

Laparoskopi Sırasında Fark Ettiğimiz ve Açık Yöntemle Tamir Ettiğimiz Kolesistokolonik Fistül: Olgu Sunumu

Bülent KAYA, Deniz ÖCAL, Rıza KUTANİŞ

SSK Vakıf Gureba Eğitim Hastanesi 3. Cerrahi Servisi, İstanbul

Özet

Kolesistokolonik fistüller nadir rastlanan cerrahi patolojilerdir. En sık hepatik fleksura ve transvers kolon bölgelerine fistül oluşmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi uygulamalarının ilk yıllarında kolesistokolonik fistüller laparoskopik cerrahi için kontrendikasyon kabul edilmiştir. Laparoskopik tekniğin gelişmesi ve tecrübenin artması ile birlikte bu fistüller açık cerrahiye geçilmeksizin başarı ile tedavi edilebilmektedirler. Laparoskopik kolesistektomi sırasında fark edilen ve trokar giriş yerinden açık yöntemle tamir edilen kolesistokolonik fistül vakamızı sunuyoruz.

Anahtar sözcükler: Kolesistoenterik fistüller, kolesistokolonik fistül, trokar bölgesinden tamir

Endoskopik Laparoskopik & Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi 2005; 12(1): 19-23

Summary

A cholecystocolonic fistula, detected during laparoscopy and treated with open method: a case report

Cholecystocolonic fistulas are rare surgical pathologies. They are most commonly encountered in hepatic flexura and transverse colon. Treatment of cholecystocolonic fistulas with laparoscopic surgery was contraindicated in early periods of laparoscopic experience. After improvement in both surgical techniques and practice these fistulas can be managed without the need of conversion to open surgery. We present a case report of cholecystocolonic fistula, detected during laparoscopy and treated with open method in trochar site.

Key words: Cholecystoenteric fistulas, cholecystocolonic fistula, trochar site repair

Turkish Journal of Endoscopic-Laparoscopic & Minimally Invasive Surgery 2005; 12(1): 19-23

Giriş

Kolesistoenterik fistül, kronik safra kesesi taş hastalığının iyi bilinen bir komplikasyonudur. Bu fistüller otopsi serilerinde %0.2-0.4 ve kolesistektomi serilerinde %0.5-7 oranlarında bildirilmiştir.¹ Safra kesesi kaynaklı fistülizasyon en sık duodenuma olmakla beraber kolon ve mide gibi komşu organlara da gerçekleşebilmektedir.

Kolesistokolonik fistüller çoğunlukla hepatik fleksura ve transvers kolon bölgesine gerçekleşmektedir. Dispeptik semptomlar ön planda olmakla beraber ishal bazı hastalarda en önemli şikayet olarak ortaya çıkar. Son yıllarda laparoskopik cerrahinin yaygınlaşması ile birlikte bu tür fistüllerle laparoskopik işlem esnasında karşılaşmakta ve uygun olgular açık cerrahiye gerek kalmaksızın laparoskopik yöntemle tedavi edilebilmektedir.

Kolelitiaz nedeni ile operasyona aldığımız ve eksplorasyonda kolesistokolonik fistül tesbit ederek, laparotomi yapılmaksızın trokar giriş yerinden fistül tamiri yaptığımız hastayı sunuyoruz.

Olgu Sunumu

60 yaşında bayan hastanın yaklaşık 2 aydır devam eden karın ağrısı ve dispeptik şikayetleri ne-

deni ile yapılan batın ultrasonografisinde safra kesesinde taş tesbit edildi. Bunun üzerine operasyon amaçlı kliniğimize yatırıldı. Anamnezinde başka şikayet tarif etmeyen hastanın lökosit, hemogloblin, hemotokrit değerleri normal sınırlarda idi. AST- 22 U/L, (Normal değerler- 10-32), ALT- 14 U/L (Normal değerler-10-35)

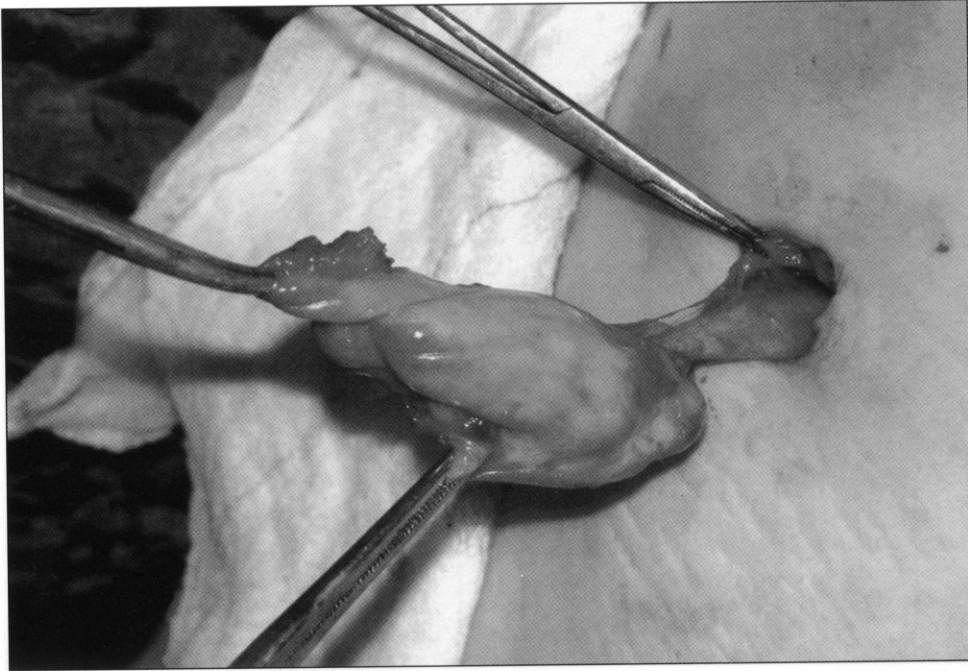
GGT- 22 U/L (Normal değerler-5-36), ALP- 162 U/L (Normal değer < 240) olarak bulundu. Ultrasonografide safra kesesi içerisinde 17 mm taş görüldü. Ek radyolojik patoloji tesbit edilmemişti. Bu bulgular ile laparoskopik kolesistektomi için operasyona alınan hastada eksplorasyonda safra kesesi fundusunun transvers kolona yapıştığı ve kolesistokolonik bir fistül oluşturduğu gözlemlendi (Resim 1). Bunun üzerine fistül bölgesinde herhangi bir diseksiyon yapılmaksızın kalot üçgeni prepare edildi. Sistik kanal ve sistik arter kliplenip kesildi. Safra kesesi keskin ve künt diseksiyonlarla karaciğer yatağından ayrıştırıldı. Fistülizasyon olan alan dikkatli diseksiyonlarla serbestleştirildi.

Safra kesesinin kolona fistülize olduğu bölgenin 5 mm orta klavikular hat trokar lojundan dışarı alınabileceği düşünüldü ve bu trokar giriş yerin-



Resim 1

Laparoskopik eksplorasyonda safra kesesi fundusunun transvers kolona yapışarak fistül oluşturduğu görülmekte



Resim 2

Sistik kanal ve sistik arterin kliplenip kesildikten sonra safra kesesinin karaciğer yatağından eksize edilerek fistül bölgesi ile birlikte trokar bölgesinden cilde çıkarılması

de cilt yaklaşık 2-3 cm genişletilerek safra kesesi ile beraber fistülize transvers kolon segmenti cilde çıkarıldı (Resim 2). Fistül traktı kesildi ve kolon lümeninin 1 cm açıldığı görüldü. Oluşan bu defekt 3/0 vikril ve 3/0 ipek dikişlerle tamir edildi ve kolon segmenti batına gönderildi. Winslow bölgesine 1 adet silikon dren konarak operasyona son verildi. Çıkarılan safra kesesi fundus bölgesindeki fistülün yaklaşık 0.5 cm çapında olduğu görüldü (Resim 3). Hastanın postoperatif takipleri sorunsuz seyretti ve ameliyat sonrası 4. günde şifa ile taburcu edildi.

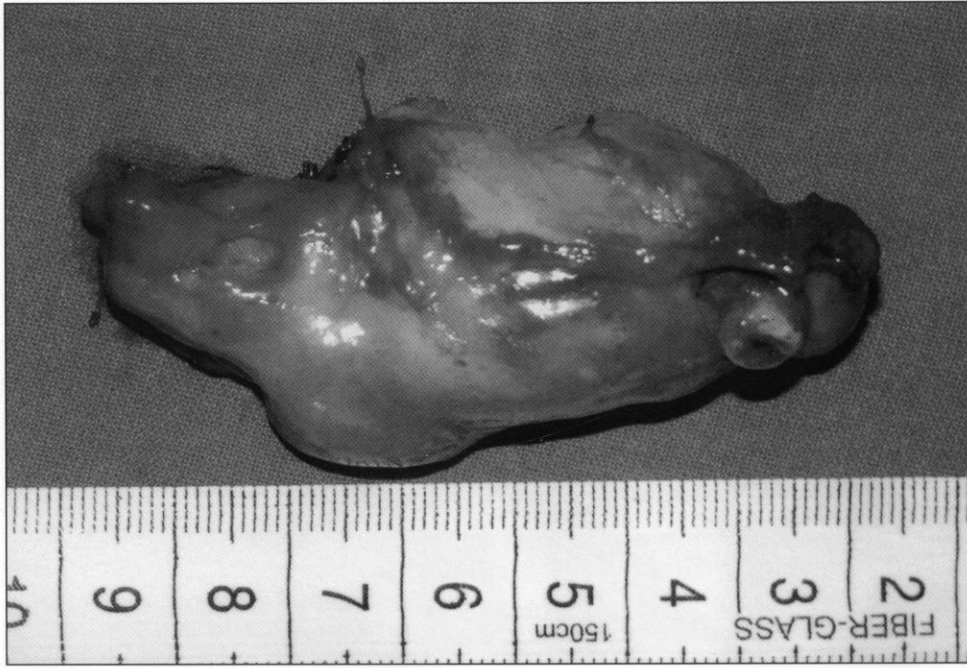
Tartışma

Kolesistoenterik fistüllerin yaklaşık %10-20'si kolona gerçekleşmektedir.^{2,3}

Sistik kanalın safra taşı ile tıkanmasını takiben tekrarlayan kolesistit atakları ve ampiyem oluşumu ile birlikte inflamasyonlu safra kesesi komşu organlara yapışmakta ve zamanla meydana gelen nekroz, fistül gelişimi ile son bulmaktadır. Duodenum ve transvers kolon yakın komşulukları nede-

ni ile en çok fistülizasyona maruz kalan bölgelerdir ve bu hastaların büyük çoğunluğunu ek tıbbi problemleri olan yaşlı, kadın hastalar oluşturmaktadır. Kolesistokolonik fistüllerin patognomonik semptomları olmamakla birlikte ishal, karın ağrısı, bulantı ve şişkinlik gibi kronik şikayetlerin varlığına sıklıkla rastlanır. Safra kesesinden kolona düşen taşlar neticesinde ileus ve kronik irritasyona bağlı kolon seviyesinde daralmalar görülebilir.¹ Bu nadir durumlar dışında klinik seyri nispeten iyi olan kolesistokolonik fistüller, preoperatif tanı yöntemlerinden ziyade eksplorasyon esnasında tesbit edilebilmektedirler. Bazı olgularda safra kesesi ve safra yollarında hava görülmesi tanı koydurucu olabilmektedir.

Kolesistokolonik fistüllerin laparoskopik cerrahi öncesi dönemde standart tedavisi açık kolesistektomi, fistül eksizyonu ve oluşan kolon defektinin primer tamiri şeklinde olmuştur. Özellikle safra kesesinde kalıcı taş olmayan ve görüntüleme yöntemleri ile ameliyat öncesi tesbit edilen fistülde ERCP ve stent yerleştirilmesi ile spontan ka-



Resim 3

Safra kesesi fundusundaki fistül traktı

panip tedavi edilen olgular bildirilmiştir.^{4,5} Bu yöntem özellikle cerrahinin yüksek risk taşıdığı hastalarda önem kazanmaktadır. Laparoskopik kolesistektomi uygulamalarının erken dönemlerinde kolesistoenterik fistüller laparoskopik cerrahi için kontraendikasyon kabul edilmiştir. Ne var ki bu alandaki tecrübe gelişimi ile birlikte laparoskopik tamir edilen kolesistoenterik fistüller yayınlanmaya başlanmıştır.^{3,6,7,8,9} Angrisani L ve ark.¹⁰ 34 kolesistoenterik fistüllü hastayı 2 grupta incelemişler, laparoskopik yöntem ve açık cerrahi ile tedavi edilen fistül olgularında başarı oranında farklılık olmadığını tesbit ederek, laparoskopik tamirin güvenli bir yöntem olduğunu ifade etmişlerdir. O'Dell SF¹¹ laparoskopik tamir öncesi fistül bölgesinin eksplorasyon sırasında iyi görüntülenmesini, dikkatli cerrahi diseksiyonun önemini, fistülün mobilizasyonu ve endostaplerin uygun kullanımını gündeme getirerek bu faktörlerin başarılı tedavi için gerekli olduğunu belirtmiştir. Hiad Y ve ark.¹² fistül müdahalesi öncesi safra kesesinin karaciğer yatağından tamamen eksizyonu sonrası endostapler uygulanmasını önermişlerdir. Bu batın içine kontaminasyon riskini ortadan kaldıracaktır. Ayırı-

ca kolon tarafındaki fistül dokusunda karsinom gelişme riski olduğundan bu dokunun histolojik incelenmesi ve takibi önerilmektedir. Laporoskopi- de iyi görüntüleme sağlanamayan, inflamasyona bağlı aşırı yapışıklıkların bulunduğu olgularda açık cerrahi her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

Laparoskopik fistül tamiri için değişik teknikler literatürde bildirilmiştir.^{3,11} En sık kullanılan yöntemler endo GIA stapler ile tamir ve yine laparoskopik dikiş uygulanmasıdır. Fujitani K ve ark.³ umbilikal trokar bölgesinden dışarıya çıkardıkları fistül bölgesini el ile dikilerek tamiri gerçekleştirmişlerdir. Biz de olgumuzda safra kesesi ile birlikte fistül bölgesini 5 mm orta klavikular hat trokar bölgesinden cilde çıkararak fistül traktını eksize ettikten sonra kolon defektini suture edip tamiri gerçekleştirdik. Bu yaklaşımın uygun olgularda ayrıntılı teknik ve malzemeye ihtiyaç olmayan, güvenilir bir yöntem olduğunu düşünmekteyiz ve birçok kolesistokolonik fistülün tecrübeli cerrahlarca laparoskopik müdahale esnasında kolay, güvenilir ve minimal komplikasyonlarla tedavi edilebileceği savunmaktayız.

Kaynaklar

1. Nadu A, Gallili Y, Soffer D, Kluger Y. Disruption of cholecystoenteric fistula induced by minor blunt trauma. *J Trauma* 1996; 41: 914-5.
2. LeBlank KA, Barr LH, Rush BM. Spontaneous biliary enteric fistulas. *South Med J* 1983; 76: 1248-52.
3. Fujitani K, Hasuike Y, Tsujinaka T et al. New technique of laparoscopic-assisted excision of a cholecystocolic fistula: report of a case. *Surg Today* 2001; 31: 740-2.
4. Marshall T, Kamalvand K, Cairns SR. Endoscopic treatment of biliary enteric fistula. *BMJ* 1990; 300:1176.
5. Goldberg RI, Phillips RS, Barkin SJ. Spontaneous cholecystocolonic fistula treated by endoscopic sphincterotomy. *Gastrointestinal Endosc* 1988; 34: 55-6.
6. Crouch DS, Kuhnke M. Laparoscopic repair of cholecystoduodenal fistula: report of two cases. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2000; 10: 223-6.
7. Lee JH, Han HS, Min SK, Lee HK. Laparoscopic repair of various types of biliary-enteric fistula: three cases. *Surg Endosc* 2004; 18: 349.
8. Prasad A, Foley RJ. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. *Br J Surg* 1994; 81: 1789-90.
9. Nixon SJ, Mirghani MM. Laparoscopic management of cholecyst-enteric fistula. *Br J Surg* 1995; 82: 675-6.
10. Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A et al. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. *Surg Endosc* 2001; 15: 1038-41.
11. O'Dell SF, McCann ML. Laparoscopic repair of cholecystenteric Fistula in a 45-year-old nonambulatory women. *Hosp Physician* 2000; 36: 64-6.
12. Hida Y, Morita T, Fujita M, Miyasaka Y, Katoh H. Laparoscopic treatment of cholecystocolonic fistula: report of a case preoperatively diagnosed by barium enema. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999; 9: 217-9.