

Apikal darlık, koledoğun bulbusa ektopik açılımı ve koledokogastrik fistül birlikteliği: olgu sunumu

Apical stenosis, ectopic opening of choledochus to duodenal bulb and choledochogastric fistulae togetherness: a case report

Nuretdin SUNA¹, Selçuk DİŞİBEYAZ¹, Ufuk Barış KUZU¹, Fatih SAYGILI¹, Aydın Şeref KÖKSAL², Erkin ÖZTAŞ¹, Erkan PARLAK²

¹Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara,

²Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Sakarya,

Normalde ampulla Vateri duodenum ikinci kıtasının posteromedial duvarında yer alır. Koledok ise duodenum ikinci kıtasının medial duvarı boyunca aşağıya doğru seyrederek buraya açılır. Koledoğun duodenum üçüncü ve dördüncü kıtasına veya daha proksimalde mideye, pilora ve bulbusa ektopik açılımı olabilmektedir. Safra yollarının mideye ektopik açılımı çok nadir görülmektedir. Mideye açılım en sık korpusa daha az sıklıkla antruma olmaktadır ve çoğunluğunda çift koledok bulunmaktadır. Bu yazıda apikal darlığı, koledoğun bulbusa ektopik açılımı ve koledokogastrik fistülü bulunan olguyu sunuyoruz.

Anahtar kelimeler: Apikal darlık, ektopik biliyer açılım, koledokogastrik fistül

Normal localization for papilla of Vateri are commonly on the posterior wall in the second portion of duodenum, and choledochus lies down adjacent to the medial wall of the second portion of the duodenum, and opens into duodenum via papilla of Vateri. Choledochus can have proximal (stomach, pylorus and duodenal bulb) or distal (third or fourth portion of duodenum) ectopic openings beside this normal localisation. Ectopic opening of the biliary system into the stomach is quite rare. The most common site for gastric ectopic opening is the corpus and more rarely the antrum; in most cases there are double common bile ducts. Here we report a case with apical stenosis, ectopic opening of choledochus to duodenal bulb, and choledochogastric fistulae.

Key words: Apical stenosis, ectopic biliary opening, choledochogastric fistulae

GİRİŞ

Normalde ampulla Vateri duodenum ikinci kıtasının posteromedial duvarında yer alır. Koledok ise duodenum ikinci kıtasının medial duvarı boyunca aşağıya doğru seyrederek buraya açılır. Koledoğun duodenum üçüncü ve dördüncü kıtasına veya daha proksimalde mideye, pilora ve bulbusa ektopik açılımı olabilmektedir (1-5). Proksimal biliyer açılım anomalisi, koledoğun ampulla Vaterinin olağan yerinden 2,5 cm'den daha fazla proksimalde gastrointestinal kanala açılmasıdır. Literatürde mevcut en geniş seride 9 yıllık periyoda tüm endoskopik retrograt kolanjiopankreatografi (ERKP) olgularının %0,43'ünü oluşturmaktadır (2). Koledokogastrik fistül ise daha da nadir bildirilmektedir (6,7). Koledoğun bulbusa ektopik açılımı ve koledokogastrik fistül birlikteliği daha önce rapor edilmemiştir. Bu yazımızda apikal darlığı, koledoğun bulbusa ektopik açılımı ve koledokogastrik fistülü bulunan olguyu sunuyoruz.

OLGU

Elli dokuz yaşında erkek hasta karın ağrısı, sarılık ve ateş yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Son yıllarda benzer yakınmaların ara ara tekrarladığı öğrenildi. Öyküsünde sekiz yıl önce kolelityazis nedeniyle kolesistektomi ve beş yıl önce apikal darlık nedeniyle simple gastroenterostomi vardı. Fizik muayenesinde ikteri, 38.5 °C ateş ve palpasyonla üst abdomende hassasiyet mevcuttu.

Laboratuvar incelemesinde, aspartat aminotransferaz 67 U/L (>40), alanin aminotransferaz 146 U/L (>41), gama glutamil transferaz 485 U/L (8-61), alkalen fosfat 222 U/L (40-130), amilaz 75 U/L (28-100), total bilirubin 5,3 mg/dl (<1.2), direkt bilirubin 3.8 mg/dl (< 0.30), beyaz kan hücresi 13X10³/µl (3.7-9.7), C-reaktif protein 73 mg/dl (0-8), eritrosit sedimentasyon hızı 55 mm/saat (0-15) saptandı. Transabdominal ultrasonografide safra

İletişim: Nuretdin SUNA

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

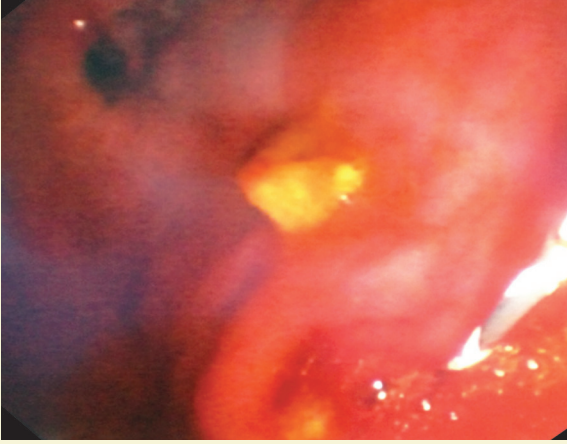
Gastroenteroloji Kliniği, Ankara • Tel: +90 312 306 13 34

E-mail: nurettinsuna.44@hotmail.com • Faks: +90 312 312 41 20

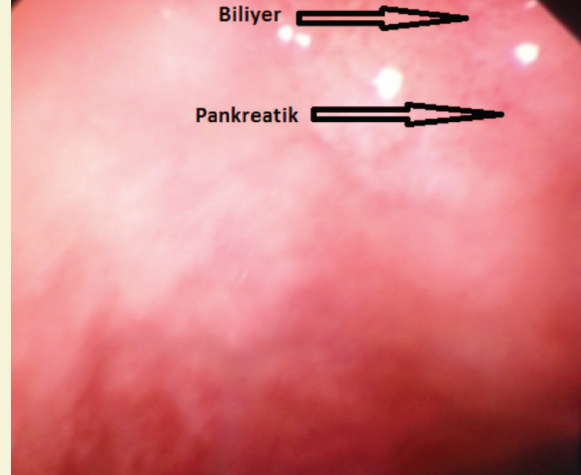
Geliş Tarihi: 29.08.2015 • **Kabul Tarihi:** 15.10.2015

yolları bilateral dilate ve havalı idi, koledok en geniş yerinde 13 mm ölçüldü ve lümeninde milimetrik taşlar vardı. ERKP'de mide antrum büyük kurvatur tarafında koledokogastrik fistül ağzı (Resim 1) görülerek buradan safra yolları görüntülendi (Resim 2). Apikal darlık izlendi. 15 mm balonla dilate edildikten sonra endoskop ile distale geçildi. Papilla, duodenum ikinci kıtasındaki olağan yerin-

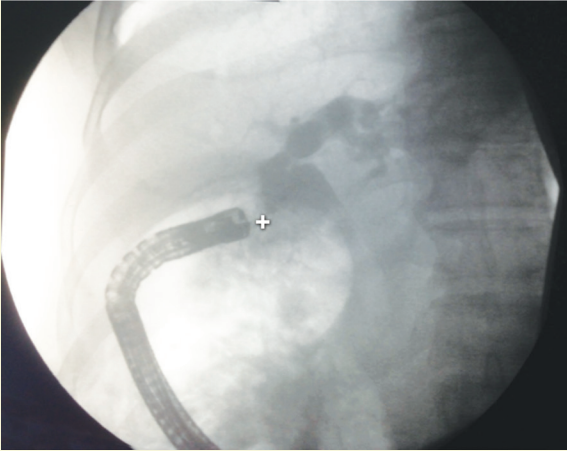
de değildi. Bulbusa bir yarık şeklinde pankreas ve koledok ayrı ayrı açılıyordu (Resim 3). Koledok kanülide edilerek safra yolları görüntülendi (Resim 4). Biliyer açılım orifisi daralmıştı ve 12 mm balonla dilate edildikten sonra taş ekstraksiyon balonuyla taşlar çıkarıldı. Akut kolanjit tablosu düzelen hasta taburcu edildi ve yaklaşık bir buçuk yıldır asemptomatik olarak izlenmektedir.



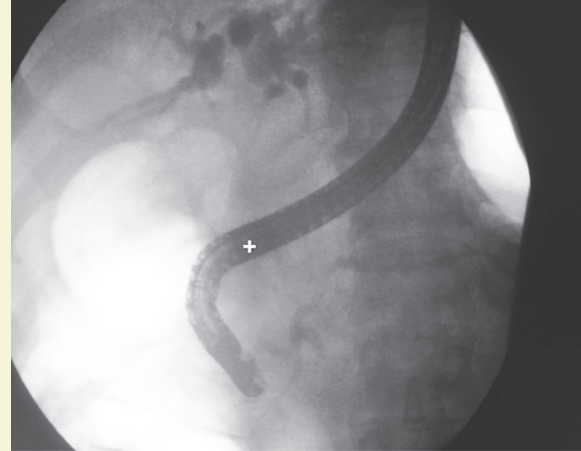
Resim 1. Endoskopik olarak mide antrum büyük kurvaturda koledokogastrik fistül ağzı ve safra yollarına gönderilen kılavuz tel izleniyor.



Resim 3. Pankreas ve koledok kanalları bulbusa bir yarık şeklinde ayrı ayrı açılıyordu.



Resim 2. Koledokogastrik fistül ağzı kullanılarak yapılan kolanjiogramda safra yolları görüntülendi.



Resim 4. Bulbusa açılan koledok kanülide edilerek safra yolları skopi ile görüntülendi.

TARTIŞMA

Biliyer açılım anomalilerin etyolojisi henüz bilinmemekle birlikte biliyer sistemin embriyonel gelişimi sırasında oluşan bir hata sonucu geliştiği kabul edilmektedir (8). Koledokogastrik fistül ise spontan ya da cerrahi/travmaya sekonder olarak gelişebilir (6,7).

Olgumuzda olduğu gibi biliyer açılım anomalisi olan hastaların çoğunluğu erkek olup (% 80'den fazla) genellikle beşinci ve altıncı dekatta başvururlar. Ayrıca, öykülerinde çoğunlukla tekrarlayan kolanjit atakları bulunur. Bu nedenle hastaların yarısından fazlasında kolesistektomi

öyküsü bulunmaktadır. Yine olgumuzda olduğu gibi biliyer ve pankreatik kanallarının belirgin bir sfinkter yapısı olmaksızın açılımları sonucunda kontrolsüz bir şekilde bulbusa akan pankreas ve safra sıvılarının neden olduğu ülserasyon nedeniyle olguların yarısında bulbusta deformasyon ve en sonunda darlık gelişir. Bu nedenle bu olguların yaklaşık 1/5'inin öykülerinde peptik ülser cerrahisi mevcuttur. Aynı şekilde olgumuzda olduğu gibi belirgin bir biliyer sfinkter olmaması nedeniyle havanın safra yollarına girmesi ile görüntüleme tetkiklerinde pnömobiliası sık rastlanmaktadır (2,8-10).

Rutin klinik uygulamada ektopik safra yolları drenajının tedavisi biliyer semptomlara ve ilişkili peptik ülser komplikasyonlarına yöneliktir. Bu hastalarda ERKP işlemi zordur, yüksek endoskopik beceri, deneyim ve bu olgulara aşinalık gerekmektedir. Öncelikle açılması gereken sorun duodenoskopi postbulber darlıktan geçmektir. Bu nedenle bu hastalarda daha ince duodenoskoplar (diyagnostik olanlar daha incedir) kullanılmalıdır. Postbulber darlıkta duodenoskop ilerliyorsa hafif zorlanmalı eğer ilerleme gö-

rülüyorsa zorlanmamalı ve olgumuzda uygulandığı gibi apikal darlığa balon dilatasyon yapılmalıdır. Balon dilatasyon için 12-15 mm'lik pılör dilatasyon balonları kullanılabilir. Gerçek bir papilla anatomisi olmadığından orifis bulunduğu kanülasyon kolaydır. Kolanjiogramda tipik olarak kısa, son kısmı bir "kanca" (hook shape) şeklinde biten, yine olgumuzda olduğu gibi çoğunlukla genişlemiş bir koledok ve lümeninde taş/çamur veya distalde sadece darlık görülür. Bu olgularda sfinkterotomi yapmanın perforasyon ve kanama gibi komplikasyonlara yol açtığı düşüncesi yaygındır. Olgumuzda uygulandığı gibi eğer taş varsa ve biliyer açılım orifisi yeterince geniş değilse ya da distalde darlık varsa 8-12 mm'lik balonlarla dilate edilerek taş-çamur taş ekstraksiyon balonuyla ve/veya basketle çıkartılır (2,8-11).

Sonuç olarak, biz yazıda apikal darlığı, koledoğun bulbusa ektopik açılımı ve koledokogastrik fistülü bulunan nadir rastlanan olguyu bildirdik. Bu nedenle ERKP işlemini gerçekleştiren gastroenterologlar pratikte bu tür anomalilerin varlığından haberdar olmalıdırlar.

KAYNAKLAR

1. Doty J, Hassall E, Fonkalsrud EW. Anomalous drainage of the common bile duct into the fourth portion of the duodenum. Arch Surg 1985;120:1077-9.
2. Dişibeyaz S, Parlak E, Çiçek B, et al. Anomalous opening of the common bile duct into the duodenal bulb: endoscopic treatment. BMC Gastroenterol 2007;7:26.
3. Bernard P, Le Borgne J, Dupas B, et al. Double common bile duct with ectopic drainage into the stomach. Case report and review of the literature. Surg Radiol Anat 2001;23:269-72.
4. Kanematsu M, Imaeda T, Seki M, et al. Accessory bile duct draining into the stomach: case report and review. Gastrointest Radiol 1992;17:27-30.
5. Sezgin O, Altıntaş E, Üçbilek E. Ectopic opening of the common bile duct into the stomach. Turk J Gastroenterol 2010;21:163-7.
6. Hoff WS, Ginsberg GG, Grossman MD, et al. Traumatic choledochogastric fistula: endoscopic evaluation and treatment with a biliary stent. J Trauma 1998;45:1094-6.
7. Williams GD, Hara M. Spontaneous choledochogastric fistula. Report of the first successful surgical repair. Am J Surg 1966;112:102-5.
8. Boyden EA. Congenital variations of the extrahepatic biliary tract. Minn Med 1944;27:932.
9. Lee SS, Kim MH, Lee SK, et al. Ectopic opening of the common bile duct in the duodenal bulb: clinical implication. Gastrointest Endosc 2003;6:679-82.
10. Parlak E, Dişibeyaz S, Cengiz C, et al. Ectopic opening of the common bile duct and duodenal stenosis: an overlooked association. BMC Gastroenterol 2010;10:142.
11. Lee HJ, Ha HK, Kim MH, et al. ERCP and CT findings of ectopic drainage of the common bile duct into the duodenal bulb. AJR Am J Roentgenol 1997;169:517-52.