

Olgu Sunumu

Mersin Univ Sağlık Bilim Derg 2019;12(3):553-556

doi:10.26559/mersinsbd.535898

Karaciğer sirozunda portal veni tamamen tıkaş yaygın trombüs

Şaheste Şen¹, Serkan Yaraş², Mustafa Zanyar Akkuzu², Orhan Sezgin², İbrahim Yılmaz²,
Osman Özdoğan², Enver Üçbilek², Fehmi Ateş², Engin Altıntaş²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Mersin, Türkiye

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Mersin, Türkiye

Özet

Portal ven trombozu presinuzoidal portal hipertansiyonun önemli bir nedenidir. Portal ven trombozu genellikle sirozlu, malign ve protrombotik hastalığı olanlarda ortaya çıkmaktadır. Akut portal ven trombozlu hastalar ani başlangıçlıdır. Kronik hastalarda ise portal hipertansiyon ve kavernoöz transformasyon gelişmiştir. Portal ven trombozunun tanısı doppler ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntüleme ile konulmaktadır. Akut vakalarda düşük molekül ağırlıklı heparin hastaların yarısından çoğunda rekanalizasyonu sağlar. Bizim olgumuzda yetmiş dört yaşında erkek hasta karın ağrısı bulantı şikayetiyle başvurdu. Hastamızda portal veni neredeyse tamamen dolduran trombüs mevcuttu. Sirozda portal ven trombozu olmakla birlikte bizim vakamızda trombüs çok yaygındı.

Anahtar Sözcükler: Portal ven trombozu, siroz

Diffuse thrombus completely occluded in liver cirrhosis

Abstract

Portal vein thrombosis is an important cause of presinuzoidal portal hypertension. Portal vein thrombosis usually occurs in patients with cirrhosis, malignant and prothrombotic disease. Patients with acute portal vein thrombosis have sudden onset. In chronic patients, portal hypertension and cavernous transformation developed. Diagnosis of portal vein thrombosis is utilized by Doppler ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging. In acute cases, low molecular weight heparin provides recanalization in more than half of the patients. In our case, a 74-year-old man presented with abdominal pain, nausea. Our patient had a thrombus that completely filled the portal vein. Although there was portal vein thrombosis in cirrhosis, thrombus was very common in our case.

Keywords: Portal vene thrombosis, cirrhosis

Yazının geliş tarihi: 05.03.2019

Yazının kabul tarihi: 07.11.2019

Sorumlu Yazar: Şaheste Şen Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı E-posta: sahestesen@gmail.com

Giriş/Vaka

Yetmiş dört yaşında erkek hasta karın ağrısı bulantı kusma şikayetiyle tarafımıza başvurdu. Hastanın yemekten sonra karın ağrısı artıyor. Kusma yemek yedikten sonra gıda içerir içerir tarzda. Hastanın altı yıldır kriptojenik karaciğer

sirozu tanısı mevcut. (CHILD A , MELD (Model for EndStage Liver Disease): 9) Hastanın batında asiti ve özefagus varisi mevcut. Hepatik ensefelopatisi yok.

Özgeçmişinde hipertansiyon tanısı kolesistektomi ve kırık nedeniyle operasyon

öyküsü mevcut. Hasta dideral 1 x 40 mg, lasix 1 x 40 mg, hyzar 1 x 12.5 mg kullanmakta.

Hastanın bakılan tetkiklerinde Hgb: 12.4 g/dl Wbc: $7.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ Plt: $96 \times 10^3/\mu\text{L}$ PT INR: 1.47 saptandı. Biyokimyada Albümin: 3.42 g/dL, GGT: 97 U/L, LD: 251 U/L, Total Bilirubin: 1.58 mg/dL, CRP: 41.4 mg/L saptandı. Diğer bakılan kan tetkikleri normal aralıktaydı. Hastanın muayenesinde batında hassasiyeti vardı. Ek özellik yoktu.

Hastaya abdominal ultrason yapıldı. Karaciğer sol köşe açısı künt kenarları düzensiz, parankim ekosu heterojen artmış kaba granüler görünümde, Vena Porta 12 milimetre çapında olup içinde zayıf akım izlendi ve trombüs gözlemlendi. Dalak Grade 3 büyük izlendi. Batında yaygın serbest sıvı

tespit edildi. Hastanın BT Anjio planlandı. Portal ven trombozu (PVT) şüphesi bulunan hastada splenik ven hafif geniş ve açıktır. Süperior mezenterik venin belirgin derecede geniş olduğu ve süperior mezenterik ven lümeninde trombüsün olduğu düşünülmüş, benzer şekilde portal vende de genişleme ve lümeni kısmen doldurduğu düşünülen trombüs saptanmış, sağ lob düzeyinde intrahepatik portal ven dallarının nisbeten ince olduğu, sol ana portal venin ise normal doluş gösterdiği düşünülmüştür.

Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) 2 x 0.6 mL başlandı. Takiplerinde karın ağrısı gerileyen kliniği düzelen hasta DMAH ile taburcu edildi.



Resim 1: Portal veni tıkayan trombüs

Tartışma

Venöz tromboembolizm, genellikle edinilmiş veya çevresel risk faktörlerini de içeren çeşitli sebeplerle birlikte bir genetik yatkınlığı olan bir hastalıktır.¹ PVT 'de olduğu gibi, tekli ya da çoklu protrombotik bozukluklar sıklıkla siroz, kanser ya da lokal inflamasyon gibi lokal hızlandırıcı faktörlerle birlikte görülür

PVT, ilerlemiş sirozlu hastalarda yaygın bir sorundur ve sirozda ultrasonografi prevalansının daha yaygın olması nedeniyle tanı sıklıkla görülür. PVT, portal hipertansiyonun kötüleşmesi (en azından kısa vadede), mezenterik enfarktüs ve portal biliopati gibi bazı önemli klinik komplikasyonlar ile ilişkilendirilirken; genel prognostik önemi hala tam olarak

anlaşılamamıştır. PVT karaciğer transplantasyonunun beklendiği yerlerde klinik açıdan önemlidir.²

Sirozlu hastalarda, sirozun şiddetine bağlı olarak görülme sıklığı % 0.6 - 16 arasında olup, karaciğer nakli gerektiren hastalarda insidans daha da yüksektir. Karaciğer kanseri bulunan olgularda insidans %10-40 arasındadır.³

Klinik bulgular hastadan hastaya değişiklik göstermekle birlikte genellikle non-spesifiktir. Portal ven trombozunu akut ve kronik olarak ikiye ayırmak alışkanlığı olsa da klinikte bu iki ayırımı yapmak her zaman mümkün olmaz. Bazı yazarlar ilk klinik belirtilerin, PVT tanısından 60 gün öncesine kadar başlamış olmasını, akut olarak değerlendirse de bu görüş evrensel

anlamda kabul görmemiştir.⁴ Akut ya da kronik PVT, birbirlerine benzer nedenlerle ortaya çıkan, ancak klinik tedavileri farklılık gösteren, aynı hastalığın ardışık aşamaları olarak tanımlanmıştır. Akut septik PVT, fleflebit olarak da adlandırılır ve portal vende enfekte trombozun olması ile karakterizedir. Genellikle karın içinde septik bir odak bulunur. Akut PVT sıklıkla asemptomatiktir ya da sadece kendini müphem bir ağrı ile belli eder ve diğer nedenlerle yapılan abdominal görüntüleme metotlarında tesadüfen bulunur. Ancak, süperior mezenterik ven ve mezenterik ark tutulumu bağırsaklarda konjesyon ve iskemiye neden olarak tutulumun şiddetine bağlı hematokezya, şok ile karakterize sepsis ve ölüme kadar gidebilen çoklu organ yetmezliğine neden olabilir. Kronik PVT asemptomatik olabilir ve görüntüleme metotlarında tesadüfen saptanabilir. Tromboze portal venin etrafında kollateral gelişimi (portal kavernöz) olur. Bu hastalarda splenomegali, özefagus varisleri, anemi, trombositopeni gibi portal hipertansiyon belirtileri görülebilir. Üst gastrointestinal sistem kanaması olguların %20-40'ında ilk belirti olabilir. Kronik olgularda prognoz büyük ölçüde altta yatan siroz veya malignitenin varlığına bağlıdır. Siroz veya malign hastalığı olmayan hastalarda ortaya çıkan PVT'nun prognozu diğerlerine nazaran daha iyidir. İnsidental olarak saptanan PVT'nun klinik önemi net olarak bilinmemektedir.⁴

Portal ven trombozu tanısında kullanılan görüntüleme metotları Doppler US, abdominal BT ve MR'dır. Doppler US'nin özgüllük ve duyarlılığı %80-100 arasındadır.^{5,6} Endoskopik ultrasonografi ise PVT tanısında %81 duyarlı ve %93 özgüldür ve tam tromboz yaratmayan küçük trombüslerin tanısını koymaya yardımcı olduğu bildirilmiştir.⁶ Portal ven trombozu olan hastalarda sirozlu hastalar hariç, karaciğer fonksiyon testleri ve diğer laboratuvar testleri normal olabilir. Protrombin ve diğer koagülasyon faktörlerinde hafif azalma ve D-dimer değerlerinde artış görülebilir. Laboratuvar bulguları, klinik bulgular gibi çoğunlukla nonspesifik olup, ancak PVT'na eşlik eden herhangi bir hastalık ve/veya genetik

bozukluk varsa bunlara ait laboratuvar bulguları görülebilir.³

Tüm akut PVT hastalarında antikoagulan tedavi başlanmalıdır. Antikoagülasyonun temel amacı, trombüsün daha fazla büyümesini engellemek ile birlikte parsiyel ya da total rekanalizasyonu sağlamaktır. Böylece intestinal iskeminin ve portal hipertansiyonun da önüne geçilmesi hedeflenir. Kronik PVT hastalarında ise antikoagulan tedavi tartışmalıdır. Non-sirotik ve non-malign hastalarda trombofilik bir hastalığın bulunması durumunda antikoagulan tedavi düşünülebilir. Kronik PVT olgularında rekürren trombozis riskinin yüksek olmasının yanı sıra, varis kanaması riski de yüksektir. Bu nedenle tedavi kararı vaka bazında değerlendirilmelidir. Özellikle karaciğer transplantasyonu bekleyen sirozlu hastalarda antikoagulan tedavi düşünülebilir.⁷ Kronik PVT hastaları özofageal varis açısından mutlaka değerlendirilmelidirler. Varis saptanan hastalara siroz tedavisindeki protokol uygulanmalıdır. Bu bağlamda, beta bloker ve endoskopik band ligasyonu tedavisi kanama riskini azaltmak açısından profilaksiste önemlidir.⁸ Antikoagulan tedavinin başlangıcında DMAH tercih edilmektedir. Akut tedavide 2 x 0.01/kg DMAH (enoxaparin vb.) başlanır. Ardından warfarin tedavisine geçilmektedir. Hedef INR değeri 2-3 arasında olmalıdır. Tedavinin 3-6 ay sürmesi hedeflenir. Hiperkoagülabilite olan olgularda daha uzun süreli tedavi söz konusu olabilir. Akut PVT olgularında rekanalizasyon oranı %50-75 'tir.⁹ Antikoagulan tedaviye ek olarak antibiyotik tedavisi enfeksiyöz ve barsak infarktının eşlik ettiği durumlarda düşünülmelidir.¹⁰ Antikoagulan tedavideki en önemli komplikasyon kanamadır. Sirozu olmayan PVT olgularında kanama riski < %5 olarak değerlendirilmektedir.¹¹ Siroz hastalarında, özellikle trombosit sayısı < 50.000 olanlarda, bu oran ciddi oranda artmaktadır. Doku plazminojen aktivatör ve streptokinaz gibi trombolitik tedavilerin rekanalizasyondaki başarı oranları DMAH ile benzerdir. Fakat trombolitik tedavi yüksek kanama riski nedeniyle klinik pratikte kullanılmamaktadır.¹² Transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TIPS) bazı

ekstrahepatik PVT olgularında uygulanabilir. Tutulan vasküler yapıların anatomisine göre normal TIPS prosedüründen daha zorlu bir süreç olarak değerlendirilebilir.¹³ Ayrıca cerrahi olarak trombektomi uygulaması rutinde uygulanmayıp, yaygın intestinal iskemiye neden olan damar tutulumlarında düşünülebilmektedir. Şant operasyonları geçmişte denenmiş fakat günümüzde kullanılmayan cerrahi tedavi metotlarıdır.

Kaynaklar

1. Squizzato W, Ageno A, Cattaneo N, Brumana A case report and literature review of portal vein thrombosis associated with cytomegalovirus infection in immunocompetent patients *Clinical Infectious Diseases*, 2007;44(2) Pages e13-e16, <https://doi.org/10.1086/509641>
2. Harding DJ, Perera MT, Chen F, Olliff S, Tripathi D. Portal vein thrombosis in cirrhosis: Controversies and latest developments. *World J Gastroenterol* 2015;21:6769-84.
3. Tavusbay C, Kamer E, Acar T, Kokulu İ, Kar H, Gür Ö. Portal vein thrombosis as a rare cause of abdominal pain: When to consider? *Turk J Surg* 2017; 33(2): 126-129
4. Handa P, Crowther M, Douketis JD. Portal vein thrombosis: A clinician-oriented and practical review. *Clin Appl Thromb Hemost* 2014;20:498-506.
5. İnan M, Tansel ST, Serhat TH. Porto mesenteric venous thrombosis as a rare cause of acute abdomen in a young patient: What should be the process of diagnosis and management? *Ulus Cerrahi Derg* 2013;29:84-87.
6. Uysal E, Çevik E, Çınar O, Acar YA, Gök M, Arslan D. Rare cause of abdominal pain at emergency department: Portal vein thrombosis. *JAEMCR* 2011;2:17-19.
7. Raja K, Jacob M, Asthana S. Portal vein thrombosis in cirrhosis. *J Clin Exp Hepatol* 2014;4(4):320-331.
8. DeLeve LD, Valla DC, Garcia-Tsao G, American Association for the Study Liver Diseases. Vascular disorders of the liver. *Hepatology* 2009;49(5):1729-1764.

9. Turnes J, García-Pagán JC, González M, Aracil C, Calleja JL, Ripoll C, et al. Portal hypertension-related complications after acute portal vein thrombosis: impact of early anticoagulation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6(12):1412-1417.

10. Plessier A, Darwish MS, Hernandez-GM, Consigny Y, Fabris F, Trebicka J, et al. Acute portal vein thrombosis unrelated to cirrhosis: A prospective multicenter follow-up study. *Hepatology* 2010;51(1):210-218.

11. Cerini F, Gonzalez JM, Torres F, Puente Á, Casas M, Vinaixa C, et al. Impact of anticoagulation on upper-gastrointestinal bleeding in cirrhosis. A retrospective multicenter study. *Hepatology* DOI: 10.1002/hep.27783.

12. Blum U, Haag K, Rössle M, Ochs A, Gabelmann A, Boos S, et al. Noncavernomatous portal vein thrombosis in hepatic cirrhosis: Treatment with transjugular intrahepatic portosystemic shunt and local thrombolysis. *Radiology* 1995;195(1):153-157.

13. Mann O, Haag K, Hauenstein KH, Rössle M, Pausch J. Septic portal vein thrombosis. Its successful therapy by local fibrinolysis and a transjugular portosystemic stent-shunt (TIPS). *Dtsch Med Wochenschr* 1995;120(36):1201.