

## 50

## Biliyer Kaçaklar

Bayram YEŞİL  
Murat KEKİLLİ

## GİRİŞ

Biliyer kaçak, hepatobiliyer cerrahi sonrasında gelişen postoperatif morbidite artmasına, enfeksiyon riskinin artmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, yeniden ameliyat ihtiyacına ve mortaliteye neden olabilen bir komplikasyondur. Kolesistektomi (laparoskopik veya konvansiyonel), hepatektomi, hepatikojejunostomi ve pankreatikoduodenektomi sonrasında gelişebilmektedir. Safra yollarının cerrahi sırasında yaralanması, sistik güdüğün yetersiz kapanması, safra kesesi yatağından, hepatoktomi alanından veya T tüp bölgesinden kaçak sonucunda meydana gelir. Postoperatif safra kaçağı genellikle Oddi sfinkterinin oluşturduğu basınç gradyentinin bir sonucu olarak hepatektomi yatağından veya safra kanalı hasarından meydana gelir. Kaçaklara, çoğunlukla distal safra yollarında benign veya malign nedenlerle olabilen tıkanma eşlik etmektedir. Yapılan çalışmalarda ileri yaş, uzun ameliyat süresi, postoperatif pankreatik fistül, küçük kalibreli koledok, pankreatektomi sonrası kanama, düşük serum albümini, gecikmiş gastrik boşalma, sepsis, endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP) ile preoperatif safra drenajı yapılması ve VKİ >25 kg/m<sup>2</sup> olması daha yüksek postoperatif safra kaçağı ile ilişkili bulunmuştur (1).

Az miktarda olan kaçakların klinik bulgu vermeden spontan iyileşmesi nedeni ile safra kaçağının gerçek insidansı bilinmemektedir. Postoperatif safra kaçağı en sık kolesistektomi sonrasında ve çoğunlukla sistik kanal güdüğünden olmaktadır (2). Konvansiyonel kolesistektomi sırasında biliyer yaralanma %0,1-0,2 olarak bildirilirken, laparoskopik kolesistektomi sırasında yaralanmanın daha yüksek (%0,3-%0,8) olduğu ve günümüzde daha fazla postoperatif safra kaçağına neden olduğu bildirilmektedir (3). Hepatikojejunostomi sonrası safra kaçağı, hastaların %0,4 ila %8'inde meydana gelir (4). Pankreatikoduodenektomi sonrası safra kaçağı insidansı yüksek hacimli merkezlerde %3-%8'dir (1).

Safra yollarında anatomik varyasyonlar yaygındır ve kolesistektomi sırasında zorluklara neden olabilirler. En yaygın olanlardan biri, safra kesesini veya yatağını safra kanallarına bağlayan kolesistohepatik kanallar ve

stentlerin kullanımı, safra kaçağı tedavisinde birkaç önemli işleve hizmet eder. Kaçak bölgesini geçen bir kanal sağlar ve ekstrasvazasyon alanındaki hasarı köprüler. Ek olarak, stent, iyileşme aşamasında daralmış bir alanı genişletmek için yardımcı olur ve geç dönemde gelişebilecek daralmanın önlenmesine katkıda bulunur (3).

ERCP'nin mümkün olmaması veya başarısız olması durumunda PTK endikedir. Batın içi safra kaçağı kaynaklı lokazile kolleksiyonlar perkütan olarak drene edilirler.

Safıralı içerik tüm batına yayılmışsa ve kaçak kontrol altına alınmışsa kolleksiyon laparoskopik olarak boşaltılabilir. Kaçak kontrol altına alınamamışsa laparotomi ile açık drenaj ve kaçak alanının onarımı yapılabilir (6). ERCP ve PTK, büyük safra yolu transeksiyonunu gösteriyorsa, safra yollarının devamlılığının restorasyonu için cerrahi tedavi endikedir.

ISLGS Grade A için takip, Grade B için endoskopik veya perkütan tedavi, Grade C için cerrahi tedavi önermektedir.

## KAYNAKLAR

1. El Nakeeb A, El Sorogy M, Hamed H, et al. Biliary leakage following pancreaticoduodenectomy: Prevalence, risk factors and management. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2019;18(1):67-72.
2. Omar MA, Redwan AA. Management of postoperative bile leak tertiary centers experience. *Int J Gen Med Surg* 2017; 1, 111
3. Davids PH, Rauws EA, Tytgat GN, Huibregtse K. Postoperative bile leakage: endoscopic management. *Gut.* 1992;33(8):1118-1122.
4. de Castro SM, Kuhlmann KF, Busch OR, van Delden OM, Laméris JS, van Gulik TM, et al. Incidence and management of biliary leakage after hepaticojejunostomy. *Journal of Gastrointestinal Surgery.* 2005; 9(8), 1163-1173
5. Doumenc B, Boutros M, Dégremon R, Bouras AF. Biliary leakage from gallbladder bed after cholecystectomy: Luschka duct or hepaticocholecystic duct?. *Morphologie.* 2016;100(328):36-40.
6. Morgenstern L, Berci G, Pasternak EH. Bile leakage after biliary tract surgery. A laparoscopic perspective. *Surg Endosc.* 1993;7(5):432-438.
7. Mansueto G, Gatti FL, Boninsegna E, Conci S, Guglielmi A, Contro A. Biliary leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A classification system to guide the proper percutaneous treatment. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2020;43(2):302-310.