

B. Akut Viral Dışı Hepatitler

B-4. AKUT İSKEMİK HEPATİT

Muhammed Sait DAĞ
Mehmet KORUK

GİRİŞ VE TANIM

İskemik hepatit (İH), altta yatan kalp, dolaşım veya solunum yetmezliğine bağlı olarak karaciğer enzimlerinde ciddi, hızlı ve geçici yükselme ile seyreden klinik durum olarak tanımlanır (1,2). Hipoksik hepatit ya da şok karaciğeri olarak da adlandırılan İH’de karaciğer enzimlerinde normal üst sınırın 10 katından fazla yükselme görülür (1-3). Karaciğer enzim yüksekliği hepatosellüler tip olup, karaciğer kan akımında ani ve ciddi azalma sonrası sentrilobüler hepatosit nekrozuna bağlı oluşur (1-4). Genellikle ciddi anemi, kardiak arrest ve şok gibi ağır hastalığı olan yoğun bakım hastalarında görülür (1-3,5).

Tanı karaciğer kan akımı veya oksijenizasyonunu azaltan klinik hastalık varlığında, karaciğer enzimlerinde ciddi ve geçici yükselme ve karaciğer hasarı yapan toksik ve viral gibi diğer sebeplerin ekarte edilmesi ile konur. Karaciğer biyopsisi kesin tanı koydursa da bu tür hastalarda genellikle uygulanmaz (1-3). Prognoz kötü olup genellikle yüksek mortalite ile sonuçlanır (1-3,5).

İNSİDANS VE EPİDEMİYOLOJİ

İH sıklıkla yoğun bakım üniteleri (YBÜ)’nde yatan ağır hastalarda görülmektedir. Yapılan bir meta-analizde İH insidansı servis hastalarında %0,2 iken YBÜ’ndeki hastalarda %2 olarak bulunmuştur (1). Başka bir çalışmada İH prevalansı koroner, dahili ve cerrahi YBÜ’nde yatan hastalarda sırasıyla %1,4, %0,8 ve %0,5 olarak bildirilmiştir (6). Klinik olarak İH tanısının gözden kaçabildiği de düşünüldüğünde, hastalığın gerçek insidansının çok daha yüksek olduğu söylenebilir (1-3).

Sistemik kan basıncındaki ani ve ciddi azalma sonrası karaciğer kan akımının düşmesi İH’i başlatan başlıca predispozan faktördür (2). Ancak İH’de hipotansiyon kısa süreli, geçici ve subklinik olarak da görülebilir (6).

KAYNAKLAR

1. Tapper EB, Sengupta N, Bonder A. The incidence and outcomes of ischemic hepatitis: A systematic review with meta-analysis. *Am J Med.* 2015;128(12):1314-1321.
2. Lightsey JM, Rockey DC. Current concepts in ischemic hepatitis. *Curr Opin Gastroenterol.* 2017;33(3):158-163.
3. Waseem N, Chen PH. Hypoxic hepatitis: A review and clinical update. *J Clin Transl Hepatol.* 2016;4(3):263-268.
4. Giallourakis CC, Rosenberg PM, Friedman LS. The liver in heart failure. *Clin Liver Dis.* 2002;6(4):947-ix.
5. Guo G, Wu XZ, Su LJ, Yang CQ. Clinical features of ischemic hepatitis caused by shock with four different types: a retrospective study of 328 cases. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(9):16670-16675.
6. Birrer R, Takuda Y, Takara T. Hypoxic hepatopathy: pathophysiology and prognosis. *Intern Med.* 2007;46(14):1063-1070.
7. Seeto RK, Fenn B, Rockey DC. Ischemic hepatitis: clinical presentation and pathogenesis. *Am J Med.* 2000;109(2):109-113.
8. Spapen H. Liver perfusion in sepsis, septic shock, and multiorgan failure. *Anat Rec (Hoboken).* 2008;291(6):714-720.
9. Hilscher M, Sanchez W. Congestive hepatopathy. *Clin Liver Dis (Hoboken).* 2016;8(3):68-71.
10. Henrion J, Schapira M, Luwaert R, Colin L, Delannoy A, Heller FR. Hypoxic hepatitis: clinical and hemodynamic study in 142 consecutive cases. *Medicine (Baltimore).* 2003;82(6):392-406.
11. Reinelt H, Radermacher P, Fischer G, et al. Effects of a dobutamine-induced increase in splanchnic blood flow on hepatic metabolic activity in patients with septic shock. *Anesthesiology.* 1997;86(4):818-824.
12. Taylor RM, Tujios S, Jinjuvadia K, et al. Short and long-term outcomes in patients with acute liver failure due to ischemic hepatitis. *Dig Dis Sci.* 2012;57(3):777-785.
13. Fuhrmann V, Kneidinger N, Herkner H, et al. Hypoxic hepatitis: underlying conditions and risk factors for mortality in critically ill patients. *Intensive Care Med.* 2009;35(8):1397-1405.
14. Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ.* 2005;172(3):367-379.
15. Trilok G, Qing YC, Li-Jun X. Hypoxic hepatitis: a challenging diagnosis. *Hepatol Int.* 2012;6(4):663-669.
16. Denis C, De Kerguenec C, Bernuau J, Beauvais F, Cohen Solal A. Acute hypoxic hepatitis ('liver shock'): still a frequently overlooked cardiological diagnosis. *Eur J Heart Fail.* 2004;6(5):561-565.
17. Kram HB, Evans T, Bundage B, Shoemaker WC. Use of dobutamine for treatment of shock liver syndrome. *Crit Care Med.* 1988;16(6):644-645.
18. Fuhrmann V, Jäger B, Zubkova A, Drolz A. Hypoxic hepatitis-Epidemiology, pathophysiology and clinical management. *Wien Klin Wochenschr.* 2010;122(5-6):129-139.
19. Maruyama H, Shiina S. Antioxidant therapy on ischemic hepatitis: here we are and where do we go?. *Hepatol Int.* 2020;14(4):456-459.
20. Drolz A, Horvatits T, Michl B, et al. Statin therapy is associated with reduced incidence of hypoxic hepatitis in critically ill patients. *J Hepatol.* 2014;60(6):1187-1193.