

Haemobilia ritka esete praxisunkban: Arteria hepatica álaneurisma okozta vérzés ellátása

Dr. Balogh Csaba¹ Dr. Dancs Nóra¹ Dr. Szabó Albert² Dr. Bartek Péter² Kiss Gyöngyi¹ Dr. Pécsi Gyula¹
Győr-Moson-Sopron Vármegyei Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Győr
I. Belgyógyászat-Gasztroenterológia¹, Radiológia Osztály²

A haemobilia a gasztrointesztinalis rendszer vérzéseinek kb. 0,1% teszi ki, arterio-biliaris fistula révén alakul ki. Az életveszélyes haemobilia szerencsére ritka, de egy nagy retrospektív vizsgálat során 25%-os halálozási arányt írtak le.

A vérzés általában periodikusan jelentkezik, gyakran tünetszegény, nehezen diagnosztizálható.

A haemobilia leggyakoribb etiológiája iatrogen, mint például műtéti, májbiopszia, ERCP, anastomosis insufficiencia.

Második leggyakoribb a külső trauma, ritkább esetben vascularis rendellenesség, neoplasia jön szóba.

A máj artéria aneurizma egy ritka vaszkuláris elváltozás, amely a haemobiliás esetek közel 10%-át teszi ki és többnyire atherosclerosis vagy trauma következménye.

A cholangitis miatt kialakuló máj artéria aneurizmák ritkábban fordulnak elő és általában parazitáknak vagy az epeúti köelzáródásnak tulajdoníthatóak.

A Távol-Keleten a haemobiliát főként parazita fertőzések okozzák, mint például az ascariasis vagy a clonorchiasis, amelyek hajlamosak behatolni az epeutakba.

TÖRTÉNETI HÁTTÉR

Az orvosi irodalomban a haemobilia első leírása a 17. század közepére nyúlik vissza, amikor Francis Glisson megállapította, hogy egy fiatal férfi kardharc közben elszenvedett májsérülése halálos epeúti vérzést okozott.

A „haemobilia” kifejezést azonban csak 1948 óta alkalmazzák.

Heinrich Quincke által 1871-ben leírt klasszikus tünehármas jellemzi, a felső gyomor-bélrendszeri vérzés az esetek 73%-ában, a jobb felső kvadráns hasi fájdalom 52%-ban és a sárgaság az esetek 30%-ában fordult elő.

A fenti tüneteket együttesen Sandbloom triáznak is nevezik. A teljes triász ugyanakkor csak 22%-ban fordul elő.

DIAGNOSZTIKA

Leggyakrabban maelena háttérében gastroscopia során azonosítható transpapillaris vérzés vagy coagulum van jelen. Coagulum kialakulását követően bilialis occlusio, icterus lép fel.

Azonban ezeknek az endoszkópiáknak csak 12% a szenzitivitása.

A CT angiográfia az első vonalbeli képalkotó módszer a haemobilia sürgősségi diagnosztizálására.

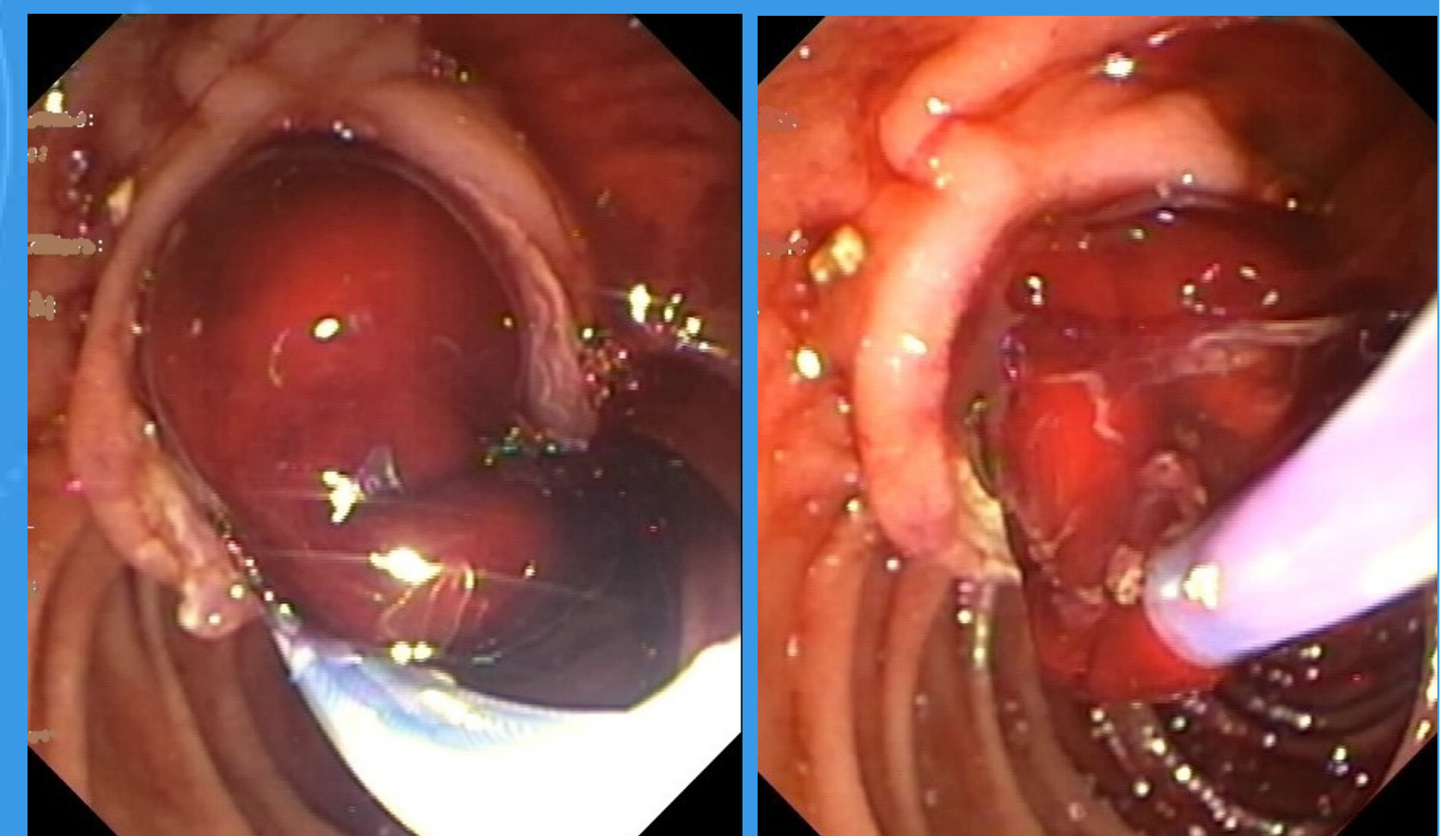
Az MR cholangiográfia vagy a radionuklidval végzett scintigraphia csak nagy volumenű vérzés esetén szenzitív. A vérzést követő képalkotó vizsgálatok azonban általában több órás késéssel járnak, ami problémát jelent a diagnózis felállításában.

Differenciál diagnosztikai szempontból haemosuccus pancreaticus, haemobilia elkülönítése céljából ERCP indokolt lehet. Azonban az ERCP ritkán segít a vérzés forrásának lokalizálásában.

Bár a sphincterotomia elvégzése a vérrög eltávolításával hasznos lehet, ha a betegnek epeúti obstrukciója áll fenn.

Cholangioscopia segíthet diagnózishoz jutni, de elérhetősége jelenleg korlátozott.

Stent behelyezése általában nem segít, mivel a stent gyorsan elzáródik a vérrögtől. A szakirodalom trombolitikus szerek epevezetékbe történő befecskendezéséről is beszámol a magasan ülő vérrögök oldása céljából. Ezen kívül nasobiliaris katéter behelyezését is javasolták a későbbi öblítés, vérzés monitorizálása céljából.



KEZELÉS

A haemobilia kezelésének célja a vérzés megállítása és az epeúti elzáródás megszüntetése.

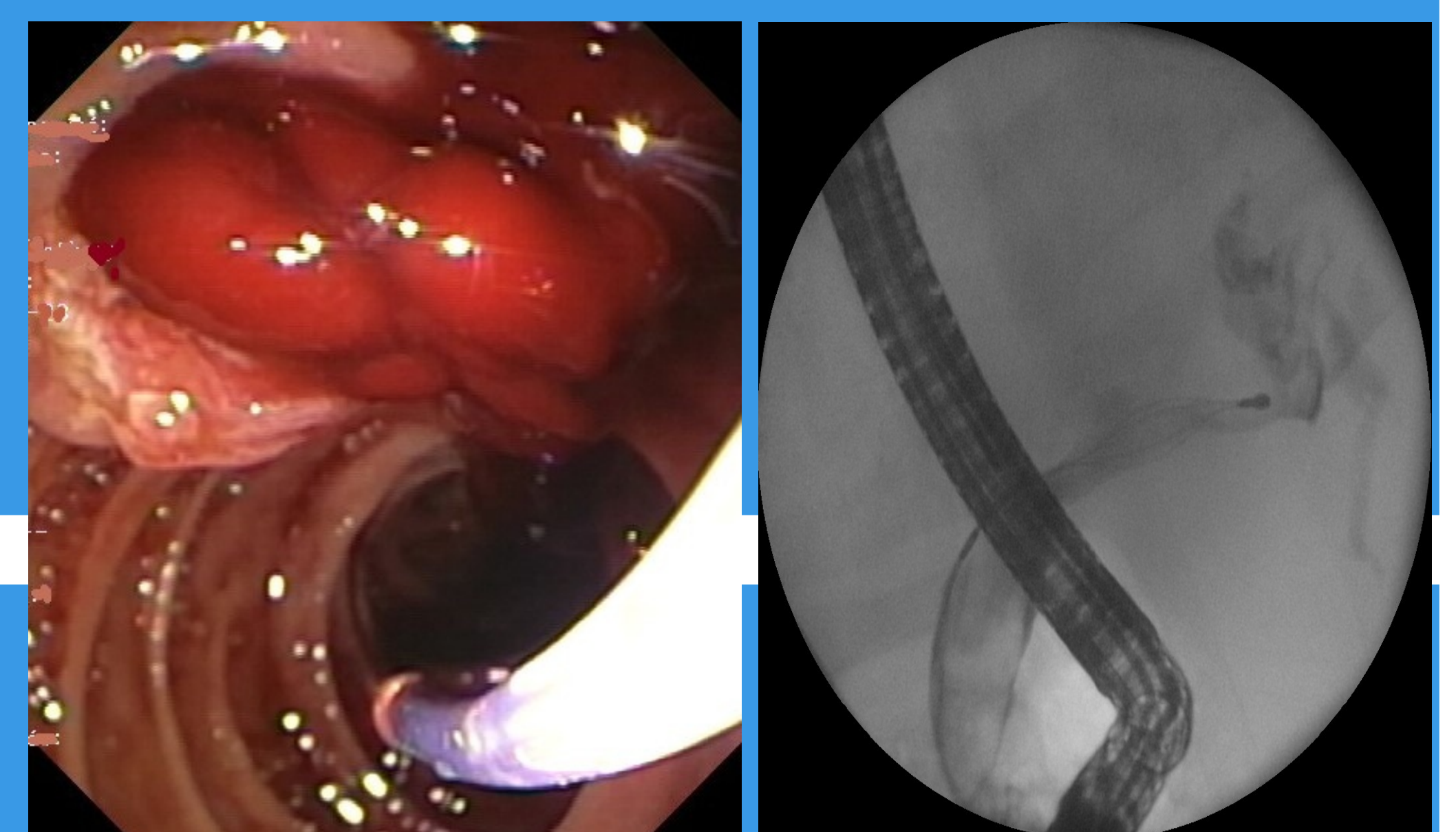
A kezelés intervenciós radiológia által végzett transzarteriális embolizáció (TAE) sikerességi rátája közel 80 %.

Ha az embolizáció sikertelen vagy ellenjavallt, meg kell fontolni sebészeti beavatkozást.

Műtét akkor javasolt ha máj sepsishez, intrahepaticus cholelithiasishoz, epehólyag gyulladáshoz vagy reszekálható daganatokhoz társuló haemobilia áll fenn.

Ritka esetben choledochusból származó vérzések esetén fully covered öntáguló fémstent behelyezése is segíthet.

Artériás embolizációt követően szövődmenyként haepatobiliaris nekrosis, tályogképződés, vérzés és epehólyag fibrózis fordulhat elő.



ESETBEMUTATÁS

A 67 éves nőbeteg kivizsgálása anaemia, epigastriális fájdalom miatt kezdődött.

Felvételt megelőző hasi CT-n hepaticus villában térfoglalás gyanúja merült fel.

Obszervációnk alatt összesen 9 E vörösvértest transzfúzióban részesült.

Laborokban obstructiós enzim emelkedés volt még kiemelendő.

Gastroscopia során a duodenumban kevés friss vér, valamint transpapillaris coagulum volt azonosítható.

Urgens ERCP-t végeztünk, tágult choledochust észleltünk, melyet szintén coagulum töltött ki. Dormia-kosárral eltávolítottuk a coagulumot. A bal oldali ductus hepaticus cholangiographia során nem telődött.

Tumoros stenosis gyanúja miatt kefecytológiai mintavételt végeztünk, ekkor aktív vérzést már nem észleltünk.

Korábbi hasi CT képanyag revíziója során az artéria hepatica kis aneurysmája merült fel.

Radiológiai konzultáció, hasi CT angiographia történt, ami a jobb arteria hepatica főágán közvetlenül egymás mellett 2 db álaneurysmat igazolt, mely a korábbi képhez képest növekedést mutatott, mögötte levegő zárvány is ábrázolódott.

Intervenciós radiológia a jobb arteria hepatica ágat szelektíven embolizálta. A kiterjedt anastomosis rendszer miatt a máj jobb lebenye jelentősebb keringés zavart nem szenvedett el.

A betegnél ezt követően vérzés nem ismétlődött, vérképét tartotta.

5 nap observációt követően emittáltuk.

Kefecytológia eredménye negatívnak bizonyult, követése zajlik, kontroll képalkotókon az utóbbi 5 hónapban malignitásra utaló jel nem merült fel. Bal hepaticus ágrendszer mérsékelt tágulata észlelhető.

5 hónapos követéses CT vizsgálat tumort nem ír le. Laborok negatívak.



KONKLÚZIÓ

A felső gasztrointesztinalis vérzések ritka oka haemobilía is lehet!

Igazolása: urgens endoszkópia Vater papilla megtekintéssel.

CTA vizsgálat a diagnózis mellett intervenciós radiológiai terápiára is módot ad.

A kezelési terv felállítása sebész, radiológus és gasztroenterológus TEAM munka alapján javasolt.