



Επιτυχής τοποθέτηση ενδοηπατικής πορτοσυστημικής παροχέτευσης (DIPS) σε ασθενή με οξεία απόφραξη ηπατικών φλεβών

Γελαδάρη Ε.¹, Πτώχης Ν.², Αγγελής Ν.¹, Ρουμπάκη Α.¹, Κανάρη Μ.¹, Αδαμοπούλου Ε.¹, Καναλουπίτης Σ.¹, Καλλέργη Α.¹, Στουραΐτου Σ.³, Μπενάκης Σ.⁴, Σεβαστιανός Β.¹
1. Γ' Παθολογικό Τμήμα και Μονάδα Ήπατος, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός», 2. Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», 3. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός», 4. Ακτινολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. Ο «Ευαγγελισμός»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οξεία απόφραξη των ηπατικών φλεβών εντοπίζεται σε οποιοδήποτε επίπεδο, από τις μικρές ηπατικές φλέβες και μπορεί να εκτείνεται έως την εκβολή της κάτω κοίλης φλέβας (ΚΚΦ) στο δεξιό καρδιακό κόλπο. Το σύνδρομο, γνωστό και ως Budd-Chiari, εμποδίζει τη φλεβική ροή από το ήπαρ και οδηγεί στη δημιουργία πτυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων και στην ανάπτυξη πυλαίας υπερτάσεως. Προϋπόθεση για τη διάγνωση είναι ο αποκλεισμός συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας, νόσου του περικαρδίου ή φλεβοαποφρακτικής νόσου των ηπατικών κοιλιοειδών. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές (θρόμβωση ή φλεβική δυσπλασία) ή δευτεροπαθές όταν η απόφραξη οφείλεται σε πίεση εκ των έξω (π.χ. κακοήθεια).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

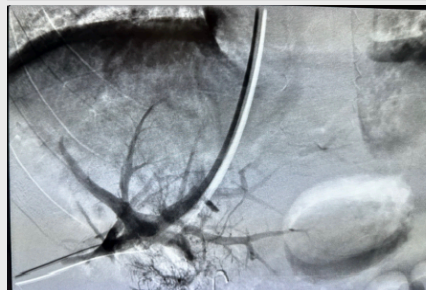
Το σύνδρομο Budd-Chiari είναι ένα σπάνιο σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από στένωση ή και απόφραξη της ηπατικής φλεβικής ροής. Μπορεί να ταξινομηθεί ως κεραυνοβόλο, οξύ, υποξύ ή χρόνια. Προθρομβωτικοί παράγοντες κινδύνου, όπως κληρονομικά και επίκτητα αίτια θρομβοφιλίας, συστηματικά νοσήματα και ορμονικοί παράγοντες πρέπει να διερευνώνται. Ωστόσο, στο 20 τοις εκατό των περιπτώσεων η νόσος είναι ιδιοπαθής. Η φλεβογραφία της ΚΚΦ είναι η εξέταση εκλογής που θα θέσει τη διάγνωση. Για τη θεραπεία του συνδρόμου, αναλόγως της αιτιολογίας και της ηπατοκυτταρικής λειτουργίας, εφαρμόζονται θρομβόλυση με συνδό αντιπηκτική αγωγή, τοποθέτηση ενδοηπατικής πτυλαιοσυστηματικής ενδοπροθέσεως ή μεταμόσχευση ήπατος.

Εικόνα 1



ΣΚΟΠΟΣ

Η περιγραφή περίπτωσης ενός νεαρού άνδρα, ηλικίας 18 ετών, με εμφάνιση προοδευτικά επιδεινούμενου ασκίτη που αποδόθηκε σε οξεία απόφραξη των ηπατικών φλεβών, πιθανά σε έδαφος μυελουπερπλαστικού συνδρόμου.



Εικόνα 2

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Νεαρός άνδρας, ηλικίας 18 ετών, προσέρχεται αιτιώμενος κοιλιακή διάταση από μηνός. Εκείνο το διάστημα αναφέρεται ένα επεισόδιο ήπιας επιγαστραλγίας, διάρκειας 48ώρου, το οποίο υποχώρησε σταδιακά. Από το ατομικό αναμνηστικό δε καταγράφονται συμπαρομαρτούντα νοσήματα και ο ασθενής δε λαμβάνει φάρμακα. Από την αντικειμενική εξέταση διαπιστώθηκαν αρτηριακή πίεση 130/70mmHg, σφύξεις 109/min, κορεσμός αρτηριακού οξυγόνου 98%, θερμοκρασία 36°C. Η κοιλιά ήταν διατεταμένη με μετακινούμενη αμβλύτητα κατά την επίκρουση, χωρίς επίφλεβο και απουσία ηπατοσφαγιτιδικού σημείου. Τα κάτω άκρα ήταν οιδηματώδη. Ήπαρ και σπλήνας ήταν μη ψηλαφητά. Ο υπέρηχος καρδιάς απέκλεισε συμφόρηση της ΚΚΦ και δεν παρατηρήθηκε περικαρδιακή συλλογή. Η απεικόνιση της κοιλιάς με υπέρηχο επιβεβαίωσε την παρουσία μεγάλης ποσότητας ασκίτη, ενώ το ήπαρ απεικονιζόταν ρικνό και ανομοιογενές. Από τον εργαστηριακό έλεγχο δεν υπήρχαν ευρήματα συμβατά με χρόνια ηπατοπάθεια ή οξεία ηπατική ανεπάρκεια, ενώ το μόνο παθολογικό στοιχείο ήταν τα υψηλά δ-διμερή επίπεδα. Έγινε εκκενωτική και διαγνωστική παρακέντηση του ασκίτικου υγρού, το οποίο ήταν συμβατό με πυλαία υπέρταση (SAAG>1.1), ενώ οι ολικές πρωτεΐνες ήταν >2.5mg/dL. Ζητήθηκε αξονική αγγειογραφία με το ερώτημα της θρόμβωσης των ηπατικών φλεβών η οποία και επιβεβαίωσε τη διάγνωση (Εικ. 1). Ο ασθενής τέθηκε σε θεραπευτική αντιπηκτική αγωγή και έπειτα από επικοινωνία με το τμήμα επεμβατικής ακτινολογίας αποφασίσθηκε η διενέργεια πτυλαιοσυστηματικής παράκαμψης και τοποθέτηση ενδοπροθέσεως με στόχο την αποσυμφόρηση των φλεβικών αναστομώνσεων και τη μείωση της πυλαίας υπερτάσεως (Εικ.2). Η παρέμβαση ήταν επιτυχής με αποτέλεσμα ο ασκίτης να υποχωρήσει πλήρως. Έγινε διερεύνηση όλων των αιτιών της ανάπτυξης του συνδρόμου Budd-Chiari (λοιμώδη, θρομβοφιλικά, μυελουπερπλαστικά και συστηματικά νοσήματα, κλπ) και από την οστεομυελική βιοψία τέθηκε η υπόνοια μυελουπερπλαστικού νοσήματος. Σε επανεκτίμηση, ένα μήνα μετά την τοποθέτηση της ενδοπροθέσεως, η ροή και η βατότητα εντός ήταν ομαλή, και η προϋπάρχουσα ανομοιογένεια του ηπατικού παρέγχυματος είχε εξαλειφθεί.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Γελαδάρη Ελένη, Παθολόγος,
Επιμελήτρια Β', Γ' Παθολογικό
Τμήμα, Γ.Ν.Α. "Ο
Ευαγγελισμός"