

PAPER DETAILS

TITLE: Mekanik İktirli Hastaların Tani ve Tedavisi ile İlgili Deneyimler

AUTHORS: İbrahim ÖZEMİR,Fatih BÜYÜKER,Bülent GÜRBÜZ,Ahmet BASKENT,Haydar

YALMAN,Rafet YİGİTBASI

PAGES: 119-122

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/2401>

Özgün Araştırma /Original Article

Mekanik İkterli Hastaların Tanı ve Tedavisi ile İlgili Deneyimler

Experiences on Diagnosis and Treatment of Patients with Obstructive Jaundice

İbrahim Ali ÖZEMİR,¹ Fatih BÜYÜKER,² Bülent GÜRBÜZ,² Ahmet BAŞKENT,³ Haydar YALMAN,² Rafet YİĞİTBAŞI²

¹Genç Devlet Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Bingöl, Türkiye

²Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada mekanik ikterli hastalarda malignite oranlarının saptanıp, malign ve benign nedenlerin ayırıcı tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Hastalar ve Yöntem: Mekanik ikter tanısıyla 2005-2007 yılları arasında acile başvuran 22'si kadın, 39'u erkek 61 hastaya uygulanmış laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, girişimsel işlemler ve uygulanan cerrahi prosedürler retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Başlıca mekanik ikter sebepleri olarak hastaların 29(%47.6)'unda periampuller bölge tümörü, 20(%32.8)'sinde koledokolithiazis, 5(%8.2)'inde metastatik karaciğer hastalığı, 3(%4.9)'ünde Klatskin tümörü saptandı. Toplam 37(%60.6) hastada malignite tespit edilmiş olup, bu olgulardaki yaş ortalaması 61.9'ıdır.

Sonuç: Kliniğimize mekanik ikter nedeniyle başvurup tedavi protokolüne alınan hastalarda, literatürle uyumlu olarak maligniteye bağlı nedenlerin yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte kendi olgularımızda, 60 yaş altı grupta da malignite insidansının yüksekliği dikkat çekmektedir. Mekanik ikterle başvuran hastalarda yaş farkı gözetmeksizin malign nedenlerin ekarte edilmesinin tetkik ve tedavide öncelikli düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Mekanik ikter, Safra yolu neoplazileri, Kolelithiazis

ABSTRACT

Objectives: We aimed to determine the ratio of malignant causes, evaluate the treatment procedures and identify the differential diagnoses of benign causes for the jaundice in the patients with this study.

Patients and Method: We retrospectively investigated laboratory tests, diagnostic methods, minimal invasive and surgical procedures carried out in 61 (22 females, 39 males) jaundiced patients who were admitted to the emergency service during 2005-2007.

Results: Periapillary tumors were the principal cause of the jaundice in 47.6% of the patients. Choledocholithiasis (32.8%), metastatic liver disease (8.2%) and Klatskin tumors (4.9%) were the other causes. Malignancy was present in 37(%60.6) of the patients with a mean age of 61.9.

Conclusion: Malignancy as a cause of the jaundice increased with age, in agreement with the earlier literature. However, there was still a high incidence of malignancy for the patients younger than 60 years of age. We believe that malignancies must be eliminated first with diagnostic methods no matter what the age of the jaundiced patients.

Keywords: Obstructive jaundice, Bile duct neoplasms, Cholelithiasis

Başvuru tarihi / Submitted: 07.08.2010 **Kabul tarihi / Accepted:** 03.11.2010

İletişim Bilgileri: Dr. İbrahim Ali Özemir, Genel Cerrahi Kliniği, Genç Devlet Hastanesi, Bingöl, Türkiye e-mail: draliozemir@hotmail.com

GİRİŞ

Sarılık, safra yolu hastalıklarının en sık rastlanan göstergesidir. Safra yolu taşları ve taşa bağlı enflamatuvar nedenler, periampuller tümörler, iatrojenik safra yolu yaralanmaları veya darlıkları, Caroli hastalığı ve koledok kisti gibi konjenital anomaliler, fasciola hepatica, askariasis ve hidatik kistin safra yollarına rüptürü gibi paraziter hastalıklar ekstrahepatik safra yolu tıkanmalarına bağlı sarılığın nedenlerini oluştururlar¹. Tıkanma ikterinde malign ve benign nedenlerin ayrıcı tanısı ve sebebe yönelik tedavisi amacıyla biyokimyasal parametrelerin tayini, ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) ve magnetik rezonans kolanjiopankreatikografi (MRCP) gibi görüntüleme metodları, endoskopik retrograde kolanjiopankreatikografi (ERCP) ve perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) gibi girişimsel yöntemler, palyatif veya küratif amaçlı çeşitli operasyonlar uygulanmaktadır².

YÖNTEM

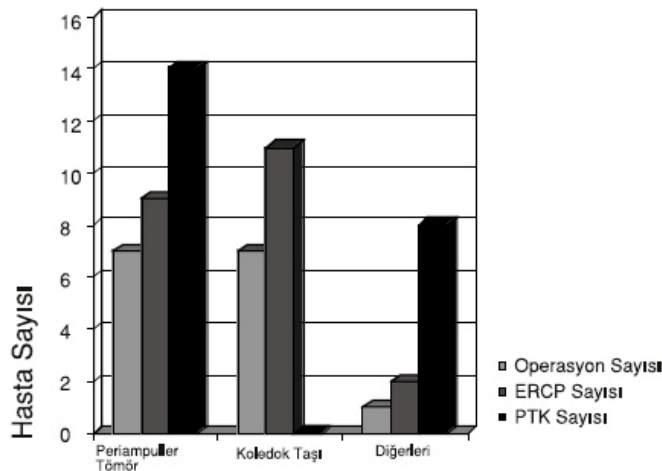
Ocak 2005 - Şubat 2007 tarihleri arasında kliniğimize mekanik ikter tanısı ile başvuran 22(%36.1)'si kadın, 39(%63.9)'u erkek 61 hasta retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların yaş ortalaması 59,6 olup, yaş aralığı 35-86 olarak tespit edildi. Hastalara uygulanmış olan laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri, girişimsel işlemler ve uygulanan cerrahi prosedürler retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR

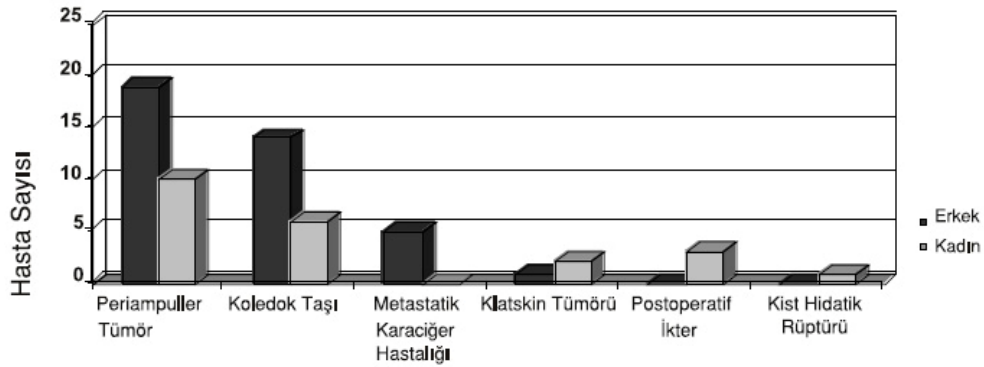
Mekanik ikter nedeniyle kliniğimize başvuran hastaların tümünde serum bilirubin değerlerinin, kolestaz ve karaciğer enzimlerinin ve tümör markerlarının (CEA, CA19-9) tespit edildiği, görüntüleme yöntemleri arasında 1. basamak inceleme olarak batin ultrasonografisinin tüm hastalara uygulandığı saptandı. Buna ek olarak 30 hastaya batin BT tetkiki ve 19 hastaya da üst batin MR + MRCP tetkiki yapılmıştı. 23 hastaya ERCP ve 22 hastaya PTK uygulanıp, bu tetkiklerin sonucunda 17(%27.8) hastanın palyatif veya küratif nedenlerle ameliyat edilmesine karar verildiği görüldü (Şekil 1).

Hastaların 29(%47.6)'unda periampuller bölge tümörü, 20(%32.8)'sinde koledokolithiazis, 5(%8.2)'inde metastatik karaciğer hastalığı, 3(%4.9)'ünde Klatskin tümörü saptandı; 2(%3.2) hastada kolesistektomi operasyonu, 1(%1.6)'inde de koledok kisti operasyonu nedeniyle oluşmuş iatrojenik safra yolu yaralanması, 1(%1.6) hastada ise safra yollarına açılmış karaciğer hidatidozu tespit edildi (Şekil 2). Toplam 37(%60.6) hastada malign sebepler tespit edilmiş olup, bu olgulardaki yaş ortalaması 61.9 iken, benign nedenlerle ikter gelişmiş olan grupta yaş ortalamasının 56 olduğu hesaplandı. Periampuller tümör tespit edilen ve preoperatif tetkiklerde operable olduğu düşünülen 7 hasta operasyona alındı. Hastaların 5'ine Whipple operasyonu uygulandı. Diğer 2 hastada operasyon esnasında peritoneal tümör yayılımı saptanması üzerine koledokojejunostomi tarzında bilioenterik drenaj işlemi uygulandı. Bu olgularda perioperatif komplikasyon gözlenmedi. Yapılan tetkikler sonucunda inoperabl kabul edilen hastalardan 9'una ERCP ile enterobilier stent yerleştirilmesi suretiyle internal bilier drenaj uygulandı. PTK uygulanan 14 hastadan 12'sine perkütan eksternal drenaj, 2'sine ise stent yerleştirilerek internal drenaj olanağı sağlandı.

Yapılan tetkiklerde koledokolithiazis saptanan 20 olgudan 11'ine ERCP eşliğinde sfinkterotomi + taş ekstraksiyonu yapıldıktan sonra elektif kolesistektomi uygulandı. Daha önce mide operasyonu geçirmiş olan 6 hasta ile ERCP ile taş ekstraksiyonu uygulanamayan 3 hasta olmak üzere toplam 9 hastaya cerrahi girişim uygulandı. Bu hastaların 5'ine koledokoduodenostomi + kolesistektomi, 2'sine Roux en Y hepatojejunostomi + kolesistektomi uygulanırken, akut kolanjit hali olan 2 hastaya kolesistektomi sonrası koledokotomi ile mevcut taşların çıkarılmasını takiben T-tüp drenaj uygulandı. Rezidü taş şüphesi ile 2 hastaya intraoperatif kolanjiografi uygulandı ancak taş saptanmadı.



Şekil 1 : Uygulanan ERCP, PTK ve operasyonların hastalara göre dağılımı



Şekil II : Mekanik ikterli hastaların etyolojilere göre dağılımları

TARTIŞMA

Mekanik ikter nedeniyle başvuran hastaların değerlendirmesinde anamnez ve fizik muayene sonrası, serumda direkt bilirubin, alkalen fosfotaz ve aminotransferazların yüksekliği önemli göstergelerdir. Malign sebeplere bağlı tıkanıklıklarda bilirubin seviyeleri genellikle çok yüksek değerlere ulaşabilirken (>20mg/dl), benign tıkanıklıklarda orta seviyelerde yükselme (10-12mg/dl) görülmektedir¹. Ekstrahepatik (>10mm) ve intrahepatik (>4mm) safra yolu dilatasyonu safra yolu tıkanıklığını düşündürcek önemli bulgulardır. Batın USG ve/veya BT tetkikleri ile koledok taşını, periampüller kitleleri ve safra yollarındaki dilatasyonu saptamak mümkündür. Safra yolu dilatasyonunun ve periampüller kitlenin tanımlanmasında BT görüntüleme, safra kesesi ve safra yolu taşlarının saptanmasında ise USG'nin daha duyarlı olduğu gösterilmiştir^{1,3}. MRCP noninvaziv bir yöntem olup, anatomik detayları göstermede üstündür. Koledok taşlarının tanısında duyarlılığı %95, özgüllüğü %89 olarak tespit edilmiştir⁴. ERCP'nin koledok taşlarını ve safra yolu parazitlerini temizlemedeki başarısı %85-90, pankreas kanseri için tanısal sensitivitesi ise %90 olarak tespit edilmiştir. Bizim koledokolithiazisli olgularımızda da ERCP ilk tedavi seçeneği olarak denenmiş, ancak başarılı olunamayan olgularda operasyon planlanmıştır. Orta ve distal koledok tıkanıklıklarında endoskopik yolla stent yerleştirilerek safra dekompresyonu sağlanabilmektedir^{5,6}. PTK proksimal safra yolu tutulumlarında eksternal drenaj veya stent yerleştirmek suretiyle internal drenaj olanağı sunmaktadır⁷. Malign olgularda, palyasyon amaçlı minimal invaziv girişimler arasında PTK'nın öne çıktığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda PTK'da daha fazla olmak üzere, girişimsel tanı yöntemlerinde %2-5 komplikasyon riski olduğu saptanmıştır. Kolanjit, hiperamilazemi ve pankreatit en sık rastlanan komplikasyonlardır^{8,9}. Bizim serimizde girişimsel işlem uygulanan olgularımızda hiperamilazemi dışında ciddi bir komplikasyon saptanmamış olup, operasyon veya girişimsel işlem uygulanan hiçbir olgumuzda erken dönem(30 gün)

mortalitesi oluşmamıştır. Operasyon uygulanan hastalardan yalnız birinde anastomoz darlığı geliştiği saptanmıştır.

Periapüller bölge tümörleri %80 pankreas kaynaklı olup, kalan %20'yi distal koledok tümörü, duodenal ve ampulla vateri tümörleri oluşturur¹⁰. Bizim serimizde bu oran %72.4 olarak tespit edildi. İleri yaş pankreas kanseri için bir risk faktörü olup hastaların %80'i 60-80 yaş arasında yer alır¹¹. Kliniğimizde tedavi edilen 29 periampüller tümör hastasının yaş ortalamaları 64 olarak tespit edilmiş olup, bu hastaların 10'u (%31) 60 yaşın altındadır. Koledok taşı saptanan hastalarda ise yaş ortalamasının 57.4 olduğu görülmüştür.

Kliniğimize mekanik ikter nedeniyle başvurup tedavi protokolüne alınan hastalarda literatürle uyumlu olarak maligniteye bağlı nedenlerin yaşla birlikte artış gösterdiği saptanmıştır. Bununla birlikte kendi olgularımızda, 60 yaş altı hastalarda da malignite insidansının yüksekliği dikkat çekmektedir. Periapüller tümörlerde küratif rezeksiyon oranımız %17 (5/29)'dir. Mekanik ikterle başvuran hastalarda yaş farkı gözetmeksizin malign nedenlerin ekarte edilmesinin tetkik ve tedavi sürecinde öncelikli düşünülmesi gerektiği kanaatindeyiz.

Küratif veya onarım cerrahilerinin, mekanik ikter yönünden vaka-yoğun olan tecrübeli merkezlerde yapıldığı takdirde düşük mortalite ve morbidite ile yapılabileceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Steven A, Henry A. Biliary Tract. In: Courtney M Townsend Jr.,editor. Sabiston Textbook of Surgery 17th ed. Philadelphia: W B Saunders, 2004:1597-1642.
2. Sohn TA, Yeo CJ. Pancreatic and periampullary carcinoma. In: Zuidema GD, Yeo CJ, editors. Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract. 5th ed. Philadelphia: W B Saunders, 2002:63-88.

3. Bluemke DA, Fishman EK. CT and MR evaluation of pancreatic cancer. Surg Oncol Clin N Am 1998; 7:103- 24.
4. Magnuson TH, Bender JS, Duncan MD, et al. Utility of magnetic resonance cholangiography in the evaluation of biliary obstruction. J Am Coll Surg 1999;189:63-71.
5. Watanapa P, Williamson R C N. Surgical palliation for pancreatic cancer. Developments during the past two decades. Br J Surg 1992;79:8-20. doi:10.1002/bjs.1800790105
6. Speer A G , Cotton P B, Russell R C G, et al. Randomized trial of endoscopic versus percutaneous stent insertion in malignant obstructive jaundice. Lancet 1987;2:57-62.
7. Gordon RL, Ring EJ, LaBerge JM, Doherty MM. Malignant biliary obstruction: treatment with expendable metallic stents--follow up of 50 consecutive patients. Radiology 1992;182:697-701.
8. Lillemoe KD. Palliative therapy for pancreatic cancer. Surg Oncol Clin N Am 1998;7:199-216.
9. Kaufman SL. Percutaneous palliation of unresectable pancreatic cancer. Surg Clin North Am 1995; 75:989- 99.
10. Landis SH, Murray T, Bolden S, et al. Cancer statistics, 1999. CA Cancer J Clin 1999; 49:8-31.
11. Gold EB, Goldin SB. Epidemiologyof and risk factors for pancreatic cancer. Surg Oncol Clin N Am 1998; 7:67-91.