



Safra Taşı Hastalığı ve Endoskopik Retrograd Kolanjiopankreatografi

Prof. Dr. Hakan Şentürk

Safra taşı denilince akla büyük ölçüde safra kesesi taşları gelmektedir. Ancak bu olayı safra taşı hastalığı tarzında algılamak daha doğru olur. Çünkü primer patoloji safra kompozisyonunun fizyolojik koşullar dışına çıkarak litojenik safra haline almasıdır. Bu litojenik safra da safra kanallarının enükleasyona müsait bölgelerinde taş oluşumuna yol açmaktadır. Enükleasyon içinde uygun bölge doğal olarak safra kesesidir. Her ne kadar safra kesesi kontraksiyonlarının yeterli olmaması (hipokinetik kese) da safra kesesinde taş oluşması için neden kabul edilebilirse de, bu ancak litojenik safraya ilave bir faktör olarak değerlendirilebilir. Safra taşları kolesterol ve pigment taşları olarak iki ana gruba ayrılmaktadırlar. Büyük kısmı kolesterol taşlarıdır. Pigment taşları çok daha azdır: Hemoliz veya süreğen safra yolları enfeksiyonu kökenlidir (orantal kolanjit.)

Bu giriş yapmamın nedeni safra kesesi taşlarının, safra kesesine özgü olmadığını ortaya koymak ve genel bir safra sistemi hastalığı olduğunu belirtmektir. Dolayısıyla kolesistektomi safra taşı hastalığına hastaların en az %20'sine tam çözüm getirememektedir, çünkü safra yollarında da problemler vardır. Bu problem genellikle kanalda taş tarzındadır. Ancak en az onun kadar sık rastlanan bir başka olay da papilla Vateri disfonksiyonudur. Papilla Vateri üçlü bir sfinkter sistemi vasıtasıyla safra ve pankreatik salgının duodenuma geçişini regüle etmektedir. Bu üçlü sfinkter sisteminin bir parçası pankreatik sfinkter, bir diğer parçası ana safra kanalı sfinkteri, nihayet üçüncüsü de papilla Vateri'nin distalinde bulunan ortak sfinkterdir. Bu sfinkter sistemi çoğunlukla kontraksiyon halindedir. Ancak episodik olarak kolesistokinin-pankrezimin hormonunun etkisiyle relakse olmakta ve bu iki sistemden safra ve pankreas salgısının akımına izin vermektedir. Safra taşı hastalığında muhtemelen litojenik safradaki kolesterol kristalizasyonu bu sfinkter sisteminde disfonksiyona yol açmaktadır ve bu kolestat, bazen de tekrarlayıcı (rekürren) pankreatitle sonuçlanmaktadır. Yakın zamanlarda safrada kolesterol

kristalizasyonu, safra taşından ayrı bir olay gibi değerlendirilmeye başlanmıştır, ve hiç safra kesesi taşı teşekkül etmeden tek başına bu hadisenin önemli bir morbidite nedeni olabileceği hatta tekrarlayan pankreatit atakları nedeniyle Tip II diabetes mellitusa (DM) dahi yol açabileceği iddia edilmiş, ve kanıt olarak da bu hastalarda Tip II DM'un normal popülasyona kıyasla daha sık görülmesi gösterilmiştir. Fakat burada şu da dikkate alınmalıdır ki; safra kristalizasyonu olanların bir kısmında insülin rezistansı vardır, ve hatta bu hastaların bir kısmında obezite ve karaciğer yağlanması gibi problemler vardır. Dolayısıyla bütün bu olayların temelindeki patolojinin insülin rezistansı olduğu da düşünülebilir.

Safra taşı hadisesi ile ilgili endoskopik yollarla çözümlenmesi gereken hadiseleri, kolesistektomi öncesi ve sonrası olmak üzere, iki ana başlık altında irdeleyebiliriz:

KOLESİSTEKTOMİ ÖNCESİ

Safra kesesindeki taşlar için kolesistektomi kararı alınan tüm hastalar için aşağıdaki tetkiklerin mutlaka yapılması gerekir: serum bilirubin, ALT, AST, GGT, alkali fosfataz, ana safra kanalı ve karaciğer-içi safra kanallarının incelenmesi için üst karın ultrasonografi. Yukarıdaki karaciğer testlerinin herhangi birisinde veya karın ultrasonografisinde anormallik saptanan hasta, ameliyat öncesi hepatolog tarafından konsülte edilmelidir. Bu tahlil veya görüntüleme anormallikleri bir parenkimal karaciğer hastalığını veya safra yolları ile ilgili taş veya papilla disfonksiyonu (PD) gibi bir hadiseyi yansıtabilir. Aslında safra taşı hastalığı olanlarda parenkimal karaciğer hastalığı sıklığı da oldukça fazladır ve siroz olan hastaların çoğunda safra taşı problemi vardır. Çoğu siroz olgusunun da klinik olarak sessiz seyrettiği unutulmamalıdır. Bu olay bilinmeden genel anestezi verilmesi ve laparotomi yapılması, hastaya geri dönüşümsüz hasarlar getirebilir. Hatta safra taşları ile safra yollarında, pankreasta ve papilla Vateri'de karsinom bulunabilir ve bunlar operasyonda dahi fark edilemeyebilir. Sonuçta kolesistektomi geçirmesi gerektiği düşünülen hasta karaciğer-safra yolları ve pankreas açısından ciddi bir ön incelemeden geçmelidir.

Safra yolları ile anormallik kuşku edilen hastada kolesistektomi öncesi Endoskopik Retrograd Kolanjio-Pankreatografi (ERKP), deneyimli ellerde, hem tanı koydurucu, hem de tedavi edici bir yöntemdir. Her ne kadar safra sistemi ile anormallikler için Manyetik Rezonans Kolanjio-Pankreatografi (MRKP) non-invaziv ve tanı koydurucu özelliği ERKP'ye yakın bir yöntemse de, bu prosedür maliyeti arttırmaktadır ve küçük taşlar görülmeyebilmektedir. Maliyet problem olmadığı taktirde ERKP öncesi yapılabilir. ERKP'de ana safra kanalındaki patolojinin tanısı konulduktan sonra tedavisi ve laparoskopik kolesistektomiye yol açılması söz konusudur. Safra kanalında taş saptananlarda endoskopik sfinkterotomi denilen bir yöntemle papilla Vateri'deki sfinkter ke-

sici elektrik akımı ile ortadan kaldırılmakta ve daha sonra basket veya balon ekstraktör denilen aletlerle taşlar barsağa indirilmekte ve orada bırakılmaktadırlar. Bu yöntemle barsağa indirilebilen boyuttaki bir taşın intestinal lümeni tıkanması söz konusu değildir. Çapı 1.2 cm'yi aşan taşların sfinkterotomi sonrası çekilerek safra kanalından çıkartılması güçtür, ve bu taşların kanal içinde lithotripsi denilen bir aletle parçalanarak çıkartılmaları söz konusudur. Eğer tek problem PD ise sfinkterotomi yeterli olmaktadır. Ancak PD tanısı konulan hastaların az bir kısmında da olsa zeminde papilla vateri karsinomu olabilir, ve endoskopik görünüm dikkat çekmeyecek olsa dahi, bu hastalara, işlemden iki hafta sonra papilla vateri'den biyopsi yapılmasında yarar vardır. Endoskopik yöntemlerle hastanın safra kanallarının patensi sağlandıktan sonra laparoskopik kolesistektomi yapılabilir.

KOLESİSTEKTOMİ SONRASI

Laparoskopik veya açık koleistektomi geçiren hastaların bir kısmında, ne yazık ki operasyon hastalığın bittiği anlamına gelmemekte, hatta bazen bizzat bu işlemlerin komplikasyonları ortaya çıkmaktadır. Neyse ki bu olayların önemli bir kısmı ERKP ile çözümlenebilmektedir. İlk sıralarda taş ve PD gelmektedir. Tipik klinik, hastanın, kolesistektomi sonrası, daha önceden de var olan ağrılarının ortadan kalkmaması, hatta artması, ve bazen iktar gelişmesidir. Safra kesesi geniş bir rezervuar olduğundan, PD bulunan bir hastada kolesistektomi öncesi olmayan problemlerin bu operasyon sonrasında ortaya çıkması sürpriz değildir. Laparoskopik kolesistektomi esnasında sık olmasa da ana safra kanalı yaralanmaları oluşabilmektedir. Bu yaralanmalar sonunda operasyon sonrası safra kanalından peritoneal boşluğa safra kaçağı oluşmaktadır. Bazen de safra kanalındaki yaralanmalar sonucu striktürler ve buna bağlı kolestaz oluşmaktadır. Bütün bu problemlerde, vakit geçirilmeden ERKP yapılması gerekir. Kolesistektomi öncesi dönemde olduğu gibi burada da maliyet problemi ön planda değilse ERKP öncesi MRKP yapılabilir. ERKP esnasında safra kanallarında taş bulunması veya papilla disfonksiyonu düşünülmüşse halinde yapılacak işlemler kolesistektomi öncesi dönemde yapılanlardan farklı değildir. Safra yollarında yaralanma ve peritoneal boşluğa kaçak saptanması halinde kaçağın küçük olması halinde sfinkterotomi yeterlidir, çünkü papilla Vateri'deki basıncın kaldırılmasıyla safra kaçak yolunu değil, duodenum yolunu seçmektedir. Ancak kaçak ciddi boyutlardaysa tek başına ES yeterli değildir, ve kaçak bölgesini transvers geçecek şekilde geçici plastik stent yerleştirilmesi gerekmektedir. Diğer komplikasyon striktürde ise balon dilatasyonu ve tekrarlanan stentlemelerle kalibrasyon yapılmaktadır, ve çoğunlukla da başarılı olmaktadır.

Açık kolesistektomiler sonrasında da benzer komplikasyonlar görülmektedir, bunlarda patolojinin saptanması LK'ye göre daha kolaydır, çünkü operasyon sonrası ana safra kanalına yerleştirilen T-tüpten kolanjiografi yapılabilir.

mektedir. Kolesistektomi sonrası komplikasyonların erken safhada saptanması ve tedavinin süratle başlatılması, komplikasyonların önlenmesi açısından son derece önemlidir. Muhtemel komplikasyonlar: Peritonit, sepsis, ve abse oluşumudur. Erken dönemde endoskopik tedavisi yapılanlarda bu tür komplikasyonlar seyrekken, geciken vakalarda ise sıktır ve sık olmasa da endoskopik tedavinin başarılı olmasına karşın hasta bu septik komplikasyonlar nedeniyle kaybedilebilmektedir. İlginç olan nokta, kolesistektomi sonrası ciddi komplikasyonların bile başlangıçta çok bariz olmayan bir klinikle ortaya çıkabilmeleridir. Örneğin safra kaçağı olan bir hastada peritoneal hassasiyet saptanmayabilmekte, ana safra kanalı tıkanan ve ikter gelişen bir hastada da erken safhada ultrasonografide karaciğer-içi safra yolları genişlemesi görülmeyebilmektedir. Bu nedenle postoperatif dönemde komplikasyonlardan en ufak bir kuşku duyulması halinde bile bu hastalar konuda tecrübeli bir hekim tarafından konsülte edilmelidirler.

SONUÇ

Safra kesesi taşları, safra kesesine özgü bir olay gibi değerlendirilmemeli, safra taşı hastalığının bir parçası olarak değerlendirilmelidir. Hatta safra taşı hastalığı kavramı içine taş-yapıcı (litojenik) safra ve safra kristalizasyonu kavramları da dahil edilmelidir. Bu nedenle kolesistektomi her zaman safra taşları için nihai çözüm olmamaktadır. Bunun yanında bazen kolesistektominin kendisi de morbidite nedeni olabilmektedir. Yine safra taşları, kronik karaciğer hastalığı ve özellikle sirozu olanlarda genel popülasyona göre daha sıktır ve sirozu olanlarda kolesistektominin morbidite ve mortalitesi yüksektir. Bütün bu nedenlerden dolayı kolesistektomi geçirecek olan hasta bu operasyon öncesinde karaciğer, safra yolları ve pankreas açısından dikkatli bir incelemeden geçmelidir. Kolesistektomi sonrasında ise komplikasyonlardan en küçük bir kuşku duyulması halinde süratle ilgili hekim ile konsültasyon yapılmalıdır.