

Laparoskopik Kolesistektomide Kullanılan Hemolok Klipin Duodenum İçine Migrasyonu ve Vaka Yönetimi

74

Mehmet Fatih EROL¹

GİRİŞ

Semptomatik safra kesesi taşları için yapılan kolesistektomiler genel cerrahi pratiğinde en çok uygulanan cerrahi girişimlerdenidir. Kolesistektominin laparoskopik olarak yapılması uzun süreden beri altın standart olarak kabul edilmektedir (1). Laparoskopik yöntemlerin konvansiyonel yöntemlere göre daha iyi estetik sonuç, daha az ağrı, daha hızlı iyileşme süreci ve normal hayata daha hızlı dönüş gibi üstünlükleri vardır (2).

Laparoskopik kolesistektomide sistik kanal ve sistik arteri kapatmak için cerrahi klipler, hemolok klipler, sütür materyalleri, staplerlar ve enerji cihazları kullanılabilir. Kliplerin yaygın olarak kullanımı birçok komplikasyonu da beraberinde getirebilir (3). Cerrahi kliplerin migre olması da laparoskopik kolesistektominin nadir görülen komplikasyonlarından biridir (4). Klip migrasyonu çok sık görülmemesine rağmen ciddi komplikasyonlara neden olabildiği için ayırıcı tanıda akılda

tutulması önem arz etmektedir. Literatür bilgisine göre klip migrasyonuna ait klinik bulguların ortaya çıkması için geçen süre kolesistektomiden sonra ortalama 26 aydır (11 gün ile 20 yıl arası) (5). Bildirilen vakalar arasında migrasyon yeri en çok ortak safra kanalı daha az sayıda da duodenum olarak raporlanmıştır (6).

Literatürde kolesistektomi sonrası klip migrasyonu ve buna bağılı gelişen bilioenterik fistül çok nadir olarak bildirilmiştir. Bu nedenle bu vakanın sunulmasının değerli olacağı düşünölmüştür.

VAKA

48 yaşında erkek hasta yaklaşık üç ay önce başka bir merkezde laparoskopik kolesistektomi ameliyatı geçirmiş. Ameliyatta yapışıklıklardan dolayı Calot üçgeni diseksiyonu oldukça zorlu olmuş ve sistik kanal normale göre çok daha geniş olduğu için kapatılması için hemolok klip kullanılmış. Postoperatif takiplerinde herhangi bir sıkıntı yaşanmayan hasta ikinci günde taburcu edilmiş.

Ameliyatın üzerinden yaklaşık iki ay geçtikten sonra hastada karın ağrısı, sarılık ve halsizlik şikayetleri başlaması üzerine ameliyat olduğu merkeze başvurulmuş. Yapılan tetkiklerinde total bilirubin

¹ Op.Dr, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, mehmetfatihherol@yahoo.com

ğini ve spontan olarak düşebileceğini bildirmektelerdir. Çıkartılmasını önerenler ise klipin duodenal ülser ve gastrointestinal kanama oluşmasına neden olabileceğini savunmaktadırlar.

Tedavide cerrahi seçeneği ERCP ve endoskopi nin başarısız olduğu durumlar ile komplike koledokoduodenal fistül gelişmiş olan vakalar için düşünülebilir. Koledokoduodenal fistül için laparoskopik cerrahi bir seçenek olsa da (18), fistülün etrafında oluşan enflamasyon ve yapışıklıklar nedeniyle konvansiyonel cerrahi daha güvenle gerçekleştirilebilir (13).

SONUÇ

Laparoskopik kolesistektomi sonrası görülebilen klip migrasyonu son derece nadirdir. Bu nedenle sütür, metalik klip ve hemolok klip güvenle kullanılabilir. Kliple güvenli bir şekilde kapatılmayacak kadar geniş sistik kanal olan vakalarda endovasküler stapler alternatif olarak değerlendirilebilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus diseksiyon aşamasında güvenli kolesistektomi prensiplerinden taviz vermeden titiz bir şekilde çalışmaktır.

Klip migrasyonu her ne kadar çok nadir görülen bir tablo olsa da ciddi komplikasyonlara yol açabildiği için ayırıcı tanıda akılda tutulması önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Barkun JS, Barkun AN, Sampalis JS, Fried G, Taylor B, Wexler MJ, et al. Randomised controlled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy. The McGill Gallstone Treatment Group. *Lancet*. 1992;340(8828):1116-9.
2. Xia Y, Gao XF, Shi CY, Jiang YH, Yi X. Migration of hem-o-lock clips and stitches into the duodenum after laparoscopic hepatectomy and cholecystectomy: A case report. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(48):e18153.
3. Ray S, Bhattacharya SP. Endoclip migration into the common bile duct with stone formation: a rare complication after laparoscopic cholecystectomy. *JSL* 2013;17:330-2.
4. Ammann K, Kiesenebner J, Gadenstätter M, et al. Embolism of a metallicclip: an unusual complication following laparoscopic cholecystectomy. *DigSurg* 2000;17:542-4.
5. Chong VH, Chong CF. Biliary complications secondary to post-cholecystectomy clip migration: A review of 69 cases. *J GastrointestSurg* (2010) 14:688-96. DOI 10.1007/s11605-009-1131-0
6. Yu SC, Yuan RH, Ho MC, et al. Duodenal endoclip migration after laparoscopic cholecystectomy: report of a case. *Endoscopy* 1997;29:339.
7. Shamiyeh A, Wayand W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. *Langenbecks Arch Surg* 2004;389:164-71.
8. Lee VS, Chari RS, Cucchiari G, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993;165:527-32.
9. Soga K, Kassai K, Itani K. Duodenal ulcer induced by hem-o-lok clip after reduced port laparoscopic cholecystectomy. *J GastrointestLiverDis* 2016;25:95-8.
10. Raoul JL, Bretagne JF, Siproudhis L, et al. Cystic duct clip migration into the common bile duct: a complication of laparoscopic cholecystectomy treated by endoscopic biliary sphincterotomy. *GastrointestEndosc*. 1992; 38:608 - 11.
11. Pang L, Yuan J, Zhang Y, et al. Clip-stone and T clip-sinus: A clinical analysis of six cases on migration of clips and literature review from 1997 to 2017. *J Minim Access Surg*. 2019 Jul-Sep;15(3):192-97. DOI:10.4103/jmas.JMAS_53_18.
12. Tsumura H, Ichikawa T, Kagawa T, et al. Failure of endoscopic removal of common bile duct stones due to endo-clip migration following laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary PancreatSurg* 2002;9:274-7.
13. Hong T, Xu X-Q, He X-D, et al. Choledochoduodenal fistula caused by migration of endoclip after laparoscopic cholecystectomy. *World J Gastroenterol* 2014;20:4827-9.
14. Reis LD. Surgical clips incorporated into a duodenal ulcer: a rare complication after elective laparoscopic cholecystectomy. *Endoscopy* 2000;32:S3.
15. Panda N, Bandyopadhyay SK, Das S, et al. An unusual case of postcholecystectomy pain: migration of endoclips into the duodenum after laparoscopic cholecystectomy. *Formos J Surg* 2012;45:191-3.
16. Heatley MK, Nagarajan DV. The ulcer and the clip: which came first? *Gut* 2002;50:129.
17. Lee JH, Han HS, Min SK, et al. Laparoscopic repair of various types of biliary-enteric fistula: three cases. *Surg Endosc* 2004; 18: 349 [PMID: 15106642 DOI: 10.1007/s00464-003. 4514-4]
18. Wasserberg N, Gal E, Fuko Z, et al. Surgical clip found in duodenal ulcer after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;13: 387-8.
19. El Nakeeb A, Askar W, El Lithy R, et al. Clipless laparoscopic cholecystectomy using the Harmonic scalpel for cirrhotic patients: a prospective randomized study. *Surg Endosc*. 2010 Oct;24(10):2536-41. doi:10.1007/s00464-010-0999-9.
20. Firat YD, Erol MF. Safe use of vascular stapling devices during laparoscopic cholecystectomy in cases with enlarged cystic canal. *The European Research Journal* 2020, DOI: 10.18621/eurj.576891