

Posttravmatik Karaciğer Laserasyonunda Nonoperatif Tedavi: Hepatik Arter Embolizasyonu

Non-Operative Treatment in Post-Traumatic Liver Laceration: Hepatic Artery Embolization

Murat Çakır, Tevfik Küçükkartallar, Ahmet Tekin, Faruk Aksoy

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi A.D., Konya

Özet

Karaciğer karın travmalarında en sık yaralanan organdır ve mortalite oranı halen çok yüksektir. Gelişen tanı metodları ile nonoperatif takip gündeme gelmiştir. Geç dönemde intraparakimal hematoma artışı ile sarılığa sebep olmuş nonoperatif yöntemlerle tedavi edilen bir vakayı sunmayı amaçladık. Künt karın travması sonrası karaciğer yaralanması olan 17 yaşında erkek hastaya geç dönemde büyüyen, genel durumunu bozan ve sarılığa sebep olan hematom nedeniyle embolektomi uygulanarak tedavi edildi. Geç dönemde karaciğer parankim içi hematomların artabileceği, artan hemotoma bağlı intraparakimal safra yollarına bası nedeniyle hastanın sarılığı ortaya çıkacağı ve bu durumun cerrahi dışı yöntemlerle etkin bir şekilde tedavi edilebileceği bilinmelidir.

Anahtar kelimeler: Karaciğer, Travma, Hematom

Abstract

The liver is the most frequently wounded organ in the abdominal traumas and the rate of mortality is still very high. We aimed to present a case that was treated with non-operative methods which led to hepatitis because of increase in intraparenchymal hematoma in the late period. Seventeen-year-old male patient who had liver laceration after blunt abdominal traumas was treated with embolectomy due to liver hematoma. In late period, liver parenchymal hematoma can be increased and patients can develop hepatitis because of increased hematoma pressure on intraparenchymal biliary tract and this situation can be effectively treated with non-surgical methods.

Key words: Liver, Trauma, Hematoma

GİRİŞ

Travma sonucu meydana gelen karın içi solid organ yaralanmalarında hızlı tanı ve tedavi önemlidir. Karaciğer künt ve delici karın travmalarında en sık yaralanan organdır ve genellikle birlikte diğer organ yaralanmaları da vardır(1). Karaciğer travması tüm abdominal travmaların %10'dan azını oluşturur buna rağmen mortalite oranı halen çok yüksektir(2). Tedavide son zamanlarda stabil hastalarda nonoperatif yaklaşım ağırlık kazanmaktadır. Tanıda ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT), sintigrafi ve selektif anjiyografi kullanılmaktadır.

Geçmişte karaciğer travması düşünülen veya tanısı konulan hastalarda acil laparotomi endikasyonu konulmakta idi. Günümüzde gelişen tanı metodları ile artık laparotomi endikasyonlarının sınırları daralmıştır. Kontrastlı BT'nin yaygın kullanılması ile karaciğer yaralanması hakkında yüksek oranda doğru bilgi edinilebilmekte ve yaralanmasının lokalizasyonu, laserasyon derinliği ile hematom varlığı tespit edilmektedir(3). Bu bilgiler doğrultusunda uygun vakalarda nonoperatif tedavi yöntemi uygulanmaktadır. BT ile takip edilmiş ve geç dönemde intraparakimal hematoma artışı ile sarılığa sebep olmuş nonoperatif yöntemlerle tedavi edilen bir vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU

On yedi yaşında erkek hasta başka bir kurumda künt karın travması sonrası batin içi hemoraji ön tanısıyla ameliyata alınmış. Operasyonda karaciğerde grade II. ve dalakta laserasyon tespit edilerek hepatorafi ve splenorafi uygulanmış. Postoperatif takiplerde genel durumu düzelen ve oral alan hasta ortopedik problemleri ile ilgili tedavisi başlanmış. Daha sonra tekrar durumu kötüleşen hasta merkezimize sevk edilmiş.

Hasta postoperatif 30. günde kliniğimize yatırıldı. İlk değerlendirmede genel durumu orta, şuuru açık nabızı 110/dk kan basıncı 90/50mmHg olarak ölçüldü. İlk BT'de sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve efüzyona komşu akciğer parankiminde kompresyon ateletazisi ile karaciğerde supkapsüler yerleşimli 123x58 mm boyutlarında ve parankim içerisinde 95x68 mm ebatlarında hematoma alanları ve dalak orta kesiminde posteriora 30x20 mm ebadında kontüzyon tespit edildi (Şekil 1).

Hasta yoğunbakım şartlarında tedavi altına alındı. Plevral efüzyon nedeniyle toraks tüpü takıldı. Hematokrit değeri takibi ve sık karın muayenesi ile nonoperatif takibi yapıldı. Takiplerinde kan transfüzyon ihtiyacı olmadı. Ancak 40. Günde genel durumunun kötüleşmesi, bilirubin değeri tedrici olarak yükselmesi (total bilirubin 18 mg/dl), lökositoz (18000/ml) oluşması sonucunda BT tekrarlandı. Santral hematomun arttığı arterial fazda hepatic artere ait segmental bir dalda psödoanevrizma geliştiği görüldü (Şekil 2). Bunun üzerine BT anjiyo ile anevrizma yeri tespit edildi (Şekil 3A-B). Hepatik artere yapılan selektif anjiyografi ile embolizasyon işlemi uygulanarak kanama kontrol altına alındı. İşlem sonrası hastanın genel durumu düzeldi ve laboratuvar değerleri normale geldi. Taburcu edildikten 2 ay sonra BT ile kontrolü yapıldı. Hematomun belirgin şekilde küçüldüğü görüldü (Şekil 4).

TARTIŞMA

Karaciğer, abdominal en büyük solid organ olduğu için künt travmadan sık etkilenir ve yaralanmasında morbidite ve mortalite oranları yüksektir. Diğer taraftan basit karaciğer yaralanmalarında da küçümsemeyecek oranlarda gereksiz laparotomi yapılmaktadır. Hemodinamik olarak stabil, hematokrit değerlerinde hızlı bir düşme



Şekil 1. Geliş batın tomografisi

olmayan ve karın muayenesinde peritonit bulgusu saptanmayan hastalar BT kontrolü ile nonoperatif tedavi yöntemiyle izlenebilir (4).

Karaciğer yaralanmalarının %70-90'ı basit cerrahi girişimler ile tedavi edilebilir. Ayrıca operasyonda hastaların % 50' sinde yaralanmış bölgenin aktif olarak kanamadığı gözlenmiştir (4,5). Dolayısıyla bazı hastalar cerrahi dışı yöntemlerle takip edilebilir. Eğer karaciğerde yüksek yaralanma grade varsa ve büyük hemoperitoneum gelişmişse nonoperatif takip başarısız olur. Bu hastalarda büyük parankimatöz yaralanma ve birlikte karaciğerin vasküler yapılarında veya retrohepatik vena kava inferiora yaralanma düşünülerek cerrahi uygulanmalıdır (6).

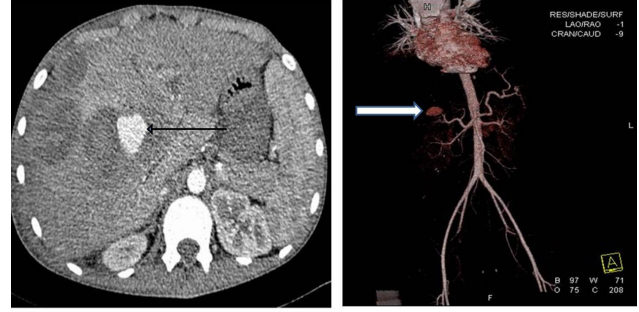
Cerrahi girişimde tespit edilen subkapsüler hematomların tedavisi genellikle konservatiftir ve bunların çoğunluğu kendiliğinden geriler. Eğer hematoma genişliyor ve santrale yayılıyorsa selektif arter ligasyonu, embolizasyonu veya perihepatik packing uygulanabilir (6,7). Biz olgumuzun hemodinamisini, hematokrit değerini ve sık abdominal fizik muayene ile takip ettik. Yapılan BT'de santral hematoma artma olması ve genel durumun bozulması üzerine kanama odağı yapılan anjiyografide belirlendi ve embolizasyon uygulandı.

Travma sonrası sarılık geliştiğinde, bu durum kan transfüzyonuna ve ekstrasözölen kanın yıkılmasına bağlı aşırı bilirubin yükü, sepsis, infeksiyonlar, şok, hipotansiyona bağlı karaciğer disfonksiyonu gibi sebeplere bağlı olabilir (8, 9). Olgumuzda sarılık postoperatif 40. günde ortaya çıktı. Bunun nedenini büyüyen santral hematoma intrahepatik safra yollarının basısı ve rezorpsiyonuna bağlı olduğunu düşündük.

Sonuç olarak geç dönemde karaciğer parankim içi hematoma artabileceği, artan hematoma bağlı intraparakimal safra yollarına bası nedeniyle hastanın sarılığı ortaya çıkacağı bilinmelidir. Kanamanın



Şekil 2. 10.gün sonraki BT



Şekil 3. A: BT anjiyo görüntüsü. B: Üç boyutlu BT anjiyo görüntüsü

kontrol altına alınması için cerrahi dışı yöntemlerinde etkin tedavide rolü olduğu unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

- 1- Brunicaudi F, Schwartz's Principles of Surgery, Ninth Edition. 2009:135-195.
- 2- Carrillo EH, Wohltmann C, Richardson JD, Polk HC Jr. Evolution in the treatment of complex blunt liver injuries. *Curr Probl Surg* 2001; 38(1):1-60
- 3- Marzano E, Rosso E, Oussoultzoglou E, Collange O, Bachellier P, Pessaux P. Laparoscopic treatment of biliary peritonitis following nonoperative management of blunt liver trauma. *World J Emerg Surg* 2010;15:5:26.
- 4- Hashemzadeh SH, Hashemzadeh KH, Dehdilani M, Rezaei S. Non-operative management of blunt trauma in abdominal solid organ injuries: a prospective study to evaluate the success rate and predictive factors of failure. *Minerva Chir* 2010;65(3):267-74.
- 5- Alabaz Ö, Boğa C, Tunalı N, Erkoçak E U. Eksperimental karaciğer travmalarında fibrin doku yapıştırıcı kullanımı ve histopatolojik sonuçları. *Ulusal Cerrahi Derg* 1992;8 (3): 15-162.
- 6- Hong R W, Rounds J D, Helton W S. Glutamine preserves liver glutathione after lethal hepatic injury. *Ann Surg* 1992;215(2):114-9.
- 7- Yi IK, Miao FL, Wong J, et al. Prophylactic embolization of hepatic artery pseudoaneurysm after blunt abdominal trauma in a child. *J Pediatr Surg* 2010;45(4):837-9.
- 8- Zardi EM, Malafarina V, Ambrosino G, Uwechie V, Rollo M, Picardi A, et al. An unusual post-traumatic case of extrahepatic bile duct compression. *Mt Sinai J Med* 2006;73(8):1093-4.
- 9- Teke Z, Kabay B, Erdem E. Early profound jaundice following blunt hepatic trauma: A case report and review of literature. *Pamukkale Med J* 2008;1(2):105-8.



Şekil 4. Kontrol BT