

REOPERASYON GEREKTİRMİYEN BİR T DREN DEPLASMANI OLGUSU

A CASE OF T DRAIN DISPLACEMENT TREATED
CONSERVATIVELY

Avni ŞAMLI
Mehmet Emin BÜYÜKERKME
Ragıp KAYAR

SUMMARY

If the displacement of T drain occurs by 5th. day of operation, the drain should be replaced again by a reoperation.

In our case, displacement occurred at 3rd. postoperative day. The drain was kept inside and connected to an active aspiration system. After a close observation, patient did well without problem.

Careful observation and active drainage of displaced T drain are well enough and may prevent some reoperations.

(Key Words: T - drain, Displacement, Complication)

ÖZET

T dreni deplasmanlarının postoperatif ilk 5 günde olduğu takdirde genellikle reoperasyon gerektirdiği bilinmektedir.

Olgumuzda postoperatif 3.cü günde deplase olan T dreni, aktif drenaj sistemine bağlanarak konservatif izlenmiş ve şifa sağlanmıştır.

Enerjik ve titiz hasta takibi ve aktif aspirasyonun, T dreni deplasmanlarında erken reoperasyonları azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

(Anahtar Sözcükler: T dreni, Deplasman, Komplikasyon)

I. Genel Cerrahi Kliniği
SSK Tepecik Hastanesi 35120 - İZMİR
(Doç. Dr. R. Kayar Kl. Şefi, Op. Dr. A. Şamlı)

Cerrahi Servisi
SSK Afyon Hastanesi
(Op. Dr. M. E. Büyükerkmen)

Yazışma: Op. Dr. A. Şamlı

Koledokotomi sonrası, anastomoz yapılmayan olgularda, T dreni ile dekompresyon, rutin bir cerrahi işlemdir. T dreninin erken postoperatif devrede deplasmanı, safra peritoniti gibi ciddi bir komplikasyona yol açabilir. Sunacağımız olguda postoperatif 3.cü gün T dreni deplasmanı gelişmiş, enerjik bir gözlem ve sağıtım sonucu reoperasyon gerektirmeden şifa ile taburcu edilmiştir.

OLGU

(A.Ö.) 35 yaşında kadın. 27.2.1990 tarihinde, Afyon SSK Hastanesi Cerrahi Servisine 2-3 yıldan beri karın sağ üst kadranda ağrı, şişkinlik, hazımsızlık, bulantı şikayetleri nedeniyle 950 protokol no'su ile yatırıldı. Öz ve soy geçmişi özellik arzetmeyen hastanın yapılan fizik muayenesinde: karın sağ üst kadranda palpasyonla ağrı ve hassasiyet dışında patoloji saptanamadı. Rutin laboratuvar tetkikleri, idrar sedimentinde 20-25 lökosit, bol epitel dışında normaldi. Akciğer grafisi ve dahili konsültasyonu, normal bulundu. Üst abdominal ultrasonografisinde (26.2.1990, Dr. Rahmi Genç) safra kesesi içinde çok sayıda küçük taşlara ait ekojeniteler mevcut. Koledok çapı, 5 mm.'dir. Tanı: kolelitiazis.

Tetkikleri devam eden hastada, 3.3.1990 tarihinde kolik tarzında karın ağrısı, kusma, idrarın koyulaşması ve subikter gelişmesi üzerine akut kolesistit ve tıkanma ikteri ön tanısıyla 5.3.1990 tarihinde eksplore edildi. Genel anestezi altında median superior laparotomide safra kesesi, hidrops halinde ve akut infeksiyon bulguları ile birlikte küçük taşlar içermekteydi. Koledok normaldi. Pankreas hafif ödemliydi. Kесе aspire edilip kısmen boşaltıldı. Kolesistektomi uygulandı. Hastada iktet olması nedeniyle koledokotomi yapıldı. Koledok içinde püğ ve debiriler vardı. Distal ve proksimal koledok yıkanıp kontrol edildi. T dreni yerleştirildi. Hemostaz, alet ve kompres sayımından sonra Winslov'a penroz dren konup tabakalar kapatıldı.

Postoperatif 3. gün T dreninden gelen safra miktarının 40-50 cc/gün'e düşmesi üzerine T kolanjiografi yapıldı. T dreninin koledoktan çıktığı belirlendi. Peritoneal irritasyon bulguları yok idi. T dreni, aktif aspirasyona bağlandı. Müteakip günlerde aktif aspirasyonla safra drenajı 250-300 cc/gün miktarlarda seyretti. Postoperatif 9. gün yapılan fistülografide koledok ve barsağa geçiş gözlemlendi. Hasta, T dreni klampajını tolere etti ve 14. gün T dreni çekildi. Postoperatif 22. gün asemptomatik olan hastada T. bilirubin: % 0,6 mg, D. bilirubin: % 0,2 mg, Alkalen fosfataz: 14,5 Ü/ml (N: 13 - 48), SGOT: 39 Ü/ml (N: 5 - 30), SGPT: 46 Ü/ml (N: 8 - 40), T. protein: % 5 Gm, S. Albumin: % 4 Gm bulundu.

TARTIŞMA

T dreni konmuş koledoktan meydana gelen safra kaçakları, periduktal ve subhepatik bölgelerde toplandığı yerden drenin oluşturduğu traktüs yoluyla dışarı boşalır. Koledoktaki dren, ameliyattan birkaç saat sonra yerinden çıkarsa safra sızıntısı başlayacağından, hemen reoperasyon gerekir. Dren, ameliyattan birkaç gün sonra yerinden çıkarsa, distalde obstrüksiyon olup olmadığının belirlenmesi açısından kolanjiografi önem kazanır. Eğer tıkanıklık yoksa, az miktarda bir safra kaçağı gözlenir. Tıkanıklık fazlaysa, safra kaçağı da artacaktır. Koledok duvarındaki defektin genişliği tıkanıklık derecesi kadar önemli değildir. Bu nedenle safra kaybı miktarı ameliyattan sonra geçen süreye, koledokoduodenal birleşim yerinin açıklığına ve koledok distalinde engel olup olmadığına bağlıdır (1).

Koledoktan çıkan drenlerin karın içinde bırakılması veya çıkarılması konusu önemlidir. Safranın subhepatik bölgede toplanması beklendiğinden yerinde bırakılan dren, safra kaçağını drene etmede yardımcı olacaktır. Karaciğer yatağını drene eden drenlerin de yerinde bırakılması, safra kaçağının güvenle dışa drenajını sağlar (1).

Böyle olguların yakın gözlem ve takibi gerekir. Dışarı safra drenajı olmayan bu gibi

hastalarda diafragma irritasyonu, karın distansiyonu ve safra kanalının periton boşluğuna kaçmasıyla ilgili diğer bulgular varsa hasta geciktirilmeden reoperasyona alınmalıdır. Sunduğumuz olgu, postoperatif 3. günde T dreninin deplasmanı sonucu takibe alınmış ve konservatif yöntemle sağılarak şifa ile taburcu edilmiştir.

Burada dikkat edilecek noktalar: deplasmana uğrayan drenin koledoktan çıktıktan sonra bulunduğu yer, koledok distalinde kopan drene bağlı tıkanmanın varlığı ve drenin postoperatif dönemin neresinde deplasmana uğradığıdır.

Koledoğa konan T dreninin postoperatif erken dönemde çıkmasını önleyecek çok sayıda yöntem vardır. Dren, dikişlerle cilde tesbit edilir veya cilde ipek dikişlerle tutturulan yuvarlak bir bandaja bağlanır. Ayrıca kullanılacak drenin yeni ve kaliteli olmasına dikkat edilmelidir. Dreni yerleştirirken üzerinde kesik veya yırtık oluşturulmamalıdır. Dren traktüsünde fibröz gelişme beklenenlerde T dreni uzun süre yerinde tutulur. Bu durumda drenin özellikle ciltten dışarı çıktığı kısımda sertleşme ve kopma olmaktadır. Koledokta dren veya dren parçalarının kalması akımın zorlaşmasına veya yeni taş oluşumu için bir odak oluşmasına yol açacağından bu parçaların çıkarılması için cerrahi girişim şarttır. Drenin yara içine kaçmasını önlemek için, drenin dış ucuna çengelli iğne takılabilir. Drenin fonksiyonu hakkında hastaya bilgi verilmelidir (1).

Son yıllarda koledokta kalmış T dreni parçalarının endoskopik yolla çıkarılabileceği bildirilmiştir (3).

Önlemlere rağmen T dreni yerinden çıkmışsa şu noktalara dikkat edilmelidir:

1. Koledok distalinde obstrüksiyon varsa reoperasyon gerekir.

2. Deplasman postoperatif ilk iki gün içinde olduysa (Winslov'daki dren çekilmişse) önce hasta enerjik olarak takip edilmeli ve safra drenaj miktarı gözlenmelidir. Safra peritoniti bulguları gelişmiyor ve safra drenajı yeterli ise konservatif sağıtım yeterlidir, aksi halde reoperasyon geciktirilmemelidir.

3. Dren çıktıktan sonra çekilen kolanjiografide (Winslov'daki dren çekilmişse) T dreni subhepatik bölge dışında ve safra drenajı yoksa reoperasyon kaçınılmazdır.

Yapılan çeşitli çalışmalar, T dreninin postoperatif ilk beş gün içinde çıkması halinde safra peritoniti meydana gelme olasılığının yüksekliği nedeniyle bir reoperasyonun gerektiğini, daha sonraki günlerde T dreninin çıkması halinde konservatif sağıtımın yeterli olabileceğini göstermektedir (2).

Olgumuzda postoperatif 3. günde gelişen T dreni deplasmanı tedavisinde konservatif sağıtımın yeterli olması, belki de bu beş gün sınırının daha esnek tutulması gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak T dreni deplasmanı olgularında enerjik ve titiz takip koşuluyla, konservatif yöntemler, erken reoperasyon şansını azaltabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hardy J D. (Çev: Değerli Ü.): *Cerrahide Komplikasyonlar ve Tedavileri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 1984: 514 - 5.
2. Greenfield L J.: *Complications in Surgery and Trauma*. Philadelphia J. B. Lippincott Co; 1990: 552 - 4.
3. Görgül A. : Koledokta kalan T tüp parçalarının endoskopik yolla çıkartılması. *Gazi Tıp Derg.* 1990: 1 (3): 148 - 9.