

Bölüm 28

PALYATİF PERKÜTAN BİLİYER SİSTEM UYGULAMALARI

Abdullah Mübin ÖZERCAN¹

GİRİŞ

Perkütan biliyer girişimler, esas olarak benign veya malign bir nedenle safra yollarındaki obstrüksiyonun tedavisinde kullanılmaktadırlar. Son yıllarda endoskopik biliyer girişimlerin yaygınlaşması nedeniyle perkütan girişimler, ikinci tercih olarak görülmektedir. Bu nedenle özellikle anatomik olarak daha zorlu ve dolayısıyla komplikasyon riski daha yüksek olan vakalarda tercih edilmektedir (1).

Palyatif amaçlı perkütan biliyer girişimler, çoğunlukla maligniteye bağlı safra yolu obstrüksiyonlarının, hilar bölge tıkanıklığı, geçirilmiş cerrahiye bağlı anatomik değişiklikler, hastanın sedoanaljezi riskinin yüksek olması gibi nedenlerle endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografiye (ERKP) uygun olmadığı durumlarda kullanılmaktadır (1).

Malign safra yolu darlığı nadir görülmemekle birlikte özellikle hastalığın ileri evrelerinde vücutta sarılık ve yaygın şiddetli kaşıntıya neden olarak yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltmaktadır (karen yönetim). Endoskopik veya perkütan olarak safra akımının sağlanması, biliyer obstrüksiyona bağlı komplikasyon riskinin azaltılması, bilirübin düzeyinin hastanın kemoterapi alabileceği düzeye indirilerek tedaviye imkan sağlanması ve yaşam kalitesinin artırılması açısından büyük önem arz etmektedir.

BİLİYER SİSTEM OBSTRÜKSİYONU NEDENLERİ

Benign veya malign birçok nedenle safra akımı engellenebilir. Koledok kistleri, safra kesesindeki taşların koledoku tıkamasına bağlı koledokolitiazis, clonorsis sinensis, fasciola hepatica gibi hepatobiliyer yerleşim gösteren parazitler, primer veya sekonder sklerozan kolanjit, cerrahi travma veya komplikasyonlar gibi benign nedenler biliyer obstrüksiyona yol açabilmektedir.

Obstrüktif sarılığa en sık neden olan malign tümör, pankreas başı karsinomu olup safra yolları malign tümörleri (kolanjiyokarsinom), safra kesesinden köken alan maligniteler, hepatoselüler karsinom, ampuller bölge tümörleri ve karaciğere metastaz yapan tümörler (mide, kolon, renal, akciğer, over, malign melanom) de safra yollarında tıkanıklığa yol açarak sarılığa neden olurlar.

Tanı

Malign obstrüksiyonu olan hastalarda klinik olarak genellikle ağrısız sarılık, kaşıntı görülmekle birlikte daha nadir olarak ateş ve lökositoz gibi kolanjit bulguları saptanır. Diğer klinik özellikler, artmış direkt bilirübin yüksekliğine bağlı olarak idrar renginde koyulaşma, kilo kaybı, iştahsızlık, bulantı ve kusmadır. Hastalarda tanıya yönelik ilk tercih edilen görüntüleme yöntemi ultrasonografi olup safra yollarında darlık, genişleme varlığı açısından önemli bilgiler vermektedir. Safra yollarında darlığa neden olan etiolojinin benign veya

¹ Uzman Doktor, Ankara Üniversitesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, ozercan@ankara.edu.tr

safra yolu bölgesine önce radyofrekans ablasyon yapıp sonrasında stent yerleştirilmesidir. Bu yöntemle yaşam süresi üzerine etkileri tam belirlenmemiş olsa da kolanjiyoselüler karsinomda stentin daha uzun süre kalmasını sağladığı gösterilmiştir (11,12)

Perkütan Biliyer Girişim Komplikasyonları

İşleme bağlı sepsis, kolanjit, kolesistit, pankreatit, plevral hasara bağlı komplikasyonlar, tümör ekilmesi (seeding), kanama ve ölüm gibi majör komplikasyonlar %4-7 oranında görülmektedir (7). Özellikle maligniteye bağlı tıkanıklık proksimalde olduğunda komplikasyon riski artmaktadır. ERKP yapılmış ve kolanjit öyküsü olan hastalarda da peruktan girişim sonrası sepsis riskinin arttığı gösterilmiştir (13).

İşlem sonrası biliyer obstrüksiyon bulgularının artması hemobili varlığını akla getirmelidir. Hemobili, hepatik arteriyal/venöz yapılarının veya tümör vaskülaritesinin hasarına bağlı gelişebilir. Akut gelişen ve hastanın hemodinamisini bozan kanama varlığında göğüs duvarı veya hepatik arteriyal kanama düşündürür (14). Anjiyografik olarak kanamanın yerinin tespiti (BT anjiyo ile de yapılabilir) ve embolizasyon ile tedavisi yapılabilir. Venöz yapılar veya tümör vaskülaritesinden kaynaklanan kanamalarda kateter pozisyonunun değiştirilmesi, kaplı stent yerleştirilmesi faydalı olabilir (7).

Uzun süreli eksternal drenaj gereken hastalarda stent tıkanması, stentin yerinde çıkması, bunlara bağlı kolanjit, hemobili görülebilir. Kateter yerinin değiştirilmesi, kaplı stent yerleştirilmesi ile komplikasyonlar düzeltilebilir. Ayrıca uzun süreli eksternal drenaj, intestinal absorpsiyonu bozarak malabsorpsiyon nedeni komplikasyonlara yol açabilir (7).

Anahtar Kelimeler: Palyatif, biliyer, perkütan

KAYNAKÇA

1. Pomerantz BJ. Biliary tract interventions. Tech Vasc Interv Radiol. 2009;12(2):162-170
2. Suthar M, Purohit S, Bhargav V, Goyal P. Role of MRCP in differentiation of benign and malignant causes of biliary obstruction. J Clin Diagn Res 2015;9(11):08-12
3. Xu MM, Sethi A. Diagnosing biliary malignancy. Gastrointest Endosc Clin N Am 2015;25(4):677-690

4. Brown KT, Covey AM. Management of Malignant Biliary Obstruction. Tech Vasc Interventional Rad 2008;11:43-50
5. Van Laethem JL, De Broux S, Eisendrath P, et al: Clinical impact of biliary drainage and jaundice resolution in patient with obstructive metastases at the hilum. Am J Gastroenterol 2003;98:1271-1277
6. Covey AM, Brown KT: Percutaneous transhepatic biliary drainage Tech Vasc Interv Radiol 2008;11:14-20
7. Lorenz JM. Management of malignant biliary obstructions Semin. Intervent Radiol. 2016;33(4): 259-267
8. (Amikura K, Kobari M, Matsuno S. The time of occurrence of liver metastasis in carcinoma of the pancreas. Int J Pancreatol 1995; 17(2):139-146
9. Kayahara M, Nagakawa T, Ueno K, Ohta T, Takeda T, Miyazaki I. An evaluation of radical resection for pancreatic cancer based on the mode of recurrence as determined by autopsy and diagnostic imaging. Cancer 1993;72(7):2118-2123
10. Bakhru M, Ho HC, Gohil V, et al. Fully-covered, self-expandable metal stents (CSEMS) in malignant distal biliary strictures: midterm evaluation. J Gastroenterol Hepatol 2011;26(6):1022-1027
11. Figueroa-Barojas P, Bakhru MR, Habib NA, Ellen K, Milman J, Jamal-Kabani A, Gaidhane M, Kahaleh M: Safety and efficacy of radiofrequency ablation in the management of unresectable bile duct and pancreatic cancer: a novel palliation technique. J Oncol 2013;2013:910897
12. Cui W, Wang Y, Fan W, Lu M, Zhang Y, Yao W, Li J: Comparison of intraluminal radiofrequency ablation and stents vs. stents alone in the management of malignant biliary obstruction. Int J Hyperther 2017;33:853-861
13. Audisio RA, Morosi C, Bozetti F, et al. the outcome of cholangitis after percutaneous biliary drainage in neoplastic jaundice. HPB Surg. 1993;6(4):287-293
14. Fidelman N, Bloom AI, Kerlan RK Jr, et al. Hepatic arterial injuries after percutaneous biliary interventions in the era of laparoscopic surgery and liver transplantation: experience with 930 patients. Radiology 2008;247(3):880-886