



İmmünsuprese Olmayan Hastada T-Tüp Traktından Safra Kaçağı; Olgu Sunumu Bile Leakage Through T-Tube Tract in a Patient who is not Immunosuppressed; Case Report

Ramazan GÜNDOĞDU¹, Ufuk UYLAŞ²

¹ Başkent Üniversitesi Adana Dr. Turgut Noyan Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Adana, Türkiye

² İzmir Katip Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Gastrocerrahi Kliniği, İzmir, Türkiye

Öz

Kist hidatik yaygın olarak karaciğeri tutan ve uzun süre semptom vermeden sinsi ilerleyen enfeksiyöz bir hastalıktır. En sık görülen komplikasyonları safra yoluna rüptürdür. Komplike hastalıkta cerrahi daha ön planda uygulanmakta olup biliyer dekompresyon amaçlı T-tüp drenaj sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürde T-tüp çekilmesinden sonra batın içine safra kaçağı bildirilen olgular mevcuttur. Bu komplikasyon cerrahi ve cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilebilmektedir.

Biz burada herhangi bir ek hastalığı olmayan, safra yollarına fistülize komplike karaciğer kist hidatiki nedeniyle başvuran 24 yaşındaki kadın hastayı sunmayı amaçladık. Hastaya parsiyel kistektomi + safra fistül onarımı + T-tüp drenaj uygulandı. T-tüpün 14. günde çekilmesinden sonra tüp lojundan kaçak saptanarak, geniş spektrumlu antibiyotik, perkutan drenaj ve biliyer stend ile tedavi edildi.

Anahtar Kelimeler: Kist hidatik, T-tüp, Safra fistülü

Abstract

Hydatid cyst is an infectious disease that commonly affects the liver and progresses insidiously without symptoms for a long time. The most common complications are biliary rupture. Surgery is more prominent in complicated disease, and T-tube drainage for biliary decompression is often preferred. There are cases in the literature that have reported bile leakage into the abdomen after T-tube removal. This complication can be treated with surgical and non-surgical methods.

Here, we aimed to present a 24-year-old female patient who did not have any additional disease and presented with fistulized complicated liver hydatid cyst. Partial cystectomy + biliary fistula repair + T-tube drainage was applied to the patient. After the T-tube was withdrawn on the 14th day, a leak was detected from the tube lodge and treated with broad spectrum antibiotics, percutaneous drainage and biliary stend.

Keywords: Hydatid cyst, T-tube, Biliary fistula

GİRİŞ

Kist hidatik (KH) insanlarda en sık echinococcus granulosus ve ikinci sıklıkta echinococcus alveolaris enfeksiyonu ile ortaya çıkan endemik bir hastalıktır. İnsanlar ara konaktır ve en sık karaciğerde (% 50-70), daha az yaygın olarak akciğerlerde, dalakta, böbreklerde ve beyinde yerleştiği görülmektedir (1-2). Karaciğer KH'nde komplikasyonlar kistin enfekte olması, karaciğeri tutarak yetmezliğe, bası veya intrabilyer rüptür ile tıkanma sarılığına neden olması, peritona rüptüre olması ve diğer organlara yayılmasıdır. Safra yollarına rüptür sık ve önemli komplikasyonlardan olup %1.3-25 olguda rastlanmaktadır (3-4). Klinik olarak safra yollarına

rüptür asemptomatik olabilirken safra yollarına bası veya safra kanalı tıkanıklığına sekonder kolesistit, kolanjit, karaciğer abseleri ve pankreatit gibi durumlarla presente olabilir (5-6). Karaciğer KH varlığında sarılık gelişince, koledok içinde kist bileşenlerinin olup olmadığının saptanmasında intraoperatif kolanjiografi çok yararlıdır. Kolanjiografi normal ise koledokoskopi önerilmektedir (7). İntraoperatif kolanjiografi işlemi sonrasında T-tüp drenaj ile dekompresyon sık uygulanan yöntemlerdendir. T-tüpleri safra ağacı üzerindeki basıncı pasif olarak azaltarak ve lifli bir fistül oluştururlar, bu da zaman içinde koledokta defektleri kaplayan fibrotik adezyonlarla sonuçlanır (8). Karaciğer nakli gibi immünsupresif hastalarda T-tüp traktı

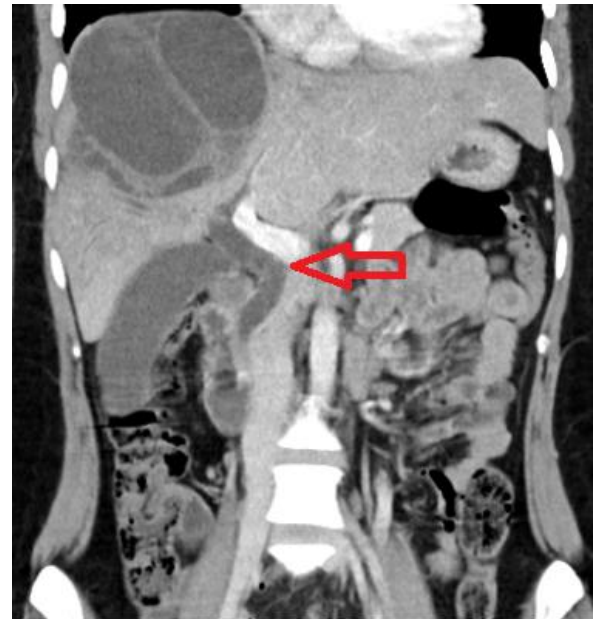
olgunlaşması geç olduğundan T-tüpün çekilmesi altı ay ertelenebilmektedir. Literatürde T-tüp çekilmesi sonrasında peritona biliyer kaçak bildirilen birçok olgu mevcuttur ve insidansı % 0.9 ile % 6.1 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir (8).

Biz burada herhangi bir ek hastalığı olmayan, safra yollarına fistüle komplike karaciğer kist hidatiği nedeniyle başvuran 24 yaşındaki kadın hastayı sunmayı amaçladık. Hastaya parsiyel kistektomi + safra fistül onarımı + T-tüp drenaj uygulandı. T-tüpün 14. günde çekilmesinden sonra tüp lojundan kaçak saptanarak, geniş spektrumlu antibiyotik, perkutan drenaj, Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP) ve biliyer stend ile tedavi edildi.

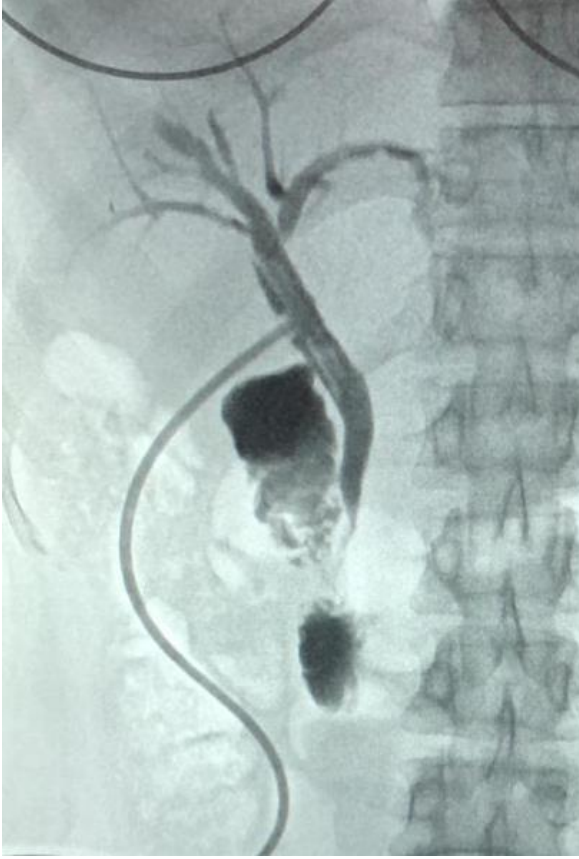
OLGU

Yaklaşık bir yıldır sağ üst kadranda ağrısı olan 24 yaşında kadın hasta gözlerde sararma yakınmasıyla başvurdu. Batın sağ üst kadranda palpe edilen karaciğer dışında ek muayene bulgusu yoktu. Kan tetkiklerinde alanin aminotransferaz (ALT): 145 U / L, aspartat aminotransferaz (AST): 86 U / L, total bilirubin: 2.05 mg / dL, direkt bilirubin: 1.5 mg / dL, gama glutamil transferaz (GGT): 107 U / L, alkalin fosfataz (ALP): 208 U / L saptandı ve diğer parametreleri doğaldı. Batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) karaciğer sağ lob kubbede 12 cm'lik kalın septalı safra yolları ile iştirakli komplike KH ile uyumlu lezyon saptanması üzerine operasyon planlandı (Resim 1). J insizyonla batına girildi ve segment 5-6 düzeyinde yaklaşık 12 cm'lik KH ile uyumlu kitlesel lezyon saptandı. Ponsiyon sonrası içerisine hipertonic serum verildi ve takiben parsiyel kistektomi yapıldı. Kist poşuna en büyüğü yedi mm olan beş adet biliyer fistül görülmesi üzerine primer onarıldı. Kolesistektomi sonrası koledokotomi yapıp T-tüp yerleştirilerek intraoperatif kolanjiyografi çekildi ve kist içine kaçak olmadığı teyit edilerek dren konulmasını takiben operasyona son verildi. Ek problemi

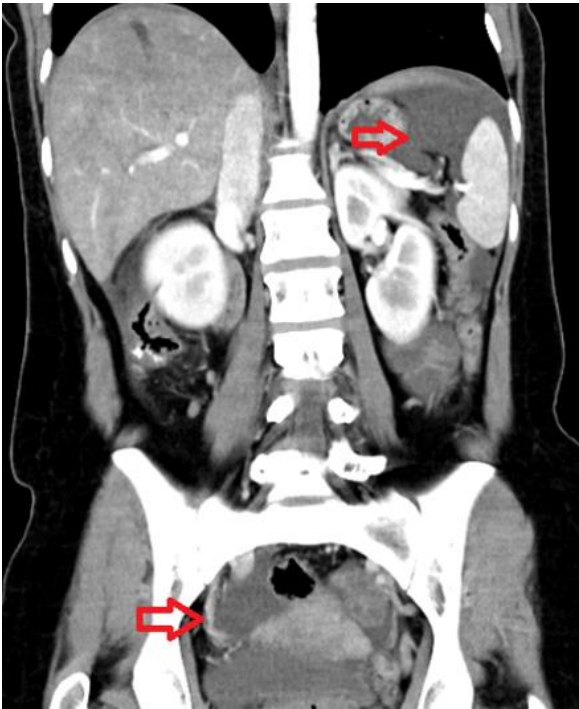
olmayan hasta postoperatif 10. günde T-Tüp ile taburcu edildi. Patolojisi KH ile uyumlu olarak raporlandı. Post operatif 24. günde çekilen T-tüp kolanjiyografisinde kaçak olmaması üzerine tüpü çekildi (Resim 2). Tüp çekildikten bir gün sonra hasta karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Kan tetkiklerinde lökosit: $12.5 \times 10^9 / L$, ALT: 169 U / L, AST: 102 U / L, total bilirubin: 0,43 mg / dL, direkt bilirubin: 0,29 mg / dL, GGT: 188 U / L, ALP: 160 U / L olarak saptandı. Çekilen BT'de perisplenik ve pelvik bölgede koleksiyon (Resim 3) saptanması ve muayenesinde akut batın bulgusu olmaması üzerine girişimsel radyoloji tarafından perkütan drenaj ile safra içeren koleksiyonlar drene edildi ve ERCP planlandı. ERCP'de koledok orta kesimde T-tüp lojundan batına kontrast kaçağı saptanarak, sfinkterotomi ve 10 F plastik stend uygulaması yapıldı (Resim 4). İmipenem 3 x 500 mg intravenöz olarak başlandı. Takiplerinde muayene ve laboratuvar bulguları gerileyen hasta beşinci günde taburcu edildi. Operasyonun dördüncü ayında yapılan kontrol ERCP'de kaçak saptanmayan hastanın plastik stendi çekildi. Hasta şu an altıncı ayında olup takiplerinde ek problem gözlenmemektedir.



Resim 1. Preoperatif batın BT görüntüsü



Resim 2. Post op 14. Gün T-tüp kolanjio görüntüsü



Resim 3. Post op 15. Gün batın BT' de koleksiyonlar



Resim 4. Post op 15. Gün ERCP görüntüsü

TARTIşMA

Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre KH insidansı yılda 100.000 kişide >50'dır (9). KH'nin erken evreleri semptomlara neden olmaz ve 10 ila 15 yıl boyunca asemptomatik kalabilir. Klinik semptomlar genellikle bir kist karaciğerde 10 cm'den fazla çapa ulaştığında veya organ hacminin %70'inden fazlasının kist tarafından işgal edildiğinde ortaya çıkar (10). Karaciğer KH'nin en sık görülen komplikasyonu safra yollarına açılmadır. Bu durum kendini ağrı, sarılık, koyu renkte idrar, açık renkte dışkı gibi geçici kolestaz bulgularıyla bazen ateş ve titremelerle gösterir (7). Hastamızda son bir yıla kadar herhangi bir yakınma olmamış, kist boyutu 12 cm'e ulaşana ve komplike olana dek bulgu vermemiştir. Sağ üst kadranda hafif ağrı, üst kadranda palpabl karaciğer ve ikterik sklera dışında patolojik bulgu yoktu.

Karaciğer KH'nin medikal dışı tedavileri açık cerrahi, PAIR (Ponksiyon, Aspirasyon, Enjeksiyon ve Re-aspirasyon) ve laparoskopik cerrahidir (9). Hastamızda safra yollarına fistüle bağlı komplike KH mevcudiyeti nedeniyle parsiyel kistektomi + safra fistül onarımı + kolesistektomi + intrahepatik kolanjiografi + dekompresyon

amacıyla T-tüp drenaj yapıldı. Safra kanalı dekompresyonu için ilk T tüpü kullanımı 1897'de bir Alman cerrah Hans Kehr tarafından tanımlanmıştır (11). Dekompresyon sonrası T-tüpün 7, 10 ve 21. günlerde çekilmesini öneren farklı görüşler mevcuttur (8) Hastamızın postoperatif 14. günde çekilen konlanjiografisinde kaçak saptanmaması üzerine T-tüpü çekilmiş ve aynı gün taburcu edilmiştir. Dekompresyon safra kaçağı riskini azaltmaktadır. Rutin olarak, tüpün çıkarılmasından sonra T-tüpünün dermal ostiumundan az miktarda safra kaçağı olur, ancak genellikle 24 saat içinde durur (12). Kortikosteroid tedavisi, kemoterapi, obezite, hipoproteinemi, anemi, diyabet, trasplantasyon öyküsü, asit gibi hasta bağımlı nedenlerle T-tüpte trakt iyileşmesi gecikerek periton içine fistül gelişimine neden olabilmektedir. Safra yolu içinde unutulmuş taşların fistül gelişimde neden olabileceği bildirilmiştir (8). Hastamız T-tüp çekilmesinden 24 saat sonra karın ağrısı nedeniyle yeniden başvurdu. İmmünsüpresyon, ek hastalık ve ilaç kullanım öyküsü yoktu, ERCP de safra yollarında bakiye taş bulunmadan T-tüp lojundan gelişen fistül saptandı.

T-tüpün çıkarılmasından sonra oluşan peritona biliyer fistülde mortalite literatürde % 5.9 olarak bildirilmiş olup fistülün batın içi yaygınlığı ile ilişkilendirilmiştir (13). Hastamızda lokalize safra içerikli koleksiyonlar mevcut olup, geniş spektrumlu antibiyotik, perkütan drenaj, ERCP ile sfinkterotomi ve biliyer stend konulması sonrasında sorunsuz taburcu edilmiş ve ek morbidite gözlenmemiştir.

SONUÇ

T-tüp uygulanan ve allta yatan immünsüpresyon benzeri hastalığı olan hastalarda tüp çekimi sonrası biliyer fistül görülebilmektedir. Bu hastalar cerrahi dışı yöntemlerle tedavi edilebilmektedir. T-tüp çekildikten sonra allta yatan ek hastalık olmayanlarda da biliyer fistül gelişebileceği unutulmamalıdır.

Bu Makale 3. Ulusal Gastrointestinal Araştırma Kongresi'nde (21-22 Eylül 2019/ Malatya) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Bilgilendirilmiş Onam: Aileden sözlü onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

KAYNAKÇA

1. McManus DP, Zhang W, Li J, Bartley PB. Echinococcosis. Lancet. 2003; 362: 1295-304.
2. Botezatu C, Mastalier B, Patrascu T. Hepatic hydatid cyst - diagnose and treatment algorithm. J Med Life 2018; 11: 203-9.
3. Paksoy M, Karahasanoglu T, Carkman S, Giray S, Senturk H, Ozcelik F, Erguney S. Rupture of the hydatid disease of the liver into the biliary tracts. Dig Surg. 1998; 15: 25-9.
4. Sciumè C, Geraci G, Pisello F, Li Volsi F, Facella T, Modica G. Treatment of complications of hepatic hydatid disease by ERCP: our experience. Ann Ital Chir. 2004; 75: 531-5.
5. Dumas R, Le Gall P, Hastier P, Buckley MJ, Conio M, Delmont JP. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. Endoscopy. 1999; 31: 242-7.
6. Molina Infante J, Fernández Bermejo M, Martín Noguero E, Pérez Gallardo B. Biliary hydatidosis. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101:136-8.
7. Di Cataldo A, Lanteri R, Caniglia S, Santangelo M, Occhipinti R, Li Destri G. A rare complication of the hepatic hydatid cyst: intraperitoneal perforation without anaphylaxis. Int Surg. 2005; 90: 42-4.
8. Daldoul S, Moussi A, Zaouche A. T-tube drainage of the common bile duct choleperitoneum: etiology and management. J Visc Surg. 2012; 149:172-8.
9. Sokouti M, Sadeghi R, Pashazadeh S, Abadi SEH, Sokouti M, Ghojzadeh M, Sokouti B. A systematic review and meta-analysis on the treatment of liver hydatid cyst using meta-MUMS tool: comparing PAIR and laparoscopic procedures. Arch Med Sci. 2019; 15:284-308.
10. Wen H, Vuitton L, Tuxun T, Li J, Vuitton DA, Zhang W, McManus DP. Echinococcosis: Advances in the 21st Century. Clin Microbiol Rev. 2019. 13;32.
11. Gauchet A. Le drain de Kehr. J Chir (Paris) 1982; 119: 199-201.
12. Nikolić M, Karthikesalingam A, Nachimuthu S, Tang TY, Harris AM. Biliary peritonitis caused by a leaking T-tube

fistula disconnected at the point of contact with the anterior abdominal wall: a case report. *J Med Case Rep.* 2008;2: 302.

13. Maghsoudi H, Garadaghi A, Jafary GA. Biliary peritonitis requiring reoperation after removal of T-tubes from the common bile duct. *Am J Surg.* 2005; 190:430-3.