

Mélyvénás thrombosis kezelése portális hipertonia miatt operált betegünkénél

Dr. Kovács Tamás, Dr. Németh Péter
SZTE Gyermekklinika Gyermeksebészeti Osztály

A portális hipertonia gyermekkorban a ritka betegségek közé tartozik. Mivel a kísérő oesophagus varicositas kezelése manapság a sclerotizálás, műtetre emiatt egyre kevesebb alkalommal kerül sor. Az obstrukció helye szerint megkülönböztetünk praehepatikus, intra- és posthepatikus formákat. Fontos választóvonal húzható az intra- és a praehepatikus obstrukció közé, mivel utóbbi esetben a májfunkció normális, és ez rendkívül lényeges prognosztikai faktor.

A praehepatikus formák legfőbb oka a vena portae thrombosisa, mely az újszülöttkorban leginkább perinatalis omphalitis, vena umbilicalis kanülálás, intraabdominális sepsis, dehydratio miatt jön létre, azonban az esetek mintegy a felében az ok ismeretlen. Jellemző, hogy a betegek májfunkciója normális, de a portális hipertonia klinikai jelei észlelhetőek: oesophagus varixokból eredő vérzések, hypersplenia.

Betegünk, B.S. először 7 éves korában került osztályunkra, 1993-ban. Akkor már évek óta ismert volt hyperspleniája és 2 alkalommal volt vérhányása, melyet más intézetben sclerotizáltak. Tünetei háttérben portális hipertonia igazolódott. Újszülött korában 2 hónapig kezelték váladékozó köldökét. Ismételt haematemesis miatt utalták osztályunkra.

Felvételi statusából óriási lépe emelendő ki. A labor vizsgálatok leukopeniát ($0,9 \times 10^9/l$), thrombocytopeniát ($40000/\mu l$), anaemiát (htk:0,32), emellett normális májfunkciót (GOT:19, GPT: 25, se Bi:12 $\mu mol/l$, se NH₃:5,87 $\mu mol/l$) mutattak. Hasi UH-n a portális hipertonia jelei látszódtak, a vena portaeban keringés nem volt detektálható. Ugyanakkor kiderült, hogy csak egy veséje van. Oesophagoscopia során a cardiatájékon több kifejezett varixot találtunk, melyeket sclerotizáltunk.

Tekintettel arra, hogy csak egy veséje volt, a bal vese kímélete érdekében spleno-renalis shunt készítése nem jött szóba. Így először splenectomiát végeztünk, majd a vena cava inferior és az iliacalis vénák kivezetése után az utóbbiakat lekötöttük, és end-to-end spleno-iliaco-cavalis shuntöt készítettünk. Az eseménytelen postoperatív szakban labor értékei is normalizálódtak (htk: 0,34, fvs: 9,4, thr: 350000, se NH₃:19,9).

A rendszeres ellenőrzések során Doppler UH vizsgálatokkal mindig jó áramlást sikerült kimutatni a shuntben. Többször történt nyelöcső-tükrözés is, háromszor sclerotizáltuk, ezután varixai visszafejlődtek.

Évekig tartó panaszmentes állapot után 2003. novemberében lázas állapot, enteralgia és torokfájás miatt került felvételre. A 3. napra manduláin tüszők jelentek meg, néhány napig septikus lázmenete volt. Ezután jobb alsó végtagja fájdalmassá, kifejezetten duzzadtá vált. Doppler UH mélyvénás thrombosiszt igazolt, a vena femoralis communis és a vena saphena magna lumenét is thrombus töltötte ki. Az elvégzett labor vizsgálatok normális alvadási paramétereket igazoltak. Nagy valószínűséggel a tüszőkből kiszabadult baktériumok okozta bacteraemia játszott szerepet a jobb alsó végtagi vénák gyulladásában. Konzervatív kezeléssel deltaparin (Fragmin) adása és szigorú ágynyugalom mellett panaszai csökkentek, lábkörfogata kisebb lett. Egy hét után mobilizáltuk, a deltaparint egy hónapig kapta. Doppler UH vizsgálaton jó kollaterális vénák kialakulását láttuk, és a thrombotizált erek perifériás részein már két hét után áramlást sikerült kimutatni. Tekintve alapbetegségét, hematológus javaslatára Syncumar kezelést nem indítottunk, csak venotonikumot (Venoruton tbl). Azóta lábkörfogata tovább csökkent, tünetmentessé vált.

Az esetet a porto-systemas shunt speciális fajtája, a szokatlan késői szövődmény és annak sikeres kezelése miatt tartottuk ismertetésre érdemesnek.