

11.

BÖLÜM

ACİL SERVİSTE KARACİĞER HASTALIKLARI, SARILIK VE KARACİĞER YETMEZLİĞİ

İlker KIZILOĞLU¹

GİRİŞ

Acil servislerde karaciğer hastalıkları gerek akut gerekse de kronik karaciğer hastalıklarının komplikasyonları nedeniyle sık gördüğümüz bir hastalık grubudur. Karaciğer vücutta birçok göreve sahip olması nedeniyle patolojileri de karşımıza çeşitli şekillerde çıkabilmektedir. Karaciğer besin metabolizmalarında rol aldığı gibi aynı zamanda protein sentezi, immünolojik savunma, detoksifikasyon ve depolama görevlerini de üstlenmiştir. Glikojen, demir, bakır, vitamin D, vitamin B12 depolanması, glukoneogenez, karbonhidratların yağa dönüşümü, yağ asidi sentezi, kolesterol sentezi, safra asidi sentezi, plazma proteinlerinin sentezi, üre ve ürik asit sentezi, bilirubin metabolizmasının tüm basamakları, pıhtılaşma faktörlerinin sentezi, birçok ilaç detoksifikasyonunun yanında, hücrel ve humoral savunma da karaciğerin üstlendiği görevlerdir. Karaciğer hastalıklarında tüm bu işlevler etkilenmektedir. Karaciğer hastalıkları daha anlaşılır olması açısından hepatosit harabiyeti ve kolestaz patolojileri olarak iki ana grupta incelenebilir. Hepatosit harabiyetine neden olan nedenler başta hepatitler, siroz ve akut karaciğer nekrozudur. Ayrıca sekonder olarak kalp yetmezliği nedeni gelişen hepatik staz ve uzun süreli biliyer obstrüksiyonlar da hepatosit harabiyetine neden olabilir. Kolestaz hastalıkları ise intrahepatik ve ekstrahepatik kolestaz hastalıkları olarak sınıflanabilir. İntrahepatik kolestaz birlikteliğinde genellikle hepatosit hasarı vardır. Viral hepatitler, ilaç etkisi, alkol kullanımı, gebelik, kolanjit, biliyer siroz intrahepatik kolestaz nedenleridir. Ekstrahepatik kolestaz ise karaciğer dışında kalan safra yollarının obstrüksiyonu ile gerçekleşir. Nedenleri arasında tümörler, safra taşları, kistler bulunmaktadır.

¹ Uzm. Dr., Bakırçay Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Kliniği, ilkerkiziloglu@gmail.com

000 olarak kabul edilmektedir. INR değerinin ise en fazla 2,2 olması güvenli parasentez yapılmasına olanak sağlar (21).

Spontan bakteriyel peritonitin tedavisi antibiyoterapidir. Barsak florasını kapsayan ampirik tedavi başlanmalıdır. IV albüminin tedaviye eklenmesi renal yetmezlik ve mortaliteyi düşürmektedir.

Hepatik ensefalopatide hasta başı 30 derece kaldırılmalı, sessizlik sağlanmalıdır. Tedavide ki amaç ise bu durumu baskılamak olmalıdır. Tedavide Lak-tuloz ana görevi üstlenir. Hem amonyak üretimini engeller hem de amonyak ile bağlanarak amonyağın atılımını artırır. Barsakların nitrojen içeriğinden temizlenebilmesi için lavman kullanılmalıdır. Bazı hastalarda benzodiazepin reseptör antagonisti olan Flumazenil kullanılabilir. Kısa dönemli olumlu etkileri olmasına rağmen mortalite üzerine herhangi bir etkisi bulunmamaktadır. Hastanın protein alımı kısıtlanmalıdır. İhtiyaç halinde antibiyoterapi kullanılabilir. Osmotik ajan olarak mannitol kullanılabilir. Ancak böbrek patolojisi olan hastalarda dikkat edilmelidir. Mekanik ventilasyon desteğinde ki hastalarda kafa içi basıncı azaltmak için hiperventilasyon uygulanmalıdır.

Koagülopatiyeye bağlı kanaması olan hastalarda K vitamini kullanılmalıdır. 10mg IV veya PO K vitamini uygulanmalıdır. PT uzun olan hastalarda taze donmuş plazma, trombositopeni olan hastalarda ise trombosit replasmanı uygulanmalıdır.

Wilson hastalığında tek tedavi seçeneği karaciğer transplantasyonudur.

Yatış Endikasyonları

Akut hepatit hastalarında destek tedavi sağlanmalıdır. Bilurubinin 20mg/dl üzerinde olması, PT %50 den fazla uzamış olması, hipoglisemi, hipotalbuminemi, gastrointestinal kanama bulgusu varlığı yatış endikasyonu olarak değerlendirilmelidir (21). Kronik karaciğer hastalarında mutlaka spontan bakteriyel peritonit akılda tutulmalı ve en ufak bir şüphede hasta tetkik ve tedavi amaçlı yatırılmalıdır. Hepatik ensefalopati, hepatorenal sendrom, koagülopatinin neden olduğu kanama, hipo-hipervolemi, ciddi hiponatremi yatış endikasyonlarıdır.

KAYNAKLAR

1. Goldsmith NA, Woodburne RT. Surgical anatomy pertaining to liver resection. Surg Gynecol Obstetr 1957; 195: 310-8.
2. Couinaud C. Le foie. Etudes anatomiques et chirurgicales. Paris: Masson; 1957.
3. Terminologia anatomica: international anatomical terminology. FCAT. Thieme, Stuttgart, New York; 1998. p. 54-6.
4. Erkut M, Özgür O. Karaciğerin vasküler yapısı. Türkiye Klinikleri;2019.p.1-5
5. Granit D. Karaciğerin Anatomi ve Fizyolojisi.Türkiye Klinikleri J Med Oncol-Special Topics. 2015;8(1):1-6.

6. Dişibeyaz S. Hepatik Ensefalopati. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2002;6/1.
7. Taylor T., Wheatley M. Jaundice in the emergency department: meeting the challenges of diagnosis and treatment. Emerg Med Prac. 2018Apr;20(4):1-24.
8. Eric Goldberg, Sanjiv Chopra, Jonah N Rubin. Acute liver failure in adults: Etiology, clinical manifestations, and diagnosis. All topics are updated as new evidence becomes available and our peer review process is complete. Literature review current through: Feb 2021.
9. O'Grady J. Acute liver failure. In: O'Grady J, Lake J, Howdle P, eds. Comprehensive clinical hepatology. 1st ed. London: Mosby, 2000:30.1-20.
10. Ganzert M, Felgenhauer N, Zilker T. Reassessment of predictors of fatal outcome in amatoxin poisoning: some critical comments. J Hepatol 2007; 47: 424-5; author reply 425-6.
11. Lidofsky SD. Liver transplantation for fulminant hepatic failure Gastroenterol Clin North Am. 1993 Jun;22(2):257-69.
12. Vilstrup H, Amodio P, Bajaj J, Cordoba J, Ferenci P, Mullen KD, et al. Hepatic encephalopathy in chronic liver disease: 2014 Practice Guideline by the American Association for the Study of Liver Diseases and the European Association for the Study of the Liver. Hepatology. 2014;60:715-735. doi: 10.1002/hep.27210
13. Bayram Y., Türkay C: Akut Karaciğer Yetmezliği. Ankaragüncel gastroenteroloji 138 14/3
14. Sonsuz A.İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sindirim Sistemi Hastalıkları. Kasım 2007; s. 69-78.
15. Price CP, Alberti KGMM: Biochemical Assessment of Liver Function. in Wright R, Alberti KGMM, Karran S, Millward-Sadler GH (eds.): Liver and Biliary Disease – Pathophysiology, Diagnosis, Management. London: W.B. Saunders, 1979, 381-416.
16. Dursun M. İktirli Hastaya Güncel Yaklaşım Klinik Tıp Bilimleri Dergisi Cilt: 5 Sayı: 2 Şubat 2017.
17. Van de Water J. Cooper A. Surc CD. et al. Detection of autoantibodies to recombinant mitochondrial proteins in patients with primary biliary cirrhosis. N. Engl J Med 1989;320:1377.
18. Kalayoglu S, Beşışık F, Taşçıoğlu C. SARILIKLI HASTAYA YAKLAŞIM İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
19. Simonovsky V. The diagnosis of cirrhosis by high resolution ultrasound of liver surface. Br J Radiol 1999;72:29.
20. Scott J Saccomano Acute acetaminophen toxicity in adults. Nurse Pract. 2019 Nov;44(11):42-47.
21. O'mara S., Gebreyes K. Karaciğer hastalıkları, saerılık ve karaciğer yetmezliği. Tintinalli cilt 1.2013.p566-574.