

Magyar Honvédség Egészségügyi Szolgálat

INTRAABDOMINÁLIS VÉRZÉST OKOZÓ CARCINOMA HEPATOCELLULARE

Dr. Kunvári Miklós, Dr. Varga József
Dr. Lendvai László, Dr. Vecsei Ferenc

Érkezett: 1990. 06. 14.

Kulcsszavak: Hepatocellularis carcinoma (HCC).

A szerzők ismertetik betegük kórtörténetét, a diágnosztika, a postoperatív időszak nehézségeit. A „minimális hasi traumát” követő hasúri vérzés forrása - cirrhotikus alapon keletkezett - carcinoma hepatocellulare, ami májruptúrához vezetett.

Az 1970-es évek óta egyre több közlemény jelenik meg a máj primer tumorainak spontán ruptúrájáról (1, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 20, 23). A legnagyobb számú esetet Ong közölte (17). A hepatocellularis carcinoma ruptúráját más szerzőkkel együtt 8-14,5%-ban adja meg (6, 17, 18). A spontán ruptúra az esetek legnagyobb részében heveny intraabdominális vérzés formájában jelentkezik. A helyes diagnózist sok esetben csak az exploratív laparatómia során sikerült felállítani.

Esetismertetés

G. V. 63 éves férfi beteg sebészeti felvételét kéri az ügyeletes körzeti orvos. Diagnózisa: Subileus. Observatio.

A beteg kórelőzménye: 20 évvel ezelőtt vírus hepatitis volt, majd évek óta visszatérő hasi fájdalmak szerepeltek anamnézisében. 1985 óta chronicus pancreatitis-szel, chronicus aktív hepatitis-szel kezelték. A rendelkezésünkre álló adatok szerint enzim értékei emelkedettek voltak (GOT, GPT, ALP, LDH, Se amylase). Prednisolon, Lipoic

acid, Catergen, Cotazymforte terápiában részesült. Alkoholt mérsékelten fogyasztott. Felvételét megelőző napon akkumulátort emelt. Ezt követően köldöktáji fájdalmi felerősödtek, hányingert érzett, majd hányt.

Felvételi állapot: eleseft küllemű, tiszta tudatú beteg, bőre sápadt, sclerák sárgásak, feszes, nehezen betapintható has, az epigastriumban és ileocecalisan nyomásérzékenység volt észlelhető, defensusa nem volt. A máj a bordaívét 3 harántujjal meghaladta. Szabad hasúri folyadék volt kopogtatható. Rektális vizsgálat negatív volt. RR: 80/60 Hgmm, P: 82/min.

A felvételi diagnózis: Observatio. Recidiv pancreatitis. Ulcus perforatio? (Acut has?).

A levezetett gyomorszondán 800 ml 6-os pH-jú gyomorváladék ürült, a has felpuhult. Centrális vénakanülön folyadékpótlást kezdtünk. A natív has röntgen felvétele negatív volt.

Sürgősségi laboratóriumi vizsgálatok: We: 40 mm/h, Htc: 0,30 Hgb: 6,1 mmol/l, Vvt: 3,2 mill/ul, Fvs: 16.000 Se amylase: 192 U/l, Víz. amylase: 844 U/l, Se bi: 18,4 umol/l, Se összfehérje: 55 g/l, Prothrombin: 5%, Vértelési idő: 4'45", alvadási idő: 4'30", LDH: 3130 U/l.

Az elvégzett haspunctió során a hasüregből vért nyertünk. Transfusio, AHP, és PCC pótlás után sebészi exploráció történt. A hasüregből részben alvadt, részben friss vért távolítottunk el mintegy 1500 ml mennyiségben. A máj mindkét lebenyében számtalan nagygöbös cirrhosist észleltünk. A vérzés forrása a máj jobb lebenyének alsó-melső felszínén levő 1 cm hosszúságú tokrepedés volt, alapján nagygöbös elváltozással. A vérzést electrocagulációval, Topostasin-Fibrostan tamponnal szüntettük meg. A műtėti terület közelébe Penrose-drain, köré jodoformos tampont helyeztünk. Rosszindulatú elváltozásra nem gondoltunk. A megkezdett terápiát az intenzív osztályon folytattuk. Célunk a shocktalanítás folytatása, a vérzés, a májcoma megelőzése volt. A műtétet követően a beteg tudata tiszta volt. A 4. postoperatív napon a passzázs csak Ubretid hatására indult be. A jodoformos tampon meglazítását követően a hasüregből vérzés indult, melyet egyideig transfúziók és AHP adásával uralni tudtunk. Az 5. postoperatív napon a hajnali órákban gyomorvérzés indult és a beteg a folytatólagosan adott további transfúziók, AHP, jeges Topostasin gyomoröblítésének ellenére ismét vérzéses shockos állapotba került.

A vérzést konzervatív úton csökkenteni nem tudtuk (szonda), a sebészi beavatkozás lehetetlenné vált a beteg rossz általános állapota miatt. A keringés összeomlott, rövid hipotenzív szakasz után szívmegállás következett, az újraélesztés eredménytelen volt.

A tetem boncolása során a máj egész felszínén különböző nagyságú lencsényi, diónyi göbök voltak megfigyelhetők. A máj metszlapján több gócban a vénákba törő puha kenőcsös szerkezetű tumormasszát észlelt a kórboncnok.

Kórszövettani vizsgálat: Cirrhosis et carcinoma hepatocellulare hepatitis, szöveti HBsAg pozitivitás, varicositas oesophagi.

Megbeszélés

Bartók és munkatársai 181 cirrhoticus beteg közül a betegek 14,8%-át HBsAg pozitívnak, 2,2%-át alkohol és HBsAg pozitívnak találtak. A cirrhoticus betegek 28,7%-ánál (52 fő) hepatocellularis carcinoma alakult ki. HBsAg pozitív esetekben a HCC signifikánsan magasabb volt (4). Más vizsgálatok szerint a cirrhoticus betegek 5-24%-ában alakult ki HCC (1, 7, 13, 14, 19). *Sáfrány* és munkatársai cirrhoticus alapon fejlődő májrák szövödményeként harmadik helyen említik a tumor ruptúrát haemaskosszal (21). *Ong* közlésében (207 beteg) a tumor spontán ruptúrája 14,5% volt (18). *Varga* és munkatársai közölt eseteik és az irodalom elemzése alapján a vérzést kiváltó okok között a traumát mint kiváltó okot nem tartják szükségesnek a haemaskos létrejöttében. A minimális hasúri nyomásfokozódást a „mindennapi élet mikrotraumái-t” elegendőnek tartják (22). Esetünkben a hasúri nyomásfokozódást nehéz tárgy (akkumulátor) emelés váltotta ki. Az alapbetegség a „mikrotrauma” keresése az anamnézisben, az ezt követő fokozódó hasi fájdalom, a lárvált shock, a kritikusan akacsony prothrombin szint fontosak a diagnózis felállításában. Esetünkben az alacsony prothrombin érték és az azt követő haspunctió pozitív volta adta viszonylag korán a műtéti indikációt. A műtéti előkészítésben elengedhetetlen az alvadási anyagok pótlása, a shocktalanítás korai megkezdése (11). A sürgősségi vérkép elfogadható volta a vérzéses shock „centralizált keringés” fázisa miatt megtéveszthető lehet. A vérzési-, alvadási-idő globális mutatói a vérzés-alvadás rendszernek, egyszeri akut vérzés után értékük normál tartományban lehet, ezért nem körjelzőek.

A postoperatív szak nehézségei: A fenyegető acut májelégtelenség, ami az alapbetegség és a vérzéses shock következménye is lehet. A shocktalanítást nehezítheti a myocardium érintettsége. A műtétet követő bélatónia megszüntetése ugyancsak kritikus. Véleményünk szerint a cirrhoticus, vérzékeny betegnek nem tanácsos az agresszív hatású cholinesterase bénító Ubretidet adni. Nem kívánatos a hasi erek vérbősége mellett a felfokozott perisztaltika, valamint a szer centrális hatása. Esetünkben a tampon lazítás egybeesett a perisztaltika beindításával. A drain melletti vérzést súlyosbította a gyomorból indult diffúz vérzés. A szaporodó cirrhoticus betegek ellátása során az intraabdominális vérzésre és a daganatos elváltozásra is gondolnunk kell, mint azt példánk is mutatja. A közleményekben a sebészi beavatkozás a diagnózis nehézségei miatt nagyszámban elmaradt.

Összefoglalás:

A szerzők ismertetik betegük kórtörténetét, a diagnosztika, a postoperatív időszak nehézségeit. A „minimális hasi traumát” követő hasúri vérzés forrása - cirrhoticus alapon keletkezett - carcinoma hepatocellulare, ami májrúptúrához vezetett.

Szerző címe: 7608 Pécs, Akác u. 1. Pf. 1.

IRODALOM:

1. *Anthony, P. P.*: Int. Path. 15. 29 (1974)
2. *Aresjö B. és mtsai.*: Acta Chir. Scand. 141. 399. (1975)
3. *Balázs M. és mtsai.*: Orv. Hetil. 118. 334. (1977)
4. *Bartók I. és mtsai.*: Orv. Hetil. 121. 1803. (1980)
5. *Benyó I. és mtsai.*: M. S. 34. 278. (1981)
6. *Berman C.*: Primary Carcinoma of Liver P. 27. London Lewis (1951)
7. *Blenkinsopp W. K. és mtsai.*: J. Clin. Path. 30. 579. (1977)
8. *Cruickshank A. H.*: J. Clin. Path. 14. 120. (1961)
9. *Davis J. B. és mtsai.*: Surg. 73. 181. (1973)
10. *Ervasti J.*: Acta Chir. Scand. Suppl. 334. 1. (1964)
11. *Fazekas T. és mtsai.*: Orvosképzés 63. 232. (1988)
12. *Hermann R. E. és mtsai.*: Surg. 74. 715. (1973)
13. *Johnson P. és mtsai.*: Gut. 19. 1022. (1978)
14. *Mac. Sween. R. N. és mtsai.*: Clin. Path. 26. 936. (1973)
15. *Mokka R. és mtsai.*: Brit. J. Surg. 63. 715. (1976)
16. *Okezie O. és mtsai.*: Ann. Surg. 179. 133. (1974)
17. *Ong G. B. és mtsai.*: J. Roy. Coll. Surg. 14. 42. (1969)
18. *Ong G. B. és mtsai.*: Brit. Med. J. 4. 146. (1972)
19. *Riesz T. és mtsai.*: Orv. Hetil. 119. 715. (1978)
20. *Sanford C. H.*: Ann. Intern. Med. 99. 304. (1957)
21. *Sáfrány L. és mtsai.*: Orv. hetil. 110. 457. (1969)
22. *Varga L. és mtsai.*: M. S. 25. 43. (1972)
23. *Wilburg D. C. és mtsai.*: Ann. Intern. Med. 20. 453. (1944)

Maj. M. Kunvári M.D.M.C., J. Varga M.D., L. Lendvai M.D., F. Vecsei M.D.

HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH INTRAABDOMINAL BLEEDING

The authors report a case of hepatocellular carcinoma with intraabdominal bleeding. They outline the case record, problems of diagnostics and postoperative period. The abdominal bleeding after „minimal abdominal trauma” was induced by liver cell carcinoma developing on a basis of cirrhosis and leading to the liver rupture.

Майор м/с М. Кунвари, Й. Варга, Л. Лендваи, Ф. Вечи

СЛУЧАЙ ГЕПАТОЦЕЛЛУЛЯРНОГО РАКА С ВНУТРЕННИМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Авторы рассматривают историю болезни, трудности диагностики и послеоперационного периода. Внутреннее кровотечение в брюшной полости после „минимальной абдоминальной травмы” возникло вследствие гепатоцеллюлярного рака на базе цирроза, что привело к разрыву печени.