

Hepatosellüler karsinomada spontan intraperitoneal hemorajik rüptür: Olgu sunumu

Spontaneous intraperitoneal hemorrhagic rupture of hepatocellular carcinoma: A case report

Murat Ulaş, İter Özer, Volkan Öter*, Erol Aksoy, Şükran Ziyaşan Sakaoğulları, Erdal Birol Bostancı

Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği (Doç. Dr. M. Ulaş, Doç. Dr. İ. Özer, Dr. V. Öter, Dr. E. Aksoy, Prof. Dr. E. B. Bostancı), Patoloji Kliniği (Ş. Z. Sakaoğulları), Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-06640 Ankara

Özet

Hepatosellüler karsinomun (HSK) intraperitoneal hemorajik rüptürü, ölümle seyredabilen bir komplikasyondur. Seçilmiş vakalarda ana tedavi seçenekleri cerrahi girişim ve arteriel embolizasyondur. Bu yazıda hepatosellüler karsinomun spontan rüptürü sonrası gelişen intraperitoneal kanamalı olgu sunulmuştur. Karın ağrısı ve hemorajik şok tablosunda dış merkezde acile başvurmuş 70 yaşında bir erkek hastadır. Karaciğerde intraperitoneal hemorajik rüptüre kitle nedeni ile sütür ile hemostaz ve packing ile ilk müdahalesi yapılan hasta daha sonra tarafımızca genel durumu ve vital bulguları düzeltilerek tekrar operasyona alınmış depacking sonrası karaciğer segment 4b rezeksiyonu ve kolesistektomi operasyonu yapılmıştır. Hastanın postoperatif dönemde patoloji sonucu iyi differansiye hepatosellüler karsinom olarak gelmiş olup bu olguda olduğu gibi yeterli tıbbi ve teknik ekipman olmadığında ilk cerrahi müdahale (sütürasyon ile hemostaz ve packing) sonrası ileri bir merkezde elektif cerrahi tedavi yaklaşımı da hayat kurtarıcı olabilir.

Anahtar sözcükler: Hepatosellüler karsinoma, spontan rüptür, tedavi

Abstract

Intraperitoneal hemorrhagic rupture is a complication of hepatocellular carcinoma that can be mortal. Surgical management and arterial embolisation are the main therapy choices in selected cases. We presented a case of hepatocellular carcinoma with spontaneous rupture and intra-abdominal hemorrhage. A 70 years old male was admitted to emergency department with abdominal pain and unstable hemodynamics. Patient was taken the operation room due to intra-abdominal bleeding. Intraoperative diagnosis was rupture haemorrhagic solid liver mass and they performed depacking and hemostasis. Then they decided to transport patient to our hospital (tertiary hospital). We perform depacking, liver segment resection (4b) and cholecystectomy operation. The histopathological examination for the resected specimen yielded the final diagnosis of well-differentiated hepatocellular carcinoma. As in this case if there is not enough medical and technical equipment for curative surgery than after the first surgical intervention has been done transporting the patient to a tertiary hospital for curative surgery can be saving life.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, spontaneous rupture, therapeutic

Geliş tarihi/Received: 11 Kasım 2013; **Kabul tarihi/Accepted:** 22 Eylül 2014

***İletişim adresi:**

Dr. Volkan Öter, Gastroenteroloji Cerrahisi Kliniği, Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, TR-06640 Ankara. E-posta: otervolkan@gmail.com

Giriş

Hepatoselüler karsinoma (HSK) karaciğerin en sık görülen primer malign tümörüdür [1]. HSK; Uzakdoğu Asya, Afrika kıtasının güney bölümleri gibi viral hepatit insidansı yüksek toplumlarda daha fazla görülen, yaklaşık %80'i kronik hepatit B ve kronik hepatit C enfeksiyonu zemininde gelişen primer malign karaciğer tümörüdür [1]. Ölüme sebep olan en sık üçüncü malign tümör olmakla beraber, dünyada en sık görülen beşinci kanserdir. Her yıl yaklaşık olarak 500,000 yeni vaka tespit edilmekte ve her yıl 250,000-1,000,000 insan HSK sonucu yaşamını yitirmektedir [2-3]. HSK rüptürüne bağlı gelişen intraperitoneal kanama yaşamı tehdit eden komplikasyonlardan birisidir ve HSK'lı hastaların %3-15'inde tümör rüptürü geliştiği bildirilmektedir [4]. Rüptür olan olgularda akut dönemde ölüm oranı %25-75 olarak bildirilmektedir [5]. Rüptüre olgularda tedavi seçenekleri; acil cerrahi müdahale (sütür ile hemostaz sağlanması, rezeksiyon) veya anjiyografi ile transarteriyel embolizasyon ve daha sonrasında rezeksiyon şeklinde olabilir [6]. Bu yazıda HSK rüptürüne bağlı gelişen intraperitoneal kanama nedeniyle opere edilen olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu sunumu

Daha önceden bilinen hastalığı olmayan 70 yaşında erkek hasta, ani başlangıçlı, çok şiddetli, sırta yayılır tarzda sürekli devam eden künt karın ağrısı ve baş dönmesi nedeniyle dış merkezde acil servise başvurmuş. Dış merkezde yapılan kan tetkiklerinde hemoglobin değeri 8,5 g/dL saptanmış. Fizik muayenesinde karında distansiyon ve sağ üst kadranda hassasiyet saptanan hastaya abdominopelvik bilgisayarlı tomografi (BT) çekilmiş. BT'de karın iç yaygın sıvı (hemoraji?) ve kc segment 4b'de ekzofitik kitle ile bu kitlenin etrafında serbest sıvı saptanması üzerine (Şekil 1, 2) hasta acil ameliyata alınmış ve laparotomide karın içinde hemoraji ve karaciğer segment 4b'de ekzofitik uzanımlı 6x3 cm aktif kanamalı kitle gözlenmiştir. Öncelikle hemostaz amaçlı karaciğere primer sütürasyon yapılmış ancak kanamanın devam etmesi üzerine karaciğere packing yapılarak karın içine dren yerleştirilip karın kapatılmıştır. Peroperatif ve postoperatif dönemde 3 ünite eritrosit süspansiyonu verilmesine rağmen karın drenlerinden hemorajik özellikte gelenin devam etmesi ve hemogram değerinde düşme olması nedeniyle postoperatif birinci gün kliniğimize sevk edilmiş.

Hastanın acil servise geldiğinde yapılan fizik muayenesinde; genel durumu orta, şuuru açık, oryantasyon ve kooperasyonu tam, aksiller vücut ısısı 36,7 °C, arteriyel tansiyon 90/60 mm/Hg, nabız 105/dak., cilt ve mukozalar soluk idi. Karın muayenesinde sağda 2 adet dren mevcuttu. Karın palpasyonda hassas idi ancak defans ve rebound yoktu. Sağ üstteki drenen yaklaşık 300 cc kadar hemorajik gelen mevcuttu. Laboratuvar incelemelerinde; WBC: 3500/mm³, Hgb: 8,7 g/dL, Htc: %25,4; PLT: 148,000/mm³, Glukoz: 115 mg/dL, ALT: 180 U/L, AST: 90U/L, GGT: 15U/L, ALP: 48 U/L, Albumin: 2,42 g/dL, T. Bilirubin: 1,1 g/dL, D. Bilirubin: 0,4 g/dL, BUN: 97 mg/dL, Kreatinin: 1,62 g/dL, PT: 15,6 saniye, INR: 1,41; CRP: 376 (N: 0-8) olarak tespit edildi. HBsAg ve Anti-HCV negatifti. Serum AFP değeri 2,11 IU/mL (N: 0,41-7,43), CEA 0,78 ng/mL ve CA 19-9; 17,1 U/mL idi. Hipovolemik şokta olan hastaya intravenöz hidrasyon, 2 ünite taze donmuş plazma ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu desteği sonrası hastanın hemoglobin değeri 10,6 g/dL ve tansiyon arteriyel değeri 110/60 mmHg oldu. Hipovolemik şok tablosu düzelen ve dreninden aktif kanaması olmayan hasta genel durumu düzeltildikten sonra depacking için postop üçüncü gün ameliyat edildi. Eksplorasyonda karaciğer segment 4b'de ekzofitik uzanımlı, aktif hemorajisi olmayan etrafında 3 adet kompres ile packing yapılmış, safra kesesinin sol laterale de uzanım gösteren yaklaşık 6x4 cm'lik düzensiz konturlu sert nodüler kitle palpe edildi. İntraoperatif ultrasonografi yapılarak karaciğerin segmenter anatomisi ve tümörün intraparakimal uzanımı belirlendikten sonra karaciğer parankiminde temiz cerrahi sınır sağlanacak şekilde segment 4b rezeksiyonu yapıldı. Kitlenin safra kesesine yakın komşuluğu nedeni ile kolesistektomi de yapıldı. Patoloji sonucu 5x3 cm boyutlarında heptaosellüler karsinom (iyi differansiye) olarak raporlandı (Şekil 3). Cerrahi sınırlarda tümör saptanmadı.

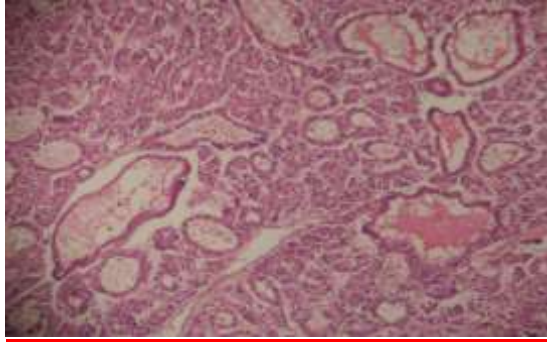
Kapsül ve vasküler invazyon yoktu. Postoperatif takiplerinde komplikasyon gelişmeyen hasta yedinci gün taburcu edildi.



Şekil 1. BT'de karaciğer segment 4b'de rüptüre neden olan kitle.



Şekil 2. BT'de karaciğerde kitle rüptürüne bağlı intraabdominal kanama.



Şekil 3. İyi differansiyel HCC patolojik görüntüsü (H&E; x200).

Tartışma

Spontan intraperitoneal rüptür sonrası masif kanama HSK'nın ölümcül seyredebilen bir komplikasyonudur. Rüptür olan olgularda akut dönemde ölüm oranı %25-75 olarak bildirilmektedir [5]. Spontan rüptüre olan olgularda en sık ortaya çıkan semptomlar: ani başlangıçlı karın ağrısı (%58), başvuru anında şok bulgularının olması (%46) ve abdominal distansiyon (%42) olarak bildirilmiştir [6]. Hastamızda da ilk başvurusunda karın ağrısı, batın distansiyonu ve şok bulguları mevcuttu.

Hızlı tümör büyümesi nedeniyle oluşan santral nekroz, trombositopeni ve protrombin sentez bozukluğuyla ilişkili koagülopati, direkt tümör invazyonu nedeniyle ortaya çıkan

venöz hipertansiyon, travma ve solunum hareketleriyle diafragmanın yarattığı kompresyon literatürde spontan HSK rüptürü ile ilişkili olduğu düşünülen çeşitli mekanizmalar arasındadır [7, 8]. HSK rüptürü tanısını koymak özellikle öncesinde siroz veya HSK tanısı olmayan hastalarda zordur [9]. Hastaların anamnez ve fizik muayene bulguları ile rüptür şüphesi olduğunda ileri tetkik ihtiyacı vardır. Abdominal BT ile karaciğer içindeki vasküler tümör alanı ve tümör dansitesine yakın intraperitoneal sıvı birikimi gösterilebilir [10]. Bizim hastamızda da daha önceden HSK tanısı ve siroz bulguları yoktu. Hastanın dış merkezde çekilen Abdominal BT'sinde karaciğerde arteriyel fazda kontrastlanan vasküler kitlesi olması ve etrafında intraperitoneal sıvı birikimi nedeni ile spontan rüptür düşünüldü. Spontan rüptür HSK'nın ölümcül bir komplikasyonudur, masif kanama hızlı müdahale edilemezse şok tablosu ile hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşabilmektedir [11]. Yapılan bir çalışmada, HSK spontan rüptür olgularında 30 günlük mortalite oranının %30-70 arasında değiştiği bildirilmektedir [12]. Erken dönemde mortaliteye etki eden faktörler yüksek Child-Pugh skoru, yüksek serum AST seviyesi, hepatik ensefelopatinin varlığı, yüksek serum bilirübin seviyesi ve düşük serum albumin seviyesi olarak tespit edilmiştir [13]. Hastamızın serum albumin değeri düşük ve serum AST değeri yüksek olup, Child Pugh sınıflamasına göre Child A idi. HSK rüptürlerinde girişim seçenekleri acil cerrahi müdahale (sütür ile hemostaz sağlanması veya rezeksiyon), transarteriyel embolizasyon ve sonrası geciktirilmiş rezeksiyon şeklinde özetlenebilir [14]. Hastamızda kitlenin ekzofitik yerleşimli olması, drenlerden aktif kanama olmaması ve depacking için ameliyata alınması düşünüldüğünden ve kitlenin preoperatif değerlendirmede rezektabl olduğu düşünüldüğünden transarteriyel embolizasyon uygulanmadı.

Sonuç olarak; acil olarak karşılaşılan kanamalı karaciğer kitlelerinde rüptür düşünüldüğünde deneyim ve ekipman yetersizliği varsa primer sütür ile hemostaz ve packing seçilecek tedavi yöntemi olmalıdır. Hasta daha iyi sonuçlar elde edilmesi için girişimsel radyoloji ve karaciğer cerrahisinin de bulunduğu deneyimli bir merkeze sevk edilmelidir.

Kaynaklar

1. Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. *J Hepatol* 2006; 45: 529-38.
2. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Estimating the world cancer burden: GLOBOCAN 2000. *Int J Cancer* 2001; 94: 153-6.
3. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet* 2003; 362: 1907-17.
4. Vergara V, Muratore A, Bouzari H. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: Surgical resection and long-term survival. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26: 770-2.
5. Nouchi T, Nishimura M, Maeda M. Transcatheter arterial embolization of ruptured hepatocellular carcinoma associated with liver cirrhosis. *Dig Dis Sci* 1984; 29: 1137-41.
6. Hiroyuki Kirikoshi, Satoru Saito, Masato Yoneda. Outcomes and factors influencing survival in cirrhotic cases with spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: A multicenter study. *BMC Gastroenterology* 2009; 30: 29.
7. Zhu LX, Wang GS, Fan ST. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Br J Surg* 1996; 3: 602-7.
8. Zhu LX, Geng XP, Fan ST. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma and vascular injury. *Arch Surg* 2001; 136: 682-7.
9. Vivarelli M, Cavallari A, Bellusci R. Ruptured hepatocellular carcinoma: An important cause of spontaneous haemoperitoneum in Italy. *Eur J Surg* 1995; 161: 881-6.
10. Pombo F, Arrojo L, Perez Fontan J. Hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: CT diagnosis. *Clin Radiol* 1991; 43: 321-2.

11. Polat KY, Akcay MN, Aydınli B. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a case report and review of literature. *Int J Clin Pract Suppl* 2005; 103-5.
12. Tan FL, Tan YM, Chung AY. Factors affecting early mortality in spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *ANZ J Surg* 2006, 76: 448-52.
13. Liu CL, Fan ST, Lo CM. Management of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: Single-center experience. *J Clin Oncol.* 2001; 19: 3725-32.
14. Buczkowski AK, Kim PT, Ho SG. Multidisciplinary management of ruptured hepatocellular carcinoma. *J Gastrointest Surg* 2006; 10: 379-86.