

Şanlıurfa yöresi asitli hastaların değerlendirilmesi

Evaluation of patients with ascites in the Şanlıurfa Region

İD Ahmet UYANIKOĞLU¹, İD Hüseyin DURSUN², İD Çiğdem CİNDÖĞLU², İD Hacer UYANIKOĞLU³, İD Necati YENİCE¹

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, ¹Gastroenteroloji Bilim Dalı, ²İç Hastalıkları Anabilim Dalı, ³Kadın Doğum Anabilim Dalı, Şanlıurfa

Giriş ve Amaç: Asit tetkik nedeniyle takip edilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve etiyolojik özelliklerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmaya Ocak 2013- Ekim 2014 döneminde ilk defa asit tespit edilen veya daha önce tanı konulan, dosyalarında yeterli veri bulunan hastalar dahil edilmiştir. **Bulgular:** Gastroenteroloji kliniğine asit tetkik nedeni ile yatırılan veya takip edilen 142 hastanın 65'i (%46) erkek, yaş ortalaması 58.4±16 yaş (dağılım 16-89) idi. Hastaların 114'ünde (%80) portal asit, 28'inde (%20) non portal asit saptandı. Tüm asit nedenlerinde (%68) ve portal tip asitte (%85) en sık neden karaciğer sirozu idi. Sirotik hastalardan 3 tanesinde hepatosellüler kanser, 1 tanesinde B hücreli lenfoma saptandı. Diğer portal tip asit nedenleri; 4 kardiyojenik, 4 kronik böbrek yetmezliği, 3 hasta Budd-Chiari, 2 kısa barsak sendromuna bağlı hipoalbuminemi, 1 portal tromboz, 1 hipotroidi, olarak saptandı. Non portal tip asit nedenleri ise 10 hastada (%7) primeri belli olmayan peritoneal karsinomatoz, 6 (%4) over kanseri, 5 (%3) tüberküloz peritonit, 2 mide kanseri, birer hastada periampüller kanser, kist hidatik rüptürü, endometrium kanseri, nefrotik sendrom ve ameliyat sonrası safra kaçağına bağlı asit idi. **Sonuç:** Asitli hastaların yaklaşık %80'i portal hipertansif tip asit olup tüm asit nedenleri ve portal hipertansif asitte en sık neden sirozdur. Non portal asitte en sık neden malignite olup hastaların yaklaşık üçte ikisinden sorumlu, ikinci en sık neden ise tüberküloz peritonit idi.

Anahtar kelimeler: Asit, siroz, malignite, tüberküloz

GİRİŞ

Asit peritoneal kavitedeki anormal sıvı birikimidir. Normal olarak periton boşluğunda diğer seröz boşluklarda olduğu gibi az miktarda (<50 ml) ve yüksek proteinli (4 gr/dl) bir sıvı vardır. Periton boşluğunda normalden fazla, patolojik miktarlarda sıvı birikmesine asit, bu sıvıya ise asit sıvısı denir. Asit sirozun en sık görülen komplikasyonudur ve asit birikmesine en sık yol açan karaciğer hastalığı sirozlardır (1,2).

Fizik muayeneyle asiti saptayabilmek için periton boşluğunda en az 1500 mililitre (mL) kadar sıvı bulunması gerekmektedir, karında perküsyonla açıklığı yukarı bakan ve pozisyonla yer değiştiren matite saptanmaktadır. Ultrasonografi (USG) ile 100 mL'ye kadar olan karın içi sıvılar

Background and Aims: This study aimed to evaluate patients with ascites who were followed to investigate their demographic, clinical, laboratory, and etiological features. **Materials and Methods:** The study was conducted from January 2013 to October 2014, and included patients with ascites that was detected for the first time before or diagnosed during this period. Patients with sufficient data in their files were included. **Results:** Examinations were conducted by the gastroenterology clinic because of ascites. This study included 142 patients, 65 (46%) were male and had a mean age of 58.4±16 years (range, 16-89 years). Also, 114 patients (80%) had portal ascites, whereas 28 (20%) had non-portal ascites. All-cause ascites (68%) and portal-type ascites (85%) were the most common causes of liver cirrhosis. Three cirrhotic patients had hepatocellular carcinoma and B cell lymphoma was detected in 1 patient. Other causes of portal ascites were cardiogenic in 4 patients, chronic kidney failure in 4 patients, Budd-Chiari in 3 patients, short bowel syndrome due to hypoalbuminemia in 2 patients, portal vein thrombosis in 1 patient, hypothyroidism in 1 patient. Causes of non-portal type ascites were in peritoneal carcinomatosis 10 patients (7%), ovarian cancer in 6 patients (4%), peritoneal tuberculosis in 5 patients (3%), gastric cancer in 2 patients, one in a patient with periampullary cancer, cyst rupture, endometrial cancer, nephrotic syndrome and postoperative biliary leakage was ascites. **Conclusion:** Approximately 80% of patients with ascites have portal hypertensive-type ascites. It is the most common cause of both cirrhosis and portal hypertension. Non-portal ascites is the most common malignancy and occurs in about two-thirds of patients, whereas the second reason is peritoneal tuberculosis.

Keywords: Ascites, cirrhosis, malignancy, tuberculosis

saptanabilmektedir (3). Sadece tetkik için değil, terapötik amaçlı paracentez de yapılmaktadır (4-6).

Nedeni ne olursa olsun, asit ilk saptandığında her olguda paracentez yapılarak tetkik edilmelidir. Asit nedeni, %80-85 olguda karaciğer sirozu iken, diğer olgularda non-hepatik nedenler saptanmaktadır. Asit, karaciğer sirozunun en sık görülen majör komplikasyonu olup, kompanse sirozlu hastaların ortalama yarısında 10 yıllık bir takip süresi içinde ortaya çıkmaktadır. Asit geliştikten sonra iki yıllık sağ kalım oranı ortalama %50 civarındadır (7-9).

Serum ve asit albümin konsantrasyonları arasındaki farkın [albümin gradienti veya serum asit albümin gradienti (SAAG)] doğrudan kolloid osmotik basınç gradientini ve

İletişim: Ahmet UYANIKOĞLU

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Şanlıurfa
E-mail: auyanikoglu@hotmail.com

Uyanikoğlu A, Dursun H, Cindoğlu Ç, et al. Evaluation of patients with ascites in the Şanlıurfa Region. The Turkish Journal of Academic Gastroenterology 2019;18:23-26. DOI: 10.17941/agd.544712

Geliş Tarihi: 30.03.2016 • Kabul Tarihi: 27.12.2016

dolaylı olarak portal hipertansiyon derecesini yansıttığı düşünülmektedir (10). Pare ve arkadaşları SAAG'nin asit protein konsantrasyonuna göre portal hipertansiyonun daha iyi bir ayırıcısı olduğunu ileri sürmektedir (11). SAAG'ı, asit çalışmaları içerisinde daha faydalı fizyolojik ve klinik araç olarak görülmektedir (12).

Etiyolojide ne düşünülürse düşünülün yeni saptanan her asit olgusunda asit sıvısı ponksiyone edilerek gerekli incelemeler yapılmalıdır (4,10,11). Diğer yandan, özellikle sirotik asiti olduğu bilinen hastalarda klinik tablonun değişmesi durumunda, olası spontan bakteriyel peritonit ya da malignite göz ardı edilmemelidir (7).

Bu çalışmada son 2 yılda asit tetkik nedeniyle takip edilen hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve etiyolojik özelliklerinin araştırılması ve literatürle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmaya Ocak 2013- Ekim 2014 döneminde ilk defa asit tespit edilen veya daha önce tanı konulan, dosyalarında yeterli veri bulunan hastalar dahil edilmiştir, çalışma retrospektiftir. Bu hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri incelenmiştir.

Tüm hastaların ayrıntılı anamnezleri alındı, fizik muayeneleri yapılarak rutin biyokimyasal analizler yapıldı. Asit tanısı fizik muayene, batın USG ile konuldu ve parasentez uygulandı (1). Parasentez ile alınan asit sıvısı biyokimyasal, mikrobiyolojik ve sitolojik olarak incelendi. Gereken hastalara USG dışında batın bilgisayarlı tomografisi, batın magnetik rezonans görüntüleme, pozitron emisyon tomografisi gibi ileri görüntüleme yöntemleri ve laparoskopi, laparoskopik biyopsi yapıldı.

Asit sıvısının biyokimyasal incelemesi ile serum ve asit albümin konsantrasyonları arasındaki fark (SAAG) hesaplanarak asitli hastalar portal hipertansif tipte olanlar ve olmayanlar olmak üzere iki ana grupta incelendi. Gereken hastalarda asit sıvısında sitoloji, hücre sayımı, adenozin deaminaz (ADA), bilirübin, amilaz vb ek tetkikler yapıldı (4,11-13).

BULGULAR

Gastroenteroloji kliniğinde asit tetkik nedeni ile takip edilen 142 hastanın 65'i (%46) erkek, 77'si kadın (%54), yaş ortalaması 58.4±16 yaş (dağılım 16-89) idi. Hastaların 114'ünde (%80) portal asit, 28'inde (%20) non portal asit saptandı (Tablo 1). Her iki hasta grubunda yaş, cinsiyet dağılımı arasında fark yoktu ($p > 0.5$). Tüm asit nedenlerinde (%68) ve portal tip asitte (%85) en sık neden karaciğer sirozu idi.

Portal hipertansif tip asit nedeni olan hastaların %85'inde etiyolojik neden siroz idi ve siroza neden olan hastalıklar 29 (portal tip asitli hastaların %25'i) kriptojenik siroz, 29 (%25) hepatit B, 25 (%22) hepatit C, 7 (%6) Delta hepatiti, 3 Wilson (%3), 2 HVB-HCV koinfeksiyonu, birer alkolle bağlı siroz, primer biliyer siroz (PBS), otoimmün hepatit, hemokromatoz idi. Sirotik hastalardan 3 tanesinde hepatosellüler kanser, 1 tanesinde B hücreli lenfoma saptandı. Diğer portal tip asit nedenleri (%15) 4'er kardiyojenik, kronik böbrek yetmezliği (%4), 3 hasta Budd-Chiari, 2 kısa barsak sendromuna bağlı hipoalbuminemi, 1 portal tromboz, 1 hipertoidi, olarak saptandı (Tablo 2).

Non-portal tip asit nedenleri ise 10 hastada (tüm hastaların %7'si, non-portal asitlerin %35'i) primeri belli olmayan peritoneal karsinomatoz, 6'sı (tüm hastaların %4'ü, non-portal asitlerin %21'i) over kanseri, 5'i (tüm hastaların %3'ü, non portal asitlerin %18'i) tüberküloz peritonit, 2 mide kanseri, 1 periampüller kanser, 1 kist hidatik rüptürü, 1 endometrium kanseri, 1 nefrotik sendrom, 1 hastada ise ameliyat sonrası safra kaçağı idi (Tablo 3). Tüberküloz asit tanısı laparoskopik olarak konuldu, malignite hastaları ilgili branşlara sevk edildi.

Tüm hastalarda ortalama albümin: 2.65±0.7 (0.9-4.5), hemoglobin: 11.3±2.1 (5.3-17) g/dl olup portal ve non-portal asitli hasta gruplarında benzerdi ($p > 0.5$).

Tablo 1. Tüm hastaların serum asit albümin gradientlerine (SAAG) göre dağılımı

Asit Tip	N	%
Portal hipertansif tip asit	114	%80
Non-portal hipertansif tip asit	28	%20
Toplam	142	%100

Tablo 2. Portal tip asit saptanan 114 hastanın etiyolojik dağılımı

Hastalık	N	%
Siroz (toplam)	99	%85
Kriptojenik siroz	29	
Hepatit B	29	
Hepatit C	25	
Delta hepatiti	7	
Wilson	3	
Diğer	6	
Kardiyojenik	4	%4
Nefrotik	4	%4
Budd-Chiari	3	%3
Diğerleri	4	%4

Tablo 3. Non-portal asit saptanan 28 hastanın etiyojik dağılımı

Hastalık	N	%
Primeri belli olmayan peritoneal karsinomatoz	10	%35
Over kanseri	6	%21
Tüberküloz	5	%18
Mide kanseri	2	%7
Periampüller kanser	1	
Endometrium kanseri	1	
Kist hidatik rüptürü	1	
Nefrotik sendrom	1	
Post-op safra kaçağı	1	

TARTIŞMA

Nedeni ne olursa olsun, asit ilk saptandığında her olguda parasentez yapılarak tetkik edilmelidir. Asit nedeni, %85 olguda karaciğer sirozu iken, diğer olgularda non-hepatik nedenler saptanmaktadır (7). Bizim kliniğimizde de ilk asit saptandığında ve asit nedeni bilinse bile her yatışta mutlaka parasentez yapılarak tetkik yapılmaktadır. Asitli hasta serimizde de en sık asit nedeni olarak karaciğer sirozu saptanmıştır. Ancak serimizde literatüre göre daha düşük oranda, tüm asitli hastaların yaklaşık %70'inde asit nedeni olarak siroz saptanmıştır.

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılan bir çalışmada yaşları 15 ile 84 arasında değişen, yaş ortalaması 54.3 olan, 29' u erkek (%50) ve 29' u kadın (%50) olan 58 hasta incelenmiş. Hastaların 45'inde (%77.5) asit sıvısı portal hipertansif tipte, 13'ünde (%22.5) non-portal hipertansif tipte saptanmıştır (14). Bizim hastalarımızda da yaş grubu, cinsiyet dağılımı ve portal, non portal tip asitli hasta oranları benzerdi.

İstanbul Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalında Çakaloğlu ve arkadaşları tarafından 1986-1995 yılları arasında, 9 yıllık asitli vakalar ile yapılan geniş serili çalışmada hastaların %76'sında karaciğer sirozu, %9.2'sinde peritoneal karsinomatoz, %7.3'ünde tüberküloz etiyojik neden olara bulunmuş. Benzer şekilde Runyon ve arkadaşları tarafından yapılmış olan geniş serili asit etiyojik araştırmasında %84 karaciğer sirozu, %2.4 peritoneal karsinomatoz, %0.7 tüberküloz etiyojik neden idi. Bu iki çalışmayla karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda da karaciğer sirozunun asit sıvısına neden olan en sık etiyojik neden olduğu (tüm hastaların %70'i), ancak her iki seriye göre daha az oranda etiyojik neden olduğu, maligniteye bağlı asitlerin ise bizim çalışmamızda her iki seriye

göre daha yüksek oranda olduğu saptandı. Tüberküloz peritonite bağlı asitli vakalar Çakaloğlu ve arkadaşlarının çalışmasına oranla belirgin olarak daha az saptanırken, Runyon ve arkadaşlarının çalışmasına göre belirgin yüksek saptandı (%3) (2,15,16). Her iki seriye kıyaslandığında bulgularımız bölgemizde maligniteye bağlı asit sıklığının artarken kıyaslanan çalışmaların eski olduğu dikkate alındığında geçmişe göre tüberküloz oranının düştüğü, ancak halen batıya göre daha sık ve önemli bir etiyojik neden olduğu kanaatine vardık.

Suudi Arabistan'da 2 yıllık sürede 132 hastanın prospektif olarak incelendiği asit etiyojik araştırmasında karaciğer sirozu en sık etiyojik faktör olarak saptanmıştır. Aynı çalışmada maligniteye bağlı olarak gelişmiş olan asit sıvısı bizim çalışmamızla benzer oranlarda bulunmasına rağmen tüberküloz peritonite bağlı asit sıvısı (%10.6) bizim serimize göre 3 kat fazla bulunmuştur (17).

Yunanistan'da yapılmış olan 51 hastalık seride 32 hastada portal hipertansiyona bağlı (28 hastada siroz, 2 hastada kalp yetersizliği, 2 hastada Budd-Chiari sendromu), 19 hastada ise non-portal (17 hastada peritoneal karsinomatoz, 1'er hastada tüberküloz peritonit ve sekonder bakteriyel peritonit) karakterde asit saptanmıştır (18). Bizim serimize göre biraz daha sık non-portal asit ve malignite saptanırken daha az oranda siroz ve tüberküloz saptanmıştır.

Haseki Eğitim Hastanesi'nde yapılan çalışmada asit sıvısı etiyojisi açısından değerlendirmesi yapılan 24 hasta ile karaciğer hastalıklarının en sık etiyojik nedeni oluşturduğu, bu hastalardan 18'inde karaciğer sirozu (5'er hastada hepatit B virüsüne, hepatit C virüsüne ve alkole bağlı, 3 hastada kriptojenik karaciğer sirozu), 2'sinde kronik karaciğer hastalığı, birer hastada ise konjenital hepatik fibroz, primer biliyer siroz, otoimmün hepatit ve alkolik hepatit hastalıklarının asit sıvısına neden olduğu saptanmıştır (14). Bizim serimizde de en sık asit nedeni karaciğer hastalıkları olup, benzer şekilde en sık etiyojik nedenler, hepatit B, hepatit C ve kriptojenik siroz idi. Bu seriye göre kriptojenik oranımız biraz daha fazla iken, alkole bağlı asit saptadığımız tek hasta vardı ve bu seriye kıyasla daha az oranda idi. Kriptojenik sirozla ilgili yaptığımız başka bir çalışmada bu hastaların en az yarısının non alkolik steato hepatit (NASH) zemininde geliştiğini saptadık (19). Bölgemizde Türkiye'nin batısına göre daha az oranda alkole bağlı siroz ve asit görülürken, daha fazla oranda NASH zemininde gelişen siroz ve asit görülmektedir.

58 hastalık aynı çalışmada 12 kişi ile çeşitli malignitelerin en sık 2. etiyojik faktör, 11 kişi ile konjestif kalp yetersizliğinin 3. en sık etiyojik faktör olarak rol aldığı

saptanmıştır. 2 hastada tüberküloz görülmüştür (14). Bizim serimizde de non-portal asitin en sık nedeni olarak maligniteler saptanırken kalp yetmezliğine bağlı asit oranımız bu seriye göre düşük, tüberküloz oranımız benzerdir.

Özellikle sirotik asiti olduğu bilinen hastalarda klinik tablonun değişmesi durumunda, olası spontan bakteriyel peritonit ya da malignite göz ardı edilmemelidir (7). Bizim de sirotik hastalarımızdan 3 tanesinde hepatosellüler kanser, 1 tanesinde B hücreli lenfoma saptandı. Hastalarda siroz saptansa bile malignite açısından dikkatli değerlendirmek gerekir.

Sonuç olarak Şanlıurfa yöresinde asit nedeniyle takip edilen hastaların yaklaşık %80'i portal hipertansif tip asit olup tüm asit nedenleri ve portal hipertansif asitte en sık etiyolojik neden sirozdur. Bölgemizde siroza en sık neden olan hastalıklar hepatit B, hepatit C ve kriptojenik sirozdur. Non-portal asitli hastaların yaklaşık üçte ikisinden sorumlu malignite en sık non-portal asit nedeni iken, tüberküloz ikinci en sık nedendir. Asitli her hasta öncelikle karaciğer sirozu yönünden araştırılmalıdır. Sirozdan şüphelenirse bile maligniteler ve tüberküloz başta olmak üzere olası diğer nedenler de araştırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Serin E, Boyacıoğlu S. Siroz komplikasyonları ve tedavisi. In: Gastroenteroloji. Özden A, Şahin B, Yılmaz U, Soykan İ. (Eds) 1. Baskı. Fersa Matbaacılık, 2002: 528-532.
2. Ökten A, Mungan Z, Cakaloğlu Y, Boztaş G, Kaymakoğlu S, Beşşik F, Özgül S. Gastroenterohepatoloji. Nobel Tıp Kitapevleri, 2001: 345-368.
3. Kuiper JJ, van Buuren HR, de Man RA. Ascites in cirrhosis: a review of management and complications. *Neth J Med* 2007; 65: 283-8.
4. Biecker E. Diagnosis and therapy of ascites in liver cirrhosis. *World J Gastroenterol* 2011;17:1237-48.
5. Knudsen AW, Krag A, Nordgaard-Lassen I, et al. Effect of paracentesis on metabolic activity in patients with advanced cirrhosis and ascites. *Scand J Gastroenterol* 2016;51:601-9.
6. Gaetano JN, Micic D, Aronsohn A, et al. The benefit of paracentesis on hospitalized adults with cirrhosis and ascites. *J Gastroenterol Hepatol* 2016;31:1025-30.
7. Özdemir S. Cirrhotic ascites. *Medical Journal of Bakırköy* 2013;9:1-7.
8. Gines P, Quintero E, Arroyo V, et al. Compensated cirrhosis: natural history and prognostic factors. *Hepatology* 1987;7:122-8.
9. Kashani A, Landaverde C, Medici V, Rossaro L. Fluid retention in cirrhosis: pathophysiology and management. *QJM* 2008;101:71-85.
10. Hoefs JC. Serum protein concentration and portal pressure determine the ascitic fluid protein concentration in patients with chronic liver disease. *J Lab Clin Med* 1983;102:260-73.
11. Pare P, Talbot J, Hoefs JC. Serum ascites albumin concentration gradient: a physiologic approach to the differential diagnosis of ascites. *Gastroenterology* 1983; 85: 240-244.
12. Hoefs JC. Diagnostic paracentesis: a potent clinical tool (editorial). *Gastroenterology* 1990;98:230-6.
13. Sola E, Sole C, Gines P. Management of uninfected and infected ascites in cirrhosis. *Liver Int* 2016;36(Suppl 1):109-15.
14. Meral CE, Karaali ZE, Yanmaz S, et al. Etiological distribution of ascites investigated patients. *Med Bull Haseki* 2005;43:0-0.
15. Çakaloğlu Y, Ökten A, Yaçın S. Serum ascites albümin concentration gradient (A-GRAD) in the prediction of portal hypertension in ascitic patients. *Gastroenterology* 1991;100:1484-5.
16. Runyon BA, Practice Guidelines Committee, American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD). Management of adult patients with ascites due to cirrhosis. *Hepatology* 2004;39:841-56.
17. Al-Knawy BA. Etiology of ascites and the diagnostic value of serum-ascites albumin gradient in non-alcohol liver disease. *Ann Saudi Med* 1997;17:26-8.
18. Akriviadis EA, Kapnias D, Hadjigavriel M, et al. Serum/ascites albumin gradient: its value as a rational approach to the differential diagnosis of ascites. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:814-7.
19. Uyanıkoğlu A, Aydın F, Altunbaş R, et al. Siroz etiyolojisinde NASH'in yeri nedir? 12. Ulusal Hepato-Gastroenteroloji Kongre Kitabı. 8-10 Ekim 2015, Afyon, SB-10, 82.