



Casus levercirrose

Dutch Liver Week

Lisette van Dam
AIOS MDL

21 juni 2018

Dhr M, 56 jaar

Verwijzing mei 2015: toename buikomvang + perifeer oedeem

Voorgeschiedenis:

- Appendectomie
- Hypertensie
- Palpitatieklachten, geen diagnose
- 2000 Alcoholabusus
- 2005 Diabetes Mellitus type 2
- 2008 Opname ivm pneumonie
- 2010 Obesitas, BMI 34

Anamnese

Anamnese:

- Bollere buik sinds enkele weken
- Dikke enkels, 1 week
- Zeurende buikpijn, constant aanwezig
- Dyspnoe bij inspanning
- Intake onveranderd
- Ontlasting onveranderd

Intoxicaties:

- Roken: 2008 gestopt, daarvoor 20 pack years
- Alcohol: 2008 gestopt, eerder 6-8 EH bier per dag enkele jaren

Medicatie:

- Metformine 2dd 1000mg, Gliclazide 1dd 60mg, Simvastatine 1dd 40mg
- Losartan/hydrochloorthiazide 1dd 50/12,5mg, Metoprolol 1dd 100mg

Diagnostiek

Lichamelijk onderzoek:

- Gewicht: 109 kg (6 mnd eerder 98 kg)
- Lengte: 181 cm

- Abdomen: bolle buik, wisselende tympanie, demping in de flanken, soepele buik, shifting dulness

- Extremititeiten: pitting oedeem bdz tot halverwege onderbeen

Diagnostiek

Laboratorium onderzoek:

- Hemoglobine 8,7 mmol/L
- Leukocyten 7,6 mmol/L
- Trombocyten 145 mmol/L

- INR 1,1

- Kreat 78 $\mu\text{mol/L}$
- Natrium 132 mmol/L
- Kalium 4,2 mmol/L

- Bilirubine $<17 \mu\text{mol/L}$
- Alkalisch fosfatase 161 U/L
- ASAT 72 U/L
- ALAT 55 U/L
- GGT 150 U/L

- Albumine 32 g/L
- CRP 5 mg/L

- Hepatitis B: negatief
- Hepatitis C: negatief

Diagnostiek

Echo:

- Ruime hoeveelheid ascites
- Kleine lever met hobbelige rand
- Hepatopetale flow vena porta
- Splenomegalie (milt 15 cm)

Punctie ascites:

- Albumine 5 mg/L (SAAG: 27 = transudaat)
- Leuko's 0,02 mmol/L

Gastroscopie:

- Significante varices slokdarm (start propranolol)
- Geen fundusvarices
- Aanwijzingen portale gastropathie

Conclusie

56 jarige man met:

Gedecompenseerde levercirrose met ascites

- etiologie: (N)ASH
- Kenmerken portale hypertensie: ascites, splenomegalie, oesofagus varices
- Kenmerken leversynthese en excretiefunctie: normaal
- Overig: geen tekenen van HCC

* Nu voornaamste klachten : ascites en perifeer oedeem

Klinische overwegingen

- **Ascites:**
 - Starten met diuretica?
 - Of eerst LVP (large volume paracentese) gevolgd door diuretica?
- **Niet medicamenteuze behandeladviezen:**
 - Welke adviezen met betrekking tot zoutbeperking?
 - Welke adviezen geef je patient mee wat betreft gewichtsverlies (kg/dag?)

Vervolg casus : eerste episode ascites bij levercirrose

- **Behandeling = bij graad 3 (tense) ascites**
 - Large volume paracentese + albumine teruggave (8 liter ascites gedraineerd)
 - Zoutbeperking mbv gespecialiseerde dietiste
 - Diuretica gestart met: Spironolacton 100mg + furosemide 40mg
 - Hierbij milde ascites, stabiel gewicht
- **Vervolg casus:**
 - Patient bleek toch nog `af en toe` alcohol te drinken
 - Volledig staken alcohol
 - Reductie van diuretica met eerst staken furosemide en reductie spironolacton tot 1 dd 50 mg

Maart 2016: verdenking recidief ascites

Anamnese:

- Sinds twee weken meer spanning rondom middel
- Gewichtstoename van 5 kg
- Geen recidief alcohol, zoutbeperking gehandhaafd
- Geen koorts bemerkt, geen buikklachten, niet ziek geweest

Lichamelijk onderzoek:

- Abdomen: normale peristaltiek, wisselende tympanie met geringe demping flanken, aanwijzingen shifting dulness
- Gewicht: 101 kg

Laboratoriumdiagnostiek: niet bijdragend

→ **diuretica opgehoogd** (spironolacton 100 mg, vervolgens furosemide bijgestart 40 mg 1 dd 1) = **geen effect**



Differentiaal diagnose: recidief ascites

- Zoutbeperking niet voldoende gehandhaafd
- Spontane bacteriële peritonitis
- Ontwikkeling refractaire ascites
- Overig:
 - Vena porta trombose
 - HCC

Ascitespunctie: geen SBP

Echo: suspect voor vena porta trombose
(MRI lever na ascites drainage: vena porta trombose, geen HCC)

Klinische overwegingen

- Wanneer een v. porta trombose behandelen?
 - Altijd of in bepaalde situaties?
- Welke vorm anticoagulantia?

Vervolg casus

Gedecompenseerde levercirrose met recente ontwikkeling vena porta trombose

- Start innohep gedurende 3 mnd.
 - Ascites: 2 x LVP (large volume paracentese nodig gehad)
 - Uiteindelijk stabiel gewicht met behoud van mild tot matige ascites bij diuretica spironolacton 100 mg en furosemide 40 mg
- Juni 2016: controle middels echo / MRI lever

Vena porta trombose gering nog aanwezig → over op orale antistolling (acenoumarol)

Aug 2016: 112-melding: hematemesis

Anamnese:

- Misselijkheid gevolgd door direct hematemesis
- Recente periode toename van gewicht en buikomvang
- Heeft ook meer geklaagd thuis over steken abdomen, vermoeidheid en malaise de laatste dagen

Medicatie: o.a. propranolol mga 80mg, fenprocoumon VA, furosemide 1dd 40mg, spironolacton 1dd 100 mg

Diagnostiek

Lichamelijk onderzoek:

- RR 90/50 mmHg, pols 110/min, saturatie 95%, T37,6°C
- Abdomen: bolle buik, normale peristaltiek shifting dulness, gevoelig abdomen bij palpatie. Geen evidente druk en loslaatpijn.

Laboratorium onderzoek:

Hb 4.5 mmol/L (7.5)

Leuko 13,4 mmol/L

Ureum 19 mmol/L (8)

Kreat 100 umol/L (75)

INR 2.5 (1.3)

Albumine 25 g/L (30)

Bili 35 mmol/L (20)

ALAT 72 U/L (35)

ASAT 100 U/L (40)

CRP 58 mmol/L

Conclusie

56 jarige man bekend met gedecompenseerde levercirrose komt op de SEH ivm aanwijzingen

- 1) Hoge tractus digestivus bloeding: DD: varicesbloeding, ulcus, overig (portale gastropathie)
- 2) Tense ascites + malaise / buikpijn : cave SBP (primair / secundair), mede gezien CRP
- 3) Geringe toename leverinsufficiëntie en geringe nierinsufficiëntie

Klinische overwegingen

- Hoe te handelen bij een acute varicesbloeding?
- Wat te doen als ligatie onvoldoende effectief is?

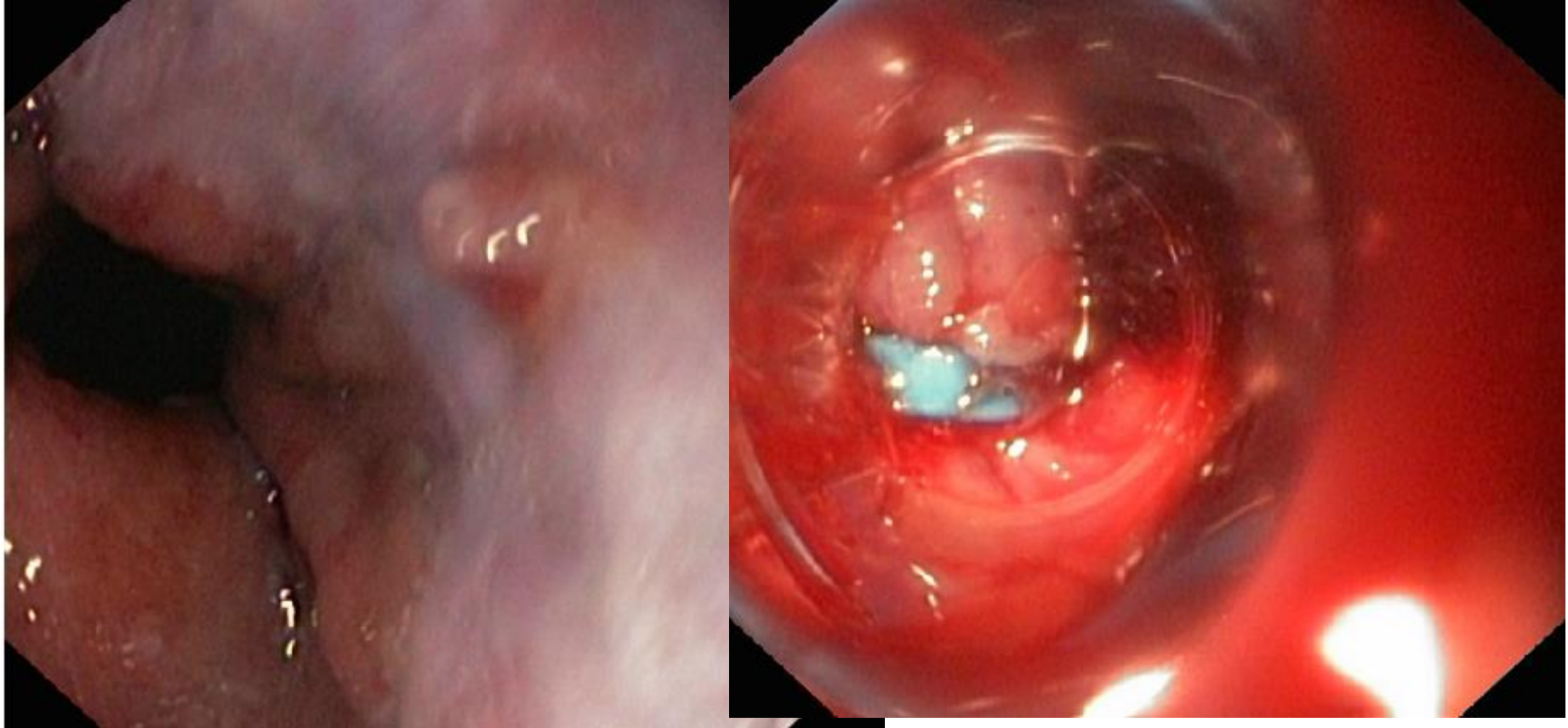
Vervolg casus

Gedecompenseerde levercirrose op SEH met verdenking varicesbloeding (en mogelijk SBP)

Gestabiliseerd op SEH:

- Octreotide 50ug bolus gevolgd door 50ug/h
- PPI 80mg bolus gevolgd door 8mg/h
- Ceftriaxon 2gr i.v.
- Staken propranolol
- FFP's gezien INR 2.5 bij orale antistolling
- Hypotensief / packed cells, geen diurese.
- Overgeplaatst naar IC ivm hemodynamisch instabiel en mogelijkheden voor endoscopie

Gastroscoopie op IC



Vervolg casus

Sedatie op IC wordt gestaakt:

- Patient ontwaakt maar matig

Laboratorium onderzoek:

Hb 6,5 mmol/L

Leuko 10,4 mmol/L

INR 1,5

CRP 80 mmol/L

Ureum 25

Kreat 265 mmol/L

Ammoniak 250 umol/L

Bilirubine 40

ASAT 120

ALAT 80

LDH 400

Ascitespunctie: PMN 0.40 = verdenking SBP

Conclusies

- Hepatische encefalopathie
- Nierinsufficiëntie en geringe toename leverinsufficiëntie
- Pre-existent waarschijnlijk SBP

Klinische overwegingen

- Wat is de behandeling van acute hepatische encefalopathie?
Is er een rol voor rifaximin?
- Hoe diagnostiseer je hepatorenaalsyndroom en wat is de behandeling?

Vervolg casus = Op IC met hepatische encefalopathie en nierinsufficiëntie

Behandeling:

- Lactulose klysma's

→ Na 1 dag: Verbetering EMV score, nog wel onrustig, patiënt kan gedetubeerd worden

→ Ondanks normotensief, kreatinine stijgt naar 415umol/L

Diagnostiek

Serum:

- Leuko's 10,3 mmol/L, CRP 60 mmol/L
- Kreat 415 $\mu\text{mol/L}$; GFR 15 mL/min Bili 30 $\mu\text{mol/L}$
- Natrium 125 mmol/L INR 1,4
- Osmol 265

Urine:

- Albumine $<0,2$ mg/L → **Type 1 Hepatorenal syndroom**
- Natrium 5 mmol/L
- Kalium 25 mmol/L → **Meld 24**
- Osmol 250

Klinische overwegingen

- Wanneer is overleg en verwijzing geïndiceerd naar transplantatie centrum?
- Bestaat er, gezien het nierfalen, ook een indicatie voor niertransplantatie?

Vervolg casus : Acuut op chronisch leverfalen

- Overplaatsing naar UMCG
- Geen verbetering HRS type 1 met terlipressine
 - Op lijst voor OLT
 - OLT vindt plaats : CMV mismatch (donor + / patient -)

Voorspoedig verloop peri / postOLT

- Nierfunctie verbeterd
- Patient hersteld en kan naar huis ontslagen worden

Dec 2017

3 mnd na OLT: huisarts belt ivm koorts

Anamnese:

- Vermoeidheid
- Beetje gewrichtspijn, spierpijn, malaise
- Nu koorts: 38,7°C

Vragen van huisarts:

- Afwachten, want mogelijk viraal?
- Presenteren op SEH? Of wachten tot verdere ontwikkeling?

Klinische overwegingen

- Hoe vragen van huisarts te beantwoorden?
 - Patient laten komen of expectatief thuis?
- Wat is de differentiaal diagnose van vroege en late infectieuze complicaties na levertransplantatie?