

Olgu Sunumu

Ultrasonografinin Psödoasit Tanısında Yetersizliği: Bir Olgu Sunumu

Failure of Ultrasound to Diagnose Pseudoascite: A Case Report

Enver Berber¹, Meltem Sertbaş¹, Yaşar Sertbaş¹
Serkan Elarslan¹, Mehmet Timuçin Aydın², Ali Özdemir¹

1. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi / İç Hastalıkları Bölümü

2. Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Genel Cerrahi Bölümü

ÖZET

Abdominal kavitede sıvı birikimi asit olarak adlandırılmaktadır. Bazı durumlarda fizik muayene bulgularına göre asit mayi varlığını düşünülse, periton kavitesinde serbest sıvı bulunmayabilir. Bu durumlar için psödoasit terimi kullanılır. Ultrason ayırıcı tanıda altın standart görüntüleme yöntemidir. Vakamızda 55 yaşında bayan hasta fizik muayene ve ultrason görüntülemesine göre asit tanısı almış olup parasentez yapılmıştır. Parasentez sıvısı incelemesi sonrasında serum asit albümin gradienti (SAAG) $\geq 1,1$ olarak geldi. Hastanın yapılan ileri tetkikleri ile SAAG $\geq 1,1$ yapacak durumların uyumsuz olması üzerine yapılan batın tomografisinde büyük kistik bir kitle saptandı. Yapılan cerrahi sonrasında kitlenin müsinöz kist adenom olduğu görüldü. Sonuç olarak klinisyenler büyük abdominal sıvı birikimlerinde ayırıcı tanıda asit dışı diğer olasılıkları da göz önünde bulundurmalarıdır.

Anahtar kelimeler: psödoasit, ultrasonografi, ovaryan kist

ABSTRACT

Accumulation of fluid in abdominal cavity is named as ascites. In some cases, although it may be thought that there was an ascites according to the physical examination signs, there may not be free fluid within the peritoneal cavity. These conditions are named as pseudoascites. Ultrasound is the gold standart imaging method. In our case we mentioned 55 years old women, to whom paracentesis was done due to diagnosis of ascites according to the physical examination and ultrasound imaging. Paracentesis fluid examination of serum ascites albumin gradient (SAAG) was $\geq 1,1$. Since further examinations were not compatible with the conditions that cause SAAG $\geq 1,1$, abdominal tomography which showed a large cystic mass was done. After surgery it was seen that the mass was a mucinous cystic adenoma. As a result, clinicians must consider possibilities other than ascites in the differential diagnosis of large abdominal fluid accumulation.

Key words: pseudoascite, ultrasonography, ovarian cyste

İletişim:

Sorumlu Yazar: Enver Berber

Fatih Sultan Mehmet Eğt. ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, İçerenköy / İstanbul

Tel: +90 532 425 9729

E-posta: e.berber1964@gmail.com

Makale Gönderi: 02.06.2014 / **Kabul:** 15.09.2014

GİRİŞ

Abdominal kavitede sıvı birikimi asit olarak adlandırılmaktadır. Fizik muayenede abdominal distansiyon, yer değiştiren abdominal dolgunluk ve sıvı palpasyonu genelde asit varlığını düşündürür (1). Asit tanısı, çoğu zaman doğru konulabilmekle beraber, bazen peritoneal kavitede serbest sıvının bulunmadığı ve psödoasit olarak adlandırılan bazı durumlarda da benzer muayene bulguları saptanır. Batında aşırı distansiyon nedeni ile servisimize başvuran, fizik muayene ve ultrasonografi (USG) bulgularına göre asit tanısı konup tanısız parasentez ve sonrasında yapılan batın tomografisinde saptanan over kaynaklı müsinöz kist adenom olgusu sunuldu. Bu vaka bazı durumlarda psödoasit ve asit arasındaki ayırıcı fizik muayene ve USG'nin yetersiz kalabileceğini ve ileri tetkikler yapılmasına ihtiyaç duyulabileceğini gösterir.

OLGU

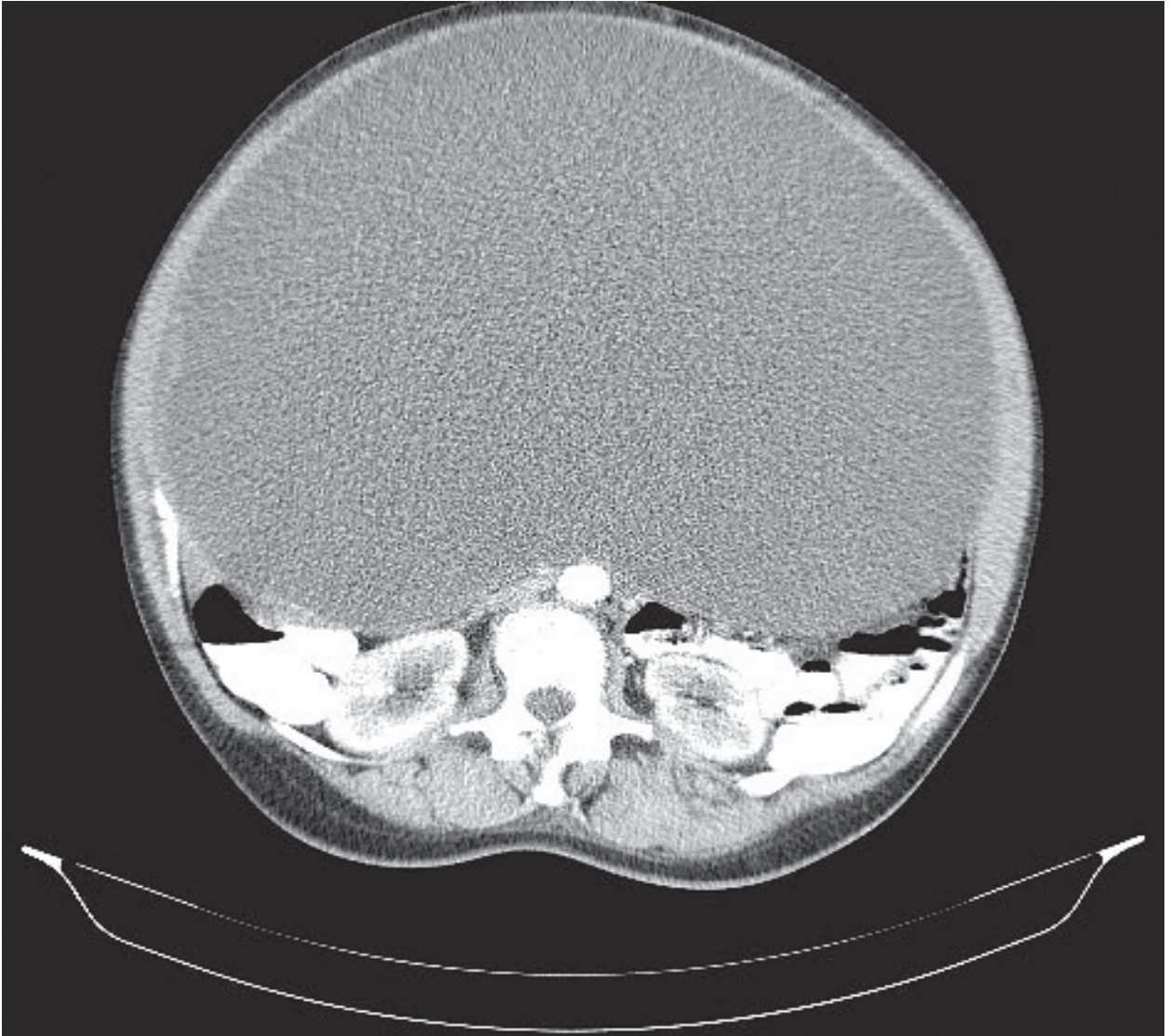
55 yaşında kadın hasta batında şişkinlik, karın ağrısı ve nefes darlığı şikâyetleri ile müracaat etti. Fizik muayenesinde batın bombeliği artmış ve gergin görünümde, umbilikus orta hatta ve tüm batın kadranlarında yaygın matite saptandı ve tense asit olarak değerlendirilip ileri tetkik için yatırıldı. Tansiyon arteriyel: 130/80mmHg, nabız dakika sayısı: 90/ritmik ve solunum hızı: 16/dakika idi. Kardiyopulmoner sistem muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC: 5.1K/uL, Hb:12,1g/dl, Hct: 37,1%, Plt: 151 K/uL, Glukoz 90 mg/dl, BUN:12,4 mg/dl, Kreatinin: 0,9 mg/dl, Na:140 meq/L, Kalsiyum:9,5 mg/dl, AST16 U/L, ALT: 13 U/L, Protein: 6,6 g/dl, Albümin: 4,02 g/dl, LDH: 187 U/L, Sedim 27mm/saat, Crp:0,4mg/dL, HbsAg:(-), Anti HCV(-), PT:10,1 sn, APTT: 28,2 sn, INR: 0,88, tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda tespit edildi. Tüm batın USG'inde karaciğer parankimi homojen görünümde, dalak boyutu ve portal ven çapı normal, batında yaygın serbest sıvı mevcuttu. Tanı amaçlı ve tense asit tanısı ile hastanın dispnesini rahatlatmak amacıyla terapötik parasentez yapıldı ve 3000 cc sıvı boşaltıldı. Parasentez mayisinde hücre yok, total protein 2,08g/dl, LDH: 52 U/L, albumin okunamaya-

cak kadar düşük düzeyde geldi ve serum-asit albümin gradienti (SAAG) $>1,1$ 'di. Parasetaz sıvısının sitolojik tetkikinde reaktif mezotel hücreleri ve köpük hücreleri saptandı. Alınan sıvı örneğinde üreme olmadı. Hasta SAAG $>1,1$ g/dl olan sık asit nedenleri açısından araştırıldı. Kronik karaciğer hastalığı bulgusu saptanmadı. Ekokardiografisi ve elektrokardiografisi normaldi. SAAG $>1,1$ asite sebep olan diğer nadir etiyojileri değerlendirmek amacıyla istenen tüm batın tomografisinde epigastik bölgeden pelvise kadar uzanım gösteren ve batın içini tamamen dolduran yaklaşık 225x350x350 mm boyutlarında septalı kistik kitle lezyonu saptandı (Resim 1).

Genel cerrahi bölümü tarafından opere edilen hastada batını tamamen dolduran, sol over kaynaklı, dev kistik kitle sol over ve sol tuba ile birlikte eksize edildi. Çıkarılan materyalin histopatolojik tetkiki musinöz kist adenom olarak rapor edildi. Operasyon sonrasında klinik yakınması olmayan hastanın takiplerinde de sorun yaşanmadı.

TARTIŞMA

Asit peritoneal kavitede sıvı birikimi olarak tanımlanır. Eğer sıvı miktarı fazla ise asit tanısı sadece fizik muayene ile rahatlıkla tanı konulabilmekle beraber, küçük miktarda sıvılar için en iyi tanı yöntemi ise USG'dir. Ucuz bir tanı yöntemi olması, radyasyon içermemesi, girişimsel bir işlem gerektirmemesi, kontrast nefropati ve alerji riski taşıması nedeni ile altın standart bir tanı yöntemi olarak adlandırılır. Seyrek olarak hastalarda batında sıvı bulunmasına rağmen, fizik muayeneleri sonrasında büyük oranda asit varlığı düşündürülen vakalarda bulunmaktadır. Bu vakalar için Psödoasit terimi kullanılmaktadır. Fiederek ve arkadaşlarının yapmış oldukları ve diğer bazı vaka çalışmalarına göre tüm abdomeni dolduracak kadar büyüyen omental, mezenterik, ekino-kok kistleri, çok büyük ovaryan kistler, mesanenin aşırı distansiyonu, retroperitoneal kistler ve tubuler enterik duplikasyon kistleri yanlış bir şekilde asit olarak tanımlanabilirler (2-8). Olguda gerek fizik muayene bulguları gerekse de USG değerlendirmesi sonrasında asit tanısı



Resim-1: Alt batın tomografi: Batında epigastrik bölgeden pelvise kadar uzanım gösteren ve batın içini hemen tamamen dolduran yaklaşık 325x350x350mm boyutlarında septalı kistik kitle lezyonu.

ile parasentez yapıldı. Mayiden alınan tetkikler sonucunda SAAG'ı $\geq 1,1$ gelmesi üzerine, neden olabilecek olası etiyojiler araştırıldı. Siroz, asit vakalarının %81 ile en sık nedeni olup kanser vakaları ve kalp yetmezliği bunu %10 ve % 3'lük oranları ile takip etmektedir (9). Asit olgularında SAAG $\geq 1,1$ olan en sık nedenler siroz, alkolik hepatit, kalp yetmezliği, konstrüktif perikardit, masif hepatik metastaz, budd-chiari sendromu, portal ven trombozu ve idiopatik portal fibrozisdir. Vakada hastanın sağ kalp yetmezliği veya konstrüktif perikarditi destekleyen fizik muayene bulgusu yoktu. Ekokardiyografisinde sol ventrikül sistolik çap ve fonksiyonları doğal, EF: %65, AY 20, MY10, TY1, SPAP33 mmHg idi. Kronik karaciğer hastalığı açısından değerlendirilen hastanın karaciğer fonksiyon testleri ve sentez kapasitesi doğal, batin USG'sinde karaciğer parankimi homojen, dalak boyutu ve portal ven çapı normal sınırlarda saptandı.

Klinik olarak miks ödem düşünülmeyen hastanın tiroid fonksiyon değerleri de normal sınırlardaydı. Bu ayırıcı tanıların dışlanması sonradan hastanın alınan mayi sitolojisinde reaktif mezotel hücreleri ve köpük hücreleri görülmesi üzerine ileri tetkik amacıyla batin tomografisi istendi. Görüntüleme epigastik bölgeden pelvise kadar uzanım gösteren, batin içini tamamen dolduran ve yapılan operasyonda patolojik olarak müsinöz kist adenom tanısı alan septalı kistik bir kitle tesbit edildi. Fiedorek ve arkadaşları fizik muayene ve hikaye ile psödoasit ve gerçek asit arasındaki ayrımın güçlüğüne ortaya koymuş ve ayırıcı tanıda USG ve tomografinin önemine değinmişlerdir (2). Vakamızda olduğu gibi nadirde olsa USG ile de psödoasit ayırımının net olarak yapılamadığı olgular göz önüne alınmalıdır (10). Bazı yayınlarda belirtildiği gibi USG değerlendirmesinde özellikle dikkat edilmesi gereken husus büyük oranda sıvının abdominal boşluğu doldurarak bağırsakları bir kenara itmesi dışında, karaciğer ve dalak etrafında da serbest sıvı olmaması bizde psödoasit şüphesi uyandırmalıdır (8). Böyle vakalarda da öncelikli görüntüleme metodu olarak abdominal tomografi yöntemi kullanılmalıdır.

Sonuç olarak klinisyenler büyük abdominal sıvı birikimlerinde ayırıcı tanıda asit dışı diğer olasılıkları da göz önünde bulundurmalarıdır.

KAYNAKLAR

1. Cattau EL, Benjamin SB, Knuff TE, Castell DO. The accuracy of the physical examination in the diagnosis of suspected ascites. *JAMA* 1982;247:1164-6.
2. Fiedorek SC, Castel HB, Reddy G, Graham DY. The etiology and clinical significance of pseudoascites *J Gen Intern Med* 1991;6:77-80.
3. Lombarda L, Babando GM: Giant ovarian cyst mimicking ascites. *Gastrointest Endosc* 1986;32:245-46.
4. Oray-Schrom P, Martin DS, Bartelloni P, et al. Giant non pancreatic pseudocyst causing acute anuria. *J Clin Gastroenterol* 2002;34: 160-3.
5. Rattan KN, Budhiraja S, Pandit SK, Ydav RK: Huge omental cyst mimicking ascites. *Indian J pediatr* 1996;130:683-84.
6. Chen SS: A large retroperitoneal cystic mimicking ascites. A case report. *J Reprod Med* 1979;00:261-63.
7. Şaşı SM, Malla MA, Resfi FA. Giant primary omental cyst mimicking a pseudoascites. *Afr J paediatr Surg.* 2009;6(1):58-60.
8. Muhsin K, Mehmet HS. Pseudoascites: Report of three cases. *Turk J Gastroenterol.* 2009; 20 (3): 224-7.
9. Runyon BA, Montano AA, Akriviadis EA, Antillon MR, Irving MA, McHutchison JG. The serum-ascites albumin gradient is superior to the exudate-transudate concept in the differential diagnosis of ascites. *Ann Intern Med.* 1992;117(3):215-20.
10. Themistokolis , George PT, George P, Nikos PE, Efstraitos A. Failure of ultrasound to diagnose a giant ovarian cyst: a case report. *Cases Journal* 2009;2:6909.