

Bölüm 2

OBSTRÜKTİF NEDENLERE BAĞLI SARILIK

Mehmet GÜLMEZ¹

GİRİŞ

Sarılık kanda bilirubin konsantrasyonunun artması ve sonrasında cilt, sklera (ikter), mukoz membran gibi dokularda birikmesi sonucunda ortaya çıkan klinik durumdur. Konjunktiva ikteri jeneralize sarılığa göre genellikle hiperbilirubineminin daha sensitif bulgusu olarak kabul edilmektedir. Kanda total bilirubin seviyesi normalde 0.2-1.2 mg/dL aralığındadır. Klinik olarak sarılığın farkedilebilmesi için bilirubin seviyesinin en az 3 mg/dL olması gerekmektedir (1).

Kolestaz hepatoselüler disfonksiyon sonucunda hepatositler tarafından safra üretiminin azalması sonucunda veya ekstrahepatik ve/veya intrahepatik safra kanallarında meydana gelen mekanik obstrüktif nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir.

Biliyer obstrüksiyona sebep olan mekanik nedenler intrahepatik ve ekstrahepatik olarak ikiye ayrılmaktadır. Biliyer obstrüksiyon genellikle ekstrahepatik safra kanallarının sıklıkla taş, striktür veya tümör nedeniyle mekanik olarak tıkanması sonucunda ortaya çıkmaktadır.

ETİYOLOJİ

İntrahepatik Kolestaz

İntrahepatik kolestaz karaciğer içindeki safra kanallarının geçici veya kalıcı olarak tıkanması ile oluşur. Genellikle hepatosit veya safra kanaliküler membranı seviyesinde meydana gelmektedir. İntrahepatik kolestaz nedenleri arasında en sık primer biliyer siroz, primer sklerozan kolanjit ve sarkoidoz gibi immunolojik karaciğer hastalıkları görülür (Tablo 1). Primer biliyer siroz, intrahepatik safra

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı, mehmetgulmez86@hotmail.com

yöntem için endikasyonlar laparoskopik yöntemle göre sınırlı olmakla birlikte en sık geçirilmiş ameliyatı olan anatominin değiştiği hastalarda tercih edilmektedir.

Mirizzi sendromunun tedavisi inflame safra kesesinin ve impakte taşın çıkarıldığı cerrahidir. Mirizzi sendromunun tanısı ameliyat öncesinde konulduğu zaman ERCP obstrüktif sarılığı olan veya kolanjitli hastalarda cerrahi öncesinde hem tanı hem tedavi amacıyla kullanılabilir. Cerrahi için uygun olmayan hastalarda ERCP ile stentleme sayesinde Mirizzi sendromu için kesin tedavi sağlanabilir. Eğer Mirizzi sendromu kolesistektomi sırasında rastlantısal olarak tespit edilirse, intraoperatif kolanjiografi safra yollarını değerlendirmek ve tanıyı kesinleştirmek için planlanmalıdır. Mirizzi sendromunun cerrahi tedavisi kolesistobiliyer fistülün varlığı ve tipine göre değişmektedir. Kolesistobiliyer fistülü olan hastalarda eşlik eden koledok taşı varlığını dışlamak amacıyla endoskopik olarak değerlendirilmedikçe ana safra kanalı eksplere edilmelidir (18).

Koledok kistleri cerrahi olarak eksize edilir ve hepatikojejunostomi anastomozu ile safra yolunun jejunum segmentine bağlanarak devamlılığı sağlanır. Kronik pankreatite bağlı biliyer obstrüksiyonda ise pankreatik kanalın drenajı ile birlikte aynı anda biliyo-enterik anastomoz gerekebilir.

Biliyer obstrüksiyonun neoplastik nedenlerinde rezeksiyon hastalığın yeri ve genişliği ile ilişkili olarak değişiklik göstermektedir. Hastaların çoğu tanı konulduğunda inoperabldır. Bu nedenle biliyer obstrüksiyonu ve buna bağlı ortaya çıkan sarılığı gidermeye yönelik palyatif tedavilere başvurulur. Endoskopik ve perkütan yöntemler ile safranin barsağa akışı katater veya stent yoluyla sağlanabilmektedir. İlerlemiş safra yolu kanserinin palyatif tedavisinde fotodinamik terapinin (FDT) özellikle biliyer stentleme yöntemleri ile birlikte kullanıldığında iyi sonuçları olduğu ortaya konulmuştur (19,20). FDT, ışığa duyarlı bir kimyasal maddenin (fototosensitizan) ışık ile aktive edilmesi ve aktive olan kimyasalın kanserli bölgedeki hücre canlılığını baskılayıcı etkiye sahip olması prensibine dayanmaktadır.

Sonuç olarak; obstrüktif nedenlere bağlı sarılık genellikle geri dönebilir olup nedenlere yönelik ayırıcı tanı laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri ile detaylı bir şekilde ortaya konulmalıdır. Endoskopik ve radyolojik yöntemler ile erken müdahale sayesinde olası komplikasyonlar önenebilir.

KAYNAKLAR

1. Hung OL, Kwon NS, Cole AE, et al. Evaluation of the physician's ability to recognize the presence or absence of anemia, fever, and jaundice. *Acad Emerg Med.* 2000;7(2):146-156.
2. Bektas M, Dokmeci A, Cinar K, et al. Endoscopic management of biliary parasitic diseases. *Dig Dis Sci.* 2010;55(5):1472-1478.
3. Bennett WF, Bova JG. Review of hepatic imaging and a problem-oriented approach to liver masses. *Hepatology.* 1990;12(4 Pt 1):761-775.

4. Pedersen OM, Nordgard K, Kvinnsland S. Value of sonography in obstructive jaundice. Limitations of bile duct caliber as an index of obstruction. *Scand J Gastroenterol.*1987;22(8):975–981.
5. Reddy SI, Grace ND. Liver imaging. A hepatologist's perspective *Clinics in liver disease.* 2002;6(1):297–310.
6. Varghese JC, Liddell RP, Farrell MA, et al. Diagnostic accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography and ultrasound compared with direct cholangiography in the detection of choledocholithiasis. *Clin Radiol.* 2000;55(1):25–35.
7. Reddy SI, Grace ND. Liver imaging. A hepatologist's perspective *Clin Liver Dis.* 2002;6(1): 297–310.
8. Romagnuolo J, Bardou M, Rahme E, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography: a meta-analysis of test performance in suspected biliary disease. *Ann Intern Med.* 2003;139(7):547–557.
9. Varghese JC, Liddell RP, Farrell MA, et al. The diagnostic accuracy of magnetic resonance cholangiopancreatography and ultrasound compared with direct cholangiography in the detection of choledocholithiasis. *Clin Radiol.* 1999;54(9):604–614.
10. Rosch T, Meining A, Fruhmorgen S, et al. A prospective comparison of the diagnostic accuracy of ERCP, MRCP, CT, and EUS in biliary strictures. *Gastrointest Endosc.* 2002;55(7):870–876.
11. Baillie J, Paulson EK, Vitellas KM. Biliary imaging: a review. *Gastroenterology.*2003;124(6):1686–99.
12. Pasanen PA, Partanen KP, Pikkarainen PH, et al. A comparison of ultrasound, computed tomography and endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the differential diagnosis of benign and malignant jaundice and cholestasis. *Eur J Surg.* 1993;159(1):23–29.
13. Freeman ML, Nelson DB, Sherman S, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N Engl J Med.* 1996;335(13):909–918.
14. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol.* 2007;102(8):1781–1788.
15. Buscarini E, Tansini P, Vallisa D, et al. EUS for suspected choledocholithiasis: do benefits outweigh costs? A prospective, controlled study. *Gastrointest Endosc.* 2003;57(4):510–518.
16. Petrov MS, Savides TJ. Systematic review of endoscopic ultrasonography versus endoscopic retrograde cholangiopancreatography for suspected choledocholithiasis. *Br J Surg.* 2009; 96(9):967–974.
17. Einstein A, Podolsky B, Rosen N. Can quantum-mechanical description of physical reality be considered complete?. *Physical review.* 1935;15;47(10):777.
18. Ibrarullah MD, Mishra T, Das AP. Mirizzi syndrome. *Indian Journal of Surgery.* 2008;70(6):281-287.
19. Jaganmohan S, Lee JH. Self-expandable metal stents in malignant biliary obstruction. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2012;6(1):105-114.
20. Gwon DI, Ko GY, Sung KB, et al. A novel double stent system for palliative treatment of malignant extrahepatic biliary obstructions: a pilot study. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;197(5): 942-947.