

# Hepatolitiazis: Olgu Sunumu

Metin Aydın\*, Osman Güler\*, Ersin Özgören\*

**Özet:** Hepatolitiazis, Doğu ülkelerinde halen ciddi bir sağlık problemi olmaya devam etmektedir. Bu nadir hastalık, yüksek ateş, sarılık ve karın ağrısı gibi semptomlarla karakterizedir. Modern diagnostik yöntemlerin gelişmesiyle erken tanı konulmasına karşın halen bir çok hastada hastalık ölümlerine sonuculanmaktadır. Hastalığın tanısında nadir görülmesi ve klinik presentasyonunun değişiklikler göstermesi nedeniyle problemler vardır. Halen bir çok araştırma intrahepatik taşların patolojisini ve etyolojisini bulmaya yöneliktir.

**Bu yazıda hepatolithiasisli bir hasta sunulmuştur.**

**Anahtar kelimeler:** Hepatolitiazis, sarılık, karın ağrısı.

Hepatolitiazis veya intrahepatik taşlar batı dünyasından ziyade Doğu Asya ülkelerinde daha sık görülürler. Bu arada ülkemizde de nadiren görülebilmektedir. Rölatif insidans batı ülkelerinde yaklaşık %1 iken bu oran Taiwan, Güney Kore ve Çin'de sırasıyla %20, %18 ve %38-45 olarak rapor edilmektedir (1). Patogenez tam olarak bilinmemektedir. Sık kolanjit ataklarının meydana gelmesi, taşların komple eksizyonunun güçlüğü ve kolanjiyokarsinoma gelişimi ile olabilen muhtemel beraberliği nedeniyle ciddi bir sağlık problemidir (2). Bu yazıda daha önce kolesistektomi yapılmasına rağmen şikayetlerinde gerileme olmayan bir hepatolitiazis vakası sunulmuştur.

## Olgu

55 yaşında bayan hasta 2 aydır devam eden karın ağrısı, aralıklı bulantı, kusma ve ateş şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 30-35 gündür gaita rengi giderek açılıp, idrar rengi koyulaşmaktaymış.

12 sene evvel laparotomi + kolesistektomi yapılmış olan hastanın fizik muayenesinde Nabız: 96 / dakika, TA: 150/85 mm Hg idi. Solunum sistemi muayenesinde bir özellik yoktu. K: 2.57mEq/L, Total bilirubin: 13.9 mg/dL, Direk bilirubin: 6.0 mg/dL, Alkalen Fosfataz: 549 U/L, AST: 84 U/L, ALT: 56 U/L, Albümin: 2.8 g/dL, LDH: 142 U/L, GGT: 242 U/L, CPK: 235 U/L, Amilaz: 126 U/L, Lökosit: 12600/mm<sup>3</sup>, Sedimantasyon: 24/34 mm idi. Ultrasonografi de intrahepatik safra yolları geniş, koledok ve intrahepatik safra yollarında multipl taş izlenmiş olup ayrıca karaciğer parenkiminde hiperekojen alanlar görüldü. Tomografide koledok geniş, safra kesesi izlenemedi (Opere), intra ve

\*Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Van

**Yazışma adresi:** Dr. Metin Aydın

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi ABD, Van

ekstrahepatik safra yolları içerisinde değişik boyutlarda hiperdens (taş) nodüler yapılar saptandı. İntrahepatik safra yollarında belirgin genişleme rapor edildi. Hastaya Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi (ERCP) planlandı. 21.03.1998 tarihinde ERCP'de papilla normaldi, koledok kateterize edildi, koledok ve intrahepatik safra yolları genişti, ekstra ve intrahepatik safra yollarında multipl taş ve safra çamuru mevcuttu. Hastaya sfinkterotomi + balonla taş ekstraksiyonu prosedürü uygulandı. Nazobilyer dren (NBD) bulunamadığı için işleme son verildi. Girişim sonrası kan biyokimyasında, Total bilirubin: 4.4 mg/dl, Direk bilirubin: 1.90 mg/dl, Alkalen Fosfataz: 439 U/L, ALT: 50 U/L, AST: 74 U/L, GGT: 176 U/L ve Amilaz: 107 U/L olarak ölçülmüştür. Nazobilyer drenaj kateteri temin edildikten sonra yeniden ERCP yapıldı. ERCP de hastanın sfinkterotomili olduğu, buradan safra çamuru ve küçük taşların geldiği görüldü. Nazobilyer dren uygulandı ve 3 gün süreyle nazobilyer drenden 500 cc/gün serum fizyolojik ile safra yolları irrije edildi. Hastanın karın ağrısı ve ateşinin olması üzerine bu işleme son verildi. NBD den opak madde verilerek çekilen grafide intra ve ekstrahepatik safra yollarında multipl dolma defektleri görüldü (Resim 1).



Resim 1. Nazobilyer drenden çekilen kolanjiografi.

Bu arada post ERCP dönemlerinde hastanın oral alımı 24 saat süre ile durdurularak hastaya 2500 cc sıvı ve antibiyoterapi (3.Kuşak Sefalosporin.) verildi. İkinci ERCP sonrası 24.saatte yapılan biyokimyasal analizde, Total bilirubin: 2.60 mg/dl, Direk bilirubin: 1.20 mg/dl, Alkalen Fosfataz: 315 U/L, ALT: 43 U/L, AST: 63 U/L, GGT: 214 U/L ve Amilaz: 537 U/L bulundu. Bilgisayarlı tomografi kontrolünde, sol karaciğer lobu intrahepatik safra yollarında taş olmadığı saptandı. Hasta rutin aralıklarla 10 gün sonra kontrole gelmek üzere nazobilyer dren ile beraber taburcu edildi. 10 gün sonra hasta hastanemiz acil polikliniğine sarılık, ateş ve konvülsiyon şikayetleri ile baş vurmuş ve hemen hospitalize edilerek tedavisine başlanmıştır. Hastanın taburcusundan sonra nazobilyer drenini çektiği öğrenildi, şok tablosu gelişmiş olduğu saptanan ve yapılan tüm resüsitasyon işlemlerinden fayda göremeyen hasta hepatic yetmezlik ve septik şok nedeniyle eksitus olmuştur.

### Tartışma

Hepatolitiazis terimi, ortak safra yolları bifurkasyonunun proksimalindeki intrahepatik safra yollarında mevcut taşları ifade eder. Hepatolitiazisin iki tipi bulunur. Batı dünyasında sıklıkla görülen taşların orijini safra kesesidir. Bu taşlar dilate duktus sistikus yoluyla ortak safra kanalına geçer ve retrograde migrasyonla intrahepatik safra yollarına ilerlerler. Hepatolitiazisin diğer tipinde ise taşlar, hemolitik hastalıklar, intrahepatik biliyer duktus striktürü, sklerozan kolanjit, intrahepatik biliyer sistemin ektazik anomalilerinin (Örneğin:Caroli hastalığı) neden olduğu biliyer stazisli hastaların intrahepatik duktuslarında oluşur, bu tip sıklıkla Doğu Asya ülkelerinde görülmektedir. Taşların çoğu multipldir, yumuşak, gevrek pigmentler karaciğerde çoğunlukla birinci veya ikinci safra yolları radiklerinde lokalizedir (3).

Farklı coğrafik dağılımların nedeni olarak çevresel faktörler suçlanmaktadır. Çevresel faktörlerden parazitik infestasyon ve biliyer askariazis ilk önce göz önünde bulundurulmalıdır. Enterik bakterilerin safra yollarında kolonizasyonu ve bakteriel infeksiyon, hepatolitiazisin ortak bulgusudur. Kalsiyum bilirubin taşları intrahepatik kanallarda ortaya çıkan kalkulilerin ana bileşenidir. Konjenital veya kazanılmış darlıklar safra yollarında staza neden olur. Distal ortak safra kanallarının obstrüksiyonunun işe karışmasıyla intrahepatik safra kanallarında anormal müsin sekresyonu başladığı bu hastalarda tespit edilmiştir (4).

Hepatolitiazisin tedavisi temelde cerrahidir, metodun seçiminde intrahepatik kanalların morfolojisi, darlığın yeri ve taşların lokalizasyonları önemlidir. Geçmiş yıllarda seçilmiş hastalarda primer tiplerin artmasıyla karaciğer rezeksiyonları oranları artmıştır. Buna rağmen seçilmiş hastalarda ERCP ile nazobilyer dren uygulamasını takiben irrigasyon da bir tedavi metodu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Radyolojik, cerrahi ve endoskopik yaklaşım intrahepatik taşların tedavisinde sıklıkla kullanılan etkili yöntemlerdir. Daha önce safra yolları operasyonu geçirmemiş biliyer striktürlü ve hepatolitiazisli hastalar için önerilen tedavi algoritmi aşağıdaki gibidir (5).

1-Acil Perkutan Transhepatik Bilyer Drenaj (PTBD) akut obstruktif kolanjitli hastalarda uygulanır. Bir iki hafta sonra yapılacak olan Perkutan Transhepatik Kolanjiografi (PTC) tüm biliyer ağacı ve taş lokalizasyonunu göstermektedir.

2-Kronik kolanjitli ve intrahepatik taşlı hastalar için, ERCP ilk önce yapılmalı eğer bu yetersiz ise PTC yapılmalıdır.

3-Genel anestezi veya major cerrahi için bir komplikasyon yoksa hastalara cerrahi tedavi seçeneği önerilmelidir. Kolesistektomi ve genişletilmiş intrahepatik koledokolitotomi ile intraoperatif kolanjiyoskopi uygulanabilir.

4-Eğer striktür ve taşlar sol lob veya sol lateral segmentte sınırlı ise hepatic rezeksiyon daha uygun bir seçenektir. Sol lateral segmentin rezeksiyonu genellikle yeterlidir. Sol hepatic stump duktusu açılarak hiler bölgede veya medial segmentteki taşlar tama yakın eksize edilebilir. Sol lobektomi özellikle bilateral hepatic hilusa oturmuş büyük taşlar veya aşırı stenotik ve açılmış medial safra kanalları varlığında yapılmalıdır.

5-Eğer striktür ve taşlar bilateral hepatic duktusda lokalize ise sol lateral segmentektomi veya sol lobektomi yapılmalı ve sağ tarafın taşları da daha sonra temizlenmelidir.

6-Eğer striktür ve taşlar karaciğerin sağ lobuna yerleşmişse yalnızca rutin prosedür uygulanmalı, sağ taraf striktürleri için eğer striktür periferik segmental duktusda sınırlı ise selektif hepatic rezeksiyon yapılabilir.

Karaciğer rezeksiyonu aşağıdaki endikasyonlar var ise şiddetle tavsiye edilmektedir (6).

1-Taş ve darlık 1 veya 2.segmentte lokalize ise.

2-Fibrotik yapışıklıklar karaciğeri etkilememişse.

3-Darlığın yeri sağ ve sol hepatic duktusun bifurkasyonundan 10 mm uzakta ise (veya son 10 mm'sinde ise).

Hepatolitiazisli hastaların 2/3'ünde Koledokolitotomi ile T-tüp drenajı endikedir. Buna rağmen postoperatif bakiye taş kalma ihtimali çok yüksektir ve postoperatif Koledoskopik Litotripsi bakiye taşların ekstraksiyonunda başarı ile kullanılmaktadır.

### **Hepatolithiasis: a case report**

*Abstract: Hepatolithiasis is a common, challenging problem in East countries. This rare disease is characterized by symptoms such as high fever, jaundice and abdominal pain. Despite the available modern diagnostic tools, which allow an early diagnosis in most cases but sometimes results in a fatal outcome. There are some problems with this syndrome because of its rarity and different clinical presentations. More investigations are needed to define the aetiology and pathology of intrahepatic stones.*

*Here we reported a case of hepatolithiasis in a patient with the light of literature.*

*Key Words: Hepatolithiasis, jaundice, abdominal pain.*

### **Kaynaklar**

1. Nakayama F. Hepatolithiasis and Cholangiohepatitis. In: Gallstones Cohen S, Soloway RD eds. Churchill Livingstone, New York, 1985, PP:237-246.
2. Chen MF, Jan YY, Wang CS, Jeng LBB, Hwang TL, Chen . Intrahepatic stones associated with cholangiocarcinoma. Am J Gastroenterol 1989; 84:391-395.
3. Nakayama F. Intrahepatic calculi. A special problem in East Asia. World J Surg.1982; 6: 802-804.
4. Jang KS, Yang FS, Chiang HJ, Otha I. Bile Duct Stents in the management of Hepatolithiasis with Long segmental intrahepatic biliary strictures. Br J Surg 1992;79:663-666.
5. Kuo-Shyang J, Treatment of intrahepatic biliary strictures associated with hepatolithiasis. Hepato-gastroenterology. 1997; 44: 342-350.
6. Huang JF. The role of the hepatic resection in the treatment of hepatolithiasis. J Hepatobiliary Surg. 1994;2:68-70.