalarında uç uca primer onarımın yüksek oranda safra yolu fistülü veya darlığı ile sonuçlandığı bildirilmekte (3,9,10), bu tür yaralanmalarda ortaya çıkan tam koledok kopmalarında en güvenilir yöntemin biliyero-enterik anastomozlar olduğu öne sürülmektedir (3,10,11).

Nitekim uç uca anastomozlarda bildirilen % 55 oranındaki darlık sıklığı biliyero-enterik onarımlarda % 4'e kadar düşmektedir (11). Biz de hastamızın geç başvurmuş bir künt yaralanma olması nedeniyle koledokun iki ucunun bir araya getirilemeyecek kadar zedelenmiş ve enflamasyonlu olduğunu dikkate alarak koledokojunostomi işlemini uyguladık.

Olgumuzda drenaj için geniş bir yol oluşturmasının yanısıra, barsak içeriğinin safra yollarına kaçmasını da önleyen Roux-en-Y işlemi yapıldığından bir yıllık izlemde herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir.

Üst karın yaralanmasının ardından ortaya çıkan sarılık durumunda öncelikle KDSY yaralanması düşünülmeyle birlikte; ayırıcı tanıda mutlaka yaralanma sonrası gelişen karaciğer yetersizliği, hematoma geri emilimi veya masif kan transfüzyonuna bağlı sarılık da akla gelmelidir (6,10).

KDSY yaralanmalarında tanı sıklıkla gecikmekte olup, künt karın yaralanması sonrasında karın ağrısının şiddetlenmesi, karında şişkinliğin ve sarılığın ortaya çıkması ile karında safralı serbest sıvının varlığı safra yolu yaralanmasını düşündürmelidir.

## Kaynaklar

1. Bade PG, Thompson SR, Hirshberg A, et al: Surgical options in traumatic injury to the extrahepatic biliary tract. Br J Surg 76:256, 1989
2. Bourque MID, 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, 1989
3. Busitill RW, Kitahama A, Cerise E, et al: Management of blunt and penetrating injuries to the porta hepatis. Ann Surg 191:641, 1980
4. Charters AC, Bardin J: Intrahepatic bile duct rupture following blunt abdominal trauma. Arch Surg 113:873, 1978
5. Chung YC, Lee PH, Huang MT, et al: Complete transection of common bile duct due to blunt abdominal trauma: a case report and literature review. J Formos Med Assoc 92:78, 1993
6. Dawson DL, Johansen KH, Jurkoyich GJ: Injuries to the portal triad. Am J Surg 25:545, 1991
7. Dyon JF, El Himdy K: Traumatism du foie et des voies biliaires chez l'enfant, in Galifer RB (ed). Chirurgie hepatobilière de l'enfant. Montpellier. Sauramps Medical 1994, p.171
8. Fletcher WS: Nonpenetrating trauma to the gallbladder and extrahepatic bile ducts. Surg Clin North Am 52:711, 1972
9. Kernohan RM, Mumphreys WG: Closed abdominal trauma in a child causing avulsion of the common bile duct and gastric stasis. Injury 16:235, 1985
10. Kitahama A, Elliot LF, Overby JL, et al: The extrahepatic biliary tract injury: perspective in diagnosis and treatment. Ann Surg 196:536, 1982
11. Parks RW, Diamond T: Non-surgical trauma to the extrahepatic biliary tract. Br J Surg 82:1303, 1995
12. Regoly-Merei J, Ihasz M, Szeberin Z, et al: Biliary tract complications in laparoscopic cholecystectomy. A

multicenter study of 148 biliary tract injuries in 26440 operations. *Surg Endosc* 12:294, 1998

13. Rohathi M, Gupta DK: Isolated complete transection of common bile duct following blunt bicycle handlebar injury. *J Pediatr Surg* 22:1029, 1987

14. Salam M, Glowniak IV, Vetto RM, et al: Detection of bile leakage from traumatic right hepatic duct laceration with technetium-99m DISIDA cholescinti' graphy. *Clin Nucl Med* 12:589, 1987

15. Sheldon GF, Lim RC, Yee ES, et al: Management of

injuries to the porta hepatis. *Ann Surg* 202:539, 1985

16. Synder WIT, Weigelt JA, Watkins WL, et al: The surgical management of duodenal trauma. *Arch Surg* 115:422, 1980

17. Vecchio R, MacFadyen BV, Ricardo AE: Bile duct injury: management options during and after gallbladder surgery. *Semin Laparosc Surg* 5:135, 1998

18. Yadav K, Pathak IC: Biliary peritonitis following blunt abdominal trauma in children. Report of a case. *Am J Gastroenterol* 72:444, 1979