

Bölüm 26

KANSER HASTALARINDA MALİGN ASİT YÖNETİMİ

Sencan ACAR¹

GİRİŞ

Asit, periton yaprakları arasında en az 100 mL olan patolojik sıvı birikimidir. Malign asit (MA) ise, peritoneal kavite içinde terminal metastatik malignitelere bağlı olarak gelişen sıvı birikimidir. Tüm asit nedenlerinin %75-80'i siroz olup, MA yaklaşık %10 oranında görülmektedir. MA, sitolojide malign hücrelerin görülmesi ile karakterizedir ve genellikle serum asit-albumin gradiyenti (SAAG) 1.1 g/dL'den küçüktür.

MA'e neden olan maligniteler; over, kolon, mide, pankreas, bronş, adrenal, appendiks, safra kesesi, nöroendokrin, serviks, endometrium, mezotelyoma, mesane, karaciğer, renal gibi intraabdominal kaynaklı olabileceği gibi; özofagus, akciğer, meme, lenfoma, melanom, testis, tiroid gibi ekstraabdominal kaynaklı da olabilmektedir. MA nedeniyle oluşabilecek başlıca semptomlar arasında; abdominal distansiyon, abdominal ağrı, bulantı, kusma, alt ekstremitte ödemi, nefes darlığı, anoreksiya sayılabilir. MA yaşam kalitesinde bozulmaya yol açar. Bundan dolayı, hastalığın küratif tedavisinin henüz olmaması nedeniyle, palyatif tedavisinde öncelikle yaşam kalitesinin iyileştirilmesi hedeflenir.

PATOFİZYOLOJİ

Malign asit patofizyolojisi multifaktöriyeldir. Starling güçleri arasındaki dengesizlik (hidrostatik basınç, onkotik basınç); kapiller özellik (tipi, duvar

hasarı (inflamasyon, enfeksiyon)) ve lenfatik drenaj (yetersizlik/bloka) gibi kapiller hemodinamiyi yöneten güçler arasındaki dengesizlik sonucu ortaya çıkmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Asite neden olan hemodinamik değişiklikler.

Asit nedenleri;

- Kapiller hidrostatik basınç artışı (portal hipertansiyon)
- İntravasküler onkotik basınç azalması (hipoalbuminemi: hepatoselüler yetersizlik, malabsorbsiyon, vb)
- Kapiller permeabilite artışı (periton hastalıkları: malignite, tüberküloz)
- İnterstiyel onkotik basınç artışı (lenfatik bloka: kanser, cerrahi, enfeksiyon, radyasyon)

Mikrosirkülasyonda sıvı filtrasyonunda; yaklaşık 20 L/gün arteriollerden sıvı dışarı çıkar, bunun 17 L/gün geri emilip venüllere ulaştırılır. 3 L/gün ise lenfatik kapillerler aracılığıyla lenfatik dolaşıma katılır. Periton boşluğundaki sıvının kaynağı; hepatik lenfa ve barsak lenfasından damlama yolu ile oluşur. Karaciğer sinüzoidlerindeki endotel aralıklı olup fenestra çapı geniştir (100-175 nm). Ayrıca, diyafra ve bazal lamina bulunmaz.

Asit oluşum teorileri;

"*Underfilling Teorisi*": Portal hipertansiyon, karaciğer ve splanknik dolaşımda hidrostatik basınç artışına neden olur, bu da interstiyel ödem yapar,

¹ Yan Dal Araştırma Görevlisi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, sencanacar@yahoo.com

çalışmalar mevcuttur.⁽²³⁾ Metalloproteinaz inhibitörleri, konvansiyonel kemoterapi ile sinerjistik etki gösteren sitostatik ajanlardır. Batimastat ve marimastat sık kullanılan ilaçlarıdır.

SONUÇ

Malign asiti olan hastalarda erken ve düzenli palyatif bakım ile yaşam kalitesi, semptomların kontrolü, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti, hastalığın anlaşılması, sağkalım ve hasta bakım maliyetlerinde iyileşme olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Asit, kemoterapi, malignite, palyasyon, parasentez

KAYNAKÇA

1. Twycross R. Guidelines for the management of malignant ascites. In, *Advanced Course on Pain and Symptom Management*. 2004;p2.10-2.11.
2. Enck RE. Malignant ascites. *Am J Hosp Palliat Care*. 2002;19(1):7-8.
3. Hodge C, Badgwell BD. Palliation of malignant ascites. *J Surg Oncol*. 2019;120(1):67-73.
4. Parsons SL, Lang MW, Steele RJ. Malignant ascites: a 2-year review from a teaching hospital. *Eur J Surg Oncol* 1996;22(3):237-239.
5. Runyon BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. *Hepatology* 1988;8(5):1104-1109.
6. Zhang F, Feng Z, Zhang Y, Liu Z, Sun X, Jin S. Determination of the optimal volume of ascitic fluid for the precise diagnosis of malignant ascites. *Saudi J Gastroenterol* 2019;25(5):327-332.
7. Parsons SL, Watson SA, Steele RJ. Malignant ascites. *Br J Surg* 1996;83(1):6-14.
8. Sun J, Chang YX, Niu CY. Evaluation of ascitic soluble human leukocyte antigen-G for distinguishing malignant ascites from benign ascites. *Tumour Biol* 2017;39(11):1-7.
9. Kipps E, Tan DS, Kaye SB. Meeting the challenge of ascites in ovarian cancer: new avenues for therapy and research. *Nat Rev Cancer*. 2013;13(4): 273-282.
10. Korpi S, Salmiren VV, Piili RP, Paunu N, Luukkaala T, Letho JT. Therapeutic procedures for malignant ascites in a palliative care outpatient clinic. *J Palliat Med* 2018;21(6):836-841.
11. Stukan M. Drainage of malignant ascites: patient selection and perspectives. *Cancer Manag Res* 2017;9:115-130.
12. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol* 2013;18(1):1-9
13. Ratre BK, Suvvari P, Hoda W, Roychoudhury P, Bharti SJ, Bhatnagar S. Central venous catheter of peritoneal inwelling catheter for management of recurrent malignant ascites: A case series. *Indian J Palliat Care* 2019;25(1);57-60.
14. Castro RR, Jimenez-Garcia VA, Boceta-Osuma J, Castilla-Guerra L, Pellicer-Bautista F, Cunedo-Alvarez A, et al. Endoscopic ultrasound-guided placement of plastic pigtail stents for the drainage of refractory malignant ascites. *Endosc Int Open* 2017;5(11):E1096-1099.
15. Fleming ND, Alvarez-Secord A, Von Gruenigen V, et al. Indwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic literature overview and retrospective chart review. *J Pain Symptom Manage* 2009;38(3):341-349
16. Adam RA, Adam YG. Malignant ascites: past, present, and future. *J Am Coll Surg* 2004;198(6):999-1011.
17. Smith EM, Jayson GC. The current and future management of malignant ascites. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2003;15(2):59-72.
18. Yang XJ, Huang CQ, Suo T, Mei LJ, Yang GL, Cheng FL, et al. Cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy improves survival of patients with peritoneal carcinomatosis from gastric cancer: final results of a phase III randomized clinical trial. *Ann Surg Oncol* 2011;18(6):1575-1581.
19. Namal E, Cerciz ÖP, Gökmen E, Kurt B, Altun YM. Malign asit tedavisinde intraperitoneal catumaxomab kullanımı: 4 olgu. *Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital*. 2017;51(2):156-160.
20. Sangisetty SL, Miner TJ. Malignant ascites: A review of prognostic factors, pathophysiology and therapeutic measures. *World J Gastrointest Surg* 2012;4(4):87-95.
21. Katano M, Morisaki T. The past, the present and the future of the OK-432 therapy for patients with malignant effusions. *Anticancer Res* 1998;18(5D):3917-3925.
22. Sherer B, Eliakim R, Abulafia O. The role of angiogenesis in the accumulation of peritoneal fluid in benign conditions and development of malignant ascites in the female. *Gynecol Obstet Invest* 2000;50(4):217-224.
23. El-Shami K, Elsaid A, El-Kerm Y. Open-label safety and efficacy pilot trial of intraperitoneal bevacizumab as palliative treatment in refractory malignant ascites. *J Clin Oncol* 2007;25(18):9043