

## SAFRA YOLLARININ BENİGN DARLIKLARI

Talar VARTANOĞLU AKTOKMAKYAN<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Safra kanalı darlıkları nadir görülen hastalıklardan birisi olsa da; tedavisi oldukça karmaşık ve zordur. Tedavinin başarısında tecrübe ve multidisipliner yaklaşım önemli yer tutar. Safra kanallarında darlıktan kaynaklanan sarılığın tanısı zor olup, tanıda gecikmeler görülebilir. Etiyolojide malign veya benign nedenlerin ayrılması, tedavi yaklaşımı ve zamanlaması açısından önemlidir. Biliyer darlıklar çoğunlukla malign nedenlerden kaynaklanır. Kolanjiokarsinom ve pankreatik adenokarsinom malign nedenlere sekonder gözlenen biliyer sarılıkların yaklaşık %72'sini oluşturur (1). Benign nedenlere bağlı biliyer darlıklar daha nadir gözlenmiş olsa da sayıları oldukça fazladır. Benign nedenlere sekonder gelişen darlıkların farkı, daha uzun süreli bir seyir göstermesi, daha komplike olmaları ve tedavi maliyetlerinin daha fazla olmasıdır (2). Benign safra yolu darlıkları genellikle ameliyat sonrası (kolesistektomi, safra yolları cerrahisi, karaciğer transplantasyonu vb) veya enflamatuvar etiyojilerden kaynaklanmaktadır. Hastalığın klinik seyri, etiyojik nedene, darlığın safra ağacındaki lokalizasyonuna ve duktal daralma derecesine bağlı olarak farklılık gösterir. Hastalar asemptomatik seyredebildiği gibi, biyokimyasal parametrelerde anormallik ve mortal

olabilecek kolanjit ile de karşımıza çıkabilmektedirler.

### ETİYOLOJİK FAKTÖRLER

Geniş bir etiyojik spektruma sahip olan benign safra yolu darlıkları, peroperatif veya karın travması sonrasında oluşabilecek hasar nedeniyle gelişebilirken; pankreatit veya safra kanalı taşları gibi karşımıza sık çıkan, tekrarlayan durumlar sonrasında veya Primer Sklerozan Kolanjit gibi klinik tablolar sonrasında da görülebilmektedir. Çeşitli enflamatuvar nedenler, konjenital ve otoimmün hadiseler gibi cerrahi sonrası yaşanabilecek problemler de benign safra yolu darlıklarına neden olabilir. Patofizyolojide, enflamatuvar bir cevap olarak fibröz doku gelişimi ve safra kanalı lümeninin bu fibröz doku ile daralması yer almaktadır. Özellikle, kronik darlıkların patofizyolojisinde, etkilenmemiş segmentlerin hipertrofisi göze çarpar. Tüm bunların sonucunda, darlığa sekonder olarak drene edilemeyen hepatik segment veya lob atrofiye uğrayarak; sekonder biliyer siroz veya portal hipertansiyon gelişebilir. Benign safra yolu darlıklarının en yaygın nedenleri ise; ortotopik karaciğer transplantasyonu veya kolesistektomiye takiben gelişen iyatrojenik safra kanalı yaralanmasını içerir.

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Talar VARTANOĞLU AKTOKMAKYAN, İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrah Bölümü, talarim@gmail.com

rında endoskopik tedavinin cerrahiye kıyasla eşit olduğu göz önünde bulundurulduğunda; endoskopik tedavi benign safra yolu darlıkları tedavisinde tercih nedeni olmaktadır. Hastaların yaklaşık %30'unda tekrarlayan hastane yatışı ve invazif tedavi gerekmektedir. Nadiren de olsa, hastaların küçük bir yüzdesinde karaciğer nakli gerektiren biliyer siroza gidiş görülebilir. Bu nedenle, benign safra yolu biliyer darlıkları benign olmalarına rağmen çabuk tanı almaları ve hızlı tedavi edilmeleri gereken hastalık grubundadırlar.

Görüldüğü üzere geniş spektrumda çok sayıda etiyojik faktör benign safra yolu darlıklarına neden olabilmektedir. Görüntüleme yöntemleri, bu darlıkların malign/benign ayrımını ve anatomik olarak lokasyonunu belirlemede önemli rol oynar. Aynı zamanda, hastanın öyküsü, klinik özellikleri ve laboratuvar değerleri tanıyı doğrulamada önemlidir. Tüm bunlar göz önünde bulundurularak; saptanan darlık nedeni öncelikle az invaziften çok invazive doğru tanı yöntemi ve hastaya göre tercih edilen tedavi seçeneği ile zaman kaybı yaşanmadan çözülmeye çalışılır.

### Sonuç

Safra kanalı darlıkları nadir görülen ve tedavisi zor bir durumdur. Benign ve malign darlıkların birbirinden ayrılması zordur ve tedavi yaklaşımını belirlemek için oldukça önemlidir. Patofizyolojisinde enflamatuvar cevaba bağlı fibröz doku oluşumu bulunan benign biliyer darlıkların etiyojisi oldukça çeşitlidir ve genellikle cerrahi operasyon sonrası (kolesistektomi, safra kanalı cerrahisi ve karaciğer transplantasyonundan) veya enflamatuvar etiyojilerden kaynaklanır. Benign biliyer darlık asemptomatik olabildiği gibi, mortaliteyle sonuçlanabilecek şiddetli kolanjit ile de seyredilmektedir.

### KAYNAKLAR

1. Tummala P, Munigala S, Eloubeidi M A, et al. Patients with obstructive jaundice and biliary stricture±mass lesion on imaging: prevalence of malignancy and potential role of EUS-FNA. *J Clin Gastroenterol.* 2013;47(6):532-537.
2. Savader SJ, Lillemoie KD, Prescott CA, et al. Laparoscopic cholecystectomy-related bile duct injuries - a health and financial disaster. *Ann Surg* 1997;25:268-73.
3. Roslyn JJ, Binns GS, Hughes EFX. Open cholecystectomy: a contemporary analysis of 42,474 patients. *Ann Surg.* 1993;218:129-137.
4. Kramling H, Huttel TP, Heberer G. Development of gallstone surgery in Germany. *Surg Endosc.* 1999;13(9):909-913.
5. Sikora SS, Kumar A, Das NR, et al. Laparoscopic bile duct injuries: spectrum at a tertiary care center. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2001 Apr;11(2):63-68.
6. Nuzzo G, Giuliani F, Persiani R. The risk of biliary ductal injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Chir.* 2004;141(6):343-353.
7. Kukar M, Wilkinson N. Surgical management of bile duct strictures. *Indian J Surg.* 2015;77(2):125-132.
8. Shah S A, Grant D R, McGilvray I D, et al. Biliary strictures in 130 consecutive right lobe living donor liver transplant recipients: results of a Western center. *Am J Transplant.* 2007;7(1):161-167.
9. Kim P T, Marquez M, Jung J, et al. Long-term follow-up of biliary complications after adult right-lobe living donor liver transplantation. *Clin Transplant.* 2015;29(5):465-474.
10. Bowlus C L, Olson K A, Gershwin M E. Evaluation of indeterminate biliary strictures. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;13(1):28-37.
11. Ducreux M, Buffet C, Lamy P, et al. Diagnosis and prognosis of AIDS-related cholangitis. *AIDS.* 1995;9(8):875-880.
12. Bilgin M, Balci N C, Erdogan A, et al. Hepatobiliary and pancreatic MRI and MRCP findings in patients with HIV infection. *AJR Am J Roentgenol.* 2008;191(1):228-232.
13. Jain M, Agarwal A. MRCP findings in recurrent pyogenic cholangitis. *Eur J Radiol.* 2008;66(1):79-83.
14. Op den Dries S, Sutton M E, Lisman T, et al. Protection of bile ducts in liver transplantation: looking beyond ischemia. *Transplantation.* 2011;92(4):373-379.
15. Choi J Y, Lee J M, Lee J Y, et al. Navigator-triggered isotropic three-dimensional magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of malignant biliary obstructions: comparison with direct cholangiography. *J Magn Reson Imaging.* 2008;27(1):94-101.
16. Shanbhogue A K, Tirumani S H, Prasad S R, et al. Benign biliary strictures: a current comprehensive clinical and imaging review. *AJR Am J Roentgenol.* 2011;197(2):295-306.
17. Materne R, Van Beers B E, Gigot J F, et al. Extrahepatic biliary obstruction: magnetic resonance imaging compared with endoscopic ultrasonography. *Endoscopy.* 2000;32(1):3-9.
18. Hintze RE, Adler A, Veltzke W, et al. Clinical significance of magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) compared to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Endoscopy.* 1997;29:182-187.
19. Heinzow H S, Kammerer S, Rammes C, et al. Comparative analysis of ERCP, IDUS, EUS and CT in predicting malignant bile duct strictures. *World J Gastroenterol.* 2014;20(30):10495-10503.
20. Bismuth H, Majno PE. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment. *World J Surg.* 2001;25:1241-1244.
21. Moser AJ. Benign biliary strictures: current treatment options. *Gastroenterology.* 2001;4:377-387.

22. Smith M T, Sherman S, Lehman G A. Endoscopic management of benign strictures of the biliary tree. *Endoscopy*. 1995;27(3):253–266.
23. Judah JR, Draganov PV. Endoscopic therapy of benign biliary strictures. *World J Gastroenterol*. 2007;13(26):3531–3539.