Bölüm
84

HEPATOBİLİYER BOZUKLUKLARIN YÖNETİMİ

Elmas BİBERCİ KESKİN[1]

BİLİYER HASTALIKLAR

Safra kesesi taşı görülme sıklığı toplumda %10 – 20'dir. Bu sebeple karın ağrısı olan bir hastada biliyer patoloji öncelikle düşünülmelidir. Kadınlarda, safra taşı görülme olasılığı iki kat artmıştır. Safra taşları obezlerde ve yaş arttıkça daha sık görülür. Kolelitiyazisi olan çoğu hasta asemptomatik olmakla birlikte, zaman zaman biliyer pankreatit, akut kolesistit, kronik kolesistit, koledokolitiazis ve kolanjit ile presente olur (1). Hastalığın patofizyolojisini anlamak, teşhis ve tedavi açısından çok önemlidir. Biliyer hastalıkların çoğunda kolesistektomi gerekir. Asemptomatik kolelitiazisin aksine, semptomatik kolelitiaziste genellikle cerrahi müdahale yapılır. Karın ağrısı; sağ üst kadran ağrısı şeklinde, genellikle yağlı bir yemekten sonra ve mide bulantısı (biliyer kolik) ile birlikte ortaya çıkar. Belirtiler safra kesesi boynunun veya infundibulumun taş veya safra çamuru ile geçici olarak tıkanmasıyla ilgilidir. Safra kesesi kolesistokinin salınımı ile kontrakte olurken, safra taşla tıkanmış olan sistik kanaldan geçip, biliyer sisteme boşalamaz ve ağrıya sebep olur. Sırt veya omuza yayılan sağ üst kadran ağrısına biliyer kolik denir. Vakaların çoğunda, karaciğer fonksiyon testlerinde veya tam kan sayımında herhangi bir anormallik olmaz. Batın ultrasonografisinde safra kesesi duvarının kalınlaşması veya perikolekistik sıvı olması kolelitiazisin varlığını gösterir.

Semptomatik kolelitiazisin tedavisi kolesistektomidir. Açık kolesistektominin yerini laparoskopik kolesistektomi almıştır. Laparoskopik kolesistektominin en önemli komplikasyonu koledok yaralanmasıdır. Küçük biliyer yaralanmalar, kistik kanal sızıntıları ve hepatik parankimden gelen biliyer sızıntıları içerir. Bu yaralanmalar, drenajı kolaylaştırmak için perkütan drenaj veya endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) ile yönetilebilir. Daha az morbidite ile ilişkili olmasına rağmen, laparoskopik kolesistektomide pnömoperitonium gelişebilir. Diğer komorbid durumları olan hastalarda laparoskopik kolesistektomi (morbid obez, şiddetli konjestif kalp yetmezliği, ilerlemiş akciğer hastalığı, kontrolsüz koagülopati) uygun olmayabilir (2).

AKUT KOLESİSTİT

Sistik kanalın tıkanması sonucu en sık lokalize ödem ve inflamasyonla sonuçlanan akut bir tablodur. Biliyer kültürler etkeni gösterebilir. Kadınlarda, akut kolesistit olasılığı üç kat artmıştır. Akut kolesititte tıkanmaya neden olan faktör olguların % 90' ından fazlasında safra taşlarıdır. Taş olmadığında ise akalküloz kolesistit olarak sınıflandırılır. Akut kolesistit sağ üst kadran ağrısı, ateş ve lökositoz triadı ile tanımlanır. Ultrasonografide safra kesesi duvarda kalınlaşma (> 3 mm) ve perikolekistik sıvı görülür.

[1] Öğretim görevlisi, Uzman Doktor İç hastalıkları uzmanı Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Gastroenteroloji Kliniği e-mail: elmasbiberci@yahoo.com

SONUÇ

Hepatobilier hastalıklar günlük pratikte çok sık karşılaşılan hastalıklar arasında yer almakta olup erken tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır. Biliyer hastalıklarda obstrüksiyonun yerinin tespit edilerek uygun şekilde tedavi edilmesi ve drenajın sağlanması temel hedef iken karaciğer hastalıklarında erken tanı ve özellikle fulminan seyrin engellenmesi büyük önem taşımaktadır. Tanı sürecinde malignitelerin ekarte edilmesi ve diğer nadir görülen hastalıkların unutulmaması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler

kolelitiazis, safra, safra kesesi, tıkanma sarılığı, hepatit, otoimmun

KAYNAKÇA

1. Wang D, Afdhal N.Z., (2016). Gallstone disease. Feldman M, Friedman L.S., Brandt L.J. (Ed) Gastrointestinal and Liver Disease, Pathophysiology / Diagnosis / Management (s 1100-1133). Philadelphia: Elsevier.
2. Portincasa P, Wang D (2016). Gallstones. Podolsky D, Camilleri M, Fitz J.G., Kalloo A.N., Shanahan F, Wang T.C. (Ed) Yamada's Textbook of Gastroenterology (s 1808 – 1835). West Sussex: Wiley Blackwell
3. Bagla P, Sarria JC, Riall TS. Management of acute cholecystitis. *Curr Opin Infect Dis*. 2016;29(5):508-513. doi:10.1097/QCO.0000000000000297
4. Mayumi T, Okamoto K, Takada T, et al. Tokyo Guidelines 2018: management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. 2018;25(1):96-100. doi:10.1002/jhbp.519
5. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017;67(2):370-398. doi:10.1016/j.jhep.2017.03.021
6. Raffetti E, Fattovich G, Donato F. Incidence of hepatocellular carcinoma in untreated subjects with chronic hepatitis B: a systematic review and meta-analysis. *Liver Int*. 2016;36(9):1239-1251. doi:10.1111/liv.13142
7. Varbobitis I, Papatheodoridis G V. The assessment of hepatocellular carcinoma risk in patients with chronic hepatitis B under antiviral therapy. *Clin Mol Hepatol*. 2016;22(3):319-326. doi:10.3350/cmh.2016.0045
8. EASL Clinical Practice Guidelines: management of hepatitis C virus infection. *J Hepatol*. 2014;60(2):392-420. doi:10.1016/j.jhep.2013.11.003
9. EASL-EASD-EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *J Hepatol*. 2016;64(6):1388-1402. doi:10.1016/j.jhep.2015.11.004
10. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2015;63(4):971-1004. doi:10.1016/j.jhep.2015.06.030
11. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. *J Hepatol*. 2019;70(6):1222-1261. doi:10.1016/j.jhep.2019.02.014
12. EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis. *J Hepatol*. 2017;67(1):145-172. doi:10.1016/j.jhep.2017.03.022
13. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, Vege SS. American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(9):1400-1415; 1416. doi:10.1038/ajg.2013.218