

Özefagus Varislerinde Perkutan Transhepatik Obliterasyon (PTO) Tedavisi

Yrd.Doç.Dr.Vedat GÖRAL*

Perkutan Transhepatik Portografi (PTP) yaparken, V. Porta içine sokulan kateter aracılığı ile özefagus varislerinin skleroze edilerek, kanamanın durdurulması metodudur. PTO'nun başlıca endikasyonları şunlardır:

1. Özefagus varis kanamalarının acil tedavisinde
 2. Varis kanaması öyküsü bulunan özefagus varislerinde
 3. Varis kanaması öyküsü bulunmayan özefagus varislerinde
 4. Endoskopik sklerozan varis tedavisini tolere edemeyen vakalarda
 5. Bazen, gastrik varislerde de yapılır.
- PTO'nun kontrendike olduğu haller ise;
1. KC koması gelişen vakalar,
 2. Böbrek yetmezliği bulunan vakalar,
 3. Hepatosellüler karsinoma'nın eşlik ettiği veya V. Porta'nın tümörle infiltre olduğu vakalar,
 4. Extrahepatik V. Porta tıkanması bulunan vakalardır (1).

METOD

PTO yapmak için önce, perkutan transhepatik portografi yapılarak portal sistem hakkında bilgi sahibi olunur. Böylece V. Porta ve dallarının anatomik yapısı ortaya konur (2,3). Kollateral dolaşım yeterince gösterilir. Özellikle, V. Gástrica sinistra, kısa gastrik ven ve V. Renalisi gösterecek şekilde, portal-sistemik shuntlar belirlenir. Portal venöz sistem PTP ile ortaya konduktan sonra, seçilen uygun kateterle V. Porta'ya girilir. Kateterin içinden klavuz tel geçirilerek, kateterin daha uç kısımlarına kadar ilerlemesi

sağlanır. Kullanılacak opak madde (Lipiodol veya urografin) 10-20 ml, düşük basınçla (1-4 ml/san) devamlı olarak damara verilir, grafiler alınır. Bundan sonra, kullanılacak sklerozan materyal (Etanol), özefagus alt uç varislerine, varis kateterize edilerek verilir. Özefagus varislerinin embolizasyonunda kullanılan maddeler şunlardır;

1. Thrombin: %50'lik glikoz solüsyonundan 30-80 ml verildikten sonra 0.5 ml Thrombin (250 Ü/ml) verilir.
2. Gelfoam: Çok küçük parçalar (toz) haline getirildikten sonra lipiodol ile birlikte enjektörden, blokaj yapılacak yere enjekte edilir.
3. Ethanol: Absolut etanol, 5-10 ml dozlarında ve tekrarlanarak kullanılır.
4. Değişik sayı ve numarada steel-coil'ler kullanılır.
5. İsobutyl-2-Cyanoacrylate (IBC, Bucrylate) kateterin lümeninden, damar içine verilir. 0.5 ml IBC verildikten sonra, hızlı şekilde %50'lik serum glikoz'dan 30-50 cc verilir. Tekrar özel metodla, IBC ve lipiodol karıştırılarak (mixt) kısa gastrik verilere ve dolayısıyla özefagus varislerinin köküne verilir. Embolizasyon yapıldıktan sonra V. Porta içindeki kateter aracılığı ile tekrar PTP yapılarak, obstrüksiyonun yeri ve metodun başarılı olup olmadığı kontrol edilir (4,5). Embolizasyon yetersiz ise 10 dakika sonra tekrar sklerozan madde verilir. Yine de olmamışsa, steel-coil'ler kullanılabilir.

İşlem esnasında resüsitasyon cihazı, kan ve yeterli miktarda serum solüsyonları bulundurulur. İşlem öncesi gerekli laboratuvar tetkikleri yapılır. İşleme başlarken premedikasyon mutlaka yapılmalı-

* Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü
DİYARBAKIR

dır. Özafagus varis kanamalı hastaya, acil tedavide, mutlaka Sengstaken-Blackmore tüpü takıldıktan sonra, PTO uygulanır. Embolizasyon ile obstrüksiyon sağlandıktan sonra, Sengstaken-Blackmore tüpü çıkarılır. PTO yaparken, hastada batin içi kanama olup olmadığı kontrolü için T.A., nabız ve idrar takibi yapılır. Gerektiğinde oksijen verilir. Genellikle PTO'dan sonra, 2-3 seans endoskopik skleroterapi yapılması, başarıyı daha da artırır.

Chiba Tıp Fakültesinde 293 vakalık hasta serisinde (1,5,6) PTO sonuçları şöyledir: Vakaların 228'i KC sirozu, 38'i KC sirozu ile birlikte hepatosellüler karsinomanın beraber bulunduğu vakalar, 16'sı idiyopatik portal hipertansiyon vakası, 11'i diğer vakalar oluşturmaktadırlar. Vakaların Child's sınıflamasına göre tasnifi şöyle idi: Grade A: 53, Grade B: 43, Grade C: 197 vaka idi. Bu vakaların hepsinde PTO başarı ile uygulanmıştır. Ancak, vakaların %78'inde özefagus varislerinde obstrüksiyon sağlanırken, %22 vakada obstrüksiyon sağlanamamıştır. PTO'dan sonra vakaların bir kısmında ileride, tekrar kanama olabilir. 293 vakalık Chiba Tıp Fakültesi çalışma grubunda, PTO'dan sonra tekrar kanama, 6 ayda %7.9, 12 ayda %27, 24 ayda %51, 36 ayda %70 oranında idi (1). PTO dışı tedavi yöntemleri ile, tedavi uygulanan olgularda tekrar kanama oranı, 6 ayda %58.4, 12 ayda %86.1 olup (1), bu durum PTO tedavisinin en iyi tedavi olduğunu göstermektedir.

PTO'dan sonra ölüm oranı %22.6 olup, PTO yapılmayan hasta grubunda %50'den fazladır. Acil cerrahi girişim yapılan özefagus varis kanamalarında ise %27.4'dür(1).

Hovels ve arkadaşlarının yaptığı 440 vakalık PTO grubunda komplikasyon biraz yüksek olup, %8.6 civarındadır (2). Bu çalışmada 24 intraabdominal kanama, 10 intratorasik kanama, 4 vakada safra kesesi ponsiyonu gibi komplikasyonlar oluşmuştur. Chiba grubunda yapılan çalışmada, komplikasyon oranı %1.5 civarında (3 vakada intratorasik kanama, 3 vakada intraabdominal kanama) olup, düşük düzeydedir (1,6).

Başka bir çalışmada ise, başarı oranı %83 bulunmuştur (7).

PTO, tecrübeli ellerde yapıldığı takdirde, gerçekten özefagus varislerinin kanamasının durdurulmasında mükemmel bir methodur (8,9). IBC-Lipiodol ve absolut etanol kullanımında %90-95'e yakın başarı iyi ellerde mümkün olabilir.

PTO'dan önce ve sonra endoskopi yapılarak varislerin durumu kontrol edilir. Vakaların çoğunda endoskopi yapıldığında, varislerin derecelerinin azaldığı gösterilmiştir (10).

Sonuç olarak, gelişmiş ülkelerde başarı ile uygulanan PTO tedavisinin, ülkemizde de yaygın olarak kullanılması gereken ideal bir tedavi olduğu ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Masao Ohio, Kimura Kunio, et al. Percutaneous Transhepatic obliteration. *Ultrasound in diagnosis of GIS diseases.* 1985; 344-50.
2. Hovels J, Lunderquist A, Owman T. Complications of percutaneous transhepatic catheterization of the portal vein and its tributaries. *Acta Radiol Diag* 1980; 21:593-601.
3. Lunderquist A, Vang JN. Transhepatic catheterization and obliteration of the coronary vein in patients with portal hypertension and esophageal varices. *New Engl J Med* 1974; 291:646-9.
4. Kimura Kunio, Masao Ohto, Tsuchiya Yukihiro, et al. Percutaneous transhepatic portography by using ultrasound. *Medicina* 1978; 107:916-23.
5. Kimura Kunio, Masao Ohto, Tsuchiya Yukihiro, et al. Percutaneous transhepatic portography and obliteration of portal veins. *Medicina* 1979; 16:1395-406.
6. Kimura Kunio, Masao Ohto, Tsuchiya Yukihiro, et al. Percutaneous Transhepatic obliteration. *Sogorinshon* 1980; 29:2016-25.
7. L Hermine C, et al. Percutaneous transhepatic embolization of gastroesophageal varices: Results in 400 patients. *AJR* 1989; 152:755-60.
8. Okuda Kunio, Kawano Kunihika. Liver Cirrhosis, *Geriatric Med* 1981; 19:963-9.
9. Kyoshi Iguchi, Percutaneous Transhepatic obliteration. *Japanese Journal of Surgical Society* 1981; 82:1140-2.
10. Olmishi K, et al. Transhepatic obliteration of esophageal varices using stainless coils combined with hypertonic glucose and gelfoam. *Journal of Clinical Gastroenterology* 1985;7(3):200-7.