AKUT FULMİNANT KARACİĞER YETMEZLİĞİ

Doç. Dr. Osman Özdoğan

Tanı kriterleri:

- Sarılık
- Bilinç değişiklikleri
- Ajitasyon
- Yer, zaman ve kişilere karşı orieantasyon bozuluğu
- Uykuya meyilli hal
- Koma
- Asit gelişmesi
- PT INR'nin 1.5 üzerine yükselmesi ve izlemlerde artmaya devam etmesi
- Karaciğer enzimlerinde 10 kat ve fazlası yükselme

Daha önce belirgin bir karaciğer hastalığı olmayan kişide akut hepatit ile birlikte gelişen akut karaciğer yetmezliği tablosudur.

İlk semptomdan sonra karaciğer yetmezliğinin ortaya çıkmasına göre sınıflandırılmaktadır:

Hiperakut karaciğer yetmezliği: İlk semptomdan sonra 1 hafta içinde ensefalopati tablosunun gelişmesi (transplantasyon gereksinimi diğerlerine göre daha azdır).

Akut karaciğer yetmezliği: İlk semptomdan sonra 828 gün içinde ensefalopati gelişmesi.

Subakut karaciğer yetmezliği: 29 gün12 hafta arasında ensefalopati gelişmesi ile karakterize klinik tablolardır.

Klinik Bulgular

- Hipoglisemi
- Ensefalopati ve beyin ödemi: Ajitasyon, oriantasyon bozukluğu, letarji, somnolans, yüzeyel koma, derin koma
- Enfeksiyonlar: Üriner, akciğer ve sepsis,% 80 sıklıkta, gram (), gram (+), fungal enfeksiyonlar (Candida albicans)

- Koagulopati ve kanamalar: mukozal, intrakraniyal
- Hipotansiyon
- Respiratuar yetmezlik ve ARDS
- Renal yetmezlik: Hipovolemik, hepatorenal sendrom ve akut tubuler nekroz

Laboratuvar Tetkikleri

- Hemogram
- ALT, AST, Gama GT, Alkalen Fosfataz, Total Bilirubin, Direkt Bilirubin
- Glukoz, Bun, Kreatinin, Na, K
- PT, PTT: Günlük izlem
- Kan Gazı (Kan pH'sı)
- Kan kültürleri

Tedavi

Sarılık ile başvuran hastada karaciğer enzimlerinin 10 kat ve üstü yüksek olması ile akut hepatit tablosu düşünülür. Hastanın poliklinik ortamında PT (INR) değeri ilk hafta 12 günde bir izlenmeli, INR 1.5 ve daha yükselme eğilimi gösteriyorsa hastanın yatırılarak daha yakın izlemi gerçekleştirilmelidir. Bu hastada ensefalopati bulgularının varlığı ve PT değerinde yükselme fulminant hepatit tanısını koydurur. Ensefalopati bilinç değişiklikleri, uykuya meyil, uyandırma zorluğu, ajitasyon ve saçma konuşmalar şeklinde başlıyabilir. Fizik incelemede flapping tremor, orieantasyon bozukluğu, hastanın yazısının bozulması, sayı birleştirme testini yapmaması gibi bulgular önemlidir.

Akut fulminant karaciğer yetmezliği (AFKY) sendromunun diğer komplikasyonları ile mücadele. Eğer hastanenizde transplantasyon olanağı yoksa mutlaka transplantasyon yapan bir merkez ile görüşülerek hastanın uygun koşullarda transferinin sağlanması, eğer hastanenizde transplantasyon yapılıyorsa karaciğer transplantasyonu indikasyonu, zamanlaması ve yönteminin belirlenmesi.

Komplikasyonlar ile Mücadele ve Diğer Medikal Tedaviler

Hastalar yoğun bakım ünitesinde izlenmelidir.

INR, arteriel amonyak düzey (Amonyak için kan alındıktan sonra buz içinde hemen laboratuvara götürülmeli), Kan Ph ölçümü periferik kandan kan gazı ölçümü ile yapılır.Hasta herhangi bir ilaç veya toksik madde almış ise gastrik lavaj ve oral aktif kömür verilmesi hayat kurtarıcıdır. İlaç ile intiharlarda ilk 4 saatte gastrik lavaj önemlidir.Asetaminofenin intihar amaçlı alımında nasetil sistein (NAC) oral veya intravenöz yol ile verilmelidir. NAC karaciğerde glutatyon miktarını çoğaltarak asetaminofenin oluşturacağı hepatosit ölümünü azaltır. NAC oral 140 mg/kg yüklemeyi takiben 70 mg/kg'a her 4 saatte 72 saat boyunca veya i.v olarak 150 mg/kg'a 200 cc %5 Dextrox içinde 15

dakikada infüzyon ile takiben 4 saat sonra 50mg/kg'a ikinci bir doz olarak verilebilir. Toplam dozun 300 mg/kg miktarını geçmemesi önerilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda NAC'ın aseaminofen dışı AFKY'de de kullanılmaktadır.

Koagulaopati ve Kanama

- GİS kanama riski açısından tüm hastalara nazogastrik tüp takılmalıdır
- i.v H_2 reseptör anatagonistleri, PPI inhibitörleri (i.v omeprazol veya pantoprazol 40 mg/gün) veya antepsin NG'den verilmelidir
- PT ve INR transplantasyon kriteri olarak izlemde gerektiğinden aktif bir kanama olmadıkça taze donmuş plazma önerilmez
- Aktif kanamada taze donmuş plazma ve son dönemde Faktör VIIa önerilmektedir.

İnfeksiyonlar ve sepsis mortaliteyi arttıran nedenlerdir. Ciddi enfeksiyon bulguları varsa etkene yönelik yada etken bilinimiyorsa geniş spektrumlu antibyotikler vakit geçirmeden başlanmalıdır.

Karaciğer Transplantasyonu

Akut fulminant karaciğer yetmezliği tanısı konulan bir hastanın izleminde ve transplantasyon kararının alınmasında çeşitli kriterler kullanılmaktadır. Ancak burada hastayı izleyen klinisyenlerin tecrübesi de çok önemlidir. Bu kriterler içinde AFKY'de en çok deneyimi olan merkezlerden biri olan King's Collage kriterleri en çok uygulanan kriterleri oluşturmaktadır.

AFY hastada transplantasyon kriterleri (King's Collage)

Asitaminofen Olguları	Asitaminofen Dışı Nedenler
Arteriyel pH< 7.3 (sıvı tedavisi sonrası)	INR>6.5>100 saniye
Veya	Veya
Arteriyel Laktat Düzeyi >3.0 mmol/L (4.saat'de ölçülen değer)	Aşağıdakilerin 3'ünün varlığı
Veya	Yaş <10 veya >40
Arteriyel Laktat Düzeyi >3.5 mmol/L (12..saat'de ölçülen değer)	Sarılık süresi >7 gün
Veya	Etiyoloji: İdyosenrazik ilaç toksisitesi, Non-A, non-B hepatit, halotan hepatiti, kriptojenik hepatit
INR>6.5>100 saniye	Serum bilirubin>17.5 mg/dL
Serum Kreatinin >3.4 mg/dL	INR>3.5 veya 50 saniye
Evre 3 veya 4 ensefalopati	

Karaciğer transplantasyonu kararı verildiğinde "Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Merkezi" aranarak acil organ istemi yapılabilir. Ancak sıklıkla hastanın yakınlarından canlı donörden karaciğer nakli yapılmaktadır. Karaciğer destek sistemleri, hemodializatlar ve Prometheus destek sistemi vücuttan toksik maddelerin temizlenmesi için yapılır ve transplantasyona kadar zaman kazandırırlar.

Takip:

Etyolojik ajana ve transplant olanağına göre prognoz değişmektedir

Prognozu olumlu etkileyen faktörler:

- Sarılığın başlaması ile ensephalopati gelişmesi arasındaki sürenin kısa olması 40 yaş altı, 10 yaş üstü olmak
- Başvuruda koma derecesinin I-II olması
- Total biluribin değerinin düşük olması (17.5 mg/dl)

Kaynaklar:

1- O'Grady JG, Schalm SW, Williams R. Acute liver failure: Redeşning the syndromes. Lancet 342: 273, 1993.

2- Ostapowicz, R.J. Fontana, F.V. Schiodt, A. Larson, T.J. Davern, S.H.B. Han et al. and the U.S. Acute Liver Failure Study Group, Results of a prospective study of acute liver failure at 17 tertiary care centers in the United States, Ann Int Med 137 (2002), 947-954

3- O'Grady JG, Alexander GJ, Haylar KM, et al. Early indicators of prognosis in fulminant hepatic failure. 1989: 97; 439-445 Gastroenterology

MARMARA ÜNİVERSİTESİ