

Portal Hipertansif Biliopati

Muhsin KAYA, Remzi BEŞTAŞ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Diyarbakır

TANIMLAMA

Portal hipertansif biliopati (PHB) portal hipertansiyonu olan vakalarda safra yollarında ve safra kesesi duvarında görülen anormalliklerin tümü olarak tanımlanır. Prospektif olarak yapılan çalışmalarda ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakaların endoskopik retrograd kolanjiografi (ERK) bulgularına göre vakaların %70 ile 100'ünde PHB saptanmakla beraber, bu olguların az bir kısmında semptomlar gelişmektedir (1, 2). PHB sadece ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakalarda görülmez. Çok nadir olarak karaciğer sirozu, idiopatik portal hipertansiyon ve non-sirotik portal fibrosis gibi başka sebeplere bağlı gelişen portal hipertansiyon vakalarında da görülebilir (2, 3). Ekstrahepatik portal ven tıkanıklığına bağlı gelişen portal hipertansiyon olgularının %81-100'ünde, siroza bağlı gelişen portal hipertansiyon olgularının %0-33'ünde ve idiopatik portal hipertansiyon vakalarının %9-40'ında PHB geliştiği bildirilmiştir (1). Ekstrahepatik portal ven tıkanıklığı olan olgularda geniş portal kollaterallerin oluşturduğu portal kavernoma gelişimine bağlı olarak, diğer sebeplere bağlı gelişen portal hipertansiyon vakalarına göre PHB daha sık görülür (1,2). Anorektal varisler, geniş özefageal varisler ve özofagus varis kanamalarının ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakalarda karaciğer sirozu olan vakalara göre daha fazla görülmesi bu görüşü desteklemektedir (4).

ETYOPATOGENEZ

Safra yollarının dış yüzeyinde uzanan epikoledokal venöz ağ (Saint'in epikoledokal venöz ağı) ve safra yollarına paralel

uzanan parakoledokal venöz ağ (Petren'in parakoledokal venleri) dış safra yollarını drene eder. Ekstrahepatik portal ven tıkanması sonrası portal kan akımının idame ettirilmesi için dış safra yollarını drene eden venöz plexuslarını da içine alan yoğun kollateraller gelişir. Gelişen bu yoğun venöz kollateral ağına portal kavernoma (kavernöz transformasyon) adı verilir. Yapılan histolojik ve morfolojik çalışmalar kavernöz transformasyonun sadece periportal kollaterallerin dilatasyonuna bağlı değil; ilaveten uzun süreli tromboza bağlı olarak yeni damar oluşumu ve yeni bağ dokusu gelişimine bağlı olduğunu göstermiştir (1). Genişlemiş venöz kollateraller yumuşak ve ince yapıda olan dış safra yolları üzerine bası yaparak PHB'deki değişikliklerin gelişmesine neden olur. PHB'nin etyopatogenezi tam olarak bilinmemekle beraber, portal kavernomanın dıştan oluşturmuş olduğu basıncın ve/veya iskemiye bağlı olarak safra yollarında gelişen striktürlerin önemli rol oynadığı düşünülür (1, 5, 6). Yapılan magnetik rezonans (MR) kolanjiografi ve MR portografi bulguları PHB'de görülen anormalliklerin kavernomanın safra yoluna yapmış olduğu basınca bağlı olduğunu göstermiştir (5, 7, 8). Portal hipertansiyonlu vakalarda ERK'de görülen dış safra yollarındaki nodularite, daralma ve düzensizliğin transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TİPS) (9) veya cerrahi şant sonrası tamamen geçtiği bildirilmiştir (9-11).

Yeni damar oluşumu ve bağ dokusu artışı portal dekompresyon sonrası da kaybolmayan tümör benzeri solit yapının oluşmasına neden olur (5, 6, 11, 12). İskemi (6) veya solit tümör benzeri kavernomanın (5) safra yolunu çepeçevre sıkıştırma-

sı sonucu safra yolunda daralmaya neden olan striktür gelişebilir. Ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakalarda safra kanalı hasarına sebep olan iskemik gelişme mekanizması tam belli değildir. Portal ven trombozu sırasında gelişen venöz zedelenme arteriol veya kapiller düzeyde kan akımının azalmasına neden olarak, safra yollarının iskemik nekrozuna ve daha sonra da safra yolunda striktür oluşumuna sebep olur (13). Kolanjiografide görülen segmenter striktür ve dilatasyonlar karaciğer transplantasyonu sonrası görülen iskemik kolanjiografi bulgularına benzeyen radyolojik görünüme sebep olur (14). Ayrıca striktürlerin rijiditesi iskemik etiyojijiyi destekler (15).

KLİNİK BULGULAR

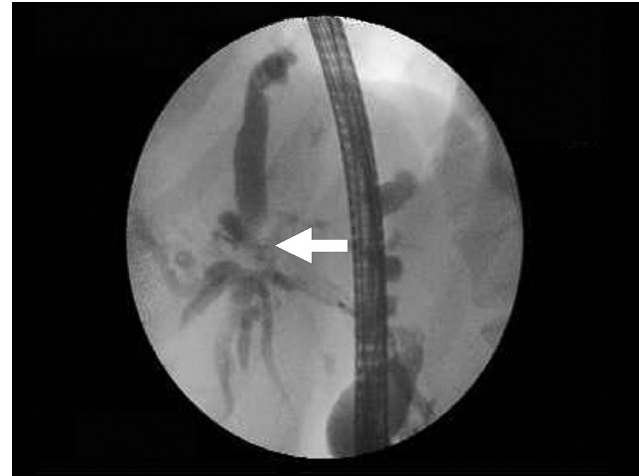
Ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakaların çoğunda kolanjiografide patolojiler görülmekle beraber, bunların büyük çoğunluğu asemptomatik seyrederek. Ekstrahepatik portal ven trombozu olan 262 vakanın meta-analizinde 45 (%17) vakanın semptomatik olduğu bildirilmiştir. Semptomatik olanların ortanca yaşı semptomsuz olanlara göre daha yüksek [21 (13-34) vs 35 (17-56) yıl], portal ven tıkanıklığı ortanca süresi daha uzun [4 (1-19) vs 11 (1-23) yıl], safra taşı görülme sıklığı daha yüksek saptanmıştır (%0 vs %54; $p < 0.001$) (1). Semptomatik olanlarda sarılık, kaşıntı, ateş ve karın ağrısı en sık görülen semptomlardır (16-18). PHB'li vakalarda esas olarak iki çeşit klinik tablo gelişir: (a). Genişlemiş kollaterallerin dış basısı veya iskemi nedeniyle oluşan striktürlere bağlı gelişen kronik kolestaz; (b). Safra yollarında oluşan taşlara bağlı kolik tarzında karın ağrısı ve kolanjit gelişimi. JB Dilawari ve grubu PHB'li 20 hastanın 1'inde (%5) koledok taşına bağlı biliyer kolik bildirmiştir (19). Sarin ve grubu PHB'li 20 vakanın üçünde (%15) sarılık, altısında (%30) artmış alkalin fosfataz düzeyi ve dördünde (%20) koledok taşı saptamıştır (1). Khuroo ve grubu PHB'li 21 vakanın sekizinin (%38) semptomatik olduğunu ve bunların yedisinde sarılık ve birinde tekrarlayan kolanjit geliştiğini bildirmiştir (20). Malkan ve grubu 20 PHB'li hastanın 2 (%10)'sinde tıkanma ikteri belirtileri saptadığı halde (21); Nagi ve grubu 43 hastanın sekizinde (%18.6) tıkanma ikteri bulgularını saptamıştır (22). Semptomatik PHB'si olan 13 vakanın ortalama iki yıllık takibi sırasında vakaların tümünde sarılık, 10 (%77) vakada safra yolunda taş ve debris ve 10 vakada üst gastrointestinal kanama geliştiği bildirilmiştir (9). PHB'li hastalarda ileri yaş, hastalık süresinin uzunluğu, safra kesesi ve koledok taşlarının varlığı ve anor-

mal karaciğer fonksiyon testlerinin varlığıyla semptomların varlığı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (1). PHB'li vakaların safra yollarında gelişen striktürler safra akımını engelleyerek safra taşlarının oluşumuna sebep olabilir. Safra kanalı duvarının esnek olması ve gelişen daralmaların çok sıkı olmasından dolayı PHB'li tüm vakalarda safra taşı gelişmez. Uzun süreli ekstrahepatik portal ven trombozu ve portal hipertansiyonu olanlarda tekrarlayan özofagus varis kanamaları (16), asit ve karaciğer fonksiyon bozukluğu görülebilir (1).

GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Endoskopik Retrograt Kolanjiografi

ERK PHB'li vakaların safra yollarında meydana gelen patolojilerin saptanmasında en önemli tanı yöntemidir. Tipik kolanjiografi bulguları iyi tanımlanmış olup, işlem sırasında yapılacak girişimle safra yolundaki tıkanıklık giderilebilir. PHB tanısı konulan ve tıkanma ikteri nedeniyle kliniğimize müracaat eden bir hastamızın ERK görüntüsü Resim- 1'de gösterilmiştir. Değişen derecede ve uzunlukta olan düz striktürler (17), lümende düzensizlik, segmental ve yukarıya doğru olan dilatasyon, ektazi, safra duktuslarının yer değiştirmesi ve açılması, budanmış ağaç görüntüsü, taş oluşumu ve dolma defektleri ERK'de görülen başlıca safra yolu anomalileridir (17, 18, 21). Sol intrahepatik safra yolu tıkanması oldukça sık görülüp, vakaların %55-100'ünde saptanmıştır. Sağ intrahepatik



Resim 1. On altı yaşındaki bayan hasta karın ağrısı, ateş ve sarılık nedeniyle tetkik edildi. Hastada kronik portal ven trombozu, portal hilusda kavernöz transformasyon (okla gösterilen yerde) ve kavernomanın olduğu yerde her iki ana safra kanalında daralma ve sol intrahepatik daldaki daha belirgin olmak üzere intrahepatik safra yollarında belirgin dilatasyon görülmektedir.

safralı kanalı tutulması sol intrahepatik safralı yolu tutulmasına göre daha hafif olup, vakaların 40-56'sında bildirilmiştir (1, 2). Sol intrahepatik safralı kanalının daha fazla tutulmasının nedeni tam bilinmemektedir. Umbilikal ven portal venin sol dalıyla birleştiğinden, sol safralı kanalının çevresinde daha belirgin venöz kollateraller gelişimi burada daha belirgin daralmaya sebep olabilir. ERK sırasında sağ intrahepatik safralı kanalı sola göre kontrast maddeyle daha az dolduğundan dolayı soldaki darlık daha belirginmiş gibi görülebilir. Siroz ve idiopatik portal hipertansiyonu olanlarda daha çok intrahepatik safralı yollarında anomaliler saptandığı halde, ekstrahepatik portal ven tıkanması olanlarda hem intrahepatik ve ekstrahepatik safralı yollarında anormallikler görülür (1). Cystic kanal ve safralı kesesinde kontür düzensizliği bazı hastalarda görülebilir. Ortak hepatik kanal ve intrahepatik safralı yollarında çok sayıda dolma defekti görülebilir. Bu dolma defektleri safralı yollarındaki taşlara veya varislere bağlı olabilir (22). ERK invazif ve komplikasyonu olan bir girişim olduğundan dolayı, endoskopik olarak tedavi edilebilir patolojisi olduğu düşünülen vakalara yapılmalıdır.

MR Kolanjiografi ve Portografi Bulguları

MR kolanjiografi ve MR portografi non invazif olup, aynı anda hem safralı yollarında ve hem de portal sistemde meydana gelen değişiklikleri gösterebildiğinden PHB'nin değerlendirilmesinde kullanılacak ilk tanı yöntemi olmalıdır (7, 23). MR kolanjiografinin ekstrahepatik portal ven tıkanıklığı olan vakalarda safralı yolu patolojisini göstermede en az ERK kadar faydalı olduğu, fakat MR kolanjiografi ile beraber MR portografi kullanımının intrahepatik safralı yolu değişikliklerini göstermede ve koledok taşlarını koledokdaki varislerden ayırt etmede daha üstün olduğu bildirilmiştir. İlaveten MR portografi yapılabilecek şant cerrahisi öncesi tüm portal sistemi ve kollateralleri değerlendirme imkanı sağlar (7). MR kolanjiografide ERK'dekine benzer safralı yolu anomalileri saptanır. Condat B ve grubu portal biliopati tanısı alan 25 vakalık bir serinin MR kolanjiografi ve MR portografi incelemelerinde 21 vakada safralı yollarında daralma, 16 vakada yukarıya doğru genişleme ve 13 vakada safralı yollarında yer değiştirme ve mevcut tüm patolojilerin kavernomanın dıştan basısına bağlı olduğunu bildirmiştir (5). Shin SM ve grubu MR kolanjiografide saptanan biliyer patolojileri varikoid tip, fibrotik tip ve mix tip olma üzere üç gruba ayırmıştır. Varikoid tip biliyer anomaliler, genişlemiş ve kıvrımlı parakoledokal venlerin dışarı-

dan safralı yollarına yapmış olduğu basıya bağlı olarak oluşan safralı yollarındaki kontür düzensizliğini gösterir. Fibrotik tip anomali safralı yollarında oluşan lokalize striktür ve üzerindeki genişlemeyi gösterir. Miks tip biliyer anomali ise safralı yollarında düzensiz kontürle beraber çok sayıda daralma ve bunların üzerinde genişlemeyi gösterir (7). Özkavukçu ve grubu 16 portal biliopati vakasının MR kolanjiografik incelemesinde vakaların %93'ünde biliyer darlık, %68'inde safralı yollarında yukarıya doğru genişleme, %87'inde dalgalı görünüm ve %75'inde koledokta açılma saptamıştır (23).

Ultrasonografi

Portal hepatitde artmış fibröz dokunun oluşturduğu hiperekojenite ve multiple kollaterallerin oluşturmuş olduğu anekoik tubuler yapılar nedeniyle dış safralı yolları görülemeyebildiğinden dolayı, ultrasonografinin PHB'deki tanısal değeri düşüktür. ERK safralı yollarındaki değişiklikleri ortaya koyduğu halde, ultrasonografi safralı kesesi varisleri hakkında ilave bilgi verebilir. Ekstrahepatik portal ven tıkanması olan vakaların %30-55'inde safralı kesesi duvarı çevresi veya içinde veya safralı kesesi yatağında kıvrımlı, genişlemiş damarlar şeklinde kendini gösteren varisler görülebilir (2, 24). Varisler safralı kesesinin boşalmasında ve taş oluşturabilmesinde değişiklik yapmadığı halde, genişleme kapasitesini düşürerek açıklık sırasındaki safralı kesesi volümünü düşürür (1).

Endoskopik Ultrasonografi

Endoskopik ultrasonografi (EUS) dış safralı yollarındaki varislerin ve safralı taşlarının saptanmasında faydalıdır. Palazzo ve grubu ekstrahepatik portal ven tıkanması olan 21 vakanın EUS bulgularını tanımlamıştır (25). Bu çalışmada EUS ile 16 (%76) vakada dış safralı kanallarının içinde, 11 (%52) vakada dış safralı yollarının etrafında ve 9 (%43) vakada da safralı kesesinde varis saptanmıştır. Bu varisler 3 (%14) vakada tıkanma ikterine sebep olmuştur. Bu çalışmada sadece safralı yolları duvarındaki varisler tıkanma ikterine sebep olmuştur. Umphress ve arkadaşları portal ven trambozuna bağlı tıkanma ikterisi olan, EUS ve Doppler ile PHB tanısı konulan bir vaka tanımlamıştır (26). Bu damarlar aşırı derecede ince olduğundan başka tanı yöntemleriyle bunların ortaya konulması oldukça zordur.

TEDAVİ

PHB'nin tedavisinde uygulanan yöntemlerden hiç birinin diğerlerine üstünlüğünü ortaya koyacak yeterli veri olmadığı-

dan dolayı, en uygun tedavi şekliyle ilgili fikir birliği henüz mevcut değildir. Asemptomatik hastalar tedavi gerektirmez. Semptomatik hastaların tedavisinin bireysel özelliklere göre düzenlenmesi önerilir. Tedavi portal hipertansiyon ve tıkanma ikterinin semptomlarının giderilmesine yönelik olmalıdır (1, 2)

Endoskopik Tedavi

Stent veya nazobiliyer dren uygulanması ile beraber olan veya olmayan endoskopik sfinkterotomi, taş çıkarılması, mekanik litotripsi ve biliyer striktür dilatasyonu uygulanan endoskopik tedavi yöntemleridir. Safra yollarında taş olan vakalarda sfinkterotomi ile beraber taş alınması en tercih edilen tedavi yöntemidir (27-29). Bu vakalarda tıkanma semptomlarını hafifletmek için, geçici veya kalıcı endoskopik biliyer stent uygulanması kullanılan bir tedavi yöntemidir (9, 16-18). Stent ve nasobiliyer dren uygulanması biliyer tıkanıklık ve kolanjit bulgularını azaltmakla beraber bir süre sonra yeniden tıkanıklık oluşması önemli bir sorundur (30, 31). Safra yollarında taş ve beraberinde striktürü olanların tedavisi tartışmalı olup, daha agresif tedavi yaklaşımlarını gerektirebilir. Bu vakaların çoğu endoskopik sfinkterotomi, safra yollarından taş alınması ve sonrasında striktür dilatasyonu ile tedavi edilebilir (6). Büyük safra taşı olanlarda mekanik litotriptör kullanımı gerekebilir. Striktür dilatasyonu sırasında safra yollarındaki varislerden kanamalar (hemobiliya) görülebilir (32). Ampulla bölgesinde oluşan venöz kollateraller sfinkterotomi sırasında ciddi kanamalara sebep olabileceğinden dolayı, kesi işlemi sırasında dikkatli olunmalıdır. Safra yollarındaki dolma defektleri taşlara veya varislere bağlı olabilir. Safra yollarında varis varlığı durumunda basket kullanımı çok ciddi kanamalara sebep olabileceğinden dolayı, işlem öncesi taş ile varis ayırımının yapılması oldukça önemlidir (33). Varislere bağlı olan dolma defektleri balonla ve açık basketle yer değiştirmez ve MR kolanjiografide uzunlamasına dolma defekti olarak görülürler (1). Kanama riskini en aza indirmek için sfinkterotomi sonrası taş alınması için basket yerine balon kullanımı tercih edenler olduğu gibi (1), basket kullanımının balon kullanımına göre daha güvenli olduğunu bildirenler de vardır (33).

Cerrahi Tedavi

Safra yolları çevresindeki kollateral damarların cerrahi girişim sırasında zedelenmesi ciddi kanamalara neden olabileceğinden dolayı, biliyer sistemdeki tıkanmalar için yapılacak bi-

lioenterik anastomozlar yüksek oranda mortalite ve morbidite riskini taşırlar. Bu nedenle bu hastaların bilioenterik anastomoz öncesi portosistemik şant cerrahisine alınması gerekir. Bu vakaların büyük çoğunluğunda şant cerrahisi sonrası önemli derecede düzelme gözlenir ve sonrasında bilioenterik anastomoz gerektirmez (6, 8, 9). Portal ven tıkanmasına bağlı ekstrahepatik portal hipertansiyonu olanlarda şant cerrahisi sonrası safra yolu tıkanıklığı semptomları geçmeyenlerde bilioenterik anastomoz gerekebilir (8). Bu vakalarda safra yolu tıkanıklığı bulguları olmadan, derin anemi ve trombositopeniye neden olabilecek kadar hipersplenizm bulgularının varlığı ve tekrarlayan üst gastrointestinal sistem kanamalarının olması durumunda da cerrahi girişim gerekebilir (1). TIPS işlemi sonrası biliyer sistemde meydana gelen değişiklikler gerileyebilir ve bu nedenle TIPS işlemi seçilmiş vakalarda faydalı olabilir (9, 34). Hem cerrahi ve hem de endoskopik girişimlerin yetersiz kaldığı veya uygulanmadığı vakalarda karaciğer transplantasyonu tek tedavi seçeneği olabilir (1, 2).

Biliyer striktürü ile beraber şant cerrahisine uygun veni olan, genç ve başka hastalığı olmayanlarda cerrahi tedavi daha uzun süreli semptomatik düzelme sağladığından dolayı endoskopik tedaviye tercih edilmelidir. Endoskopik stent uygulanması ile tedavi edilenlerde stent tıkanmalarına bağlı olarak yeterince safra drenajı sağlanamadığından dolayı sekonder biliyer siroz gelişme riski vardır (30). Endoskopik tedavi tercih edilenlerde periyodik olarak her 4-6 ay veya kolanjit varlığında daha kısa aralıklarla stent değişimi gerekir. Bu nedenle gerektiğinde hemen stent değişimi yapabilecek merkezlerden çok uzakta yaşayanlarda cerrahi tedavi tercih edilmelidir (1).

Sadece semptomatik safra kesesi taşı olan ekstrahepatik portal ven tıkanması ve PHB'si olanlara önce portosistemik şant cerrahisi uygulanmalı ve daha sonra kolesistektomi yapılmalıdır. Şant yapılabilecek venleri olmayanlarda şiddetli kanama riskinden kaçınmak için, en az travma oluşturan cerrahi girişim uygulanmalıdır. Cerrahi girişim sırasında somatostatin, octreotid veya terlipressin gibi portal basıncı azaltan vazooaktif ilaçlar kullanılabilir. Daha önce şant cerrahisi uygulanmamış vakalarda bu ilaçların ameliyat sırasında sürekli infüzyonu kanama miktarını azaltmada faydalı olabilir. Diğer tedavi seçeneklerine cevap vermeyen ve ilerlemiş hastalığı olanlarda karaciğer transplantasyonu gerekebilir (1).

PHB'nin temel özellikleri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- PHB portal hipertansiyonun geç komplikasyonu olup, siroz veya idiopatik portal hipertansiyonu olanlardan ziyade ekstrahepatik portal ven tıkanıklığı olanlarda görülür.
- Gelişen kollaterallerin safra yollarına dıştan yaptığı baskı ve/veya portal ven trombozuna bağlı olarak safra yollarında gelişen iskemik zedelenme sonucu oluşan striktürlere bağlı olarak darlık gelişimi PHB gelişiminden sorumlu olan temel mekanizmadır.
- Vakaların yalnızca %20'si semptomatik olup ileri yaş, uzun süreli hastalık, safra yollarında ve safra kesesinde taş ve anormal karaciğer fonksiyon testlerinin varlığı semptomatik hastalık için başlıca risk faktörleridir.
- MR kolanjiografi ve MR portografi tercih edilen ilk tanı yöntemleridir.
- Semptomatik PHB vakalarında, esas hedef portal hipertansiyon ve tıkanma ikterinin semptomlarının düzeltilmesine yönelik olmalıdır.
- Safra yollarında taş, kolanjit veya dominant striktürü olan ve şant uygulanabilecek veni olmayan vakalarda endoskopik tedavi en tercih edilen yöntemdir.
- Dominant striktür varlığıyla beraber şant uygulanabilecek veni olan vakalarda portosistemik şant en tercih edilen tedavi yöntemidir. Bu vakalarda nadiren ikinci aşamada biliyer bypass gerekebilir.
- Diğer tedavi seçeneklerine cevap vermeyen ve ilerlemiş hastalığı olanlarda karaciğer transplantasyonu gerekebilir.

KAYNAKLAR

1. Dhiman RK, Behera A, Chawla YK, et al. Portal hipertensive biliopathy. *Gut* 2007; 56: 1001-8.
2. Chandra R, Kapoor D, Tharakan A, et al. Portal biliopathy. *J Gastroenterol Hepatol* 2001; 16: 1086-92.
3. Dhiman RK, Chawla Y, Vasishta RK, et al. Non-cirrhotic portal fibrosis (idiopathic portal hypertension): experiences with 151 patients and a review of the literature. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 6-16.
4. Chawla Y, Dilawari JB. Anorectal varices: their frequency in cirrhotic and portal hypertension. *Gut* 1991; 32: 309-11.
5. Condat B, Vilgrain V, Asselah T, et al. Portal cavernoma-associated cholangiopathy: A clinical and MR cholangiography coupled with MR portography imaging study. *Hepatology* 2003; 37: 1302-8.
6. Dhiman RK, Puri P, Chawla Y, et al. Biliary changes in extrahepatic portal venous obstruction: compression by collaterals or ischemia. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 646-52.
7. Shin SM, Kim S, Lee JW, et al. Biliary abnormalities associated with portal biliopathy: evaluation on MR cholangiography. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 188: 341-7.
8. Vibert E, Azoulay D, Aloia T, et al. Therapeutic strategies in symptomatic portal biliopathy. *Ann Surg* 2007; 246: 97-104.
9. Oo YH, Olliff S, Haydon G, et al. Symptomatic portal biliopathy: a single centre experience from the UK. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2009; 21: 206-13.
10. Agarwal AK, Sharma D, Singh S, et al. Portal biliopathy: a study of 39 surgically treated patients. *HBP (Oxford)* 2011; 13: 33-9.
11. Chaudhary A, Dhar P, Sarin DK, et al. Bile duct obstruction due to portal biliopathy in extrahepatic portal hypertension: surgical management. *Br J Surg* 1998; 85: 326-9.
12. Bayraktar Y, Balkanci F, Özenç A, et al. The pseudocholangioma sign in patients with cavernous transformation of the portal vein and its effect on the serum alkaline phosphatase and bilirubin levels. *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 2015-9.
13. Batts KP. Ischemic cholangitis. *Mayo Clin Proc* 1998; 73: 380-5.
14. Cameron AM, Busuttil RW. Ischemic cholangiopathy after liver transplantation. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2005; 4: 495-501.
15. Mörk H, Weber P, Schmidt H, et al. Cavernomatous transformation of the portal vein associated with common bile duct strictures: report two cases. *Gastrointest Endosc* 1998; 47: 79-83.
16. Chawla A, Maheshwari M, Parmar H. Obstructive jaundice in case of portal hypertension. *Bri J Radiol* 2003; 76: 667-9.
17. Ajayi AO, Chandrasekar TSC, Hammed AH. Portal biliopathy in a 13-year-old Asian girl: a case report and review of literature. *Ann Afr Med* 2009; 8: 185-8.
18. Cantu P, Bezzio C. Role of a short-term stent-trial in a patient with biliary stricture and portal heypertensive biliopathy: long-term outcome result. *Dig Dis Sci* 2011; 56: 1242-4. Epub 2010 Aug 19.
19. Dilawari JB, Chawla YK. Pseudosclerosing cholangitis in extrahepatic portal venous obstruction. *Gut* 1992; 33: 272-6.
20. Khuroo MS, Yattoo GN, Zargar SA, et al. Biliary abnormalities associated with extrahepatic portal venous obstruction. *Hepatology* 1993; 17: 807-13.
21. Malkan GH, Bhatia SJ, Bashir K, et al. Cholangiopathy associated with portal hypertension : diagnostic evaluation and clinical implications. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 344-8.
22. Nagi B, Kochhar R, Bhasin D, Singh K. Cholangiopathy in extrahepatic portal venous obstruction. *Radiological appearances. Acta Radiol* 2000; 41: 612-15.
23. Özkavukçu E, Erden A, Erden I. Imaging features of portal biliopathy: frequency of involvement patterns with emphasis on MRCP. *Eur J Radiol* 2009; 71: 129-34.
24. Chawla Y, Dilawari JB, Kataria S. Gallbladder varices in portal vein thrombosis. *Am J Roentgenol* 1994; 162: 643-5.

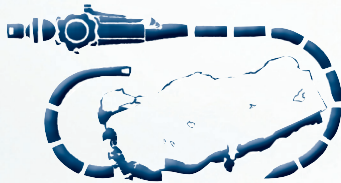
25. Palazzo J, Hochain P, Helmer C, et al. Biliary varices on endoscopic ultrasonography: clinical presentation and outcome. Endoscopy 2000; 32: 520-4.
26. Umphress JL, Pecha RE, Urayama S. Biliary stricture caused by portal biliopathy: diagnosis by EUS with doppler US. Gastrointest Endosc 2004; 60: 1021-4.
27. Sumathi B, Randhir J, Sekhar KS, et al. Portal biliopathy. J Assoc Physicians India 2006; 54: 483-4
28. Perego P, Cozzi G, Bertolini A. Portal biliopathy. Surg Endosc 2003; 17: 351-2.
29. Bhatia V, Jain AK, Sarin SK. Choledocholithiasis associated with portal biliopathy in patients with extrahepatic portal vein obstruction: management with endoscopic sphincterotomy. Gastrointest Endosc 1995; 42: 178-81.
30. Sezgin O, Oğuz D, Altıntaş E, et al. Endoscopic management of biliary obstruction caused by cavernous transformation of the portal vein. Gastrointest Endosc 2003; 58: 602-8.
31. Lohr JM, Kuchenreuter S, Grebmeier H, et al. Compression of the common bile duct due to portal vein thrombosis in polycythemia vera. Hepatology 1993; 17: 586-92.
32. Tighe M, Jacobson I. Bleeding from bile duct varices as unexpected hazard during therapeutic ERCP. Gastrointest Endosc 1996; 43: 250-2.
33. Tyagi P, Puri AS, Sharma BC. Balloon sweep in portal biliopathy. Gastrointest endosc 2010; 71: 885-6.
34. Görgül A, Kayhan B, Doğan I, Ünal S. Disappearance of pseudocholeangioma sign after TIPS. Am J Gastroenterol 1996; 91: 150-4.

Nobel Ödülü ALACAK BULUŞ!!

..... Dernek Genel Kurul toplantısına katılım için UÇAK bileti göndermek de, bu bileti kabul etmek de hem etik değildir, hem de YASAL olarak suçtur, karşılıklı olarak birbirini kötüye kullanmaktır. Böyle bir yöntem Dünya'nın hiçbir ülkesinde yaşamda yer almamıştır. Bu nedenle bu

karanlık işi tezgahlayanlara "NOBEL ÖDÜLÜ" verilmelidir. Bu bulaşıcı hastalık örneği "AKIL DURGUNLUĞU SENDROMU" içinde ele alınmalıdır. Bu buluş için ne doktor olmaya ne de profesör olmaya gerek vardır. 19/06/2011'de yapılan Endoskopi Derneği'nin genel kurulunda yaşananlar tarihe geçti. Genel kurulda yönetim ve denetim kurulu için oy kullanmaya başlandıktan sonra Ankara dışından gelen fakat üye olmayan doktorlar üye yapılarak oy kullanılmıştır. Hiç okuma-yazması olmayanların kurduğu bir dernekte bile böyle şeyler olmazdı. Demokrasiye saygısızlığın bu kadar insanlık tarihinde görülmemiştir. Böyle bir seçim gerçekleştirdikleri için "NOBEL ÖDÜLÜ"ne bu seçkin kişilerin başvurmaları gerekir. Okumuşların demokrasiyi bu hale getirdiğini yadsımak imkansızdır.

Bilin bu akıl dışı işi kim, hangi firma ile gerçekleştirdi?



Ben aptal değilim, istersem kendim uçarak ta, yürüyerek te gelebilirim!



Bu biletleri parasız almak kadar tehlikeli bir şey yoktur.



Sevgili kardeşim, madem uçak bileti gönderiyorsunuz, neden herkese göndermiyorsunuz da, yalnız kendinize uygun bulduklarınıza gönderiyorsunuz? Bu yaklaşımı da anlamak mümkün değil. Böylece gençler üzerine de mahalle baskısı kurmuş oluyorsunuz. Bu böyle bilinsin. Sevgiler...