

Nadir Bir Klinik Olgu Eşliğinde Hepatolitiazisin Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar

Mithat Kerim Aslan¹, Serdar Topaloğlu¹, Gültekin Hoş¹, Arif Burak Çekiç¹
Ali Ahmetoğlu², Ümit Çobanoğlu³

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Farabi Hastanesi, ¹Genel Cerrahi AD, ²Radyoloji AD, ³Patoloji AD, Trabzon

ÖZET

Nadir bir klinik olgu eşliğinde hepatolitiazisin tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar

Karaciğerin nadir bir hastalığı olan hepatolitiazis, intrahepatik safra yollarında taş oluşumu ile karakterizedir. Tanı ve tedavisindeki zorluklar ve güncel yaklaşım, tedavi edilen bir olgumuz eşliğinde sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Hepatolitiazis, tanı, tedavi, karaciğer rezeksiyonu

ABSTRACT

Current approach to diagnosis and treatment of hepatolithiasis: A case report

Hepatolithiasis, a rare disease of liver, is characterized by stone deposition in the intrahepatic biliary tract. Difficulties on diagnosis and treatment were discussed with the help of our case.

Key words: Hepatolithiasis, diagnosis, treatment, liver resection

Bakırköy Tıp Dergisi 2007;3:150-153

GİRİŞ

Intrahepatik safra kanallarında taş oluşumu hepatolitiazis olarak adlandırılır. Uzakdoğu'da kolelitiazis ile başvuran hastaların %20-30'unda saptanan intrahepatik kanallarda taş oluşumu, batılı kaynaklarda %0.9 gibi düşük oranlarda rapor edilmiştir (1,2). Hepatolitiazise neden olan mekanizmalar henüz net anlaşılamamış olsa bile bakteriyel enfeksiyonlar, safra stazı ve parazitik enfeksiyonlar ile diyet gibi çevresel faktörler suçlanmaktadır (2,3). Tedavi edilmeyen hepatolitiazis olgularında rekürren piyojenik kolanjit, progresif biliyer striktür, karaciğer apsesi, sekonder biliyer siroz ve kolanjiokarsinom gelişimi görülmektedir (2,4,5). Bu olgu sunumunda; operasyon öncesi kolanjiokarsinom ile benzer bulgular gösteren bir hepatolitiazis olgusunu literatür eşliğinde gözden geçirip tartışmayı amaçladık.

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Dr.Serdar Topaloğlu
KTÜ, Farabi Hastanesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Trabzon

Telefon / Phone: +90-462-221-1215

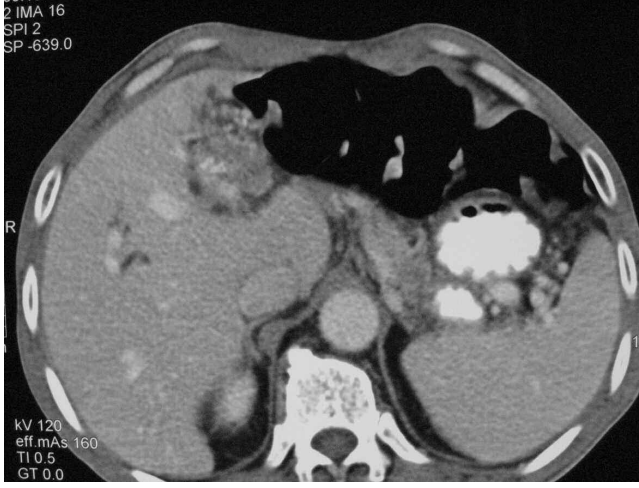
Elektronik posta adresi / E-mail address: serdardtopaloglu@yahoo.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 14 Ağustos 2007 / August 14, 2007

Kabul tarihi / Date of acceptance: 13 Kasım 2007 / November 13, 2007

OLGU SUNUMU

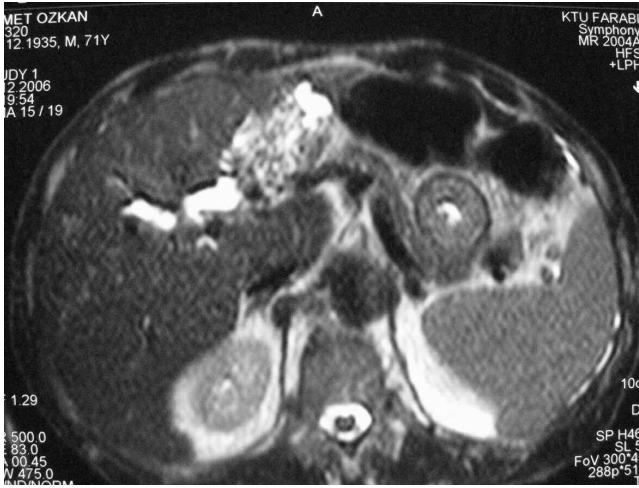
68 yaşında, erkek hasta acil servise karın ağrısı ve kusma şikayeti ile başvurdu. Hastanın muayenesinde batın sağ üst kadranda hassasiyet ve Murphy bulgusu saptandı. Diğer muayene bulguları normal olarak değerlendirildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı 18200/mm³, total bilirubin 5.6 mg/dl, direkt bilirubin 3.1 mg/dl, aspartat aminotransferaz 90 U/l, protrombin zamanı 16.2 sn tespit edildi, diğer parametreler normal olarak değerlendirildi. Ultrasonografik incelemede safra kesesinin hidropik olduğu, içinde safra çamuru bulunduğu ve karaciğer sol lob intrahepatik safra yollarında dilatasyon gözlemlendi. Ardından yapılan abdominal bilgisayarlı tomografi tetkikinde karaciğer sol lob lateral segmentte 5x3.5x3 cm boyutlu kalsifikasyonlar içeren kitle lezyonu ve lezyonun karaciğer sol lob intrahepatik safra yollarında dilatasyona neden olduğu izlendi (Resim 1). Manyetik rezonans görüntülemesinde karaciğer sol lob lateral segmentte intrahepatik safra yollarına bası oluşturan ve belirgin dilatasyona neden olan kitle lezyonu izlendi (Resim 2). Hastanın yapılan volümetrik incelemesinde karaciğerin 2 ve 3. segmentlerinin, toplam volümün sadece %25'i



Resim 1: Karaciğer sol lob lateral segmentte 5x3.5x3 cm boyutlu kalsifikasyonlar içeren kitle lezyonu ve lezyonun sol lateral sektöryel intrahepatik safra yollarında neden olduğu dilatasyon izlenmektedir.



Resim 3: İntraoperatif kolanjiografide (distal safra yolları kolanjiografi kateterindeki balon yardımı ile kapatılarak intrahepatik safra yollarının daha ayrıntılı görüntülenmesi amaçlanmıştır) sol lateral sektöre safra giden kanallarındaki dolum defekti dikkat çekmektedir.



Resim 2: Manyetik rezonans görüntüleme ile alınan T2 sekansında sol lateral sektörün yapısı ve kitle ile ilişkisi izlenmektedir.



Resim 4: Sol lateral sektörektomi sonrasında karaciğerin medial yüzeyinden alınan fotoğrafta genişlemiş safra yolları ve intrahepatik taşlar izlenmektedir.

olduğu görüldü ve atrofik olarak kabul edildi. Kolanjiokarsinom olarak değerlendirilen hastaya laparotomi planlandı. Karaciğer sol lobu lateral sektörünün (segment 2 ve 3) oldukça atrofik olduğu ve palpasyon ile karaciğer parankiminde hareketli taş grupları olduğu fark edildi. Distal ucu balonlu kolanjiografi kateteri ile (Fuji Co., Japan) çekilen intraoperatif kolanjiografide sol lob lateral sektör safra kanallarının opak madde ile dolmadığı izlendi (Resim 3). Kolesistektomi ile karaciğer segment 2 ve 3 rezeksiyonu yapılan hastada makroskopik olarak karaciğer sol lob intrahepatik safra yollarında çok sayıda taş gözlemlendi (Resim 4). Patolojik incelemede karaciğer paran-

kiminde ve safra yollarında maligniteye dair bir bulgu tespit edilemedi. Hepatolitiazis sınıfı İL (6) olarak değerlendirilen hasta postoperatif 8. gün şifa ile taburcu edildi. Postoperatif 6 aylık dönemde yapılan takiplerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı.

TARTIŞMA

Hepatolitiazis ilk olarak 1906 yılında Vachell ve Stevens tarafından tanımlanmıştır (1). Ortak safra yolları bifurkasyonunun proksimalinde taş bulunması ile karakter-

rize bir hastalıktır. Uzakdoğu ülkelerinde daha sık görül-
mektedir ve taşlar hemolitik hastalıklar, intrahepatik saf-
ra yolu striktürleri, sklerozan kolanjit ve parazitik enfes-
tasyonlar gibi safra stazına bağlı nedenlerle oluşurlar. Ba-
tı ülkelerinde ise taşlar safra kesesi kaynaklıdır ve duk-
tus sistikustan intrahepatik safra yollarına ulaşırlar (7).
Hepatolitiazis vakalarının neredeyse tamamında bakteri-
yel enfeksiyon mevcuttur ve enterik bakteri kolonizas-
yonu gösterilmiştir (8). Taşların ana komponentini kalsi-
yum bilirubinattır (2). Sol intrahepatik saf-
ra yollarında sağ tarafa göre daha fazla oranda görül-
mektedir (9,10).

Günümüzde doğru preoperif tanı konulabilmesi için
çeşitli görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır.
Abdominal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve man-
yetik rezonans yöntemleri ile karaciğerin etkilenen bölü-
mündeki atrofi düzeyi belirlenmektedir. MR-kolanjiogra-
fi, perkütan transhepatik kolanjiografi ve endoskopik
retrograt kolanjiografi tetkikleri ile intra ve ekstrahepatik
safra yolu anatomisi ve taşların yerleşimi ile ilgili net bil-
gilere ulaşılmaktadır (2, 11).

Nakayama'nın 1986 yılında tariflediği sınıflandırma
günümüzde de uygulanmaktadır. Buna göre; sadece in-
trahepatik safra yollarında taş izlenmesi sınıf I, intra ve
ekstrahepatik safra yollarında taş izlenmesi ise sınıf II
olarak ayrılmış olup sağ (R), sol (L) ve her iki lobda (LR)
görülmesi halinde alt gruplara ayrılmaktadır (6).

Hepatolitiazis tedavi edilmezse reküren piyojenik ko-
lanjit, progresif biliyer striktür, karaciğer absesi, sekonder
biliyer siroz ve kolanjiokarsinoma neden olabilir (4-6,12).

Hepatolitiazis olgularında etkin tedavi cerrahi yakla-
şım ile mümkün olmaktadır. Taşların tamamen çıkarıl-
ması, yapısı bozulan safra yolunun eksizyonu ve safra
yollarının fizyolojik drenajının sağlanması tedavinin tem-
mel prensiplerini oluşturmaktadır (13). Tek lobda sınırlı
hepatolitiazis vakalarında etkilenen parankimde atrofi
varlığında hepatik rezeksiyon gerekliliği doğmaktadır
(13,14). Karaciğer sol lobunda izole hepatolitiazis vakala-
rında sol lateral sektörektomi (sol lobektomi) gibi daha
sınırlı rezeksiyonlar da sunduğumuz olguda da görüldü-

ğü gibi etkin tedavi sağlamaktadır (10,14). Karaciğer sağ
lobuna lokalize hepatolitiazis vakaları ise daha komplike
bir seyir izlemektedirler. Safra yolu anatomisinin pek çok
varyasyona sahip olduğu sağ lobda, geçirilen kolanjit
atakları nedeni ile oluşan parankim ve safra yolu atrofi-
striktürleri hepatik rezeksiyonu oldukça güç hale getir-
mektedir. Sol lobun volümetrik olarak sınırlı kaldığı vaka-
larda sağ portal ven embolizasyonu yolu ile sol lob hi-
pertrofinin sağlanması da gerekli olabilmektedir (15).
Ekstrahepatik safra yolu taşları ve kronik değişiklikler
varlığında ise işleme hepatikojejunostomi de eklenmeli-
dir. Her iki karaciğer lobunun tutulduğu vakalarda ise te-
davi yaklaşımında farklı yöntemler bildirilmiştir. Daha
fazla atrofiye uğramış olan lobun rezeksiyonu, diğer lo-
bun safra yollarının lavaj yolu ile yıkanması ve hepatiko-
jejunostomi prosedürü en az reküren taş oluşumu riski
taşıması nedeni ile deneyimli merkezlerde tercih edil-
mektedir (13). Perkütan yolla her iki lobun safra yolları-
na girilerek kimyasal yolla taşların eritilmesi veya meka-
nik olarak kırılması ise en konservatif yaklaşım olarak
dikkat çekmektedir (16). Ancak taşların tamamen temiz-
lenebilmesi hastaların sadece %82'sinde mümkün olabil-
mekte ve yüksek rekürens oranları (%37-69) ile karşıla-
şılmaktadır. Bu yöntemin diğer bir dezavantajı ise tablo-
ya eşlik eden kolanjiyokarsinom varlığında tanı ve teda-
vide yaşanabilecek gecikmedir. Chen ve arkadaşlarının
yaptığı çalışmada bu yöntem ile takip edilen hastaların
%17'sinde kolanjiyokarsinom varlığı saptanmıştır (16).
Karaciğerin bilateral tutulduğu, safra yollarının ve karaci-
ğer parankiminin ileri derecede etkilendiği vakalarda ise
karaciğer nakli gerekli olmaktadır (17).

Ülkemizde oldukça nadir görülen hepatolitiazis, tanı
aşamasında klinisyenleri oldukça zorlayan bir hastalık
olmayı sürdürmektedir. Doğru tanı konulmasında safra
yollarının noninvaziv ve invaziv görüntüleme teknikleri-
nin birlikte kullanımı zorunluluk arz etmektedir. Tedavide
rekürens oranları ve eşlik eden kolanjiyokarsinom olası-
lığı göz önünde tutulmalı ve güvenli sınırlarda yapılacak
karaciğer rezeksiyonlarının en etkin tedavi seçeneği ol-
duğu dikkate alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Vachell HR, Stevens WM. Case of intrahepatic calculi. Br Med J 1906; 1: 434-436.
2. Kamiya J, Kitagawa Y, Nimura Y. Intrahepatic Stones. In Blumgart LH, Fong Y (Eds). Blumgart's Surgery of the Liver and Biliary Tract. 3rd ed. London: WB Saunders; 2000, s. 815-826.
3. Yellin AE, Donovan AJ. Biliary lithiasis and helminthiasis. Am J Surg 1981; 142: 128-136
4. Jan YY, Chen MF, Wang CS, Jeng LB, Hwang TL, Chen SC. Surgical treatment of Hepatolithiasis: long term results. Surgery 1996; 120: 509-514.

5. Kusano T, Isa T, Ohtsubo M, Yasaka T, Furukawa M. Natural Progression of Untreated Hepatolithiasis that shows no clinical signs at its initial presentation. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33: 114-117.
6. Nakayama F, Soloway RD, Nakama T, et al. Hepatolithiasis in East Asia. Retrospective study. *Dig Dis Sci* 1986; 30: 21-26.
7. Nitin Rao AR, Chui AK. Intrahepatic stones – an etiological quagmire. *Indian J Gastroenterol* 2004; 23: 201-202.2
8. Sheen-Chen S, Chen W, Eng H, Sheen C, Chou F, Cheng Y, Lee T. Bacteriology and antimicrobial choices in hepatolithiasis . *Am J Infect Control* 2000; 28: 298-301.
9. Koga A, Miyazaki K, Ichimiya H, Nakayama F. Choice of treatment for hepatolithiasis based on pathological findings. *World J Surg* 1984; 8: 36-40.
10. Sun WB, Han BL, Cai JX. The surgical treatment of isolated left-sided hepatolithiasis: a 22-year experience. *Surgery* 2000; 127: 493-497.
11. Kitagawa Y, Nimura Y, Hayakawa N, et al. Intrahepatic segmental bile duct patterns in hepatolithiasis: a comparative cholangiographic study between Taiwan and Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003; 10: 377-381
12. Kuroki T, Tajima Y, Kanematsu T. Hepatolithiasis and intrahepatic cholangiocarcinoma: carcinogenesis based on molecular mechanisms . *J Hepatobiliary Pancreatic Surgery* 2005; 12: 463-466.
13. Chen DW, Tung-Ping Poon R, Liu CL, Fan ST, Wong J. Immediate and long-term outcomes of hepatectomy for hepatolithiasis. *Surgery* 2004; 135: 386-393.
14. Vetrone G, Ercolani G, Grazi GL, et al. Surgical therapy for hepatolithiasis: A Western experience. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 306-312.
15. Makuuchi M, Thai BL, Takayasu K, et al. Preoperative portal embolization to increase the safety of major hepatectomy for hilar bile duct carcinoma: a preliminary report. *Surgery* 1990; 107: 521-527.
16. Chen CH, Huang MH, Yang JC, et al. Reappraisal of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotomy for primary hepatolithiasis. *Surg Endosc* 2005; 19: 505-509.
17. Pan GD, Yan LN, Li B, et al. Liver transplantation for patients with hepatolithiasis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005; 4: 345-349.