

# Safra Kesesi ve Safra Yollarının Anatomisi, Fizyolojisi ve Hastalıkları

Bölüm

64

Dr. Öğr. Üyesi Bayram ÇOLAK  
Doç. Dr. Serdar YORMAZ

## Ana Konular

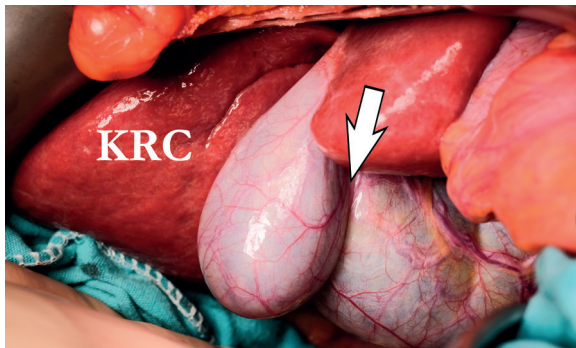
- ▶ Anatomi
- ▶ Fizyoloji
- ▶ Safra Yolları Hastalıklarında Tanısal Yöntemler
- ▶ Benign Biliyer Striktürler
- ▶ 5. Safra Kesesi Kanseri
- ▶ Ekstrahepatik Safra Yolları Kanseri
- ▶ Konjenital Anomaliler

## ANATOMİ

### Safra Kesesi

Safra kesesi 7- 10 cm. uzunluğunda, ortalama 30- 50 mL. kapasiteli armut şeklinde bir kesedir. Tıkanıklık olursa kapasitesi 300 mL.ye kadar genişleyebilir. Karaciğer alt yüzeyinde bir fossada yerleşiktir. Bu fossadan inferior vena kavaya uzanan bir hat karaciğeri sağ ve sol loblara ayırır (**Resim 1**).

Safra kesesi dört anatomik bölgeye ayrılır: **Fundus, korpus, infundibulum** ve **boyun** (**Şekil 1**).



**Resim 1.** Vücut içinde safra kesesinin konumu (KRC: Karaciğer; Dr. Tamer Akça arşivi)

Fundus yuvarlak kör uç kısımdır ve normalde karaciğer marjinini 1-2 cm geçer. Korpusun çoğunluğunun elastik dokulardan oluşması ve ana depolama alanı olmasının aksine, fundus safra kesesinin çoğunlukla düz kaslardan oluşan bölümüdür. Korpus fundustan boyuna daralarak uzanır, boyun ise huni şeklindedir ve sistik kanalla birleşir. Boyun genellikle hafif bir eğimi takip eder, bazen bu eğim infundibulumu veya Hartmann poşunu oluşturmak için genişleyebilir.

Karaciğeri saran peritoneal yaprak safra kesesinin fundus ve inferior yüzeyini de kaplar. Nadiren, safra kesesi tamamen periton ile kaplıdır ve bir mezenter ile karaciğer inferior yüzeyine bağlıdır.

Safra kesesi tek, yüksek katlantılı, kolesterol ve yağ globülleri içeren uzun kolumnar epitel ile döşelidir. Safra kesesi içine salgılanan mukus infundibulum ve boyun kısmında mukozada yerleşik tübuloalveolar bezlerden salgılanır (korpus ve fundusta bulunmazlar). Safra kesesi epitelini bir lamina propria tarafından desteklenir. Safra kesesi histolojik olarak gastrointestinal sistemden farklıdır, muskularis mucoza ve submukoza yoktur.

## KAYNAKLAR

- Clemente CD/ *Gray's Anatomy*. Philadelphia: Lea & Febiger;1985:132.
- Woods CM, Mawe GM, Saccone GTP. The sphincter of Oddi: understanding its control and function. *Neurogastroenterol Motil*. 2005;17(Supp 1):31.
- Yokohata K, Tanaka M. Cyclic motility of the sphincter of Oddi. *J Hepato-Biliary-Pancreatic Surg*. 2000;7:178.
- Wexler RS, Greene GS, Scott M. Left hepatic and common hepatic ductal bile leaks demonstrated by Tc-99m HIDA scan and percutaneous transhepatic cholangiogram. *Clin Nucl Med*. 1994;19:59.
- Brasca A, Berli D, Pezzotto SM, et al. Morphological and demographic associations of biliary symptoms in subjects with gallstones: findings from a population-based survey in Rosario, Argentina. *Dig Liver Dis*. 2002;34:577.
- Strasberg SM. The pathogenesis of cholesterol gallstones a review. *J Gastrointest Surg*. 1998;2:109.
- Fletcher DR. Gallstones. Modern management. *Aust Fam Physician*. 2001;30:441.
- Nakeeb A, Comuzzie AG, Martin L, et al. Gallstones: genetics versus environment. *Ann Surg*. 2002;235:842.
- Brasca A, Berli D, Pezzotto SM, et al. Morphological and demographic associations of biliary symptoms in subjects with gallstones: findings from a population-based survey in Rosario, Argentina. *Dig Liver Dis*. 2002;34:577.
- Strasberg SM. Cholelithiasis and acute cholecystitis. *Baillieres Clin Gastroenterol*. 1997;11:643.
- Kiviluoto T, Siren J, Luukkonen P, et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. *Lancet*. 1998;351:321.
- Ko C, Lee S. Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:S165.
- Halpin VJ, Dunnegan D, Soper NJ. Laparoscopic intracorporeal ultrasound versus fluoroscopic intraoperative cholangiography: after the learning curve. *Surg Endosc*. 2002;16:336.
- Lipsett PA, Pitt HA. Surgical treatment of choledochal cysts. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2003;10:35
- Patel M, Miedema BW, James MA, et al. Percutaneous cholecystostomy is an effective treatment for high-risk patients with acute cholecystitis. *Am Surg*. 2000;66:33
- Weber DM. Laparoscopic surgery: an excellent approach in elderly patients. *Arch Surg*. 2003;138:1083
- Strasberg SM. Avoidance of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2002;9:543
- Flum DR, Flowers C, Veenstra DL. A cost-effectiveness analysis of intraoperative cholangiography in the prevention of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg*. 2003;196:385.
- Ahrendt SA, Rashid A, Chow JT, et al. p53 overexpression and K-ras gene mutations in primary sclerosing cholangitis-associated biliary tract cancer. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2000;7:426.
- Nehls O, Gregor M, Klump B. Serum and bile markers for cholangiocarcinoma. *Semin Liver Dis*. 2004;24:139.
- Siqueira E, Schoen RE, Silverman W, et al. Detecting cholangiocarcinoma in patients with primary sclerosing cholangitis. *Gastrointest Endosc*. 2005;56:40.
- Vollmer CM, Drebin JA, Middleton WD, et al. Utility of staging laparoscopy in subsets of peripancreatic and biliary malignancies [Comment]. *Ann Surg*. 2002;235:1.
- Strasberg SM. ERCP and surgical intervention in pancreatic and biliary malignancies. *Gastrointest Endosc*. 2002;56:S213
- Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries: analysis of 252 cases from a human factors and cognitive psychology perspective [Comment]. *Ann Surg*. 2003;237:460