

BİLİOKUTANEAL FİSTÜL TEDAVİSİNDE ENDOSKOPIK SFİNKTEROTOMİ

(Olgu sunumu)

Hakan HALICI*, Ethem TANKURT**, Cihat TETİK*,
Hale AKBAYLAR**, Yusuf KUTLU*, Burhanettin SAVAN*

Atatürk Sağlık Sitesi İzmir Devlet Hastanesi 2. Cerrahi Servisi*
D.E.Ü. Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı**

ÖZET

Biliokutaneal fistüller sıklıkla karaciğer ve safra yollarına yapılan cerrahi girişimlerden sonra oluşmaktadır. Az görülen bir komplikasyondur. Tedavi edilmedikleri zaman morbidite ve mortaliteyle seyrederek. Endoskopik sfinkterotomi (EST), ekonomik oluşu, düşük morbidite ve mortalitesiyle biliokutaneal fistüllü olgularda ilk tedavi seçeneklerinden biri olmalıdır.

Bu makalede, postoperatif dönemde biliokutaneal fistül gelişen, rüptüre karaciğer absesi olgunun endoskopik sfinkterotomi ile tedavisi sunuldu.

Anahtar sözcükler: Biliokutaneal fistül, Endoskopik sfinkterotomi

SUMMARY

Biliocutaneous fistulas are rare complications mostly seen following surgical operations applied to the hepatobiliary system. The morbidity and mortality rates are high if they are not treated properly. Endoscopic sphincterotomy is the choice of treatment in these cases because of its low economic cost and the low rates of morbidity and mortality.

In this article, we present a case of biliocutaneous fistula, which is developed postoperatively of a ruptured hepatic abscess, treated with endoscopic sphincterotomy.

Key words: Biliocutaneous fistula, Endoscopic sphincterotomy

Biliokutaneal fistül, biliyer sistem hastalıklarının nadir görülen bir komplikasyonudur(1). Uzun süre tedavi edilmeyen biliyer sistem hastalıkları, spontan biliokutaneal fistüllere yol açabilmektedir. Bu klinik tablo, sıklıkla, safra kesesi, safra yolları ya da karaciğere yapılan cerrahi girişimlerden sonra görülmektedir(2). Biliyer sistem enfeksiyonları, piyojenik hepatik

abse oluşumunda önde gelen etyolojik faktörlerdendir. Piyojenik intrahepatik abselerin periton kavitesine rüptürü, az görülen bir komplikasyon olup, prognozu kötü yönde etkilemektedir(3). Safra yollarıyla, rüptüre olan abse kavitesinin ilişkili olması, biliokutaneal fistül gelişme olasılığını artırmaktadır. Tedavi edilmedikleri zaman yüksek morbidite ve

mortaliteyle seyreden fistüller, distallerinde tıkanıklık olmadığı koşullarda spontan olarak kapanabilmektedir(2-4). Spontan kapanmayan biliokutaneal fistüllerin klasik tedavisi, cerrahidir(5). Son yıllarda, biliokutaneal fistüllerin tedavisinde endoskopik yöntemler, gerek morbiditesinin, gerekse mortalitesinin cerrahi girişimlere göre düşük olması nedeni ile tercih edilir olmuştur (6).

Yazımızda piyojenik karaciğer absesi rüptürü sonucu biliokutaneal fistül gelişip, endoskopik sfinkterotomi yapılarak tedavi edilen bir olguyu sunduk.

OLGU SUNUMU

Ş.V. (Prot. No: 22066), 42 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, bulantı, kusma, defekasyon yapamama şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde; karında distansiyon, yaygın hassasiyet, kas defansı ve rebound hassasiyeti pozitif olan hastanın, oskültasyonunda, barsak sesleri duyulmadı. Lökosit sayısının 21.200/mm³ olduğu saptandı. Akut karın olarak değerlendirilen hasta, aynı gün operasyona alındı. Göbek üstü ve altı median kesi ile laparotomi yapıldı. Eksplozasyonda, periton kavitesinde 3lt.ye yakın safıralı pürülan sıvı olduğu gözlemlendi. Pürülan, safıralı sıvıdan kültür antibiyogram için örnek alındı. Karaciğerde 5,7,8 segmentler arası 10X10X15cm boyutlarında, içerisinde karın boşluğuna pürülan sıvı boşalan rüptüre abse kavitesi olduğu saptandı. İncelemlerle, kız veziküller görülmedi. Aspirasyon sonrası abse kavitesi ve karın boşluğu ilk serumlarla yıkandı. Abse boşluğundan safıra sızıntısına sebep olacak safıra kanal açıklığı görülemedi. Karın

organlarında başka patoloji saptanmadı. Abse boşluğu, diyafragma altı, Winslov ve Douglas boşluğuna birer adet dren yerleştirilerek kesi kapatıldı. Total parenteral beslenmeye alınan hastanın, postoperatif 1. gün, drenlerinden toplam 500cc, seropürülan akıntı geldi. Ameliyatta, kültür antibiyogram için alınan örnekte üreme olmadı. Postoperatif 3. gün lökosit 5.600/mm³ olan hastanın bilirubin değerlerinde yükselme olmadı.

Postoperatif 4. gün, drenlerinden gelen sıvının azaldığı saptandı. Defekasyonu başlayan hastanın gaita bakışında parazit ve parazit yumurtası görülmedi. Drenden alınan sıvının bakteriyolojik incelenmesinde üreme olmadı. Hastaya oral hiperalbuminasyon başlandı. Abse loju, hergün, povidon iyodolü serum ile yıkandı. Postoperatif 11. gün, abse lojundaki dren 1200cc, safıralı sıvı geldiği saptandı. Dren sıvısının incelenmesinde, bilirubin ve safıra asitlerinin pozitif olduğu görüldü.

Ultrasonografik incelemede, sağ subdiyagrafatik yüzde 7cm. çapında düzensiz kontürlü ekojenik görünüm izlendi. Postoperatif 12. gün çekilen intravenöz kolanjiografide, safıra yollarının dolmadığı, radyopak maddenin safıra kaçağından lojdaki drene doğru yayıldığı görüldü (Şekil 1). Biliokutaneal fistülün nutrisyonel destek ve tıbbi tedavi ile kapanmaması üzerine, endoskopik retrograd kolanjiopankreografi (ERKP) yapılmasına karar verildi. Postoperatif 18. gün yapılan ERKP'de, karaciğer içindeki poşun düzensiz olarak kontrast madde ile dolduğu saptandı (Şekil 2). Safıra drenajının normal olmayışı, Oddi sfinkterindeki spazma bağlı olabileceği düşünülerek EST yapıldı. EST

sonrası, 1. gün abse lojundaki drenajdan gelen 500cc. safralı sıvının, 2. gün 100cc. ye düştüğü görüldü. EST sonrası 4. gün safralı akıntı kesildi. Kontrol ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Bilirubin ve lökosit değerlerinin normal sınırlarda olması, ateşinin ve sarılığının bulunmaması, safra akımının fizyolojik yoldan olduğunu gösterdi. Abse lojundaki dren çekildi. Hasta sifa ile taburcu edildi.



Şekil 1. Postoperatif 12. günde çekilen intravenöz kolanjiografi



Şekil 2. Endoskopik retrograd kolanjiografide biliyer fistül

TARTIŞMA

Olgumuzda, biliokutaneal fistülün, steril piyojenik karaciğer absesine bağlı geliştiği görülmektedir. Bakteriyolojik tanı için yaptığımız akıntı kültürlerinde üreme olmadı. Gaita bakısında parazit ve yumurtasına rastlanılmadı. Son çalışmalar, piyojenik karaciğer abseli olguların %7'sinde akıntı kültüründe üreme olmadığını bildirmektedir(7).

Biliokutaneal fistüller, distal safra yollarında tıkanıklık yoksa spontan olarak kapanabilirler. Kronikleşmiş biliokutaneal fistüllü olgularda, yüksek debili safra kaybına bağlı steatore ve malabsorbsiyon gelişecektir(1). Beslenme yetersizliği, enfeksiyonlara uygun ortam hazırlayıp yara iyileşmesini geciktirecektir. İki haftadan uzun süren biliokutaneal fistüllerde, definitif tedavinin belirlenmesi gerekmektedir(1). Önceki yıllarda iyileşmemiş kronik biliokutaneal fistüller, cerrahi yöntemlerle tedavi edilmekteydi (5). Beslenme yetersizliği nedeni ile genel durumu düşük olgulara, çevre dokulara yapışık, enfekte anatomik planda yapılacak cerrahi girişimin, riskli ve güç olacağı açıktır. Hastanelerdeki yatış süresini uzatmaktadır. Biliokutaneal fistüller için uygulanan cerrahi girişim mortalitesi; %3-5 arasındadır(8). Bu koşullar, biliokutaneal fistüllerin tedavisinde morbiditesi ve mortalitesi daha düşük, hastanedeki yatış süresini uzatmayan ekonomik tekniklerin gündeme gelmesini sağlamıştır. EST'ye ait ilk raporlar 1974 yılında yayınlandı (9). Biliyer fistüllerin endoskopik girişimle tedavisi ise ilk kez 1982 de Sauerbruch(10) tarafından uygulanmıştır. Endoskopik tedavi yöntemleri geniş endikasyon spektrumuyla

giderek yaygınlaşmıştır. Endoskopik drenajla (EST), normalde 8mmHg. civarında olan bilioduodenal basınç farkının uygun düzeylere, mümkünse sıfıra indirilmesi amaçlanmaktadır (11). Böylece önündeki engel kalkan safra, fizyolojik yolu olan duodenuma akacak ve biliokutaneal fistülün kapanması sağlanacaktır.

Literatürde, biliyer fistüllü olgularda endoskopik tedavinin başarısını gösteren çalışmalar mevcuttur. Binmoeller ve arkadaşları(5), onbeş yıllık süreçte endoskopik tedavi girişimi

uygulanan 77 postoperatif biliyer fistüllü olguda teknik başarının %95, tedavi başarısının %82 olduğunu bildirmektedir. Şahin ve arkadaşları (12), altı yıllık süreçte 26 olguluk serilerinde endoskopik tedavi başarısının %76.8 olduğunu yayınladılar.

Yazımızda, karaciğer piyojenik abse rüptürü sonucu gelişen biliokutaneal fistüllü olgunun tedavisinde EST'nin yerini inceledik. Bu yöntemin biliokutaneal fistül tedavisinde ilk seçenek olması gerektiği sonucuna vardık.

KAYNAKLAR

1. Smith AC, Scharpiro RH. Successful treatment of nonhealing biliary-cutaneous fistulas with biliary stents. *Gastroenterology* 1986; 90: 764-768.
2. Ozaki CF, Rikkers LF. Spontaneous closure of an end biliary fistula. *Am J of Gastroenterol* 1987; 82: 900-901.
3. Pitt, A.H.: Liver abscess. In: Shackelford, R. Zuidema, G., ed. *Surgery of alimentary tract*, Second Edition Toronto: W.B. Saunders Company, 1983; 465-497.
4. Zimmon DS, Falkenstein DB. Endoscopic Papillotomy for choledocholithiasis. *N Engl J Med* 1975; 293: 1181-1182.
5. Binmoeller FK, Katon RM. Endoscopic management of postoperative biliary leaks. Review of 77 cases and report of two cases bilioma formation. *Am J of Gastroenterol* 1991; 86: 227-231.
6. Hsu D. Endoscopic sphincterotomy in the management of biliary-cutaneous fistula. *Am J of Gastroenterol* 1987; 82: 1078-1080.
7. Garrison, R.N. Polk, C.H.: Liver abscess-subphrenic abscess. In: Blumgart, L.H., ed. *Surgery of the liver and biliary tract*, Second Edition London: Churchill Livingstone, 1990; 933-942.
8. McSherry CK, Glenn F. The incidence and causes of death following surgery for non-malignant biliary tract disease. *Ann Surg* 1980; 191: 271.
9. Kawai K, Ahasaka Y. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of Water. *Gastrointest. Endosc* 1974; 20: 148-151.
10. Sauerbruch T, Weinzeier M. Treatment of postoperative bile fistulas by internal endoscopic biliary drainage. *Gastroenterol* 1986; 90: 1988-2003.
11. Feretis C, Kekis B. Postoperative external and internal biliary fistulas, unassociated with distal bile duct obstruction: Endoscopic treatment. *Endoscopy* 1990; 22: 211-213.
12. Şahin B, Hilmioglu F. Biliyer fistüllerde endoskopik tedavi. *Gastroenteroloji* 1991; 3: 254-260.