

# KCFT Yüksekliđine Klinik Yaklaşım

Uzm. Dr. Halil Yılmaz

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı

# Vaka-Özet

- ▶ 53 Y K hasta
- ▶ Şikayet:Sarılık, kilo kaybı, ishal
- ▶ Hikaye: Hastanın şikayetlerinin uzun yıllardır olduğu 5-6 aya bir şiddetlendiği öğrenildi. Ateş, karın ağrısı ve kanlı ishal şikayetlerine eşlik etmediği öğrenildi.
- ▶ Özgeçmiş:özellik yok
- ▶ Soygeçmiş:özellik yok
- ▶ Kullandığı ilaç:yok
- ▶ Sigara yok, alkol yok, bitkisel ilaç kullanımını yok

# Hastanın sorunları

- ▶ İshal
- ▶ Kilo kaybı
- ▶ Sarılık
- ▶ Kaşeksi

- Fizik muayenesinde genel durumu orta kötü, bilinci açık, batın serbest, rebound-defans yok, barsak sesleri hiperaktif, karın cilt turgoru azalmış tespit edildi. **Cilt rengi ve sklera sarı.** Kan basıncı 110/70 mm/hg nabız:82/dk solunum sayısı:21 ateş:36,7 spo2:98 boyu 155 cm kilosu 42, **VKİ:17** olarak ölçüldü.
- lab:wbc:10450/mm<sup>3</sup> neu:6250/mm<sup>3</sup> hgb:11,3 g/dl, MCV:84, ESH(1 saat) 14 mm/sa, plt:413000/m<sup>3</sup> üre:10 mg/dL kreatinin:0,67 mg/dl sodyum:129 mmol/L potasyum:2,27 mmol/L, **albümin 13,6 g/L total protein 42,3 g/L total bilirubin:6,2mg/dL direkt bilirubin:5,59 mg/dL AST:77 IU/L ALT:40 IU/L ALP:215 IU/L GGT:235 U/L crp:0,821 mg/dL PTZ:72,2 saniye INR:5,95.** Gayta örneğinin direkt mikroskopik incelemesinde; eritrosit, lökosit, parazit kist ve yumurtası görülmedi.

- ▶ Vakamızın labaratuvar değerleri incelendiğinde hafif l6kositoz olmakla birlikte py toksik granulasyon yoktu. Crp ve Sedimantasyon normaldi.
- ▶ INR değeri ileri derecede y6ksek olan hastanın AST/ALT değerleri normale yakın iken T Bil, D bil, ALP ve GGT 6n planda y6ksek olan hastada **kolestatik karaciğer enzim y6ksekligi** d6ş6n6ld6.
- ▶ Uzamış kolestazda INR y6ksekligi bilinen bir bulgu olup, hastada bu bulgunun olması, ayrıca hastanın Şikayetlerinin uzun yıllardır olması kronik kolestatik enzim y6ksekligi 6n planda d6ş6nd6rd6.
- ▶ Sarılığı eşlik eden karın ağrısı ve ateş olmaması, akut faz reaktanları normal oluŐu intrahepatik kolestazın 6nemli sebebi olan sepsisten uzaklaŐtırdı.



## Kolestatik enzim yüksekliği Ayırıcı Tanı



### İntrahepatik Kolestaz Nedenleri

Viral hepatitler	KC malign ve benig infiltratif hastalıkları
Alkolik Hepatit	Paraneoplastik sendromlar(HL, RCC)
İlaç toksitesi	Vasküler Hastalıklar (Budd-Chiari sendromu vb)
Primer biliyer kolanjit	Graft versus host hastalığı
Primer sklerozan kolanjit	Ig g4 ilişkili kolanjit
Gebeliğin intrahepatik kolestazı	Kistik Fibrozis
TPN	Benign postoperatif kolestaz

### Ekstrahepatik Kolestaz Nedenleri

Selim Nedenler	Malign nedenler
Koledokolitiyazis	Kolanjyokarsinom
Primer sklerozan kolanjit	Pankreas Karsinomu
Safra yolları strüktürleri	Vater ampulla tümörü
Paraziter hastalıklar (Fascioliasis, askariasis)	Duodonum Karsinomu
Pankreatit	
Koledok Kisti	
Hemobilia	
Ekstrahepatik safra yollarının hipoplazisi veya atrezisi	

- ▶ **Intrahepatik ve ekstrahepatik kolestaz ayırımında altın standart ve ilk tercih edilmesi gereken görüntüleme yöntemi transabdominal USG' dir.**
- ▶ Safra kesesi taşlarının USG görülme sensisitive ve spesifitesi % 95 üzerindedir.
- ▶ Bazı kaynaklara göre USG ekstrahepatik ve intrahepatik kolestazı ayırmakta % 100 yakın doğru sonuç verdiğini bildirmektedir.

- ▶ Dış merkezde yapılan batın usg: Kc boyutları hafif artmıştır(kraniokaudal:166mm, hepatomegali?) kc parankimi belirgin heterojen olup granüler özellik göstermektedir, sirotik hadiseler öncelikle gözönünde bulundurulmalıdır, batın içinde alt kadranlarda sıvama tarzında çok hafif derecede gelişmiş serbest mayi görünümleri de izlenmiştir,Safra kesesi kontur ve duvar kalınlığı normaldir. Koledok ve İHSY dilatasyon yoktu.
- ▶ Batın USG bulgularına bakıldığında Ekstrahepatik kolestaz nedenleri dışlanarak, intrahepatik kolestaz düşünüldü.



- ▶ Hastada daha önce belirttiğimiz gibi kronik kolestatik enzim yüksekliği düşünöldü. Intrahepatik kolestaz sebeplerini araştırmaya geçildi.
- ▶ Öncelikle direkt karaciğer kaynaklı nedenleri araştırmak amacıyla yapılan tetkiklerinde, anti HAV IG M:negatif anti HAV IG G negatif, Anti hcv:negatif, HBsAg:negatif anti Hbc IgG:negatif , anti Hbc IG M:negatif, anti HBs:negatif anti HIV:negatif , EBV VCA IgG:reaktif EBV VCA IgM:reaktif EBV EBNA IgG:nonreaktif CMV IgG:reaktif CMV IgM:negatif Anti Rubella IgM:nonreaktif Anti Toxoplazma IgM:nonreaktif Anti Toxoplazma IgG:nonreaktif saptandı.
- ▶ Otoimmün markerler: Anti mitokondriyal antikor(AMA) ve anti düz kas antikoru (ASMA) negatifti. IG G,A,M ve Ig G4 normal sınırlarda saptandı.
- ▶ İlaç , bitkisel ürün ve alkol kullanımını öyküsü yoktu.

- ▶ Hastadan kronik ishal nedeniyle gaita direkt mikroskopik incelenmesi, gaitada amip antijeni, clostrium difficile istendi. Testlerde patoloji saptanmadı.
- ▶ Quantiferon testi negatif çıktı. Fekal kalprotektin hastanemizde çalışılmadığı için bakılamadı.

- ▶ Akut ve kronik hepatit
- ▶ Otoimmün hepatit
- ▶ Enfeksiyöz ishal
- ▶ Sepsis
- ▶ Kalp yetmezliđi
- ▶ İlaç intoksikasyonu
- ▶ Alkol ve bitkisel ürün kullanımını ön tanılarından uzaklaştırıldı.

- Hastaya bu arada ileri derecede malnutrisyonu olması ve oral aldığıında kusması sebebiyle TPN başlandı. TPN alımı sırasında hastanın kolestatik enzimlerinde artış oldu. TPN alımı sırasında T Bil:20,86 mg/dl, D Bil:17.31 mg/dl yükseldi. TPN ye bağı kolestaz ön planda düşünölmekle birlikte hem tanıyı doğrulamak hemde etyolojiye yönelik bilgi verebileceğı düşünölmekle birlikte karaciğer bx yapıldı. Bu arada TPN kesildi. Biyopsi sonucu steatohepatit ile uyumlu geldi.

- ▶ TPN başlamadan önceki T bil 10,25 mg/dl, D bil 9,06 mg/dl saptandı.
- ▶ TPN sonrası T bil 20,86 mg/dl, D bil 17,31 mg/dl saptandı.

- ▶ Hastaya Üst GIS Endoskopisi ve kolonoskopi yapıldı. Üst GIS endoskopide duodenum 2. kıtada pililer silinmiş izlendi, mukoza çoraklaşmış arazi manazarası görüldü, biyopsi alındı.
- ▶ Endoskopik görünüm tipik çölyak hastalığı düşündürdü, çölyak için biyopsi alındı ve antikor sonuçları hızlandırıldı.
- ▶ Bu arada hastaya çölyak diyeti başlandı ve buna uygun oral nutrisyon preparatı başlandı.

- Çölyak hastalığına yönelik istenen antikor testleri; antigliadin IgA:pozitif antigliadin IgG:pozitif endomisyum IgA:pozitif endomisyum IgG:negatif saptandı.

- TPN kesilmesi ve çölyak diyetinin başlanması ile belirgin klinik ve labaratuvar iyileşme sağlandı. Hasta önerilerle taburcu edildi.



# Taburculuk Deęerleri

Parametre adı	Sonuç
Total bilirubin	8.61 mg/dl
Direkt Bilirubin	7.22 mg/dl
AST	204 IU/L
ALT	131 IU/L
ALP	186 IU/L
GGT	237 U/L
CRP	2.583 mg/dl
WBC	8.10 K/ul
Hgb	12,1 g/dl
PLT	415 K/UL
INR	0,99

# 1 ay sonra kontrol deęerleri

Parametre adı	Sonuç
Total bilirubin	0,59 mg/dl
Direkt Bilirubin	0,52 mg/dl
AST	74 IU/L
ALT	79 IU/L
ALP	262 IU/L
GGT	178 U/L
CRP	0,488 MG/DL
WBC	8.53 K/ul
Hgb	13,4 g/dl
PLT	415 K/UL
INR:	0,94

## 3 ay sonra kontrol deęerleri

Parametre adı	Sonuç
Total bilirubin	0,54 mg/dl
Direkt Bilirubin	0,22 mg/dl
AST	34 IU/L
ALT	65 IU/L
ALP	121 IU/L
GGT	41 U/L
CRP	0,241 mg/dl
WBC	7.27 K/ul
Hgb	13,6 g/dl
PLT	370 K/UL
INR:	0,99

# Tedavi öncesi



# Tedavi sonrası



# Çölyak Hepatiti

- ▶ Tedavi edilmeyen çölyak hastalığında ılımlı KCFT yüksekliği %15-55 oranında görülür.
- ▶ Açıklanamayan KCFT yüksekliğinde çölyak görülme oranı %9'dur.
- ▶ Çölyak hastalığında KCFT yüksekliğinin mekanizması tam bilinmemekle birlikte ortak HLA 2 ile sorumlu tutulmaktadır.
- ▶ Çölyak tanısı atlanırsa bizim vakamızda olduğu gibi hayatı tehdit eden KC yetmezliğine girebilir. Bu hastalarda çölyak diyetine başlandığında KCFT değerlerinde dramatik düzelme görülmektedir.

A man with a beard and short hair is shown from the chest up. He is wearing a light grey hoodie and a dark jacket. He is making a hand gesture with his right hand, pointing towards the camera. The background is a plain, light-colored wall. The text 'BAKİŞ' is overlaid on the right side of the image in a stylized, white font with a red and blue gradient.

BAKİŞ

AÇISI



Dinlediđiniz için teŝekkürler...