

T.C
SAĞLIK BAKANLIĞI
OKMEYDANI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
AİLE HEKİMLİĞİ
3. Dahiliye Klinik Şefi: Doç. Dr. Necati YENİCE
Genel Koordinatörü Doç. Dr. Őerife Ayšın HELVACI

2006-2009 YILLARI ARASINDA İÇ HASTALIKLARI
SERVİSİMİZDE YATAN ASİTLİ HASTALARDA
ETYOLOJİK İNCELEME

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

İSTANBUL 2009

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince katkı ve desteklerinden dolayı değerli başhekimimiz Sayın Doç. Dr. Adem AKÇAKAYA'ya saygı ve şükranlarımı sunarım.

Asistanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yaralandığım değerli hocalarım ; 3.İç Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Necati YENİCE'ye, Aile hekimliği koordinatörümüz 2.İç Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Şerife Ayşen HELVACI'ya, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinik Şefi Sayın Prof. Dr. Asiye NUHOĞLU'na ve Şef Yardımcısı Sayın Dr. Fügen PEKÜN'e, Kadın Hastalıkları ve Doğum Klinik Şefi Sayın Op.Dr. Hamdi Ekrem ÖZAKIN'a, 3.Genel Cerrahi Şefi Sayın Prof. Dr. Servet Rüştü KARAHAN'a ve S.B.Şişli Etfal E.A.Hastanesi Psikiyatri Klinik Şefi Sayın Doç. Dr. Oğuz KARAMUSTAFALIOĞLU'na eğitimime katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Tez çalışmalarım süresince ilgi ve desteğini esirgemeyen 3.İç Hastalıkları Kliniği Şef Yardımcısı Sayın Uzm. Dr. Kemal KUTOĞLU'na ve Sayın Uzm. Dr. Nurten ARICAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlık eğitimim süresince bilgi tecrübeleri ile her zaman desteklerini gördüğüm tüm şef muavinlerine, baş asistanlara ve uzmanlara; birlikte uyum içinde çalıştığım asistan arkadaşlarıma, tüm sağlık personeline ve daima destek olan değerli aileme ve sevgili eşime teşekkür ederim.

Dr. Yusuf Haydar ERTEKİN

İÇİNDEKİLER

I-GİRİŞ	4
II-GENEL BİLGİLER	4
III-GEREÇ VE YÖNTEM.....	13
IV-BULGULAR	14
V-TARTIŞMA VE SONUÇLAR.....	18
VI-KAYNAKLAR.....	21

I- GİRİŞ

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 assit 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 assit denir(3). Assit dendiği zaman periton boşluğunda serbest sıvı birikmesi anlaşılmalıdır. Abseleşmeler, kistik-lokalize sıvı birikmeleri bu tanımın dışındadır(1).

II-GENEL BİLGİLER

ETYOLOJİ

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

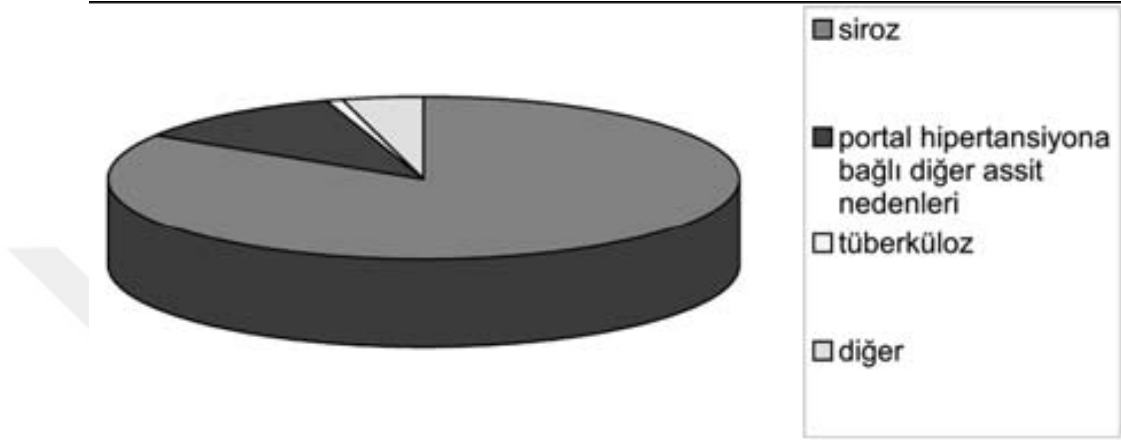
Tablo 1. Asit nedenleri

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

2 ve 7 numaralı referanslardan faydalanılarak hazırlanmıştır

ABD’de Runyon ve arkadaşları, geniş vaka sayılı çalışmalarında; hastaların parasentez sonuçlarına dayanarak asit etyolojisini sıklık sırasına göre belirlemişlerdir (Şekil-1). Türkiye’de ise Çakaroglu ve arkadaşları 1986-1995 yılları arası İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde asit saptanan 780 vakada etyolojik değerlendirme yapmıştır. Her iki çalışmada da asitin etyolojik faktörü olarak %80’e

varan oranda siroz tespit edilmiştir.Malignitelere bağlı asit ve tüberkuloz peritonite bağlı asit ülkemizde diğer çalışmalardan daha yüksek oranda saptanmıştır.



ŞEKİL-1 Asitli hastada etyolojik nedenlerin dağılımı

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

ÖYKÜ

Öyküde tüm asitli hastalar ilk olarak kıyafetlerindeki uyumsuzluk sebebiyle karın 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 karın ağrısı olabileceği gibi malignite, enfeksiyon ve herniler de değişik karakterlerde ağrılar oluşturabilir.Dispne; hepatik hidrotoraks, hepatopulmoner sendrom, pulmoner ve kardiyak hastalıklarla ilişkili olarak gelişebileceği gibi sadece distansiyon sebebiyle 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 siroza ilerleyebilir. Alkolik hastalarda 10 yılı aşan bir sürede obezite olması da siroz için ek bir risk faktörüdür.

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

Tüberküloz peritoniti genellikle ateş ve abdominal rahatsızlık hissiyle kendini gösterir. Bilinen Diabetes Mellitus 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 miksödem 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.

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).

Karın çevresi artışı; asit, gaza bağlı distansiyon, hepatomegali, obezite ve yaygın tümörler sonucu gelişebilir. Asitin fizik muayene ile tanısı obez hastalarda zor olabilir. Karın yan kısımlarında matite alınması en spesifik fizik muayene bulgusudur. Karın yan kısımlarında matite alınmıyorsa büyük olasılıkla asit 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 karın duvarı 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 tıkanıldığını göstermektedir. Sol supraklavikular bölgede patolojik lenf nodunun saptanması üst abdomende 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 akciğer seslerinde ral 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 karın duvarından girilerek periton boşluğından sıvı alınmasıdır.Eğer bu işlem sadece asit sıvısını analiz-tanı amacı ile yapılmışsa “Diagnostik Parasentez”, aynı zamanda asit sıvısının boşaltılması amacına 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 karının orta hattı tercih edilirdi.Ancak günümüzde spina iliaca superiorun iki parmak yukarısı ve iki parmak medialindeki sol alt kadrındaki 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;

- Asit tanımlanan her hastada,
- Hastaneye yatırılan bilinen asitli hastada,
- Asitli hastada enfeksiyon düşünölen klinik-laboratuvar bulgularının varlığında(ateş, lökositoz, ensefalopati, asidoz, hipotansiyon),
- 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 (hemoperitoneum, 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 infüzyonu) 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. $SAAG \geq 1$ 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 ayırıcı tanısı yapılmıştır.

Tablo 2. En sık görülen asit nedenlerinin ayırıcı tanısı

	Görünüm	Asit sıvısında beyaz küre sayısı/mm ³	Asit sıvısında PMNL sayısı/mm ³	Total Protein (g/dl)	SAAG (g/dl)	Diğer Testler
Komplike olmayan siroz	Saman samsı renginde	< 500	< 250	<2.5	> 1.1	KCFPT, 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/µL	> 2.5	< 1.1	Laparoskopik Biyopsi
Konjestif kalp yetmezliği	Saman samsı 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 ³)	< 250/mm ³	Değişken (Sıklıkla>2.5g/dl)	< 1.1g/dl	Asit Sıvısında Trigliserit

2 ve 7 numaralı referanslardan faydalanılarak hazırlanmıştır

Eğer asit sıvısının enfekte olduğu düşünülüyorsa yatak başında ekim yapılmalıdır. idrar 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. Bakteriyel 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 düşünölmelidir.

Asit sıvısında trigliserit bakılmasının nedeni şiloz asitin saptanması içindir. Şiloz asit tanım 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 büyük bir üniversite hastanesinde 20.000 hastada bir insidansında görölmüştür. Ancak bu insidansın; daha agresif kardiyotorasik ve abdominal cerrahi ile kanserli hastaların survivallerinin uzaması nedeniyle arttığı düşünölmektedir (8). Sirozda şiloform asitlerde trigliserid düzeyi 50-200 mg/dl arasındadır.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 analizin tanısal sensitivitesi % 40 ile % 60 arasında değişmektedir.Tanısal sensitiviteyi artırmak için immünohistokimyasal boyamalar yapılır. (Epitelyal 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.

III-GEREÇ VE YÖNTEM

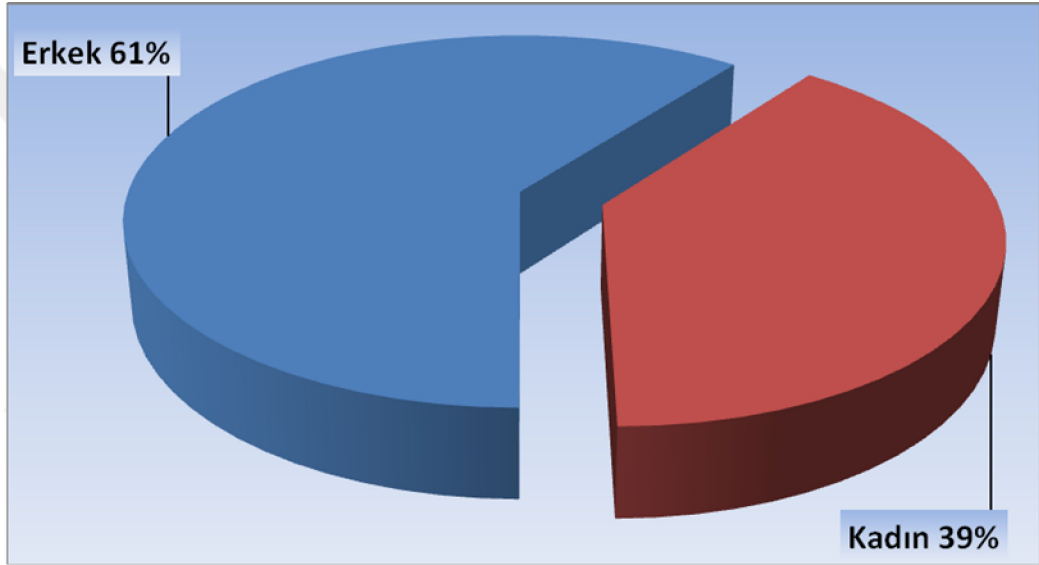
Bu çalışma 2006-2009 yıllarında SB Okmeydanı E.A.Hastanesi 3.İç Hastalıkları kliniğinde yatan ve batında asit tespit edilen 69 hasta üzerinde yürütülmüştür. Çalışma grubunu oluşturan hastaların kriterleri;

- 1- SB Okmeydanı EA Hastanesi 3.İç Hastalıkları kliniğinde yatan asitli hasta,
- 2- Assitin Ultrason, Tomografi veya Parasentez ile tespit edilmiş olması.

Hastaların çalışma formuna yaşı, cinsiyeti, tanısı, eşlik eden hastalıklar, AST, ALT, ALP, GGT, INR, Albumin, HBV, HCV, varis birlikteliği bilgileri kaydedildi.

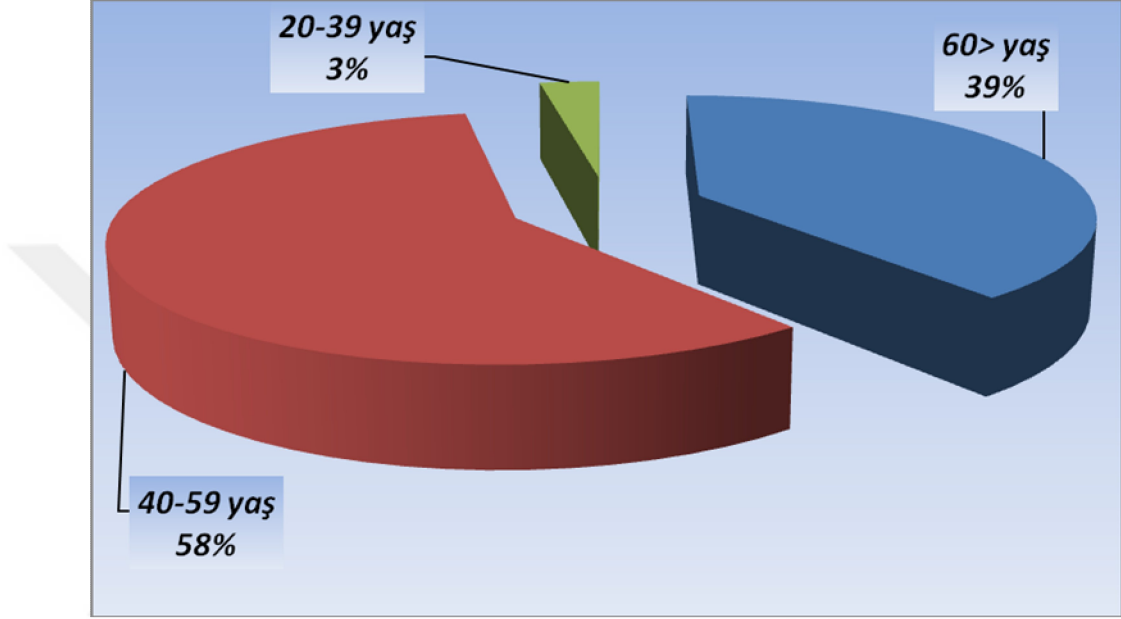
IV-BULGULAR

Toplam 69 asitli hasta asit etyolojisi açısından retrospektif incelendi.Yaş ve cinsiyet dağılımı 43'ü erkek (%62,3) , 26'sı kadın (%37,7) ve medyan yaş 55±12 yıl olarak gözlendi.(Şekil-2)



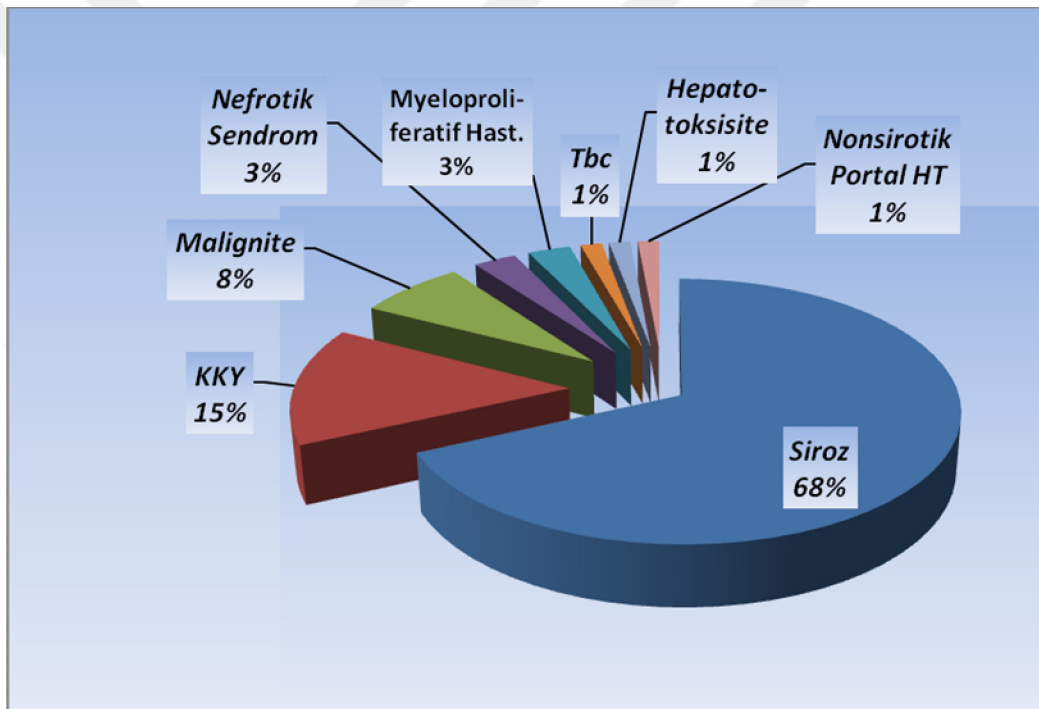
Şekil-2 Cinsiyet Dağılımı

Yaş dağılımına göre vakaların % 3'ü 20-39 yaş grubunda, % 58'i 40-59 yaş grubunda ve % 39'u 60 yaş üstü grupta yer aldı.(Şekil-3)



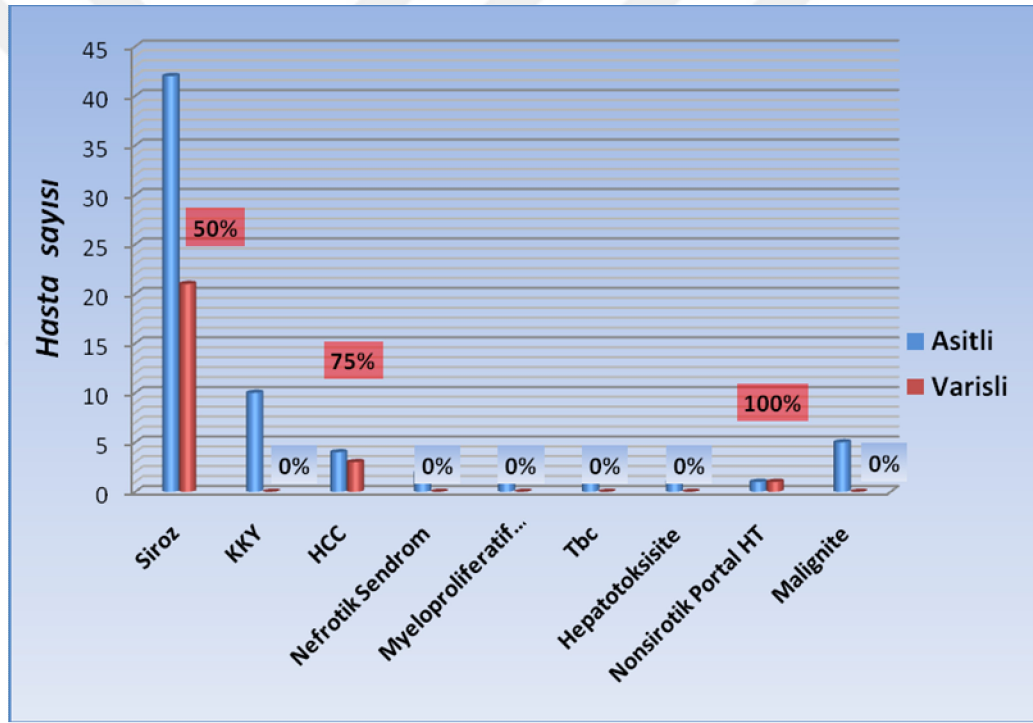
Şekil-3 Yaş Dağılımı

Etyolojiye göre asitli hastaların 47'sinde (%68,1) sirotik, 22'sinde (%31,9) nonsirotik hastalıklar mevcuttu. Sıklık sırasına göre etyolojide Siroz 47 (%68), Konjestif Kalp Yetmezliği(KKY) 10 (%15), Malignite 5 (%8), Nefrotik Sendrom 2 (%3), Myeloproliferatif Hastalık 2 (%3), Nonsirotik Portal Hipertansiyon 1 (%1), Tüberküloz Peritonit 1 (%1), Hepatotoksisite 1 (%1) hastada görüldü.(Şekil-4)



Şekil-4 Asitli hastalarda etyolojik dağılım

Asitli hastalarda etyolojilerine göre varis birlikteliğini incelediğimizde Nonsirotik Portal Hipertansiyon'da varis birlikteliği % 100, Hepatoselüler kanser(HCC)'de varis görülme oranı % 75, Sirozda % 50 birlikte iken Konjestif Kalp Yetmezliğinde, Nefrotik Sendrom'da, Myeloproliferatif Hastalıklarda, Tüberkülozda, Malignitelerde ve Hepatotoksisitede varis tespit edilmedi.(Şekil-5)



Şekil-5 Asitli hastalarda varis birlikteliği

V-TARTIŞMA VE SONUÇLAR

Kliniğimizde yatırılan hastalar arasında karaciğer sirozu olanlar asitin en sık görüldüğü hasta grubunu oluşturdu. Değişik coğrafi alanlar ve iklim bölgeleri arasında etyolojik farklılıklar görüldüğü gibi çalışmanın yapıldığı kliniğe göre de etyolojinin en azından sıklık açısından farklılık gösterdiği görülür. Tablo-4’de asit etyolojisine yönelik çalışmalara gözetdiğimizde bu farklılık daha çok netleşecektir.

Tablo 4. Yıllara göre asit etyolojisi

Çalışma	Olgu Sayısı	Siroz %	Kanser %	Tbc %	Kardiyak %	Nefrojenik %	Diğer %
Runyon,1992	330	84	2,5	0,7	2,7	0,4	4,8
Runyon,1995	576	81,4	10	1,7	3	1,2	2,7
Çakaloğlu,1995	780	76	9,4	7,3	1,2	0,3	4,2
Al-Knawy,1997	132	66	12,8	10,6	7,6	3	0
Elis,1998	81	32	42	1,2	17,2	0	7,4
Öcal,2003	58	51,7	13,8	6,9	15,5	0	12,1
Çalışmamızda	69	68	8	1	15	3	5

Bu çalışmamızda asit etyolojisinde siroz ve kardiyak nedenler ilk iki sırayı alırken Runyon, Al-Knawy ve Çakaloğlu’nun serilerinde siroz ve malignite yer almış. Hastanemizde ayrı bir onkoloji kliniği olması kanser hastalarının neden iç hastalıkları servisimizde beklenen düzeyde olmamasını açıklıyor. Ancak siroz

olgularının baskın bir şekilde hem bizde hem de diğer çalışmalarda yüksek olması yayınların gastroenteroloji klinikleri olmasından kaynaklanabilir.

Asit etyolojisinde sirozun ilk sırada yer alması hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde viral ve alkolik hepatitin yaygın olmasından kaynaklanıyor. Ülkemizde Ökten ve arkadaşları 393 olguda siroz etyolojisini araştırmış; viral hepatitler % 60, alkol % 11, alkol+hepatit % 4, diğer nedenleri % 9 ve geri kalanları % 16 ile kriptojenik siroz olarak saptamış.(15) ABD'de Frieden ve arkadaşları ise HCV+alkolü % 46,5 ile sirozun en sık etkeni olarak saptamış.(14)

Fransa gibi alkolün sık tüketildiği bir toplumda refrakter asitli sirozlu hastaları değerlendiren bir çalışmada ise alkol % 66 ile önde gelen etken olmuş.(16) Bunlara karşın Japonya ise ABD ve Fransaya benzer sosyoekonomik profili olan bir asya ülkesi olarak en sık siroz etkeni olarak kronik hepatit-c'yi saptamış.(17) Sirozun etyolojik nedenleri açısından karşılaştırıldığında ülkemizin batı ülkelerinden en önemli farkı ülkemizde kronik hepatit-b'nin ve kriptojenik siroz'un sık görülmesiyken batıda alkol ve hepatit-c'nin sık görülmesidir.

Etyolojik etkenlerden tüberkülozun sıklığının Öcal ve Çakaloğlu'nun serilerinde olduğu gibi beklenen bir oranda olmayışını günümüz şartlarında tüberkülozlu hastaların acil ve polikliniklerimizde tespit edilmesi sonrası göğüs hastalıkları hastanesine sevk edilmesine bağlıyoruz.

Asit etyolojisi ve yaş arasındaki ilişkiye baktığımızda siroz ve kalp yetmezliğinin en sık 40 yaş üstünde görülmesi bu hastalıkların fizyopatolojik sürecinin uzun oluşu neticesinde ileri yaşlarda ortaya çıkması ile ilişkilendirilebilir.

Sonuç olarak çalışmamızda yer alan hastalarda asit oluşumunda siroz % 68 ile ilk sırayı kalp yetmezliği ise % 15 ile ikinci sıraya almıştır. Bu profil Türkiye

genelinde bölgesel farklılıklar gösterebileceği akla gelse de, bu farklılıkların siroz, kalp yetmezliği ve kanser sıralamasında değişiklikten ileri gitmeyeceğini düşündürmektedir.



VI- 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 Diseases 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.4th 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. 7th 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.

10. Al-Knawy BA. Etiology of ascites and the diagnostic value of serum-ascites albumin gradient in non-alcohol liver disease. *Ann Saudi Med* 1997;17:26-28.
11. Öcal PA, Akşahin A, Çetin T, Yıldırım İS. Cancer antigen 125 levels in patients with ascites. *Turk J Gastroenterol* 2003;14:257-61.
12. Elis A, Meisel S, Tishler T, Kitai Y, Lishner M. Ascitic fluid to serum bilirubin concentration ratio for the classification of transudates or exudates. *Am J Gastroenterol* 1998;93:401-403.
13. Çakaloğlu Y, Asit Etiyopatogenezi, Tanı ve Klinik Özellikler, “Klinik Pratikte Asitli Hasta” isimli kitaptan. Ökten A(Ed). İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 1.Baskı,2005,s7-35.
14. Frieden TR, Ozick L, McCord C, et al. Chronic liver disease in central Harlem: the role of alcohol and viral hepatitis. *Hepatology* 1999;29:883-88.
15. Ökten A, Karaciğer sirozu. *Gastroenterohepatoloji Kitabından*. Ed’ler: Ökten A, Mungan Z, Çakaloğlu Y. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2001, s449-67.
16. Moreau R, Delege P, Pessione F, et al. Clinical characteristics and outcome of patients with cirrhosis and refractory ascites. *Liver International* 2004;24:457-64.
17. Yoneyama K, Taniguchi H, Kiuchi Y, et al. Prognostic index of liver cirrhosis with ascites with and without hepatocellular carcinoma. *Scand J Gastroenterol* 2004;39:1272-79.