

Bölüm 33

LAPAROSKOPİK KOLESİSTEKTOMİ SIRASINDA ABERRAN SAFRA KANALI YARALANMASININ ERCP İLE STENT TEDAVİSİ

Selçuk KÖKSAL⁴⁰,Serkan TORUN⁴¹

GİRİŞ

Laparoskopik kolesistektomi (LC), taşlı safra kesesi hastalığı olan hastalar için altın standart cerrahi tedavi yöntemidir. Bununla birlikte, safra kanalı yaralanması, cerrahi bir komplikasyon olarak rapor edilmeye devam etmektedir. (1,2) Elde edilen ilerlemeye rağmen, safra kanalı yaralanmaları literatürde daha fazla rapor edildiği için geçmişte olduğundan daha sık görülmektedir. Biliyer yaralanmalar yüksek morbidite ve mortalite, yaşam kalitesinde bozulma ile ilişkilidir. Safra kanalı yaralanmaları, safra kaçağına, karın içi apselere, kolanjit ve ikincil safra sirozuna neden olabilir. (3) Safra yolu yaralanmasını ilk tanımlama, yaralanma derecesinin değerlendirilmesi ve ön hazırlık planlaması için görüntüleme çok önemlidir. Yaralanma tipine bağlı olarak, uygun yönetim yöntemleri endoskopik, perkütan ve cerrahi müdahaleleri içerebilir.

Laparoskopik kolesistektomide tahmini safra kanalı yaralanmalarının % 25 ile % 32'si tanınır ve safra kanalı onarımı konusunda tecrübeli bir cerrah mevcutsa derhal tamir edilebilir (4). Böyle bir deneyimi olmayan bir cerrahın yaptığı ciddi onarım, artmış morbidite ve mortalite ve uzun süreli hastanede kalış ile ilişkilidir (4,5). İntraoperatif olarak tanınmayan biliyer yaralanmalar günler, aylar veya nadiren yıllar sonra ortaya çıkabilir (6,7).

Olgumuzda var olan anatomik varyasyon Huang tip 4 olup sağ aberran safra yolu perop yaralanmıştır.(8, Şekil1.a) Dünyada bu olgularda perop laparoskopik ve /veya açık sutur koymadan tutun da sağ hepatektomiye varan düzeyde çeşitli mortalite ve morbidite oranlarına sahip olan ameliyatlarda yapılmaktadır. Bizim vakamızda safra yolu yaralanması ameliyat sırasında fark edilmiş olup gastroen-

⁴⁰ Uzman Doktor, Düzce Atatürk Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Bölümüdür.selcukkoksal@gmail.com

⁴¹ Doçent Doktor, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, serkantorundr@gmail.com

Safra yollarının yaralanmasında acil onarımın başarısızlığı yaralanmayı kötüleştirir, sonraki onarımların karmaşıklığını arttırır, kısa ve uzun vadeli sonuçları bozar. (17,18,19,20,21)

Postoperatif veya peroperatif olarak tespit edilen yaralanmanın tamir tipinin ve zamanlamasının seçiminde en önemli hususlardan birisi de , endoskopide ve girişimsel radyolojideki son gelişmeler, özellikle küçük safra yolları veya ana safra yollarının kısmi yaralanmaları durumunda, cerrahi gerek olmadan tedavi edilebileceğidir.

Görüntüleme yöntemleri yaralanmayı karakterize etmek ve perkütan ve cerrahi tedavi prosedürlerini planlamak için anahtardır. Fakat; preoperatif hazırlık aşamasında çoğu zaman istenilen sonuçları vermediği unutulmamalıdır.

Safra kesesi ameliyatlarından sonra safra yolu yaralanmaları çok nadir görülen komplikasyonlardan değildir fakat bu hastadaki yaralanmanın sunulmasındaki amaç yaralanmanın operasyon sırasında fark edilmesi ve cerrahın hızlı karar vermesi, operasyondan sonraki komplikasyon yönetiminde gastroenteroloji bölümü ile beraber hareket edilerek yeni bir safra yolunun yapılmasıdır.

Anahtar kelimeler: laparoskopik kolesistektomi, aberran safra kanalı, ERCP, stent uygulaması

KAYNAKLAR

1. Laparoscopic cholecystectomy with aberrant bile duct detected by intraoperative fluorescent cholangiography concomitant withangiography: A case reportYusuke Tsurudaa, Hiroshi Okumuraa, Tetsuro Setoyamaa, Kiyokazu Hiwatashia,Koji Minamia, Kei Andoa, Masumi Wadaa, Shigeo Maenoharaa, Shoji Natsugoeba Department International Journal of Surgery Case Reports 51 (2018) 14–16
2. T. Schnelldorfer, M.G. Sarr, D.B. Adams, What is the of Luschka?—A systematicreview, J. Gastrointest. Surg. 16 (2012) 656–662.
3. Management of iatrogenic bile duct injuries: role of the interventional radiologist. Thompson CM, Saad NE, Quazi RR, Darcy MD, Picus DD, Menias CO. Radiographics. 2013 Jan-Feb;33(1):117-34. doi: 10.1148/rg.331125044. Review.
4. Lau WY, Lai EC, Lau SH. Management of bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy: a review. ANZ J Surg 2010;80(1-2):75–81.
5. Flum DR, Cheadle A, Prella C, Dellinger EP, Chan L. Bile duct injury during cholecystectomy and survival in Medicare beneficiaries. JAMA 2003;290 (16):2168–2173.
6. Connor S, Garden OJ. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 2006;93(2): 158–168.
7. Slater K, Strong RW, Wall DR, Lynch SV. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic chole- cystectomy. ANZ J Surg 2002;72(2):83–88.
8. Miguel Angel Mercado, Ismael Dominguez Classification and management of bile duct injuries World J Gastrointest Surg 2011 April 27; 3(4): 43-48 ISSN 1948-9366
9. T. Mariolis-Sapsakos, M. Zarokosta, M. Zoulamoglou, T. Piperos, I.Papapanagiotou, M. Sgant-

- zos, et al., Aberrant subvesical bile ducts identified during laparoscopic cholecystectomy: a rare case report and review of the literature, *Int. J. Surg. Case Rep.* 31 (2017) 99–102.
10. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy Results of an Italian National Survey on 56 591 Cholecystectomies Gennaro Nuzzo, MD; Felice Giuliante, MD; Ivo Giovannini, MD; Francesco Ardito, MD; Fabrizio D'Acapito, MD; Maria Vellone, MD; Marino Murazio, MD; Giovanni Capelli, MD *ARCH SURG/VOL* 140, OCT 2005 (986-992)
 11. Martin RF, Rossi RL. Bile duct injuries. Spectrum, mechanisms of injury, and their prevention. *Surg Clin North Am.* 1994;74:781–803.
 12. De Filippo M, Calabrese M, Quinto S, Rastelli A, Bertellini A, Martora R, et al. Congenital anomalies and variations of the bile and pancreatic ducts: magnetic resonance cholangiopancreatography findings, epidemiology and clinical significance. *Radiol Med* 2008;113:841–59. doi:10.1007/s11547-008-0298-x.
 13. Khayat MF, Al-Amoodi MS, Aldaqal SM, Sibiany A. Abnormal anatomical variations of extra-hepatic biliary tract, and their relation to biliary tract injuries and stones formation. *Gastroenterol Res* 2014;7:12–6. doi:10.14740/gr596e .
 14. Griffin N, Yu D, Alexander Grant L. Magnetic resonance cholangiopancreatography: pearls, pitfalls, and pathology. *Semin Ultrasound CT MR* 2013;34:32–43. doi:10.1053/j.sult.2012.11.003.
 15. A.A. Sofl, O.H. Alaradi, M. Abouljoud, A.T. Nawras, Aberrant right hepatic duct draining into the cystic duct: clinical outcomes and management, *Gastroenterol. Res. Pract.* (2011) 458915,
 16. Onder H, Ozdemir MS, Tekbas, G, Ekici F, Gümüs, H, Bilici A. 3-T MRI of the biliary tract variations. *Surg Radiol Anat* 2013; 35:161–7. doi:10.1007/s00276-012-1021-0.
 17. Bismuth H, Lazorthes F. *Les Traumatismes Opératoires de la Voie Biliaire Principale: Monographies de l'Association Française de Chirurgie: Rapport Présenté au 83 e Congrès Français de Chirurgie.* Paris, France: Masson; 1981.
 18. Jarnagin WR, Blumgart LH. Benign biliary strictures. In: Blumgart LH, Fong Y, eds. *Surgery of the Liver and Biliary Tract.* Edinburgh, Scotland: Harcourt- Saunders; 2000:895-933.
 19. Stewart L, Way L W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: factors that influence the results of treatment. *Arch Surg.* 1995;130:1123-1129.
 20. Jarnagin WR, Blumgart LH. Operative repair of bile duct injuries involving the hepatic duct confluence. *Arch Surg.* 1999;134:769-775.
 21. Lillemoen KD, Pitt HA, Cameron JL. Current management of benign bile duct strictures. *Adv Surg.* 1992;25:119-174.