

# Mortal Olmayan Spontan Hepatosellüler Karsinom Rüptürü Olgusu

Gürhan Şişman, İbrahim Hatemi

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

## ÖZET

Spontan rüptür hepatosellüler karsinomun sıklıkla mortal bir komplikasyondur. Cerrahi girişim ve arteriel embolizasyon seçilmiş vakalarda ana tedavi seçenekleri olsa da sadece konservatif tedavi ile hayatta kalan vakalar da bulunmaktadır. Bu yazıda mortal olmayan bir hepatosellüler karsinom rüptürü vakası sunulmuştur. Vaka karın ağrısı ve hemodinamik şok tablosunda acile başvurmuş 67 yaşında bir erkekti, hastanın alkolik karaciğer sirozu ve hepatosellüler karsinom tanıları bilinmekteydi. Spontan hepatosellüler karsinom rüptürü ihtimali hastanın karın ağrısı sonrası gelişen şok tablosu nedeniyle düşünüldü, asit sıvısının kanlı olması ve batin tomografisinde bunu destekleyen bulgular olması ile tanı kesinleşti. Konservatif medikal tedavi ile yoğun bakım şartlarında izlenen hastanın şok tablosu saatler içinde düzeldi ve başvurusundan 12 gün sonra taburcu edildi.

**Anahtar sözcükler:** hepatosellüler kanser, spontan rüptür, tedavi

## A CASE OF NON-MORTAL SPONTANEOUS RUPTURE OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

### ABSTRACT

Spontaneous rupture is a frequently mortal complication of the hepatocellular carcinoma. Although surgical management and arterial embolisation are the main therapy choices in selected cases, some cases can survive with conservative medical therapy alone. We presented a case of non mortal hepatocellular carcinoma rupture. A 67 years old male with alcoholic liver cirrhosis and hepatocellular carcinoma was admitted to emergency department with abdominal pain and hemodynamic shock. The possibility of the spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma was thought because of the presence of the hemodynamic shock which occurred after a period of a severe abdominal pain. This diagnosis became definite as the ascites fluid was hemorrhagic and findings of abdominal computerised tomography scan were supporting the diagnosis. He had conservative medical treatment at the intensive care unit, hemodynamic shock resolved in a few hours and finally he was discharged from hospital 12 days later from the admission.

**Key words:** hepatocellular carcinoma, spontaneous rupture, therapeutics

**H**epatosellüler karsinoma (HSK) en sık görülen 5. kanser türüdür. Her yıl yaklaşık olarak 500.000 yeni vaka tespit edilmektedir (1).

HSK'a bağlı yaşamı tehdit eden komplikasyonlardan biri tümör rüptürüne bağlı intraperitoneal hemorajidir. HSK'li hastalarında %3-15'inde rüptür geliştiği bildirilmektedir (2). HSK'nın erken teşhis edilmesi rüptür olasılığını azaltmaktadır. Rüptür olan HSK vakalarında akut dönemde ölüm oranı %25-75 olarak bildirilmektedir (3). Yine akut dönemde %12-42 oranında akut karaciğer yetersizliği ortaya çıkmaktadır

(4,5). Bu yazıda HSK rüptürü nedeniyle ortaya çıkan bir intraperitoneal hemoraji olgusu sunulmaktadır.

## Olgu

67 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, baş dönmesi ve fenalık hissi nedeniyle acil servise başvurdu.

Hastaya 4 ay önce alkolik karaciğer sirozu zemininde ortaya çıkan inoperabl hepatosellüler karsinom (HSK) teşhisi konmuştu. Hasta karın ağrısının ani başlangıçlı, sırta yayılır tarzda, analjeziklere yanıtız olduğunu ifade ediyordu. Hastaneye başvurmadan 1 saat önce karın ağrısı yakınmasına fenalık hissi ve baş dönmesi de eklenmişti. Fizik muayenede, genel



Şekil 1. Karaciğer segment 6'da rüptüre neden olan HCC Lezyonu.



Şekil 2. HCC rüptürüne bağlı intraabdominal kanama.

durumu orta, şuuru açık, oryantasyon ve kooperasyonu tamdı. Beden ısısı aksiller 36.2 0 C bulundu. Sistolik tansiyon arteryel 70 mmHg, kalp tepe atımı 135/dk olarak tespit edildi. Cilt ve mukozalar soluktu. Batın muayenesinde defans ve rebound hassasiyet tespit edildi. Laboratuvar incelemelerinde: Beyaz küre sayısı 3500/ mm<sup>3</sup>, hemogloblin (Hgb) 8.1g /dl, hematokrit (Hct) %23.3, trombosit sayısı 40.000/ mm<sup>3</sup>, ortalama korpüsküler volüm 104 fL, alanin transaminaz 264 U/L, aspartat transaminaz 146 U/L, gamma glutamiltranspeptidaz 155 U/L, alkalin fosfataz 100 U/L, albumin 2.2 gr/dl, total bilirubin 4.7 gr/dl, direkt bilirubin 3.4gr/dl, kan üre azotu 78 mg/dL, kreatinin 1.6 gr/dl, protrombin zamanı (PT) 17 sn, INR 1.7 olarak tespit edildi. Serum AFP değeri 333'tü. (N: 1-10) Hastanın Child sınıflamasına göre skoru 11 ve grubu C idi. MELD skoru 23 olarak hesaplandı. Hipovolemik şok tablosunda olan olguya intravenöz sıvı replasmanı yapıldı, 2 adet taze donmuş plazma ve 2 adet eritrosit süspansiyonu uygulandı. Sıvı ve kan ürünleri repasmanı sonrası olgunun tansiyon arteryel değeri 110 mmHg sistolik, 70 mmHg diyastolik olarak bulundu. Akut batın ön tanısıyla takip edilen olguda ayakta direkt batın grafisinde diyafram altında serbest hava ya da batın içerisinde hava-sıvı seviyelenmesi tespit edilmedi. Batın ultrasonografisinde karaciğer kontüründe lobulasyon, ekojenite artışı, karaciğer sağ lobda en büyüğü 8 cm olarak ölçülen multipl hipoeoik lezyonlar ve batın içinde serbest sıvı tespit edildi.

Parasentezde asitin hemorajik olduğu gözlemlendi. Asit sıvısından bakılan hematokrit değeri %16 bulundu. Sıvının albumin değeri 1.3 gr/dl saptandı, serum albumin asit gradienti (SAAG) 0.9 olarak hesaplandı. Sıvının hücre sayımında 100 lökosit/mm<sup>3</sup> saptandı. Sitolojik incelemede patolojik hücre görülmedi. Tüm abdomen tomografisinde karaciğer kontürlerinde lobulasyon, karaciğer segment 6'da

düzensiz kontürlü 8x7 cm kitle (Şekil 1), çok sayıda hipodens lezyon ve batın içinde yaygın effüzyon (Şekil 2) tespit edildi. Olguda HSK rüptürüne bağlı gelişen intraperitoneal hemoraji ve şok tablosu düşünülerek genel cerrahi kliniğiyle konsülte edildi. Konsültasyon sonucunda acil cerrahi girişim düşünülmeyen olgu yoğun bakım ünitesine alındı.

Yoğun bakım takiplerinde sıvı replasmanı, 1 ünite taze donmuş plazma, parenteral K vitamini uygulandı ve 2 ünite eritrosit süspansiyonu replasmanı yapıldı. Hastanın Hct değeri 28'e kadar yükseldi ve INR değeri de 1.3'e kadar geriledi. Hepatik koma açısından klinik ve laboratuvar bulguları takip edilen olgu yoğun bakıma yatışının 2. gününde transarteryal embolizasyon için girişimsel radyoloji kliniğiyle konsülte edildi. Ancak hasta yakınlarının işlemi kabul etmemesi nedeniyle embolizasyon yapılamadı, hasta hastaneye başvurusunun 5. gününde toplam 4 ünite eritrosit süspansiyonu almış olarak yoğun bakımdan servise çıkarıldı. Serviste 1 hafta boyunca takip edilen hastanın hematokrit değerleri stabil seyretti, kan transfüzyonu ihtiyacı olmadı. Bu süre içinde 2 kez terapötik amaçlı parasentez ve albumin replasmanı yapıldı. Spontan bakteriyel peritonit açısından profilaktik olarak günde 2 kez 400mg norfloksasin başlanarak poliklinik kontrolüne çağrılarak taburcu edildi. Taburcu olduktan yaklaşık 3 ay sonra septik şok tablosunda acil servise başburan hasta kısa bir süre yoğun bakım takibi ardından kaybedildi.

## Tartışma

Spontan rüptür HSK'nın katastrofik bir komplikasyonudur, masif kanama hızlı müdahale edilemezse şok tablosu ile hayatı tehdit edecek boyutlara ulaşabilmektedir (6). Spontan rüptür olan HSK olgularında en sık ortaya çıkan semptomlar: Ani başlangıçlı karın ağrısı (%58), başvuru sırasında şok bulgularının olması (%46) ve abdominal

distansiyon (%42) olarak bildirilmiştir (7). Bu olguda hastaya başvuru esnasında sözü geçen bulguların tümü tespit edilmişti. Literatürde spontan HSK rüptürü ile ilişkili olduğu düşünülen çeşitli mekanizmalar; direkt tümör invazyonu nedeniyle ortaya çıkan venöz hipertansiyon, hızlı tümör büyümesi nedeniyle oluşan santral nekroz, trombotopeni ve protrombin sentez bozukluğuyla ilişkili koagülopati, solunum hareketleriyle diafragmanın yarattığı kompresyon ve travma şeklinde özetlenebilir (8,9). HSK rüptürü tanısı; özellikle öncesinde siroz veya HSK tanısı olmayanlarda zordur (10). HSK'nın endemik olduğu Hong Kong'da olguların %20'sine sadece laparotomi ile tanı konulabilmiştir (4). Hastaların anamnez ve fizik bakı bulguları rüptür şüphesi doğduğunda parasentez ile %86 olguda tanı koyulabilir (11). Ayrıca batin tomografisi ile karaciğer içindeki vasküler tümör alanı ve tümör dansitesine yakın intraperitoneal sıvı birikimi gösterilebilir (12). Olgumuzun semptomları, asit sıvısının hemorajik vasıfta olması ve görümlenme tetkiklerinin sonuçları HSK'nın spontan rüptürüne bağlı gelişmiş intraperitoneal hemoraji tanısını kesinleştirmiştir. Önceden yapılmış olan çalışmalarda, HSK spontan rüptür vakalarında 30 günlük mortalite oranı %30-70 arasında değişmektedir (13). Erken dönemde mortaliteyi etkileyen faktörler hepatik ensefolopatinin varlığı, yüksek Child-Pugh skoru, yüksek serum bilirübin seviyesi, yüksek serum AST seviyesi ve düşük serum albumin seviyesi olarak tespit edilmiştir (4). Bu yazıda sunulan

vakada yüksek Child-Pugh skoru, yüksek bilirübin seviyesi ve düşük serum albumin düzeyinin olması mortalite oranının yüksek olduğunu göstermekteydi. HSK rüptürlerinde girişim seçenekleri acil cerrahi rezeksiyon, anjiyografik embolizasyon sonrası geciktirilmiş rezeksiyon, transarteriyel embolizasyon ve sütür ile hemostaz sağlanması şeklinde özetlenebilir (14). Literatürde karaciğer fonksiyon rezervi kötü olan hastaların cerrahi yaklaşımı tolere edemedikleri gösterilmiştir (4). Lau (15) ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada; transarteriyel embolizasyon yöntemi uygulanan HSK rüptür vakalarında yaşam süresine katkı Child Pugh A olgularında 218.3 gün, Child Pugh B olgularında 83.4 gün ve Child Pugh C olgularında 11 gün olarak gösterilmiştir. Bu olguda hemostaz sağlandıktan sonra transarteriyel embolizasyon yapılması düşünülmüş ancak hasta yakınları onay vermedikleri için işlem gerçekleştirilememiştir.

Sonuç olarak rüptür HSK'nın potansiyel olarak fatal bir komplikasyonudur. Sirozlu olgularda travma dışı intraabdominal kanamaların ayırıcı tanısında mutlaka düşünülmalıdır. Bu olgularda mortalite acil tedavi uygulamaları ile azaltılabilir. Olguların ivedilikle tedavi seçenekleri ve tedaviye uygunluk açısından karaciğer rezervleri de göz önüne alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu vakada olduğu gibi bazen sadece konservatif bir yaklaşım da hayat kurtarıcı olabilir.

## Kaynaklar

1. Llovet JM, Burroughs A, Bruix J. Hepatocellular carcinoma. *Lancet*. 2003; 362(9399):1907-1917.
2. Vergara V, Muratore A, Bouzari H et al. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: surgical resection and long-term survival. *Eur J Surg Oncol*. 2000; 26(8):770-772.
3. Nouchi T, Nishimura M, Maeda M et al. Transcatheter arterial embolization of ruptured hepatocellular carcinoma associated with liver cirrhosis. *Dig Dis Sci*. 1984; 29(12):1137-1141.
4. Liu CL, Fan ST, Lo CM et al. Management of spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: single-center experience. *J Clin Oncol*. 2001; 19(17):3725-3732.
5. Leung CS, Tang CN, Fung KH et al. A retrospective review of transcatheter hepatic arterial embolization for ruptured hepatocellular carcinoma. *J R Coll Surg Edinb*. 2002; 47(5):685-688.
6. Polat KY, Akcay MN, Aydınlı B et al. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a case report and review of literature. *Int J Clin Pract Suppl* 2005; (147):103-5.
7. Hiroyuki Kirikoshi, Satoru Saito, Masato Yoneda et al. Outcomes and factors influencing survival in cirrhotic cases with spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: a multicenter study. *BMC Gastroenterology* 2009; 30(9): 29
8. Zhu LX, Wang GS, Fan ST. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *Br J Surg* 1996; 83(5): 602-7.
9. Zhu LX, Geng XP, Fan ST. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma and vascular injury. *Arch Surg* 2001; 136(6): 682-7.
10. Vivarelli M, Cavallari A, Bellusci R et al. Ruptured hepatocellular carcinoma: an important cause of spontaneous haemoperitoneum in Italy. *Eur J Surg*. 1995;161(12): 881-886.
11. Miyamoto M, Sudo T, Kuyama T. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: A review of 172 Japanese cases. *Am J Gastroenterol* 1991; 86(1): 67-71.
12. Pombo F, Arrojo L, Perez Fontan J. Hemoperitoneum secondary to spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma: CT diagnosis. *Clin Radiol* 1991; 43(5): 321-322.
13. Tan FL, Tan YM, Chung AY et al. Factors affecting early mortality in spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. *ANZ J Surg* 2006, 76(6): 448-452.
14. Buczkowski AK, Kim PT, Ho SG et al. Multidisciplinary management of ruptured hepatocellular carcinoma. *J Gastrointest Surg* 2006;10(3): 379-86.
15. Lau KY, Wong TP, Wong WW et al. Emergency embolization of spontaneous ruptured hepatocellular carcinoma: correlation between survival and Child-Pugh classification. *Australas Radiol* 2003, 47(3): 231-235.