

AKUT KARACİĞER YETMEZLİĞİ

Nimet YILMAZ¹

GİRİŞ

Akut karaciğer yetmezliği (AKY), altta yatan kronik karaciğer hastalığı olmadan; karaciğer fonksiyonlarında ani ve hızlı bir bozulma ile birlikte sarılık, koagülopati ve hepatik ensefalopatinin (HE) görüldüğü mortalitesi yüksek bir klinik tablodur. Bu klinik tablo ilk kez 1970 yılında ilk semptomdan itibaren 8 hafta içinde HE gelişmesi ve fulminan hepatik yetersizlik olarak tanımlanmıştır. Etyoloji, prognoz ve eşlik eden komplikasyonlara göre ise 1993'te AKY tekrar tanımlanmıştır (1). Sıklıkla ilk gelişen semptom olan sarılığın ilk gününden itibaren 7 gün içinde gelişen HE varlığı hiperakut karaciğer yetmezliğidir. Hepatik ensefalopati 8-28. günler arasında gelişirse akut; 29-72. günler arasında gelişirse subakut karaciğer yetmezliği olarak tanımlanmıştır. 1999'da ise hiperakut karaciğer yetmezliği ilk 10 gün, akut dönem karaciğer yetmezliği 10-30. günler arası, subakut hepatik yetmezliği ise 5-24. haftalar arası olarak tanımlanmıştır (2). Akut karaciğer yetmezliğinin evreleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

ETYOLOJİ

Spesifik bir nedeni olan hastalıktan ziyade, klinik bir tablo olarak görülmesi gereken AKY'nin prognozu altta yatan sebebe göre farklılık gösterir.

Tablo 1. Akut karaciğer yetmezliğinin evreleri

	Hiperakut	Akut	Subakut
Hepatik ensefalopati	Var	Var	Var
Sarılığın süresi (gün)	0-7	8-28	29-72
Serebral ödem	Var	Var	Sık değil
Protrombin zamanı	Uzun	Uzun	Uzun
Bilirübin	En az yüksek	Yüksek	Yüksek
Prognoz	Orta	Kötü	Kötü

Akut karaciğer yetmezliğinin etyolojisi, coğrafi bölge ve sosyoekonomik düzeye göre değişkenlik gösterir. Hastalığın nedenin ortaya konması hastalığın prognozunun tahmini ve tedavi planı için hayati önem taşımaktadır. Avrupa ve Amerika'da AKY'nin en sık sebebi parasetamol intoksikasyonu ve idiyosinkratik ilaç reaksiyonları iken, gelişmekte olan ülkelerde viral sebepler daha sıktır. Ülkemizde ise en sık Hepatit B Virüsü, mantar ve ilaçlardır (3). AKY'nin sebepleri Tablo 2'de özetlenmiştir.

¹ Dr. Öğr. Üyesi Nimet YILMAZ, SANKO Üniversitesi, Tıp Fakültesi İç Hastalıkları AD. drnimet23@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. O'Grady JG, SW Schalm , R Williams. Acute liver failure: redefining the syndromes. *Lancet* 1993;342:273–275.
2. Tandon BN, Bernauau J, J O'Grady, et al. Recommendations of the International Association for the Study of the Liver Subcommittee on nomenclature of acute and subacute liver failure. *J Gastroenterol Hepatol* 1999;14:403–404
3. Kayaalp C, Ersan V, Yilmaz S. Acute liver failure in Turkey: A systematic review. *Turk J Gastroenterol* 2014; 25: 35-40
4. EASL Clinical Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatol.* 2017 May;66(5):1047-1081.
5. Lee NM, Brady CW. Liver disease in pregnancy. *World J Gastroenterol* 2009; 15 : 897-906.
6. Clemmesen JO, Larsen FS, Kondrup J, et al. Cerebral herniation in patients with acute liver failure is correlated with arterial ammonia concentration. *Hepatology* 1999; 29: 648-53.
7. Bernal W, Hall C, Karvellas CJ, et al Arterial ammonia and clinical risk factors for encephalopathy and intracranial hypertension in acute liver failure. *Hepatology* 2007; 46: 1844-52.
8. Stravitz RT, Kramer AH, Davern T, et al. Intensive care of patients with acute liver failure: recommendations of the U.S. Acute Liver Failure Study Group. *Crit Care Med* 2007; 35: 2498-508.
9. Lee W, Larson AM, Stravitz RT. AASLD position paper: the management of acute liver failure: update 2011.
10. Fontana RJ. Acute liver failure including acetaminophen overdose. *Med Clin North Am.* 2008;92(4):761
11. Kanter MZ. Comparison of oral and i.v. acetylcysteine in the treatment of acetaminophen poisoning. *Am J Health Syst Pharm.* 2006;63(19):1821-1827.
12. Stravitz RT, Sanyal AJ, Reisch J, et al. Effects of N-acetylcysteine on cytokines in non-acetaminophen acute liver failure: potential mechanism of improvement in transplant-free survival. *Liver Int* 2013;33:1324–1331.
13. Kim do Y, Jun JH, Lee HL, et al. N-acetylcysteine prevents LPS-induced pro-inflammatory cytokines and MMP2 production in gingival fibroblasts. *Arch Pharm Res* 2007;30:1283–1292.
14. Tillmann HL, Patel K. Therapy of acute and fulminant hepatitis B. *Intervirology.* 2014;57(3-4):181-188.
15. Germani G, Theocharidou E, Renè Adam, et al. Liver transplantation for acute liver failure in Europe: outcomes over 20 years from the ELTR database. *J Hepatol* 2012;57:288–296.
16. O'Grady JG, Alexander GJ, Hayllar KM, et al. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure. *Gastroenterology* 1989;97:439–445.
17. Ahmed A, Keeffe EB. Current indications and contraindications for liver transplantation. *Clin Liver Dis* 2007;11:227-247.
18. Khanna A, Hemming AW. Fulminant hepatic failure: when to transplant. *Surg Clin North Am* 2010;90:877-889
19. Yantorno SE, Kremers WK, Ruf AE, et al. MELD is superior to King's Collage and Clichy's criteria to assess prognosis in fulminant hepatic failure. *Liver Transpl* 2007;13:822-828.
20. O'Grady J. Timing and benefit of liver transplantation in acute liver failure. *J Hepatol.* 2014;60(3):663-670.
21. Karvellas CJ, Gibney N, Kutsogiannis D, et al. Bench-to bedside review: current evidence for extracorporeal albumin dialysis systems in liver failure. *Crit Care* 2007;11:215.
22. Tsiptotis E, Shuja A, Jaber BL. Albumin dialysis for liver failure: a systematic review. *Adv Chronic Kidney Dis* 2015;22:382–390.