

PORTAL HİPERTANSİYONA BAĞLI MASİF REKTAL KANAMADA İNFERİÖR MEZOKAVAL ŞANT; OLGU SUNUMU

INFERIOR MESOCAVAL SHUNT FOR MASSIVE RECTAL BLEEDING IN PORTAL HYPERTENSION; CASE REPORT

Taner ORUÇ , Behlül BAYDAR, Ali Eba DEMİRBAĞ , Gürel NEFİFAR

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniđi, Ankara

Özet

Portal hipertansiyonda anorektal varislere bağlı izole dirençli masif alt gastrointestinal sistem kanaması seyrek görülür. Bu olgu sunumunda yedi yıldış kronik karaciğer hastası olan ve endoskopik girifimlerle anorektal varis kanaması durdurulamayan yetmişiki yaşındaki kadın hastaya acil kofullarda greft kullanarak vena mesenterica inferior ile vena cava inferior arasında flant operasyonu uygulanmıştır. Ülkemizde dokümanite edilmemiş olgudur. (Damar Cer Der 2007;16(1):41-44)

Anahtar Kelimeler: vena mesenterica inferior, inferior mesocaval flant, portal hipertansiyon

Abstract

Isolated intractable massive lower gastrointestinal bleeding from anorectal varices is rarely seen in portal hypertension. In this case report we present a seventy two years old female who had chronic liver disease for seven years with massive anorectal variceal bleeding, failure of endoscopic treatment modalities and treated succesfully with the construction of inferior mesenterico caval shunt. This is the first case reported in Turkey. (Turkish J Vasc Surg 2007; 16(1):41-44)

Keywords: Inferior mesenteric vein, inferior mesocaval shunt, portal hypertension.

Dr. Taner ORUĐ

Kennedy Caddesi No: 106/13 GOP/ ANKARA

Tel: 0 312 306 14 27, 0 536 669 90 65

Faks: 0 312 311 63 51

E-posta: orugt@yahoo.com

GİRİŞ

Portal hipertansiyona bağlı gastrointestinal kanamalarda cerrahi girişim ile portosistemik flant oluşturulması kabul edilen tedavi yöntemlerinden biridir. Tıbbi ve endoskopik girişimlerin başarısız olması, transjuguler intrahepatik portosistemik flant (TIPS) sonrası flantın tıkanması veya tekrar kanama gelişmesi temel endikasyonları oluşturur. Karaciğer transplantasyonunun çok yaygınlaşması ve girişimsel radyolojideki gelişmeler bu operasyonlara olan ihtiyacı geçmişi dönemlere göre çok belirgin bir biçimde azaltmıştır. Çok seyrek olarak flant operasyonlarına gereksinim duyulmaktadır⁽¹⁾.

Anorektal varislerde portosistemik kollateral yollardan bir tanesidir ancak bu bölgeden ciddi kanama oldukça seyrek görülür⁽²⁾. Orloff ve arkadaşlarının portal hipertansiyonlu 1100 olguluk serilerinde sadece 5 olguya ciddi anorektal varis kanaması nedeniyle flant operasyonu uygulanmıştır⁽³⁾. Bu çalışmada amaçımız karaciğer sirozu ve portal hipertansiyona bağlı masif anorektal varis kanamalı olguda vena mezenterika inferior (MV) ile vena cava inferior (VC) arasında 10mm ringli greft kullanılarak flant ameliyatının rahatlıkla yapılabilmesini vurgulamaktır. Bu uygulama ülkemizde dokümanite edilen ilk olgudur.

OLGU SUNUMU

Yetmişiki yaşında kadın hasta rektal kanama, halsizlik, fıkâyeti ile hastanemize başvurdu. 2000 yılında kronik karaciğer hastası- kriptojenik karaciğer sirozu tanısı konan, insülin bağımlı diabetes mellitus ve hipertansiyonu olan olgunun yer ve zaman oryantasyonu bozuk, kooperasyonu tam değildi. Fizik muayenesinde soğuk ve soluk görünümü, karın distandı ve geçirilmemiş histerektomiye bağlı insizyonel hernisi, splenomegali ve asit mevcuttu. Rektal tıfide rektum kanla dolu idi. Hemoglobini 6.8gr/dlt, hematokrit %20.4, lökosit 4000/mm³, INR 1.80, albumin 3.3gr/dlt, t.bilirubin 2.5mg/dlt, AST 65 U/dlt, ALT 55 U/dlt, BUN 65mg/dlt, Kreatinin 1.60mg/dlt, hepatit markerleri negatif, Child Pugh skoru B₉ idi. Rektosigmoidoskopisinde (RSS) sigmoid kolon ortasına kadar ilerlendi rektum taze kan ile doluydu ve sigmoid

kolonda varisleri mevcuttu. Özofagogastroduodenoskopisinde özofagusta 4 kolon 2° varisler ve 3 adet daha önce uygulanmış bant ligasyona ait ülserler mevcuttu, aktif kanama saptanmadı. Ultrasonografide karaciğer normalden küçük, kenarları düzensiz idi, portal ven (PV), splenik ven (SV) ve superior mezenterik ven (SMV) konfluensleri görülmedi, perisplenik kollateraller izlendi, batında yaygın asit mevcuttu. Selektif çöliak anjiyografide arteriyel geç, venöz ve portal fazlarda yapılan incelemede dalak boyutları artmış, perisplenik gastroözofagial yoğun kollateraller izlendi. SMV ve PV görüntülenemedi, ekstremitasyon izlenmedi, SMV ve PV tromboze olarak değerlendirildi. Rektal kanamanın devam etmesi üzerine tekrar RSS yapılarak rektum ve sigmoid kolondaki varislere sklerozan madde (polidocanol-%1 aethoxysklerol) 14cc uygulandı. Kanamanın tekrar etmesi üzerine yeniden skleroterapi uygulandı ancak kanamayı durdurmada başarılı olmadı. Hastaya ameliyat öncesi hastalığı ile yapılacak cerrahi işlem hakkında detaylı bilgi verildi ve gerekli rıza belgesi alındı. Operasyona girmeden önce Doppler USG'si tekrarlanan olguda SMV, SMV ve SV bileşkesinden portal hilusa kadar PV'nin tromboze olduğu görüldü, sağ ve sol PV'de akım izlenmedi. SV içindeki akım hızı çok düşük olarak izlendi.

Operatif teknik

Hastaya genel anestezi altında orta hat kesisi ile girişimde bulunuldu. 3lt asit boşaltıldı, karın içinde yaygın kollateraller mevcuttu. PV, SMV'nin tromboze olduğu doğrulandı. Treitz ligamanı disseke edilerek 15 mm çapına ulaşılmış MV bulunarak proksimal ve distalden askıya alındı. Olgunun hipertansif, BUN ve kreatinin değerlerinin sınırda olması nedeniyle sol böbrek venöz drenajının geçici süreyle de bozmamak için sol renal venin flant ameliyatı için uygun olmadığına karar verildi. Çekum ve sağ kolon mobilize edildi. VC ortaya konarak renal venlerin açılım hizasından askıya alındı. 1cc heparinizasyon sonrasında vasküler side klempler konarak VC ile MV arasında 5cm uzunluğunda 10 mm çapında ringli PTFE greft kullanılarak 6/0 prolene sütürlerle yan yana anastomoz gerçekleştirildi (Resim 1 ve 2). flantın çalışması ve



Resim 1. VC'da ringli PTFE greft kullanılarak yapılmış olan anastomoz.



Resim 2. VC-MV arasında ringli PTFE greft kullanılarak tamamlanmış anastomoz.

kollaterallerin azaldığı gözlemlendi. Operasyon sonrasında hemodinamisi stabil seyreden olgu 2 gün sonra yataktan bakımdan çıkarılarak servise alındı. Postoperatif dönemde hemoglobin ve hematokrit değerleri stabil seyreden olguda tekrar rektal kanama gelişmedi. Postop 7. ve 15. günlerde yapılan Doppler USG'de flantın açık olduğu görüldü. Kontrol RSS'de rektosigmoid bölgedeki varislerin gerilemediği olduğu saptanan olgu postoperatif yirminci günde poliklinik kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. Olgu halen karaciğer transplantasyon polikliniğinde takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Varis kanaması portal hipertansiyonun en ciddi komplikasyonudur⁽⁴⁾. Anorektal varisler üst orta ve alt hemoroidal dallar arasındaki kollaterallerden oluşur. Ciddi portal hipertansiyonlu hepatofugal akımın olduğu

olgularda IMV'de ters akım vardır ve bu durum seyrek olsa da anorektal varislerden kanamaya yol açar⁽²⁾.

Hemoroidi olan bir hastayı değerlendirirken veya girişim planlarken bunun anorektal varis olmasıyla taahhülebileceğini akılda tutmak gereklidir. Portal hipertansiyonlu olgulara uygulanacak olan hemoroidektomi mortal seyredebilmektedir⁽⁵⁾. Anorektal varisler genelde özofagial ve gastrik varislerle birlikte görülür.

Anorektal varis kanamasıyla gelen olgularda ilk önce konservatif tedavi tercih edilir. Koagülopati ve hemogram değerleri düzeltilir, gerekirse kan transfüzyonu yapılır, konstipasyonu önleyici ve gaitayı yumuşatıcı ilaçlar verilir. Bir çok olgu bu işlemden yarar görür. Lokal cerrahi girişimlerin sonuçları çelişkilidir. Hemoroidektomi ve bant ligasyon kontrendikedir. Skleroterapi, stapler hemoroidektomi ve varislerin dikişlerle kapatılması yüksek nüks oranına sahiptir⁽²⁾. Bu olguda PV'nin tromboze olması, sağ ve sol PV dallarında akım alınmaması TIPS uygulanmasını imkânsız kılmıştır.

PV, SMV'in tromboze olması, SV akımının çok yavaş olması bu damarları kullanarak yapılabilecek olan portokaval, mezokaval, splenorenal flant ameliyatları flantın ortadan kaldırmaktadır. Selektif bir flant olan distal splenorenal flant ve yarı selektif bir flant olan side to side splenorenal flant anorektal varisleri dekomprese etmede etkisizdir.

Portal hipertansiyonda MV'nin dekompresyon amaçlı kullanımı ilk kez 1985 yılında Fick tarafından bildirilmiştir. Fick anorektal varis kanamalı bir olguda MV ile Sol Renal Ven (RV) arasında side to side flant gerçekleştirmiştir⁽⁶⁾. 1998 yılında Gorini ve arkadaşları karaciğer transplantasyon aday portal, mezenterik ve splenik veni tromboze portal hipertansiyonlu ve ciddi anorektal varis kanamalı 5 olguda MV ile VC/sol RV arasında flant operasyonu yaparak bunu yayınlamışlardır⁽⁷⁾. Montemurro ve arkadaşları TIPS'e uygun olmayan veya TIPS'in uygulanamadığı olgularla, flantı kanamalı olgularda teknik kolaylık, kısa sürede etkin kanama kontrolü sağlanmasından dolayı rahatlıkla uygulanabilecek yöntem olarak tanımlamışlardır⁽⁸⁾.

Anjiyografik olarak MV'nin embolizasyonu veya cerrahi olarak MV'nin ligasyonu ancak SV, SMV ve PV açık ise bafırlı olabilir. Bu damarların tromboze olduğu

durumda bağılangıçta anorektal varis kanaması'nı durdurursa da portal sistemdeki basınç artacağı için kendini tekrar kanama ile gösterir⁽²⁾.

Sonuç olarak <MV ile VC> arasında yapılacak olan bir flant konservatif tedavilere yanıt vermeyen ciddi anorektal varis kanamalı olgularda uygulanabilecek alternatif bir tedavi yöntemidir.

KAYNAKLAR

1. Oruç T, Soonawalla ZF, Tekin K et al. Role of surgical portosystemic shunts in the era of interventional radiology and liver transplantation. Br J Surg 2004;91:769-773.
2. Rahmani O, Wolpert L M, Drezner A D. Distal inferior mesenteric veins to renal vein shunt for treatment of bleeding anorectal varices: Cape report and review of literature. J Vasc Surg 2002;36:1264-1266.
3. Johansen K, Bardin J, Orloff MJ. Massive bleeding from hemorrhoidal varices in portal hypertension. JAMA 1980;244:2084-2085.
4. Oruç T, Bostancı E B, Özer S, Özdoğan Y ve ark. Nonoperatif tedavi ile durdurulamayan özofagus varis kanamalı olgularda modifiye sugiura girişimi sonuçları. MN Klinik Bilimler ve Doktor 2005;11(2):147-150.
5. Weinshel E, Chen W, Falkenstein DB et al. Hemorrhoids or rectal varices: defining the cause of massive rectal hemorrhage in patients with portal hypertension. Gastroenterology 1986;90:744-747.
6. Fick TE, Van Buuren HR, Huisman AM et al. Intermittent bleeding from anorectal varices. Neth J Surg 1985;37:187-189.
7. Gorini P, Johansen K. Portal decompression using the inferior mesenteric vein. HPB Surg 1998;10:365-369.
8. Montemurro S, Polignano FM, Caliandro C et al. Inferior mesocaval shunt for bleeding anorectal varices and portal vein thrombosis. Hepatogastroenterology 2001;48(40):980-983.