

PORTAL HİPERTANSİYONDA CERRAHİ TEDAVİ

Dr. Şakir TAVLI *, Dr. Adnan KAYNAK *, Dr. Mikdat BOZER *, Dr. Özden VURAL **

* S.Ü.T.F. Genel Cerrahi Anabilim Dalı, ** S.Ü.T.F. Patoloji Anabilim Dalı

ÖZET

1989-1992 yılları arasında S.Ü. Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği'nde portal hipertansiyon tanısı alan 12 olguya; 3 selektif, 8 nonselektif şant, 1 özofagogastrik transseksiyon ve 2 Sugiura-Futagawa işlemi olmak üzere 14 cerrahi girişim uygulanmıştır.

Özofagogastrik transseksiyon uygulanan 1 ve Sugiura-Futagawa işlemi uygulanan 2 olgu dışında tüm girişimler elektif şartlarda yapılmıştır.

Sugiura işlemi uygulanan 2 olgu dışında operatif mortalite olmamış, 3 ay-2 yıllık takiplerde hiçbir olguda tekrarlayan kanama gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Portal hipertansiyon, Cerrahi Tedavi.

SUMMARY

Surgical Treatment in Portal Hypertension

Between 1989 and 1992 in University of Selçuk, Faculty of Medicine, Department of Surgery, 12 patients were diagnosed with portal hypertension. 14 surgical intervention (3 selective and 8 nonselective shunt, 1 eosophageal transection and 2 Sugiura-Futagawa procedure) were performed to these patients.

Except 1 oesophageal transection and 2 Sugiura-Futagawa operation, all operations were performed in elective conditions.

Except 2 cases underwent Sugiura-Futagawa operation, there were no operative mortality. It wasn't developed the recurrent hemorrhage in following 3 mounts to 2 years.

Key Words: Portal hypertension, Surgical Treatment.

GİRİŞ

Portal hipertansiyonlu hastalar cerraha çeşitli nedenlerle gönderilirler. Bunlar devam eden aktif kanamanın tedavisi, bir varis kanamasından sonra tekrar edecek bir kanamayı önlemek için tedavi veya ilk varis kanamasını önlemek için profilaktik cerrahi tedavi uygulanması içindir (1). İnjesiyon skleroterapi akut varis kanamalarında ve bir varis kanamasından sonraki uzun süreli tedavide en yaygın olarak kullanılan tedavi şeklidir. Bununla birlikte skleroterapinin yetersizliği, tedavide cerrahi yöntemlerin tekrar değerlendirilmesini gerekli kılmıştır (1,2).

Distal splenorenal şant (DSRS) bugün özellikle nonalkolik sirotik hastalarda en sık olarak kullanılan portosistemik şanttır. Standart portokaval şant ise

halen akut varis kanaması kadar, uzun süreli tedavilerde de özellikle alkolik sirozlu hastalarda kullanılmaya devam etmektedir (1-3).

Akut varis kanamalarında skleroterapi veya şant işlemlerine alternatif olarak staplerle uygulanan özofagogastrik transseksiyon işlemiyapılmakta, uzun süreli tedavi için de başlıca alternatif ekstensif devaskularizasyon ve transseksiyon operasyonu olmaktadır (4).

Karaciğer transplantasyonu ise hem portal hipertansiyon hem de altta yatan karaciğer hastalığında iyileşme sağlayan yegane tedavi olmaktadır (1,5).

Bu çalışmada kliniğimizde portal hipertansiyon tanısı ile cerrahi işlemler uygulanan olgular sunulmuştur.

VAKALARIN TAKDİMİ

1989-1992 yılları arasında portal hipertansiyon tanısı konan 12 olguya 14 cerrahi işlem uygulanmıştır. Olguların 8'i kadın, 4'ü erkek olup yaş ortalamaları 42(16-62)'dir.

12 olgudan 3'üne selektif şant, 8'ine nonselektif

şant işlemi uygulanmış, geriye kalan 1 olgumuza ve selektif şant uygulanan 1 olgumuza bu işlemden 2 yıl sonra nonşant işlemi uygulanmıştır. Nonselektif şant uygulanan bir olgumuzda ise bu işlemden 2 yıl önce bir nonşant operasyonu uygulanmış idi (Tablo 1).

Tablo I: Olgulara uygulanan cerrahi işlemler

Olgu	Yaş	Cinsiyet	Yapılan İşlem
ZK	50	K	Özofagogastrik Transseksiyon Mezokaval şant
GU	53	K	Mezokaval şant
NC	42	K	PSRS
Mİ	23	K	Sugiura-Futagawa
SD	16	K	DSRS Sugiura-Futagawa
SC	36	E	PSRS
EA	55	K	Ovariko-koronal şant
SY	52	K	PSRS
TT	62	K	Mezentero-utero-ovarik şant
MA	54	E	DSRS
EY	48	E	DSRS
BK	17	E	PSRS

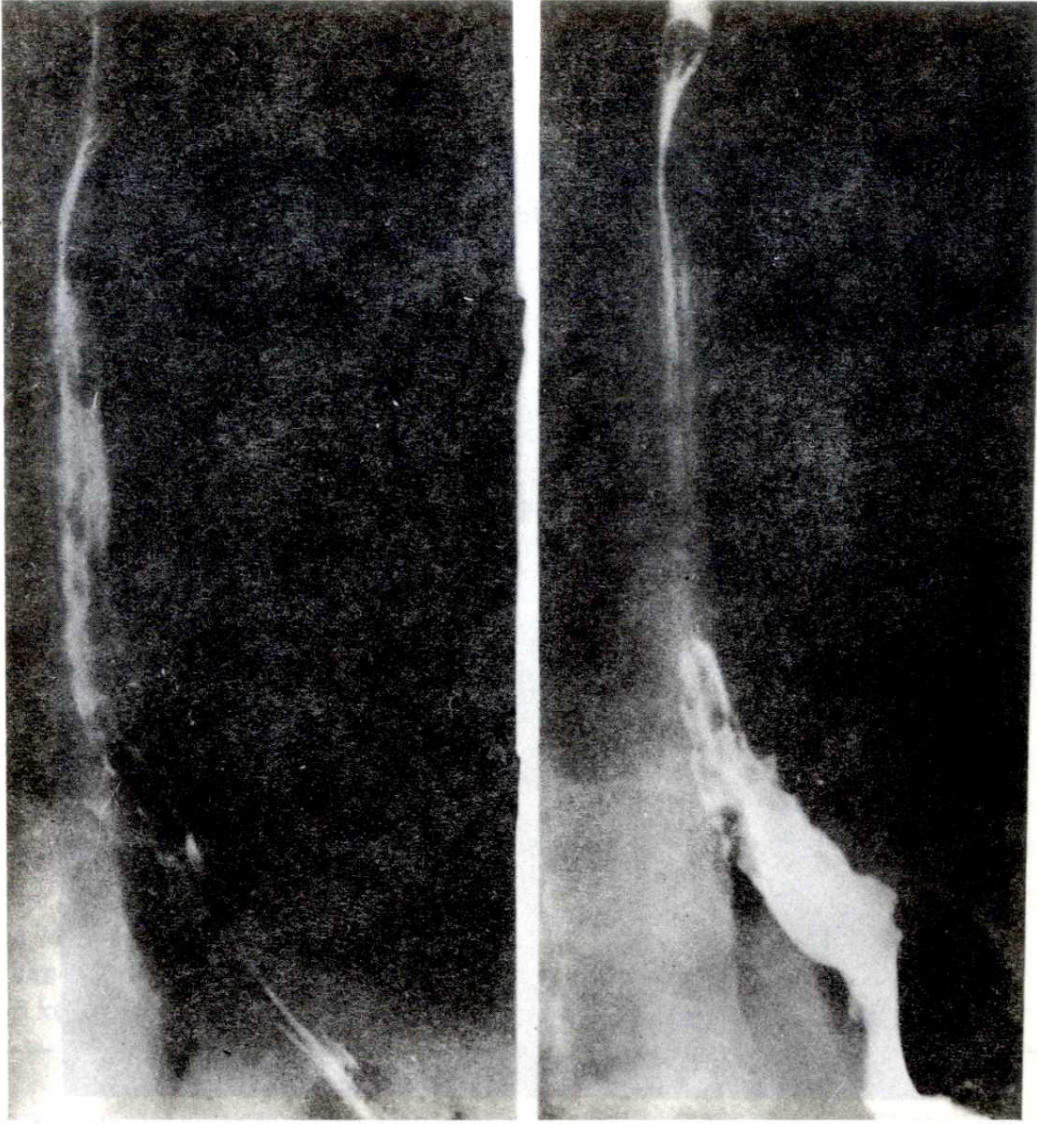
Tüm olgular en az 1 en çok 3 kez özofagus varisinden kanamış olgulardır. 1 olguya uygulanan özofagogastrik transseksiyon ve 2 olguya uygulanan Sugiura-Futagawa işlemleri dışında tüm girişimler elektif şartlarda uygulanmıştır. Olguların tümünde preoperatif dönemde rutin biokimyasal tetkikler, abdominal US, özofagus pasaj grafileri (Resim I), özofagogastroduodenoskopi, karaciğer iğne biopsileri (Resim II) ve 8 olguda perkütan transsplenik portografi (Resim III) yapılmıştır (Tablo II).

Özofagogastrik transseksiyon uygulanan hasta operasyondan yaklaşık 2 yıl sonra melena şeklinde kanama ile başvurmuştur. Yapılan özofagogastroskopiye özofagus ve mide fundusunda III^o varisler saptanan olguya elektif şartlarda mezokaval şant uygulanmıştır. Bu ve diğer mezokaval şant yapılan ol-

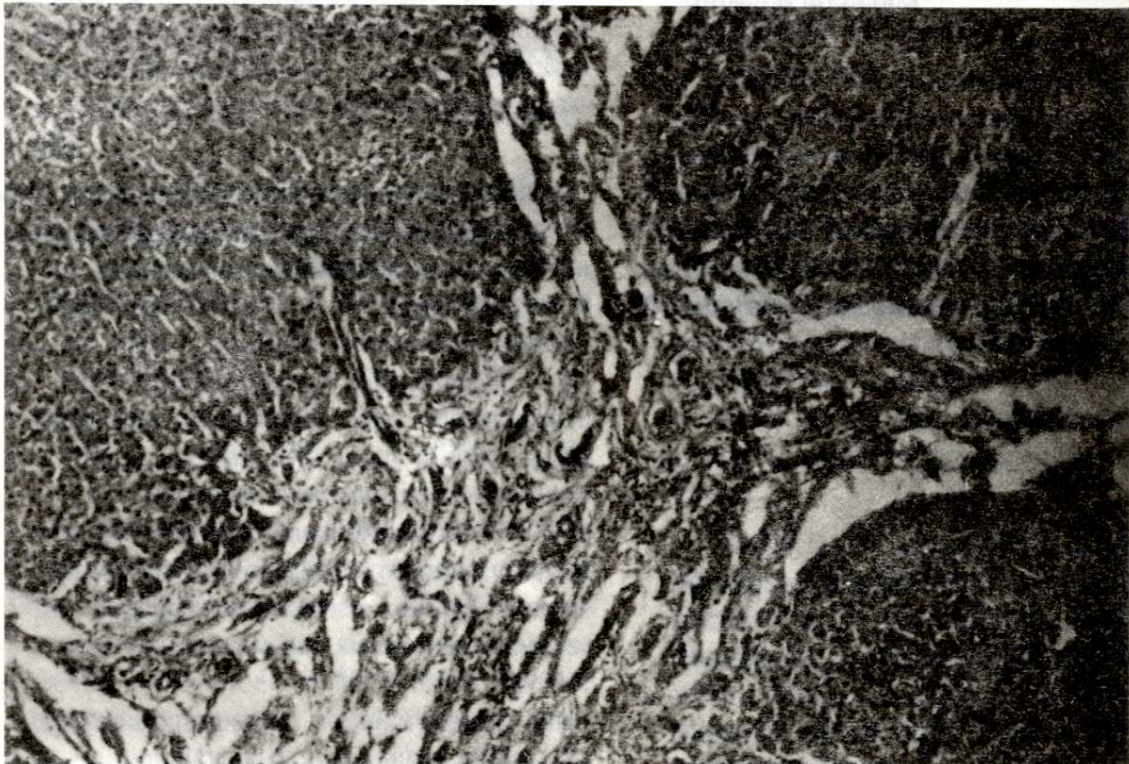
gumuzda 8 mm.lik dacron greft ile C şantı uygulanmıştır.

Konjenital hepatik fibrozise bağlı portal hipertansiyon nedeni ile DSRS uygulanan olgumuz GIS kanaması ile gelmiş, akut kanama tedavisinden sonra yapılan splenoportografide şantın kapalı olduğu gözlenmiştir. Bu olguya yarı acil şartlarda Sugiura-Futagawa işlemi uygulanmıştır. Şant işlemleri sırasında ve erken postoperatif dönemde olgulara ortalama 3 ünite(2-6 Ü) nonşant işlemlerinde ortalama 5 ünite (4-8 Ü) kan transfüzyonu uygulanmıştır.

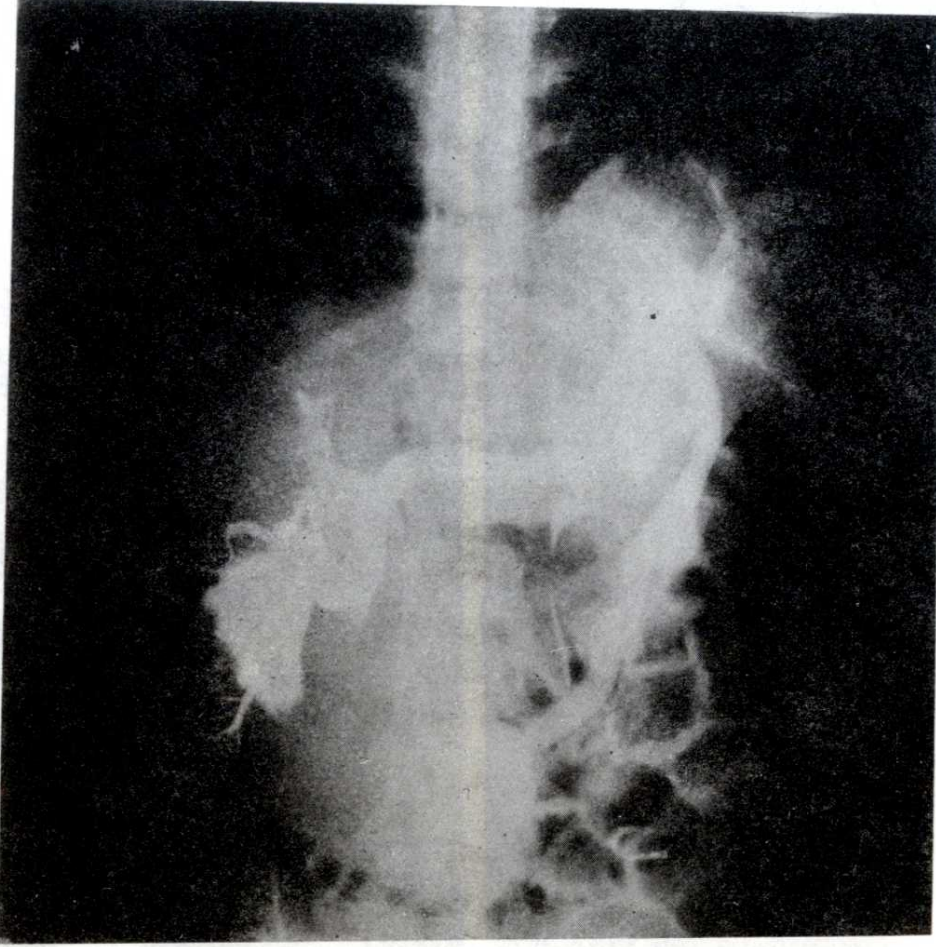
Primer olarak Sugiura-Futogawa işlemi uygulanan ve DSRS dan 2 yıl sonra aynı işlemin uygulandığı iki olgumuz postoperatif 15 ve 22. günlerde hepatik yetmezlik tablosu ile ölmüşlerdir.



Resim I. Özofagus Pasaj Grafisi - Özofagus Varisleri



Resim II. Kc İğne Biopsisi. Konjenital Hepatik Fibrozis



Resim III. Perkütan Transsplenik Portografi - V Porta'da genişleme ve kollateral dolaşım.

Şant işlemleri uygulanan diğer olgularımız post-operatif 7. günde yapılan abdominal US ve üst GIS endoskopilerinde varis boyutlarında ve dalak boyutlarında (PSRS yapılmayanlarda) küçülme şeklinde

şant açıklığının indirekt bulguyarıyla değerlendirilmiştir. 3 ay -2 yıl arasında takiplere gelen olgularda tekrar eden kanama saptanmamıştır.

Tablo II: Değişik Ameliyat Gruplarındaki Olguların Özellikleri

Özellik	DSRS	PSRS	MCS	MUO	OC	SF
Yaş ortalaması	39	36	51	62	55	23
Etyoloji						
Postnekrotik Siroz	2	3	2		1	1
Kong. Hepatik Fibroz	1	1				
Primer Bilier Siroz				1		
Child Klassifikasyonu						
A	1	2	1			
B	2	2	1	1	1	
C						1
Bilirubin (mg/dl)						
<1,2	1	1	1			
1,2,3	2	3	1	1	1	
>3						1
Albumin (gm/dl)						
>3						
3-2.5	2	3	2	1	1	
<2.5	1	1				1
Daha önceki kanama						
1 kez	2	1	2	1	1	
2-3 kez	1	2				1

TARTIŞMA

Portal hipertansiyon kronik karaciğer hastalığının en ciddi komplikasyonlarından birisidir. Klinik olarak asit, portosistemik ansefalopati ve varis kanamaları ile ortaya çıkmakta ve sıklıkla ölüme sebep olmaktadır (2,5,6).

Özofagogastrik varislerden kanama portal hipertansiyonun en dramatik komplikasyonudur. Hayatı tehdit eden bu durumun tedavisinde çok sayıda seçenek olması, her hastada ve her durumda yeterli olan tek bir tedavi şeklinin olmadığını göstermektedir. 1955 yılından itibaren şant cerrahisi, non-şant operasyonları, endoskopik varis skleroterapisi, balon tamponat ve farmakolojik tedavi klinik pratiğe girmiştir (5,7). Portal hipertansiyon için uygulanan operasyonlar dört grupta toplanabilmektedir: (1) Tüm portal venöz sistemi tam olarak dekompresye eden ve portal akımı karaciğerden tamamen uzaklaştıran non-selektif şantlar, (2) Portal venöz sistemi; dekompresye özofagogastrik komponent ve hipertansif süperior mezenterik-portal komponent olarak ayıran ve karaciğer perfüzyonunu devam ettiren selektif şantlar, (3) Tüm portal sistemi inkomplet olarak dekompresye eden ve karaciğerin portal venöz perfüzyonunu potan-

siyel olarak devam ettiren parsiyel şantlar, (4) Hepatik hemodinamiyi minimal oranda değiştiren non-şant işlemler (1,2,5,6,8).

DSRS; Warren ve Zeppa tarafından 1960'lı yılların ortalarında ortaya atılmış ve varis kanamalarının kontrolüne fizyolojik bir yaklaşım getirmiştir. Sol üst kadran venöz kanının selektif olarak şanti ile alt özofagus ve üst mide bölümü dalak yolu ile dekompresye olmakta, aynı zamanda karaciğere süperior mezenterik kan akımı korunmaktadır (3,9,10). Varis kanamalarını kontrol oranı %85'lerin üzerinde olup, karaciğere kan akımı nonalkolik olgularda %90'ın üzerinde devam ettirilmekte ve ansefalopati oranı total şantlara göre daha düşük olmaktadır (3).

Bizim DSRS uygulanan 3 olgumuz da nonalkolik siroz olup erken rekürren kanama ve ansefalopati görülmemiştir. Bir olgumuz 2 yıl sonra rekürren kanama ile gelmiştir. DSRS'in en büyük dezavantajı teknik olarak zorluğudur. Özellikle splenik venin intrapankreatik seyrettiği olgularda operasyon imkansız hale gelmektedir (3,11). Bizim ovarico-coronal ve mezenteroutero-caval şant uygulanan 2 olgumuzda splenik venin pankreas içinde seyrettiği saptanmış ve

KAYNAKLAR

1. Terblanche J: The surgeon's role in the management of portal hypertension. *Ann Surg* 1989; 209:381-5.
2. Rikkers LF, Sorrell TW, Ji G: Which portosystemic shunt is best. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21:179-95.
3. Henderson JM: The distal splenorenal shunt. *Surg Clin North Am* 1990; 70:405-23.
4. Wexler MJ, Stein B?: Nonshunting operations for variceal hemorrhage. *Surg Clin North Am* 1990; 70:425-48.
5. Rikkers LF: Bleeding esophageal varices. *Surg Clin North Am* 1987; 67:475-88.
6. Mahl T, Groszmann RJ: Pathophysiology of portal hypertension and variceal bleeding. *Surg Clin North Am* 1990; 70:251-66.
7. Terblanche J, Kahn D, Borman PC: Long-term injection sclerotherapy treatment for esophageal varices. *Ann Surg* 1989; 210:725-31.
8. Johansen K: Prospective comparison of partial versus total portal decompression for bleeding esophageal varices. *Surg Gynecol Obstet* 1992; 175:528-34.
9. Paquet KJ, Mercado MA, Koussouris P, Kalk FR, Siemens F, Cuan-Orojco F: Improved results with selective distal splenorenal shunt in a highly selected patient population. *Ann Surg* 1988; 210:184-88.
10. Henderson JM, Warren DJ, Millikan WJ, Galloway JR, Kawasaki S, Kutner MH: Distal splenorenal shunt with splenopancreatic disconnection. *Ann Surg* 1989; 210:332-41.
11. Spina GP, Santombrogio R, Opocher E, Cosentino F, Zambelli A, Passoni GR, Cuchiaro G et al: Distal splenorenal shunt versus endoscopic sclerotherapy in the prevention of variceal rebleeding. *Ann Surg* 1989; 211:178-85.
12. Lillemoe KD, Cemarom JL: The interposition mesocaval shunt. *Surg Clin North Am* 1990; 70:379-94.
13. Essad FA, Elmagd AK, Sultan AA, Aly M, Fathy O, Bahgat OO, El-Fiky A et al: Schistosomal versus non-schistosomal variceal bleeders. *Ann Surg* 1988; 209:489-99.