

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΗΠΑΤΟΣ

Αλεξάνδρα Αλεξοπούλου

Καθηγήτρια

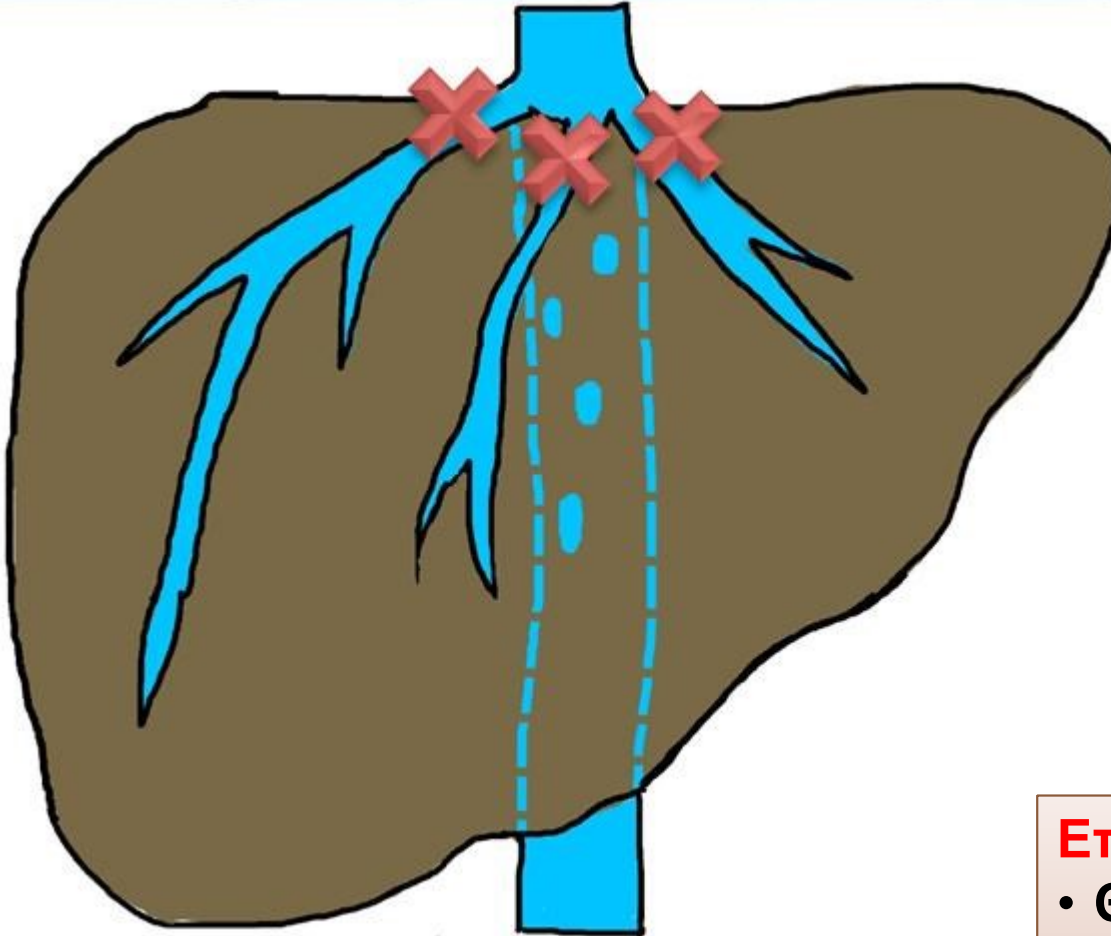
Β' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή

Ιπποκράτειο ΓΝΑ

ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

- Θρόμβωση ηπατικών φλεβών (Σ. Budd-Chiari)
- Θρόμβωση πυλαίας φλέβας
- Απόφραξη της ηπατικής αρτηρίας → ισχαιμική χολαγγειοπάθεια
- Σύνδρομο απόφραξης κολποειδών λόγω χρήσης ΧΜΘ/ΑΘ για μεταμόσχευση μυελού
- Αποφρακτική πυλαία φλεβοπάθεια χαρακτηρίζεται από απόφραξη ή διαταραχή της αρχιτεκτονικής των τελικών πυλαίων φλεβιδίων (θρομβοφιλία ή σχιστοσωμίαση)
- Οζώδης αναγεννητική υπερπλασία λόγω διαταραχών της ηπατικής μικροκυκλοφορίας
- Ηπατική πελίωση χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών κυστικών σχηματισμών με αιματηρό περιεχόμενο

Σύνδρομο Budd-Chiari

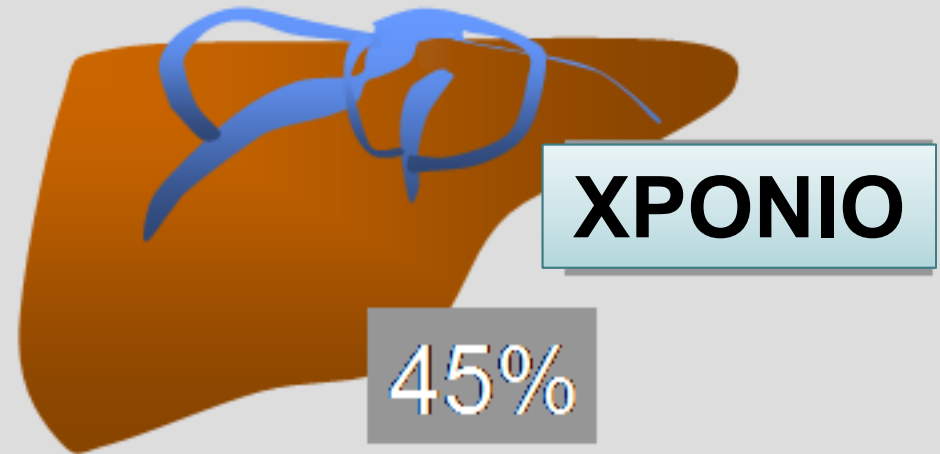
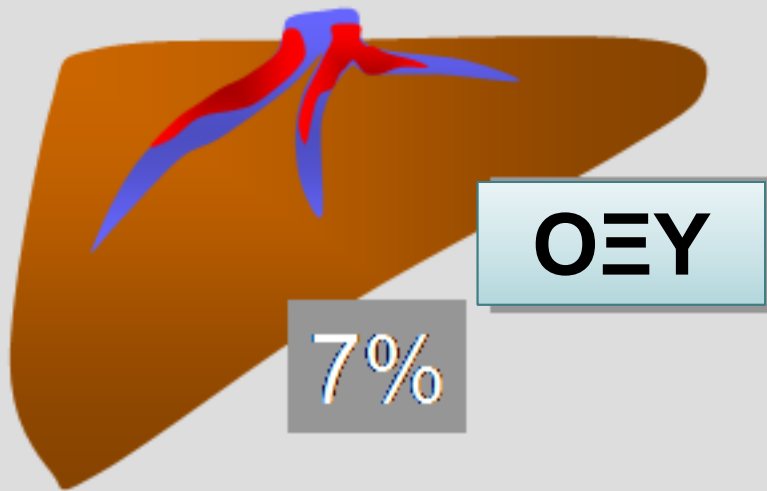


Παρεμπόδιση φλεβικής απορροής από το ήπαρ, λόγω κωλύματος σε οποιοδήποτε σημείο, από τις ηπατικές φλέβες μέχρι την είσοδο της κάτω κοίλης στον δεξιό κόλπο

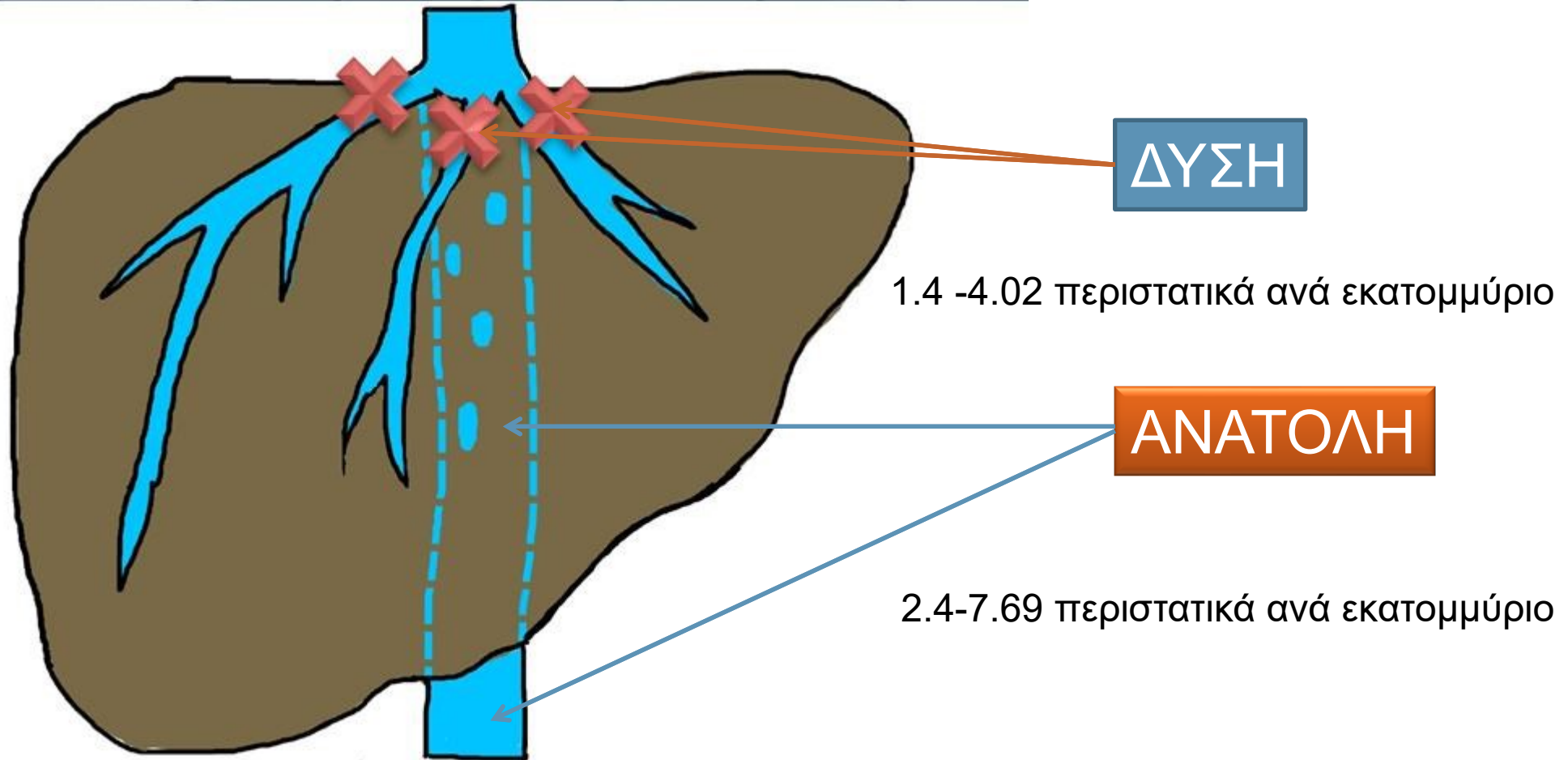
Ετερογένεια

- Θέση απόφραξης (ΚΚΦ/ΗΦ)
- Αριθμός αποφραγμένων ηπατικών φλεβών
- Ταχύτητα εξέλιξης

ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BUDD-CHIARI



ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ BUDD-CHIARI ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΓΕΩΓΡΑΦΙΑΣ



ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Πυρετός
- Κοιλιακό άλγος (62%)
- Ασκίτης (81%)
- Οίδημα κάτω άκρων (27%)
- Κιρσοί κοιλιακού τοιχώματος
- Κιρσορραγία (5%)
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια (9%)

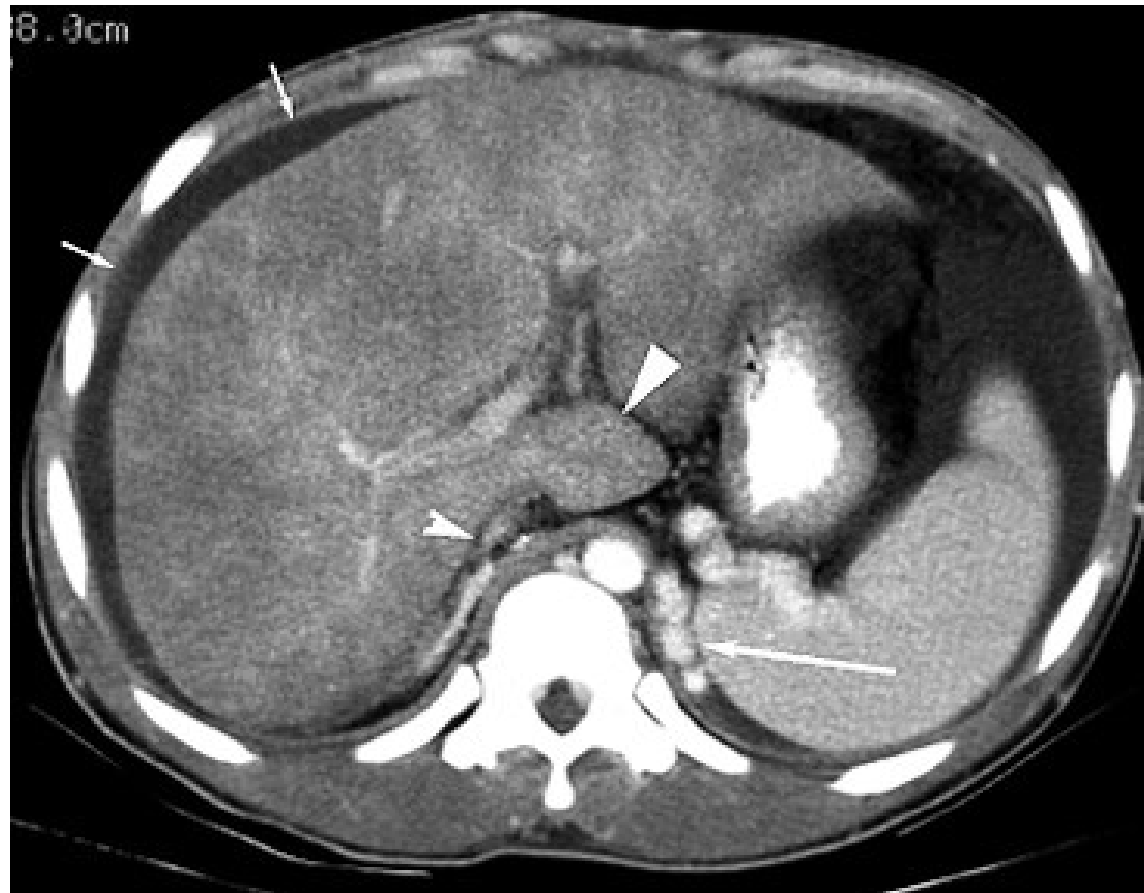
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ BUDD CHIARI

- Πρωτοπαθές όταν η υποκείμενη αιτία είναι αμιγής αγγειακή νόσος όπως θρόμβωση ή φλεβίτιδα
- Δευτεροπαθές όταν η απόφραξη προκαλείται από εξωαυλική πίεση εκ:
 - ΗΚΚ
 - καρκινώματος των νεφρών ή των επινεφριδίων,
 - πρωτοπαθούς ηπατικού αιμαγγειοσαρκώματος, σαρκώματος της κάτω κοίλης φλέβας ή
 - μυξώματος του δεξιού κόλπου
 - παρασιτικές και μη ηπατικές κύστες
 - αποστήματα μέσω πίεσης των αγγείων και συνακόλουθης θρόμβωσης

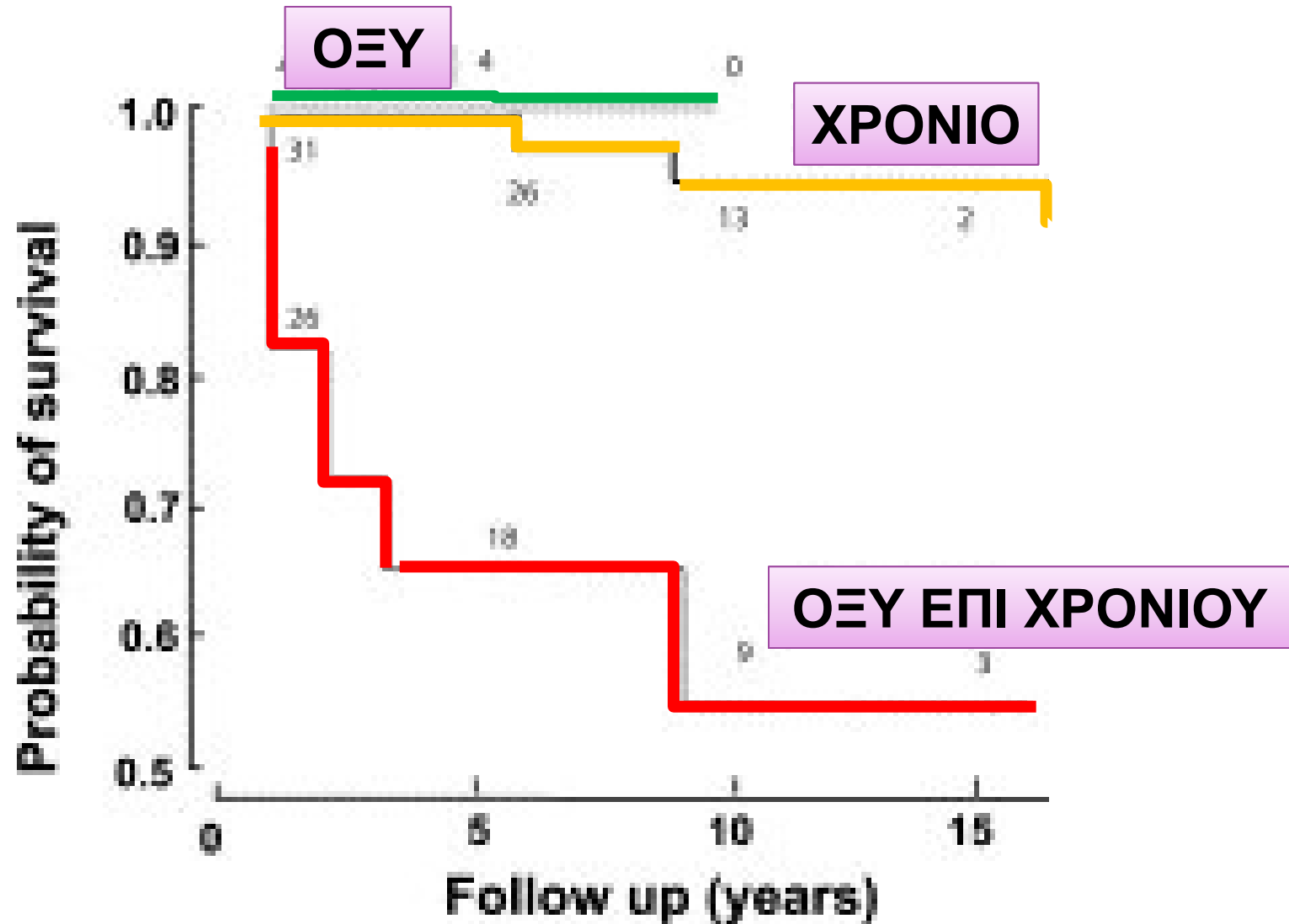
ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΕΚΛΟΓΗΣ

- Doppler υπερηχογράφημα
- Αναγνωρίζονται ενδοηπατικά και υποκάψια παράπλευρα αγγεία, (ευαισθησία 80% των ασθενών με BDS)
- Αποτυχία απεικόνισης των ηπατικών φλεβών ή η οφιοειδής πορεία τους παρέχει έμμεσες ενδείξεις για τη διάγνωση
- Αξονική τομογραφία υπολείπεται σε αξιοπιστία (50% ειδικότητα)
- Μαγνητική τομογραφία υπολείπεται στην αναγνώριση των παράπλευρων αγγείων, απεικονίζει όμως ευχερέστερα την ύπαρξη στερεού υλικού ενδοαυτικά
- Χαρακτηριστικό εύρημα στις 2 τελευταίες μεθόδους αποτελεί η απεικόνιση διαταραχής του φυσιολογικού προτύπου διάχυσης του σκιαγραφικού και η διόγκωση του κερκοφόρου λοβού

ΤΥΠΙΚΑ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ



ΤΥΠΟΙ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ BUDD-CHIARI



ΣΥΜΒΟΛΗ ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ

Παράγοντες κινδύνου	Θρόμβωση Πυλαίας	Συνδρομο Budd-Chiari
Μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα	30-40%	40-50%
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο	6-19%	4-25%
Παροξυσμική νυχτερινή αιμοσφαιρινουρία	0-2%	0-4%
Νόσος Behcet	0-31%	0-33%
Μεταλλάξεις V (Leiden)	6-32%	6-32%
Μεταλλάξεις προθρομβίνης (F II)	14-40%	5-7%
Ανεπάρκεια πρωτεΐνης C	0-26%	10-30%
Ανεπάρκεια πρωτεΐνης S	2-30%	7-20%
Ανεπάρκεια αντιθρομβίνης	0-26%	0-23%
Ανεπάρκεια πλασμινογόνου	0-6%	0-4%
Πρόσφατη κύηση	6-40%	6-12%
Χρήση από του στόματος αντισυλληπτικών	12%	6-60%
Υπερομοκυστιναιμία?	12-22%	37%

ΘΡΟΜΒΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ BUDD- CHIARI

Παράγοντες	Θρόμβωση ηπατικών φλεβών	Θρόμβωση πυλαίας φλέβας
ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑΣ %	84	67
ΠΟΛΛΑΠΛΟΙ %	46	18
ΤΟΠΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ%	5	21

ΜΥΕΛΟΪΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ

- Αληθής πολυκυτταραιμία σε 52.9% και ακολουθούν ιδιοπαθής θρομβοκυττάρωση και ιδιοπαθής μυελοϊνωση
- Αταξινόμητα MPD
- Το επίχρισμα περιφερικού αίματος συχνά οδηγεί σε υποδιάγνωση, καθώς ο υπερσπληνισμός αλλοιώνει την αναμενόμενη εικόνα

ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΑΛΛΑΓΗΣ JAK 2

- Η ανακάλυψη το 2005 της **JAK2** αποτελεί σταθμό στην διάγνωση των μυελοϋπερπλαστικών νοσημάτων
- Αναθεώρησε τα διαγνωστικά κριτήρια (WHO 2008)
- Η μεταλλαγή θέτει **ταχέως** την διάγνωση και παραμερίζει δύσκολες και εξειδικευμένες διαδικασίες του παρελθόντος
- Η μετάλλαξη JAK2 ανιχνεύεται σε ποσοστό ~28% στην πυλαία θρόμβωση και στο 40% στην θρόμβωση των ηπατικών φλεβών

ΜΕΤΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ ΓΟΝΙΔΙΟ ΤΗΣ ΚΑΛΡΕΤΙΚΟΥΛΙΝΗΣ

- 10-15% των ασθενών με θρόμβωση των σπλαγχνικών αγγείων και MPD δεν έχουν JAK2
- Από αυτούς
 - 25% με ET
 - 35% με MF και
 - 0% της PV
- Οι μισοί από αυτούς χωρίς JAK2 έχουν μεταλλαγή στο γονίδιο της CALR

Σύνδρομο μεμβρανώδους απόφραξης του ηπατικού τμήματος της κάτω κοίλης φλέβας (hepatic vena cava syndrome)

- Πρόκειται για χρόνια νόσο, που έχει συσχετιστεί με δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης.
- Μερική απόφραξη της κάτω κοίλης πλησίον του σημείου εκβολής των ηπατικών φλεβών.
- Βασική εκλυτική αιτία είναι η λοίμωξη ή/και η μικροβαιμία
- Παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με επηρεασμένη ανοσιακή απάντηση ή υπερανάπτυξη της εντερικής χλωρίδας
- Αρχίζει από την ανάπτυξη εστιακής θρομβοφλεβίτιδας, η οποία εξελίσσεται στον εστιακό σχηματισμό ώριμου ινώδους ιστού και μόνιμη αγγειακή στένωση.
- Σε ποσοστό μεγαλύτερο του 70% εξελίσσεται σε κίρρωση του ήπατος και στο 10-20% σε ανάπτυξη ηπατοκυτταρικού καρκινώματος

Αντιμετώπιση (Μέτρα) στο BCS

- Έλεγχος για κίρσους οισοφάγου-εκκρίζωση
- **LMWH**: / Άμεση έναρξη/ Αντι-Χα σε θεραπευτικά επίπεδα (0,5-0,8)
- **Κουμαρινικά**: INR 2-3/ Χορήγηση διά βίου
- **Θρομβόλυση?**: Περιορισμένη εμπειρία/Πρόσφατος θρόμβος (3-4 w) ΌΧΙ σε χρόνια μορφή
- **Αγγειοπλαστική-Ενδοπρόθεση**: Εντοπισμένη απόφραξη/Συχνή υποτροπή απόφραξης
- **TIPS**: Υποξεία, χρόνια μορφή/ >70% 5-ετής επιβίωση
- **Μεταμόσχευση**: Επί αποτυχίας των ανωτέρω (10-20%)-Κεραυνοβόλος μορφή/ 76% 5-ετής επιβίωση (65-95% σε διάφορες σειρές)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΣΤΟ BCS

ΣΤΟ ΟΞΥ BUDD-CHIARI ΚΑΙ
ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΥΞΗΣΗ > 5
Χ ULN & ΑΡΓΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΩΝ ALT

Πόσο γρήγορα πρέπει να επέμβουμε?
3 ημέρες?

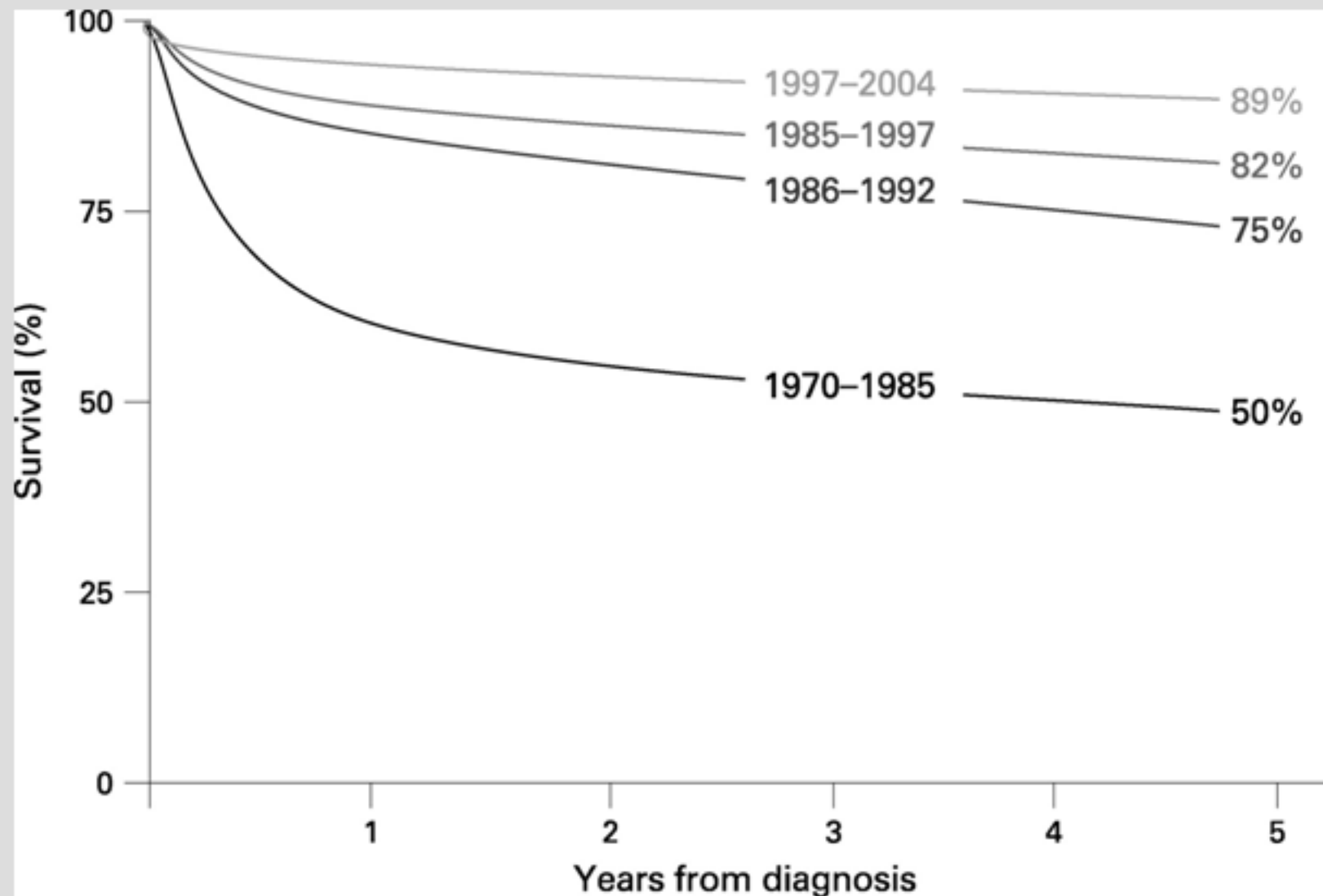
Αντιπηκτική αγωγή

- Αγγειοπλαστική
- Θρομβόλυση
- Ενδοπρόθεση

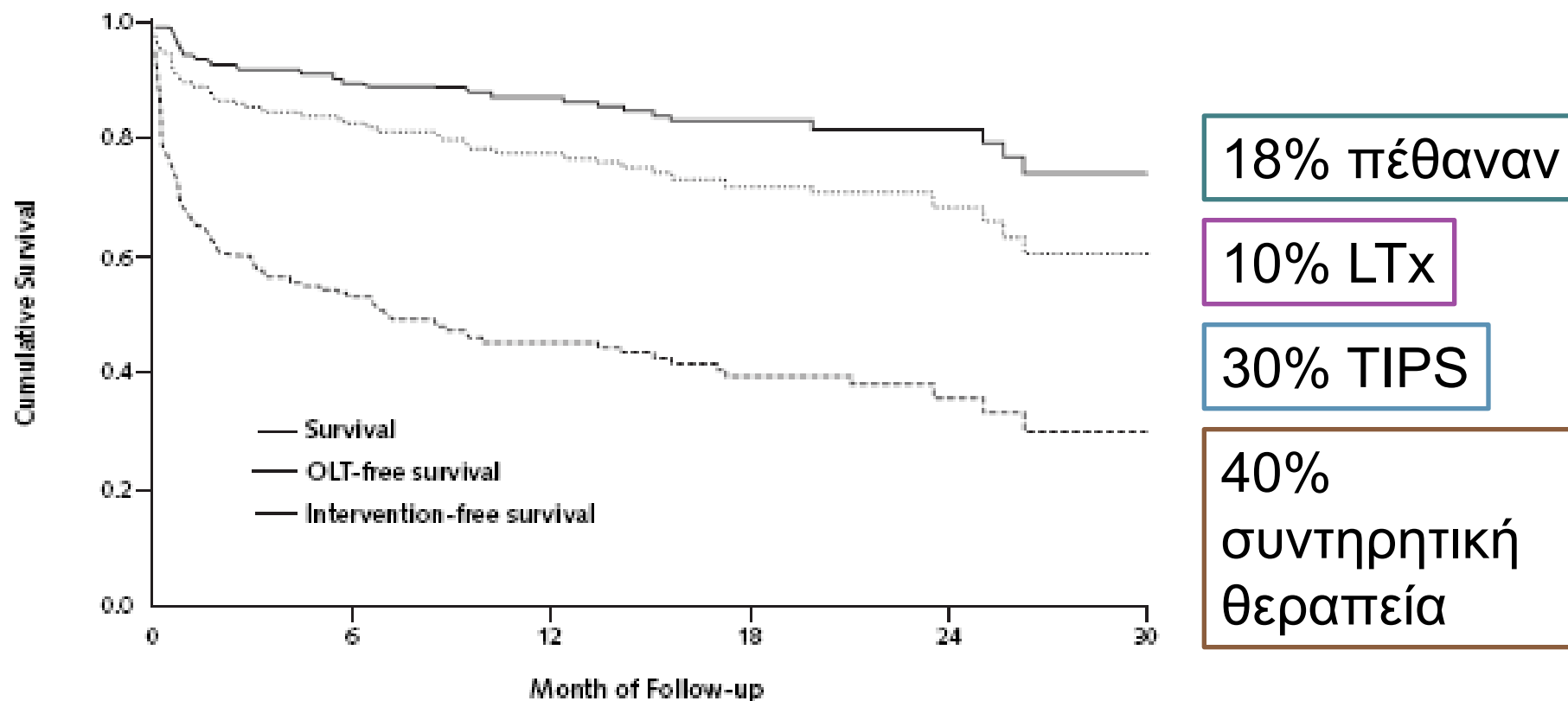
TIPS

Μεταμόσχευση

Σύνδρομο Budd-Chiari - Βελτίωση της επιβίωσης τις τελευταίες δεκαετίες

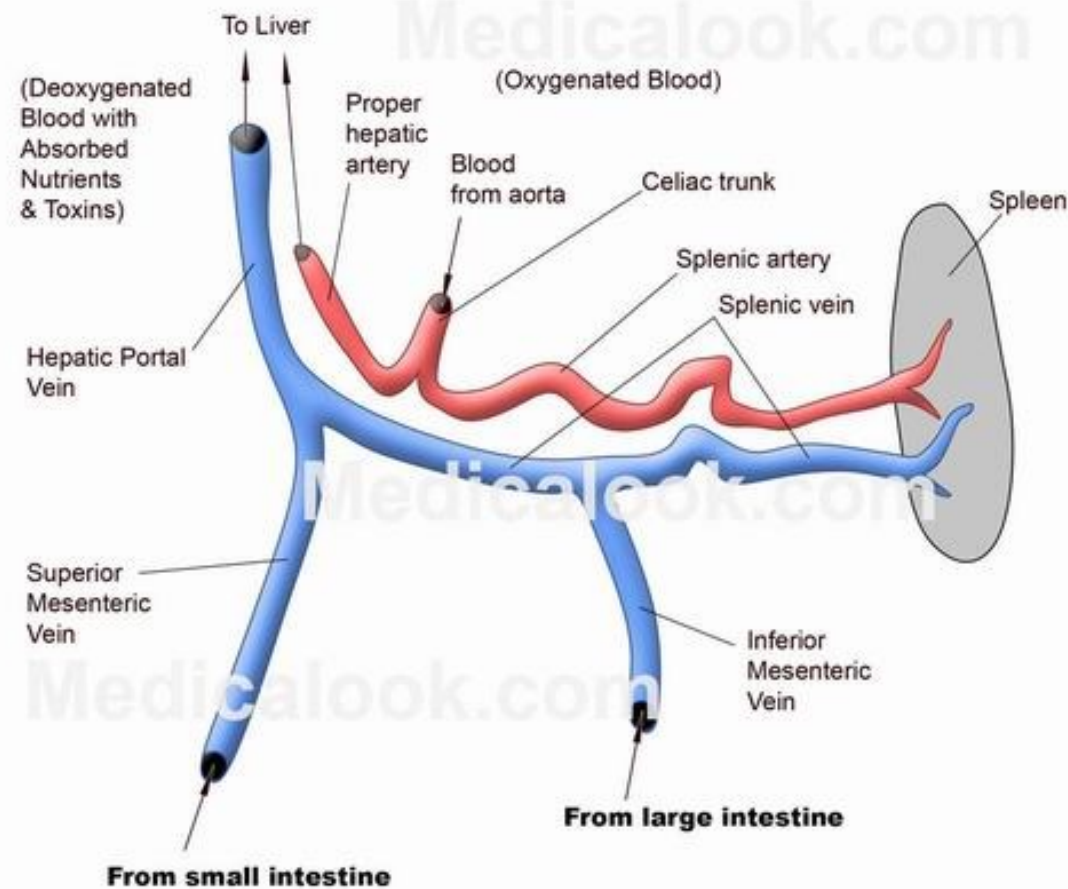


Πιθανότητα επιβίωσης με και χωρίς επεμβατική θεραπεία



- Άνευ θεραπείας: Συμπτωματικές μορφές, 90% θνητότητα εντός 3ετίας (Ανθεκτικός ασκίτης, κίρσορραγία, ηπατική ανεπάρκεια)
- Υπό θεραπεία: 90% 5ετής επιβίωση!

ΠΩΣ ΣΧΗΜΑΤΙΖΕΤΑΙ Η ΠΥΛΑΙΑ ΦΛΕΒΑ



ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

- Σε υλικό από 23796 αυτοψίες, η συχνότητα της PVT εκτιμάται στο 1% στο γενικό πληθυσμό,
- Μέση ηλικία εκδήλωσης τα 68 έτη για τους άνδρες και τα 71 για τις γυναίκες,
- Χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στην επίπτωση μεταξύ των φύλων.
- Στις αναπτυσσόμενες χώρες, αποτελεί το αίτιο πυλαίας υπέρτασης στο 30% των ενηλίκων και το 75% των παιδιών

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

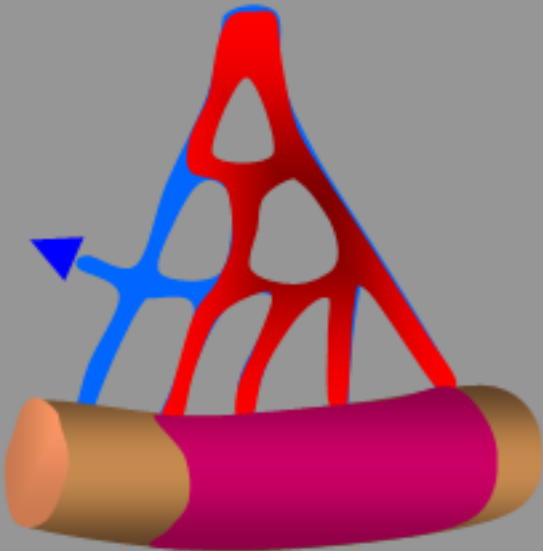
- Τα τοπικά αίτια που αναγνωρίζονται στο 30% περίπου των ασθενών
- Τα συστηματικά στο υπόλοιπο 70% του συνόλου
- Η κίρρωση, το ΗΚΚ ή δευτεροπαθής ηπατική νεοπλασία αποτελούν τις συχνότερες αιτίες
- Ακολουθούν οι ενδοκοιλιακές λοιμώξεις και φλεγμονές (10%) και τα μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα (3%).
- Στο 14% των ασθενών δεν ανευρίσκεται υποκείμενη αιτία.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗΝ ΚΙΡΡΩΣΗ

- Η συχνότητα θρόμβωσης της πυλαίας υπολογίζεται στο 11-17% του συνόλου των ασθενών και αυξάνεται αναλογικά με τη βαρύτητα της ηπατικής νόσου.
- PVT εκδηλώνει το 1% των ασθενών με αντιρροπούμενη νόσο
- Το ποσοστό αυξάνεται στο 8-25% στην ομάδα των υποψηφίων για μεταμόσχευση ήπατος,
- Στο 14-39% των υποβληθέντων σε ορθοτοπική μεταμόσχευση
- Στο 13-44% στους ασθενείς με ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα
- Σε κιρρωτικούς ασθενείς με οξεία ρήξη της αντιρρόπησης ή μη αναμενόμενη επιβάρυνση της κλινικής πορείας πρέπει πάντα να αποκλείεται η PVT

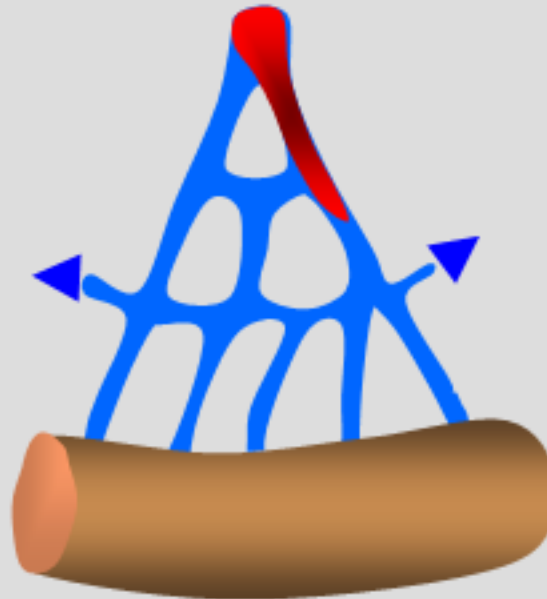
ΤΥΠΟΙ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ

Θρόμβωση άνω
μεσεντεριου



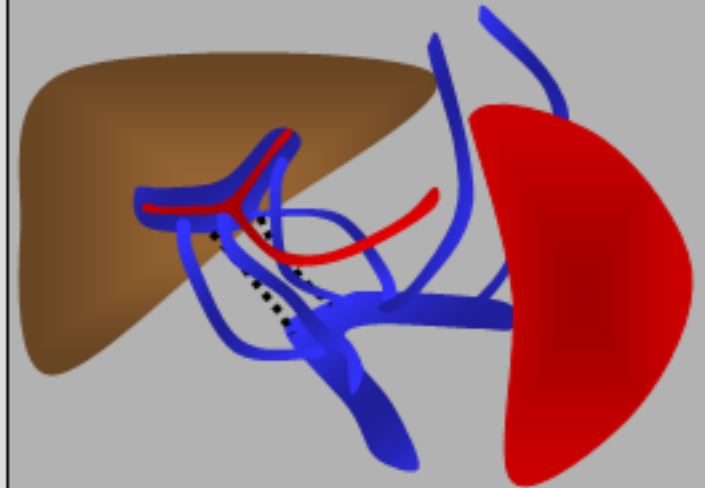
Κοιλιακό άλγος
Περιτονίτιδα
Πολυοργανική
ανεπάρκεια

Οξεία Θρόμβωση
χωρίς επιπλοκές



Κοιλιακό άλγος
Ναυτία
Πυρετός
Μικρός ασκίτης

Χρόνια Θρόμβωση
Επιπλοκές πυλαίας
υπέρτασης



σπληνομεγαλία,
παγκυτταροπενία,
κίρσοι οισοφάγου

ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΦ

- Κοιλιακό άλγος συνοδεύεται από δυσπεπτικά ενοχλήματα και γενική κακουχία
- Στη φυσική εξέταση η κοιλία είναι συχνά μετεωρισμένη
- Περιτοναϊσμός όταν υπάρχει υποκείμενη ενδοκοιλιακή φλεγμονή ή λοίμωξη ή όταν η PVT επιπλέκεται με εντερική ισχαιμία
- Ενδείξεις ισχαιμίας αποτελούν η επιμονή σοβαρού κοιλιακού άλγους για 5-7 ημέρες, η αιματηρή διάρροια και ο ειλεός

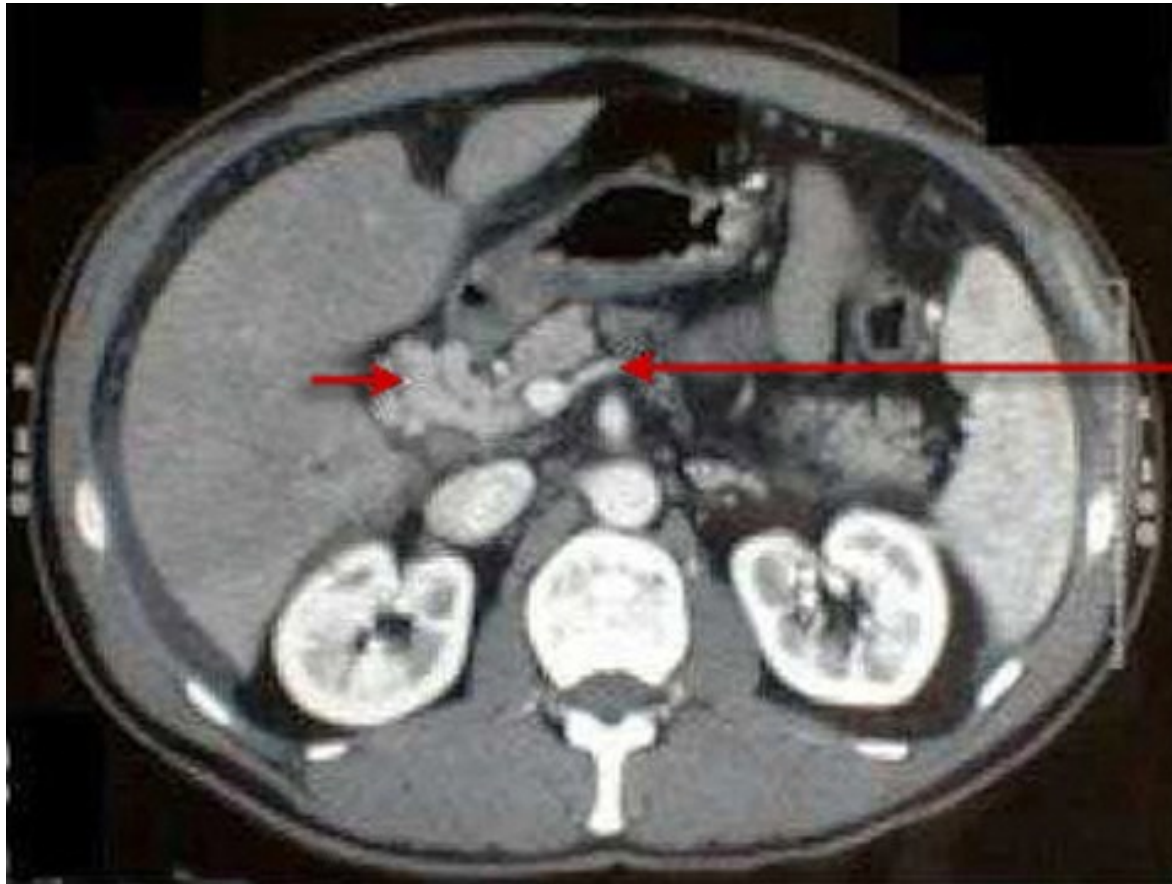
ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΦ

- Οι πυλαιοσυστηματικές αναστομώσεις αναπτύσσονται 3-5 εβδομάδες μετά την οξεία απόφραξη (σηραγγώδης μετατροπή - portal cavernoma).
- Γαστροοισοφαγικοί κίρσοι, συνήθως μεγάλου μεγέθους, αναπτύσσονται τάχιστα, εντός μηνός, από τη θρόμβωση και ανευρίσκονται στο 20-55% των ασθενών.
- Έκτοποι κίρσοι αναγνωρίζονται συχνότερα στην PVT
- Η κίρσορραγία είναι η συχνότερη εκδήλωση της χρόνιας PVT στους ενήλικες.

ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

- Εκδηλώσεις πυλαίας υπέρτασης
- Υποτροπιάζουσες κιρσορραγίες και ηπατική εγκεφαλοπάθεια λόγω των μεγάλων πυλαιοσυστηματικών αναστομώνσεων
- Διαταραχή της μορφολογίας των χολαγγείων (πυλαία χολαγγειοπάθεια)

ΣΗΡΑΓΓΩΔΗΣ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ (CAVERNOMA)



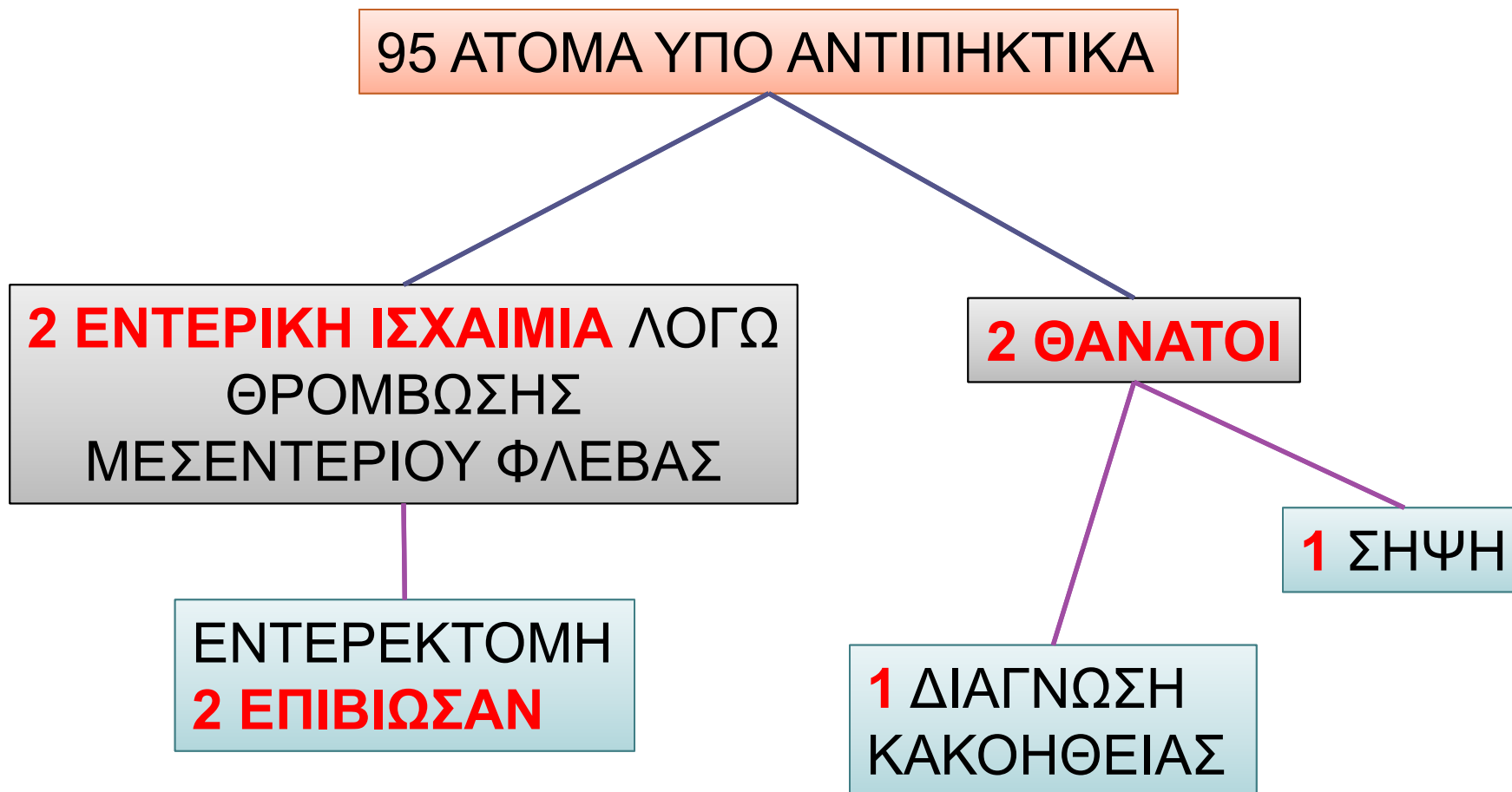
ΑΙΤΙΑ ΕΞΩΗΠΑΤΙΚΗΣ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ ΧΩΡΙΣ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΗ ΚΙΡΡΩΣΗ Η ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ

Συστηματικά	
Μυελοϋπερπλαστικά σύνδρομα	14-35%
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο	6-11%
Παράγων V Leiden	3-8%
Μεταλλαγή στο γονίδιο της προθρομβίνης	3-22%
Ανεπάρκεια της πρωτεΐνης S	2-30%
Ανεπάρκεια της πρωτεΐνης C	0-7%
Ανεπάρκεια της αντιθρομβίνης	1-5%
Μεταλλαγή του γονιδίου MTRR με αύξηση της ομοκυστεΐνης	
Στα παιδιά συνήθως ομφαλίτις	
Τοπικά	
Φλεγμονώδεις και λοιμώδεις παθήσεις	5-17%
Χειρουργική επέμβαση	5-30%
Τραύμα	0-3%

ΤΟΠΙΚΑ ΑΙΤΙΑ ΠΥΛΑΙΟΦΛΕΒΙΤΙΔΑΣ

Αίτιο	N (%)
Εκκολπωματίτις	30
Οξεία σκωληκοειδίτις	19
ΙΦΝΕ	6
Οξεία παγκρεατίτις	5
Οξεία γαστρεντερίτις	4
Οξεία χολαγγειίτις	3
Ομφαλίτις	3
Ηπατικό απόστημα	2
Αμοιβάδωση	2
ΑΛΛΑ	24
Σύνολο	100

ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ

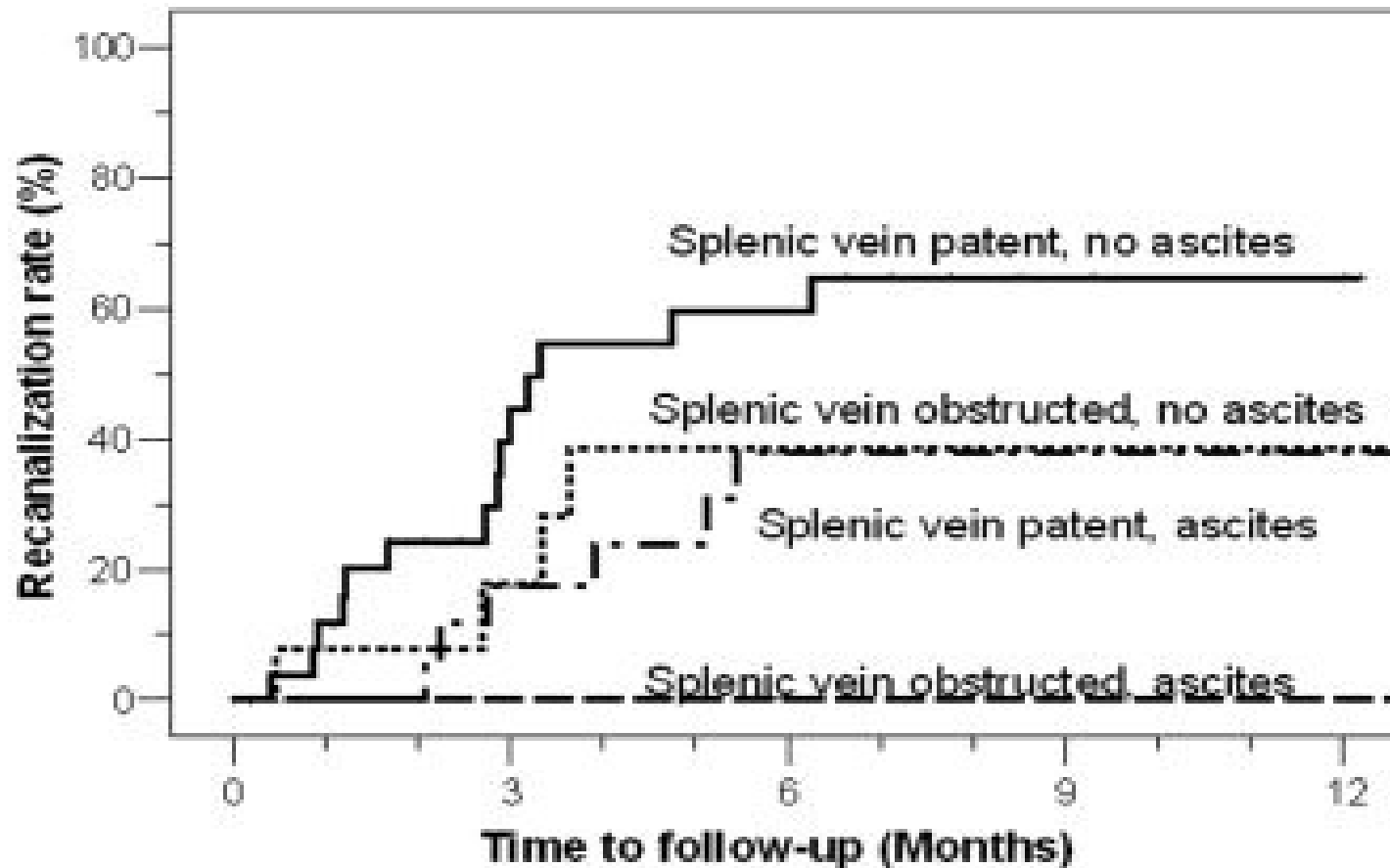


ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΘΡΟΜΒΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

- Θρόμβωση ανω μεσεντερίου
 - Συχνότητα 2-28%
 - Θνητότητα 20-60%
- Σε οξεία θρόμβωση η θνητότητα ποικίλλει 0-76%
- Στα 10 έτη 54% επιβίωση συνολικά αλλά 81% σε ασθενείς χωρίς κίρρωση
- Η κίρρωση 6% των θανάτων
- Πιο ισχυρός παράγων της θνητότητας η υποκείμενη νόσος
- Σε 83 ασθενείς χωρίς υποκείμενη κακοήθεια ή θρόμβωση άνω μεσεντερίου μόνο 1 ένας απεβίωσε από κίρρωση

ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΣΗΡΑΓΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ



ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- Στην οξεία θρόμβωση
 - Προφυλάσσει από την επέκταση του θρόμβου και συμβάλλει στη επανασηραγγοποίηση του αγγείου

• Η ένταση της αντιπηκτικής αγωγής (μέσα

Απαραίτητη η διά βίου όταν υπάρχει

- αποδεδειγμένη υποκείμενη θρομβοφιλική διαταραχή
- ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό θρόμβωσης
- εκτεταμένη θρόμβωση?
- Αντίθετα, αν καθυστερήσει το ποσοστό ελαττώνεται στο **25%**

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

- Στην χρόνια θρόμβωση των σπλαγχνικών αγγείων δεν υπάρχει ομοφωνία
- **Κίνδυνος αιμορραγίας** ιδιαίτερα αν υπάρχουν κίρσοι, χαμηλά αιμοπετάλια

Η ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΩΝ ΚΙΡΣΩΝ και Η ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ ΜΕ Β-ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

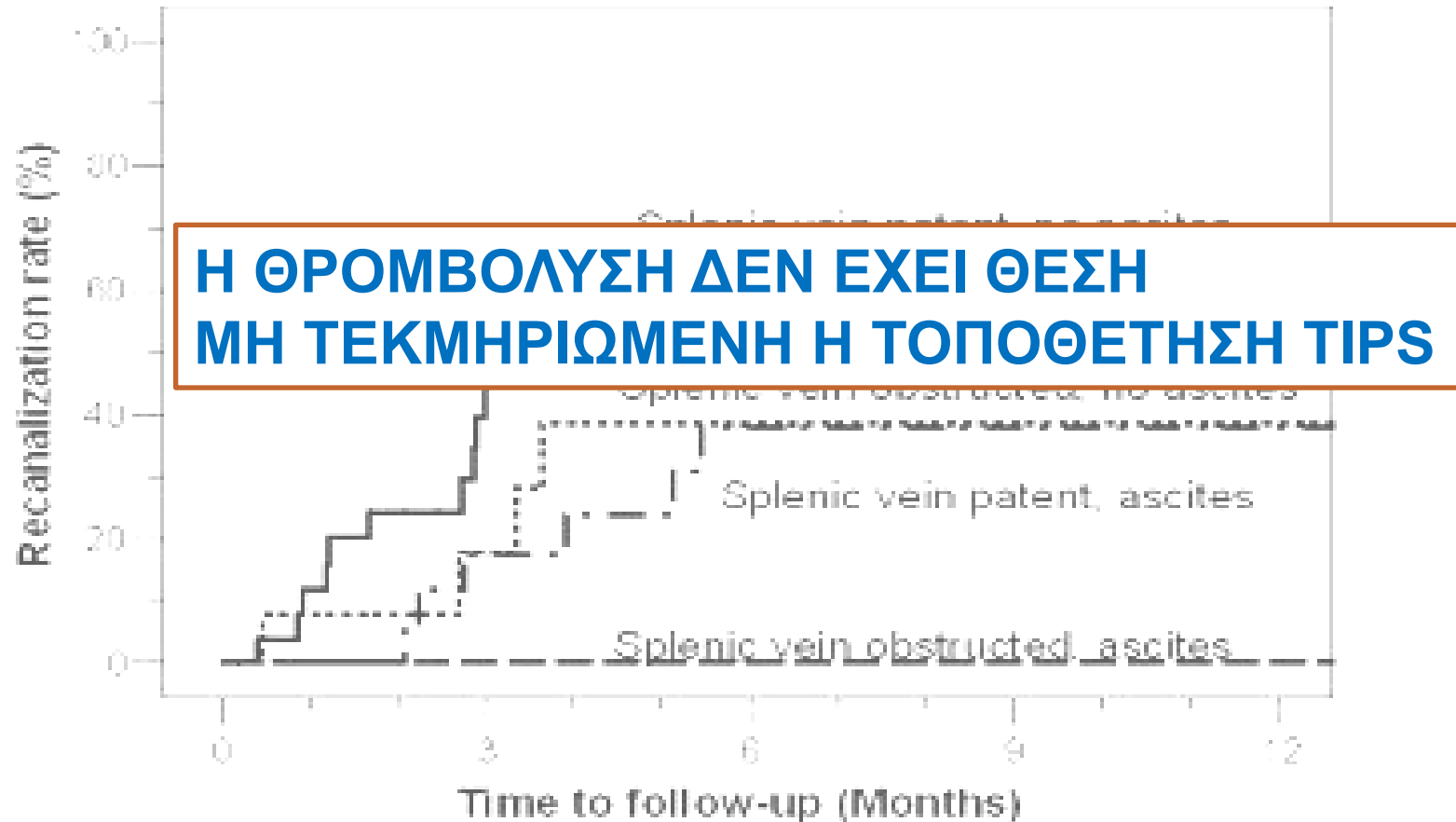
ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΠΥΛΑΙΑΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

- Οι θάνατοι σε ασθενείς με θρόμβωση πυλαίας συσχετίζονται περισσότερο με επέκταση της θρόμβωσης προς την άνω μεσεντέριο και όχι με κίρσοραγία
- Σε ασθενείς με χρόνια PVT χωρίς κίρρωση ή κακοήθεια η

Σε υποκείμενο MYN χορηγείται επίσης υδροξυουρία ή αναγρελίδη

- Κανένα θάνατο από κίρσοραγία και θρόμβωση άνω μεσεντερίου
- Απουσία επέκτασης της θρόμβωσης
- Χωρίς διαφορές στις ανάγκες για μετάγγιση, εισαγωγές στο νοσοκομείο, επεισόδιο αιμορραγίας

ΟΞΕΙΑ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ



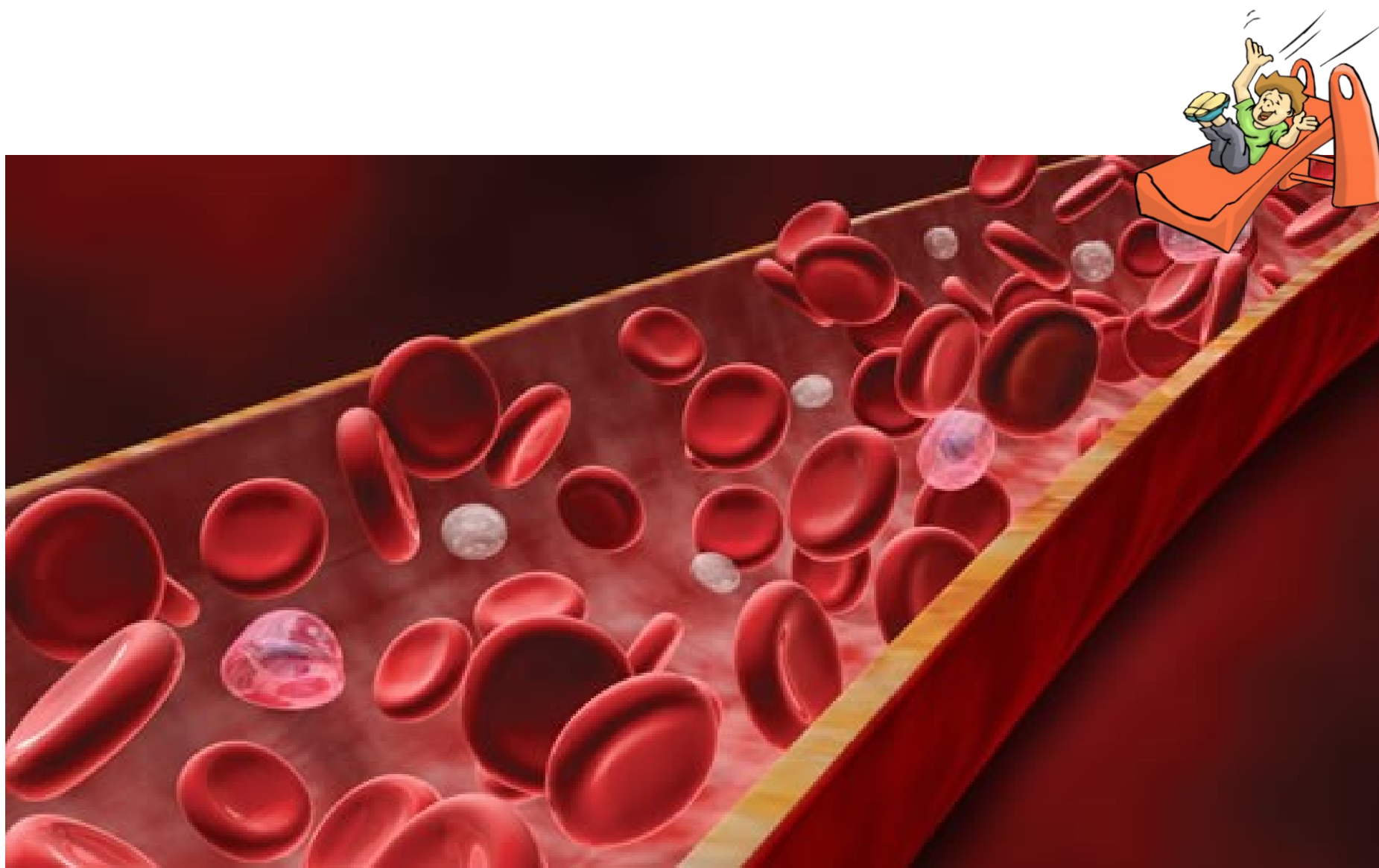
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 1

Η θρόμβωση των σπλαγχνικών αγγείων

- Μπορεί να έχει κακή πρόγνωση
- Η οξεία επί χρονίας έχει χειρότερη πρόγνωση
- Πολλοί παράγοντες μπορεί να συμμετέχουν στην αιτιολογία
- Πολυπαραγοντική αιτιολογία συχνότερα στο BCS
- Στο BCS είναι συχνότεροι οι προθρομβωτικοί παράγοντες
- Στην ΘΠΦ είναι συχνότεροι οι τοπικοί παράγοντες

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 2

- Η θεραπεία βασίζεται στην έγκαιρη αντιπηκτική αγωγή
- Η επανασηραγγοποίηση στην οξεία ΘΠΦ θα επιτευχθεί στο 50-90%
- Στην επανασηραγγοποίηση στην ΘΠΦ έχει ιδιαίτερη σημασία η έγκαιρη έναρξη αντιπηκτικής αγωγής, η έκταση της θρόμβωσης και η αιτιολογία



ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

ΠΡΟΘΡΟΜΒΩΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΤΗΝ ΘΡΟΜΒΩΣΗ ΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΩΝ Η ΤΗΣ ΠΥΛΑΙΑΣ ΦΛΕΒΑΣ

	Θρόμβωση ηπατικών φλεβών	Θρόμβωση πυλαίας φλέβας
Μυελουπερπλαστικά νοσήματα (%)	49	21
Αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (%)	20	8
Μεταλλαγή στον παράγοντα V Leiden (%)	12	3
Μεταλλαγή στο γονίδιο του παράγοντα II (%)	3	13
Παροξυσμική νυκτερινή αιμοσφαιρινουρία (%)	10	0

Murad Ann Intern Med 2009, N=163, Plessier Hepatology 2010, N=102