

31

Refrakter Assit

Kader İRAK

Binnur PINARBAŞI ŞİMŞEK

GİRİŞ

Assit, karaciğer sirozunun en sık görülen komplikasyonlarından biri olup, dekompanseasyon ve kötü prognoz işaretidir. Nitekim assit gelişimi sonrası üç yıl içindeki mortalite %50 düzeyindedir (1). Sirotik hastada her yıl %6-7 oranında assit gelişir; siroz tanısından sonraki on yıl içinde olguların %60-70'i assitle dekompanse olur. Transplantasyonsuz mortalite yılda %15-20 ve beş yılda %50-60 oranındadır (2).

Diüretik tedavi ve tuz kısıtlanması ile assitli hastaların %90'ının başa- rılı ile tedavisi mümkündür. Geri kalan %5-10'luk hasta grubunu refrakter assitli (RA) hastalar oluşturmaktadır. RA gelişen hastaların prognozu kötü olup, olguların altı aylık yaşam süresi %50 ve bir yıllık yaşam süresi %25'tir (3). RA'lı hastalar *diüretik cevapsız (diüretic-resistant)* ve *diüretiği tolere edemeyen (diüretic-intractable)* olmak üzere iki grupta değerlendirilmektedir (4). Diüretik dirençli RA tanısı için; maksimum doz diüretik tedaviye rağmen dört günde 800 g'dan daha az kilo kaybı olması ve tedavi sonrasında dört hafta içinde assitin tekrar nüks etmesi gerekmektedir. Diüretik intoleran RA'da ise, herhangi bir predispozan faktör olmaksızın, diüretik tedavi sırasında hepatik ensefalopati, azotemi ve elektrolit imbalansı gelişimi nedeniyle tedavinin sürdürülememesi söz konusudur (Tablo 1) (4).

TEDAVİ

Refrakter assitli hastalar düşük sodyumlu diyetle (2g/gün) devam etmelidir, ancak idrar sodyumu <30 mEq/L ise diüretikler kesilmelidir. RA'lı hastalarda renal yetmezliğe yol açabilecek beta bloker, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACEİ) ve anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) ve nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAİİ) kullanımından kaçınılmalıdır.

Refrakter assit tedavisinde altın standart karaciğer transplantasyonudur. Transplantasyona kadar geçen dönemde uygulanan başlıca tedaviler ise, terapötik ("Large volume paracentesis") parasentez (LVP), transjuguler intrahepatik portosistemik şant (TİPS) ve cerrahi şant girişimleridir.

Sonuç olarak; Refrakter asitin en önemli tedavisi karaciğer naklidir. Ülkemizde kadavra donör sayısının az olması ve nakil maliyetinden dolayı diğer tedaviler sıklıkla kullanılmaktadır. RA tedavisi Algoritma 2’de özetlenmiştir.

KAYNAKLAR

1. Pedersen JS, Bendtsen F, Möller S. Management of cirrhotic ascites. *Ther Adv Chronic Dis.* 2015;6(3):124-37.
2. Gordon FD. Ascites. *Clin Liver Dis.* 2012;16(2):285-9
3. Runyon BA. Refractory ascites. *Semin Liver Dis.* 1993;13(4):343-51.
4. 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):258-66.
5. Salerno F, Badalamenti S, Incerti P, et al. Repeated paracentesis and i.v. albumin infuson o treat "tense" ascites in ascidic patientes: a safe alternative therapy. *J Hepatol* 1987; 5:102-8.
6. Sola-Vera J, Minana J, Ricart E, et al. Randomized trial comparing albumin and sline in the prevention of paracentesis-inducd circulatory dysfunction in cirrhotic patients with ascites. *Hepatology* 2003;37(5):1147-53
7. Gentilini P, Casini-Raggi V, Di Fiore G, et al. Albumin improves the response to diuretics in patients with cirrhosis and ascites: results of a randomized, controlled trial. *J Hepatol.* 1999;30(4):639-45.
8. Wong W, Liu P, Blendis L, Wong F. Long-term renal sodium handling in patients with cirrhosis treated with transjugular intrahepatic portosystemic shunts for refractory ascites. *Am J Med.* 1999;106(3):315-322
9. Albillos A, Bañares R, González M, Catalina MV, Molinero LM. A meta-analysis of transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus paracentesis for refractory ascites. *J Hepatol.* 2005;43(6):990-996.
10. Salerno F, Cammà C, Enea M, Rössle M, Wong F. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for refractory ascites: a meta-analysis of individual patient data [published correction appears in *Gastroenterology.* 2007. *Gastroenterology.* 2007;133(3):825-834.
11. Castells A, Saló J, Planas R, et al. Impact of shunt surgery for variceal bleeding in the natural history of ascites in cirrhosis: a retrospective study. *Hepatology.* 1994;20(3):584-591.
12. Senousy BE, Draganov PV. Evaluation and management of patients with refractory ascites. *World J Gastroenterol.* 2009;15(1):67-80.
13. Angeli P, Volpin R, Piovan D, et al. Acute effects of the oral administration of midodrine, an alpha-adrenergic agonist, on renal hemodynamics and renal function in cirrhotic patients with ascites. *Hepatology.* 1998;28(4):937-943.
14. Singh V, Dheerendra PC, Singh B, et al. Midodrine versus albumin in the prevention of paracentesis-induced circulatory dysfunction in cirrhotics: a randomized pilot study. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(6):1399-1405.
15. Kalambokis G, Fotopoulos A, Economou M, Pappas K, Tsianos EV. Effects of a 7-day treatment with midodrine in non-azotemic cirrhotic patients with and without ascites. *J Hepatol.* 2007;46(2):213-221.
16. Singh V, Singh A, Singh B, et al. Midodrine and clonidine in patients with cirrhosis and refractory or recurrent ascites: a randomized pilot study. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(4):560-567.

17. Krag A, Møller S, Henriksen JH, Holstein-Rathlou NH, Larsen FS, Bendtsen F. Terlipressin improves renal function in patients with cirrhosis and ascites without hepatorenal syndrome. *Hepatology*. 2007;46(6):1863-1871.
18. Wong F, Watson H, Gerbes A, et al. Satavaptan for the management of ascites in cirrhosis: efficacy and safety across the spectrum of ascites severity. *Gut*. 2012;61(1):108-116.
19. Caraceni P, Riggio O, Angeli P, et al. Long-term albumin administration in decompensated cirrhosis (ANSWER): an open-label randomised trial [published correction appears in *Lancet*. 2018 Aug 4;392(10145):386]. *Lancet*. 2018;391(10138):2417-2429.
20. Stirnimann G, Banz V, Storni F, De Gottardi A. Automated low-flow ascites pump for the treatment of cirrhotic patients with refractory ascites. *Therap Adv Gastroenterol*. 2017;10(2):283-292.