Dr. Gürkan ERSOY

Sakle

ÇAĞDAŞ

CERRAHİ

DERGİSİ

Volüm 4 Sayı 1, Ocak 1990

Editör: Prof. Dr.Tarık Minkarî

LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.



Journal of Current Surgery

Volume 4 Number 1 January 1990

Çağdaş Cerrahi Dergisi 4:61-64, 1990

DERLEME

Portal Hipertansiyona Bağlı Ösefagus Varis Kanamalarında Tedavi

Gürkan ERSOY (Dr.), Nihat Z. UTKAN (Uz. Dr.), Mehmet OĞUZ (Doç. Dr.), Şehsuvar GÖKGÖZ (Dr.)
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

Portal hipertansiyon karaciğer içi ve dışı birçok patolojilerle portal sistemdeki kan basıncının yükselmesine neden olan ve hastalığın ilerlemesi sonucunda meydana gelen komplikasyonlarla insanlarda morbidite ve mortaliteyi büyük oranda arttıran bir hastalık tablosudur.

Ösefagus varisleri çok yüksek oranda portal hipertansiyon ile birlikte bulunurlarsada nadiren normal portal basınçlı hastalarda da gelişebilirler. Erişkin kişilerin %90'ından çoğunda portal hipertansiyon sebebi karaciğer içi bir hastalık iken çocukluk çağında sıklıkla karaciğer dışı portal sistemdeki bir tıkanıklığa bağlıdır [1]. Portal hipertansiyon ve ösefagus varislerinin varlığı karaciğer hastalığının artık sirotik safhaya geldiğini ve teşhis konduğu andan itibaren beklenen yaşam süresinin kısaldığını göstermektedir [3,4].

Varislerin boyutları ile portal basınç ve karaciğer patolojisi açısından aralarında anlamlı bir ilişki yoktur. Üst gastrointestinal sistemde değişik lokalizasyonlardaki varislerden kanama %90 ösefagus 10 cm.lik distal bölgesinden olmaktadır [5].

Belirgin varisleri olan sirotik hastaların %30'unda kanama beklenebilir. Teşhis ile ilk kanama arasında geçen süre 1-187 hafta arasında değişmektedir. Kanamalar varis tesbit edildikten yaklaşık 2 yıl içinde olmaktadır. Daha önce kanama geçiren ösefagus varisli bir hasta ilk 1 yıl içinde tekrar masif olarak kanamaya adaydır [1].

Ösefagus varis kanamalarında tedavi üç gruba ayrılır. Bunlar;

a) Akut kanamanın kontrolü,
b) Hastanın destekleyici tedavisi,
c) Nüks kanamayı engelleyici , proflaktik tedavidir.

A- Akut Kanamanın Kontrolü

Aktif kanamanın durdurulmasında genel prensip portal basıncı düşürmek ya da varisleri oblitere etmeye yöneliktir. Bunun için tedavi operatif ya da nonoperatif yöntem olmak üzere iki ayrı gruba ayrılır (Tablo 1).

Balon Tamponadı

Varislerin kompresyonu ve obliterasyonu balon tamponadı ile sağlanabilmektedir [7]. Otuz yıldan daha fazla süredir kullanılan bu metod ile kanama vaka-

Tablo 1. Varis kanamalarında tedavi

A) Nonoperatif (cerrahi dışı) yöntemler:
1- Direkt olarak kanama odağına yönelik tedavi:
a) Balon tamponad,
b) Ösefagoskopik sklerozan madde enjeksiyonu,
c) Transhepatik varis embolizasyonu,
2- İndirekt yoldan portal basıncın düşürülmesi:
a) Vazopressin,
b) Glypressin,
c) Somatostatin,
d) Propranolol,
e) Verapamil,
f) Parasentez,

B) Operatif (cerrahi) yöntemler:
1- Direkt olarak kanama odağına yönelik tedavi:
a) Transösefagial ligasyon-ösefagial ligasyon,
b) Devaskülarizasyon (Sugiura),
2- İndirekt yoldan portal basıncın düşürülmesi:
a) Porta-sistemik şant ameliyatları

ların yaklaşık %70-80'inde kontrol altına alınabilmektedir. Bu yöntem özellikle az riskli hastalarda ve varisleri karaciğer dışı portal hipertansiyon ile oluşan kompanse sirotik hastalarda kanama sonrasındaki mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır [1], Bu metoddaki başarısızlık metodun eksikliğinden çok yanlış uygulanmasından kaynaklanmaktadır. Gastrik balon şişirilmeden midede olduğuna emin olunmalıdır. Sondaya uygun çekim kuvveti uygulanıp o konumda korunabilmelidir. Hastayı irrite eden ucuna ağırlık asma yerine sondayı burun kenarına tesbit etmek daha etkili olacaktır [7].

Balon tamponadının ösefagus rüptürü, aspirasyon pnömonisi, uygulama yerinde oluşan ülserler gibi komplikasyonları vardır. Yazarlar bu yüzden bu metodun ilk tedavi aracı olarak değilde sklerozan tedavi gibi diğer tedavilere yanıt vermeyen vakalara alternatif tedavi olarak tercih edilmesini tavsiye etmektedirler [1,6,7].

Bu metodda önemli noktalardan biri de, balonun çekilmesini takiben %40-50 vakada kanamanın devam etmesidir. Bu yüzden balon çekildikten hemen sonra enjeksiyon skleroterapisi yada başka bir radikal tedavi metodu mutlaka uygulanmalıdır [6,7].

Özefagoskopik Sklerozan Madde Enjeksiyonu

Özefagoskop yoluyla varislerin içine ve/veya çevresine "sodyum tetradecyl, sodyum morhuate" gibi çeşitli sklerozan maddelerin enjeksiyonu, aktif varis kanamasında oldukça sık uygulanan bir tekniktir. Ancak bu tekniğin etkinliği ve yaşam süresini uzatıp uzatmadığı konusunda halen tam bir fikir birliği yoktur. Yatkın olan görüş, sklerozan madde enjeksiyonunun %90 oranında kanamayı durdurabildiği ancak yaşam süresinin uzamadığıdır. Bu metodun kullanılması için genel olarak iki görüş vardır [2,6,7].

1- Balonla tamponad ya da diğer bir metodla aktif kanama kontrol altına alındıktan sonra varislere sklerozan madde enjekte edilmesi,
2- Sklerozan madde enjeksiyonunun aktif kanama esnasında uygulanmasıdır. Aktif kanama sırasında kanama odağının görülmesindeki zorlukların giderilmesi, enjeksiyonun varis içine ya da çevresine uygulanıp uygulanmayacağı konuları hakkında yeterince çalışma yoktur. En tecrübeli ellerde bile rijid özefagoskopla sklerozan terapi uygulanırken özefagus perforasyonu, aspirasyon pnömonisi olasılığı vardır [6].

Sklerozan tedavi konusunda olumsuz görüşteki yazarlar, özefagus varisli hastaların yaşamları boyunca yalnızca 1/3'ünün kanayacağını, 2/3 hastanın gereksiz yere bu agresif tedaviye maruz kalacağını belirtmektedirler [8,9,12]. Olumlu düşünenler ise, tedavinin uygulandığı olgularda kan transfüzyonu miktarının azaldığını, ameliyatı tolere edemeyecek ve balon tamponadı gibi diğer yöntemlerle durmayan kanamaları olan seçilmiş vakalarda kullanılabileceğini ileri sürmektedirler [2,7,10,11,13]. İleride yapılacak çalışmalar bu metod hakkında daha kesin sonuçlar verecektir.

Transhepatik Varis Embolizasyonu

Portal venin transhepatik yoldan kateterizasyonu ve bunu takiben gastroösofagial venlerin besleyici dallarının kanüle edilerek embolize edilmesi ilk defa 1974 yılında Lunderquist ve Vang tarafından tarif edilmiştir. Yazarlar bu metod ile kanamanın %80 oranında kontrol altına alınabildiğini belirtmekteler ise de yöntemin %5 oranında mortalitesi vardır. Bu metodun diğer girişimlerle durdurulamayan kanamalarda son çare olarak kullanılması tavsiye edilmektedir [6].

Vazopressin

Otuz yıldır klinikte kullanılan vazopressin splanknik sahada arteryel vazokonstrüksiyon yaparak portal kan akımını %40 azaltan etkili bir ajandır. Ancak %50-60 vakada kanama kontrol altına alınabildiğinden, kullanımında halen tereddütler vardır. Vazopressinin bu yan etkilerini azaltmak ya da ortadan kaldırmak için tedaviye bir vazodilatatör ilaç (nitrogliserin, nitroprusside gibi) eklenmiş, bununla vazokonstrüktif yan etkileri azalırken, portal basınç da belirgin düşüş olduğu gözlenmiştir [1,6,7,14].

Glypressin

Vazopressine alternatif bir ajan olarak kullanılmaktadır. Bu ilacın aktif varis kanamasını durdurmadaki etkinliği hakkında çok az araştırma olmasına rağmen, ciddi bir komplikasyonu da rapor edilmemiştir [6].

Somatostatin

Splanknik sahada vazokonstrüksiyon yapan somatostatin, portal basınçı düşürmekte ancak sistemik hemodinamide belirgin bir değişiklik yaratmamaktadır. Pahalı olması nedeni ile henüz kullanımı kısıtlıdır.

Propranolol

Propranolol, β–2 reseptör blokajı ile splanknik sahada vazokonstrüksiyon yaparak portal basıncı düşüren bir ajandır [18]. Propranololun yalnızca rüptüre olmamış varislerden değil, akut gastrik erozyonlardan olan nüks kanamaları da azalttığı gösterilmiştir [19]. Yapılan çeşitli araştırmalar sonucu, propranololun aktif kanamadan çok nüks kanamaların engellenmesinde etkin olabileceği ileri sürülmüştür [3,15,18,19].

Verapamil

Verapamil ile ilgili araştırmalar halen yetersizdir. Bir araştırmada [20], HBsAG (+) olan sirotik hastalarda iki yıllık oral verapamil kullanımı varis kanaması geçirenlerde nüks kanama oranını belirgin derecede azaltmıştır.

Parasentez

Asit sıvısı olan varisli hastalarda portal basıncı düşürmek için kullanılan bir yöntemdir [1]. Ancak günümüz modern tedavi anlayışında belirgin bir yeri yoktur.

Transözofagial Ligasyon

Acil varis kanamasının kontrolü için kullanılan bir cerrahi yöntemdir. Kanama %90 oranında durduğu halde ameliyat mortalitesi %28 dolayındadır [1,6].

Devaskülarisazyon (Sugiura)

Sugiura adlı cerrah tarafından, abdominal yolla devaskülarizasyonu içeren girişimdir. Bu yöntem ile başarının %90, mortalitenin ise %20'den az olduğu iddia edilmektedir [1].

Porta-Sistemik Şant Ameliyatları

Portal basıncı azaltmaya yönelik ameliyatların karaciğer yetmezliği, hepatik ansefalopati gibi çok ciddi komplikasyonları vardır. Bu ameliyatlar, %98 hastada kanamanın durdurulmasını sağladığı için en etkili yöntem olmasına rağmen, gerek mortalite ve morbiditesinin yüksek oluşu gerekse yaşam süresinde belirgin artış teğmin etmediğinden günümüzde geçerliliğini yitirmiştir [1,3,6,7].

B- Destekleyici Tedavi

Akut varis kanaması ile gelen hastanın kanamasını durdurucu yönde tedavisi düzenlenirken aynı anda hastanın vital fonksiyonlarını, genel durumunu düzenleyici tedaviyede başlanmalıdır. Hastanın kaybolan sıvı, kan ve elektrolit açığı yerine konmadan kanamayı durdurmaya yönelik tedavilerin hiçbirinin yararının olmayacağı bir gerçektir.

Hasta hastaneye başvurduğunda sıklıkla şok tablosunda değildir. İlerleyen saatlerde hemoglobin ve hematokrit değerlerinde düşme olacağından acilen hastanın kan grubu tayin edilmeli ve taze kan, eritrosit süspansiyonu ya da donmuş plazma hazırlanmalıdır. Taze kan ürünlerinin transfüzyonu ile zaten azalmış olan pıhtılaşma faktörleri yerine konurken, ekstrensek üre artışına engel olunmuş olur. Gastrointestinal sistemdeki kanın mekanik temizliği, absorbe edilemeyen bir antibiyotiğin bakteri florasını azaltmak için kullanılması amonyak yapımını minimale indirmekte halen kullanılan yöntemlerdir [1].

C- Nüks Kanamayı Engelleyici Proflaktik Tedavi

Bir defa özefagus varis kanaması geçiren ve bu kanaması kontrol altına alınan kişilerin %60'ı ikinci bir kanama geçirmeye adaydır. Tekrarlayan kanamalardaki mortalite oranı elektif bir ameliyat riskinden daha fazladır [1]. Böylece varislerden kanamaya aday kişilere uygulanacak proflaktik tedavi eğer kanamayı durdurabiliyor, yaşamı uzatabiliyor, düşük operatif mortalite ve komplikasyon oranına sahip ise ideal olarak kabul edilir [5]. Skleroterapi ve propranolol bunun için uygun gibi görünmektedir. Günümüze kadar varislerden kanamaya aday yüksek risk gruplu hastaları erken teşhis edebilmek için sayısız miktarda klinik, radyolojik ve endoskopik kriter bugüne kadar tesbit edilmesine rağmen bunlardan hiçbiri yeterli oranda proflaktik tedavi görmeyi gerektirecek bir has-

ta grubunu ortaya koyamamıştır [5]. Ençok kullanılan teşhis metodu endoskopi ise de magnetik rezonans ve ultrasonografi portal hipertansiyonu teşhisde çok önemlidirler [4]. Yapılan bir çalışmada [4], abdominal ultrasonografi kullanılmış hastalarda V.Porta'nın çapı ve dalağın en uzun kenarı ile endoskopik bulgulardaki varislerin boyutları arasında yakın bir ilgi olduğu görülmüştür. Uygun zamanda ultrasonografi kullanımının özefagus varislerinin ve endoskopik ihtiyacın ortaya konmasında etkin olabileceği öne sürülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Schwartz SI: Liver. In Principles of Surgery, Ed: Schwartz SI, 5 th ed. Kim Hup Lee Printing Co Pte Ltd, in Singapore. Volüm 2, pp 1327-80, 1988

2. Cello JP, Grendell JH, Crass RA, Trunkey DD, Cobb EE, Heilbonn DC: Endoscopic scleroteraphy versus portacaval shunt in patients with severe cirrhosis and variceal hemorrhage. N Engl J Med 311:589, 1984, 1589-94

3. Bass NM: Preventing hemorrhage from esophageal varices. N Engl J Med 1:317(14):893-5, 1987

4. Medhat A, Iber FL, Dunne M, Baum R: Ultrasonographic findings with bleeding and nonbleeding esophageal varices. Am 3 Gastroenterol 83:58, 1988

5. Snady H, Feinmann I: Prediction of variceal hemorrhage: a prospective study. Am J Gastroenterol 83(5):519-25, 1988

6. Westaby D: The management of active variceal bleeding. Intensive Care Med. 14(2):100-5, 1988

7. Bouchier AD: The medical management of gastrointestinal bleeding in liver disease (special report). Journal of Gastroenterology and Hepatology. 1:416-26, 1986

8. Santangelo WC, Dueno MI, Estes BL, Krejs GJ: Prophylactic sclerotheraphy of large esophageal varices: N Eng J Med 318(13):814-8, 1988

9. Prophylactic sclerotherapy of esophageal varices: Is it justified? Lancet 18:1(8599):1369-70, 1988

10. Schubert T, Smith O, Kirkpatrick S, Chen S, Molos M: Improved survival in variceal hemorrhage with emergent sclerotheraphy. Am J Gastroenterol. 82(11):1134-37, 1987

11. The Copenhagen Esophageal Varices Sclerotherapy Eject: Sclerotheraphy after first variceal hemorrhage in cirrhosis: N Engl J Med 311:1594-1600, 1984

12. Terblanche J, Kahn D, Campell JAH, Bornmann PC, Jonker MA, Wright J, Kirsch R: Failure of injection sclerotheraphy to improve long-term survival after esophageal variceal bleeding: Lancet ii:1328-32, 1983

13. Witzel I, Wolbergs E,Merki H: Prohylactic endoscopic sclerotheraphy of esophageal varices: Lancet ii:773-5, 1985

14. Dasta JF: The management of bleeding esophageal varices (to the editor): JAMA 257(1):29-30, 1987

15. Lebrec D, Bernuau J, Rueff B, Benhamou JP: Gastrointestinal bleeding after abrupt cessation of propranolol administiration in cirrhosis: N Engl J Med 307:560, 1982

16. Parliaro L, Pasta L, Amico DG, Filippazzo GM: A randomized clinical trial of propranolol for the prevention of initial bleeding in cirrhosis with portal hypertension: N Eng J Med 314:244-5, 1986

17. Pascal JP, Cales P: Propranolol in the preventing of first upper gastrointestinal hemorrhage in patients with cirrhosis of the liver and esophageal varices: N Eng J Med 317:856-61, 1987

18. Garcia-Tsao G, Grace DN, Groszmann RJ, Conn HO, Bermann MM, Patrick MJC, Morse SS, Alberts JL: Shortterm effects of propranolol on portal venous pressure. Hepatology 6:101-6, 1986

19. Lebrec D, Poynard T, Hillon P, Bendamou JP: Progranolol for prevention of recurrent gastrointestinal bleeding in patients with cirrhosis. N Eng J Med. 305:1371-4, 1981

20. Lay CS, Tsai YT, Lo KJ, Lee SD, Chen TS, Lee FY: Medical treatments for bleeding esophageal varices (to the editor): Hepatology: 7 (1):208, 1987