

OLGU SUNUMU

Mehmet Faruk Geyik¹
İsmail Hamdi Kara²
Nevin İnce¹
İdris Akkaş¹
Şeyda Şen²

¹ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Düzce

² Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Düzce

İletişim Adresi:

*Prof. Dr. Mehmet Faruk Geyik
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik
Mikrobiyoloji AD. Düzce
Email: mfgeyik@gmail.com*

Geliş Tarihi: 03.04.2015

Kabul Tarihi: 15.05.2015

Konuralp Tıp Dergisi

e-ISSN1309-3878

konuralptipdergi@duzce.edu.tr

konuralpgeneltip@gmail.com

www.konuralptipdergi.duzce.edu.tr

ERCP Sonrası Bakteriyemi İle Mortal Seyreden Klatskin Tümörü Olgusu

ÖZ

Klatskin tümörleri yada hiler kolanjiokarsinoma erken dönemde semptom vermemesi nedeniyle geç tanı almaktadır. Uzun dönem yaşam beklentisi oldukça düşüktür. Daha önceden obezite ve depresyon tanısı olan 83 yaşındaki bayan hasta, iki gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, sarılık şikâyetleriyle Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine başvurdu. Hastanın Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılan hepatobiliyer ultrasonografi incelenmesinde safra kesesi çapı 50 mm, koledok 14 mm ile distandü görülmüştür. Hasta Klinik-laboratuvar bulgularıyla Enfeksiyon Hastalıkları ve Gastroenteroloji Polikliniklerinde değerlendirildi. Endoskopik Retrograd Kolanjiografi (ERCP) yapılması için dış merkeze yönlendirildi. ERCP sonrası klinik durumu daha da ağırlaştırıcı bakteriyemi gelişmiştir. Bu olguda, klatskin tümörlü yaşlı hastada invazif tıbbi girişim üzerine eklenmiş bakteriyemik enfeksiyon tablosunun prognozu kötüleştirip mortaliteyi artırdığı irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Klatskin Tümörü, ERCP, Bakteriyemi

A Case of Mortal Klatskin Tumor with Bacteremia after ERCP

ABSTRACT

Due to the late onset of symptoms, Klatskin tumors or hilar cholangiocarcinoma are usually diagnosed late and long-term life expectancy is very low. In this case, an 83-year-old female patient with diagnosis of obesity and depression was admitted to Family Medicine Outpatient Clinic in Duzce University Medical Faculty because of abdominal pain and nausea ongoing for two days. In hepatobiliary ultrasound examination made in Family Medicine Clinic, gallbladder diameter was 50 mm and bile duct was seen distended to 14 mm. With these findings the patient was assessed by Infectious Diseases and Gastroenterology Clinic. She was directed outside the province for an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). After ERCP clinical situation is further aggravated by developed bacteremia. Due to the late onset of symptoms of the disease, as in our case, and developing bacteremic infections, the disease has resulted in a rapid mortality. In this case, it has been evaluated that table of bacteremic infection superimposed invasive medical procedures resulted to severe prognosis and increases the mortality in elderly patient with Klatskin tumor.

Keywords: Klatskin Tumor, ERCP, Bacteremia

GİRİŞ

Kolanjiokarsinomlar, intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarının epitel hücrelerinden kaynaklanan tümörlerdir. Kolanjiokarsinomlar, tüm gastrointestinal malignitelerin yaklaşık %3'ünü oluştururlar. Tipik olarak 50-70 yaşlarında ve çok az farkla erkeklerde daha sık görülmektedir (1).

Klatskin tümörü; ana hepatik kanal bifurkasyonunu tutan intrahepatik ve ekstrahepatik safra yollarının epitel hücrelerinden kaynaklanan nadir kolanjiokarsinomlardandır. Tüm kanserlerin yaklaşık %1'ini oluşturmaktadır (2). Hastalığın klinik seyirinin yavaş olması ve geç belirti vermesi nedeniyle tanı genelde geç konulmaktadır (3,4). Burada ikterle gelen, ERCP (Endoskopik Retrograd Kolanjiografi) sonrası bakteriyemi gelişen hızlı mortal seyirli bir klatskin tümürlü olgu irdelenmiştir.

OLGU

Daha önceden obesite ve depresyon tanısı dışında herhangi bilinen bir hastalığı olmayan 83 yaşındaki bayan hasta, iki gün önce başlayan karın ağrısı, bulantı, sarılık şikâyetleriyle Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvurdu. Yapılan tetkiklerinde ALT: 339 U/mL, AST: 258 IU/L, ALP: 1040 U/L, total bilirubin: 15.66 mg/dl, direkt bilirubin: 12.05 mg/dl, WBC: 5.65 x10³ /uL PLT: 222.000 /uL, CRP: 3.2 mg/dL bulunmuştur. Hastanın Aile Hekimliği Polikliniğinde yapılan hepatobiliyer ultrasonografi incelenmesinde safra kesesi çapı 50 mm, koledok 14 mm ile distandü görülmüştür.

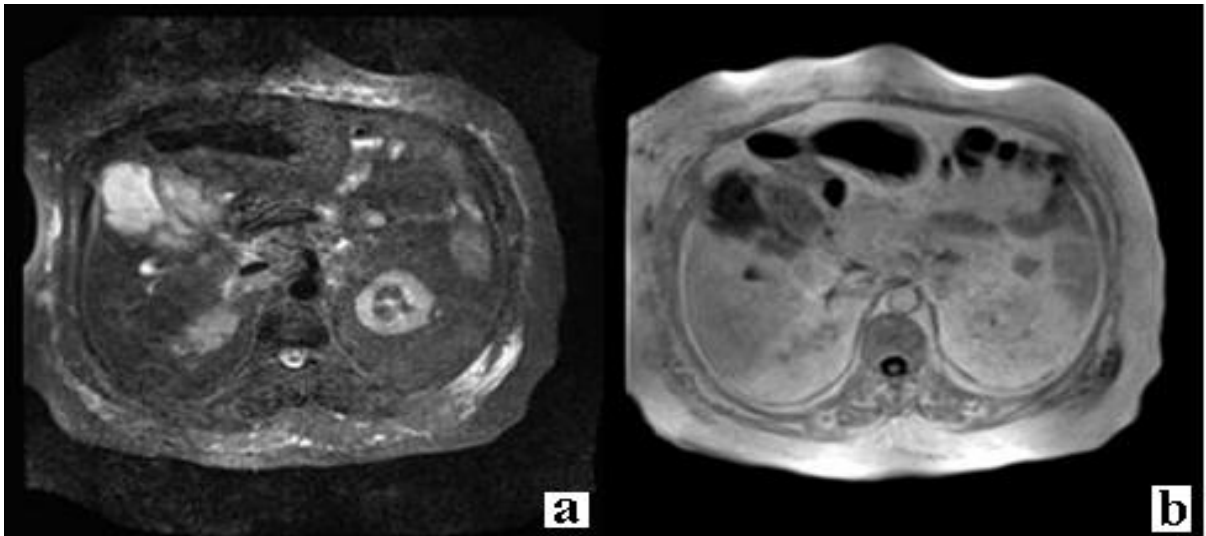
Hasta klinik-laboratuvar bulgularıyla Enfeksiyon Hastalıkları ve Gastroenteroloji Polikliniklerinde değerlendirilerek ERCP yapılması için dış merkeze yönlendirilmiştir. Hastanın dış merkezde yapılan tetkiklerinde WBC: 6,7x10³ /uL PLT: 190.000 /uL INR: 0,9, CRP: 4 mg/dL bulunmuştur. Hastanın batın ultrasonografisinde safra yollarında dilatasyon, safra kesesi hidropik, duvar kalınlığı artmış ve koledok distalinde taş

olabileceği düşünülmüştür. Hastaya dış merkezde iki kere ERCP yapılmıştır. ERCP'de koledokun proksimalinde ortak hepatik kanalda 2 cm'lik segmentin ileri derecede daraldığı kontrast tutmadığı izlenmiştir. Bifurkasyonun hemen altında kalacak şekilde plastik stent yerleştirilmiş ve kolanjiyelüler karsinom olarak raporlanmıştır.

ERCP sonrası çekilen batın manyetik rezonans (MR) ve MRCP'de (Manyetik Rezonans Kolanjiopankreatografi)'de karaciğer hilusunu dolduran duktus hepatikus komminis, duktus koledokus ve duktus sistikus distalini infiltre ederek inferiora uzanan kitle öncelikle Klatskin tümörü lehine yorumlanmış ve histopatolojik korelasyon önerilmiştir (Şekil 1a ve 1b).

Hastanın plastik stent takılmasından 48 saat sonra ateş yüksekliği, lökositoz ve CRP artışı gelişmiştir. Enfeksiyon Hastalıklarının önerisiyle İV piperasilin-tazobaktam başlanmıştır. Enfeksiyon odağı saptanamayan, klinik ve laboratuvar olarak yanıt alınamayan hastada nozokomiyal bakteriyemi ön tanısı ile iv meropenem + teikoplanin tedavisine geçilmiştir. İV antibiyoterapinin 10. gününde ateşi düşen ve sarılığı gerileyen hastaya önerilen cerrahi operasyonun hasta tarafından kabul edilmediği öğrenilmiştir. Yatışının 18. gününde oral metronidazol + siprofloksasin ile taburcu edilmiştir.

Ertesi gün genel durumunun bozulması ve tekrar ateşinin çıkması üzerine hastanemiz Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğine yatırıldı. Yatışının birinci günündeki yapılan tetkiklerinde ALT: 173 U/mL, AST: 226 IU/L, Total bilirubin: 29.1 mg/dl, Direkt bilirubin: 23.7 mg/dl, ALP: 1408 U/L, GGT: 820 U/L, WBC: 12.3 x10³ /uL PLT: 318.000/uL, CRP: 7.4 mg/dL, Cre: 1.2 mg/dL saptanmıştır. Hastanın takiplerinde bir gün ateşi olmuş, gönderilen kan ve idrar kültürlerinde üreme olmamıştır. Antibiyoterapi meropenem ve teikoplanin olarak devam edilmiştir.



Şekil 1a ve 1b. MR karaciğer hilusunu dolduran duktus hepatikus komminis, duktus koledokus ve duktus sistikus distalini infiltre ederek inferiora uzanan kitle

Yatışının beşinci gününde Cre: 2.6 mg/dL, ALT: 83 U/mL, AST: 150 IU/L, Total bilirubin: 38 mg/dl olan hastadan, hepatorenal sendrom açısından dahiliye konsültasyonu istenmiş, önerileri doğrultusunda İV hidrasyon, BFT kontrolü ve hepatobiliyer USG çekilmiştir. Hepatobiliyer ultrasonografi incelemesinde safra kesesi çapı 5 cm ile distandü ve intrahepatik safra yolları dilate olarak değerlendirilen hastaya dâhiliye tarafından perkütan transhepatik kolanjiografi (PTK) önerilmiştir.

Antibiyoterapinin 17. gününde hasta, yakınları tarafından kendi istekleri ile taburcu olmuştur. Taburcu olduğu gün yapılan tetkikleri ALT: 61 U/mL, AST: 151 IU/L, Total bilirubin: 39.3 mg/dl, Direkt bilirubin: 30.7mg/dl, ALP: 1454 U/L, GGT: 440 U/L, WBC: 15.4 x10³ /uL PLT: 377.000/uL INR: 1.1, Cre: 2.4 mg/dL olarak sonuçlanmıştır. Hastanın taburculuğundan 7 gün sonra bakılan kontrol değerlerinde: ALT: 68 U/mL, AST: 377 IU/L, Total bilirubin: 56.7 mg/dl, Direkt bilirubin: 39.7 mg/dl, ALP: 1649 U/L, WBC: 47.5 x10³ /uL PLT: 315.000/uL, INR: 7.7, Cre: 4.3, CRP: 8.2, sedimentasyon: 102 olarak saptanmıştır. Hasta taburculuğunun 8. gününde, ilk tanısından 42 gün sonra evinde eksitus olmuştur.

TARTIŞMA

Periferik sinir kılıfı tümörleri sıklıkla sağ ve sol safra kanallarının birleşim bölgesini tutan hiler kolanjiokarsinomlar Klatskin tümörleri olarak adlandırılırlar. Hastalarda sık görülen semptomlar; sarılık, iştahsızlık, karın ağrısı, kilo kaybı ve kaşıntıdır. Fizik muayenede hepatomegali ve palpabl safra kesesi saptanabilir. Laboratuvar olarak ise kolestazi destekleyen bulgular: hiperbilirubinemi (direkt hâkimiyetinde), alkalen fosfataz ve gama-glutamil transferaz artışı olur. Transaminazlar hastalığın başlangıcında normal olabilir; fakat ileri aşamalarında transaminazlarda

artış ve karaciğer fonksiyon bozukluğuna sekonder protrombin zamanında uzama görülebilir. Tümörün yerleşim yerinin güç ulaşılabilen bir bölge olması ve tanının geç konması nedeniyle genellikle komşuluk yoluyla intrahepatik alana yayılması, cerrahi rezeksiyon şansını oldukça düşürmektedir (5).

Endoskopik retrograd kolanjiografi (ERCP), tümörün tanısının konulmasında ve palyatif tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir (6). Endoskopik drenaj sağlanamayan hastalar, perkütan drenaj ile tedavi edilmektedir. Bazı hastalıkların tanısı ve tedavisinde kullanılan ERCP cerrahi girişim riskini azaltmaktadır (7). Ancak artan sıklıkta yapılan tıbbi girişimler sonucu gelişen enfeksiyonlar prognozunu daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (8). Tek merkezli retrospektif bir çalışmada enfeksiyon ve kanama ERCP sonrası en sık görülen komplikasyon olarak bildirilmiştir (9). Kolanjit, kolestiz ve sepsis en sık görülen enfeksiyonlardır.

Hastalığın ilk klinik öncesi seyrinin yavaş olması, geç semptom vermesi nedeniyle Klatskin tümörleri tanı genelde geç konulmaktadır. Uzun dönem yaşam beklentisi fazla değildir. Hastalığın tanısında kolestaz testleri, radyolojik görüntülemelerden yararlanılabilir. ERCP tümörün tanısının konulmasında ve palyatif tedavisinde en sık kullanılan yöntemdir (3). Olgumuzda da olduğu gibi hastalığın geç semptom vermesi ve gelişen stent enfeksiyonu nedeniyle, hastalık hızlı bir mortaliteyle sonuçlanmıştır.

SONUÇ: Bu yazıda; acil servise karın ağrısı, sarılık, halsizlik şikâyetiyle başvuran, USG ve laboratuvar ile kolestaz bulguları saptanan hastada, ERCP ile kolanjiokarsinom tanısı konması ve plastik stent yerleştirilmesi sonrası gelişen nozokomial bakteriyeminin hızlı mortaliteye etkisi irdelenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Seven G, Karayalçın S. Kolanjiokarsinomlar. Güncel Gastroenteroloji 2009;13(1):56-64.
2. Jarnagin WR, Shoup M. Surgical management of cholangiocarcinoma. Semin Liver Dis 2004;24:189-99.
3. Önder FO, Dişibeyaz S, Parlak E, Ödemiş B, Şaşmaz N. Klatskin tümörü olgusunda biliyer metalik Y-Stent uygulaması. Endoskopi Dergisi 2010;18(1):15-8.
4. de Groen PC, Gores GJ, LaRusso NF, et al. Biliary tract cancers. N Engl J Med 1999;341:1368-78.
5. Abdel Wahab M, Fathy O, Elghwalby N, et al. Resectability and prognostic factors after resection of hilar cholangiocarcinoma. Hepatogastroenterology 2006;53:5-10.
6. Liu CL, Lo CM, Lai EC, Fan ST. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic endoprosthesis insertion in patients with Klatskin tumors. Arch surg 1998;133:293-6.
7. Arslan K, Er C, Eryılmaz MA, Akgün İ, Mihmanlı M. Ekstrahepatik safra yollarının tıkanmalarında cerrahi tedavi metodları. Tıp Araştırmaları Dergisi 2009;7(1):16-22.
8. Mutlu N, Bolat R, Yorulmaz F, Uysal S, Yüksel O, Oğuz D. Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi (ERCP). Güncel Gastroenteroloji 2006;10(1):120-23.
9. Endoskopik retrograd kolanjiyo-pankreatografi komplikasyonları: Tek merkezli retrospektif çalışma. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2006;5(3):169-72.