

# ΑΣΚΙΤΗΣ



**Ιωάννης Σ. Παπανικολάου**

**Επίκουρος Καθηγητής  
Παθολογίας-Γαστρεντερολογίας,**

**Ηπατογαστρεντερολογική Μονάδα,  
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,  
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν».**



# ΣΗΜΕΙΑ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Scleral icterus

Jaundice

Spider angioma

Pectoral alopecia

Enlarged left lobe

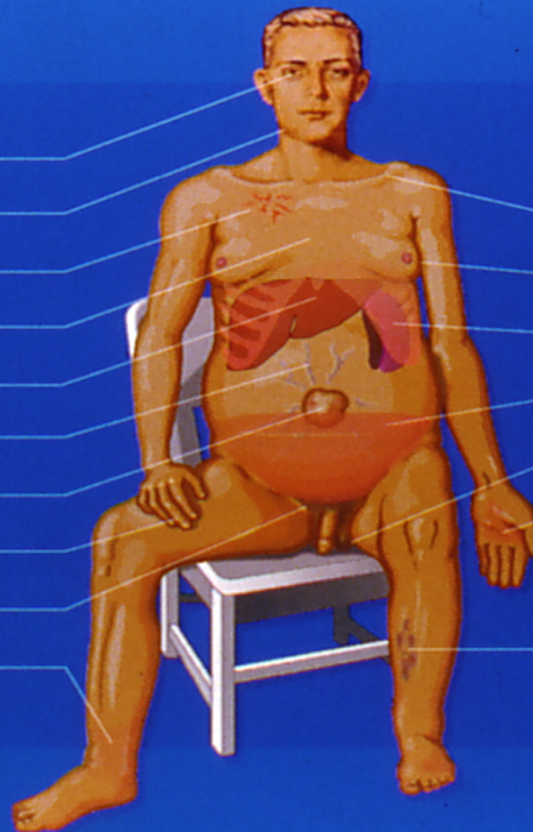
Caput medusae

Umbilical hernia

White nails/clubbing

Female escutcheon

Edema



Muscle wasting

Gynecomastia

Splenomegaly

Ascites

Testicular atrophy

Palmar erythema/  
Dupuytren's  
contracture

Purpura/petechiae

# ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΑΣΚΙΤΗ

Κίρρωση

Αυξημένη αντίσταση στη ροή της πυλαίας

Πυλαία υπέρταση

Σπλαγγική αρτηριακή αγγειοδιαστολή

Αύξηση της σπλαγγικής  
τριχοειδικής πίεσης και  
διαπερατότητας

Αύξηση παραγωγής λέμφου

Ασκίτης

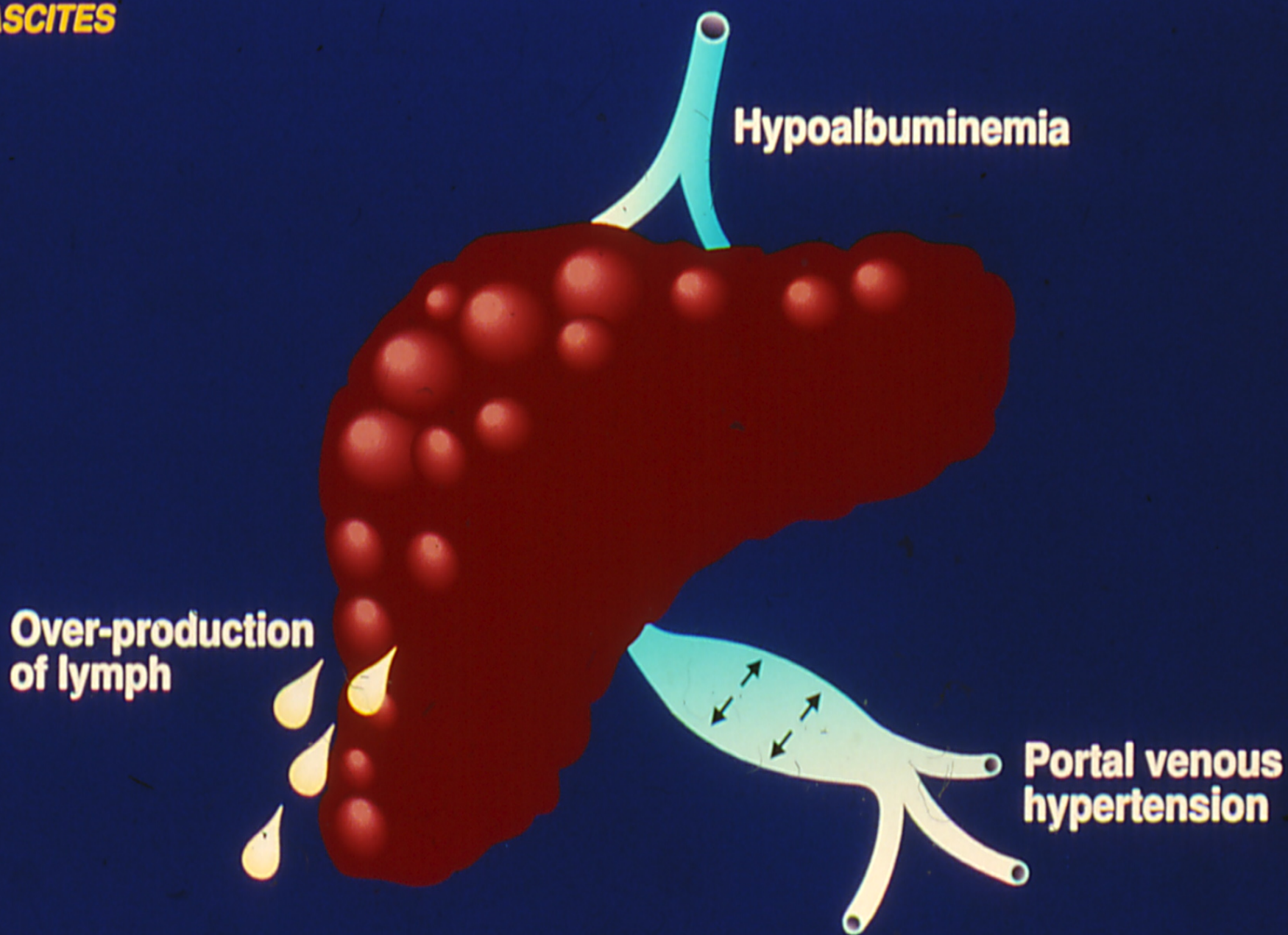
Αρτηριακή υποπλήρωση

Αύξηση ρενίνης, αλδοστερόνης,  
ADH, διέγερση ΣΝ

Κατακράτηση Na και H<sub>2</sub>O

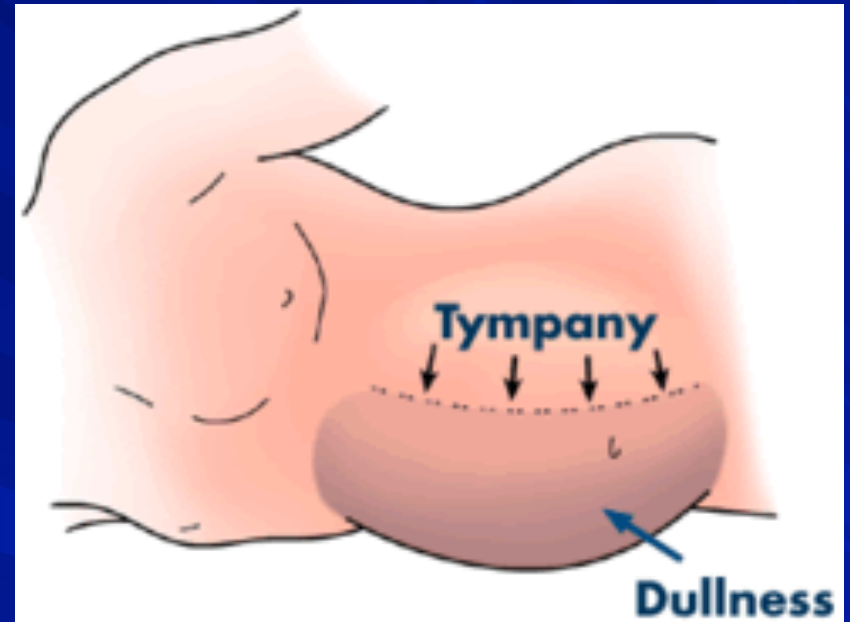
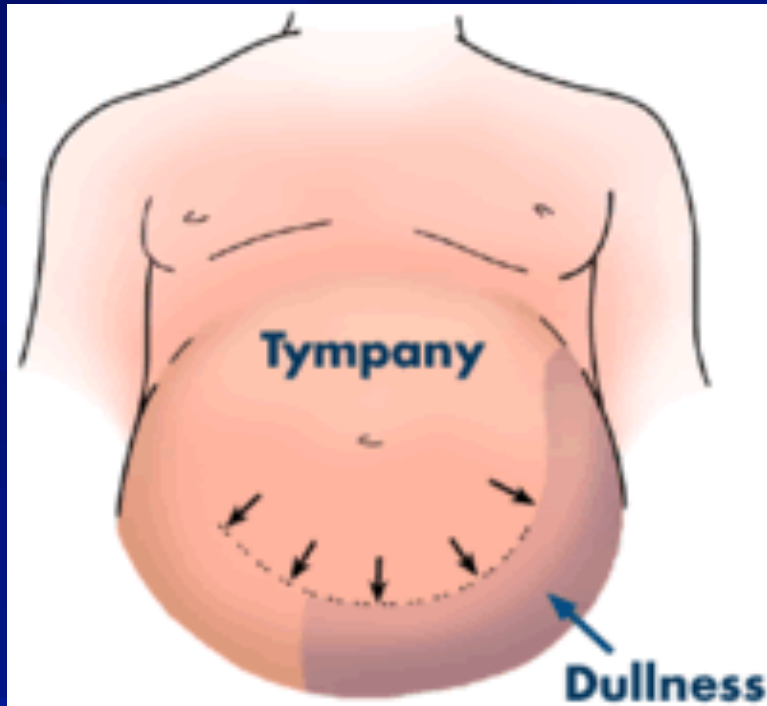


# ASCITES





# ΔΙΑΓΝΩΣΗ: ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ



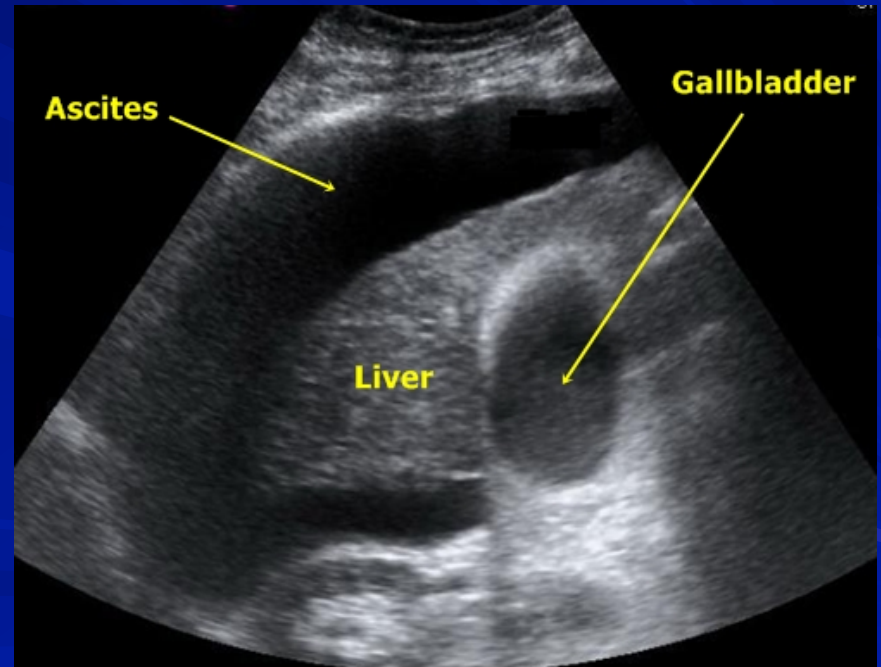
# ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΙΤΙΩΝ ΑΣΚΙΤΗ

Αίτια	Συχνότητα
Χρόνια ηπατική νόσος	80-85%
Κακοήθεια	10%
Καρδιακή ανεπάρκεια	3%
Φυματίωση	1%
Νεφρογενής	<1%
Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια	<1%
Παγκρεατικός ασκίτης	<1%
Χολοπεριτόναιο	<1%
Χυλώδης ασκίτης	<1%



# U/S ANΩ KOIΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΣΚΙΤΗ

- Αποκαλύπτει στοιχεία πυλαίας υπερτάσεως
- Διάγνωση των χωροκατακτητικών εξεργασιών του ήπατος
- Doppler ή Triplex θέτει διάγνωση θρόμβωσης πυλαίας ή των ηπατικών φλεβών
- Αύξηση του εύρους των ηπατικών φλεβών επί συμφορητικής ΚΑ
- Εντοπισμός του κατάλληλου σημείου για ασφαλή και αποτελεσματική παρακέντηση



Department of Radiology

General Hospital



**CT ΣΕ  
ΑΣΘΕΝΗ  
ΜΕ  
ΑΣΚΙΤΗ**

Prague



# ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΡΑΚΕΝΤΕΙΤΑΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΑΣΚΙΤΗ

- Κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο
- Αλλαγή στην κλινική του κατάσταση
- Ξαφνική αύξηση του μεγέθους του ασκίτη
- Επιδείνωση της ηπατικής εγκεφαλοπάθειας
- Παρουσία πυρετού

# ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΚΙΡΡΩΤΙΚΟ ΑΣΚΙΤΗ

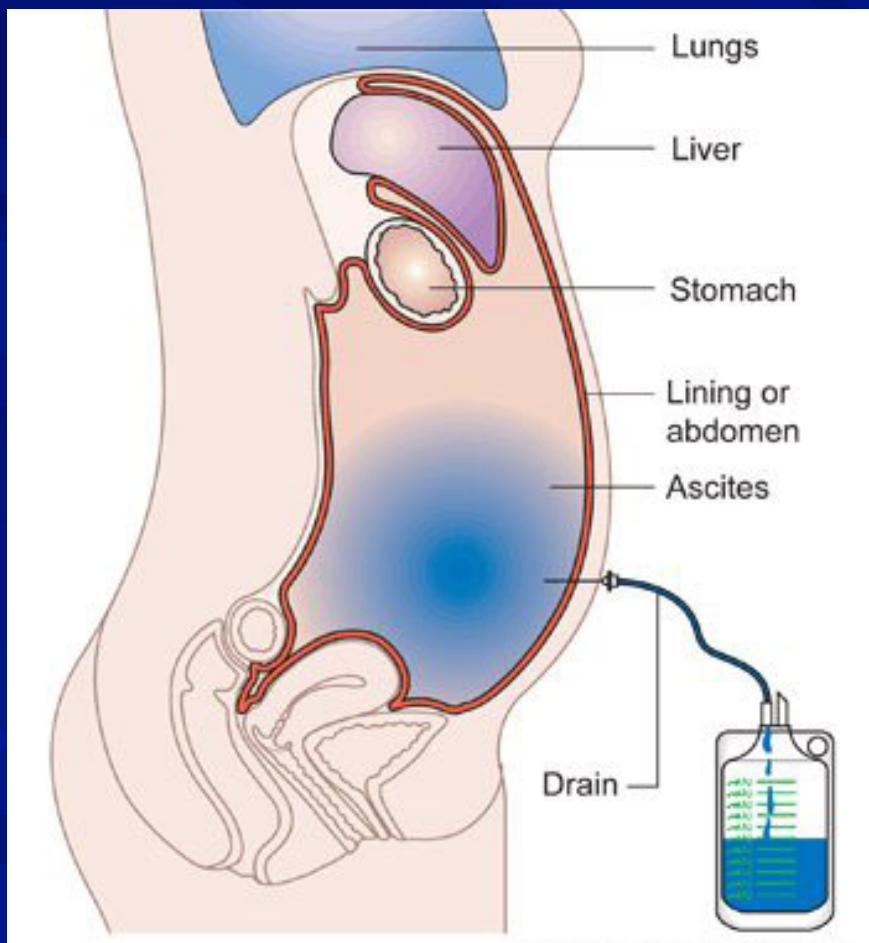
- Από τους ασθενείς με ασκίτη λόγω κίρρωσεως του ήπατος που εισάγονται στο νοσοκομείο το 20% έχουν ΑΒΠ
- Όλοι οι ασθενείς με ασκίτη πρέπει να παρακετώνται
- Στο 87% των περιπτώσεων της ΑΒΠ έχουν συμπτώματα



# ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗΣ

- Οι διαταραχές πήξης δεν αποτελούν αντένδειξη για παρακέντηση
- Ποσότητα 25-30 ml είναι αρκετή
- Πρέπει να γίνεται μακριά από ουλές
- Η θέση στην μέση γραμμή έχει λιγότερες επιπλοκές
- Συνιστάται να γίνεται με βελόνα μίας χρήσης 16-to-18-gauge και να χρησιμοποιούνται φιάλες κενού

# ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ





# ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Εξετάσεις ρουτίνας	Προαιρετικές	Επί κλινικής υποψίας
<b>Ασκίτης</b>		
Αριθμός και τύπος λευκών Λευκωματίνη Καλλιέργεια	Πρωτεΐνη LDH Γλυκόζη Αμυλάση Χρώση κατά Gram	Άμεση χρώση για TB Καλλιέργεια, PCR για TB Κυτταρολογική
<b>Ορός</b>		
Λευκωματίνη	LDH Γλυκόζη Αμυλάση	

# ΤΡΟΠΟΙ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ

Πρωτεΐνη  $> 2,5$  g/dl =  
Εξίδρωμα  
Πρωτεΐνη  $< 2,5$  g/dl =  
Διϊδρωμα

Ευαισθησία = 56 %

Βαθμός απόκλισης  
λευκωματίνης  
ορού - ασκιτικού υγρού  
 $> 1,1$  g/dl = Πυλαία υπέρταση  
 $< 1,1$  g/dl = Άλλο αίτιο

Ευαισθησία = 97 %

# ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΟΡΟΥ-ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

**ΥΨΗΛΟΣ ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ > 1,1**

Κίρρωση  
Κεραυνοβόλος ηπατική ανεπάρκεια  
Ηπατικές μεταστάσεις  
Θρόμβωση της πυλαίας φλέβας  
Αλκοολική ηπατίτις  
Θρόμβωση των ηπατικών φλεβών  
Φλεβοαποφρακτική νόσος  
Μυξοίδημα  
Νεφρογενής ασκίτης

**ΧΑΜΗΛΟΣ ΒΑΘΜΟΣ ΑΠΟΚΛΙΣΗΣ <1,1**

Νεφρωσικό σύνδρομο  
Καρκινωμάτωση περιτοναίου  
Φυματιώδης περιτονίτις (χωρίς κίρρωση)  
Παγκρεατικός ασκίτης (χωρίς κίρρωση)  
Χολοπεριτόναιο (χωρίς κίρρωση)  
Νόσοι συνδετικού ιστού (πολυορογονίτις)  
Χλαμύδια/γονόκοκκοι



# ΚΥΤΤΑΡΑ ΚΑΙ ΤΥΠΟΣ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Στο ασκитικό υγρό της κίρρωσεως χωρίς επιπλοκές

- Ο αριθμός ανέρχεται μέχρι  $500/\text{mm}^3$
- Λεμφοκυτταρικός τύπος
- Πολυμορφοπύρηννα 30%
- Στην έντονη διουρητική αγωγή ο συνολικός αριθμός μέχρι  $1000/\text{mm}^3$
- Αλλά ο αριθμός των πολυμ/πυρήνων δεν υπερβαίνει τα  $250/\text{mm}^3$

Στην ΑΒΠ

- Ο αριθμός των πολυμορφοπυρήνων υπερβαίνει τα  $250/\text{mm}^3$

Στην τραυματική παρακέντηση απαιτείται διόρθωση

- Αφαιρείται 1 πολυμορφοπύρηννο για κάθε 250 ερυθρά

# ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΑ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

## Το ασκιτικό υγρό στην ΑΒΠ

- Όταν τίθεται αμέσως στο μπουκάλι της καλλιέργειας η ευαισθησία φθάνει στο 81-93%
- Όταν περιμένουμε μέχρι να φθάσει στο εργαστήριο η ευαισθησία μειώνεται στο 42-52%
- 10-20 ml πρέπει να τοποθετούνται στο μπουκάλι
- Όταν η καλλιέργεια είναι θετική χωρίς αύξηση των πολυμορφοπύρηνων τότε η κατάσταση ονομάζεται βακτηριοασκίτης

# ΠΡΩΤΕΙΝΗ ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

## Στον ασκίτη της πυλαίας υπερέτασως

- Όταν η ολική πρωτεΐνη  $< 1$  g/dl αυξάνεται ο κίνδυνος ανάπτυξης αυτόματης βακτηριακής περιτονίτιδας
- Απαραίτητη στην διαφορική διάγνωση αυτόματης από δευτεροπαθή βακτηριακή περιτονίτιδα

# ΧΡΩΣΗ ΚΑΤΑ GRAM ΑΣΚΙΤΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

## Στην αυτόματη βακτηριακή περιτονίτιδα

- Μονομικροβιακό αίτιο
- Η ευαισθησία της εξέτασης < 10% λόγω:
- Χαμηλής συγκέντρωσης βακτηριδίων στο ασκιτικό υγρό
- Δεν είναι κλινικά χρήσιμη

## Στην δευτεροπαθή βακτηριακή περιτονίτιδα

- Πολυμικροβιακό αίτιο
- Η ευαισθησία είναι μεγαλύτερη λόγω:
- Αυξημένης συγκέντρωσης βακτηριδίων στο ασκιτικό υγρό



# ΓΕΝΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΙΤΗ

- Συνίσταται μείωση της πρόσληψης άλατος 60-90mEq/ημέρα
- Διουρητικά
- Εκκενωτική παρακέντηση > 5 lt όταν ο ασκίτης είναι υπό τάση ή σε περίπτωση ανθεκτικού ασκίτη
- Ο κλινοστατισμός αν και μειώνει τα επίπεδα της ρενίνης δεν συνιστάται λόγω της πιθανής εμφάνισης ελκών κατακλίσεως
- Περιορισμός ύδατος σε 1200-1500/ημέρα μόνο όταν το Na ορού < 130 mEq/L χωρίς χρήση διουρητικών

# ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

- Σπιρονολακτόνη 100-200 mg
  - Φουροσεμίδη 40-80 mg
- } Αρχικά
- Όλα τα χάπια το πρωί
  - Η σπιρονολακτόνη έχει χρόνο ημίσειας ζωής 5 ημέρες
  - Όταν δίδεται μόνη της χρειάζεται 2 εβδομάδες για να αρχίσει να δρα
  - Για ταχεία δράση απαιτείται να προστεθεί από την έναρξη της αγωγής φουροσεμίδη

# ΜΕΤΡΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

- Μέτρηση ποσότητας ούρων 24ωρου
- Μέτρηση Na ούρων 24ωρου ώστε να επιτύχουμε αρνητικό ισοζύγιο άλατος
- Μέτρηση επανειλημμένων δειγμάτων ούρων από την έναρξη της διουρητικής αγωγής και μετά έτσι ώστε να επιτύχουμε νατριούρηση
- Αναγωγή του Na του δείγματος ούρων σε Na ούρων 24ωρου σύμφωνα με την ημερήσια ποσότητα ούρων
- Αν δεν επιτύχουμε νατριούρηση αυξάνουμε την δόση των διουρητικών
- Παρακολούθηση σωματικού βάρους
- Επιτυχής νατριούρηση όταν το ΣΒ μειώνεται κατά 0,5 kg/ ημέρα
- Μεγαλύτερη απώλεια βάρους είναι ασφαλής όταν υπάρχουν περιφερικά οιδήματα

# ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ%
1. Άναλος δίαιτα	10-20%
2. *1 και σπιρονολακτόνη	>50%
3. *1 και *2 και διουρητικά της αγκύλης	90%



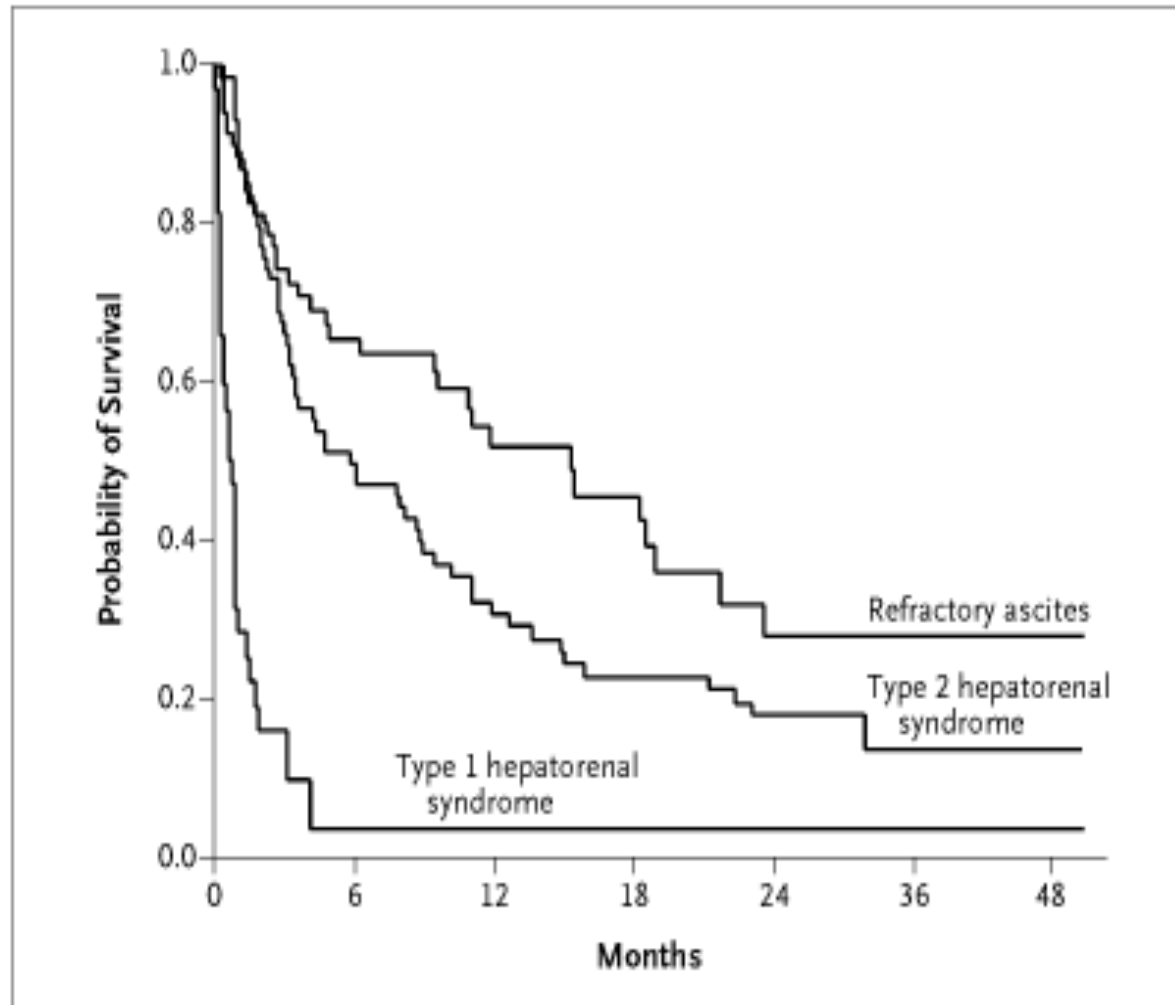
# ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΣ ΑΣΚΙΤΗΣ

- Ασκίτης που δεν υποχωρεί παρά τον περιορισμό του άλατος της τροφής και διουρητικών σε δόση σπιρονολακτόνης 400mg και φουροσεμίδης 160mg
- Ασκίτης που δεν υποχωρεί διότι λόγω της εμφάνισης επιπλοκών της διουρητικής αγωγής δεν μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μεγάλες δόσεις διουρητικών

# ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΣΚΙΤΗ

- Ο ασκίτης αποτελεί την συχνότερη επιπλοκή της κίρρωσης
- Το 50% των ασθενών με αντιρροπούμενη κίρρωση θα εμφανίσουν ασκίτη εντός 10 ετών
- Συσχετίζεται με λοιμώξεις, χαμηλή ποιότητα ζωής, νεφρική ανεπάρκεια και κακή πρόγνωση
- Οι ασθενείς με ασκίτη πρέπει να αξιολογούνται για μεταμόσχευση ήπατος
- 30-50% των ασθενών με ασκίτη θα καταλήξουν εντός 1 έτους από την εμφάνισή του και 60-80% εντός πέντε ετών
- Ασθενείς με ανθεκτικό ασκίτη θα καταλήξουν σε λιγότερο από ένα έτος

# ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ



# ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΑΣΚΙΤΗ

- Μεταμόσχευση ήπατος
- Ολικές παρακεντήσεις
- Περιτοναιοφλεβικές αναστομώσεις
- Tranjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt-  
TIPS (διασφαγιτιδική ενδοηπατική  
πυλαιοσυστηματική επικοινωνία) αντικαθιστά τη  
χειρουργική πυλαιοσυστηματική αναστόμωση



# ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

- Όταν ο ασκίτης είναι υπό τάση ή σε περίπτωση ανθεκτικού ασκίτη
- **Όγκος** : 10 lt
- **Διάρκεια** : 1 ώρα
- **Πλεονεκτήματα** : Ανακούφιση ασθενούς, βραχεία παραμονή στο νοσοκομείο
- Είναι ασφαλής όταν γίνεται σωστά
- Απαραίτητη η IV έγχυση λευκωματίνης (8 γρ/lt ασκίτη) ή κολλοειδών διαλυμάτων
- **Προσοχή!** σε ασθενείς με βαριές διαταραχές πήξης και διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας

# ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΟΛΙΚΗ ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

- Υψηλότερη επίπτωση υπονατριαιμίας
- Έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας
- Αιμοδυναμικές διαταραχές μετά παρακέντηση
- Μεγαλύτερος ρυθμός επανασυσώρευσης του ασκιτικού υγρού
- Μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης

# Η ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ TIPS ΣΤΟΝ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟ ΑΣΚΙΤΗ

**Τροποποίηση παραμέτρων που οδηγούν σε βελτίωση του ασκίτη**

- Μειώνει την κοιλιοκοιλιακή πίεση
- Μειώνει την σωληναριακή επαναρρόφηση νατρίου
- Μειώνει την δραστηριότητα του συστήματος ρενίνης -αγγειοτενσίνης - αλδοστερόνης

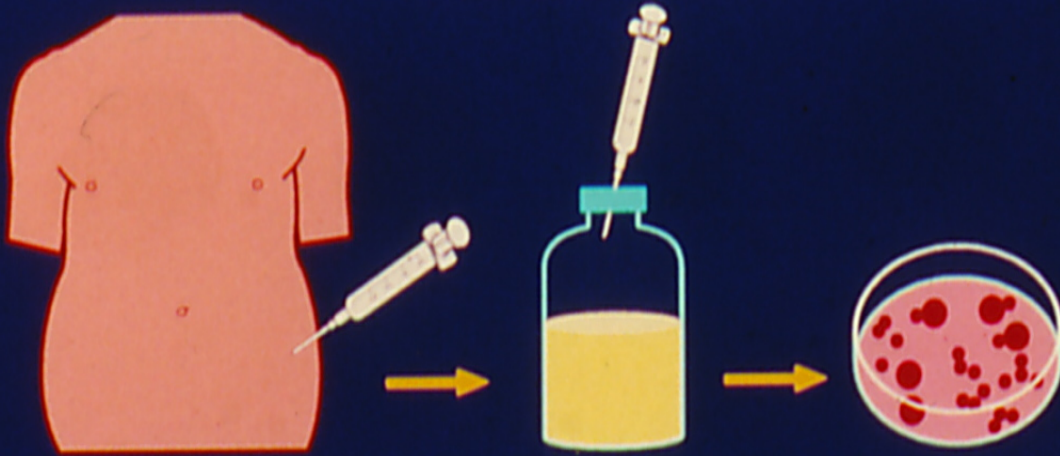
**Αιμοδυναμικές παράμετροι**

- Αυξάνει την υπερδυναμική κυκλοφορία
- Αυξάνει την πίεση ενσφηνώσεως στα πνευμονικά τριχοειδή
- Αυξάνει την πίεση του ΔΕ κόλπου
- Αυξάνει την πνευμονική αιματική ροή

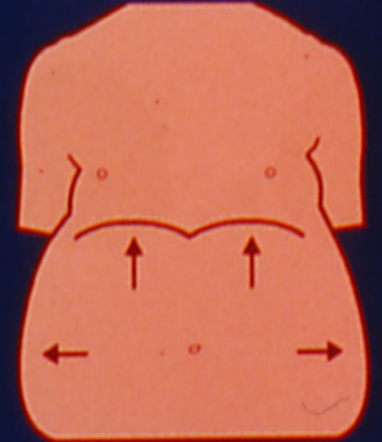


# Complications

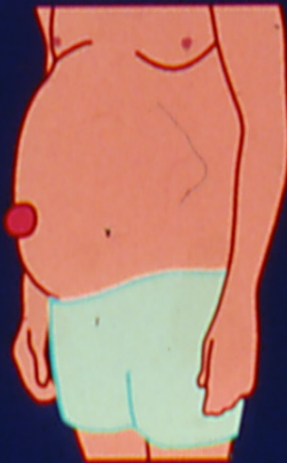
**Infection (SBP)**



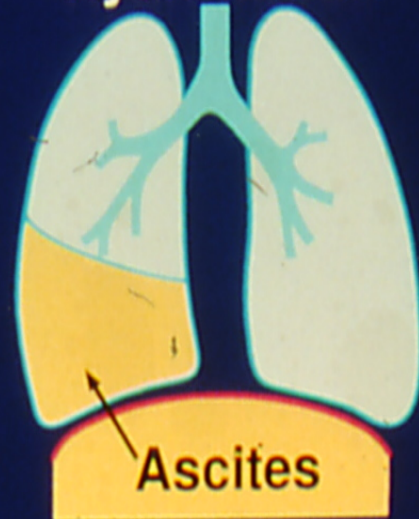
**Tense ascites**



**Umbilical hernia**



**Hydrothorax**





# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΑΣΚΙΤΗ

- Αυτόματη βακτηριακή περιτονίτις
- Κήλες (ομφαλοκήλη, βουβωνοκήλη, μηροκήλη)
- Ρήξη κηλών
- Αναπνευστική δυσχέρεια - Κιρρωτικός υδροθώρακας
- Εύκολος κορεσμός, πτωχή σίτιση
- Μειωμένη δραστηριότητα
- Χαμηλή ποιότητα ζωής

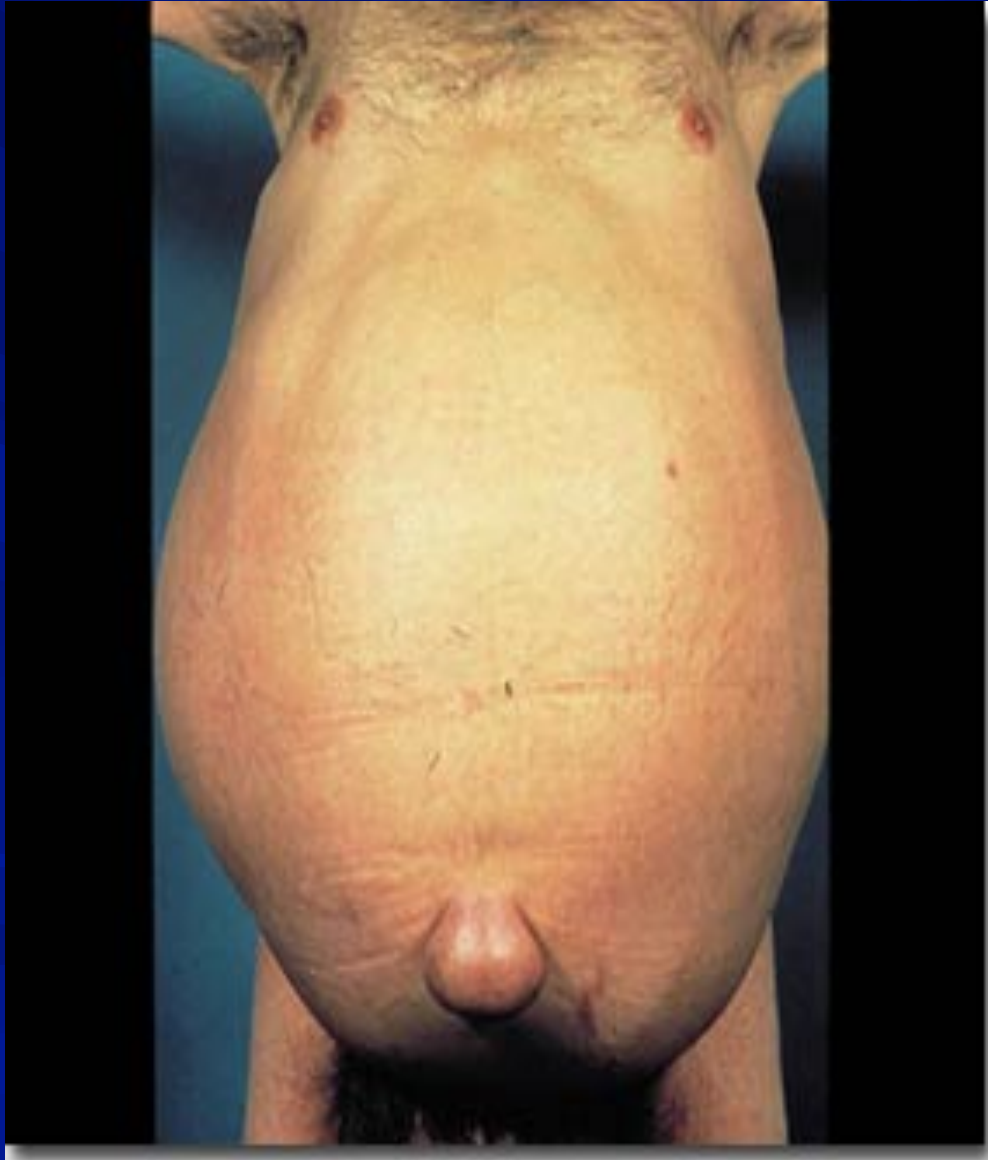
# ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ



# ΚΙΡΡΩΤΙΚΟΣ ΥΔΡΟΘΩΡΑΚΑΣ

- Παρατηρείται σε 6% των ασθενών με μη αντιρροπούμενη κίρρωση
- Συνήθως συνυπάρχει ασκίτικό υγρό
- Μέτρια ποσότητα πλευριτικού υγρού μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια
- Συνήθως παρουσιάζεται ως δεξιά πλευριτική συλλογή (85%), λιγότερο ως αριστερή (13%) και σπανίως αμφοτερόπλευρη (2%)
- Εργαστηριακά έχει τους χαρακτήρες του ασκίτικού υγρού
- Οφείλεται σε ελλείμματα του διαφράγματος, τα οποία μπορούν να ραγούν λόγω αύξησης της ενδοκοιλιακής πίεσης και να δημιουργήσουν μόνιμες επικοινωνίες μεταξύ υπεζωκοτικής και περιτοναϊκής κοιλότητας.

# ΟΜΦΑΛΟΚΗΛΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΣΚΙΤΗ





# ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΚΙΤΗ

## ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ

- Σε παρακεντήσεις  $>10$  lt, χωρίς προσθήκη λευκωματίνης οξεία νεφρική ανεπάρκεια, υπονατριαιμία
- Βακτηραιμία
- Αιμοπεριτόναιο

## ΔΙΟΥΡΗΤΙΚΑ

- Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (Υπονατριαιμία, υπο- ή υπερ-καλιαιμία)
- Μεταβολική αλκάλωση ή οξέωση
- Υπο-ογκαιμία
- Αζωθαιμία
- Ηπατική εγκεφαλοπάθεια
- Μυϊκές κράμπες

# ΑΙΜΟΠΕΡΙΤΟΝΑΙΟ

- Αιμορραγικό ασκитικό υγρό με Ht > 0,5% ή ερυθρά αιμοσφαίρια > 50.000/mm<sup>3</sup>
- Σε ασθενείς με ασκίτη αυτόματα ή λόγω τραύματος, διαγνωστικών ή θεραπευτικών χειρισμών
- Στο 5-15% των περιπτώσεων ηπατοκυτταρικού καρκίνου
- Σπάνια λόγω ρήξης ενδοπεριτοναϊκού κίρσου
- Οι μεταστατικοί όγκοι του ήπατος σπάνια προκαλούν αιμοπεριτόναιο

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ**