

9

Karın Şişliği ve Assit

Halil ŞAHİN
Hüseyin KORKMAZ

GİRİŞ

Karın şişliği şikayeti ile başvuran hastalarda öncelikle hastanın hikayesi alınmalı, hikayesinde şişliğin ne zaman başladığı, aniden gelişip gelişmediği, ağrılı olup olmadığı, bilinen hastalığı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Sonrasında fizik muayene, gerekli görüntüleme yöntemleri (USG, CT, MR) ve laboratuvar testleri yapılmalıdır. Karın şişliği etiyojisi, karın ön duvar hastalıklarından intraabdominal kitlelere kadar çok geniş bir spektrumda incelenebilir. Öncelikle abdominal herniler, organomegali, maligniteler, hidronefroz, assit akla gelmelidir.

ASSİT

Assit periton boşluğunda sıvı birikmesidir. Batı dünyasında, assit etiyojisinde esas olarak siroz (%75), ardından peritoneal malignite (%12), kalp yetmezliği (%5) ve peritoneal tüberküloz (%2) sorumludur. Diğer nedenleri arasında ise hepatik çıkış obstrüksiyonu, nefrotik sendrom ve pankreas kanalı veya lenf damarlarının hasarı yer alır (1).

Assit etiyojisi alta yatan patofizyolojiye göre sınıflandırılabilir (2).

Portal hipertansiyon

1. Siroz
2. Akut karaciğer yetmezliği
3. Hepatik veno-oklüziv hastalık (Budd-Chiari sendromu)
4. Kalp yetmezliği
5. Konstruktif Perikardit
6. Hemodiyaliz ilişkili assit (Nefrojenik assit)

Hipoalbuminemi

1. Nefrotik sendrom
2. Protein kaybettiren enteropati
3. Ciddi Malnutrisyon

KAYNAKLAR

1. Hernaez R, Hamilton JP. Unexplained ascites. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2016;7(3):53-56.
2. Greenberger, N. J. (2012). *Current diagnosis & treatment: gastroenterology, hepatology, & endoscopy*. Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.
3. Pedersen JS, Bendtsen F, Möller S. Management of cirrhotic ascites. *Ther Adv Chronic Dis*. 2015;6(3):124-137.
4. Arroyo V, Fernández J. Relationship between systemic hemodynamics, renal dysfunction, and fluid retention in cirrhosis. *Clin Liver Dis (Hoboken)*. 2013;2(3):120-122.
5. Solà E, Ginès P. Renal and circulatory dysfunction in cirrhosis: current management and future perspectives. *J Hepatol*. 2010;53(6):1135-1145.
6. Bernardi M, Santi L. Renal sodium retention in pre-ascitic cirrhosis: the more we know about the puzzle, the more it becomes intricate. *J Hepatol*. 2010;53(5):790-792.
7. Garbuzenko DV, Arefyev NO. Current approaches to the management of patients with cirrhotic ascites. *World J Gastroenterol*. 2019;25(28):3738-3752.
8. Arroyo V, Terra C, Ginès P. Advances in the pathogenesis and treatment of type-1 and type-2 hepatorenal syndrome. *J Hepatol*. 2007;46(5):935-946.
9. Moore KP, Wong F, Gines P, et al. The management of ascites in cirrhosis: report on the consensus conference of the International Ascites Club. *Hepatology*. 2003;38(1):258-266.
10. Silk AW, McTigue KM. Reexamining the physical examination for obese patients. *JAMA*. 2011;305(2):193-194.
11. Runyon BA; AASLD Practice Guidelines Committee. Management of adult patients with ascites due to cirrhosis: an update. *Hepatology*. 2009;49(6):2087-2107.
12. Grabau CM, Crago SF, Hoff LK, et al. Performance standards for therapeutic abdominal paracentesis. *Hepatology*. 2004;40(2):484-488.
13. Press OW, Press NO, Kaufman SD. Evaluation and management of chylous ascites. *Ann Intern Med*. 1982;96(3):358-364.
14. Runyon BA. Ascitic fluid bilirubin concentration as a key to choleperitoneum. *J Clin Gastroenterol*. 1987;9(5):543-545.
15. Such J, Runyon BA. Spontaneous bacterial peritonitis. *Clin Infect Dis*. 1998;27(4):669-676.
16. Runyon BA, Hoefs JC. Ascitic fluid analysis in the differentiation of spontaneous bacterial peritonitis from gastrointestinal tract perforation into ascitic fluid. *Hepatology*. 1984;4(3):447-450.
17. Akriviadis EA, Runyon BA. Utility of an algorithm in differentiating spontaneous from secondary bacterial peritonitis. *Gastroenterology*. 1990;98(1):127-133.
18. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010;53(3):397-417.