

# Asitli Hastaya Klinik Yaklaşım

Özlem YÖNEM, Serap ARSLAN, Musa AYDINLI, Osman ERSOY

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

## TANIM

İngilizce "ascites" şeklinde ifade edilen asit, Yunan kökenli bir kelime olan ve torba-kese anlamına gelen "askos" dan türemiştir. Diğer bir çok tıp teriminde olduğu gibi, bu kelime de türkçeleştirilerek asit şeklinde kullanılmaktadır. Hidrojen iyonu konsantrasyonunu belirten asit ile karışıklığa mahal vermemek için asit kelimesinin kullanılması tercih edilmelidir (1).

Erkeklerde peritoneal kavite kapalıdır ve normalde yalnızca çok küçük miktarlarda intraperitoneal sıvı bulunur. Kadında ise peritoneal kavite kadın üreme organları ile devamlılık gösterir ve menstrüel faza bağlı olarak 20ml'ye kadar sıvı birikebilir (2). Periton boşluğunda normalde 100-200 ml'den az sıvı bulunmaktadır, bu boşlukta patolojik miktarlarda sıvı birikmesine asit denir (3). Asit dendiği zaman periton boşluğunda serbest sıvı birikmesi anlaşılmalıdır. Abseleşmeler, kistik-lokalize sıvı birikmeleri bu tanımın dışındadır (1).

## ETYOLOJİ

Asitin spesifik etyolojik tanısının konulması oldukça önemlidir, çünkü ancak bu yolla etkin tedavi mümkündür. Örneğin karsinomatoz asit diüretik tedaviye yanıt vermez. asit oluşumundaki farklı etyolojik nedenler Tablo 1'de verilmiştir (3).

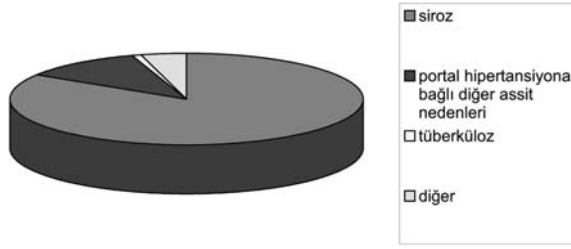
ABD'de Runyon ve arkadaşları, geniş vaka sayılı çalışmalarında; hastaların parasentez sonuçlarına dayanarak asit etyolojik nedenlerini sıklık sırasına göre belirlemişlerdir (Şekil 1). Türkiye'de ise Çakaloğlu ve arkadaşları 1986-1995 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde asit saptanan 780 va-

Tablo 1. Asit nedenleri

<b>Portal Hipertansiyon</b>
Siroz
Fulminan karaciğer yetmezliği
Konstriktif veya restriktif kardiyomyopati
Budd-Chiari Sendromu
Veno-oklüzif Sendromu
Portal ven oklüzyonu
<b>Malignite</b>
<b>Enfeksiyon</b>
Peritoneal tüberküloz
Fitz-Hugh-Curtis Sendromu
HIV enfekte hastalarda enfeksiyöz peritonit
<b>Renal</b>
Nefrotik sendrom
Diyaliz asiti
<b>Endokrin</b>
Miksoödem
Meigs sendromu
Strauma ovarii
Ovaryen stimülasyon sendromu
<b>Pankreatik asit</b>
<b>Biliyer asit</b>
<b>Akut karaciğer yetersizliği</b>
<b>Kollajen doku hastalığı</b>

2 ve 3 numaralı referanslardan faydalanılarak hazırlanmıştır

kada etyolojik değerlendirme yapmıştır. Her iki çalışmada da asitin en sık etyolojik nedeni olarak %80'e varan oranda siroz tespit edilmiştir. Maligni-



Şekil 1. Asitli hastada etyolojik nedenlerin dağılımı

telere bağlı asit ve tüberküloz peritonite bağlı asit ülkemizde diğer çalışmadan daha yüksek oranda saptanmıştır.

Asitli bir hastanın etyolojik değerlendirmesindeki ana basamaklar öykü, fizik muayene ve parasentezle asit sıvısının analizidir.

## ÖYKÜ

Öyküde tüm asitli hastalar ilk olarak kıyafetlerindeki uyumsuzluk nedeniyle karn şişliğini fark ederler, bu sırada ayak ödemi de olabilir. Halsizlik, iştahsızlık beslenme bozukluğu da eşlik edebilir. asit gelişen sirozlu hastalarda kramplara sıklıkla rastlanılmaktadır. asitin yarattığı distansiyona bağlı olarak künt karn ağrısı olabileceği gibi, malignite, enfeksiyon ve hemiler de değişik karakterlerde ağrılar oluşturabilir. Dispne; hepatik hidrotoraks, hepatopulmoner sendrom, pulmoner ve kardiyak hastalıklarla ilişkili olarak gelişebileceği gibi sadece distansiyon nedeniyle de olabilir (3).

Hastalar karaciğer hastalıkları için asit oluşumunda risk faktörleri olan alkol kullanımı, intravenöz ilaç kullanımı, transfüzyon akupunktur, dövme veya piercing ve hepatit açısından endemik bir bölgeden gelip gelmediği açısından sorgulanmalıdır.

**Obezite:** Karaciğer hastalığının progresif bir formunu oluşturmaktadır. Non-alkolik steatohepatit sirozla ilerleyebilir. Alkolik hastalarda 10 yılı aşkın bir sürede obezite olması da siroz için ek bir risk faktörüdür.

Kanserli bir hastada asit geliştirse etyolojide malignite asitinden şüphelenilmelidir. Benzer şekilde karaciğer hastalığı için hiçbir risk faktörü olmayan bir birey kilo kaybediyorsa; neoplasm olabilir. Kardiyak asiti olan bireylerin çoğunlukla öncesinde kalp hastalığı öyküsü mevcuttur. Bazı alkolik hastalarda ise karaciğer hastalığı gelişiminden önce alkolik kardiyomyopati gelişir.

Tüberküloz peritonit genellikle ateş ve abdominal rahatsızlık hissiyle kendini gösterir. Bilinen DM'u ve nefrotik sendromu olan hastalarda asit geliştirse nefrotik asitten şüphelenilmelidir. Bu hastaların ayrıca anazarka tarzı ödemi mevcuttur. Laterji, soğuk intoleransı ve ses kabalaşması olan hastalarda miködem düşünülmelidir.

Bilier asit, bilier kanal ile periton boşluğu arasında ilişki oluşması sonucu meydana gelir. Hastada ağrı ile birlikte safra peritoniti gelişebileceği gibi sadece karında rahatsızlık hissi ile giden safra asiti de oluşabilir. Genellikle karaciğer biyopsisi ve safra yolu cerrahisi sonucunda gelişebilmektedir (3, 5).

**Fizik Muayene:** Fizik muayenede asit saptanabilmesi için peritonda en az 1,5 litre sıvının birikmesi gerekir. asit semikantitatif olarak ifade edilebilir:

- (+) Yalnızca dikkatli fizik muayene ile tespit edilebilen asit
- (++) Kolaylıkla tanınabilen ancak küçük hacimli asit
- (+++) asit hacmi fazla ama gergin değil
- (++++) Gergin asit şeklinde sınıflandırılabilir (1).

Karn çevresi artışı; asit, gazla bağlı distansiyon, hepatomegali, obezite ve yaygın tümörler sonucu gelişebilir. asitin fizik muayene ile tanısı obez hastalarda zor olabilir. Karn yan kısımlarında matite alınması en spesifik fizik muayene bulgusudur. Karn yan kısımlarında matite alınmıyorsa büyük olasılıkla asitte yoktur. Eğer matite saptanırsa; hasta parsiyel dekübitis pozisyonuna getirilerek yer değiştiren matite aranmalıdır. Sıvı dalgasına bakılması nadiren faydalıdır, çünkü bu genellikle masif asiti olan hastalarda saptanır (2).

asiti olan hastada belirgin palmar eritem, geniş vasküler spider nevi ve büyük karn duvan kollateralleri belirgin karaciğer hastalığını telkin eder. Hastanın yanlarında ve sırtında büyük venlerin belirgin olması ise inferior vena cavanın olası bir veb lezyonu veya malign obstrüksiyon nedeniyle tıkandığını göstermektedir. Sol supraklavikular bölgede patolojik lenf nodunun saptanması üst abdomeinde kanser varlığını işaret eder. Umblikusda sert bir nodülle karakterize olan "Sister Mary Joseph" nodülü ise sık görülmemesine karşın gastrik, pankreatik veya hepatik primer tümörden köken alan peritoneal karsinomatozisi gösterir.

Kardiyak kökenli asitin araştırılması açısından hastanın boyun venlerinde dolgunluk olup olmadığına da dikkat edilmelidir. İlginç olarak kardiyak asiti olan hastaların hepsinde periferik ödem görülmeyebilir ve çoğunun akciğerlerinde ral sesi duyulmaz. Sirozlu hastalarda ödem saptanırsa bu genellikle alt ekstremitelerle sınırlıdır. Aksine nefrotik ve kardiyak asitlerde anazarka tarzı ödemler görülebilir (5).

## PARASENTEZ

Parasentez, steril koşullarda uygun bir iğne ile karnın duvarından girilerek periton boşluğundan sıvı alınmasıdır. Eğer bu işlem sadece asit sıvısını analizi-tanı amacı ile yapılmışsa "diagnostik parasentez", aynı zamanda asit sıvısının boşaltılması amacıyla yönelik ise "terapötik parasentez" denir. asitli hastada etyolojik tanı açısından en süratli sonuç veren, en yararlı, ucuz ve yapılması kolay bir incelemedir (1).

Eskiden parasentez için karnın orta hattı tercih edilirdi. Ancak günümüzde spina iliaca superiorun iki parmak yukarı ve iki parmak medialindeki sol alt kadrandaki bölgenin uygulama için emniyetli, daha ince olduğu ve orta hatta göre daha fazla sıvı havuzu konumunda olduğu saptanmıştır. Eğer sıvı obezite nedeniyle lokalize edilemiyorsa ultrasonografi faydalı olabilir (6).

Her işlemin olduğu gibi parasentezin de endikasyon ve kontrendikasyonları mevcuttur. Parasentez endikasyonları;

- a. asit tanımlanan her hastada,
- b. Hastaneye yatırılan bilinen asitli hastada,
- c. asitli hastada enfeksiyon düşünülen klinik-laboratuvar bulgularının varlığında (ateş, lökositoz, ensefalopati, asidoz, hipotansiyon),
- d. Genel durumda izah edilemeyen bozukluklar saptanan asitli her hastada yapılmalıdır (7),

Önceden trokarların parasentez için kullanıldığı dönemlerde parasentez işleminin rölatif olarak yüksek mortalite ve morbiditesi mevcuttu. Ancak son yayınlara göre hastaların %71 inde anormal protrombin zamanı olmasına karşın komplikasyon oranı yaklaşık olarak %1 dir. Her ne kadar 1/1000 parasentezde daha ciddi komplikasyonlar (hemo-peritoneum, iğnenin barsağa girmesi gibi) meydana gelebilse de; bunlar parasentez girişimini engellemez. Bazı klinisyenler koagülopatisi olan sirotik hastalara parasentez öncesi rutin olarak kan ürünleri (taze donmuş plazma ve/veya platelet in-

füzyonu) verme eğilimindedirler, ancak bu yaklaşım verilerle desteklenmemiştir. Profilaktik transfüzyonların riskleri ve masrafları yararlarını aşmaktadır. Parasentezin kontrendike olduğu koagülasyon parametrelerine ait bir sınır değeri bulunmamaktadır. Ancak klinik olarak belirgin fibrinoliz veya dissemine intravasküler koagülasyon varlığında parasentez kontraendikedir (6). Alınan asit sıvısının analizinde; çok sayıda tetkik istemek yerine bir algoritim izlemek en akıllı yaklaşım olacaktır.

Amerikan Karaciğer Hastalıkları Araştırma Derneği'nin pratik rehber verilerine göre; asit sıvısında ilk aşamada istenmesi gerekli testler hücre sayımı ve ayırımı, asidik sıvı total proteini ve serum/asit albümin gradientidir (SAAG). Ancak SAAG spesifik etyolojiyi göstermek için değil, portal hipertansiyonu belirlemek için kullanılır. SAAG≥1 olduğunda hastanın %97 oranında portal hipertansiyonu mevcuttur. Diğer testler ise yukarıdaki testlerden sonra şüphe edilen olası tanıyı desteklemek için istenir. Tablo 2 bu algoritme uygun olarak hazırlanmıştır ve tablo üzerinde bazı sık karşılaşılan asit etyolojik nedenlerinin ayıncı tanısı yapılmıştır.

Eğer asit sıvısının enfekte olduğu düşünülüyorsa yatak başında ekim yapılmalıdır. İdrar dipstiki ile asit sıvısında nötrofillerin tespiti 90 sn ile 2 dk süre alan hızlı bir metottur. Total protein, LDH ve glukoz ise enfekte asitin spontan mı yoksa sekonder olarak mı enfekte olduğunu anlamamızı sağlar. Bakteriye kültür, seri büyük volümlü parasentez yapılan hastalarda gerekli değildir.

Mikobakteri için yapılan yaymanın sensitivitesi yaklaşık olarak %0 iken kültür için yaklaşık %50'dir ve oldukça pahalı testlerdir. Yalnızca tüberküloz için yüksek risk taşıyan hastalarda (Endemik bölgeden yeni göç, HIV(+) liği) ilk alınan asit örneğinde tüberküloz araştırılmalıdır. Tüberküloz peritonit tanısında en hızlı ve doğru metod laparoskopik biyopsi ve tüberküllerin mikobakteriyel kültürüdür.

asit sıvısında amilaz düzeyi >2000 IU/L (serumdan 4-5 kat yüksek) ise pankreatik asit ve sekonder peritonit düşünülmelidir. Barsak ve safra kesesi perforasyonu sonrası asitte amilaz yükselir. asitte bilirubin 6gr/dl'nin üzerindeyse veya asit/serum bilirubin>1 ise bilier perforasyon düşünülmelidir.

asit sıvısında trigliserit bakılmasının nedeni şiloz asitin saptanması içindir. Şiloz asit tanımı olarak abdominal kavitede torasik veya intestinal lenf bulunması neticesinde peritonda süt veya krema görünümlü trigliseritten zengin (>200 g/dl) sıvının bulunmasıdır. Nadir bir bulgu olup 20 yıl boyunca

**Tablo 2.** En sık görülen asit nedenlerinin ayırıcı tanısı

	Görünüm	Asit sıvısında beyaz küre sayısı/mm <sup>3</sup>	Asit sıvısında PMNL sayısı/mm <sup>3</sup>	Total Protein (g/dl)	SAAG (g/dl)	Diğer Testler
Komplike olmayan siroz	Saman sansı renginde	< 500	< 250	<2.5	> 1.1	KCFT, Batın USG
Spontan bakteriyel peritonit	Bulanık veya pürülan	> 500, Sıklıkla>1000	> 250	<1	> 1.1	Kültür (Monobakteriyel)
Sekonder Peritonit	Bulanık veya pürülan	> 500, Sıklıkla >10000	> 250	> 2.5	< 1.1	Kültür (Polibakteriyel)
Tbc Peritonit	Bulanık, hemorajik yada sütümsü görünümde	> 500	Değişken Lenfosit= 250-400/γL	> 2.5	< 1.1	Laparoskopik Biyopsi
Konjestif kalp yetmezliği	Samam sansı renginde	< 500 (Değişken olabilir)	< 250	> 2.5	> 1.1	PA Akciğer grafisi,EKO
Peritoneal Karsinomatozis	Hemorajik	> 500 (Değişken olabilir)	>250	Değişken	< 1.1	Sitoloji
Şilöz Asit	Sütümsü	Değişken (%50>500/mm <sup>3</sup> )	< 250/mm <sup>3</sup>	Değişken (Sıklıkla>2.5g/dl)	< 1.1g/dl	Asit Sıvısında Trigliserit

2 ve 7 numaralı referanslardan faydalanılarak hazırlanmıştır

büyük bir üniversite hastanesinde 20. 000 hastada bir insidansında görülmüştür. Ancak bu insidansın; daha agresif kardiyotorasik ve abdominal cerrahi ile kanserli hastaların survivallerinin uzaması nedeniyle arttığı düşünülmektedir (8). Sirozda şilöform asitlerde trigliserid düzeyi 50-200 mg/dl arasıdır.

asit sıvısında sitoloji yalnızca peritoneal karsinomatozis varsa pozitifdir ve malign asit için altın standarttır. Ancak ne yazık ki maligniteler peritoneal sıvıya neoplastik hücre saçmadan asit yapabilir. Histolojik inceleme için yeterli kabul edilen 500 ml sıvıda bile; histolojik analiz tanısasal sensitivitesi % 40 ile % 60 arasında değişmektedir Tanısasal sensitiviteyi artırmak için immünohistokimyasal boyamalar yapılır. (Epiteyal kanserler için sitokeratin gibi). Eğer malign sitoloji varlığında tümörün primeri bilinmiyorsa erkek hastalarda ek tetkik yapılmayabilir, çünkü prognozları kötüdür. Ancak bayan hastalarda over kanseri tedavi edilebilir bir hastalık olduğu için laparoskopi ve hatta laparotomi istenebilir (9).

Özet olarak asit nedenlerinin %80'ini karaciğer sirozu geri kalan %20'sini ise siroz dışı nedenler oluşturmaktadır. asitin spesifik etyolojik tanısının konulması tedavinin belirlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Abdominal parasentez klinik olarak yeni oluşmuş tüm asiti olan vakalara uygulanmalıdır. Parasentez sırasında kanama nadir olduğundan parasentez öncesi taze donmuş plazma ve platelet verilmesi önerilmez. Hastanın asit sıvısının ilk incelenmesinde en gerekli testler hücre sayımı ve ayırımı, asit sıvısı total proteini ve serum asit albumin gradientidir. Serum asit albumin gradienti daha çok portal hipertansiyon ayırıcı tanısında yardımcıdır, spesifik etyolojik tanıyı belirlemez. Özellikle düşük serum asit albumin gradienti olan asitlerde (eksudatif asit), ampirik tedavi yanıtıcı olacağı için tanı için tüm girişimler yapılmalıdır. Sirozlu hastanın asit analizinde PNL>250/mm ise ikinci parasentez ile kültür için örnek alınmalı ve tedaviye başlanmalı gerekirse kültür sonucu ile antibiyotik değiştirilmelidir. asit sıvısının yatak başında kültüre ekilmesine dikkat edilmelidir. Diğer testler tüm bunlar yapıldıktan sonra, primer hastalığın olasılığına bağlı olarak istenmelidir.

---

## KAYNAKLAR

1. Çakaloğlu Y. Asit: Tanı-Ayırıcı Tanı, Klinik Özellikler, In: Ökten A. Editör. Gastroenterohepatoloji. 1. baskı. İstanbul. Nobel Tıp Kitapevleri 2001; 345-68.
2. Julien TY. Miscellaneous Discases of the Peritoneum and Mesentery, In: Friedman SL, McQuaid KR, Grendell JH, Editors. Current Dragnosis and Treatment in Gastroenterology. 2 nd ed. USA. McGraw-Hill Companies, Inc 2003; 166-76.
3. Zeybel M, Çolakoğlu Ö, Uğur F. Asit, In: Ünsal B. Editör. Portal Hipertansiyon ve Komplikasyonları, 1.baskı. İzmir. Meta Basım 2003; 123-59.
4. Runyon BA, Montana AA, Akriviadis EA, et al. The serum ascites albümin gradient is superior to the exudate – transudate in the differential diagnosis of ascites. Ann Intern Med. 1992; 117-215.
5. Runyon BA. Approach to the patient with ascites, In: Yamada T, Alpers DH, Laine L, et al. Textbook of Gastroenterology. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2003; 948-972.
6. Runyon BA. Management of Adult Patients with Ascites due to Cirrhosis. Hepatology 2004; 39: 1-16 (AASLD Practice guideline).
7. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis, In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, Editors. Gastrointestinal and Liver Disease, pathophysiology, diagnosis, management. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia. Saunders 2002; 1310-1333.
8. Cardenas A, Chopra S. Chylous Ascites. Am J. Gastroenterol. 2002; 97: 1896.
9. Aslam N, Marino CR. Malignant Ascites. Arch Intern Med 2001; 161: 2733-37.