

# Çocuk Yaş Grubu Kutanöz Safra Fistüllerinde Somatostatinin Yeri

Mustafa İNAN<sup>1</sup>, Ümit Nusret BAŞARAN<sup>2</sup>, Sinan AYHAN<sup>3</sup>, Çağatay AYDINER<sup>3</sup>, Süleyman AYVAZ<sup>3</sup>

## ÖZET

*Kutanöz safra fistülleri daha çok erişkinlerde karşılaşılan bir komplikasyondur. Medikal tedavisinde somatostatin ve analogları kullanılmaktadır. Çocukluk çağındaki deneyimler azdır. Hepatobiliyer cerrahi sonrası kutanöz safra fistülü gelişen iki hastamızda somatostatin tedavisi uygulanmıştır. Fistül iyileşmesi ve hastanede yatış süresini kısaltması önemli avantajlarıdır. Çocukluk çağı kutanöz safra fistülü olgularında; somatostatin ve analogları iyi monitörize edilerek emniyetli bir şekilde kullanılabilir.*

**Anahtar Sözcükler:** Kutanöz safra fistülü, Somatostatin, Çocukluk yaş grubu

## SUMMARY

### USE OF THE SOMATOSTATIN IN CHILDREN WITH CUTANEOUS BILIARY FISTULA

*Cutaneous biliary fistulas frequently occur in the adult. Somatostatin and its analogues are used in the medical treatment. Experience is not enough in the children. We used somatostatine in two cases who have cutaneous biliary fistula due to hepatobiliary surgery. We think that the treatment of these patients with somatostatin decrease the healing and closing time of fistula and duration of hospitalization. The somatostatin and its analogues can be used safely for treatment of cutaneous biliary fistulas with a careful monitorisation in children.*

**Key Words:** Cutaneous biliary fistula, Somatostatin, Childhood

## GİRİŞ

Çocuk yaş grubunda safra yolları cerrahisi ile ilgili patolojiler daha az görülmektedir. Bu sebeple kutanöz safra fistülleri(KSF) konusundaki deneyimler azdır. Genel olarak tedavi akışı erişkinlerdeki gibi düzenlenmektedir. Biz de bu makalede çocukluk yaş grubunda somatostatin ile medikal tedavisini yaptığımız iki KSF lü olguyu sunduk.

## OLGU SUNUMLARI

**Olgu 1:** Daha önce akciğer hidatik kist(HK)i ve karaciğer HK'i ile beraber kolesistektomi ameliyatları olan 14 yaşındaki kız hasta kolanjit atağı ile başvurdu. Genel durumu kötü olan hasta sıvı elektrolit ve antibiyotik tedavisi ile genel durumu düzeltildi. Hastada yapılan batın BT ve MR kolangiografi tetkiklerinde içi kız kistler ile dolu karaciğer dev HK'i ve ileri derecede dilate safra yolları görüldü. Karaciğerin diğer bölgelerinde çok sayıda minik HK'ler vardı. İnce barsak ansları arasındada büyük bir kitle saptandı. Genel durumu nispeten düzelen hasta üçüncü gün ameliyata alındı. Kistektomi yapıldı. Koledokotomi ile kız kistler ile dolu safra yolları yıkanarak temizlendi ve T tüp kondu. Bu esnada

sağ hepatik duktus seviyesinden kist içine kaçak olduğu fark edildi. Mezenterde pake yapmış halde büyük lenfadenopati ile karşılaşıldı. Yer yer kazeifikasyon benzeri alanlar gözlemlendi ve biopsi alındı. Ameliyat sonrası Penrose dren yerinden KSF gelişti. T tüp kolangiografi ile daha önce ameliyattada tespit edilen sağ hepatik duktus proksimalinden fistül geliştiği anlaşıldı. Duodenuma geçişin rahat olduğu gözlemlendi. Safra drenajı kesilmeyince, ameliyat sonrası 13. gün somatostatin başlandı. Bu ana kadar mevcut T tüpten günlük 880cc ile 1570cc arasında safra drenajı oldu. Somatostatin verilen dört gün süresince sırasıyla 950cc, 390cc, 790cc, 820cc drenaj oldu. Bununla beraber fistülden safra drenajı azalarak 4. gün fistül kapandı. Tedavinin üçüncü gününde tekrardan T tüp drenajının artması fistül debisinin azalıp kapanmasına bağlandı. Daha sonra T tüpü çekilen hasta Albendazol profilaksisi ile taburcu edildi. Kitleden alınan biopsinin histopatolojik tanısı non spesifik iltihap gelmesine rağmen tuberkuloz düşünülerek tedaviside başlandı. Bir yıllık poliklinik kontrollerine karaciğer fonksiyon testleri normaldi ve nüks yoktu.

<sup>1</sup>: Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı, Edirne Devlet Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Edirne.

<sup>2</sup>: Yrd. Doç Dr. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A. D.

<sup>3</sup>: Araş. Gör. Dr. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A. D.

**Olgu 2:** Kongenital sferositozu ve kolelitiyazisi olan 10 yaşında erkek hasta bölümümüze tıkanma sarılığı ön tanısı ile sevk edildi. Ultrasonografi ve MR tetkikleri sonucunda sfinkter seviyesinde koledok taşı olduğu tespit edildi. Splenektomiye kabul etmeyen hastaya kolesistektomi, koledokotomi ile taş ekstirpasyonu, oddi dilatasyonu ve T tüp drenajı yapıldı. Ameliyat sonrası T tüp kolanjiografi yapıldı. Pasajın normal olduğu görüldü ve ameliyat sonrası 19.gün T tüp çekildi. Fakat 3 gün boyunca safra drenajı kesilmeyince somatostatin başlandı. On günlük kullanımdan sonra ilk günler 3-4 saatte bir pansuman yapmak gerekirken günde 3-4 pansuman yeterli olmaya başladı. Ancak 12. gün KSF kapandı. 10 aylık poliklinik takiplerinde sorunsuz olduğu gözlemlendi.

#### TARTIŞMA

KSF'leri daha çok hepatobiliyer ameliyatlardan sonra görülmektedir. Etyolojide kolesistektomi, koledokotomi, enterokolodokostomi, tümör cerrahisi, travma, karaciğer transplantasyonu ve hidatik kist sorumlu tutulmaktadır(1-8). Tedavisinde ilk koşul distal bir tıkanıklığın olmamasıdır. Bu durum T tüp kolanjiografi ve fistülogram ile kolayca tanınabilir. Tıkanıklık yoksa konservatif tedavi tercih edilebilir. Günümüzde endoskopinin gelişmesiyle Oddi sfinkterotomi veya stent uygulaması da tercih edilen bir tedavi yaklaşımıdır(1,7-9). Safra kaçağının kaç gün sürmesi halinde medikal veya cerrahi tedavi başlanması gerektiği hakkında kesinleşmiş bir bilgi yoktur. T tüp çıkarıldıktan sonra 1-5 gün içinde safra kaçağı kesilir(10). Genellikle de ilk 24 saatte kapanır. Literatürde ayları bulan iyileşme süreleri bildirilmiştir(1,4,6-8). Bu durum KSF için nadir bir durum olmayıp, hastanın uzun süre hastanede kalmasına, konforsuz yaşama ve yüksek maliyete sebep olmaktadır. Çocukluk çağı KSF ile ilgili

deneyimler azdır ve tedavisi erişkin hastalar gibi planlanır.

Somatostatin ve analoglarının KSF tedavisinde kullanılması 1980'lerde başlamıştır. Somatostatin ve analogları gastrointestinal sistemin fonksiyonlarını inhibe ederler(11). Yapılan deneysel araştırma ve klinik gözlemler somatostatinin ve analoglarının safra akımını azalttığı fakat safra konsantrasyonunu arttırdığını göstermiştir(11). Ayrıca pankreas ve barsak sekresyonlarını da azaltırlar(11-13). Fistül debisini azalttıkları için gastrointestinal sistemin kutanöz fistüllerinin tedavisinde kullanılırlar. Somatostatin 250 mikrogram yükleme dozundan sonra 3.5 mikrogram/kg/saat dozuyla sürekli infüzyon şeklinde verilir. Medikal tedavide, olgularımızda olduğu gibi distal tıkanıklık olmayan hastalarda somatostatin ve analogları önerilmektedir(12,13). Somatostatinin, endoskopik sfinkterotomi gibi invazif girişimlerden de hastayı kurtarmaktadır. Somatostatinin en önemli etkilerinden biri hiperglisemi olup, olgularımızda rastlamadık. İkinci olgumuzda hafif alerjik cilt reaksiyonu gelişti ama tedaviyi etkilemedi. Literatürde, somatostatinin tedavisinin ne zaman başlaması hakkında kesin bir tedavi protokolü yoktur. İlk olguda T tüp olduğu halde dren yerinden kaçak devam ettiği için ameliyat sonrası 13. gün , ikinci olguda T tüp çıkarıldıktan sonra fazla miktarda safra kaçağı gözlemlendiği için dren çıkarıldıktan 3 gün sonra başlanmıştır. Fistül ancak 12. günde kapanmıştır. Somatostatinin erken kullanmaya başladığımız veya safra fistüllerinin somatostatin kullanmadan da kapanabileceği düşünülse tedavi ve hastanede kalış sürelerini kısalttığı, hastanın daha erkenden konforlu bir yaşama geçtiği ve maliyeti azalttığı söylenebilir. Somatostatin ve analogları çocukluk yaş grubunda KSF tedavisinde erken dönemde hasta iyi monitorize edilerek güvenle kullanılabilirliği düşünülmektedir.

#### KAYNAKLAR

1. Perek A, Numan F, Perek S, Durgun V, Kapan M, Aykuter G: Management of a patient with hepatic-thoracic-pelvic and omental hydatid cysts and post-operative bilio-cutaneous fistula: a case report. Hepatogastroenterology. 1999; 46: 2202-2207
2. Dadoukis J, Prousalidis J, Botsios D, Tzatinoglou E, Apostolidis S, Papadopoulos V ve ark: External biliary fistula. HPB. Surg. 1998; 10: 375-377
3. Singh V, Kacker LK, Sikora SS, Saxena R, Kapoor VK, Kaushik SP: Post-cholecystectomy external biliary fistula. Aust N. Z. J Surg. 1997; 67: 168-172
4. Shahrudin MD, Noori SM: Biloma and biliary fistula associated with hepatoraphy for liver injury. Hepatogastroenterology. 1997; 44: 519-521
5. Balik AA, Basoglu M, Çelebi F, Oren D, Polat KY, Atamanalp S ve ark: Surgical treatment of hydatid disease of the liver:

- review of 304 cases. Arch.Surg. 1999; 134: 166-169
6. Howdieshell Tr, Purvis J, Bates WB, Teeslink CR: Biloma and biliary fistula following hepatorraphy for liver trauma:incidence, natural history, and management. Am Surg. 1995; 61: 165-168
  7. Sugiyama M, Atomi Y, Matsuoka T, Yamaguchi Y: Endoscopic biliary stenting for treatment of persistent biliary fistula after blunt hepatic injury. Gastrointest Endosc. 2000;51: 42-44
  8. Tekant Y, Bilge O, Acarlı K, Alper A, Emre A, Arıoğul O: Endoscopic sphincterotomy in the treatment of postoperative biliary fistulas of hepatic hydatid disease. Surg Endosc. 1996; 10: 909-911
  9. Sreenivas DV, Kumar TR, Kumar A: Endoscopic treatment of postoperative biliary leak. Trop.Gastroenterol. 1996;17: 225-226
  10. Thomas R, Gadacz MD: Biliary fistulas. In Shackelford RT, Zuidema GD.(Eds) Surgery of the alimentary tract. 2<sup>nd</sup> edit. Philadelphia: WB Saunders Co,1983: 328-331
  11. Marteau P, Chretien Y, Calmus Y, Parc R, Poupon R: Pharmacological effect of somatostatin on bile secretion in man. Digestion. 1989; 42: 16-21
  12. Bakhotmah MA: Successful control of external biliary fistula by using SMS 201-995 in a child. HBP. Surg. 1996. 9: 183-184
  13. Kocak S, Bumin C, Karayalcin K, Alacayir I, Aribal D: Treatment of external biliary, pancreatic and intestinal fistulas with a somatostatin analog. Dig.Dis. 1994; 12: 62-68.