

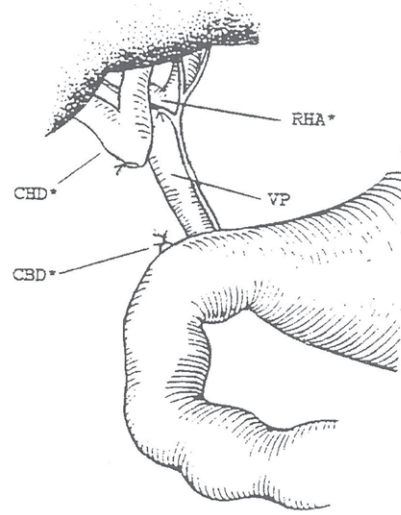
## İatrojenik supraduodenal koledok eksizyonu

Iatrogenic excision of the supraduodenal common bile duct

Sayın Editör,

Karaciğer dışı safra yollarının iatrojenik yaralanmaları en sık kolesistektomi ve koledok eksplorasyonları sırasında olmakla beraber safra sistemi dışı operasyonlar ve penetran ya da künt abdominal travmalar sonucunda da gelişebilirler (1). En sık yaralanma şekilleri safra yolu anatomisinin tam olarak belirlenememesine bağlı koledok kanalının bağlanması, kesilmesi ve eksizyonudur (2). Aşağıda sunulan olguda en az görülen komplikasyonlardan biri gerçekleşmiş, supraduodenal koledok tam olarak eksize edilmiştir.

Başka bir şehirde, 5 gün önce yapılan elektif kolesistektomi sonrası drenen ve kesi yerinden bol miktarda safra gelmesi üzerine kliniğimize sevk edilen 42 yaşındaki kadın hastanın fizik incelemesinde sağ paramedian kesinin açıldığı, foramen Winslow'a konulan drenen ve kesi yerinden bol miktarda safra geldiği görüldü. Taşikardisi olan hastada batında hassasiyet mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde sadece lökositoz (15.500/mm<sup>3</sup>) saptanan hastada evisserasyon ve safra peritoniti nedeniyle yapılan acil laparotomide eski sağ paramedian kesi ile batına girildi. Peritoneal kaviteden yaklaşık 2 litre safralı mayi boşaltıldı. Dokular safra ile boyalı ve ödemli idi. Batın serum fizyolojik ile yıkandıktan sonra yapılan eksplorasyonda hepatik kanalların bileşkesinin 2 cm altından duodenuma kadar tüm koledok kanalının çıkarıldığı saptandı. Duktus hepatikus kommunis bağlanmıştı ve ligatür kayarak safra kaçağına neden olmuştu. Sağ hepatik arter de bağlanmıştı, ancak karaciğer görünüm olarak normaldi (Resim 1). Anatomisinin tam olarak belirlenmesinden sonra duktus hepatikus kommunis serbestleştirildi. Çapı yaklaşık 6 mm idi. Roux-en Y şeklinde hepatikojejunostomi yapılarak bilioenterik devamlılık sağlandı. Stent olarak 5 no. T tüp kullanıldı ve şekilde görüldüğü gibi karın dışına çıkarıldı (Resim 2). Foramen Winslow drene edilerek



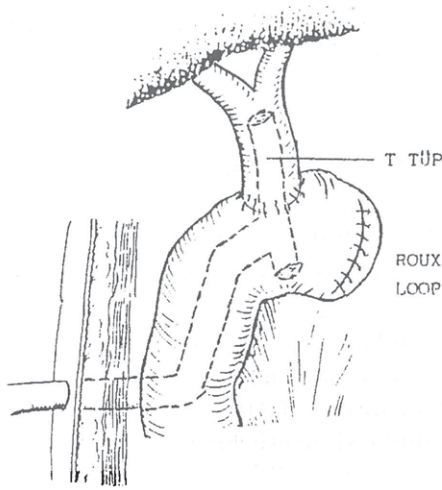
**Resim 1.** Laparotomi bulguları. Sağ hepatik arter bağlanmış, supraduodenal koledok eksize edilmiş

CBD\*: Bağlanmış koledok kanalı  
CHD\*: Bağlanmış d. hepatikus komminis  
RHA\*: Bağlanmış sağ hepatik arter  
VP: Vena porta

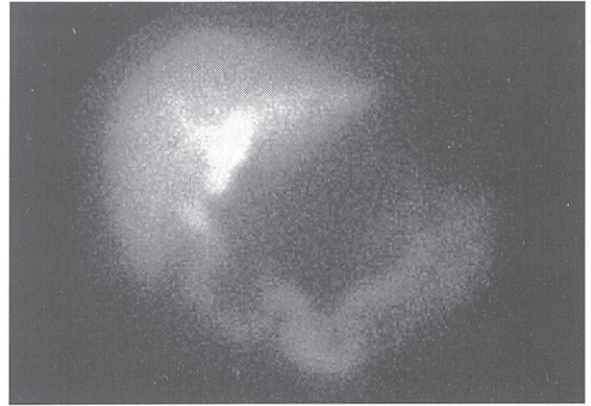
operasyona son verildi. Postoperatif dönemde yara enfeksiyonu gelişen hastada 12. gün T tüp klempe edildi ve foramen Winslow dreni çekildi. Hasta postoperatif 35. gün taburcu edildi. Üç ay sonra yapılan kontrolde hasta asemptomatikti, biyokimyasal değerler normal olarak bulundu. HIDA ile yapılan sintigrafide anastomozun yeterli açıklıkta olduğu, kaçak olmadığı saptandı ve stent çekildi.

Karaciğer dışı safra yolu yaralanmaları ciddi, hayatı tehdit eden komplikasyonlardandır. Bilier yaralanma insidensi tam olarak bilinmemekte ancak açık kolesistektomilerde % 0.1-0.2 olarak tahmin edilmektedir (3-4). Biliyer cerrahi de yaralanma nedenleri koledokun sistik kanal sanılması ve bağlanması, kesilmesi ya da eksizyonudur.

Koledok tam kesisi normal fizyolojiyi sağlayacağı için ideal işlem olan anastomozla, gerginliği minime indirerek ve T tüp kullanarak onarılabilir (1,



Resim 2. Rekonstrüksiyon sonrası görünüm



Resim 3. Kontrol sintigrafisi

4). Kesik uçlar arasındaki doku kaybı fazla ise ya da koledok çapı ince ise bu tür bir anastomozun başarılı olma şansı çok düşük olduğu için bilier intestinal anastomoz zorunludur (6).

Anastomozda stent kullanımı tartışmalıdır. Mukozaların karşılıklı dikilemediği durumlarda skatrisiyel kontraksiyonu önlemek için stentin yararlı olduğu tartışılmaz (6). Stentin kalma süresi duktal yaralanmanın seviyesi, proksimal kanalın çapı ve duktal inflamasyonun derecesine göre değişiklik gösterir. Önerilen süreler 4-12 hafta arasında değişmektedir (1-2). Biz hastamızda stenti 12 hafta süre ile tuttuk.

Safra yolu yaralanmaları, yetersiz cerrahi teknikle ilişkili olduğu için önlenebilirler. Bu amaçla operasyon sırasında tüm anatomik yapılar klempe edilmeden, kesilmeden ve bağlanmadan önce mutlaka tam olarak tanınmalıdır. Zor olgularda safra yolları anatomisini ortaya koymak için operatif kolanjiografi yapılmalıdır (10, 12).

Dr.Mehmet Kürşat BOZKURT, Dr.Koray OKUR,  
Dr.Celal ÇERÇİ, Dr.Neşet Hayri GÖKOK

*Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Isparta.*

#### KAYNAKLAR

1. Warren KW, Jefferson MF. Prevention and repair of strictures of the extra hepatic bile ducts. Surg Clin North Am 1973; 53: 69-90.
2. Lillemoe KD, Pitt HA, Cameron JL. Postoperative bile duct strictures. Surg Clin North Am 1990; 70: 1355-80.
3. Minkari T, Perek S. Ameliyat sonu ana safra yolu darlıkları. Çağdaş Cerrahi Dergisi 1991; 5: 196-208.
4. Halıcı H, Davraşlı A, Karademir S, et al. İatrojenik safra yolu yaralanmaları. Gastroenteroloji 1994; 5: 651-3.
5. Browder WI, Dowling JB, Koontz KK, Litwin MS. Early management of operative injuries of the extrahepatic biliary tract. Ann Surg 1987; 205: 649-58.
6. Rossi RL, Tsao JI: Biliary reconstruction. Surg Clin North Am 1994; 74: 825-41.
7. Andren-Sandberg A, Johanssen S, Bengmark S. Accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy II. Results of treatment. Ann Surg 1985; 201: 452-5.
8. Ahrendt SA, Pitt HA. A history of the bilioenteric anastomosis. Arch Surg 1990; 125: 1493-1500.

## Değişik semptomlarla gelen çocuklarda gastroözofageal reflü sıklığının sintigrafi ile değerlendirilmesi

The evaluation of gastroesophagel reflü incidence in children with various symptoms by cintigraphy

Sayın editör,

İlk kez 51 yıl önce tanımlanan (1) gastroözofageal reflü (GÖR), her yaş gurubunda görülebilen fiz-

yolojik bir fenomen olarak kabul edilmekle birlikte, infantlarda bazen patolojik sınırlara ulaşmaktadır (2). Patogenezinde alt özofagus sfinkteri hipotonisi veya geçici relaksasyonları, sfinkter etrafı desteğin hatalı olması, gastrik volüm ve/veya basıncın artması, mide boşalım zamanının uzaması, özofagus mukoza direncinin