

Bölüm 7

PORTAL HİPERTANSİYON

Bahar ARICAN TARIM¹

Portal ven ile santral venöz sistem arasındaki basınç farkının 5 mmHg'dan daha büyük olması portal hipertansiyon olarak tanımlanır. Bu fark 10-12 mmHg'nın üzerine çıkarsa özefagus varisleri gibi klinik bulgular ortaya çıkar.

Karaciğerin kanlanması iki ayrı damar sisteminden sağlanır; hepatic arter ve portal ven. Portal ven, superior mezenterik ven ve splenik venlerin birleşmesiyle oluşur. Portal venöz sistem mide, bağırsaklar, safra kesesi, pankreas ve dalak venlerini drene eder. İnce bağırsaklar, pankreas başı, asendan kolon ve transvers kolondan gelen kanı superior mezenterik ven taşır. İnférieur mezenterik ven ise transvers ve desendan kolon ile rektumun superior üçte iki kısmından gelen kanı taşır. Portal vene katılmadan önce dalak ve pankreası drene eden splenik ven ile birleşir. Karaciğerin toplam oksijen gereksiniminin %72'si portal ven ile sağlanır. İnsanlarda portal kan akımı 1000-1200 ml/dk, hepatic arter kan akımı ise 400 ml/dk dır.

¹ Uzm. Dr., İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, bahar-arican@hotmail.com

profilaksi denir. Propranolol 2x20 mg dozunda başlanıp cevap alınıncaya kadar doz artırılabilir. Gastrik varislerde primer profilaksinin yararı belirsizdir. Sekonder profilaksi ise daha önce varis kanaması geçirmiş bireylerde yeni kanamaların önlenmesidir. Bu amaçla beta bloker, skleroterapi, band ligasyonu, TIPS veya cerrahi girişimler uygulanabilir.

Tromboza bağlı portal hipertansiyon vakalarında akut dönemde antikoagulan tedavi önerilmektedir.

Ağır bir hipersplenizm durumunda splenektomiye başvurulabilir.

Budd-Chiari sendromunda erken dönemde trombolitik tedavi, girişimsel radyolojik tedavi yöntemleri uygulanabilir. Trombolitik ajan olarak streptokinaz veya doku plazminojen aktivatörü (tPA) kullanılmaktadır. TIPS veya karaciğer nakli de tedaviye yanıt alınamayan olgularda düşünülebilir.

KAYNAKÇA

- 1-Nagula S, Jain D, Groszmann, RJ et al. Histological-hemodynamic correlation in cirrhosis a histological classification of the severity of cirrhosis. J Hepatology 2006; 44:111-7.
- 2-Rockey D. The cellular pathogenesis of portal hypertension: stellate cell contractility, endothelin, and nitric oxide. Hepatology 1997;25:2-5
- 3- Rockey D, Shah V. Nitric oxide and the liver. Hepatology 2004;39:250- 7.
- 4-Lee J, Decker N, Chatterjee S, et al. Mechanisms of nitric oxide interplay with Rho GTPase family members in modulation of actin membrane dynamics in pericytes and fibroblasts. Am J Pathol 2005;166:1861-70.
- 5-Shah V, Toruner M, Haddad F, et al. Impaired endothelial nitric oxide synthase activity associated with enhanced caveolin binding in experimental liver cirrhosis. Gastroenterology 1999;117:1222-8.
- 6-Altıparmak MR, Hamuryudan V, Sonsuz A, Yazıcı H. Cerrahpaşa İç Hastalıkları, 2. Baskı, Cilt 2, s:1119-1130.
- 7-Korkmaz M, Ünal H. Portal hipertansiyon fizyopatolojisi ve güncel yenilikler. Güncel gastroenteroloji 13/3, Eylül 2009; 163-166.
- 8- Wiest R, Das S, Cadelina G, et al. Bacterial translocation in cirrhotic rats stimulates eNOS-derived NO production and impairs mesenteric vascular contractility. J Clin Invest 1999;104:1223-33.

Sağlık Bilimlerinde Güncel Yaklaşımlar

- 9-Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine (Türkçe), 2013; Cilt 2,s:1976-1977.
- 10-Ynem , Bayraktar Y. İdiopatik portal hipertansiyon. Güncel gastroenteroloji 16/1, Mart 2012; 26-28.
- 11-Kaya M, etinkaya H, Bahar K. İdiopatik portal hipertansiyon. Güncel gastroenteroloji, Mart 1999; 54-58.