

Bölüm 1

ASSİTLİ HASTAYA YAKLAŞIM

Serkan YARAŞ¹

GİRİŞ

Assit, fizik muayene sırasında altta yatan başka bir hastalığın belirtisi olarak saptanabilirse de, en sık portal hipertansiyonda görülür. Bu durumda özellikle sirozda portal hipertansiyonun ilerlediğini, sirozun dekompanse olduğunu işaret eder. Her durumda asitli bir hastaya uygun tanı ve tedavi algoritmalarıyla yaklaşılmalıdır.

ASSİT TANIMI

Assit, başta portal hipertansiyon olmak üzere birçok nedenle peritoneal boşlukta anormal miktarda (25 ml'den fazla) sıvı birikmesidir[1]. Sıklıkla, siroz hastasında tedavisi zor olabilen önemli bir komplikasyon olarak kendini gösterir. Fizik muayene sırasında veya radyolojik olarak tesadüfen de saptanabilir; bu durumda özellikle tanımlanmış bir etiyoloji yoksa altta yatan hastalığı haber veren önemli bir ipucu haline gelir.

ETYOLOJİ

Assitli hastaların yaklaşık % 75'inde assit kronik karaciğer hastalığına bağlı gelişirken, geriye kalan %25'inde karaciğer dışı nedenler vardır[1]. Kronik karaciğer hastalığına bağlı gelişen as-

¹ Dr. Öğr Üyesi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı,
drserkan1975@hotmail.com

ğu gibi hepatik hidrotoraksa bağlı SBA saptandığında da parenteral antibiyotik tedavisi gereklidir[22].

Enfekte olmayan hepatik hidroraksta tedavi aynı asit tedavisinde olduğu gibi, tuz kısıtlaması, diüretikler, semptomatik dispne varlığında 2 litreyi geçmeyecek şekilde torasentez uygulanmasıdır. Refrakter hidrotoraks varlığında aynı asit tedavisinde olduğu gibi TİPS uygulanabilir. Torakoskopik plörodezi de, refrakter hepatik hidrotoraksta uygulanabilirse de en ideal tedavi karaciğer transplantasyonudur[20].

SONUÇ

Gerek portal hipertansiyona ve gerekse portal hipertansiyon dışı nedenlerle gelişen asit önemli bir fizik muayene bulgusu olarak, tesadüfen saptandığında altta yatan hastalığı işaret etmesi açısından önemlidir. Öte yandan özellikle karaciğer sirozu seyrinde sırasında tedavi edilmesi bazen zor olan bir komplikasyonu özelliğini de taşır. Her durumda asitli bir hastaya uygun tanı ve tedavi algoritmalarıyla yaklaşılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pericleous, M., et al., *The clinical management of abdominal ascites, spontaneous bacterial peritonitis and hepatorenal syndrome: a review of current guidelines and recommendations*. Eur J Gastroenterol Hepatol, 2016. **28**(3): p. e10-8.
2. McHutchison, J.G., *Differential diagnosis of ascites*. Semin Liver Dis, 1997. **17**(3): p. 191-202.
3. Kashani, A., et al., *Fluid retention in cirrhosis: pathophysiology and management*. Qjm, 2008. **101**(2): p. 71-85.
4. Hou, W. and A.J. Sanyal, *Ascites: diagnosis and management*. Med Clin North Am, 2009. **93**(4): p. 801-17, vii.
5. Hernandez-Guerra, M., J.C. Garcia-Pagan, and J. Bosch, *Increased hepatic resistance: a new target in the pharmacologic therapy of portal hypertension*. J Clin Gastroenterol, 2005. **39**(4 Suppl 2): p. S131-7.
6. Iwakiri, Y. and R.J. Groszmann, *Vascular endothelial dysfunction in cirrhosis*. J Hepatol, 2007. **46**(5): p. 927-34.

7. Hennenberg, M., et al., *Mechanisms of extrahepatic vasodilation in portal hypertension*. Gut, 2008. **57**(9): p. 1300-14.
8. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. J Hepatol, 2010. **53**(3): p. 397-417.
9. Runyon, B.A., J.C. Hoefs, and T.R. Morgan, *Ascitic fluid analysis in malignancy-related ascites*. Hepatology, 1988. **8**(5): p. 1104-9.
10. Runyon, B.A., *Care of patients with ascites*. N Engl J Med, 1994. **330**(5): p. 337-42.
11. Garcia-Tsao, G., *Current management of the complications of cirrhosis and portal hypertension: variceal hemorrhage, ascites, and spontaneous bacterial peritonitis*. Gastroenterology, 2001. **120**(3): p. 726-48.
12. Moore, K.P. and G.P. Aithal, *Guidelines on the management of ascites in cirrhosis*. Gut, 2006. **55 Suppl 6**: p. vi1-12.
13. Deltenre, P., et al., *Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in refractory ascites: a meta-analysis*. Liver Int, 2005. **25**(2): p. 349-56.
14. Sanyal, A.J., et al., *The North American Study for the Treatment of Refractory Ascites*. Gastroenterology, 2003. **124**(3): p. 634-41.
15. Runyon, B.A., H.N. Canawati, and E.A. Akriviadis, *Optimization of ascitic fluid culture technique*. Gastroenterology, 1988. **95**(5): p. 1351-5.
16. Gines, A., et al., *Incidence, predictive factors, and prognosis of the hepatorenal syndrome in cirrhosis with ascites*. Gastroenterology, 1993. **105**(1): p. 229-36.
17. Arroyo, V., et al., *Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis*. International Ascites Club. Hepatology, 1996. **23**(1): p. 164-76.
18. Guevara, M. and P. Gines, *Hepatorenal syndrome*. Dig Dis, 2005. **23**(1): p. 47-55.
19. Guevara, M., et al., *Reversibility of hepatorenal syndrome by prolonged administration of ornipressin and plasma volume expansion*. Hepatology, 1998. **27**(1): p. 35-41.
20. Cardenas, A., T. Kelleher, and S. Chopra, *Review article: hepatic hydrothorax*. Aliment Pharmacol Ther, 2004. **20**(3): p. 271-9.
21. Xiol, X. and J. Guardiola, *Hepatic hydrothorax*. Curr Opin Pulm Med, 1998. **4**(4): p. 239-42.
22. Castellote, J., et al., *Use of reagent strips for the rapid diagnosis of spontaneous bacterial empyema*. J Clin Gastroenterol, 2005. **39**(4): p. 278-81