

ΑΣΚΙΤΗΣ

Γεώργιος Β. Παπαθεοδωρίδης

Καθηγητής Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας

*Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής
Γ. Ν. Αθηνών «Λαϊκό»*

ΑΣΚΙΤΗΣ

- Συλλογή υγρού στην περιτοναϊκή κοιλότητα
- Κλινικά έκδηλος: $>1.5-2$ L
- U/S, CT- ανίχνευση: >200 mL
- Εξαγγείωση υγρού από τριχοειδή περιτοναίου ή τριχοειδή σπλάγγχων ή ηπατικά κολποειδή

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΣΚΙΤΗ

(βάσει παθοφυσιολογικών μηχανισμών)

Διιδρωματικός

- Κίρρωση (75-80%)
- Καρδιακός ασκίτης (5%)
- Σύνδρομο Budd-Chiari (2%)
ή απόφραξη κάτω κοίλης
- Πολλαπλές ηπατικές μεταστάσεις
- Απόφραξη πυλαίας φλέβας
- Σύνδρομο Meigs
- Νεφρωσικό σύνδρομο
- Υπολευκωματιναιμία

Εξιδρωματικός

- Καρκίνος περιτοναίου (10%)
- Φυματιώδης περιτονίτιδα (2-4%)*
- Παγκρεατικός ασκίτης
- Χυλώδης ασκίτης
- Μυξοίδημα

**Αυξανόμενη επίπτωση*

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗΣ Na^+ / H_2O ΣΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

↑ ΡΚΟΛΠ. (ίνωση-80%, σύσπασση-20%)

Σπλαγχνική αρτηρ. αγγειοδιαστολή

↓ αποτελεσματικού V πλάσματος (Ραρτ.)

ΑΣΚΙΤΗΣ

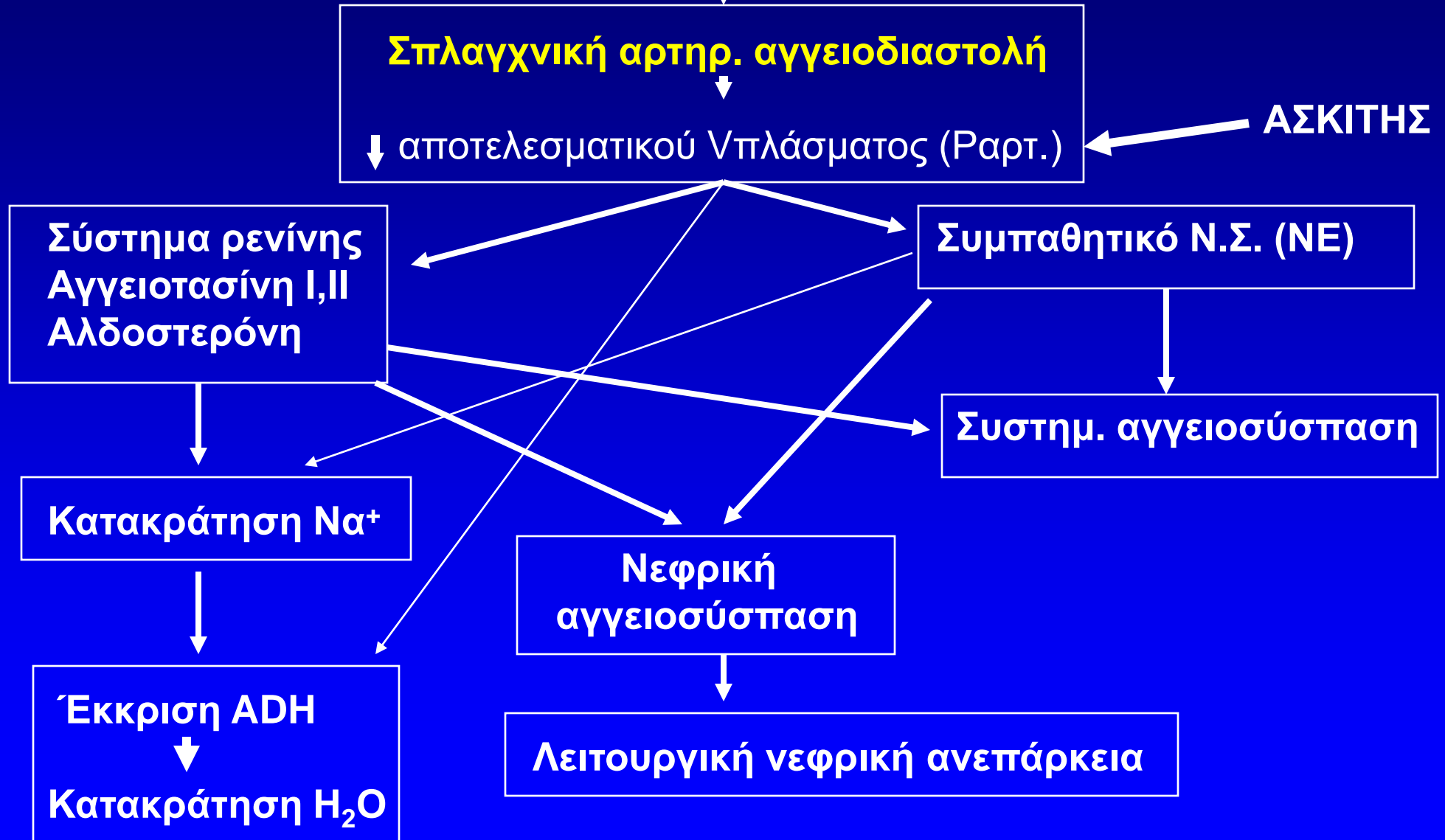
Σύστημα ρενίνης
Αγγειοτασίνη I,II
Αλδοστερόνη

Συμπαθητικό Ν.Σ. (NE)

Κατακράτηση Na^+
Κατακράτηση H_2O
(Έκκριση ADH)

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑΚΡΑΤΗΣΗΣ $\text{Na}^+/\text{H}_2\text{O}$ ΣΕ ΚΙΡΡΩΣΗ

↑ ΡΚΟΛΠ. (ίνωση-80%, σύσπαση-20%)



ΑΣΚΙΤΗΣ -ΑΡΧΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- **Πάντοτε παρακέντηση ασκитικού υγρού**
(ασφαλής σε διαταρ. αιμόστασης εκτός από ινωδόλυση-ΔΕΠ)
- **Αρχικός έλεγχος:** αριθμός-είδος κυττάρων,
αλβουμίνη ασκитικού υγρού
(αλβουμίνη ορού-αλβ. ασκитικού υγρού > 1.1g/dL: κίρρωση)
- **Συμπληρωματικές δοκιμασίες** (LDH, Glc, πρωτεΐνη κλπ.),
καλλιέργειες: ανάλογα κλινικών ενδείξεων
(καλλιέργεια: ασκитικό υγρό αμέσως σε φιαλίδια κ/α αίματος)

ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

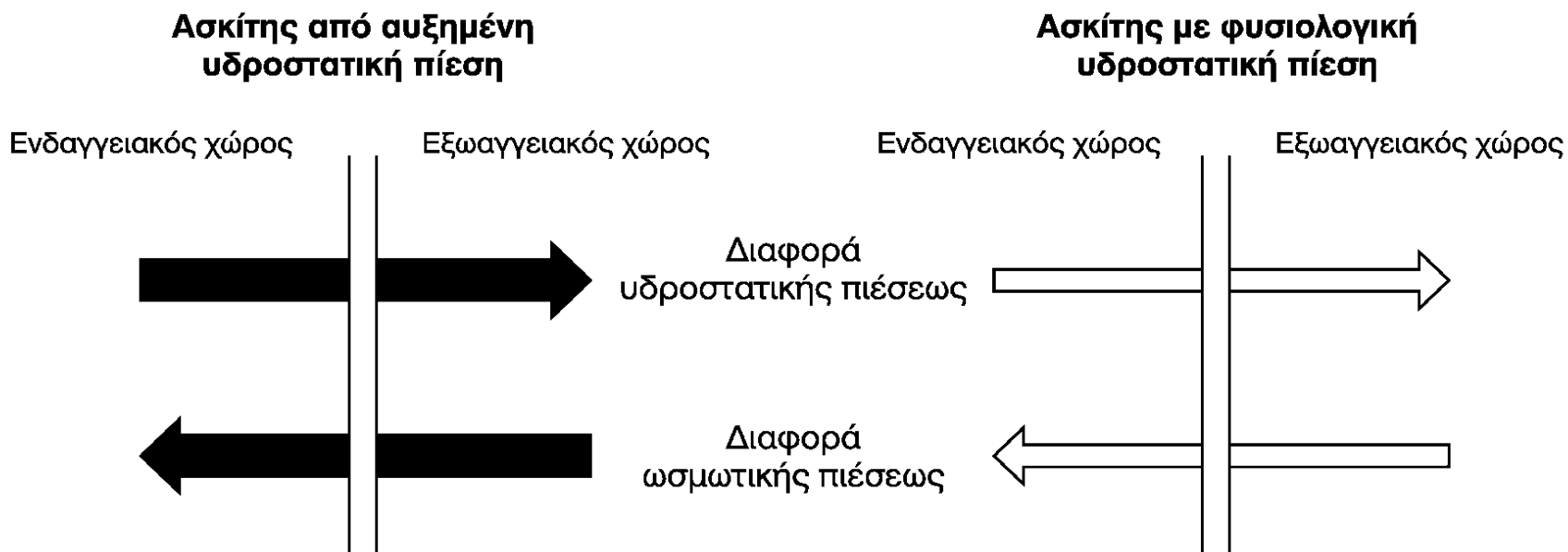
- Γενική ασκίτικου υγρού
 - Ht/Hb/EK: αύξηση σε κακοήθειες, τραυματισμό
 - ΛΚ-τύπος: ΠΜΠ=Αυτόματη βακτηριδιακή περιτονίτιδα (ΑΒΠ), ΛΦ=TBC
- Βιοχημικές εξετάσεις
 - Λεύκωμα, αλβουμίνη
 - LDH: Αύξηση σε καρκινωμάτωση περιτοναίου
 - Σάκχαρο: Μείωση σε ΑΒΠ, TBC]
 - Αμυλάση: Αύξηση σε παγκρεατικό ασκίτη
 - Χοληστερίνη: Μείωση σε καρκινωμάτωση περιτοναίου
 - Τριγλυκερίδια: Αύξηση σε χυλώδη ασκίτη
- Καλλιέργειες για κοινά μικρόβια, TBC (+χρώση *Ziehl-Nielsen*)
- Κυτταρολογική εξέταση [(+) σε 50% περιπτ. καρκινωμάτωσης περιτ.]
- PCR για μυκοβακτηρίδιο TBC (? διαγνωστική αξία)

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

(Παραδοσιακή – αναχρονιστική – διάκριση)

	Διίδρωμα	Εξιίδρωμα
Ολική πρωτεΐνη	<2,5 g/dL	>2,5 g/dL
Κύτταρα	<500/mm ³	>500/mm ³

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ (Σύγχρονη – ορθολογική – διάκριση)



Πυλαία πίεση

Αυξημένη

Φυσιολογική

Διαφορά ωσμωτικής πίεσεως μεταξύ πλάσματος και ασκίτη

Υψηλή

Χαμηλή

Διαφορά συγκεντρώσεως λευκωματίνης μεταξύ πλάσματος και ασκίτη

Υψηλή
($\geq 1,1$ g/dL)

Χαμηλή
($< 1,1$ g/dL)

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

	Πρωτεΐνη ασκит.	LDH ασκит.	Αλβουμ.ορού-ασκит.
	>2.5 g/dL	>60% LDH ορού	>1.1 g/dL
Κίρρωση	22%	20%	80%
Καρδ. ανεπάρκεια	100%	20%	60%
Εξιδρωματικός	69%	68%	10%
Διαγνωστική ακρίβεια	77%	89%	89%

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΚΙΤΗ

- Γενική αίματος
- Βιοχημικές δοκιμασίες ήπατος
- Γενική ούρων
- Νεοπλασματικοί δείκτες (αFP, CEA, CA-19-9)
- Α/α θώρακος, κοιλίας
- Υπερηχογράφημα άνω-κάτω κοιλίας
- CT άνω-κάτω κοιλίας
- Ενδοσκόπηση ανώτερου πεπτικού
- Σπινθηρογράφημα ήπατος
- Μαγνητική αγγειογραφία
- Λαπαροσκόπηση
- Υπερηχογράφημα καρδιάς

ΚΙΡΡΩΣΗ & ΑΣΚΙΤΗΣ -ΑΡΧΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

- LFTs, aFP, FBC, PT, aPTT, ουρία, κρεατινίνη, K^+/Na^+
- U/S ή CT κοιλίας
- Γαστροσκόπηση
- Na^+ , λεύκωμα ούρων 24ώρου

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ & ΑΣΚΙΤΗ

- **Πρόληψη επιπλοκών ασκίτη**
(SBP, ηπατονεφρικό σύνδρομο, επιπλοκές από ομφαλοκήλη, αναπνευστική δυσχέρεια)
- **Πρόληψη επιπλοκών μη αντιρροπούμενης κίρρωσης**
(κίρσοραγία, εγκεφαλοπάθεια)
- **Βελτίωση ποιότητας ζωής**

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΚΙΤΗ

- **Ανάπαυση**
- **Αναλος δίαιτα** (ανταπόκριση: 10%)
- **Διουρητικά** (ανταπόκριση: 90%)
 - σπιρονολακτόνη (100-400 mg/24h)
 - φουροσεμίδη (40-160 mg/24h)
 - Όχι μείωση βάρους >1Kg/24h (εξαίρεση: οιδήματα κ. άκρων)*
- **Εκκενωτική παρακέντηση**
- **Περιτονεοφλεβική αναστόμωση (LeVeen shunt)**
Πυλαιοσυστηματικές παρακάμψεις (TIPS, χειρουργ.)
- **Ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος**

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ

Σε ασθενείς με ασκίτη λόγω κίρρωσης & απουσία εντοπισμένης φλεγμονής (σκωληκοειδίτιδα, εκκολπωματίτιδα, χολοκυστίτιδα κλπ)

- **Κλασική:** ασκίτικό υγρό με ΠΜΠ > 250/mm³ και (+) καλλιέργεια
- **Ουδετερόφιλος ασκίτης:** ασκίτικό υγρό με ΠΜΠ > 250/mm³ αλλά (-) καλλιέργεια
- **Βακτηριακός ασκίτης:** ασκίτικό υγρό με (+) καλλιέργεια αλλά ΠΜΠ < 250/mm³

Υπόνοια δευτεροπαθούς περιτονίτιδας: ασκίτικό υγρό με

- >1 βακτηρίδια
- χαμηλή συγκέντρωση γλυκόζης
- υψηλή συγκέντρωση λευκωμάτων, LDH

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ

- 1970: 80%
- 1980: 50%
- >1990: 20-30%

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ

Πιθανοί μικροοργανισμοί

- **Gram (-) 60-70%**
(*Escherichia Coli*, *Klebsiella spp.*, κλπ)
- **Gram (+) 15-30%**
(*Streptococcus*, *Enterococcus*, *Staphylococcus spp.*)
- **Αναερόβια**
- **Αντιβιοτικά:** 3ης γενιάς κεφαλοσπορίνη IV x7-10 ημ.
(Κεφοταξίμη 1-2 g/8h)

ΑΥΤΟΜΑΤΗ ΒΑΚΤΗΡΙΔΙΑΚΗ ΠΕΡΙΤΟΝΙΤΙΔΑ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ

- Αντιμετώπιση λοίμωξης - αντιβιοτικά
- Πρόληψη επιπλοκών
- Πρόληψη υποτροπής

ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

- Κρεατινίνη ορού >1.5 mg/dL ή clearance κρεατιν. <40 ml/min
- Όχι shock, λοίμωξη, υποογκαιμία, νεφροτοξικά φάρμακα
- Κρεατ. ορού >1.5 mg/dL μετά διακοπή διουρητικών & IV υγρά
- Όχι πρωτεϊνουρία (<500 mg/24h) ή αιματουρία (<50 ΕΚ κοπ)
- U/S: όχι σημεία αποφρακτικής ή παρεγχυμ. νεφρικής νόσου
- Na^+ ούρων <10 mmol/L (μη υποχρεωτικό)
- **ΗΝΣ τύπου I:** ταχεία επιδείνωση κρεατινίνης ορού (υπερδιπλασιασμός & >2.5 mg/dL σε <2 εβδομάδες)
- **ΗΝΣ τύπου II:** σταθερή ή βραδέως επιδεινούμ. νεφρ. ανεπ.

ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Δ.Δ. από προνεφρική νεφρική ανεπάρκεια & Ο.Σ.Ν.

	ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ	ΠΡΟΝΕΦΡΙΚΗ ΑΖΩΘΑΙΜΙΑ	ΟΞΕΙΑ ΣΩΛΗΝΑΡΙΑΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ (Ο.Σ.Ν.)
Na⁺ ούρων	<10 mmol/L	<10 mmol/L	>10 mmol/L
Εκλυτικός παράγων	Οξεία επιδείνωση ηπατικής λειτουργίας Λοίμωξη - Σήψη Εκκενωτικές παρακεντήσεις Οξεία αιμορραγία ΓΕΣ Υποογκαιμία	Διουρητικά Εγκεφαλοπάθεια (↓ λήψης υγρών) Έμετοι-Διάρροιες Εκκενωτικές παρακεντήσεις Υποογκαιμία	Υποογκαιμικό shock Σηπτικό shock Νεφροτοξικός παράγων
IV χορήγηση 1-1.5 L N/S 0.9%	Μη ανταπόκριση	Ανταπόκριση	Μερική ή βραδεία ανταπόκριση

ΗΠΑΤΟΝΕΦΡΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ - ΠΡΟΛΗΨΗ

- Έγκαιρη αναγνώριση-αντιμετώπιση λοιμώξεων, ιδίως SBP [αντιβιοτικά+αλβουμίνη (1.5 g/Kg & 1g/Kg μετά 48 ώρες)]
- Έγκαιρη αντιμετώπιση-πρόληψη αιμορραγιών πεπτικού
- Σε οξεία αλκοολική ηπατίτιδα: πεντοξυφυλλίνη (400 mg X 3)?
- Μεταμόσχευση ήπατος