

Karaciğerde Granülatöz Enfeksiyon Zemininde Gelişen Hepatolitiazis: Olgu Sunumu

Hepatolithiasis in Liver Based on Granulomatous Infection: Case Report

Arda Şakir YILMAZ¹, Mustafa SALIŞ¹

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, Eskişehir

Öz

İntrahepatik safra kanallarında taş oluşumu hepatolitiazis olarak adlandırılır. Enfeksiyonlar, safra stazi ve diyet gibi çevresel faktörler hepatolitiazis oluşumunda etkindir. Lokal karaciğer tüberkülozu nadir görülmesine karşın olgumuzda hepatolitiazis ile birlikteliğini göstermeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Granülatöz Enfeksiyon, Hepatolitiazis, Tüberküloz

Abstract

Stone formation in intrahepatic bile ducts is called hepatolithiasis. Environmental factors such as infections, bile stasis and diet are the factors in the formation of hepatolithiasis. Although local liver tuberculosis was rare, we aimed to demonstrate the association of hepatolithiasis with our case.

Keywords: Granulomatous Infection, Hepatolithiasis, Tuberculosis

Giriş

İntrahepatik safra kanallarında taş oluşumu hepatolitiazis olarak adlandırılır. 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 Tayvan, 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 kompleksiyonunun güçlüğü ve kolanjiyo-karsinoma gelişimi ile olabilen muhtemel beraberliği nedeniyle ciddi bir sağlık problemidir (2). Hepatolitiazise neden olan mekanizmalar henüz net anlaşılamamış olsa bile bakteriyel enfeksiyonlar, safra stazi ve parazitik enfestasyonlar ile diyet gibi çevresel faktörler suçlanmaktadır (3,4).

Karaciğer tüberkülozu genellikle miliyer pulmoner hastalık ile biraradadır; fokal karaciğer tüberkülozu ise nadir bir formdur (5).

Leader 1952 yılında dünya literatürünü gözden geçirerek yalnızca 80 lokalize karaciğer tüberkülozu olgusu saptamış ve karaciğer tüberkülozunu miliyer ve lokal olmak üzere iki formda sınıflandırmıştır. Lokal hepatik tüberküloz ise hepatik apse veya tüberkülomlar şeklinde görülebilen fokal veya nodüler formile intrahepatik kanalları tutan tübüler formdan oluşur (6).

Karaciğer tüberkülozunun oluşmasında muhtemel mekanizmalardan ilki mikro-organizmanın akciğerdeki tüberküloz odağından (hastalık saptandığında aktif veya inaktif olabilir) hematojen yolla (hepatik arter ile) karaciğere ulaşmasıdır. Diğer mekanizmalar ise, eş zamanlı olarak gastrointestinal sistemde varolan enfeksiyonun portal ven aracılığıyla karaciğere yayılması, ya da M. tuberculosis'in lenfatik yayımla karaciğere ulaşmasıdır (7).

Olgumuzda ise hepatolitiazis ile lokal karaciğer tüberkülozunun birlikteliğini sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

57 yaşında kadın hasta, sağ üst kadranda ağrısı ara ara olan kusma şikayetleri nedeniyle kliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sağ üst kadranda hassasiyet dışında patoloji olmayan hastanın laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre 7000/mm³, hemoglobin 11,8 g/dl, AST:25 U/L(0-31 U/L), ALT:29 U/L (0-33U/L), T. Bil:0.83 mg/dL (0-1.1 mg/dl), D. Bil:0.14 mg/dL (0-0.2 mg/dl), kreatinin 1,08 mg/dl olarak görüldü. Bunların dışındaki rutin laboratuvar testleri normaldi. 7 yıl önce kolesistektomi operasyonu olan hastanın yapılan abdomen USG sinde karaciğer segment 6 düzeyinde intrahepatik safra yollarında 1 cm'ye ulaşan genişleme ve hava ekojeniteleri izlendi. Yapılan Magnetik Rezonans Kolanjiyo Pankreatografi (MRCP) de ise yine segment 6 seviyesinde safra yollarında fokal genişleme dikkati çekmiş olup, safra yolları içerisinde tübüler form kazanan ve dallanan hipointens alanlar dikkati çekmiş ve intrahepatik safra yollarında hiperintens lezyonlar tespit edildi. Porta hepatis seviyesinde, gastrohepatik ve paraçölyak lokalizasyonda belirginleşmiş lenf nodları görüldü (Şekil.1).

Hasta hepatolitiazis ön tanısı ile operasyona alındı. İntraoperatif Ultrasonografi (USG) eşliğinde segment 6 rezeksiyonu yapıldı. Spesmenin patolojik

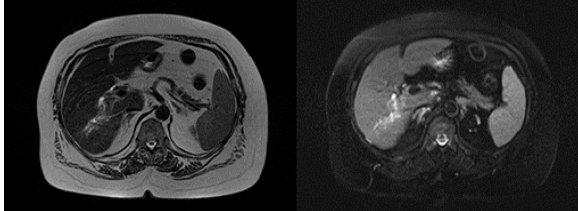
Arda Şakir YILMAZ
Mustafa SALIŞ

ORCID No
0000-0003-1269-0814
0000-0002-3085-0087

Başvuru Tarihi / Received: 28.07.2019
Kabul Tarihi / Accepted : 10.04.2020

Adres / Correspondence : Mustafa SALIŞ
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eğitim Araştırma Uygulama Hastanesi Genel Cerrahi Polikliniği, Eskişehir
e-posta / e-mail : salismustafa@gmail.com

incelemesinde portal alanlarda granülom yapıları görüldü. Bazı granüloomlarda koagülatif nekroz alanları, birkaç granüloomda tüberküloz basili görüldü ve tüberküloz enfeksiyonu açısından anlamlı olduğu sonucuna varıldı. Diğer sahalarda safra duktus yapılarında dilatasyon ve hepatolitiazis izlendi. Ayrıca hastaya thoraks bilgisayarlı tomografi çekilerek, göğüs hastalıklarına akciğer tüberkülozu açısından konsülte edildi.



Resim.1 MRCP'de Segment 6'da izlenen hepatolitiazis

Tartışma

Hepatolitiazis ilk olarak 1906 yılında Vachell ve Stevens tarafından tanımlanmıştır (8). Safra yolları bifurkasyonunun proksimalinde taş bulunması ile karakterize bir hastalıktır. Uzakdoğu ülkelerinde daha sık görülmektedir ve taşlar hemolitik hastalıklar, intrahepatik safra yolu striktürleri, sklerozan kolanjit ve parazitik enfestasyonlar gibi safra stazına bağlı nedenlerle oluşurlar. Batı ülkelerinde ise taşlar safra kesesi kaynaklıdır ve duktus sistikustan intrahepatik safra yollarına ulaşurlar (9). Hepatolitiazis vakalarının neredeyse tamamında bakteriyel enfeksiyon mevcuttur ve enterik bakteri kolonizasyonu gösterilmiştir (10). Günümüzde doğru preoperif tanı konulabilmesi için çeşitli görüntüleme yöntemlerinden faydalanılmaktadır. Abdominal ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans yöntemleri ile karaciğerin etkilenen bölümündeki atrofi düzeyi belirlenmektedir. MRCP, perkütan transhepatik kolanjiografi ve endoskopik retrograt kolanjiografi tetkikleri ile intra ve ekstrahepatik safra yolu anatomisi ve taşların yerleşimi ile ilgili net bilgilere ulaşılmaktadır (3). Olgumuzda tanı MRCP ile konularak operasyon sonrası patoloji ile kanıtlanmıştır.

Primer karaciğer tüberkülozu ve tüberkülozu literatürde sporadik olarak rapor edilmiş ve bunların büyük çoğunluğu küçük yuvarlak tüberkül veya abseler şeklinde tariflenmiştir (12,13). Literatürde safra yolları tıkanıklığının nedeni olarak karaciğer tüberkülozu incelendiğinde çok az sayıda olgu bildirilmiştir (14).

Hepatik tüberkülozun tanısında abdominal USG ve BT gibi görüntüleme yöntemleri yardımcıdır (12). Abdominal USG'de çoğunlukla hipoeoik lezyonlar ve kompleks kitleler saptanırken, abdominal BT'de ise soliter veya multipl fokal kitleler görülebilir. Ayrıca, piyojenik karaciğer apsesi ve amip apsесinin de ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Hastamızın MRCP'sinde

segment 6'da görülen hepatolitiazis ve porta hepatitis çevresindeki lenf nodları haricinde patolojik bulgu yoktu. Olgumuzda gastrointestinal sistemde başka bir tüberküloz odağının saptanmamış olması nedeniyle, geçerli mekanizmanın, primer tüberkülozun hematojen yayılımı ve karaciğerde reaktivasyonu olabileceğini düşünmekteyiz.

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 metodlardır (15).

Olgumuzdaki tedavi seçeneği cerrahi olarak planlandı ve segmentektomi ile hepatolitiazis tedavisi yapıldı. Bilindiği üzere hepatolitiazis gelişimi enfeksiyona sekonder oluşabileceği gibi tüberkülozun yaygın olduğu ülkemizde henüz kanıtlanmasa da lokal karaciğer tüberkülozunun intrahepatik safra yollarında tıkanmaya neden olabileceğini akla getirmektedir.

Hasta Onamı: Hastadan vaka takdimi yapılacağına dair aydınlatılmış onam formu 15.06.2019 tarihinde alınmıştır.

Kaynaklar

1. Nakayama F. Hepatolitiazis and Cholangiohepatitis. In: Gallstones Cohen S, Soloway RD eds. Churchill Livingstone, New York, 1985;237-246.
2. Chen MF, Jan YY, Wang CS, Jeng LBB, Hwang TL, Chen. Intrahepatic stones associated with cholangiocarcinoma. Am J Gastroenterol. 1989;84:391-5.
3. Kamiya J, Kitagawa Y, Nimura Y. Intrahepatic Stones. In Blumgart LH, Fong Y (Eds). Blumgart's Surgery of the Liver and Biliary Tract. 3rd ed. London: WB Saunders; 2000,815-826.
4. Yellin AE, Donovan AJ. Biliary lithiasis and helminthiasis. Am J Surg. 1981;142:128-36.
5. Nak SG. Karaciğer tüberkülozu. In: Özyardımcı N, ed. Akciğer ve akciğer dışı organ tüberkülozları. Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi: 1999;293-306.
6. Leader SA. Tuberculosis of the liver and gall bladder with abscess formation. A review and case report. Ann Intern Med. 1952;37:594-606.
7. Alvarez SZ. Hepatobiliary tuberculosis (Review). J Gastroenterol Hepatol. 1998;13:833-9.
8. Vachell HR, Stevens WM. Case of intrahepatic calculi. Br Med J. 1906;1:434-6.
9. Nitin Rao AR, Chui AK. Intrahepatic stones – an etiological quagmire. Indian J Gastroenterol. 2004;23:201-2.
10. Sheen-Chen S, Chen W, Eng H, Sheen C, Chou F, Cheng Y, Lee T. Bacteriology and antimicrobial choices in hepatolithiasis. Am J Infect Control. 2000;28:298-301.
11. Kitagawa Y, Nimura Y, Hayakawa N, et al. Intrahepatic segmental bile duct patterns in hepatolithiasis: a comparative cholangiographic study between Taiwan and Japan. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2003;10:377-1.
12. Berbard E, Pelissier E, Birtwisley, et al. Tuberculose hepaticque a forme pseudo-tumorale. A propos d'une observation. Ann Gastro Enterol Hepatol. 1985;21:135.

13. Brauner M, Buffard MD, Jeantils V, et al: Sonography and computed tomography of macroscopic tuberculosis of the liver. *J Clin Ultrasound*. 1989;17:563.
14. Wee A, Nilsson B, Wang TL, et al: Tuberculous pseudotumor causing biliary obstruction. *Acta Cytol*. 1995;39:559.
15. Kuo-Shyang J, Treatment of intrahepatic biliary strictures associated with hepatolithiasis. *Hepatogastroenterol*. 1997;44:342-50.