



ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ



Ασκίτης

Ευάγγελος Χολόγκιτας
Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας ΕΚΠΑ
Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

Ιστορικό ασθενούς

- **Αιτία εισόδου: Διόγκωση κοιλίας**
- **Παρούσα νόσος:** Από τεσσάρων εβδομάδων προοδευτική διόγκωση της κοιλίας που συνοδεύεται από ακαθόριστα δυσπεπτικά ενοχλήματα (ανορεξία, φούσκωμα, βάρος στο επιγάστριο).
- **Ανασκόπηση συστημάτων :**
 - *Αναπνευστικό:* Πρωινή απόχρεμψη.
 - *Πεπτικό:* Περιοδικά καυστικό άλγος στο επιγάστριο και ερυγές από 10ετίας καθώς και όσα αναφέρονται στην παρούσα νόσο.
 - *Ουρογεννητικό:* Από έτους ελάττωση της Libido.
- **Ατομικό αναμνηστικό και Κληρονομικό αναμνηστικό :** Ελεύθερα
- **Συνήθειες και τρόπος ζωής:** Καπνιστής . Η εργασία κουραστική, πίνει «λίγο» κρασί (3-4 ποτήρια κρασί ημερησίως από 15ετίας), διατρέφεται επαρκώς.

Βήμα 1: Ατομικό Ιστορικό

ασθενών με ηπατοπάθεια

Λήψη φαρμάκων (ΜΣΑΦ, αντιβίωση, αναβολικά)

Λήψη βοτάνων, μανιταριών

Κατανάλωση αλκοόλ (διάρκεια, ποσότητα)

Μεταβολικό σύνδρομο

Συνοδά αυτοάνοσα

Επάγγελμα, Πρόσφατο ταξίδι, Μετάγγιση (1992)

Χρήση ναρκωτικών, Σεξ. επαφή χωρίς προφύλαξη

A: >30 gr/d, Γ: >20 gr/d
[A: >210 gr/w, Γ: >140 gr/w]

15gr: 360mL μύρας / 150mL
κρασί / 45mL 70-80%

ερώτηση οικογένειας



Αντικειμενική εξέταση

- **Επισκόπηση:** άρτια σωματική διάπλαση, λεπτόσωμο. **Σκληροί ικτερικοί.**
- **Θώρακας:** Γυναικομαστία, πτωχή τρίχωση μασχάλης, αραχνοειδείς σπίλοι στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα.
- **Άκρα:** Ηπατικές παλάμες, οίδημα σφυρών άμφω.
- **Όρχεις:** Ατροφικοί.
- **Κυκλοφορικό:** ΑΠ **90/60mmHg**, σφύξεις **100/min**









Τι μπορεί να έχει ένας ασθενής με διάταση κοιλιάς?



Διόγκωση κοιλιάς

6 Fs rule

- Υγρό (Fluid)
- Αέρας (Flatus)
- Λίπος (Fat)
- Έμβρυο (Fetus)
- Κόπρανα (Feces)
- Νεόπλασμα (Fatal growth)

Διόγκωση κοιλιάς

6 Fs rule



- **Υγρό (Fluid)**
- Αέρας (Flatus)
- Λίπος (Fat)
- Έμβρυο (Fetus)
- Κόπρανα (Feces)
- Νεόπλασμα (Fatal growth)



- Ασκήτης: παθολογική συγκέντρωση ελεύθερου υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- Φυσιολογικό περιεχόμενο 25-50 ml ορώδους υγρού



Στάδια ασκίτη

- Στάδιο 1: ήπιος, ανιχνεύσιμος μόνο με υπερηχογράφημα, ≈ 100 ml
- Στάδιο 2: μέτριος, μέτρια συμμετρική διάταση της κοιλίας, >1000 ml (κλινικά έκδηλος)
- Στάδιο 3: Μεγάλος ασκίτης, κοιλιακή διάταση

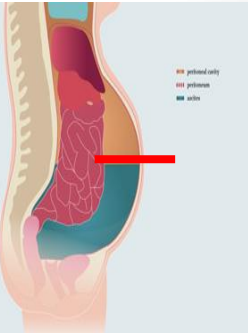
Αντικειμενική εξέταση ασθενούς



- Κοιλία: Διογκωμένη, με ελεύθερο υγρό (ασκίτη), ήπαρ υπόσκληρο ανώδυνο (κάθετη διάμετρο 12cm στην μεσοκλειδική γραμμή), σπλήνας ψηλαφητός.

Κλινική εξέταση

Όρθια θέση

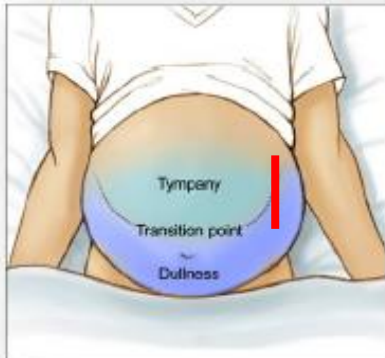


Ύπτια θέση

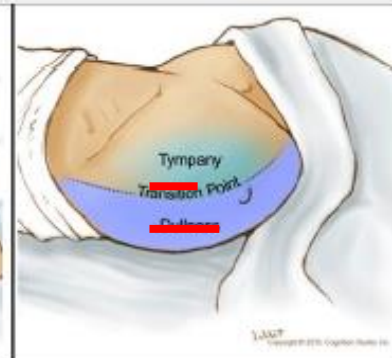


Βατραχοειδής κοιλιά → 1500ml
Χαμογελαστός ομφαλός

Ύπτια θέση



Πλάγια θέση

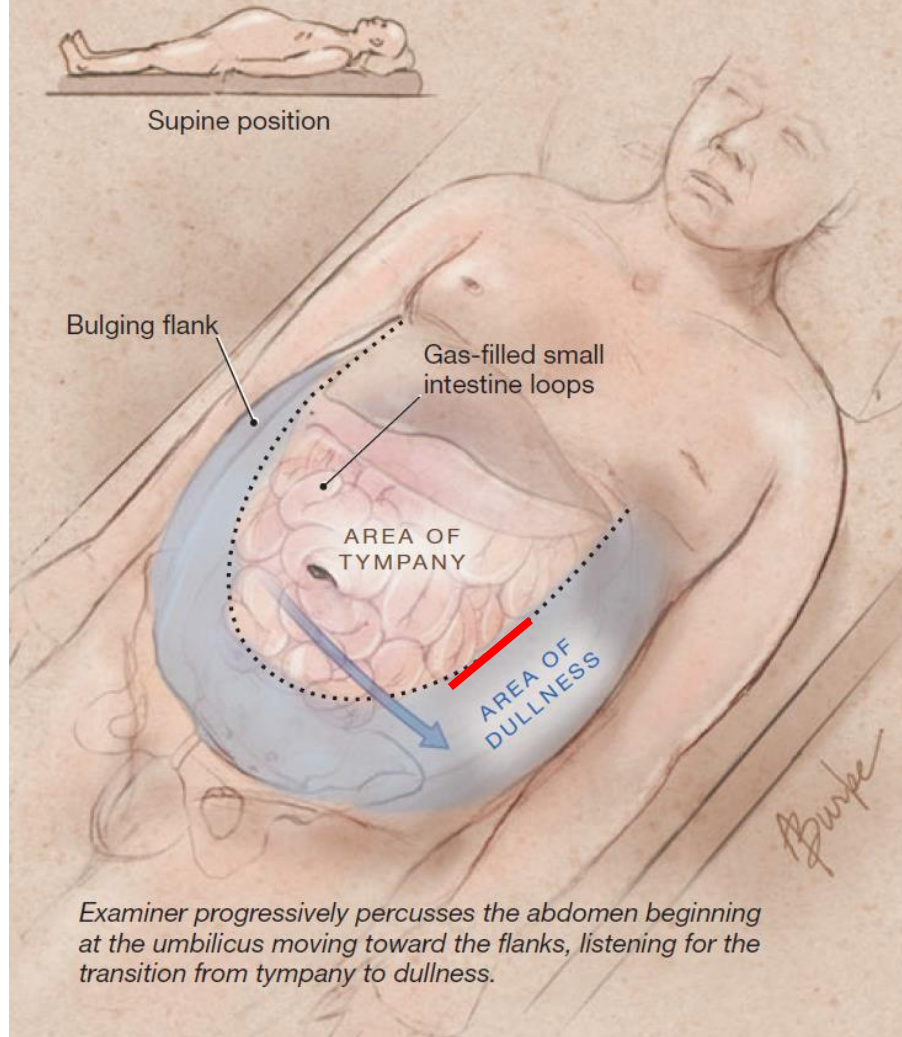


Σημείο μετακινούμενης αμβλύτητας →
προϋποθέτει παρουσία 1000ml

- 83% ευαισθησία
- 56% ειδικότητα

Σημείο αντιτυπίας
Σημείο επιπλέοντος πάγου

A Percussion for flank dullness

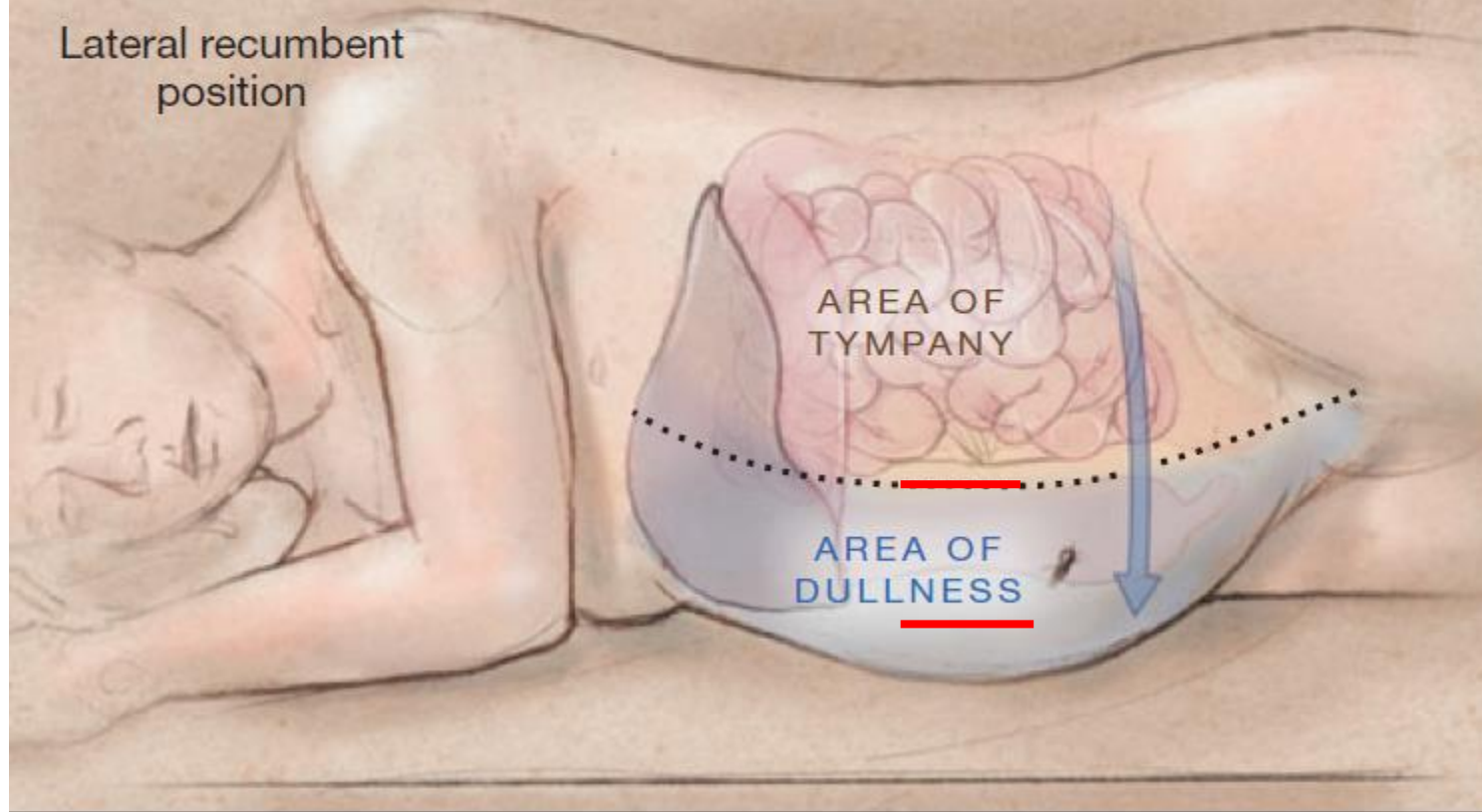


Examiner progressively percusses the abdomen beginning at the umbilicus moving toward the flanks, listening for the transition from tympany to dullness.

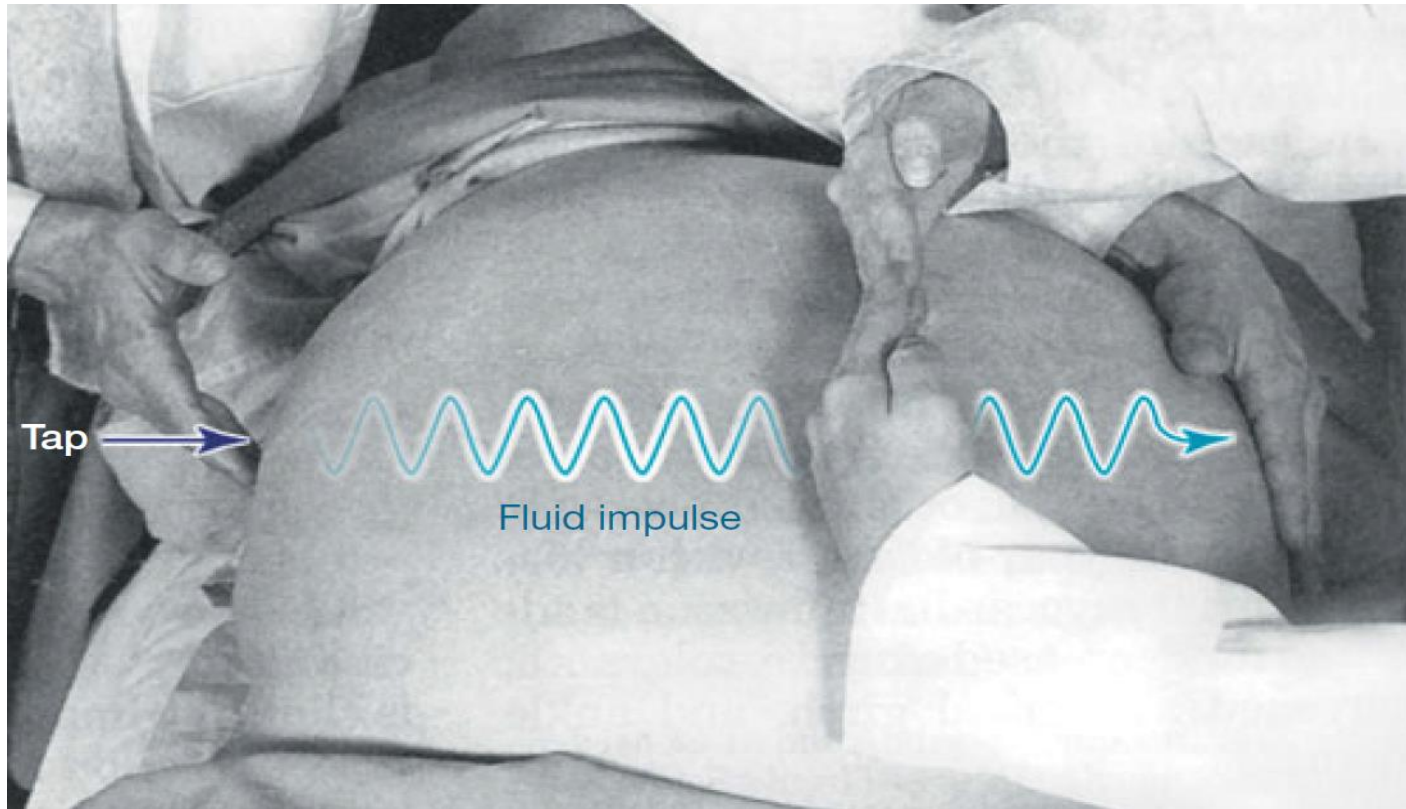
B Percussion for shifting dullness

Examiner rolls the patient to the lateral recumbent position and repeats percussion. The area of dullness shifts to the dependent side and the area of tympany shifts to the top.

Lateral recumbent position



Σημείο αντιτυπίας (2 στάδια με 2 εξεταστές)





Αντικειμενική εξέταση σε παρουσία ασκιτικής συλλογής

- Επισκόπηση:
 - Διόγκωση στα πλάγια της κοιλιάς (βατραχοειδής κοιλιά)
 - Οίδημα
- Επίκρουση:
 - Αμβλύτητα στα πλάγια της κοιλιάς
 - Μετακινούμενη αμβλύτητα
- Ψηλάφηση:
 - Σημείο αντιτυπίας (fluid wave)
- Ανάλογα με το υποκείμενο αίτιο υπάρχουν τα αντίστοιχα ευρήματα στην αντικειμενική εξέταση



Πρόσθετα ευρήματα

- **Σημείο επιπλέοντος πάγου:** με τις κορυφές των δακτύλων ασκείται απότομη πίεση στο κοιλιακό τοίχωμα που βρίσκεται πάνω από το προς εξέταση συμπαγές όργανο. Η κίνηση αυτή παρεκτοπίζει το υγρό και επιτρέπει την πρόσκρουση των δακτύλων στο όργανο.
- Αν μάλιστα μείνουν τα δάκτυλα βυθισμένα στο κοιλιακό τοίχωμα είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές διαδοχικές πλήξεις των δακτύλων από το συμπαγές όργανο (**κινήσεις που θυμίζουν την κίνηση του πάγου που βυθίζεται και αναδύεται στην επιφάνεια του νερού**).

Πρόσθετα ευρήματα



- Το **επίφλεβο** στην κίρρωση αποτελείται από φλέβες στο κοιλιακό τοίχωμα που φέρονται ακτινωτά του ομφαλού και με φυγόκεντρο ροή του αίματος. Ως επιπλοκή μπορεί να εμφανιστεί η **κεφαλή μεδούσης** (επίφλεβο γύρω από τον ομφαλό με τις φλέβες σε ακτινωτή διάταξη με κέντρο τον ομφαλό)



- Στην κίρρωση, σε αντίθεση με την δεξιά καρδιακή ανεπάρκεια, τα οιδήματα κάτω άκρων **δεν** συνοδεύονται από διόγκωση των σφαγιτιδων φλεβών.



Τι εργαστηριακές εξετάσεις θα ζητήσετε?

Εργαστηριακές εξετάσεις



- Hb:10g%, Hct:30% , MCV:102, Λευκά:2.500 κ.κ.χ., Αιμοπ:80.000
- Χολερυθρίνη: 4,8 mg/dl, άμεση:3,8mg/dl, Λευκώματα: ολικά: 4,9 g/dl, Λευκ.:2,5 g/dl, Κρεατινίνη:1.20mg/dl, AST:22U/L, ALT:17U/L,
- Χρόνος Προθρομβίνης: 20'' (13''), INR: 1,7
- HBsAg (-), anti-HBc(+), anti-HBs(+), anti-HCV (-)
- aFP: 7 ng/dL (UNL 15)



Τι απεικονιστικές εξετάσεις θα ζητήσετε?

Απεικονιστικές εξετάσεις

- Υπερηχογράφημα άνω κοιλίας: λοβωτή επιφάνεια δεξιού λοβού, **διάταση της πυλαίας, ύπαρξη ελευθέρου ασκτικού υγρού, διαστάσεις σπληνός αυξημένες, χολολιθίαση**
- Αξονική τομογραφία (**4 φάσεων**): επιβεβαίωση ευρημάτων υπερηχογραφήματος. Κιρρωτικό ήπαρ, πυλαία φλέβα βατή. Απουσία ηπατοκυτταρικού Ca

Υπερηχογράφημα κοιλίας



CT κοιλίας





Κίρρωση

- Αντιρροπούμενη
- Μη αντιρροπούμενη

Χρόνια ηπατική νόσος



Αντιρροπούμενη κίρρωση

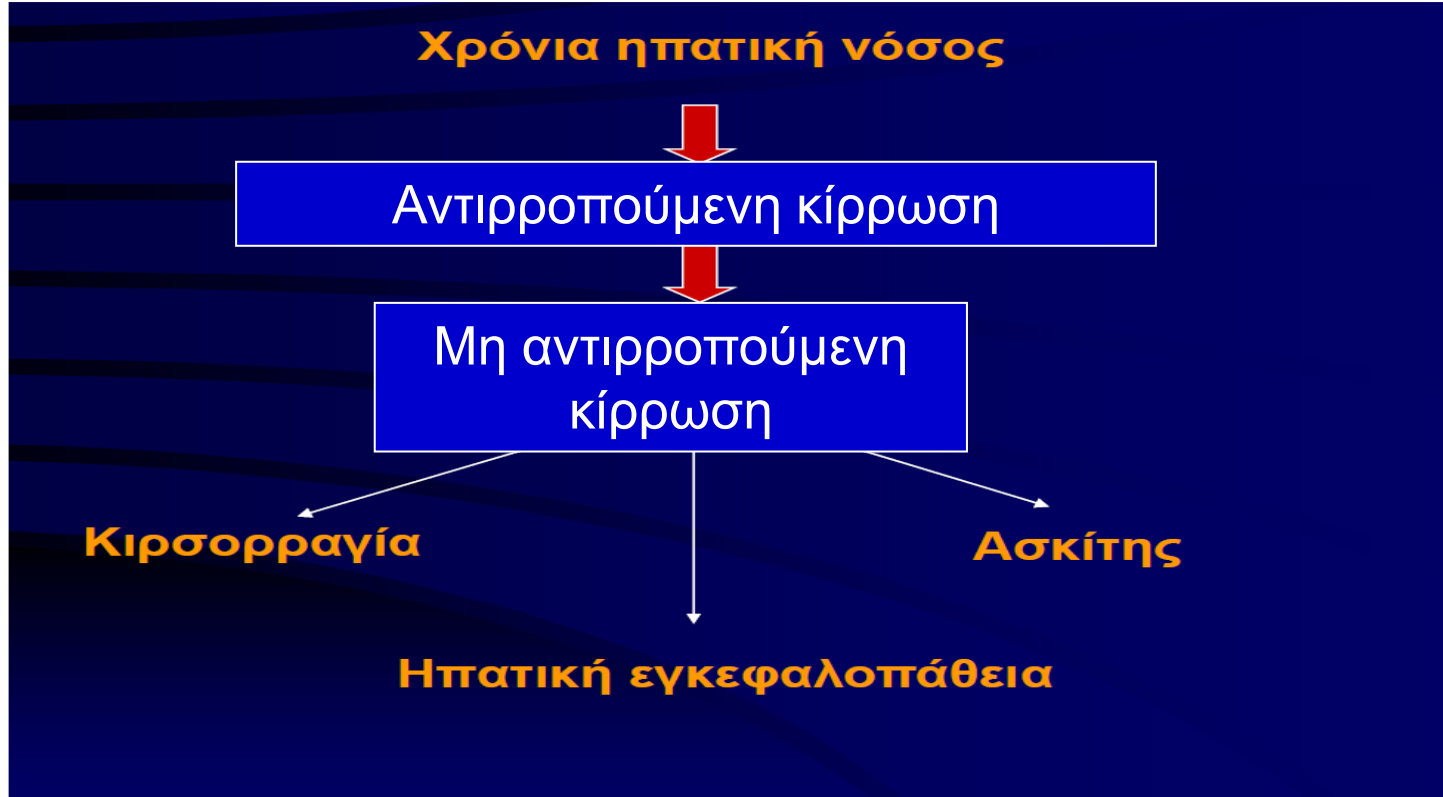


**Μη αντιρροπούμενη
κίρρωση**

Κιρσορραγία

Ασκίτης

Ηπατική εγκεφαλοπάθεια



ΠΥΛΑΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Κλινικό σύνδρομο, απότοκο συνήθως
χρόνιας ηπατικής νόσου,
που χαρακτηρίζεται από παθολογική αύξηση
της πίεσης της πυλαίας φλέβας

HVPG > 5mmHg:
Πυλαία υπέρταση

HVPG > 10mmHg:
Κλινικά σημαντική
πυλαία υπέρταση

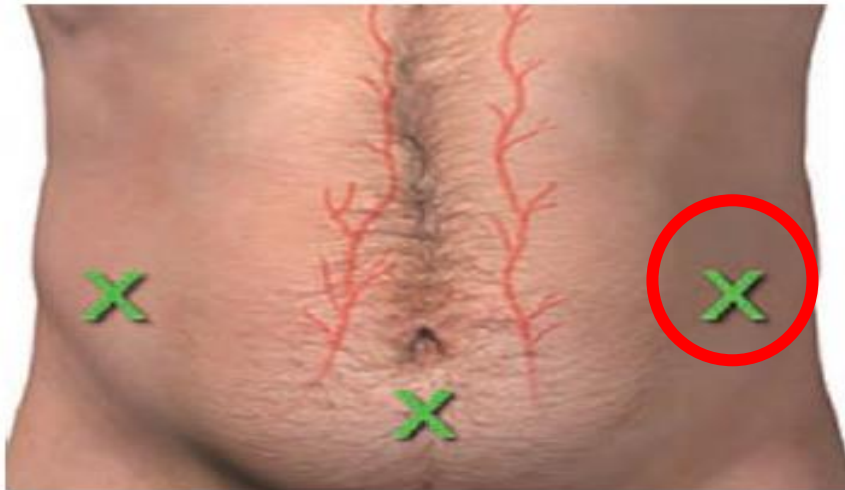


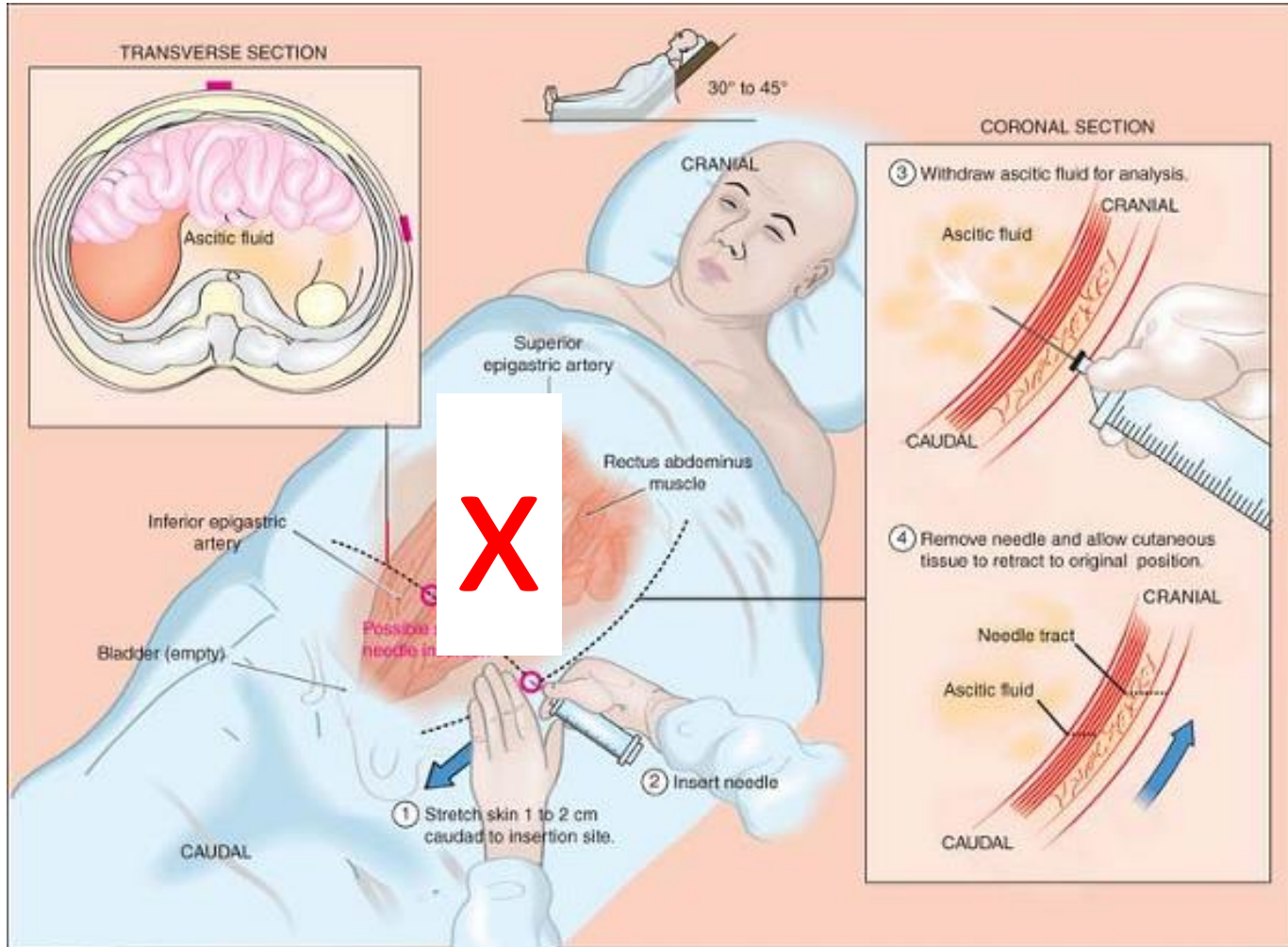
Πως θα προχωρήσετε στη συνέχεια?

Σε κάθε πρωτο-διάγνωση ασκίτη: παρακέντηση



Συνήθεις θέσεις παρακέντησης της κοιλιάς



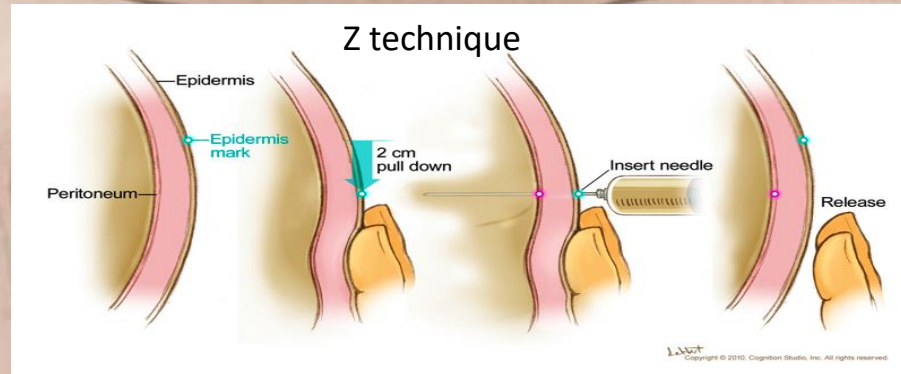


B Percussion for shifting dullness



Σωστή θέση ασθενούς για διαγνωστική παρακέντηση και παροχέτευση ασκιτικής συλλογής

Lateral recumbent position



AREA OF DULLNESS

Επιπλοκές παρακέντησης κοιλίας



- Διαφυγή ασκτικού υγρού: 5%
- Σοβαρή αιμορραγία: <1%
- Λοίμωξη εξαιτίας της παρακέντησης: 0,6%
- Θάνατος εξαιτίας της παρακέντησης: 0,4%

ΕΛΑΧΙΣΤΕΣ

Ανάλυση ασκιτικού υγρού



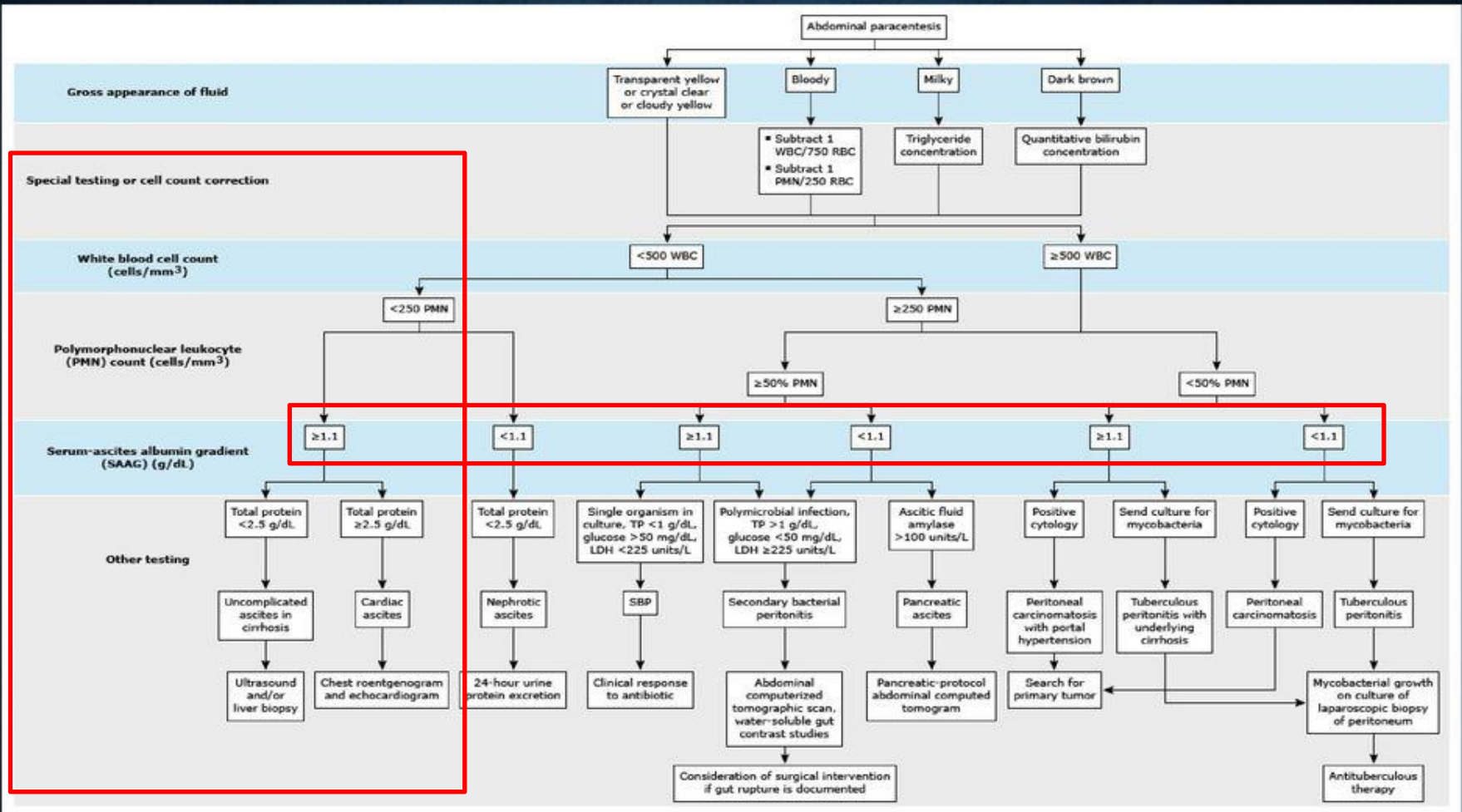
- Συνήθεις εξετάσεις
 - Γενική και τύπος λευκοκυττάρων [αν PMN>250: SBP (αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα)]
 - Συγκέντρωση λευκωματίνης
 - Συγκέντρωση ολικών πρωτεϊνών
 - Καλλιέργεια (φιαλίδια αιμοκαλλιεργείων)
- Προαιρετικές εξετάσεις
 - Γλυκόζη: <50 mg/ml → διάτρηση κοίλου σπλάγχνου
 - LDH: >ανώτερα φυσιολογικά όρια → δευτεροπαθής περιτονίτιδα
 - Χρώση κατά Gram
 - Συγκέντρωση αμυλάσης (>2000 U/liter ή 5X ορού → παγκρεατικός ασκίτης ή διάτρηση κοίλου σπλάγχνου
 - Τριγλυκερίδια: >200 mg/dl → χυλώδης ασκίτης
 - Κυτταρολογική: αυξημένη ευαισθησία με 3 δείγματα
 - Καλλιέργεια για μυκοβακτηρίδια: ευαισθησία 50%
 - Δεαμινάση αδενοσίνης (ADA): διάγνωση φυματίωσης



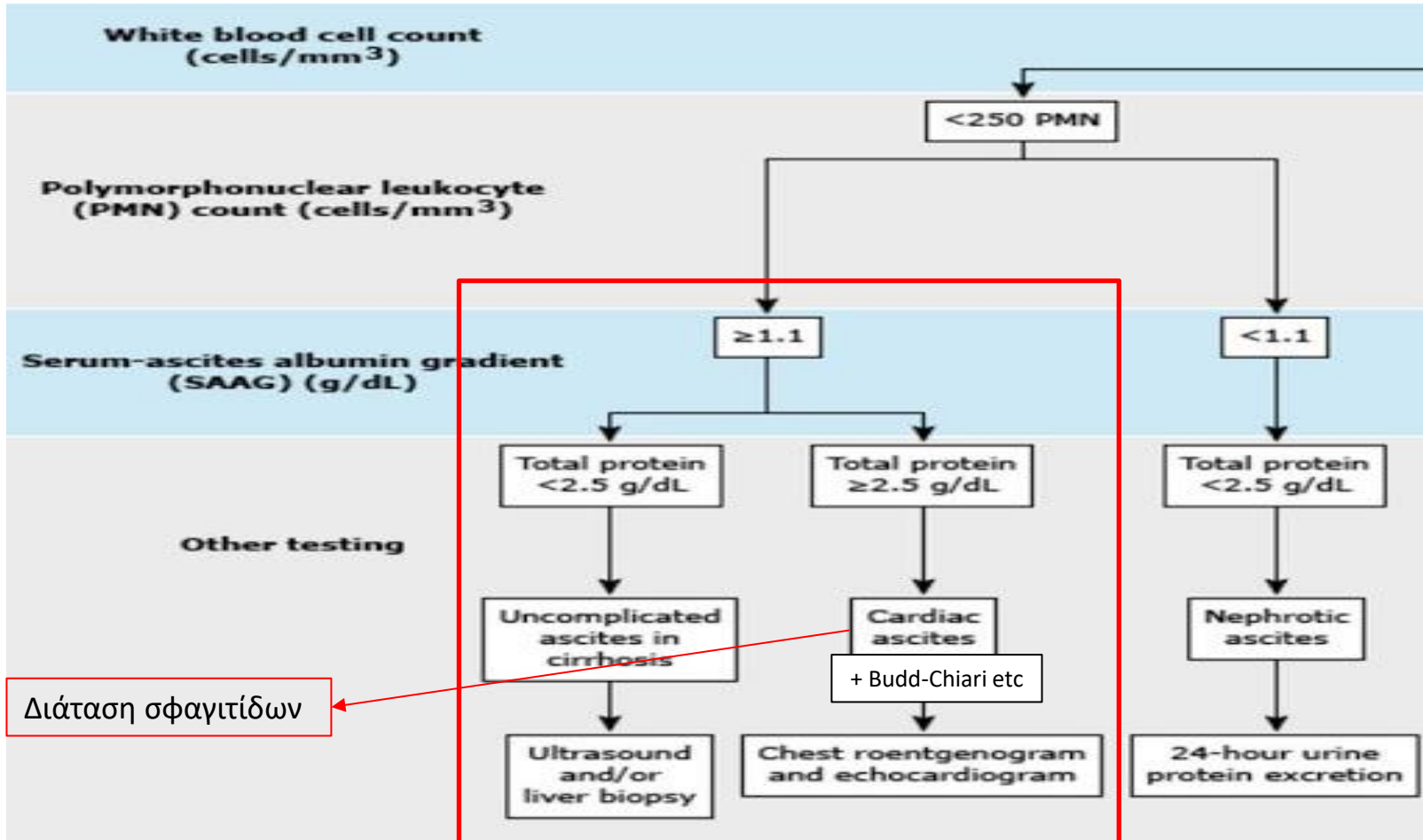
Ανάλυση ασκτικού υγρού – εξετάσεις βασιζόμενοι σε ενδείξεις

ROUTINE	OPTIONAL (WHEN THERE IS SUSPICION OF INFECTION)	UNUSUAL	UNHELPFUL
Cell count and differential	Culture in blood culture bottles	AFB smear and culture	pH
Albumin	Glucose	Cytology	Lactate
Total protein	Lactate dehydrogenase	Triglyceride	Cholesterol
	Amylase	Bilirubin	Fibronectin
	Gram's stain		Glycosaminoglycans

Διαφορική διάγνωση ασκίτη



Διαφορική διάγνωση ασκίτη







The Serum-Ascites Albumin Gradient Is Superior to the Exudate-Transudate Concept in the Differential Diagnosis of Ascites

Bruce A. Runyon, MD; Agnes A. Montano, MD; Evangelos A. Akriviadis, MD; Mainor R. Antillon, MD; Michelle A. Irving, RN; and John G. McHutchison, MD

Annals of Internal Medicine. 1992;117:215-220.

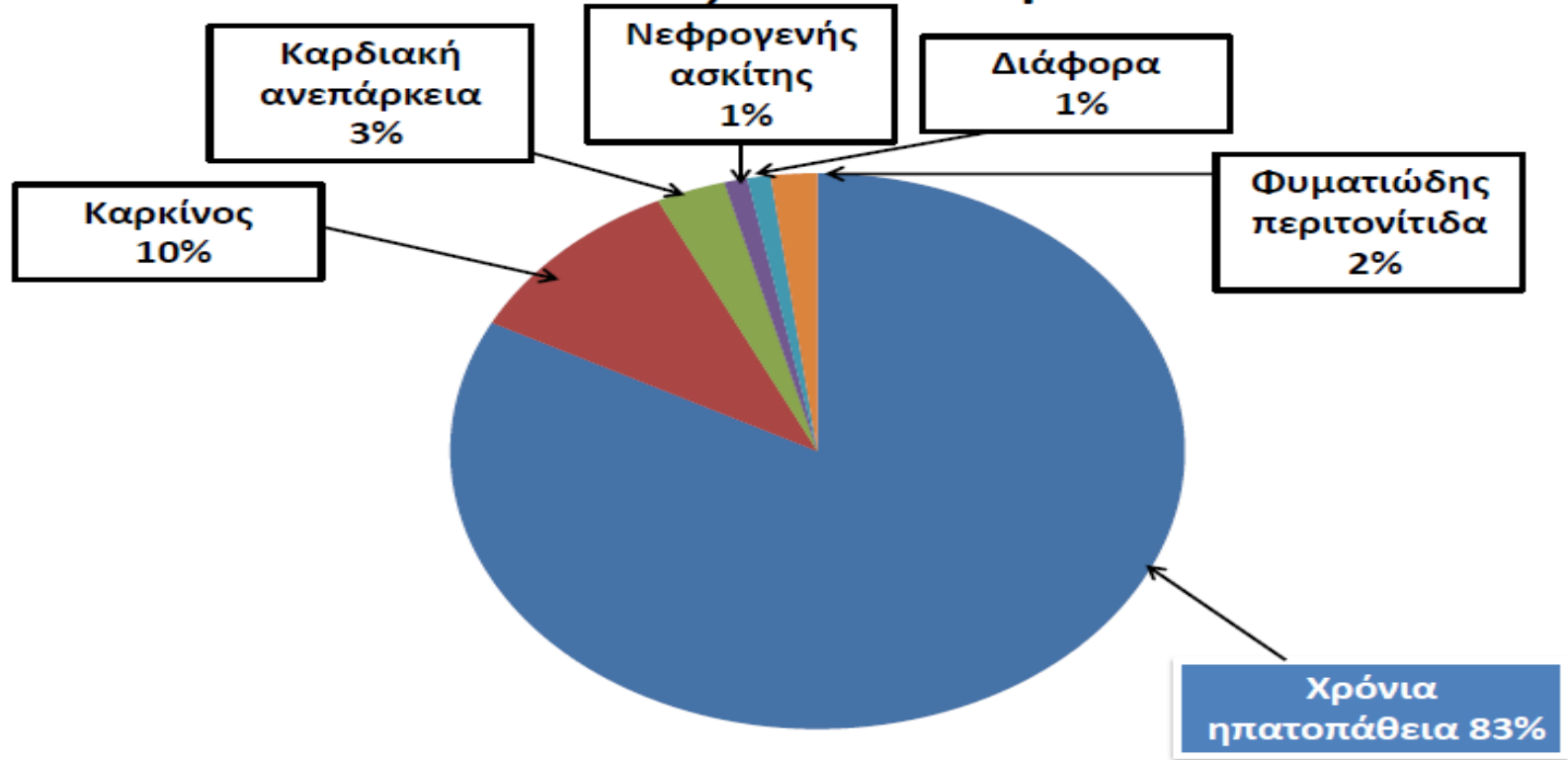
Διαφορά λευκωματίνης ορού- λευκωματίνη ασκίτικου υγρού (SAAG) $\geq 1.1\text{gr/dl}$ 
Ασκίτης πυλαίας υπέρτασης

Διαφορά λευκωματίνης ορού- λευκωματίνη ασκίτικου υγρού (SAAG) $< 1.1\text{gr/dl}$ 
Ασκίτης μη πυλαίας υπέρτασης

Συσχέτιση SAAG μόνο με την πίεση στην πυλαία φλέβα

Hoefs J Lab Clin Med 1983

Αιτίες ασκίτη



Αιτιολογία ασκίτη

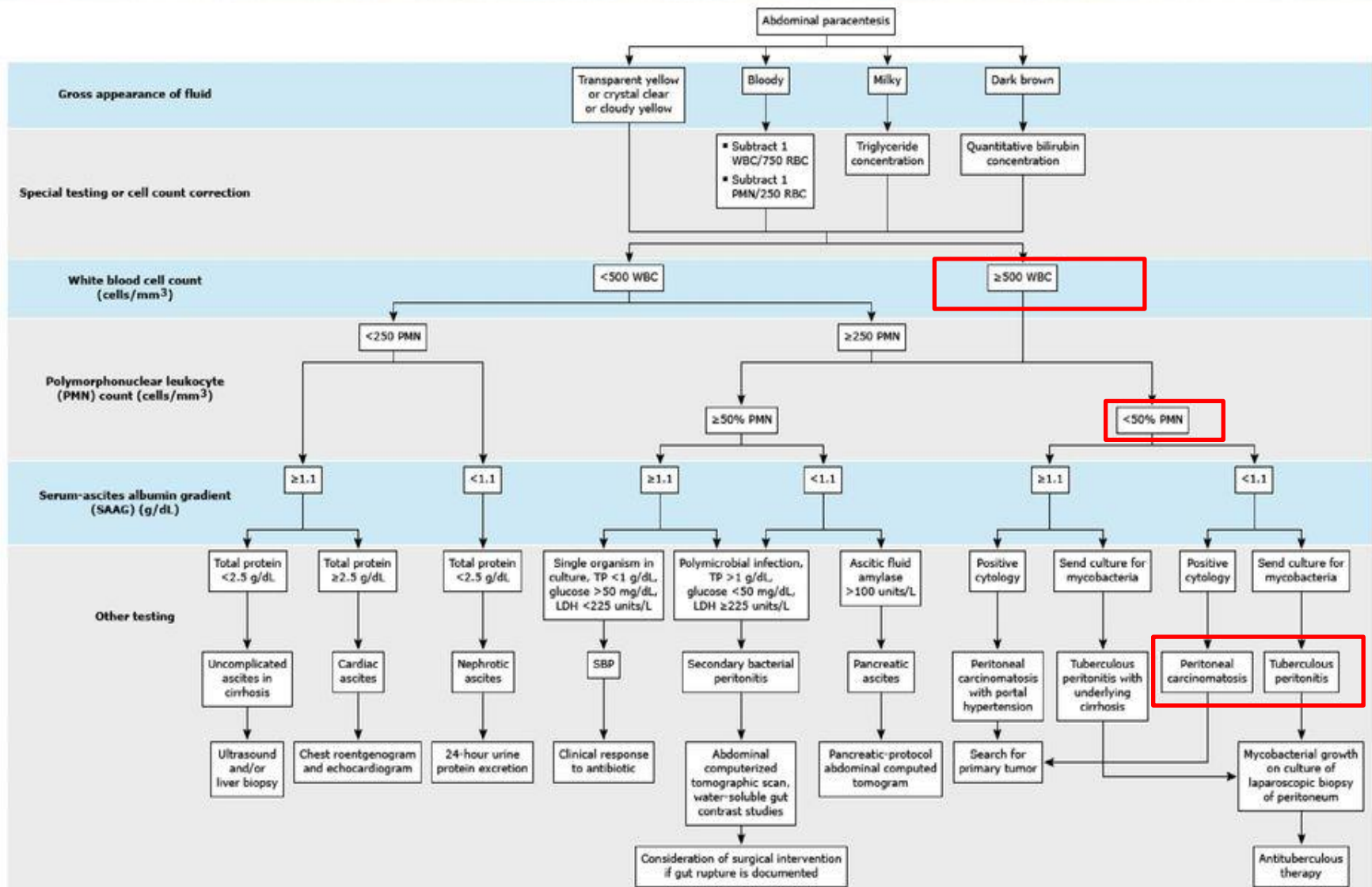


- Κιρρωτικός ασκίτης: 85% των περιπτώσεων
- Μη κιρρωτικός ασκίτης: 10% των περιπτώσεων
- Μικτός ασκίτης: 5% των περιπτώσεων
 - Κίρρωση σε συνδυασμό με μια δεύτερη αιτία ασκίτη πχ κακοήθεια

Διαφορική διάγνωση ασκίτη

SAAG > 1.1 g/dL	SAAG < 1.1 g/dL
Κίρρωση (85% των περιπτώσεων)	Καρκινωμάτωση περιτοναίου
Αλκοολική ηπατίτιδα	Φυματιώδης περιτονίτιδα
Καρδιακός ασκίτης	Περιτονίτιδα από μικρόβια, χλαμύδια
Διάχυτη μεταστατική νόσος του ήπατος	Απόφραξη ή εμβολή αγγείων της κοιλιάς
Οξεία κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια	Παγκρεατικός ασκίτης
Σύνδρομο Budd Chiari	Ορογονίτιδα (νοσήματα συνδετικού ιστού)
Θρόμβωση πυλαίας φλέβας	Νεφρογενής ασκίτης
Μη Θρομβωτική Φλεβοαποφρακτική Ενδοηπατική Νόσος	Σύνδρομο Meigs
Οξύ Λιπώδες Ήπαρ της Κύησης	

5% μεικτός ασκίτης



Επιπλοκές ασκίτη στην κίρρωση

- ✓ Αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα (SBP)
- ✓ Κιρρωτικός υδροθώρακας
- ✓ Ασκίτης υπό τάση
- ✓ Κοιλιοκήλες (ομφαλοκήλες- κήλες μέσης γραμμής- μετεγχειρητικές κήλες)



Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα (SBP)



- Λοίμωξη του ασκитικού υγρού χωρίς να διαπιστώνεται χειρουργικά αντιμετωπίσιμη ενδοκοιλιακή πηγή λοίμωξης
- Διάγνωση:
 - Θετική καλλιέργεια ασκитικού υγρού (βακτηριασκήτης) ή
 - **PMN \geq 250/ μ L (αρκεί ως κριτήριο για διάγνωση SBP)**

Γενική ασκιτικού υγρού



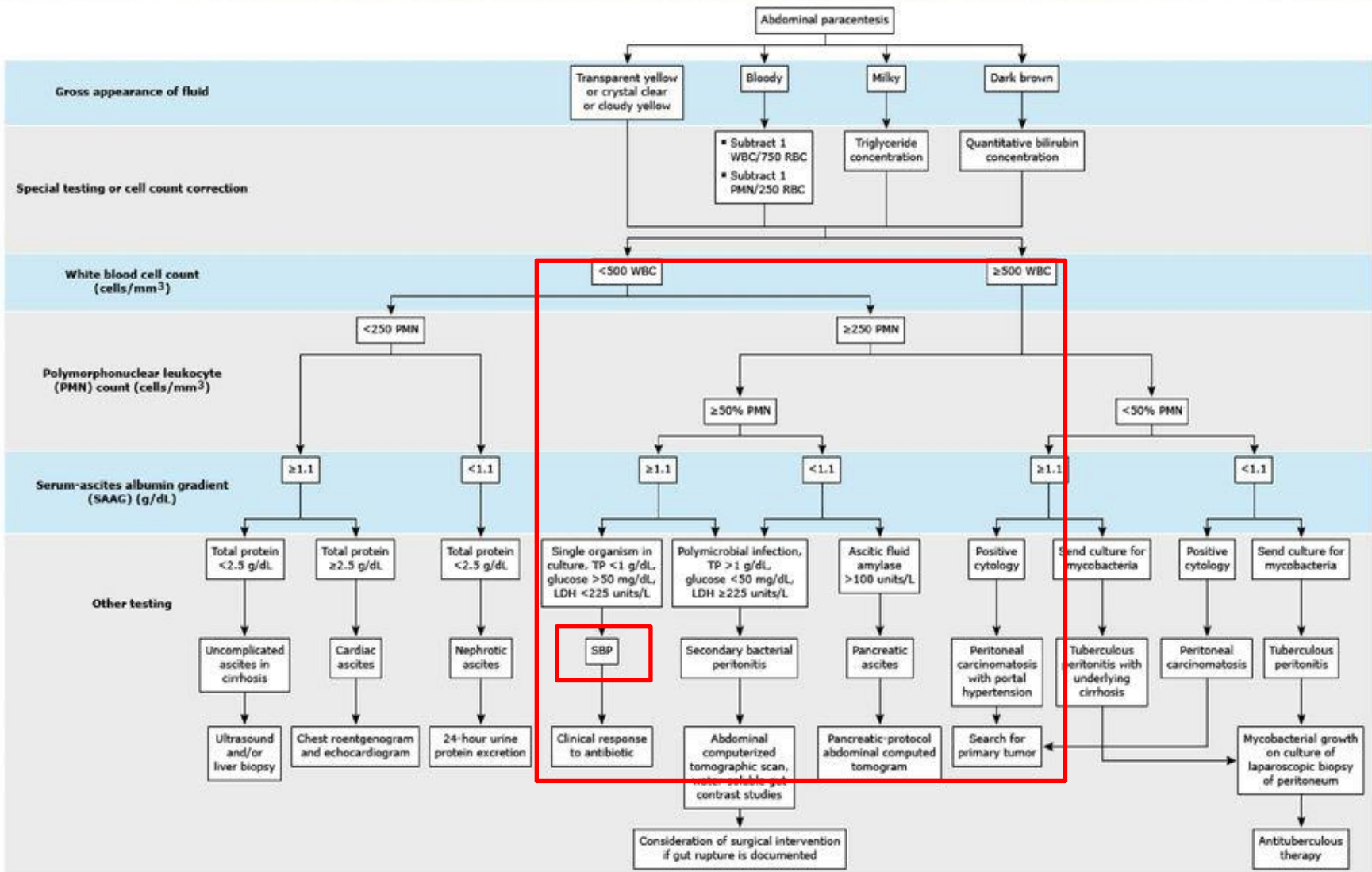
- Έναρξη αντιβιοτικών αν ουδετερόφιλα $\geq 250/\mu\text{L}$.
- Διόρθωση αριθμού λευκών και ουδετεροφίλων
 - Λευκά: αφαίρεση 1 λευκού ανά 750 ερυθρά
 - Ουδετερόφιλα (PMN): αφαίρεση 1 PMN ανά 250 ερυθρά

Σημεία και συμπτώματα κατά τη διάγνωση 498 ασθενών με SBP



Κλινικό χαρακτηριστικό	% των ασθενών
Πυρετός	69
Κοιλιακό άλγος	59
Διαταραχή επιπέδου συνείδησης	54
Κοιλιακή ευαισθησία	49
Διάρροια	38
Παραλυτικός ειλεός	35
Υπόταση	21
Υπέρταση	17

15% απουσία συμπτωμάτων



Τελική Διάγνωση



- Ασκήτης λόγω μη αντιρροπούμενης κίρρωσης αλκοολικής αιτιολογίας
- Απουσία SBP
- Θεραπεία: