

Safra kesesi kanserine bağı gelişen hemobilinin başarılı tedavisi

Successfull treatment of hemobilia due to gall bladder carcinoma

 Mustafa Kaplan¹,  Mustafa Özdemir²,  Bülent Ödemiş³

¹Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Kırşehir, Türkiye

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Ankara, Türkiye

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Ankara, Türkiye

Cite this article as/ Bu makaleye atf için: Kaplan M, Özdemir M, Ödemiş B. Safra kesesi kanserine bağı gelişen hemobilinin başarılı tedavisi. Anatolian Curr Med J 2020; 2(3): 91-93.

ÖZ

Hemobili, hepatobiliyer traktan kaynaklı kanama olup üst gastrointestinal kanamanın nadir bir sebebidir. Hemobilinin en yaygın nedenleri iyatrojenik, travmatojenik ve neoplastik nedenlerdir. Tedavide ise endoskopik olarak kanama kontrolü ve kanayan damarın anjiyografik olarak embolizasyonu kombine olarak kullanılmaktadır. Biz bu vakada 71 yaşında inoperabl safra kesesi kanseri tanısı olup hemobili ve biliyer obstruksiyon semptomları ile başvuran bir hastanın tedavisinden bahsedeceğiz.

Anahtar kelimeler: ERCP, sistik arter embolizasyonu, gastrointestinal kanama

ABSTRACT

Hemobilia is bleeding from the hepatobiliary tract and a rare cause of acute upper gastrointestinal bleeding. The most common causes of hemobilia are iatrogenic, traumatogenic, and neoplastic. In the treatment, endoscopic bleeding control and angiographic embolization of the bleeding vessel are used in combination. In this case report, we present a 71-year-old patient with inoperable gallbladder cancer who presented with hemobilia and biliary obstruction symptoms.

Keywords: ERCP, cystic artery embolisation, gastrointestinal bleeding

GİRİŞ

Hemobili, hepatobiliyer traktan kaynaklı kanama olup üst gastrointestinal kanamanın nadir bir sebebidir (1). Hemobili vakalarının çoğunluğu safra yolundan veya karaciğer manipülasyonundan kaynaklanan iyatrojenik bir nedene sahiptir. Künt travma da hemobilinin önemli bir nedenidir. Hemobilinin diğer nadir nedenleri ise duktal parazitler, hepatik tümörler, hepatik arter anevrizma rüptürü, hepatik abse ve koledokolitiazistir (2). Sağ üst kadranda ağrısı, sarılık ve üst gastrointestinal kanama klasik üçlü triaddır ancak nadir görülür. Bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme tercih edilen tanı yöntemleridir (3). Tercih edilen tedavi

yöntemleri ise transkatater arteriyel embolizasyon ve endoskopik olarak kanama kontrolünün sağlanmasıdır (4). Cerrahi nadiren terapötik bir seçenektir. Biz bu vakada 71 yaşında inoperabl safra kesesi kanseri tanısı olup hemobili ve bilier obstruksiyon semptomları ile başvuran bir hastanın tedavisinden bahsedeceğiz.

OLGU

Yetmiş bir yaşında kadın hasta kliniğimize hematemez ve karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 9 g/dL, AST: 151 U/L,

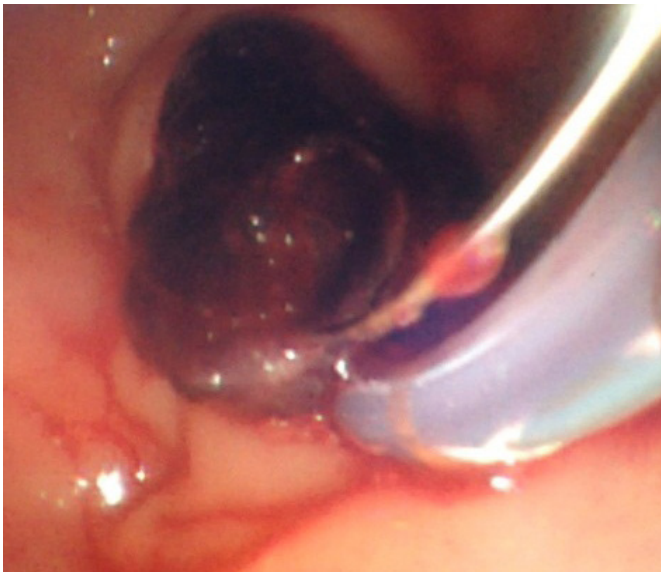
Corresponding Author / Sorumlu Yazar: Mustafa Kaplan. Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, Endoskopi Ünitesi Kliniği, 40100, Kırşehir, Türkiye

E-mail / E-posta: mustafakaplandr@yahoo.com

Received / Geliş: 09.11.2019 **Accepted / Kabul:** 02.12.2019

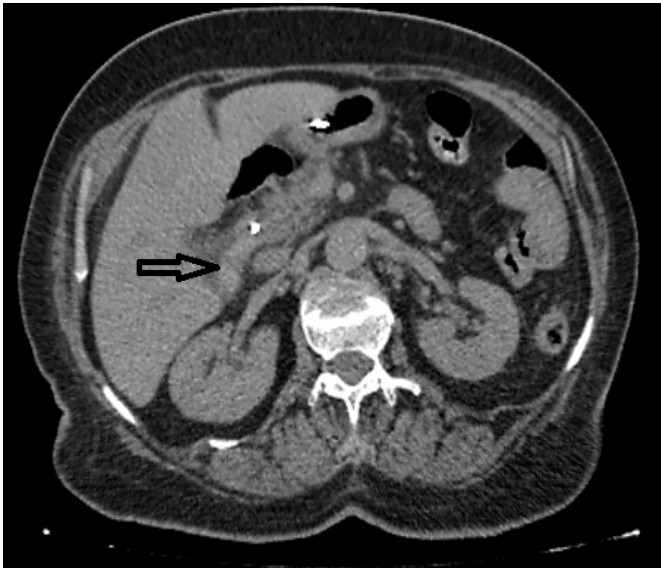


ALT: 145 U/L, ALP: 219 U/L, GGT: 514 U/L, total bilirubin: 4,1 mg/dL ve direkt bilirubin: 2,1 mg/dL saptandı. Hikayesinde bir yıl önce inoparabl safra kesesi karsinomu tanısı aldığı ve kemoradyoterapi aldığı öğrenildi. Üst gastrointestinal endoskopide ikinci kıtada papil hizasından distale doğru uzanan lümende taze kan birikintileri izlendi. Duodenoskop ile değerlendirmede papil orifisinden dışarı protrüde olmuş pıhtı görüldü. Endoskopik retrograd kolanjiyopankreatografi (ERCP) yapıldı ve kolanjiogramda koledok içerisinde koagulumla uyumlu dolun defektleri izlendi. Hastada safra kesesi tümörüne bağlı hemobili düşünülerek koledoktan bol miktarda pıhtı temizlendikten sonra (Resim 1) sol dala uzanacak şekilde 7 F nazobilier drenaj kateteri (NBD) konuldu.



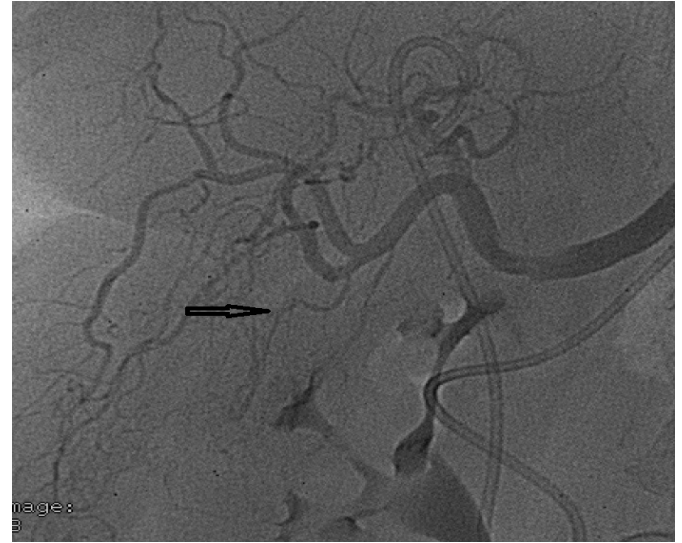
Resim 1. Papilden temizlenen koagulum artıkları

Kanaması devam eden ve hemoglobin değerlerinde düşme olan hastaya abdominal tomografi çekildi ve sistik arter kaynaklı kanama olduğu görüldü (Resim 2).



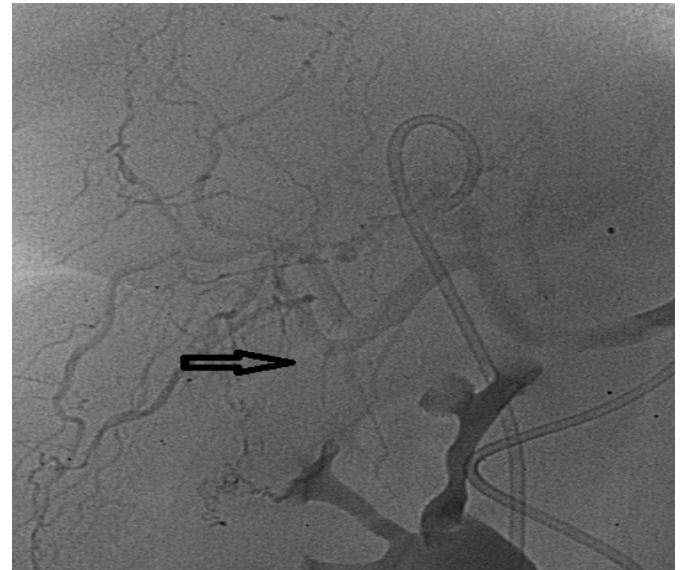
Resim 2. Tomografide prekontrast serilerde sistik kanal içerisinde hafif hiperdens hemoraji

Kanama kontrolü için yapılan hepatik anjiyografide kitle lokalizasyonuna uyan ve anormal genişleme, dallanma gösteren iki adet sistik arter dalı izlendi (Resim 3).



Resim 3. Anjiyografide embolizasyon öncesi kanayan sistik arter

Bu dallar mikrokater ile selektif kateterize edilerek 500-700 mikron mikrosferik embolizasyon partikülü ile embolize edildi (Resim 4).



Resim 4. Anjiyografi sonrası oklude sistik arter

Takiplerinde hastanın NBD'den kanlı geleni azalması üzerine hastanın NBD'si çekilerek koledoka stent konuldu. Genel durumu iyi vitalleri stabil hasta önerilerle taburcu edildi.

TARTIŞMA

Hemobili üst gastrointestinal kanamanın nadir bir sebebi olup etyolojisi bulunamayan ve hikayesinde biliyer trakt veya pankreas hastalığı bulunan her hastada akılda

tutulmalıdır. Ayırıcı tanıda diğer üst gastrointestinal kanama nedenleri ve özellikle 'hemosuccus pancreaticus' düşünülmelidir (5). Genel olarak hastalarda nadiren görülen klasik ağrı, sarılık ve kanama triadı bizim hastamızda görülmüştür. Bu durum da hastalığın tanısını kolaylaştırmıştır. Hastalığın tanısında ERCP ile safra yollarının görüntülenmesi çoğu zaman yeterli olmakla birlikte altın tanı anjiyografi olmaya devam etmektedir. Bizim vakamızda da ERCP tanı ve tedavi amacıyla kullanılmış ancak ERCP ile yapılan tedavi başarılı olmadığı için hastaya transkateter arteriyel embolizasyon uygulanmıştır. Zaten literatürde de bu iki tedavinin kombine olarak kullanılması önerilmektedir (6). ERCP ile safra yollarındaki pıhtıları temizlemek mümkünken primer odağa çoğu zaman müdahale edilememektedir. Anjiyografik yöntemlerle hemobiliye sebep olan damarın bulunması ve embolizasyonu çoğu zaman kesin tedavi edici olmaktadır. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi alta yatan inoperabl tümörü olan olgularda yeni damar oluşumları ile tekrar kanama olabilmektedir (6).

Hemobili genellikle arteriyel orjinli olup venöz sistemik basıncının daha düşük olması nedeniyle venöz kanamalar çok daha seyreklerdir. Kanama odağı çoğunlukla karaciğer, safra kesesi, safra yolları ve pankreasır. Bismuth (7)'un yayınladığı 55 vakalık hemobili serisinde, vakaların %53'ünde kanama yerini karaciğer, %23'ünde safra kesesi, %22'sinde safra yolları ve %2'sinde ise kanama odağını pankreas olarak raporlamıştır. Bismuth'un çalışmasında da belirtildiği gibi hemobilinin sık sebeplerinden biri safra kesesi kaynaklı kanamalardır ancak bu vakaların çoğunda sebep iyatrojenik veya travmatik yaralanmalardır. Literatürde safra kesesi kanserine bağlı gelişen hemobili vakaları ise kısıtlıdır (8,9). Bu olgu sunumunda da safra kesesi kanserine bağlı nadir görülen bir hemobili vakasından bahsedildiğinden bu çalışmanın literatüre katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

SONUÇ

Hemobilinin nadir bir üst gastrointestinal kanama nedeni olduğu ve endoskopik ve anjiyografik yöntemlerle başarılı bir şekilde tedavi edilebileceği akılda tutulmalıdır.

ETİK BEYANLAR

Aydınlatılmış Onam: Çalışmaya katılan hastadan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirme Süreci: Harici çift kör hakem değerlendirmesi.

Çıkar Çatışması Durumu: Yazarlar bu çalışmada herhangi bir çıkarıya dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışmada finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Yazar Katkıları: Yazarların tümü; makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

KAYNAKLAR

1. Green M, Duell R, Johnson C, Jamieson N. Haemobilia. Br J Surg 2001; 88: 773-86.
2. Cathcart S, Birk JW, Tadros M, Schuster M. Hemobilia: An Uncommon But Notable Cause of Upper Gastrointestinal Bleeding. J Clin Gastroenterol 2017; 51: 796-804.
3. Berry R, Han JY, Kardashian AA, LaRusso NF, Tabibian JH. Hemobilia: etiology, diagnosis, and treatment. Liver Res 2018; 2: 200-8.
4. Zhornitskiy A, Berry R, Han JY, Tabibian JH. Hemobilia: Historical overview, clinical update, and current practices. Liver Int 2019; 39: 1378-88.
5. Bektas M. Hemobilia and Hemosuccus Pancreaticus. Turkiye Klinikleri J Gastroenterohepatol-Special Topics 2008; 1: 32-4.
6. Khamaysi I, Suissa A. Hemobilia. Gastrointest Endosc 2017; 86: 1176-7.
7. Bismuth H. Hemobilia. N Engl J Med 1973; 288: 617-9
8. Sadamori H, Fujiwara H, Tanaka T, ve ark. Carcinosarcoma of the gallbladder manifesting as cholangitis due to hemobilia. J Gastrointest Surg 2012; 16: 1278-81.
9. Páez Cumpa C, Erimeiku Barahona A, Payeras Capó MA, Amengual Antich I, Garrido Durán C. Hemobilia due to intracholecystic papillary neoplasm. Rev Esp Enferm Dig 2017; 109: 70-3.