

Hepatosellüler Kanserde Tümör Trombüsüne Bağlı Tıkanma Sarılığı

OBSTRUCTIVE JAUNDICE DUE TO BILIARY TUMOR THROMBUS IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA: A CASE REPORT

Dr. Mahmut DABLAN,^a Dr. Mutlu DOĞANAY,^a Dr. Uğur GÖZALAN,^a Dr. Nuri Aydın KAMA^a

^a4. Cerrahi Kliniği, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, ANKARA

Özet

Ekstrahepatik safra yollarında tümör trombüsü tıkanma sarılığının nadir sebebidir. Ana hepatik kanalı invaze etmiş ve tıkanma sarılığına yol açmış, bilobar hepatosellüler karsinoma (HCC) olgusu sunulmuştur. Altmış dokuz yaşında erkek hasta başka bir hastanede tıkanma sarılığı tanısı almış ve ilerleyici sarılığı nedeniyle hastanemize sevk edilmiştir. Operasyonda sağ lob segment 8'de 5 x 6 cm ve sol lobta segment 2'de 2 x 2 cm boyutunda tümör saptandı. Safra yollarından çıkarılarak frozena gönderilen tümör histolojik olarak HCC tanısı aldı. Unrezekektabl tümör nedeniyle koledokoduodenostomi yapıldı.

Abstract

Tumor thrombus in the extrahepatic biliary tree is a rare mechanism of obstructive jaundice. We present a patient with hepatocellular carcinoma (HCC) in the right and left hepatic lobes invading the common bile duct and causing biliary obstruction. A 69-year old man who had been diagnosed at another hospital as obstructive jaundice was referred to our hospital because of progressive jaundice. At operation, a tumor measuring 5.0 x 6.0 cm was found in the segment 8 of the right liver lobe and 2.0 x 2.0 cm in the segment 2 of the left liver lobe. Histologically, the bile duct tumor was diagnosed as HCC in frozen section examination. Choledochoduodenostomy was performed for the unresectable tumor.

Anahtar Kelimeler: Hepatosellüler kanser, tıkanma sarılığı

Key Words: Carcinoma, hepatocellular, jaundice, obstructive

Türkiye Klinikleri J Med Sci 2006, 26:198-201

HCC'de sarılık geç dönemde ortaya çıkar. Bu yaygın tümör infiltrasyonu, hiler invazyon, ciddi siroz veya karaciğer yetmezliğine bağlıdır.¹⁻⁴ Tıkanma sarılığı, HCC'li hastaların %2-8'inde görülür.⁵⁻⁹ Bu tip sarılık, safra yollarının tümör trombüsü, hemobilia, tümör kompresyonu veya tümör infiltrasyonu sonucu tıkanmasıyla ortaya çıkar.^{1,2,5-8} Genel olarak hızlı, ilerleyici sarılık ve hepatik yetmezlik sonucu prognoz oldukça kötüdür. Bununla birlikte bu hastalarda erken tanı ve tıkanıklığın cerrahi veya biliyer stentle tedavi edilmesi iyi palyasyon sağlayarak yaşam süresini uzatmaktadır.²⁻⁵

Olgu Sunumu

Bir aydır sağ üst kadranda ağrı, cilt ve gözlerinde sararma, idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma, bulantı-kusma, ateş, halsizlik şikayetleri olan özgeçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan, 69 yaşında erkek hasta başka bir hastaneye başvurmuş.

İlk başvurduğu hastanede yapılan kan biyokimya tetkikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Abdominal tomografide (CT) karaciğer sağ lob segment 8'de hepatik venöz bileşkeye yakın yerleşimli 34 x 32 mm boyutlarında, ön bölümünde heterojen opaklaşma, arka bölümünde opaklaşma göstermeyen yer kaplayıcı lezyon, ayrıca segment 6'da 23 x 13 mm boyutlarında opaklaşma göstermeyen hipodens lezyon izlenmiş. Safra kesesi distandü olmakla birlikte lümen dansitesi normal ve taş saptanmamış. İntrahepatik safra yolları dilate olup, portal ven önünde posteromedialde

Geliş Tarihi/Received: 27.12.2004 Kabul Tarihi/Accepted: 22.05.2005

Yazışma Adresi/Correspondence: Dr. Nuri Aydın KAMA
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
4. Cerrahi Kliniği, ANKARA
mutludoganay@superonline.com

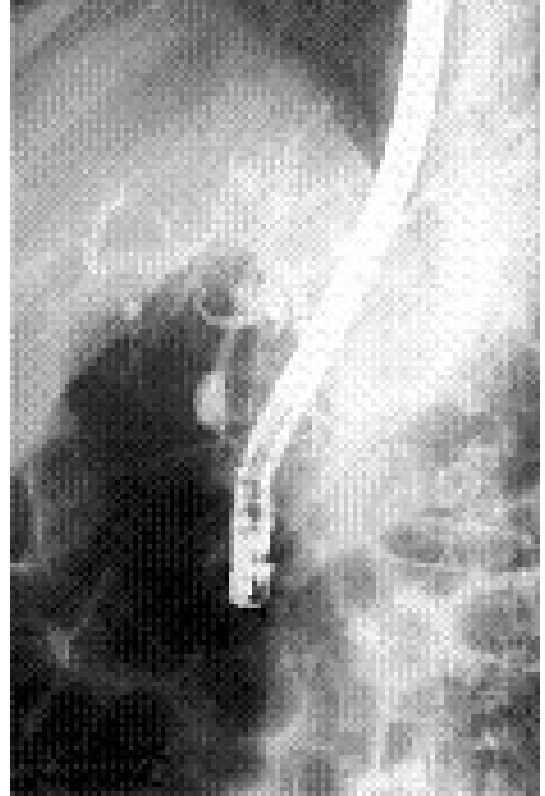
Copyright © 2006 by Türkiye Klinikleri

splenik arter ile sınırlı 20 x 18 mm boyutlarında opaklaşma gösteren lezyon izlenmiş; Klatskin tümörü? Lenfadenopati? (LAP) ön tanısı konmuş. (Resim 1).

Tıkanma ikteri tanısı ile hasta hastanemiz gastroenteroloji servisine sevk edildi. Gastroenteroloji servisinde yapılan tetkiklerinde Hbs antijeni pozitif saptanarak diğer kan biyokimya tetkikleri tabloda görülmektedir (Tablo 1). USG'de karaciğer sağ lob medialde 51 mm çapında hiperekojen solid lezyon, lateralde 20 mm çaplarında etrafında halosu bulunan solid lezyon görüldü. İntrahepatik safra yolları geniş, safra kesesi hidropik görünümde olup lümende safra çamuru izlendi. Koledok 12.3 mm ölçüldü. Pankreas başı lokalizasyonunda 30 mm çaplarında hipoekoik solid lezyon mevcuttu ve porta hepatiste 2 adet 22 ve 13 mm büyüklüğünde LAP izlendi. Tıkanma ikteri? Pankreasta kitle, pankreas başı CA ön tanısı ile endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) yapıldı (Resim 2). Papil normal, distalde normal bir segmentten sonra safra yolları geniş ve koledok içinde büyük taş olarak raporlandı. Tanı koledok taşı olarak belirtildi. Taş düşürülemediği için direnaj amaçlı nazobilyer diren kondu. Hasta serviste takip edilirken 39°C ateşleri olması üzerine İmipenem ve Amikacin başlandı. Daha sonra ERCP tekrarlandı (Resim 3). Nazobilyer dren çekildi. Taşın endoskopik olarak çıkartılamayacağı düşünüldüğü için 10 F plastik stent takıldı. Yapılan endosonografide koledok 24 mm olup dilate, için-



Resim 1. Hastanın CT görüntüsü.



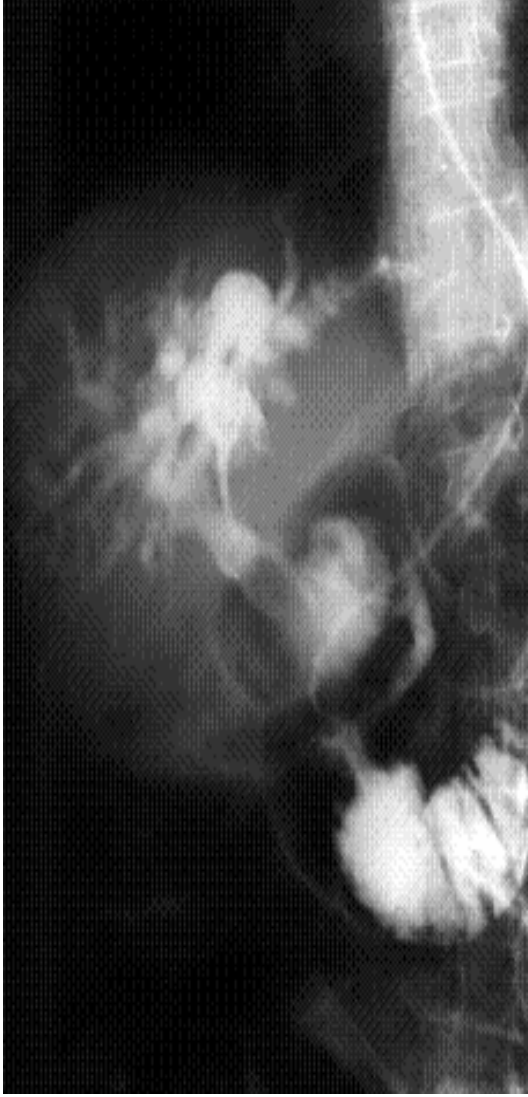
Resim 2. Hastaya yapılan ilk ERCP görüntüsü.

Tablo 1. Olgunun kan biyokimyası sonuçları.

	İlk başvuru	Gastroenteroloji kliniği	Genel cerrahi kliniği
SGOT	582	274	332
SGPT	355	215	234
AF	2016	968	1233
GGT	-	602	831
Total bilirubin	19.3	19.1	18.7
Direk bilirubin	17.4	-	16.3
AFP	-	350	-

SGOT (N: 0-40 U/L) : Serum glutamik oksaloasetik transaminaz,
 SGPT (N: 0-50 U/L) : Serum glutamik piruvat transaminaz,
 AF (N: 40-150 U/L) : Alkalen fosfataz,
 GGT (N: 5-64 U/L) : Gama glutamil transferaz,
 AFP (N: 0-11.0 ng/mL) : Alfa fetoprotein.

de dev taş ve stent izlendi. Ayrıca pankreas başı normal olarak değerlendirildi. Pankreas kanalı normal, safra kesesi hidropik saptandı.



Resim 3. Hastaya yapılan ikinci ERCP.

Koledokolithiazis, kolanjit ve karaciğerde kitle tanısı ile genel cerrahi konsültasyonu istenen hasta servisimize nakledildi. Fizik muayenede karaciğer kot altında 5 cm kadar palpabl, sağ üst kadranda hassasiyet, yaygın sarılık, idrar renginde koyulaşma ve akolik gaita mevcuttu. Kan biyokimya tetkikleri tekrarlandı (Tablo 1). Hasta tıkanma ikteri (koledokta taş?) ve karaciğerde kitle (apse?) tanısı ile operasyona alındı.

Operasyonda batında yaklaşık 700 mL asit mayi mevcuttu. Eksplozasyonda safra kesesi hidropik idi. Karaciğer sağ lob segment 8'de yaklaşık 5 x 6 cm boyutunda, arkaya yapışık kitle sap-

tandı. Ayrıca sol lob segment 2'de yaklaşık 2 x 2 cm boyutunda ayrı bir kitle vardı. Karaciğer mikronodüler vasıfta ve sirotikdi. Koledok 25 mm idi. Kolesistektomiye takiben koledokotomi yapıldı. Taş saptanmadı, fakat içinde çok miktarda tümöral ve nekrotik debrisler mevcuttu. Debrisler çıkartılıp frozena gönderildi. HCC olarak raporlandı. Segment 8'deki kitlenin nekroze olup ana safra yoluna açıldığı saptandı. Radikal cerrahi işlem yapılamayan hastaya biliyer diversiyon olarak koledokoduodenostomi yapıldı.

Tartışma

HCC'li hastalarda tıkanma sarılığı nadirdir.^{7,8} HCC'li hastaların sadece %1-12'sinde sarılık ilk şikayet olarak ortaya çıkar.⁶ Lin ve ark., 1975 yılında tıkanma sarılığı olan HCC'li hastaları klinik olarak "İkterik tip hepatoma" veya "Kolestatik tip HCC" olarak adlandırmıştır.^{1,2,4-9} HCC'nin safra yolu tutulumu, safra yollarında trombüs, hemobili, tümörün dıştan basısı veya tümör infiltrasyonu şeklinde olabilir.^{1,2,5-7} Ekstrahepatik safra yolları (EHSY)'nda trombüs tıkanma sarılığı sebeplerinden sadece bir tanesidir ve insidansı %1.2-9 oranında bildirilmektedir.^{6,7} Trombüs, benign, malign veya her iki sebebin birlikteliği şeklinde olmaktadır. Benign trombüs, kan pıhtısı, pü veya çamur olabilir. Malign trombüs ise, safra yolu primer malign tümörü, safra yolu invazyonu yapan HCC veya safra yolu invazyonu yapan metastatik kanser nedeniyle olabilir.^{3,6}

İkterik tip HCC, yüksek alfa fetoprotein (AFP) düzeyi, intrahepatik safra yolları dilatasyonu ile birlikte kolanjit öyküsü, ilerleyici sarılık ve hızlı gelişen hepatik yetmezlik şeklinde olmaktadır.^{5,6} Bu hastalarda EHSY'ni görüntülemenin zorluğu, hastalığın tanıda düşünülmemesi, hastalığın insidansının düşük olması nedeniyle preoperatif tanı konması genellikle mümkün olamamaktadır.^{2,6,7}

USG ve CT hepatik tümörü, dilate intrahepatik safra yollarını ve tümör debris ile dolu EHSY'yi göstermede yardımcı olur. Trombüs kolanjiogramda dolma defekti şeklinde ve koledokolithiazisi taklit eder tarzda görülür.^{1,5,6} Perkütan

transhepatik kolanjiografi (PTK) ve ERCP biliyer tıkanıklığın seviyesini gösteren standart prosedürlerdir. Magnetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP) özellikle segmental biliyer striktürü ve ciddi biliyer stenoza, perihiler tıkanma sarılığının anatomik derecesini ve sebebini göstermede ERCP'ye üstündür.^{2,3,6} Sarılığa yol açan bu iki sebebini ayırıcı tanısının yapılması tedavi yaklaşımı ve sonuçları açısından önemlidir.¹ HCC'li hastalarda portal ven invazyonu sık olmasına rağmen ekstrahepatik safra yolu invazyonu nadirdir.⁹ Koledokoskopi ve safra yolunda fırça sitoloji, intralüminal kitle, safra yollarını infiltre eden lezyon veya safra yollarına dıştan bası yapan kitle ayırıcı tanısında alternatif bir yaklaşım olabilir.

Sarılık cerrahi için kontrendikasyon değildir. Cerrahi prosedürler olarak safra yolundaki tümör trombusu temizlenerek hepatektomi, ekstrahepatik safra yolu rezeksiyonu ile birlikte hepatektomi, koledokotomi ve trombektomi veya karaciğer transplantasyonudur. Uygun prosedürler seçildiğinde birçok hastada tatmin edici palyasyon ve semptomlarda gerileme veya uzun survi sağlanabilmektedir.¹⁰ Bununla birlikte ikterik tip HCC'de prognoz kötüdür fakat hepatik yetmezlik ve sarılığı olan HCC'ye göre ise daha iyidir.^{2,6}

Sonuç olarak, HCC'de tümör trombusüne bağlı tıkanma sarılığı nadir görülen bir durumdur. Rezeksiyon yapılamayan olgularda, koledok çapı uygun ise koledokoduedonostomi, palyatif a-

maçlı safra yollarının diranajı için seçilebilecek bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Lee YC, Wang HP, Huang SP, et al. Obstructive jaundice caused by hepatocellular carcinoma: Detection by endoscopic sonography. *J Clin Ultrasound* 2001;29:363-6.
2. Peng SY, Wang JW, Liu YB, et al. Surgical intervention for obstructive jaundice due to biliary tumor thrombus in hepatocellular carcinoma. *World J Surg* 2004;28:43-6.
3. Wang JH, Chen TM, Tung HD, Lee CM, Changchien CS, Lu SN. Color Doppler sonography of bile duct tumor thrombi in hepatocellular carcinoma. *J Ultrasound Med* 2002;21:767-72.
4. Nishio H, Miyata K, Hanai M, Kato M, Yoneyama F, Kobayashi Y. Resection of an icteric type hepatoma with tumor thrombi filling the right posterior bile duct. *Hepatogastroenterology* 2002;49:1682-5.
5. Narita R, Oto T, Mimura Y, et al. Biliary obstruction caused by intrabiliary transplantation from hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol* 2002;37:55-8.
6. Qin LX, Tang ZY. Hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice: Diagnosis, treatment and prognosis. *World J Gastroenterol* 2003;9:385-91.
7. Yeh CN, Jan YY, Lee WC, Chen MF. Hepatic resection for hepatocellular carcinoma with obstructive jaundice due to biliary tumor thrombi. *World J Surg* 2004;28:471-5.
8. Murata K, Shiraki K, Kawakita T, et al. Hepatocellular carcinoma presenting with obstructive jaundice: A clinicopathological study of eight cases. *Hepatogastroenterology* 2003;50:2057-60.
9. Peng SY, Wang JW, Liu YB, et al. Hepatocellular carcinoma with bile duct thrombi: Analysis of surgical treatment. *Hepatogastroenterology* 2004;51:801-4.
10. Lee WJ, Han JK, Kim TK, et al. Obstructive jaundice in hepatocellular carcinoma: Response after percutaneous transhepatic biliary drainage and prognostic factors. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2002;25:176-9.