

# Spontan Koledok Perforasyonu: Nadir Bir Akut Batın Nedeni

## Spontaneous Perforation of the Common Bile Duct: A Rare Cause of Acute Abdomen

Tunç Özdemir

Ahsen Karagözlü

Yağmur Arpaz

Ahmet Arıkan

SB Tepecik Eğitim ve araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İzmir

### ÖZET

Çocukluk çağında spontan koledok perforasyonu (SKP), ender görülen bir akut batın nedenidir. Karın ağrısı, kusma yakınmaları ile acil servise başvurusu sonunda kliniğimize yatırılan ve yapılan fizik inceleme, ultrasonografi ve laboratuvar verileri doğrultusunda perforate apandisit ön tanısı ile uygulanan laparotomide spontan koledok perforasyonu olduğu saptanarak T-tüp drenajı uygulanan ve sorunsuz taburcu edilen 9 yaşındaki erkek olgu, SKP'nin çocuklardaki akut batın nedenleri arasında akla getirilmesi amacıyla sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Koledok perforasyonu, safra peritoniti, pankreatobilier kanal anomalisi

### SUMMARY

Spontaneous bile duct perforation (SBDP) is a rare cause of acute abdomen in childhood. We herein report a 9 year-old boy who was admitted in the emergency and hospitalized with abdominal pain and vomiting. With the initial diagnosis of perforated appendicitis after physical examination, ultrasonography and blood analyses, the patient had undergone emergent laparotomy. During laparotomy Spontaneous bile duct perforation (SBDP) was detected and t-tube drainage was performed. The patient was discharged uneventfully. Among the causes of acute abdominal pain during childhood, SBDP must be considered.

**Key Words:** Bile duct perforation, bile peritonitis, pancreaticobiliary maljunction

Başvuru tarihi : 12.06.2007

**İzmir Tepecik Hast Derg 2007;17(2):105-108**

Çocukluk çağında, önceden geçirilmiş biliyer sistem cerrahisi veya travma öyküsü olmadan gelişen spontan koledok perforasyonu (SKP) ender görülen ve tanısı genellikle ameliyat sırasında konan bir patolojidir. Etiyolojisinde koledokun konjenital zayıflığı, iskemi, taş, enfeksiyon, immun yetersizlik, distal stenoz, safra tıkaçı, safra yollarının kisti veya divertikülü gibi faktörler tartışılmıştır (1-3). Ayrıca, koledok kisti (KK) etiyopatogenetik faktörlerinden biri olarak kabul edilen pankreatobilier bağlantı anoma-

lisinin (PBBA), SKP gelişiminde de öncelikli etiyolojik faktör olduğu düşünülmektedir (4-6).

### OLGU

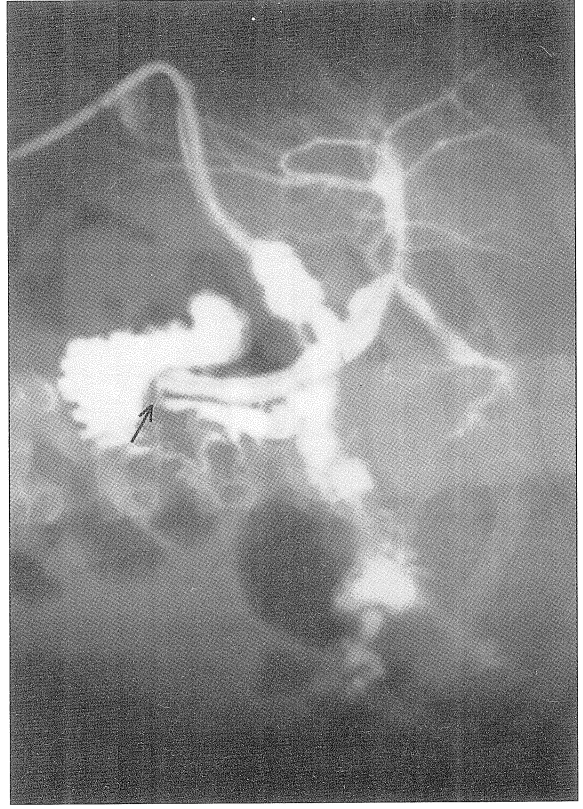
Acil servise 3 gündür karın ağrısı, safralı kusma ve iştahsızlık yakınmalarıyla başvuran 9 yaşındaki erkek hastanın yapılan muayenesinde, batında distansiyon, yaygın hassasiyet ve defans saptandı. Ele gelen kitle yoktu. Barsak sesleri alınamıyordu.

Laboratuar incelemelerinde lökosit sayısı 22000/dl, ALT: 254 U/dl, AST: 183 U/dl direkt bilirubin 2.6 mg/dl saptandı. Ayakta direk karın grafisi, hava-sıvı seviyelerinin varlığı dışında bilgi verici nitelikte değildi (Resim 1). Çekilen batın ultrasonografisinde (US), durgun barsak ansları arasında, yüksek miktarda düşük düzeyde iç ekolar içeren yaygın sıvı saptandı.

Hastaya perfore apandisit ön tanısı ile orta hat insizyonu ile laparotomi yapıldı. Laparotomide ilk bulgu batın içinde yaygın, berrak safra varlığı ve buna bağlı kimyasal peritonitti. Safra kesesi ve safra yolları eksplorasyonu yapıldığında, sistik kanalın koledoka bağlandığı noktanın hemen distalinde ön yüzde, iki adet zımba deliği gibi düzgün kenarlı perforasyon saptandı. Batın içinin temizlenmesi sonrasında, distal koledokun açıklığı 8Fr beslenme sondası ile proksimal safra yollarının açıklığı koledok stileleri ile kontrol edildi. Tıkanıklık saptanmadı. Hastaya kolesistektomi+T-tüp drenajı ger-



**Resim 1.** Olgunun başvuru anındaki ayakta direk karın grafisi.



**Resim 2.** Çekilen kolanjiyogramda pankreatobiliyer kanalın uzun olduğu ve pankreas kanalına opak madde reflüsü görüldüğü (ince ok).

çekleştirildi. Postoperatif erken dönemde T-tüpten suda eriyen opak madde verilerek çekilen kolanjiyogramlarda, pankreatobiliyer kanalın uzun olduğu ve pankreas kanalına opak madde reflüsü olduğu saptandı (Resim 2). Hasta yatışının 22. gününde sorunsuz bir şekilde taburcu edildi.

## TARTIŞMA

Çocukluk çağında akut batın ve yaygın peritonit ile seyreden nedenler arasında ilk sıralarda akla gelmeyen ve tanısı genellikle ameliyat sırasında konan SKP, etiyolojisi konusunda çeşitli teoriler üretilmiş ender görülen bir patolojidir.

Perforasyonun genellikle sistik kanal ile ortak safra kanalının birleşme yerinde olması dolayısıyla, embriyogenez sırasında mural malformasyon sonucu safra yolunda doğumsal zayıflık olduğu düşünülmüştür (3). Aynı etiyolojik açıklama KK için de önerilmiştir (3). Pediyatrik

literatürde safra yolları perforasyonları ile ilgili raporlarda, safra tıkaçı (8), nekrotizan enterokolit (9) ve distal safra yolu stenozu (3,10) gibi etiyolojik açıklamalar mevcuttur. Okhawa ve ark. (4)'da PBBA'nin çocuklardaki SKP etiyolojisinde önemli rol oynadığını belirtmiştir. Sonrasında, çeşitli araştırmacılar tarafından, cerrahi tedavi uygulanan SKP'li hastalardan edinilen deneyim ve bu hastaların incelemelerinden çıkarılan sonuçlar ile bu yönde birçok rapor oluşturulmuştur (5-7,11-13).

Ameliyat öncesinde karaciğer fonksiyon testlerinin yapılması bu açıdan yararlı olacaktır. Olgumuzda olduğu gibi serum transaminaz ve bilirubin yüksekliği klinik ile birlikte değerlendirildiğinde SKP açısından uyarıcı olabilir (6). Safra yollarının sintigrafik incelemesi tanıyı doğrulayıcı bir tetkik yöntemidir (9,14,15). Parasentezde berrak safra görülmesi de diagnostiktir (6,15). Laparotomide SKP saptandığında, öncelikle yapılabilecekler, distalde tıkanıklık olmadığı gösterildikten sonra basit peritoneal drenaj, kolesistostomi yapılması veya T-tüp drenajıdır (5,6,8).

Pankreatobiliyer bağlantı anomalisi çocukluk çağında KK ve SKP etiyolojisinde sorumlu olarak görüldüğünden, SKP'lu hastalarda, KK'li hastalar gibi malign dejenerasyon riski olacağı düşünülebilir (6). KK sonrası kanser gelişme riski iyi tanımlanmış bir kavramdır. Bu risk yaşa bağlıdır ve 10 yaş altında oran %1 iken, 20 yaş üzerinde %15'e kadar yükselir. Bu risk varlığı dolayısı ile, SKP saptanmış olan hastalarda başlangıçta yapılan drenaj yöntemleri ile hastanın genel durumunun düzelmesi sağlandıktan sonra, elektif olarak safra yollarının eksize edilip, biliyoenterik drenaj yapılması gerektiği bildirilmektedir (5,6,10). Ancak, literatür araştırmamızda SKP sonrası gelişmiş safra yolları malignitesine rastlanmamıştır. Literatürde bildirilmiş olan olguların uzun dönem izlemleri sonrasında, Bu durum netlik kazanacaktır.

Sonuç olarak; SKP, çocukluk çağı akut batın nedenlerinden biri olarak akılda tutulmalıdır. Karın ağrısı, kusma, batında yaygın hassasiyet

ile başvuran ve US'da batında yaygın serbest sıvı saptanan bir olguda, karaciğer fonksiyon testlerinde transaminazların yüksekliği ile hafif hiperbilirubinemi görülmesi, safra yolu perforasyonunu düşündürür. Böyle bir olguda, zaman kaybetmeden laparotomi yapmak doğru olacaktır. Hepatobiliyer sintigrafi zaten genel durumu kötü olan hastada zaman kaybıdır. Peritonit nedeniyle distandü olmuş barsakları yaralama riski yüksek olacağından parasentez yapılması da gerekli değildir. Çıkarılabilecek bir başka sonuç da uzun pankreatobiliyer kanal nedeniyle pankreas sıvısı safra yollarında hasara yol açabileceği için SKP'lu hastaların uzun dönemde pankreatit yönünden izlemlerinin gerekli olduğudur. Olgu, SKP'nin çocukluk çağı akut batın nedenleri arasında ender görülen ve perfore apandisit gibi patolojiler ile kolayca karışabilmesi nedeniyle sunulmuştur.

#### KAYNAKLAR

1. Colver HD. Perforation of the biliary tract due to gallstones in infancy: an established clinical entity. *Ann Surg* 1964;160:226-31.
2. Danahoe PK, Hendren WH. Bile duct perforation in a newborn with stenosis of the ampulla vater. *J Pediatr Surg* 1976;11:823-5.
3. Lily JR, Weintraub WH, Altman RP. Spontaneous perforation of extrahepatic bile ducts and bile peritonitis in infancy. *Surgery* 1974;111:664-73.
4. Okhawa H, Takahashi H, Maie M. A malformation of the pankreatico-biliary system as a cause of perforation of the biliary tract in childhood. *J Pediatr Surg* 1977;12:541-6.
5. Hasegawa T, Udatsu Y, Kamiyama M, Kimura T, Sasaki T, Okada A, ve ark. Does pancreatico-biliary maljunction play a role in spontaneous perforation of the bile duct in children? *Pediatr Surg Int* 2000; 16:550-3
6. Sai Prasad TR, Chui CH, Low Y, Chong LC, Jacobsen AS. Bile duct perforation in children: Is it truly spontaneous? *Ann Acad Med Singapore* 2006; 35:905-8.
7. Spigland N, Greco R, Rosenfeld D. Spontaneous biliary perforation: does external drainage constitute adequate therapy? *J Pediatr Surg* 1996;31:782-4.
8. Banani SA, Bahador A, Nezakatgoo N. Idiopathic perforation of the extrahepatic bile duct in infancy: Pathogenesis, diagnosis and management. *J Pediatr Surg* 1993;28:950-2.

9. Ibanez Pradas DV, Vila JJ, Fernandez MS, Güemes I, Gutierrez C, Garcia-Sala C. Spontaneous biliary perforation and necrotizing enterocolitis. *Pediatr Surg Int* 2000;15:401-2.
10. Davenport M, Heaton ND, Howard ER. Spontaneous perforation of the bile duct in infants. *Br J Surg* 1991;78:1068-70.
11. Megison SM, Vottler TP. Management of common bile duct obstruction associated with spontaneous perforation of the biliary tree. *Surgery* 1992; 111: 237-9.
12. Kanojia RP, Sinha SK, Rawat J, Wakhlu A, Kureel S, Tandon R. Spontaneous biliary perforation in infancy and childhood: clues to diagnosis. *Indian J Pediatr* 2007;74:509-10.
13. Sahnoun L, Belghith M, Jouini R, Jallouli M, Maazoun K, Krichene I, et al. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile duct in infancy: report of two cases and literature review. *Eur J Pediatr Surg* 2007;17: 132-5.
14. Makin E, Davenport M. Idiopathic biliary perforation in a 10-year-old boy. *Pediatr Surg Int* 2006; 22: 465-7.
15. Kasat LS, Borwankar SS, Jain M, Naregal A. Spontaneous perforation of the extrahepatic bile duct in an infant. *Pediatr Surg Int* 2001;17:463-4.

---

**Yazışma adresi:**

Op. Dr. Tunç ÖZDEMİR  
Tepecik Eğitim Hastanesi,  
Çocuk Cerrahisi Kliniği,  
Tepecik / İZMİR  
Tel : 0 232 433 14 14 / 7213  
GSM : 0 505 493 35 21  
e-posta: ozdemirtunc@yahoo.com

---