KOLESTAZ

Prof.Dr.Ömer ŞENTÜRK

OLGU - ÖYKÜ-1

- 66 yaşında erkek hasta
- Sağ üst kadran ağrısı ile kliniğe başvurdu
- Ağrı bazen sırta yayılım gösteriyor
- Ayrıca idrar renginde koyulaşma ve kaşıntı (gece-gündüz aynı) yakınmaları da mevcut
- Kilo kaybı yok ve genel olarak iştahı iyi
- Ağrısı olduğunda iştahı azalıyormuş

OLGU - ÖYKÜ-2

- Safra taşı nedeniyle 15 yıl önce kolesistektomi yapılmış
- Operasyonda herhangi bir komplikasyon gelişmemiş, ancak ateş nedeniyle 3 hafta hastanede kalmış
- Ayrıca hastada böbrek taşı da varmış

OLGU - ÖYKÜ-3

- Hastada ayrıca kronik baş ağrısı varmış ve 1 ay içinde 3 kere kodein içeren ağrı kesici kullanmış
- İlave olarak ta son 5 yıldır antihipertansif ilaç kullanıyormuş
- Bunun dışında hastanın sağlığı iyi

OLGU - FİZİK MUAYENE-

- Genel görünümü iyi
- Aşikar sarılık mevcut
- Kan basıncı 145/95 mmHg
- Sağ üst kadranda operasyon skarı dışında başka bir anormallik yok
- Kc ve dalak nonpalpable, kitle mevcut değil
- Rektal muayenede prostatta hafif büyüme ve eldivende toprak rengi dışkı farkedildi
- Cilt sarı görünümde, ancak bunun dışında kronik kc hastalığı bulgusu yok

OLGU - LABORATUAR SONUÇLARI-

	Sonuçlar	Normal değerler
Hemoglobin	**165 g/L**	**125-160 g/L**
Lökosit	**9.8X109 /L**	**4.0-10.0 X109 /L**
AST	**145 U/L**	**15-50 U/L**
Alkalen fosfat.	**345 U/L**	**30-115 U/L**
GGT	**560 U/L**	**25-50 U/L**
PT	**12 sn**	**11.5-12.5 sn**

OLGU -TANISAL AMAÇLI GÖRÜNTÜLEME -

- Göğüs grafisi normal
- Batın ultrasonografisi
  - Ortak safra kanalında (koledok) dilatasyon
  - Kc normal (intrahepatik SK'larında minimal dilatasyon)
  - Pankreasın baş kısmı normal (gövdesi ve kuyruğu belirsiz -intestinal gaz nedeniyle-)
  - Ayrıca böbekler ve aorta da normal
- Batın CT normal (koledok dilatasyonu dışında)
  (pankreasın daha iyi değerlendirilmesi amacıyla)

OLGU

Bu aşamada neler düşünülebilir ?

1. Pankreatit ?
2. Kolanjiokarsinom?
3. PSK?
4. Safra yolu striktürü?
5. Peptik ülser?
6. Akut hepatit?
7. Koledokolitiazis?
8. ....

In diagnosis, think of the easy first.

Martin Fischer 1879-1962

OLGU

Bu aşamada neler düşünülebilir ?

1. Pankreatit ?
2. Kolanjiokarsinom?
3. PSK?
4. Safra yolu striktürü?
5. Peptik ülser?
6. Akut hepatit?
7. Koledokolitiazis?
8. ....

OLGU

1. Bu aşamada neler düşünülebilir ?
2. Bu aşamadan sonra kesin tanıya yönelik neler yapılabilir?
   ...
   ...
   ...

OLGU

1. Bu aşamada neler düşünülebilir ?
2. Bu aşamadan sonra kesin tanıya yönelik neler yapılabilir?
   a. MR
   b. PTK
   c. Kolesintigrafi
   d. ERCP

OLGU

1. Bu aşamada neler düşünülebilir ?
2. Bu aşamadan sonra kesin tanıya yönelik neler yapılabilir?
   a. MR
   b. PTK
   c. Kolesintigrafi
   d. ERCP

OLGU - KLİNİK SEYİR -

- ERCP → pankreatik ve safra kanalı görüntülendi
  - Pankreatik kanal normal,
  - Ortak safra kanalında taşlar saptandı

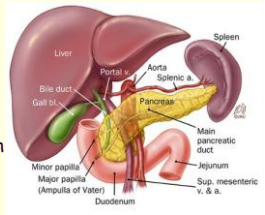
OLGU - KLİNİK SEYİR -

- Papillotomi yapılarak balonla taşlar çıkartıldı
- Hasta klinikte 4 saat gözlem altında tutuldu
- 2 hafta sonra hasta geldiğinde sarılığı kaybolmuş, kaşıntısı geçmiş ve ağrısı kalmamıştı

Kolestaz
Tanım

Karaciğerde yapılan safranın çeşitli nedenlerle barsağa kısmen ya da tamamen ulaşamamasına kolestaz adı verilir

Neden safra kanaliküllerinden Oddi sfinkterine kadar herhangi bir noktada olabilir

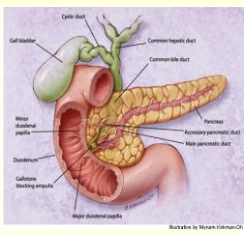


Safra yolları

Hemikanalikül — Hemikanalikül
↓
Kanalikül
↓
Duktül (Hering Kanalları-Kolanjiol-)
↓
İnterlobüler Safra Kanalları
↓
Septal Safra Kanalları
↓
Sağ Hepatik Kanal — Sol Hepatik Kanal
↓
Ana Hepatik Kanal

Safra yolları

Ana Hepatik Kanal
↓
Duktus Sistikus
↓
Koledok
↓
Papilla
↓
Duodenum



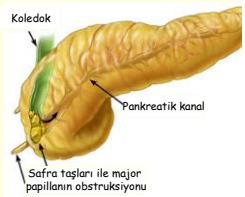
Etiyoloji

1. İntrahepatik Kolestaz

- Hepatitler
  - . Viral
  - . Alkolik
  - . Otoimmun
- İlaçlar ve hormonlar
- İntrahepatik safra kanal hastalıkları
- Karaciğerin infiltratif ve depo hastalıkları
- Sistemik infeksiyonlar
- TPN
- Gebelik kolestazı
- Benign tekrarlayan intrahepatik kolestaz (BRIC)
- İnfantil kolestatik send.lar
- Herediter metabolik defektler
- Postop.intrahepatik kolestaz
- İdiopatik

2.Ekstrahepatik Kolestaz -1-

- Ekstrahepatik kolestazda safra duktuslarında fiziksel obstrüksiyon vardır ve genellikle karaciğer dışındadır, fakat intrahepatik duktuslarda da olabilir
- En sık neden ortak safra yolu taşıdır (koledokolitiazis)



2.Ekstrahepatik Kolestaz -2-

Diğer nedenler

- Koledokolitiazis
- Periampuller tümörler
  - . Pankreas başı CA
  - . Distal kolanjio CA
  - . Ampulla vater TM
  - . Duodenum CA
- Kolanjio CA,
- Safra yolları striktürleri
- Paraziter hastalıklar(kist hidatik,askariazis)
- Pankreatitler
- Koledok kisti ve Caroli hastalığı
- PSK
- Hemobilia
- Ekstrahepatik safra yolları hipoplazi veya atresi
- Diğer (p.ülser, yabancı cisim, Mirizzi send.)

Klinik Belirti ve Bulgular

- *Anamnez*
- *Fizik Muayene*
- *Laboratuvar*

Klinik Belirti ve Bulgular

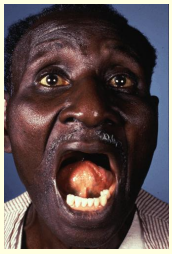
Anamnez

- Yaş, meslek, özgeçmiş -hepatitli ile temas, enjeksiyon, transfüzyon, operasyon öyküsü- kilo kaybı, idrar ve dışkının rengi, kolanjit tablosu...

Klinik Belirti ve Bulgular

Fizik Muayene -1-

- *Tipik Belirtiler*
  - Verdin ikter
  - Kaşıntı izleri
  - Kc büyük, sert, kenarı düz ve hassas değildir



Klinik Belirti ve Bulgular

Fizik Muayene -2-

- *Geç (seyrek) Belirtiler*
  - Pigmentasyon
  - Çomak parmak
  - Xantoma/xantelasma
  - Portal hipertansiyon ve sonuçta siroz geliştiğinde splenomegali , asit ortaya çıkar
  - Steatore
    - Hepatik osteodistrofi
    - Pıhtılaşma bozuklukları

Klinik Belirti ve Bulgular

Laboratuvar

Biyoşimik Analizler

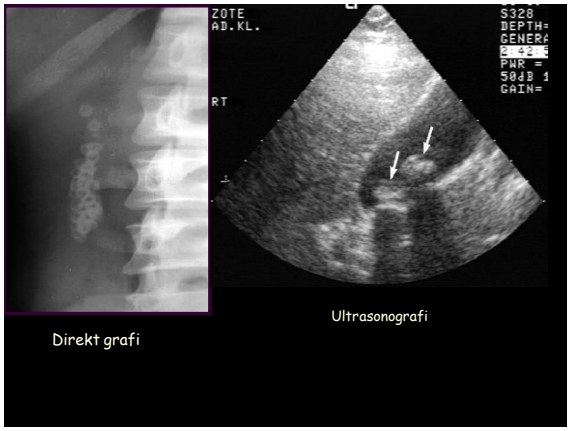
- Serum D.Bil ↑ →İdrar B ↑
- İdrarda ürobilinojen yok+akolik dışkı = komple kolestaz
- Dışkıda gizli kan (+) → TM?
- ALP X 3→ ekstrahepatik kolestaz
- Serum gamma-GT yükselmiştir
- PT uzama
- Triglis., kolest.,safra a. ve lipoprotein X ↑ →kronik kolestaz

Dolayısıyla başlıca araştırılması gereken testler:
Alk. fosfataz, bilirubinler, aminotransferazlar, albumin/globulin, PT, kolesterol, trigliserid…

Tanı Yöntemleri-1-

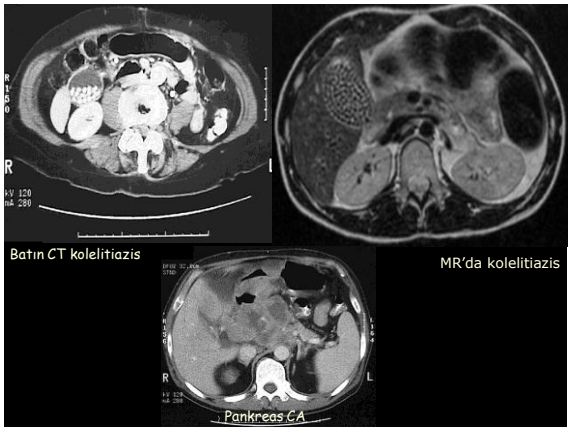
Non-invaziv Tanı Yöntemleri

1. Direkt grafiler (karın filmi)
2. Ultrasonografi
   Tıkanıklığın yerini ve nedenini gösterebilir.
   Ekstrahepatik kolestazda duyarlılığı %85-100
3. Bilgisayarlı Tomografi
   Kc ve pankreas hilusundaki kütlelerin tanısında daha yararlı
4. MR CP
5. Sintigrafi (HİDA, PIPIDA)



Direkt grafi

Ultrasonografi



Tanı Yöntemleri-2-

İnvaziv Tanı Yöntemleri

- PTK
- ERCP
- Kc Biyopsisi
- Cerrahi (laparotomi)

Anamnez, FM ve Biyoşimik Analizler **KOLESTAZ**

USG,BT, Kolesintigrafi

Normal safra yolları	Genişlemiş safra yolları
İntrahepatik kolestaz	Ekstrahepatik kolestaz
Karaciğer biyopsisi	ERCP, PTK
Medikal tedavi	*Cerrahi tedavi*

The diagnosis of disease is often easy; often difficult, and often impossible.

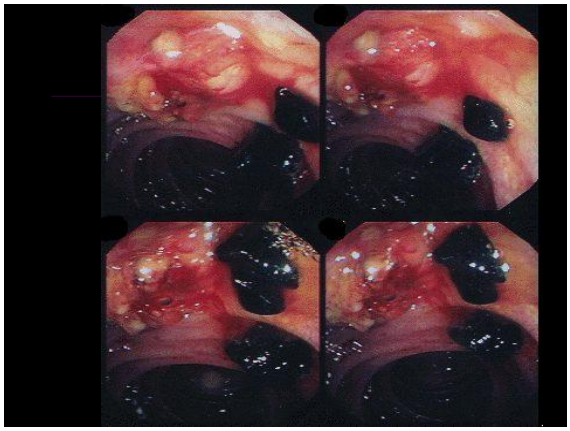
Peter Mese Latham 1789-1875

Tedavi

Nedene yöneliktir....

Ekstrahepatik kolestazda;

- Ortak safra yolu taşları endoskopik sfinkterotomi ile tedavi edilir
- Malign tümör → tümör rezeksiyonu yapılır
- Cerrahi uygulanamazsa tıkanan yere stend konulur



Tedavi

İntrahepatik kolestazda;

- UDKA
- SAM
- Steriod
- Azatioprin
- Kolşisin
- Metotrexate
- Siklosporin
- FK 506

Tedavi -Kaşıntı-

- Biliyer obstruksiyonlu hastalarda eksternal veya internal bilier drenajla kaşıntı azaltılabilir (24-48 saat sonra kaybolur veya oldukça azalır)

Tedavi -Kaşıntı-

- Kolestramin
- Ursodeoksikolik asit
- Antihistaminler
- Fenobarbiton
- Naloksan
- Ondansetron
- Propofol
- S-adenozil-l-metionin
- Rifampicin
- Steroidler
- Plasmaferez
- Fototerapi
- Hepatik transplantasyon

Beslenme

- Sorun intestinal safra tuzu eksikliğidir
- Eğer elde edilebilirse diyet olarak alınmalıdır
- Akut kolestazda vit-k eksikliği PT 'da uzama ile gösterilebilir
- Parenteral vit-k (10mg) 2-3 gün verilmelidir
- Kronik olgularda PT,serum vit-A ve D düzeyleri düzenli takip edilmeli,gerekirse yerine konmalıdır

Kemik Değişiklikleri-1-

- Kolestatik KC hastalığının osteopenisi esas olarak osteoporozdur
- Vit-D malabsorpsiyonu ve sonuçta osteomalasi gelişebilir, ancak daha az görülür
- Serum 25-OH vit-D düzeylerinin takibi gereklidir
- Takip edilemiyorsa Vit-D eksikliğine karşı profilaksi ampirik olarak yapılabilir

Kemik Değişiklikleri-2-

- Semptomatik osteomalasili hastalarda oral veya parenteral 1,25-dihidroksi – D3 seçilmelidir
- Kalsiyum ilavesi ile diyabette denge sağlanır
- Hastalar kaymağı alınmış süt almaya teşvik edilmeli
- Güneş ışığı veya UV ışığı uygun miktarlarda almaları sağlanmalıdır
- Postmenapozal kadınlarda östrojen replasman tedavisi faydalıdır