

Hepatosellüler Karsinomun Spontan Rüptürüne Bağlı Yaygın Batın İçi Kanama (Vak'a Takdimi)

MASSIVE INTRAPERITONEAL HEMORRHAGE DUE TO SPONTANEOUS RUPTURE OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA (CASE REPORT)

Dr. Neşet Nuri GÖNÜLLÜ,* Prof.Dr. Mustafa DÜLGER,* Dr. Ender DÜZCAN,**
Dr. Nihat Zafer UTKAN* Dr. Şehsuvar GÖKGÖZ*

* Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Araş. ve Uyg. Hast. Genel Cerrahi ABD.
• Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fak. Patoloji ABD, SİVAS

ÖZET

Hepatosellüler karsinomun spontan rüptürüne bağlı yaygın batın içi kanama cerrahi abdomenin nadir bir olayıdır. Sirotik hastalığı sessiz kalmış 70 yaşındaki kadın hastada ani başlayan karın ağrısı ile birlikte hipovolemik şok tablosu vprdi. Preoperatif tanısı oldukça zor olan vak'ada US ile KC lezyonu, cerrahi müdahale ve biopsi ile hepatoma tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: Hepatosellüler karsinoma, Hemoperitonom.

TKlin Gastroenterohepatoloji, 1991, 2: 65-67

Primer ya da metastatik karaciğer tümörünün spontan rüptürü ilk kez 1861 yılında Andrei tarafından bildirilmiştir (1). Spontan rüptüre bağlı yaygın batın içi kanama ise hepatosellüler karsinomunun (HSK) pek sık rastlanmayan, ancak en ciddi komplikasyonlarından biridir (1,2).

Rüptür, hipovolemik şok ve masif hemoperitoneumun eşlik ettiği ani başlayan karın ağrısı ile karakterizedir. Bazı yazarlar agresif cerrahi girişimleri tavsiye ederlerse de, siroz ve tümörün karaciğerde yaygın yerleşimi nedeniyle böyle bir müdahale morbidite ve mortalite yönünden risk taşır (2).

Geliş Tarihi: 13.12.1990

Kabul Tarihi: 24.12.1990

Yazışma Adresi: Dr. Neşet Nuri GÖNÜLLÜ
Çayyurt Mah. 1. Sok.
Duran Apt. No: 4/11
58040 - SİVAS

SUMMARY

Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma with intraperitoneal hemorrhage is an uncommon cause of an acute surgical abdomen. A case of 70 y. old woman, exhibiting a massive intraperitoneal hemorrhage due to or hepatocellular carcinoma associated with liver cirrhosis, was presented. The correct preoperative diagnosis is very difficult. Although treatment indirected to control of haemorrhage and resection, surgery carries a high risk of morbidity and mortality.

Key Words: Hepatocellular carcinoma, Hemoperitoneum.

Turk J Gastroenterohepatol, 1991,2: 65-67

VAK'A

Y.T. 70 yaşında, bayan. (Protokol No: 29571/90). On gündür idrar çıkaramama, karın ağrısı, karında şişkinlik, halsizlik ve solukluk yakımlarıyla hastanemize başvurdu, daha önce hiçbir hastalığı bulunmadığını belirtti. Acil serviste yapılan fizik muayenede 80/50 mmHg arteriyel kan basıncı, 110/dk ritmik nabız, 37.5°C ateş saptandı. Karın distandü idi. Perküsyonda açıklığı yukarı bakan matite ile batın içinde yer değiştiren sıvı varlığı tesbit edildi. Karın üst kadrantlarında hassasiyet, defans mevcuttu. Barsak sesleri hipoaktifti. Rektal tuşede bir özellik tesbit edilemedi. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi.

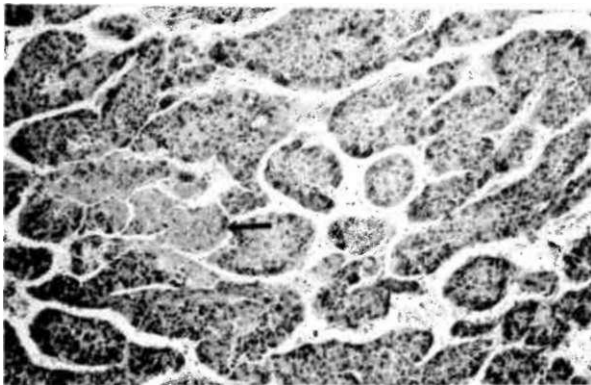
Laboratuar tetkiklerinde: Hemoglobin 5.6 gr/dl, Hematokrit % 24, lökosit 9600/mm idi. BUN 78 % mg, Kreatinin 4.0 % mg, SGOT 42 KU, SGPT 34 KU, alkalin fosfataz 270 BU, total protein 6.3 %

gr, Albümin 3,8 % gr idi. İdrar tetkikinde dansite 1007, eser miktarda protein ve bol miktarda eritrosit saptandı. Akciğer grafisinde kronik akciğer hastalığı gösteren bronkovasküler değişiklikler vardı. Direkt batın grafilerinde bir özellik yoktu. Batın ultrasonografisinde (C.Ü.Tıp Fak. Radyoloji ABD 3755/90) karaciğer sağ lob diafragmatik yüzde 8x5 cm boyutlarında hipokojenik kitle saptandı. Yapılan parasentezde batından bol miktarda hemorajik sıvı alındı.

Hastaya şok tablosu nedeniyle acilen damar yolu açıldı. Kısa sürede 2000 cc intravenöz sıvı ve iki ünite kan transfüzyonu yapıp vital bulguları düzeltildikten sonra acil olarak ameliyata alındı.

Eksplozasyonda karın içinde 6000 cc'ye yakın hemorajik vasıfta, nekrotik materyal de içeren sıvı mevcuttu. Karaciğer sağ lobunda, diafragmatik yüzde yaklaşık 8-10 cm çapında parçalı tarzda rüptüre olmuş, sızıntı şeklinde aktif kanama olan ve palpasyonla içinden nekrotik materyal gelen bir alan görüldü. Karaciğerin diğer kısımları sirotik görünümde idi. Batın içinde başka patolojik bulguya rastlanamadı.

Kanamalı alana gaz tamponlar yerleştirilerek kompres uygulandı. Bu sırada sağ hepatic arter geçici süre için askıya alındı. Sonra komprese son verilerek rüptür alanındaki karaciğer bölgesinden bol miktarda nekrotik materyal alındı, lezyona yakın karaciğer bölgesinden biyopsi alınıp lezyon kunt uçlu atravmatik karaciğer sütürleri ile tamir edilerek hemostaz sağlandı. Loja bir adet penröz dren konularak ameliyata son verildi. Materyalin patolojik incelenmesinde (C.Ü.Tıp Fak. Patoloji ABD 1982/90), sirotik zeminde gelişmiş hepatosellüler karsinoma olduğu rapor edildi (Şekil 1,2).



Şekil 1. Belirgin pleomorfizm gösteren atipik hepatositlerden oluşan küme ve kordon yapılan yanı sıra bu tümör dokusu içinde yer alan kuagülasyon nekrozu alanı (okla işaretli). (HE,X25).

Postoperatif III. güne kadar klinik seyri iyi olan hastada III. günden sonra uykuya eğilim, bilinç bulanıklığı, fetor hepatis, fleping tremor, solunum düzensizliği ile karaciğer yetmezliği bulguları ortaya çıktı. Sol akciğerde pleval efüzyon mevcuttu. Batın dreninden aşırı asit mayı gelmeye başladı. Hastanın durumu giderek bozuldu, tedaviye cevap alınmadı ve postoperatif V. günü eksitus oldu.

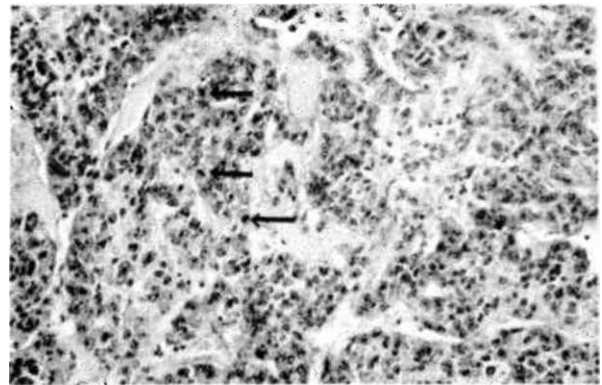
TARTIŞMA

Travmaya bağlı olmaksızın karaciğer rüptürü karaciğerin primer selim ya da habis tümörlerinde, metastatik karsinomlarında, karaciğer absesinde, poliarteritis nodosa, sistemik lupus critematosus, gebelik toksemisi ve oral kontraseptif kullanımı sırasında ortaya çıkabilir (3-5).

HSK Amerika Birleşik Devletlerinde tüm malignitelerin yaklaşık % 2'sini oluştururken, bu oranın Uzak Doğu ülkeleri ve Afrika'da daha yüksek olduğu bildirilmektedir. HSK'lu hastaların % 80'inin sirozlu olduğu rapor edilmiştir (6,7).

HSK'da rüptür, tekrarlanan batın muayeneleri, öksürük, ıkınma vb. karın içi basıncını artıran nedenlerle olabileceği gibi uçak yolculuğu sırasında atmosferdeki basınç değişiklikleriyle de olabilir (1). Rüptürün nedenini aydınlatmak için çeşitli görüşleri sürülmüştür. Bunlar; Tümör nodulunun nekrolaşması, nodulunun basısına bağlı karaciğer dokusundaki incelleme ya da tümör embolileri tarafından venöz akımın tutularak damar içi basıncın artırılmasıdır (5,8,9).

Klinik bulgular, açıklanamayan kan kaybı, karın ağrısı, hipovolcmik şok, peritonca! irritasyon bulguları ve distansiyondur. Tabloya ateş ve lökositoz da eşlik edebilir (1,6,8). HSK'un spontan



Şekil 2. Belirgin nükleollü, iri veziküle nükleuslu atipik hepatositler ile bunlar arasında yer alan mitotik figürler (okla işaretli). (HE,X50).

rüptürünün klinik tanısı oldukça zordur. Safra kesesi ampiyemi rüptürü, hemorajik pankreatit, peptik ülser perforasyonu tablosuyla karıştadır. Tanıda abdominal parasentezde kan alınması, solid organ rüptürünü düşündürür. Hepatik anjiyografide hipervasküler karaciğer tümörü, opak maddenin ekstravazasyonu, abdominal CT'de düzensiz karaciğer konturu, geniş hepatik kitle ve asit varlığı önemli bulgulardır (6,7). Bizim hastamızda klinik durumun karışık olması nedeniyle hastanemize gecikmiş olarak başvurmuş olup halsizlik, karın ağrısı semptomları ön planda idi. Ayrıca karın distandü ve peritoneal iritasyon bulguları vardı. Parasentezde pıhtılaşmayan kan alınması ve ultrasonografide karaciğerde kitlenin varlığı acil operasyon endikasyonu konulmasına neden oldu. Fakat kesin tanı ancak histopatolojik inceleme sonucu konulabilmektedir.

Spontan HSK rüptürüne bağlı yaygın batın içi kanamanın tedavisi tümörün boyutuna, lokalizasyonuna, karaciğerin sirotik olmasına ve hastanın genel durumuna göre değişir. Tedavi küratif olmaktan çok palyatiftir. Bu tür hastaların çoğu anstabil ya da şokta olduğundan cerrahinin amacı etkin ve kısa sürede kanamayı kontrol altına almak olmalıdır. Tedavide tümör eksizyonu, lobektomi, kanama odağının stüre edilmesi, paketlenme ile kompresyon ve sağ, sol ya da ana hepatik arterin ligasyonu denenmiştir. Ancak prognoz açısından büyük farklılıklar bulunamamıştır (1,4). Son zamanlarda transkateter hepatik arteriyel embolizasyon ya da bunu izleyerek hepatik rezeksiyonun daha iyi sonuçlar verdiği ileri sürülmüştür (6-8). Hastamızda kanama ön planda olduğundan önce gaz kompres (packing) ve sağ hepatik arter askıya alınarak kanama kontrol altına alındı, sonra nekrotik materyal debride edilerek rüptür alanı karaciğer sütürü ile primer tamir edildi ve hemostaz sağlandı.

HSK'un bu komplikasyonunda tedaviye rağmen prognoz oldukça kötüdür. Ong ve arkadaşları (10), 20 hastadan oluşan bir seride cerrahi tedaviden sonra sadece iki hastanın 6 aydan fazla yaşadığını bildirmişlerdir. Chearani ve arkadaşları (11), paketlenme (packing), sütür ve koterizasyon gibi yöntemlerle tedavi ettikleri 10 hastada % 90 mortalite bildirmişlerdir. Aynı yazarlar hepatik arter ligasyonu uyguladıkları 26 hastanın % 92.3'ünde kanamayı

kontrol altına alabilmişler ve bu hastalarda mortalite oranını % 53.8 olarak saptamışlardır. Bizim hastamız postoperatif V. günde eksitus oldu.

SONUÇ

HSK'lu hastalarda ender olmasına rağmen en ciddi komplikasyonlardan biri spontan karaciğer rüptürüdür. Klinik olarak tam oldukça zordur ve ancak kuşkulandığı zaman konulabilmektedir. Hemorajik şok tablosunda gelen hastaya acil ameliyat gerekir. Ancak hangi cerrahi yöntem uygulanırsa uygulansın hastalığın prognozu değişmemektedir.

KAYNAKLAR

1. Ordaneta LF, Nielsen JV: Massive haemoperitoneum secondary to spontanéus rupture of hepatic metastases: report of two cases and review of the literature. *J Surg Oncol*, 1986, 31:104-107.
2. Chen CL, Au C: Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma in a child: report of survival. *J Pediatric Surg*, 1989, 24: 404-405.
3. Mokka R Seppala A, Huttunen R Kairaluoma M, Suttinen S, Larmi TKI: Spontaneous rupture of liver tumors. *Br J Surg*, 1976, 63:715-717.
4. Mittleman RE: Hepatic rupture due to metastatic lung carcinoma. *AJCP*, 1987, 88:506-509.
5. Alavi AH: Massive haemoperitoneum following rupture of hepatoma: report of three autopsy cases. *East Afr Med J*, 1985,62:415-419.
6. Hirai K Kawazoe Y, Yamashita K, Kumagai M, Nagata K, Kawaguchi S, Abe M, Tanikawa K: Transcatheter arterial embolization for spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Am J Gastroenterol*, 1986,81: 275-279.
7. Cates JD, Thorsen KM, Foley WD, Lawson TL: CT diagnosis of massive hemorrhage from hepatocellular carcinoma. *J Comput Assist Tomogr*, 1988,11:81-82.
8. Chen MF, Jan YY, Lee TY: Transcatheter hepatic arterial embolization followed by hepatic resection for the spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Cancer*, 1986,58:332-335.
9. Specter J, Chodof RJ: Massive intraperitoneal hemorrhage from carcinoma of the liver. *Surgery*, 1950,27:475-479.
10. Ong GB, Chu EPH, Yu FYK, Lee TC: Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Br J Surg*, 1965, 52: 123-129.
11. Chearani O, Plengvanit O, Asavanien C: Spontaneous rupture of primary hepatoma: report of 63 cases with particular reference to the pathogenesis and rationale treatment by hepatic artery ligation. *Cancer*, 1983,51:1532-1536.