



MALİGN ASİT YÖNETİMİ

Oktay Halit AKTEPE¹

GİRİŞ

Asitlerin yaklaşık %85'i siroz ve portal hipertansiyon ile ilişkilidir (1). Bununla birlikte malign asit (MA) daha nadir olarak görülmektedir ve asit nedenlerinin %7'sini oluşturmaktadır (1). MA'nın kötü prognoz göstergesi olmasının yanında hastaların yaşam kalitesi üzerine de olumsuz etkisi vardır. MA teşhisinden sonra survival genellikle 1-6 aydır (2). Hastaların yaklaşık %10'u MA gelişiminden sonra 6 aydan fazla yaşam süresine sahiptir (3). Over kanserlerinde diğer tümörlerin aksine MA gelişiminden sonra ortalama yaşam süresi 10-24 aydır (3). Bu kötü prognozlu prezentasyonun kaliteli yönetimi hastaların yaşam kalitesinde önemlidir.

ETYOLOJİ VE PATOGENEZ

Abdominal tümörler MA'ların en sık kaynağıdır ve over kanserleri MA'ya en sık neden olan tümör olarak öne çıkmaktadır (4). Bununla birlikte, meme ve akciğer kanserleri ekstra-abdominal tümörler olarak MA'ya yol açabilmektedir (2,5). Over ve mide kanserlerinde genellikle tanı anında MA saptanırken, meme kanserinde tanıdan aylar hatta yıllar sonra MA gelişebilmektedir (6).

MA patofizyolojisi lenfatik akımın kesintiye uğraması ve vasküler geçirgenlikte artış ile açıklanmaya çalışılmıştır (7, 8). Vasküler endotelial büyüme faktörü (VEGF) primer tümör tarafından eksprese edilir ve artmış vasküler geçir-

¹ Uzm. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları AD, Medikal Onkoloji BD, droktayaktepe@hotmail.com

PROGNOZ

MA'da eşlik eden karaciğer metastazlarının varlığı, düşük serum albumin seviyesi ve ödem kötü prognoz göstergesidir (2). Over kanserlerinde oluşan MA primer gastrointestinal tümörlerden ve primeri belli olmayan tümörlerde oluşanlara göre daha iyi prognoza sahiptir (6, 10). MA teşhisinden sonra medyan survival kötü olup 1-4 aydır (6).

SONUÇ

Tanı anında veya teşhisten sonra izlemde tespit edilen MA kötü prognoza sahiptir. Törapetik parasentez MA yönetiminde temel öneme sahip tedavi yöntemidir. Dirençli MA olan vakalarda kalıcı tünelli kateter drenaj ve peritoneal port sistemleri kullanılabilir. MA'nın kötü prognozu ve tedavi seçeneklerinin genel sağkalımı iyileştirememesi göz önüne alındığında, MA'lı hastalar için yönetim seçeneklerinin riskleri ve faydaları dikkatle değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Runyon BA, Montano AA, Akriviadis EA, Antillon MR, Irving MA, McHutchison JG. The serum-ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate concept in the differential diagnosis of ascites. *Ann Intern Med.* 1992;117:215-220.
2. Hodge C, Badgwell BD. Palliation of malignant ascites. *J Surg Oncol* 2019;120:67-73.
3. Stukan M. Drainage of malignant ascites: patient selection and perspectives. *Cancer Manag Res.* 2017;9:115-130.
4. Parsons SL, Watson SA, Steele RJ. Malignant ascites. *Br J Surg.* 1996;83:6-14.
5. Rosenberg SM. Palliation of malignant ascites. *Gastroenterol Clin North Am* 2006;35:189-199, xi.
6. Ayantunde AA, Parsons SL. Pattern and prognostic factors in patients with malignant ascites: a retrospective study. *Ann Oncol.* 2007;18:945-949.
7. Smith EM, Jayson GC. The current and future management of malignant ascites. *Clin Oncol (R Coll Radiol).* 2003;15:59-72.
8. Cavazzoni E, Bugiantella W, Graziosi L, Franceschini MS, Donini A. Malignant ascites: pathophysiology and treatment. *Int J Clin Oncol.* 2013;18:1-9.
9. Aslam N, Marino CR. Malignant ascites: new concepts in pathophysiology, diagnosis, and management. *Arch Intern Med.* 2001;161:2733-2737.
10. Sangisetty SL, Miner TJ. Malignant ascites: A review of prognostic factors, pathophysiology and therapeutic measures. *World J Gastrointest Surg.* 2012;4:87-95.
11. Adam RA, Adam YG. Malignant ascites: past, present, and future. *J Am Coll Surg.* 2004;198:999-1011.

12. Chung M, Kozuch P. Treatment of malignant ascites. *Curr Treat Options Oncol* 2008;9:215-233.
13. Runyon BA, Hoefs JC, Morgan TR. Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites. *Hepatology*. 1988;8:1104-1109.
14. Zuckerman E, Lanir A, Sabo E, et al. Cancer antigen 125: a sensitive marker of ascites in patients with liver cirrhosis. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:1613-1618.
15. Becker G, Galandi D, Blum HE. Malignant ascites: systematic review and guideline for treatment. *Eur J Cancer*. 2006;42:589-597.
16. Fleming ND, Alvarez-Secord A, Von Gruenigen V, Miller MJ, Abernethy AP. In-dwelling catheters for the management of refractory malignant ascites: a systematic literature overview and retrospective chart review. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38:341-349.
17. Savin MA, Kirsch MJ, Romano WJ, Wang SK, Arpasi PJ, Mazon CD. Peritoneal ports for treatment of intractable ascites. *J Vasc Interv Radiol*. 2005;16:363-368.
18. Lungren MP, Kim CY, Stewart JK, Smith TP, Miller MJ. Tunneled peritoneal drainage catheter placement for refractory ascites: single-center experience in 188 patients. *J Vasc Interv Radiol*. 2013;24:1303-1308.
19. Pockros PJ, Esrason KT, Nguyen C, Duque J, Woods S. Mobilization of malignant ascites with diuretics is dependent on ascitic fluid characteristics. *Gastroenterology*. 1992;103:1302-1306.
20. Hussain FF, Meer ZF, Lopez AJ. Peritoneovenous shunt insertion for intractable ascites: a district general hospital experience. *Cardiovasc Intervent Radiol*. 2004;27:325-328.
21. Tomiyama K, Takahashi M, Fujii T, et al. Improved quality of life for malignant ascites patients by Denver peritoneovenous shunts. *Anticancer Res*. 2006;26:2393-2395.
22. Schumacher DL, Saclarides TJ, Staren ED. Peritoneovenous shunts for palliation of the patient with malignant ascites. *Ann Surg Oncol*. 1994;1:378-381.
23. Valle SJ, Alzahrani NA, Alzahrani SE, Liauw W, Morris DL. Laparoscopic hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for refractory malignant ascites in patients unsuitable for cytoreductive surgery. *Int J Surg*. 2015;23:176-180.
24. Kitayama J, Ishigami H, Kaisaki S, et al. Weekly intravenous and intraperitoneal paclitaxel combined with S-1 for malignant ascites due to advanced gastric cancer. *Oncology*. 2010;78:40-46.
25. Randle RW, Swett KR, Swords DS, et al. Efficacy of cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in the management of malignant ascites. *Ann Surg Oncol*. 2014;21:1474-1479.