



Case Report / Olgu sunumu

Laparoskopik Kolesistektomi Sonrası Gelişen Ciddi bir Komplikasyon: Akut Batına Neden Olan Dev Biloma

A Serious Complication Following Laparoscopic Cholecystectomy: A Giant Biloma Causing Acute Abdomen

Abdussamed Vural¹, İsmail Altıntop²

¹Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

Öz

Laparoskopik kolesistektomi sonrası gelişebilecek komplikasyonlar nadirdir. Enfeksiyon, kanama ve safra yolları hasarı bu komplikasyonlar arasında sayılabilir. Biloma, safra yollarının travmatik veya spontan hasarı sonrası intrahepatik veya ekstrahepatik yerleşim gösterebilen içi safra dolu iyi sınırlı, kapsüllü ya da kapsülsüz kistik bir lezyondur. Laboratuvar bulguları spesifik olmayan bu hastalığın teşhisi tipik öykü (sağ üst kadranda ağrısı, ateş, geçirilmiş cerrahi veya abdominal travma öyküsü) ve doğrulayıcı radyolojik görüntü ile konur.

Biz bu olgu sunumu ile akut karın etiolojisinde laparoskopik kolesistektomi işlemi sonrasında gelişebilecek cerrahi bir bilomanın da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Biloma, laparoskopik komplikasyon olan kolesistektomi, post-operatif komplikasyonlar, reoperasyon

GİRİŞ

Günümüzde en sık yapılan abdominal cerrahilerden biri de kolesistektomidir. Açık ve laparoskopik olarak 2 yöntemi mevcuttur. Biloma, safra yollarının travmatik veya spontan hasarı sonrası intrahepatik veya ekstrahepatik yerleşim gösterebilen içi safra dolu iyi sınırlı, kapsüllü ya da kapsülsüz kistik kitle lezyonudur (1). Biloma cerrahi sonrasında gelişebilen nadir bir komplikasyondur. Koledokolitiasis sonrası spontan gelişebilse de en sık iyatrojenik kökenlidir (2). Laparoskopik öncesi komplikasyon olarak majör safra yolları hasarı ve tüm safra sistemi hasarı açık cerrahilerde %0,1 iken laparoskopik cerrahi ile bu oran %0,6-1,5 olarak saptanmıştır (3). Post-laparoskopik

Abstract

Possible complications are rare after laparoscopic cholecystectomy. Infection, bleeding and damage to the biliary tract complications are among these. A biloma is a well-demarcated, encapsulated or not, intrahepatic or extrahepatic bile collection secondary to iatrogenic, traumatic or spontaneous injury of the biliary tree. Laboratory findings are nonspecific. The diagnosis is usually suspected on the basis of a typical history (right upper quadrant abdominal pain, fever and recent abdominal trauma or surgery) and is confirmed by detection of typical radiologic features.

With this case report, we wanted to emphasize that in acute abdominal etiology, a surgical biloma that may develop after laparoscopic cholecystectomy should also be considered.

Keywords: Biloma, laparoscopic cholecystectomy, postoperative complications, reoperation

kolesistektomi biloma insidansı iki büyük çalışmada %2,5 saptanmıştır (4,5). Biloma kliniğinde genelde bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı vardır. Laparoskopik kolesistektomi sonrası lezyonların çoğu yedi gün içinde oluşur (4). Ortalama teşhis süresi genelde 1-2 hafta kadardır (6). Laboratuvar bulguları spesifik olmayan bu hastalığın teşhisi tipik öykü ve doğrulayıcı radyolojik görüntü ile konur. Tedavide ultrasonografi (USG) eşliğinde perkütan drenaj açık cerrahi komplikasyonlarını azaltmıştır. Eğer kistik kolleksiyon iyi sınırlı keskin hatlarla çevre dokudan ayrılmışsa cerrahi girişim olarak subkostal laparotomi de uygun bir tedavi seçeneğidir (7).

Corresponding (İletişim): Abdussamed VURAL, Giresun Üniversitesi Prof. Dr. A. İlhan Özdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği

E-mail (E-posta): abdussamedvural@gmail.com

Received (Geliş Tarihi): 04.09.2018 **Accepted (Kabul Tarihi):** 23.02.2020



OLGU SUNUMU

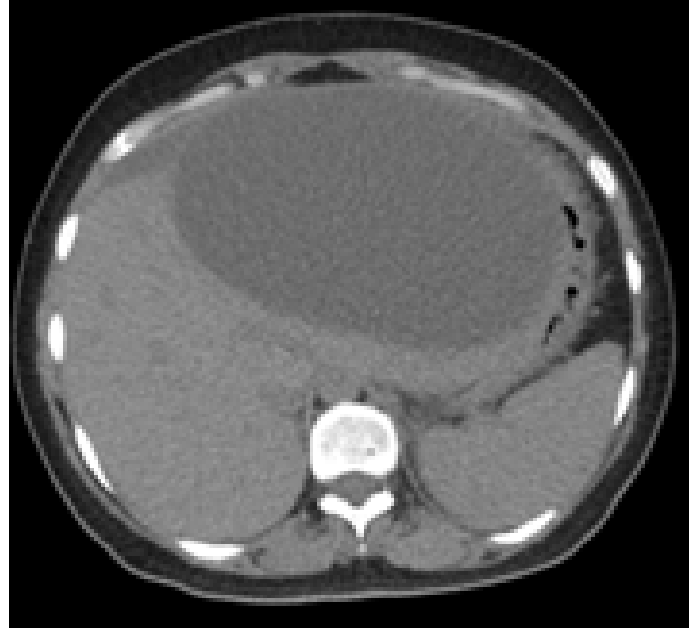
27 yaşında kadın hasta yaklaşık iki hafta önce başlayan ancak son üç gündür şiddeti giderek artan karın ağrısı ve eşlik eden bulantı, kusma şikâyetleri ile acil servisimize başvurdu. Hastanın hikâyesinde yirmi beş gün önce taşlı kolesistit nedeni ile laparoskopik kolesistektomi ameliyatı olduğu öğrenildi. Geçirilmiş ameliyat öyküsünden başka herhangi bir ek hastalığı bulunmayan hastanın karın muayenesinde sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede ciddi hassasiyet ve istemli defans mevcuttu. Genel durumu orta- kötü olan hastanın vital bulgularında tansiyon: 90/60 mmHg, nabız: 110/dakika, ateş 37,8 °C olarak saptandı. Akut batın bulguları olan hastaya semptomatik olarak sıvı replasmanı ve profilaktik antibiyoterapi başlandı. Laboratuvar tetkiklerinde: tam kan sayımında, hemoglobin 10,2 g/dl, hematokrit %33, lökosit 14,5x10³/uL, platelet 488x10³/uL saptandı. Biyokimya tetkiklerinde: AST 55 U/L (0-41), ALT 95 U/L (0-45) ve GGT 273 U/L (0-40), kalsiyum 8,3 mg/dl (8,4-10,6), sodyum 132 mmol/L (135-148) ve direkt bilirubin 0,6 mg/dL (0-0,3) saptandı.

Gebelik testi negatif saptandı. PA akciğer grafisi normal olan hasta mevcut klinik tablo ve öykü göz önünde bulundurularak safra yolları patolojisi (akut kolanjit, akut pankreatit) ön tanısı ile batın USG'ye yönlendirildi. Yapılan USG de kese lojundan başlayarak mide lojuna uzanım gösteren kalın cidarlı yaklaşık 18x15 cm boyutlarında biloma ile uyumlu olabilecek kistik kitle lezyonu saptandı (**Şekil 1**).



Şekil 1. Ultrasonografide kese lojundan başlayarak mide lojuna uzanım gösteren kalın cidarlı yaklaşık 18 x15 cm boyutlarında bilioma ile uyumlu olabilecek kistik kitle lezyonu

Lezyonun boyutlarını ve lokalizasyonunu netleştirmek amacı ile hastadan kontrastlı batın bilgisayarlı tomografi (BT) istendi. Hastanın batın BT'sinde karaciğer sol lobu düzeyinde ekstrahepatik yerleşim gösteren septa içeren yaklaşık 20x11x16 cm boyutlarında biloma ile uyumlu kistik kitle lezyonu saptandı (**Şekil 2**).



Şekil 2. Tomografide karaciğer sol lobu düzeyinde ekstrahepatik yerleşim gösteren septa içeren yaklaşık 20x11x16 cm boyutlarında bilioma ile uyumlu kistik kitle lezyonu. Tanımlı lezyon mideyi sol laterale ve pankreası da posteriora doğru belirgin baskılamıştır

Tanımlı lezyonun mideyi sol laterale ve pankreası da posteriora doğru belirgin baskıladığı görüldü. Ayrıca kese lojunda 40x33 mm boyutunda biloma ile uyumlu bir diğer kistik oluşum saptandı (**Şekil 3**).



Şekil 3. Kese lojunda 40x33 mm boyutunda bilioma ile uyumlu kistik oluşum

Hasta genel cerrahiye konsülte edildi. İleri tetkik ve tedavi amacı ile genel cerrahi servisine yatırıldı. Hemodinamik olarak perkütan drenaj yapılamayan hastaya acil exploratif cerrahi uygulandı. Exploratif cerrahi uygulanan hasta komplikasyon gelişmemesi neticesinde genel cerrahi kliniğinden post-op 5. günde taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Laparoskopik cerrahinin açık cerrahiye göre kısalmış hastanede kalım süresi, azalmış enfeksiyon riski, azalmış morbidite ve hızlı iyileşme süresi gibi birçok avantajlarının yanında ameliyat yerini tam olarak koymadaki zorluk ve karın içi organlarda yapışıklık olan vakalarda zorluk yaşanması gibi dezavantajları vardır. Bu açıdan bu olguda laparoskopik cerrahi sonrası gelişen biloma kayda değerdir. Laparoskopik kolesistektomi sonrası oluşabilecek biloma lezyonlarının çoğu 7 gün içinde oluşur (4). Ortalama teşhis süresi genelde 1-2 hafta kadardır ancak semptom ve bulguların geç ortaya çıkması nedeni ile bilomanın teşhisi ortalama 16,8 güne kadar uzayabilir (6,8). Bizim hastamızın şikâyetleri tipik olarak ameliyattan on gün sonra başlamasına rağmen biloma tanısı ameliyattan yirmi beş gün sonra başvurduğu acil servisimizde konulabilmiştir. Verilerin ışığında hastanın şikâyetlerinin erken dönemde başlamasına rağmen geç dönemde tanı alması hastanın post-op kontrollerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir. Mevcut klinik ve laboratuvar bulguların ışığında safra yollarına ait patolojiyi destekleyen vakamızda ilk radyolojik tanı yöntemi olarak USG'yi tercih ettik. Bu açıdan safra yolları ile ilgili hastalıkları göstermede olduğu gibi vakamızda saptanan bilomanın teşhisinde USG non-invaziv olması, hızlı uygulanabiliyor olması ve ucuz olması nedeni ile ilk yapılması önerilen radyolojik görüntüleme yöntemidir ve bu yöntem ile tek veya birkaç adet iyi sınırlı anekoik keskin sınırları olan lezyonlar USG'nin ses dalgalarını güçlendirici etkisi kullanılarak gösterilebilir (9-10). Biloma lezyonları genelde kapsülsüzdür. Kalın cidarlı çerçeve benzeri yapılarının olması ve içinde septalı bir yapı göstermesi uzun süre beklemiş bilomaların göstergesidir. Bizim vakamızda saptanan lezyon da 20x11x16 cm boyutlara ulaşan subfrenik yerleşimli içinde septa formasyonu gösteren, kalın cidarlı ekstra hepatic dev bir bilomaydı.

Tanıda, USG tanıda tek başına yeterli değildir. Ultrasonografik bulguların tanı keskinliği klinik ve anamnez ile güçlendirilmelidir (9). Bizim vakamızda da hasta yirmi beş gün önce kolesistektomi olmuş ve ameliyattan 10 gün sonra bulantı, kusma, ateş ve karın ağrısı gibi tipik şikâyetleri başlamıştır. Bu klinik ve anamnez ultrasonografik bulgularımızın tanıdaki gücünü arttırdığını düşünüyoruz. Ayrıca, ek tanı yöntemi olarak BT biloma lezyonlarının varlığını doğrulayabilir. Bunun yanında tanı yöntemleri içinde bilgisayarlı tomografinin safra yollarına ait patolojiyi göstermede yetersiz oluşundan dolayı şüpheli olgularda ve/veya tomografinin çekilemediği durumlarda manyetik rezonans görüntüleme (MRI) bilomayı saptamada veya ayırıcı tanıda (safra yolları anatomisi ve patolojisini, karaciğerin fokal lezyonlarını göstermede) kullanılabilir (11). Bizim olgumuzda, lezyonun tipik lokalizasyonda olması, klinik ve anamnez eşliğinde ultrasonografik bulguların BT ile desteklenmesi neticesinde tanımızın yüksek ihtimal biloma olduğuna karar verildi.

Tedavide, transkutanöz ve endoskopik ultrasonografi (EUS) eşliğinde drenaj ve cerrahi olarak konulan drenaj kateterleri bulunur (12,13). Bizim hastamıza hemodinamik durumundan dolayı acil eksploratif cerrahi uygulanmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, laparoskopik kolesistektomi sonrası safra yolu hasarı sonrasında oluşabilecek dev biloma komplikasyonu akılda tutulmalı; iyi öykü, fizik muayene ve uygun görüntüleme yöntemi ile erken tanı ve uygun tedavi ile morbidite ve mortalite oranları azaltılmalıdır.

ETİK BEYANLAR

Aydınlatılmış Onam: Bu çalışmaya katılan hasta(lar)dan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

- Gould L, Patel A. Ultrasound detection of extrahepatic encapsulated bile: "biloma". *Am J Roentgenol.* 1979;132:1014-5.
- Nakajima N, Taira T, Omine M, et al. A case of spontaneous biloma accompanied with incarcerated choledocholithiasis. *Nippon Geka Gakkai Zasshi.* 1993;94(4):412-5.
- Eubanks WS, Swanstorm LL, Soper NJ. *Mastery of Endoscopic and Laparoscopic surgery.* Lippincott Williams and Wilkins; 1999.
- Kozarek R, Gannan R, Baerg R, Wagonfeld J, Ball T. Bile leak after laparoscopic cholecystectomy. Diagnostic and therapeutic application of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Arch Intern Med.* 1992;152(5):1040-3.
- Walker AT, Shapiro AW, Brooks DC, Braver JM, Tumei SS. Bile duct disruption and biloma after laparoscopic cholecystectomy: imaging evaluation. *Am J Roentgenol.* 1992;158(4):785-9.
- Carroll BJ, Birth M, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation. *Surg Endosc.* 1998;12:310-4. doi: 10.1007/s004649900660
- Nordin A, Halme L, Mäkisalo H, Isoniemi H, Höckerstedt K. Management and outcome of major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy: from therapeutic endoscopy to liver transplantation. *Liver Transpl.* 2002;8:1036-43.
- Lee CM, Stewart L, Way LW. Postcholecystectomy abdominal bile collections. *Arch Surg.* 2000;135:538-44. doi: 10.1001/archsurg.135.5.538.
- Sgourakis G, Lanitis S, Korontzi M, et al. Incidental findings in focused assessment with sonography for trauma in hemodynamically stable blunt trauma patients: speaking about cost to benefit. *J Trauma.* 2011;71:E123-7.
- Esensten M, Ralls PW, Colletti P, Halls J. Posttraumatic intrahepatic biloma: sonographic diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 1983;140:303-5.
- Lee NK, Kim S, Lee JW, et al. Biliary MR imaging with Gd-EOB-DTPA and its clinical applications. *Radiographics.* 2009;29:1707-24.
- Bas G, Okan I, Sahin M, Eryılmaz R, Isık A. Spontaneous biloma managed with endoscopic retrograde cholangiopancreatography and percutaneous drainage: a case report. *J Med Case Rep.* 2011;5:3.
- Vazquez JL, Thorsen MK, Dodds WJ, et al. Evaluation and treatment of intraabdominal bilomas. *AJR Am J Roentgenol.* 1985;144:933-8.