

İntrahepatik safra yollarındaki katetere bağlı gelişen plevrobiliyer fistül

Pleurobiliary fistula caused by catheter in intrahepatic biliary tract

Fatih Meteroğlu, Atalay Şahin, Tahir Şeval Eren

ÖZET

Bronkobiliyer fistüllü hemen hemen tüm olgularda safralı balgam mevcutken, plevrobiliyer fistülde ise safralı balgam gözükmemektedir. Plevrobiliyer fistül, malignite veya geçirilmiş cerrahiye sekonder komplikasyon olarak görülebilir. Safra plevral boşlukta birikmekte ve safra tahrişine sekonder pnömonit sıklıkla görülebilir. Bu çalışmada inoperabil pankreas başı tümörü tanısıyla intrahepatik safra yollarına 3 kez kateter takılan olgu tartışıldı. Olgunun tanısı, akciğer grafisi, bilgisayarlı tomografisi ve plevral mayinin biyokimyasal analiziyle tanısı konuldu. Plevrobiliyer fistül olgusu literatür bilgileri eşliğinde sunuldu.

Anahtar kelimeler: Ampiyem, plevrobiliyer fistül, intrahepatik kateter

GİRİŞ

Safranin akciğer ve plevral alan üzerinde koroziv etkisi vardır. Plevrobiliyer fistül (PBF) loküle biliöz ampiyeme yol açabilir ve plevral adezyonlara neden olarak akciğer fonksiyonlarını baskılayan tuzaklanmış akciğer ile sonuçlanabilir. Plevral sıvıda bilirubin seviyesinin analiziyle safra varlığının gösterilmesi PBF için patognomoniktir.¹ Safra irritasyonuna bağlı kimyasal pnömonit ile sonuçlanır.² Olgumuzda torasentez ile sarı renkte pis kokulu safra içeren püü alındı, sıvının biyokimyasal analizinde ampiyemle uyumlu olduğu ve bilirubin içerdiği saptandı.

OLGU

Kırk yaşında erkek, inoperabil pankreas başı tümörü; hasta nefes darlığı, ateş ve sağ yan göğüs ağrısı şikâyetiyle yatırıldı. Olguya dış merkezde 3 kez intrahepatik safra yollarına kateter takılmış. Fizik muayenede genel durumu orta, şuur açık ve dispneik

ABSTRACT

In almost all cases of bronchobiliary fistula, sputum with bile is present but not in pleurobiliary fistula. Pleurobiliary fistula is seen secondary to malignancy or surgery. Bile accumulates in pleural space and causes bilious irritation followed by recurrent pneumonia. In this study, a case of pancreatic head tumor, underwent intrahepatic biliary tract catheter three times, was evaluated. The case was diagnosed with chest x-ray, computerized tomography and biochemical analysis of pleural effusion. Pleurobiliary fistula and information from the literature are presented.

Key words: Empyema, pleurobiliary fistula, intrahepatic catheter

görünümdeydi. Tansiyon arteriyel: 110/70mmHg, nabız: 92/dk, ateş: 38,4°C idi. Sağ hemitoraks solunuma az katılıyor, sağ akciğer alt zonda solunum sesleri alınamıyordu. Batın muayenesinde sağ hipokondriumda hassasiyet vardı. Rutin kan tetkiklerinde hemotokrit: %29, beyaz küre: 32600/mm³, albümin: 2,11 gr/dl, Total protein: 6,6 gr/dl, LDH: 302 mg/dl, total bilirubin: 2,9 mg/dl, sedimantasyon: 58 mm/saat idi. Radyolojik incelemede postero-anterior (PA) akciğer grafiğinde sağ hemitoraksta plevral effüzyonla uyumlu orta zona kadar dansite artışı ve batından toraksa geçmiş kateter görüldü (Resim 1, 2, 3). Bilgisayarlı Tomografi'de (BT) inceleme alanına giren abdominal kesitlerde, intrahepatik safra yollarına takılan kateter batından toraks içine geçmiş olup orta lob düzeyindeki ampiyem kavitesi içerisinde sonlanmaktaydı (Resim 4). Hastaya torasentez yapıldı. Torasentez ile sarı renkte ve pis kokulu safra içeren püü alındı. Alınan mayinin biyokimyasal analizinde ampiyemle uyumlu olduğu ve bilirubin içerdiği saptandı. Plevral mayinin; glukoz: <5

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye

Yazışma Adresi /Correspondence: Dr. Fatih Meteroğlu,

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi AD, Diyarbakır, Türkiye E-mail: drfatihmeteroglu@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 12.03.2012, Kabul Tarihi / Accepted: 26.08.2012

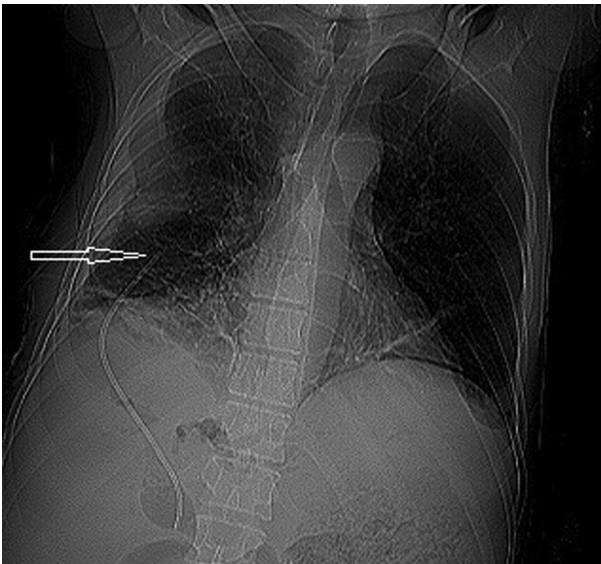
Copyright © Dicle Tıp Dergisi 2012, Her hakkı saklıdır / All rights reserved

mg/dl, Total protein: 1,9 mg/dl, LDH: 1995 mg/dl, albumin: 0,71 mg/dl, direkt bilirubin: 3,2 mg/dl, total bilirubin: 4,4 mg/dl idi.

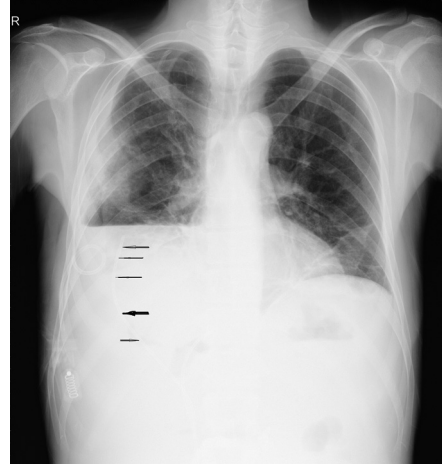
Hastaya sağ hemitoraksa 24F tüp torakostomi uygulandı ve 1600 cc mayı boşaltıldı. Hastanın günlük yaklaşık 300 cc drenajı mevcuttu. Hastaya gastroenteroloji kliniğince endoskopi yapıldı fakat takılan kateter çıkarılamadı. Genel cerrahi ile görüşüldü. Tümör den dolayı ulaşamayacaklarını ifade ettiler. Bunun üzerine tarafımızca hastaya video yardımcı torakoskopik cerrah ile takılan kateter çıkartıldı (Resim 5). Hastaya sağ orta hat 6. interkostal aralıktan torakoskopi girildi. Kataterin sağ kostofrenik sinusa yakın ve yaklaşık 3 cm lik uzunlukta toraksın içinde olduğu görüldü. Katater çıkartıldı. Postoperatif dönemde genel durumu düzeldi ve ilgili klinikçe safra yollarına yeniden kateter takıldı. Takiplerinde genel durumu düzelen hastanın tüp torakostomisi sonlandırıldı.

Tablo 1. Literatürdeki 35 post travmatik torako-biliyer fistül olgusunda fistül gelişimine yol açan faktörler⁷

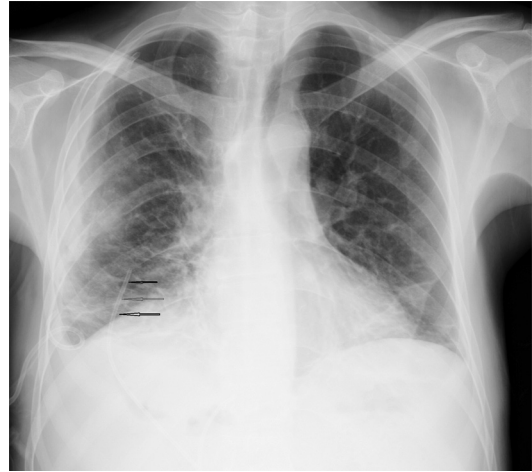
Fistül gelişim nedeni	n
Konservatif tedavi uygulanması sonrası	13
Diyafragmatik laserasyonun gözden kaçırılması	5
Karaciğer yaralanması sonucunda subfrenik bölgenin yeterli drenajının yapılmaması	5
Subfrenik abse	7
Nedeni saptanamayanlar	5



Resim 1. Çekilen bilgisayarlı tomografi öncesi alınan direkt görüntü, kateterin görünümü.



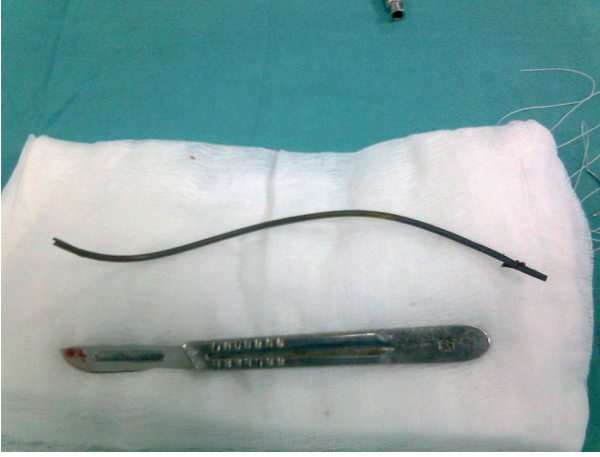
Resim 2. Akciğer grafide orta zona kadar plevral efüzyon ve kateter görülmektedir.



Resim 3. Plevral mayi boşaltıldıktan sonra kateterin görünümü



Resim 4. Toraks bilgisayarlı tomografi' de kateterin görünümü



Resim 5. Çıkarılan kateter

TARTIŞMA

Toraksta safra görülmesinin en sık sebebi özofagal hastalıkların cerrahi tedavisi sonrası ortaya çıkan anastomoz kaçağıdır. Torakoabdominal yaralanmalar, karaciğer kist hidatiği, subdiyafragmatik abse ve yer değiştiren biliyer taşlar diyafragma perforasyonuna yol açarak PBF'e neden olabilir.³ Bronkobiliyer fistülün en sık nedenleri arasında gelişmekte olan ülkelerde ekinokoksik ve amebik karaciğer hastalıkları gelirken, batı ülkelerinde ise travma ve geçirilmiş biliyer cerrahiye sekonder obstrüksiyonlar gelmektedir.^{4,5} Paşacıoğlu ve ark⁶ ise ateşli silahlı yaralanmaya bağlı gelişen 3 olgu bildirmişler. Ayrıca literatüre baktığımızda ise PBF'ün en sık sebebi konservatif tedavi sonrası olduğu görülmektedir (Tablo1).⁷ Olgumuzda ise pankreas başı tümörü nedeniyle safra yollarına kateter konulmuş. Fazla ileri itilen kateter diyafragmayı geçip torakstan orta lob düzeyinde olması nedeniyle safra toraksa boşalmış. Yani iyatrojenik PBF oluşturulmuş.

Bronkobiliyer fistüllü hemen hemen tüm olgularda safralı balgam mevcuttur. Safra tahrişine sekonder pnömoniler sıklıkla görülür. Bakteriyel süperenfeksiyonların da eklenmesi ile pulmoner komplikasyonlar ölümcül boyutlara erişebilir.⁴ Bu olgularda plevral efüzyon, ateş ve\veya titreme, lökositoz, ampiyem sıklıkla görülmektedir.⁶ Bizim olgumuzda ateş, beyaz küre hâkimiyeti ve ampiyem mevcuttu. Literatürde bildirilen tüm olgularda direkt akciğer grafiği, torasentez veya torakostomi ile tanıya gidildiği görülmektedir.⁶ Olgumuzun tanısı, akciğer grafisi, tüp torakostomi sonrası biyokimyasal analiz ile konuldu.

Tedavi nekrotik, hasar görmüş akciğer dokusunun ve fistül traktının rezeksiyonu veya rezeksiyonsuz subdiyafragmatik abse veya kistin basit drenajıdır.⁸ Plevrobiliyer fistül'de ise safralı balgam gözükmemektedir. Tersine PBF genel olarak daha az zararlıdır ve akciğer rezeksiyonu gerektirmez. Tüp torakostomi ile konservatif yaklaşım ve uygun antibiyotik tedavisinin post travmatik PBF olgularının yaklaşık %60'ında başarı sağlandığı ve fistülün spontan kapandığı rapor edilmiştir.¹ Konservatif yöntemlerle tedavinin daha başarılı bir yaklaşım olabileceği ve cerrahinin bu yöntemlerin başarısız kalması durumunda tercih edilebileceği öne sürülmüştür.³ Olgumuza tüp torakostomi uygulandı. Genel durumu düzelen hastaya torakoskopik cerrahi yapıldı. Video yardımcı torakoskopik cerrahi ile kateter çıkartıldı. Takiplerinde ilgili klinikçe hastaya tekrar safra yollarına yeni kateter takıldı.

Sonuç olarak biliyer obstrüksiyonu olan PBF olgularının tanısında etiyojiye yönelik müdahale edilmesi, mümkün olduğu kadar az invaziv yöntemlerin kullanılması, olgumuzda da görüldüğü gibi bilgisayarlı tomografi, biyokimyasal analiz kullanılabilir. Yüksek morbidite ve mortaliteye sahip PBF olguları tüp torakostomi ve etiyojiye yönelik müdahale ile konservatif yaklaşımlarla kolaylıkla tedavi edilebilir.

KAYNAKLAR

1. Singh B, Moodley J, Sheik-Gafoor MH, Dhooma N, Reddi A. Conservative management of thoracobiliary fistula. *Ann Thorac Surg* 2002; 73(9): 1088-91.
2. Andalkar L, Trow TK, Motroni B, Katz DS. Bronchobiliary fistula as a complication of liver metastases: diagnosis by HIDA scan. *Clin Nucl Med* 2004;29(3):289-91.
3. Ramnarine IR, Mulpur AK, McMahon MJ, Thorpe JA. Pleuro-biliary fistula from a ruptured choledochal cyst. *Eur J Cardiothorac Surg* 2001; 19(2): 216-8.
4. Kabiri EH, EL Maslout A, Benosman A. Thoracic rupture of hepatic hydatidosis. *Ann Thorac Surg* 2001; 72(8): 1883-6.
5. Kaido T, Kano M, Suzaki S, et al. Bronchobiliary fistula after hepatectomy for hepatocellular carcinoma. *Dig Dis Sci* 2006;51(9):1117-21.
6. Paşacıoğlu H, Şen S, Çıkrıkçıoğlu M, ve ark. Traumatic thoracobiliary fistulas; Diagnosis and treatment. *Ulusal Travma Dergisi* 2000;6(1):61-65.
7. Ivatury RR, O'Shea J, Rohman M. Post-traumatic thoracobiliary fistula. *J Trauma* 1984;24(4):438
8. Chua HK, Allen MS, Deschamps C, Miller DL, Pairolero PC. Bronchobiliary fistula: principles of management. *Ann Thorac Surg* 2000; 70(10): 1392-4.