

Dahiliye Konsültasyonu için Altın Öneriler: En Sık Görülen On Olgu Örneđi

Deniz Güneş Duman düzenlemek için tıklatın
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Olgu 1

•28 yaşında erkek

•Ortopedi servisine DKÇ revizyon operasyonu için yatıyor

•Pre-op tetkiklerinde

•Beyaz küre:18 000/mm³

•ALT: 190

•AST:420

•AP:650

•GGT:840

•T bil: 8,5

•PT:18 sn

Dahiliye Konsültasyonu-1

- .Öyküde son 3 yıldır yoğun alkol alımı var (haftada 3 büyük rakı)
- .Operasyon öyküsü var.
- .FM: Bilinç açık, ikterik
 - Büyük palpable karaciğer (18 cm)
 - Dalak kot kenarında palbe ediliyor
 - Batında serbast mai yok

Dahiliye Konsültasyonu-ile istenen tetkikler

- .PY Sola kayma
- .Albümin:3.4,
- .T prot: 7.4
- .Anti HAV IGM: negatif
- .HBs Ag: negatif
- .Anti HBc IGM: negatif
- .Anti HCV: negatif
- .Üst Batın US: KCde grade 2 yağlanma,
Dalak11cm

.Olası ön tanı ?

•Akut Alkolik Hepatit

Otoimmün hepatit

Wilson hastalığı

Akut toksik hepatit

Akut Alkolik Hepatit

.Serum transaminaz düzeyleri aşırı yükselmez.
Sıklıkla ALT <NÜKx5, Eğer daha yüksekse Viral
hepatit? OİH?

AST/ALT oranı >2

Hiperbilirubinemi hastalığın ciddiyetini yansıtır

PT uzunluğu, albümin düşüklüğü KC sentez
kapasitesi

Lökositoz ve sola kayma sık

Akut hasarda splenomegali

Contraindications to elective surgery in patients with liver disease

Acute alcoholic hepatitis
Acute viral hepatitis
Child's class C cirrhosis
Fulminant hepatic failure
Severe chronic hepatitis
Severe coagulopathy (prolongation of the prothrombin time >3 seconds despite vitamin K administration; platelet count < 50,000/mm ³)
Severe extrahepatic complications
Acute renal failure
Cardiomyopathy, heart failure
Hypoxemia

Reproduced with permission from Friedman LS. The risk of surgery in patients with liver disease. Hepatology 1999; 29:1617. Copyright © 1999 Elsevier Science.

SoNUÇ : ELEKTİF CERRAHİ KONTRAENDİKE

.Hastaya multidispliner yaklaşım:
Gastroenteroloji, Psikiyatri, Dahiliye

Model for End-stage Liver Disease (MELD) Skoru

MELD Score = $0.957 \times \text{Loge}(\text{creatinine mg/dL})$

. + $0.378 \times \text{Loge}(\text{bilirubin mg/dL})$

. + $1.120 \times \text{Loge}(\text{INR})$

. + 0.6431

.MELD skoru < 10 olanlar elektif cerrahiye gidebilir.

.10-15 arasındakiler azami dikkatle elektif cerrahiye girebilir.

.>15 olanlar elektif cerrahiye verilmemelidir.

-Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol. 2007;4(5):266.

Cerrahi Riskler-Diğer etkenler

- . Cerrahinin tipi: Kardiak cerrahi sirozlu hastalarda diğer cerrahilere kıyasla daha fazla mortaliteye sahiptir.
- .Siroz etyolojisi: Hemokromatozisli hastalar cerrahiye ek risk getirebilecek diyabet ve kardiyomiyopati bakımından da değerlendirilmeli.

Olgu 2

- .64 yaşında kadın
- .Öyküsünde ülser kanaması ve bu nedenle kan Tx hikayesi mevcut
- .Kardiyoloji bölümünden düşük doz ASA başlanması planı için konsülte ediliyor.
- .Önerileriniz? Uygunluk?

ASA kesilmeli mi?

.Kardiyovasküler ya da serebrovasküler sebeplerle ASA kullanırken peptik ülser kanaması geçirenlere (n=156 hasta) iyileştikten sonra ASA (80 mg/gün) yeniden verilmiş veya 8 hafta plasebo verilmiş. ASA kullanımı ülser kanamasında önemsiz bir artış yaparken mortalitede anlamlı azalma sağladı (%1.3 vs 10.3)

-Ann Intern Med. 2010;152(1):1.

Düşük doz ASA ve GI kanama sekonder prevensiyonu

- .75 - 325 mg/gün kullanımını tanımlar.
- .ASA ile beraber PPI kullanımı hem Hp (+) hem de (-) hastalarda nüks kanamayı önlemede etkilidir.

H. pylori enfeksiyonu yönetimi-Mutlak eradikasyon gereken durumlar

- .Aktif ya da aktif olmayan duodenal ülser/gastrik ülser
- .MALToma
- .Atrofik gastrit
- .Gastrik kanser sebebiyle mide rezeksiyonu sonrasında
- .Birinci derece yakınlarında gastrik kanser öyküsü olanlar
- .Hastanın eradikasyon isteđi
- Maastricht III uzlaşı raporu

Duodenal Ülser ve H pylori

.Türkiye’de asemptomatik bireylerde yapılan serolojik tarama ile 20 yaş üzerindeki prevalans ortalama % 70.

-Journal of Infection 1998; 37:148–150.

.Prevalansın >90 olduğu yerlerde ampirik tedavi önerilmekte.

.Mutlaka eradikasyonun başarılı olup olmadığı kontrol edilmelidir (Üre nefes testi, Gaitada Hp antijen testi)
Ancak testten önce 1-2 hafta PPI kesilmeli!!!!!!

Düşük doz ASA

.Hp (+) lere eradikasyon ardından lansoprazole 30mg/gün verildiğinde plasebo verilenlerden anlamlı az nüks görülmüştür. (%1.6 vs. 14.8)

-N Engl J Med. 2002;346(26):2033

.Hp (-)lere esomeprazole +düşük doz ASA verildiğinde 1. yılda nüks clopidogrel+plasebo alanlara kıyasla anlamlı az. (%0.7 vs. 8.6)

-N Engl J Med. 2005;352(3):238.

ÖZET-1

.Karaciğer yetmezliği olan hastaların cerrahi ve anestezi ile ilişkili komplikasyon geliştirme riskleri sağlıklılara kıyasla daha fazladır.

.Risk karaciğer hastalığının etyolojisi, ağırlığı, yapılacak cerrahinin ve verilecek anestezinin tipi ile ilişkilidir.

.Cerrahi mortalite Child veya MELD skorları kullanılarak öngörülebilir.

.Elektif cerrahi, akut veya fulminant hepatit, alkolik hepatit, ağır kronik hepatit, Child C veya MELD >15 siroz, ciddi koagulopati, veya ciddi ekstrahepatik bulgular mevcutsa (hipoksi, kardiyomiyopati, akut böbrek yetmezliği) kontraendikedir.

ÖZET-2

.Duodenal ülser komplikasyonu/kanaması öyküsü olanlarda kardiyovasküler ya da serebrovasküler olay riskinin fazla olması nedeniyle ASA kesilmemelidir.

.Hp test edilip eradike edilmeli ve ardından ASA kullanımı süresince PPI verilmelidir.