



**VII. İSTANBUL
DAHİLİYE KLİNİKLERİ
BULUŞMASI**

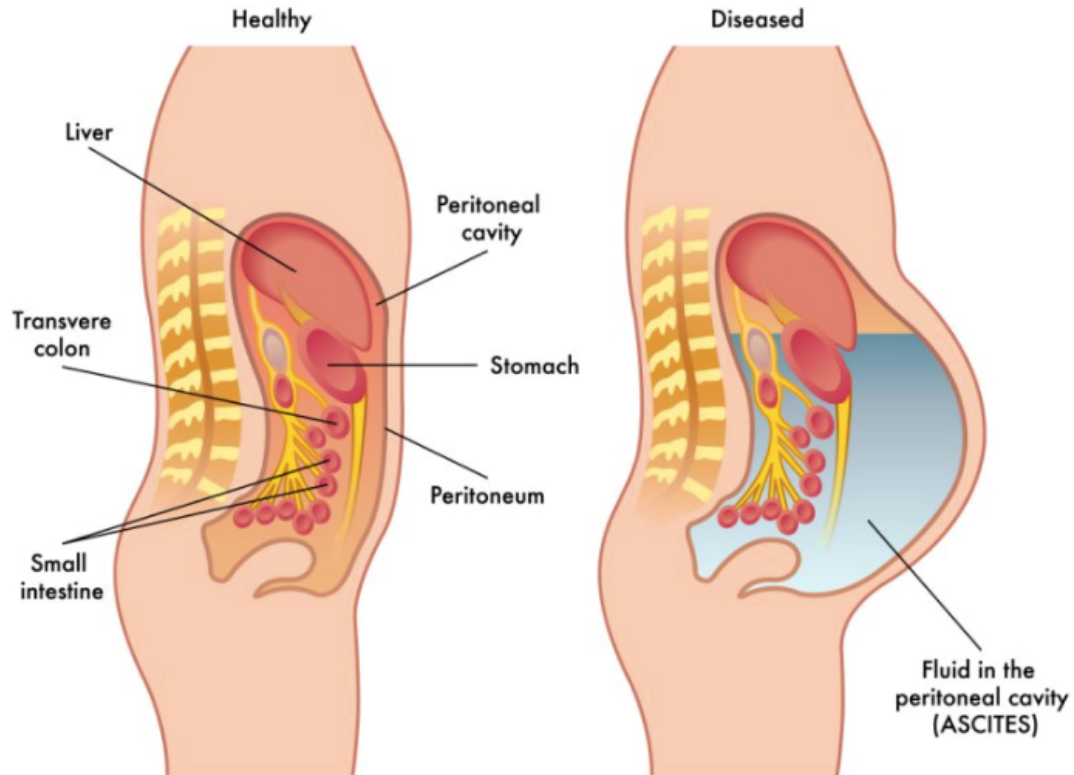
17-19 Kasım 2017 / Marriott Hotel Asia İstanbul

Asitli Hastaya Yaklaşım

Doç. Dr. Yaşar Çolak
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji BD

Asit

- Peritoneal kavitede anormal sıvı birikimi!



Asit Etiyolojisi

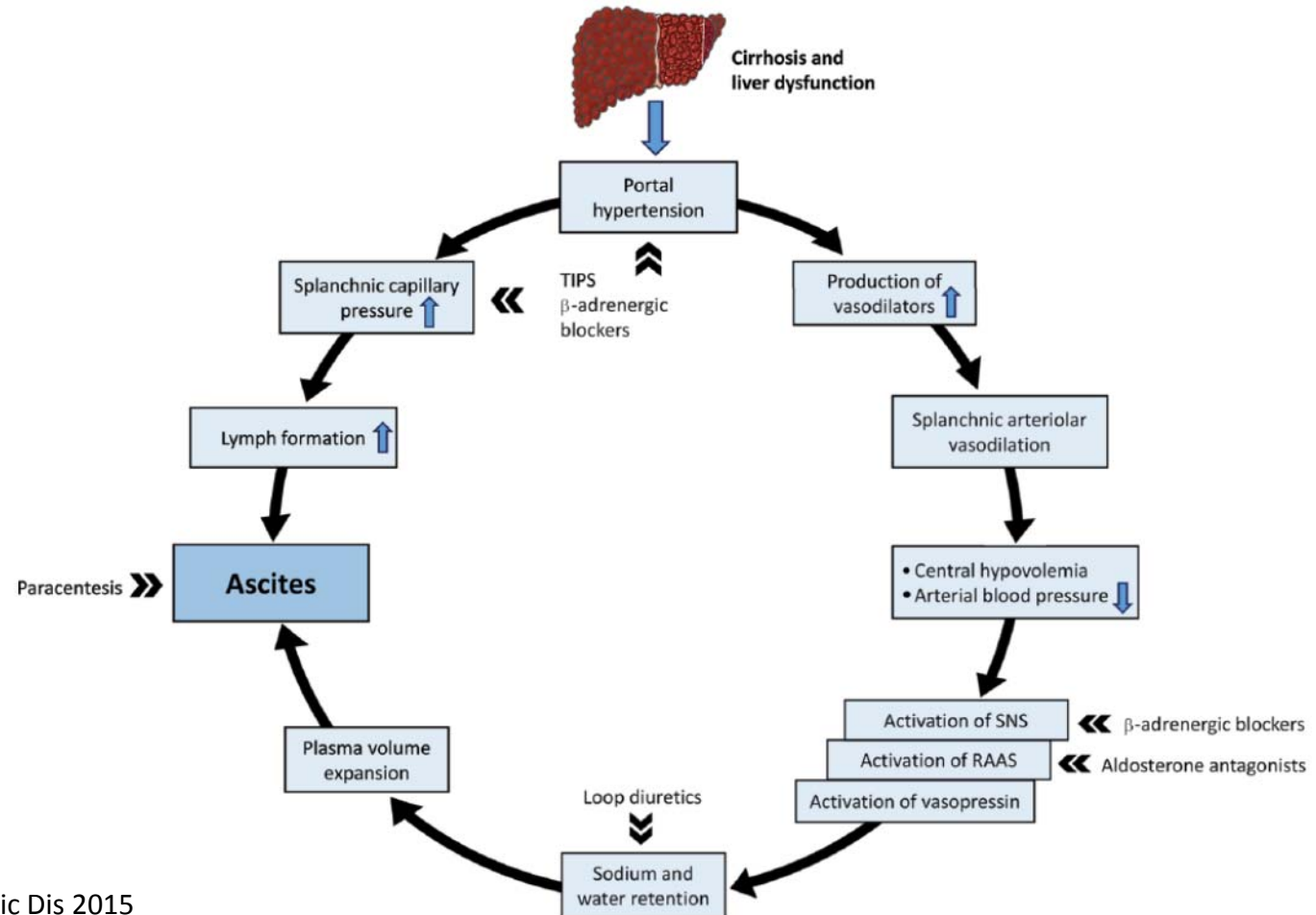
En sık nedenler

Portal hipertansiyon; Siroz (%80) ve KKY (%5)

Malignite (%10)

Sirotik asit patogenezi

- 3 temel mekanizma; Portal hipertansiyon, Periferik ve splanknik vazodilatasyon, Nörohumoral mekanizmalar.

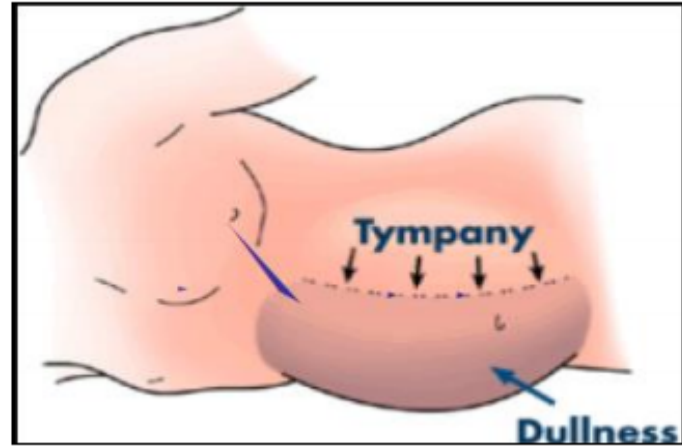
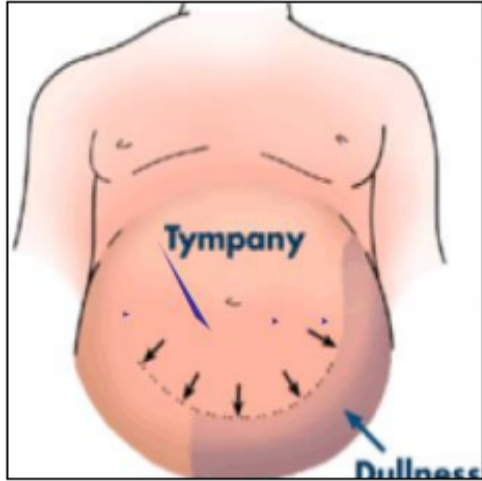


Fizik Muayene

- Siroz ilişkili bulgular
 - Splenomegali
 - Spider anjiom, palmar eritem
 - Hipotenar ve tenar atrofi
 - Abdominal kolateraller
 - Jinekomasti
 - Lunula kaybı
 - Parotis hipertrofisi (alkolik kronik kc hastalığı)
- Kalp yetersizliği veya konstr. perikardit ilişkili bulgular
 - Juguler venöz dolgunluk
 - Akciğerde raller
- Malignite
 - Umbilikal nodül (Sister Mary Joseph nodülü)
 - Batında kütle
 - Lenfadenomegali
(+ B semptomları)



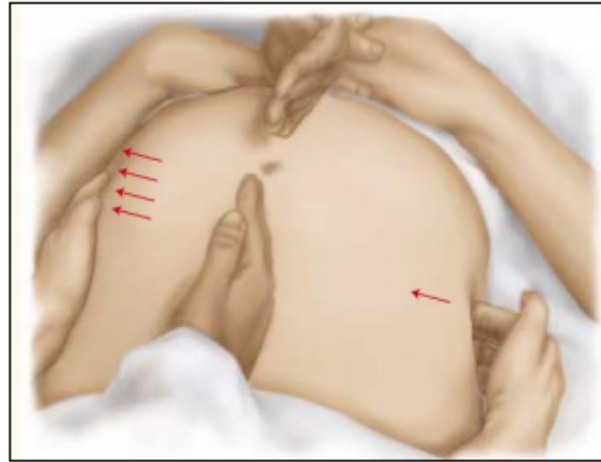
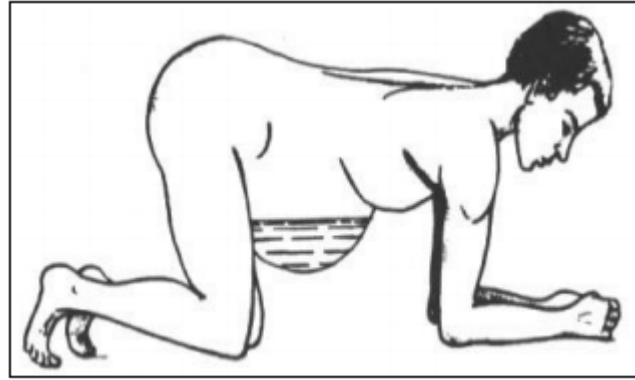
Resim 1: Asit nedeni karın konturundaki değişikliklerin ön ve yandan görünümü



Resim 3:A: Asiti olan hastada açıklığı yukarı bakan matite. B: Yer değiştiren matite



Resim 5: Birikinti belirtisi



Resim 6: Dalga duyusu (*sensation de flot*) manevrası

Evreleme

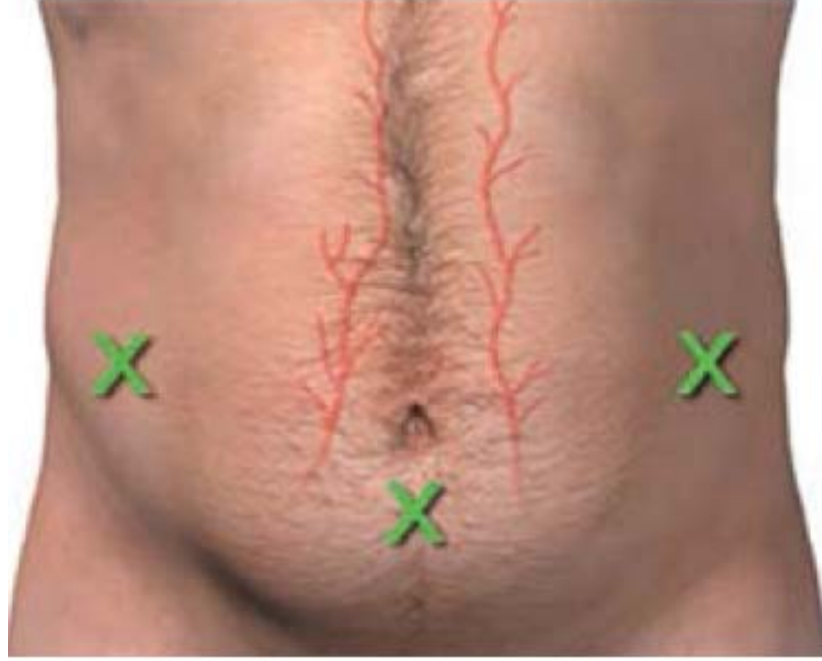
- Grade 1: (Hafif) Ultrasonografi ile saptanabilen hafif asit
- Grade 2: (Orta) Orta derecede asit
- Grade 3: (İleri) Belirgin abdominal distansiyona yol açan tens asit

Kime Parasentez Yapalım?

- İlk kez saptanan asit
- Asiti olan ve hastaneye yatırılan tüm olgular
- Klinik kötüleşme varlığı (ateş, karın ağrısı, ensefalopati, GIS kanama, lökositoz, renal yetersizlik, metabolik asidoz)

Koagülasyon parametreleri bozuk da olsa parasentez için rutin TDP veya trombosit replasmanı yapılmasının gereği yok.

Parasentez



Hasta sırt üstü yatarken steril şartlarda 1-1,5 inç 21-22 G iğne ile tanısal parasentez yapılır. Obez hastalarda 3,5 inç iğne kullanılabilir. Terapötik parasentezde 15-16 G iğne yada kataterler kullanılabilir. Metal iğneler plastik kaplı kataterlere tercih edilir. Z hattı şeklinde giriş yapılır. İğne yavaşca itilir. Kan gelmesi halinde hemen geri çekilir.

Parasentezde nelere bakalım?

- Temel parametreler (Olmazsa olmazlarımız!)
 - Görünüm (berrak, bulanık, kanlı, şilöz)
 - Serum-asit albumin gradienti (SAAG)
 - Hücre sayımı
 - Total protein miktarı
- Diğerleri
 - Kültür (SBP, perforasyon)
 - Glukoz, LDH (malignite, enfeksiyon, perforasyon)
 - Amilaz (pankreatik asit, perforasyon)
 - Tbc için ARB ve kültür, ADA
 - Sitoloji, CEA (malignite)
 - Trigliserid (şilöz asit)
 - Bilirubin (biliyer veya barsak perforasyonu)
 - BNP (kalp yetersizliği)



- SAAG \geq 1.1 g/dl; %97 doğrulukla portal hipertansif tipte asit demektir (sirotik veya nonsirotik!)
- Asit total proteini <2.5 g/dl; sirotik asit <2.5 g/dl; kardiyak asit
- Nefrotik sendrom; SAAG<1.1 g/dl + asit total prot < 2.5 g/dl
- >250/mm³ PNL = spontan bakteriyel peritonit (SBP).
- Travmatik asitlerde düzeltilmiş nötrofil sayısı kullanılmalı (her 250 eritrosit için 1 nötrofil veya her 750 eritrosit için 1 lökosit çıkartılmalı)

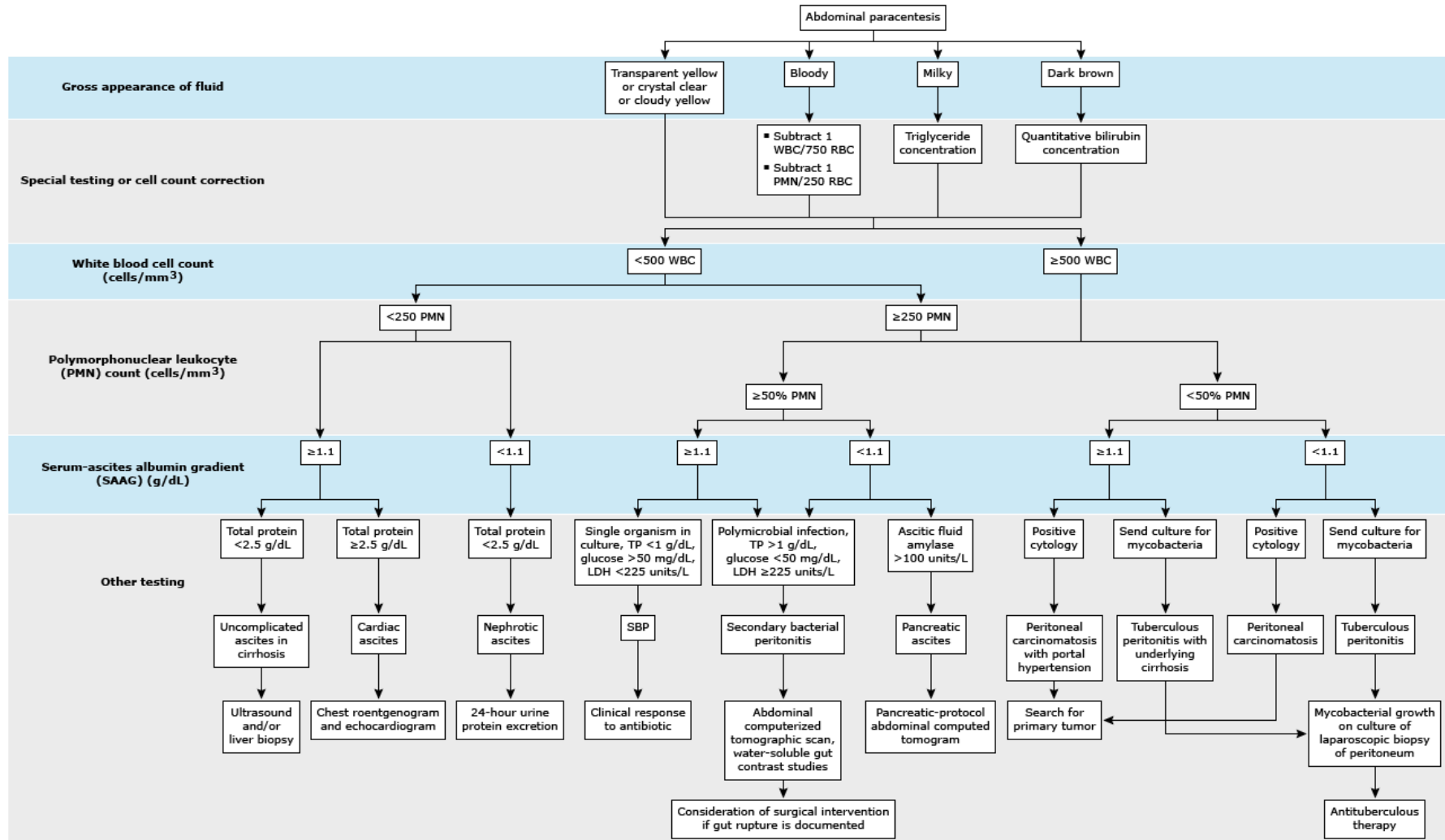
- **SAAG \geq 1.1 g/dl**

- Siroz
- Alkolik hepatit
- Kalp yetersizliği
- Konstriktif perikardit
- Karaciđerde metastazlar
- Budd Chiari
- Portal ven trombozu
- İdiopatik portal fibroz

- **SAAG $<$ 1.1 g/dl**

- Peritoneal karsinomatoz
- Peritoneal tüberküloz
- Pankreatit
- Serozit
- Nefrotik sendrom

Differential diagnosis of ascites



WBC: white blood cell; RBC: red blood cell; PMN: polymorphonuclear leukocyte; TP: total protein; LDH: lactate dehydrogenase; SBP: spontaneous bacterial peritonitis.

Modified with permission from: *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management, 7th Edition, Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH (Eds), WB Saunders Company 2002. Copyright © 2002 WB Saunders Company.*

Asitli Hastada Tedavi

- Öncelikle alkolik olgularda alkol kesilmeli (Baklofen faydalı)
- Sodyum kısıtlaması yapalım mı? Serum sodyum >125 mmol/l ise gerek yok!

Grade 1-2 asit



- Tuz kısıtlaması** (<88 mmol sodyum/gün = 2000 mg sodyum/gün = bir çay kaşığı tuz (4 gr tuz=2300 mg sodyum))
- + **Diüretik** (oral Spiranolakton ± Furosemid) (max 4000 mg/gün / 160 mg/gün)
(ilk seçenek spiranolakton!)

Grade 3 (tense) asit



- Terapötik Parasentez**
- Sonrasında tuz kısıtlaması ve diüretik ile idame (cevapsız olgularda seri terapötik parasentez)**

Asitli Hastada Tedavi

- NSAİİ ilaçlardan olabildiğince kaçın!
- ACE inh ve ARB leri asitli olgularda çok dikkatli kullanılmalı!
Düzenli renal fonksiyon takibi yapılmalı.
- Sirotik asitli olgularda karaciğer transplantasyonu açısından değerlendirilmeye alınmalı.

Spontan Bakteriyel Peritonit

- Asit PNL > 250/mm³ ise ampirik tedavi başlanmalı (sefotaksim 3x2 gr/gün veya seftriakson 2 gr/gün)
- Klinik uyumluysa (ateş, karın ağrısı, karında hassasiyet) (asit PNL < 250 olsa da) ampirik tedavi başlanabilir.
- Tedavinin 48. saatinde parasentez tekrarlanmalı ve PNL de %50 den fazla azalma teyit edilmeli.

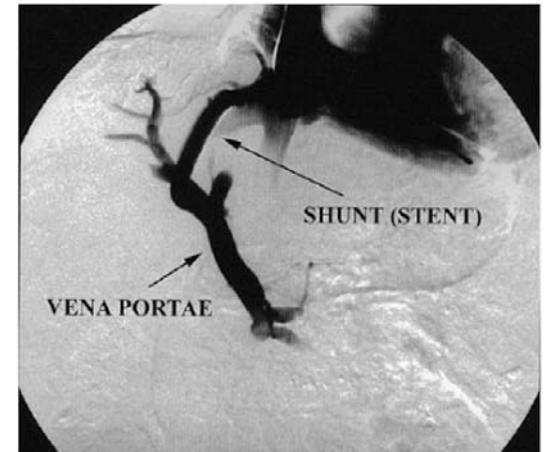
Refrakter Asit

(tuz kısıtlaması ve max doz diüretığe yanıtıız)

- Beta bloker, ACE inh. ve ARB lerden kaçınılmalı.
- Tekrarlayan terapötik büyük volüm parasentezler ilk seçenek.
- 4 litre geçilmiyorsa albümin replasmanı şart değil (hastaya göre değerlendirilmeli!)
- >4 lt parasentez için litre başına 6-8 gr albümin replasmanı.

Örnek; 8 lt parasentez için $8 \times 7 = 56$ gr (%20 lik 100 cc Human Albumin den 3 tane (60 gr alb), tercihen parasentez sonunda)

- Oral midodrin klinik olumlu etkileri gösterilmiş.
- TİPS
- **Transplantasyon (en başarılı tedavi)**
- TİPS ve transplantasyon uygun olmayan vakalarda peritoneovenöz şant.



- Vaptanlar (Vasopresin V2 res antag) asit kontrolünde oldukça sınırlı etkiye sahiptirler ve sürviye katkıları yok.

SBP Profilaksisi

- Sirotik, asiti olan ve GIS kanama ile gelen tüm olgularda 7 gün seftriakson veya norfloksasin (2x1 PO), ciprofloksasin (750 mg/hf)
- Asit total prot <1 g/dl ise ve şunlardan biri varsa uzun dönem profilaksi gerekir (norfloksasin, Trimetoprim/sulfom.);
 - Kreatinin >1.2 mg/dl veya BUN>25 mg/dl
 - Serum sodyum <130 mEq/l
 - Child Pugh >9 + T bil > 3 mg/dl
- Bir kez SBP geçirmiş olanlarda uzun dönem profilaksi verilmesi önerilmekte ?
- Haftada 2-3 kez oral tedavi yerine günlük tedavi verilmesi daha başarılı.

Özet

- Asitin en sık nedenleri siroz, kky, malignitedir (ülkemiz için tbc de unutulmamalı)
- Sirotik olgularda her hastaneye yatış parasentez endikasyonu!
- Asit hücre sayımı, SAAG, asit total proteini olmazsa olmaz!
- Asit PNL>250/mm³ = SBP = Ampirik tedavi başlanmalı!
- Tedavinin 48. st inde kontrol parasentez!
- Gis kanama ile gelen asitli olgularda antibiyotik başlanmalı!
- Asitli olgularda NSAİİ, ACE inh ARB lerine dikkat!
- Vaptanlar işe yaramıyor!
- Tens asit = büyük volüm parasentez (litre başına 6-8 gr albümin)



Teşekkürler!