

Şilotoraks ile Seyreden Karaciğer Sirozu Olgusu

Dr. Cem ŞAHAN¹, Dr. Emre AKSAKAL²

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları¹ ve Kardiyoloji² Anabilim Dalları,
SAMSUN

- ✓ Şilotoraks torasik duktusun rüptürü sonucu plevral sahada şilöz sıvı birikimi ile oluşur. Torasentez sütsü görünümde ve trigliserid düzeyi 110 mg/dl'yi aşan bir plevral sıvı ile karakterizedir. Şilotoraks, sirozun şilöz asitin transdiafragmatik geçişi sonucu olduğu düşünülen nadir bir komplikasyonudur. Şilotorakslı sirotik hastalarda Light ve arkadaşlarının kriterlerine göre tüm plevral effüzyonlar transüdadır. Bu çalışmada şilotoraks ile seyreden bir karaciğer sirozu olgusu rapor edilmektedir.

Anahtar kelimeler: Şilotoraks, karaciğer sirozu, hepatik hidrotoraks

- ✓ **Cirrhosis of The Liver Associated With Chylothorax**

A chylothorax occurs when the thoracic duct is disrupted and chyle accumulates in the pleural space. Thoracentesis reveals milky fluid and biochemical analysis reveals a triglyceride level that exceeds 110 mg/dl.

Chylothorax is a rare and apparently underappreciated manifestation of cirrhosis resulting from transdiaphragmatic passage of chylous ascites. Pleural effusions from all cirrhotic patients were transudates according to the criteria of Light et al. We report a case of chylothorax due to liver cirrhosis.

Keywords: Chylothorax, liver cirrhosis, hepatic hydrothorax

Karaciğer sirozlu ya da portal hipertansiyonlu hastalarda pulmoner manifestasyonlar görülebilir. Bu değişiklikler plevral sahada, pulmoner parankimde ve veya pulmoner dolaşımındadır. Plevral sahada daha çok hepatik hidrotoraks şeklindedir. İntertisyel akciğer hastalığı ve ekspiratör hava yolu obstrüksiyonu parankim tutulumu ile ilişkilidir. Pulmoner dolaşımında, bozulmuş hipoksik vazokonstriksiyon, hepatopulmoner sendrom, pulmoner hipertansiyon, pulmoner varisler ve kapiller yetmezlik şeklinde değişiklikler gözlenebilir⁽¹⁾.

Şilotoraks plevral sıvıda trigliserid düzeyinin 110 mg/dl üstünde olması olarak tanımlanır. Sirozda şilotoraks iyi tanımlanmıştır, ancak nadirdir. Kronik karaciğer hastalığında şilotoraks sıklığı ile ilgi çok az prospektif çalışma bulunmaktadır⁽²⁾. Bu olgu sunumunda şilotoraks ile seyreden karaciğer sirozlu bir hasta sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

49 yaşında, erkek hasta bir haftadır belirgin olan sağ yan ağrısı, nefes darlığı, öksürük şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Hastanın yaklaşık bir yıldır karaciğer sirozu nedeniyle izlenmekte olduğu öğrenildi. Alkol ve sigara içimi hikayesi yoktu. Bir yıl önce halsizlik ve karında şişme nedeniyle başvurduğu üniversite hastanesinde karaciğer sirozu tanısı almıştı. Bundan yaklaşık 6 ay sonra karın ağrısı nedeniyle tekrar üniversite hastanesine gitmiş,

spontan bakteriyel peritonit tedavisi almıştı. Bu nedenle 14 gün antibiyotik tedavisi uygulanmıştı. O günden beri günde 25 mg spirinolakton kullanıyordu.

Fizik muayenede hastanın genel durumu iyi ancak hafif dispneik durumda, şuur açık ve koopereydi. Kan basıncı:100-60 mm/Hg, nabız 80/dk ritmik, ateş: 37,1 °C, solunum: 20/dk idi. Cilt ve skleralar ikterikti. Her iki elde hipotenar ve tenar bölgelerde yamalı tarzda palmar eritem mevcuttu. Göğüs ve sırtta spider anjiom ve burun etrafında telenjektazik lezyonlar mevcuttu. Proksimal kaslarda belirgin kas atrofisi dikkati çekmekteydi. Her iki memede düğme şeklinde jinekomasti mevcuttu. Solunum sistemi muayenesinde sağ akciğer bazallerinde plevral mayii düşündürcek perküsyon ve oskültasyon bulguları mevcuttu. Batın muayenesinde, 3 cm splenomegali, trabe kapalı ve asit mevcuttu. Bir pozitif pretibial ödem vardı.

Laboratuar bulguları, Hgb: 8,4 gr/dl, Htc: %20, lökosit: 4200/mm³, trombosit: 37000/mm³, sedimantasyon: 24/saat, BUN: 25 mg/dl, kreatinin: 0,9 mg/dl, açlık kan şekeri: 104 mg/dl, ALT: 44 IU/L, AST: 47 IU/L, gama-GT: 104 IU/L, alkalen fosfataz: 317 IU/L, total protein: 6,3 gr/dl, albumin 2,4 gr/dl, t.bilürubin: 3,4mg/dl, direkt bilürubin: 2 mg/dl, LDH: 344 İÜ/L, kolesterol: 148 mg/dl'ydı. İdrarda 1-2 eirtrosit dışında patolojik bulgu yoktu. Hepatit panelinde sadece HBS pozitifliği mevcuttu.

Sağ plevral mayii incelemesinde; görünüm süt renginde, dansite: 1012, protein: 2,7 gr/dl, LDH: 128 İÜ/L, trigliserid: 240 mg/dl, kolesterol: 84 mg/dl, ve albumin: 0,8 gr/dl olarak bulundu. Kültür çalışmasında üreme yoktu. Buna göre eş zamanlı serum örnekleri ile karşılaştırma sonucu serum albumin gradienti (SAG): 1,6 gr/dl, plevra protein seviyesi/serum protein seviyesi: 0,44, plevra LDH/serum LDH: 0,37 olarak hesaplandı. Plevral mayii protein değerinin 3 gr/dl'den az olması, dansitesinin 1015'in altında olması, plevra protein/serum protein oranının 0,5 küçük olması, plevral sıvı LDH seviyesinin 200 İÜ/L'nin al-

tında olması ve SAG değerinin 1,1 üstünde olması nedeniyle hastanın plevral sıvısı transüda olarak kabul edildi.

Asit sıvısı incelemesinde: dansite: 1013, protein: 2,4 gr/dl, LDH: 105 İÜ/l, trigliserid: 140 mg/dl, kolesterol: 48 mg/dl, kültürde ve albumin: 1,2 gr/dl idi. Kültürde üreme negatifti. Asit sıvısı LDH/serum LDH seviyesi: 0,30, ve asit sıvısı protein seviyesi/serum protein seviyesi 0,38 idi. Asit sıvısı da belirgin olarak transüda karakterindeydi.

Ekokardiografi çalışmasında sistolik veya diyastolik kalp yetersizliğini düşündürecek parametreler yoktu. Ayrıca hepatopulmoner sendrom açısından yapılan kontrast ekokardiografi çalışması da negatifti. Hastanın posterior-anterior akciğer grafisinde sağ hemitoraksın alt sınırını tamamıyla kapsayan üst sınırı içten-dışa ve aşağıdan-yukarıya doğru, altta karın dansitesi ile karışan homojen dansite artışı mevcuttu. Bu bulgu sağ plörezi ile uyumluydu. Bunun dışında patolojik bir bulgu yoktu. Hasta bu bulgularla şilotoraks ile seyreden karaciğer sirozu olgusu olarak kabul edildi.

TARTIŞMA

Şilotoraks, trigliserid düzeylerinin 110 mg/dl üzerinde olması şeklinde tanımlanır. Eğer trigliserid düzeyi 50-110 mg/dl arasında ise lipoprotein analizi yapılmalıdır. Ayrıca plevral sıvı/serum trigliserid oranı > 1 olanlar ve plevral sıvı/serum kolesterol oranı < 1 olanlar şilotoraks olarak tanımlanırlar. Light şilotoraksın etyolojisini 4 ana kategoriye ayırmıştır⁽³⁾. Bunlar tümör, travma, idiyomatik ve çeşitli faktörlerdir.. Karaciğer sirozu son grupta yer alır. Bu gruptaki vakaların %10'undan azını oluşturur⁽³⁾. Şilotoraks sıklığı ile ilgili çok az prospektif çalışma mevcuttur. Romero ve arkadaşlarının çalışmasında plevral efüzyonu olan 809 hasta 6 yıl süre ile değerlendirilmiştir. Şilotoraks bu hastaların 24'ünde mevcuttu. Bunlardan 5'inde karaciğer sirozu bulunuyordu. 7 vaka lenfoma, 1 vaka sarkom, 1 vaka tüberküloz, 4 vaka karsinom, 2 vaka postoperatif, 1 vaka amiloidoz ve 1 vaka idiyomatiktir⁽²⁾. Şilotorakslı 5 sirozlu vakanın 3'ü alkolik siroz,

2'si postnekrotik sirozdu. Bizim vakamız da hepatit B'ye bağlı bir karaciğer sirozu olgusuydu. Romero ve arkadaşlarının çalışmasında saptanan 5 sirotik şilotoraks vakasının hepsinin plevral sıvı incelemesi transüdaydı. Geriye kalan 19 vakada ise plevral sıvı eksüdaydı. Sirotik şilotoraks, Light kriterlerine göre her zaman transüdadır. Bizim olgumuzda da plevral sıvı transüdaydı. Ancak bazı sirozlu vakalarda şilotoraksın plevral sıvı incelemesi eksüda tarzında olabilir. Bu daha çok hepatik hidrotoraksın infeksiyonu veya spontan bakteriyel ampiyem sonucu meydana gelir⁽⁴⁾.

Karaciğer sirozunda şilöz asitte meydana gelebilir. Şilöz asit siroza bağlı tüm asitlerin %0,5'ini oluşturur⁽⁵⁾. Şilöz asitin %90 nedeni karaciğer sirozudur. Artmış lenf akımına bağlı dilate olan intestinal subserozal lenfatiklerin rüptürü, kollateral lenfatik kanalların yetersizliği, skleroterapiye bağlı duktus torasikus hasarı sirozlu hastalarda şilöz asite neden olabilir⁽⁶⁾. Asit mayii incelemesinde trigliserid düzeyinin 200 mg/dl'yi aşması ve total proteinin 30 gr/dl'den fazla olması şilöz asit için tanı kriteridir. Ancak olgumuzda asit sıvısının trigliserid düzeyi 140 mg/dl ve protein düzeyi 2,4 gr/dl'dir. Olgumuzun asit sıvısı transüda karakterinde olup fakat şilöz asit değildir. Romero ve arkadaşlarının 5 şilotorakslı siroz hastası grubunda asit sıvısında trigliserid düzeyleri sırasıyla 271, 152, 518, 291 ve 63 mg/dl'dir⁽²⁾. Sirozlu hastalarda asit olmadan da şilotoraks olguları bildirilmiştir⁽⁷⁾.

Sonuç olarak şilotoraks karaciğer sirozunun fizyopatolojisi tam anlaşılmamış, daha çok ileri evrelerinde görülebilen, diğer şiloto-

raks sıvılarından farklı olarak daha çok transüda vasıflı bir plevral sıvı ile karakterize, genellikle asit ile birlikte olan nadir bir komplikasyonudur.

Geliş Tarihi : 30.04.2003

Yayına kabul tarihi : 20.10.2003

Yazışma adresi:

Dr. Cem ŞAHAN

Liman Mah. Ozan Sok. No. 13 D. 12

SAMSUN

KAYNAKLAR

1. Laziridis KN, Frenk JW, Krowka MJ, et al. Hepatic hydrothorax. Pathogenesis, diagnosis and management: Am J Med 1999; 107: 262-267.
2. Romero S, Martin C, Henandez L, et al. Chylothorax in cirrhosis of the liver: Chest 1998; 114: 154-159.
3. Light RW. Chylothorax, hemothorax and fibrothorax. In: Murray JF, Nadel JA: eds. Textbook of respiratory medicine. Philadelphia: WB Saunders 1998: 1760-1769.
4. Kiol X, Costellate J, Boliellos C, et al. Spontaneous bacterial empyema in cirrhotic patients: analysis of 11 cases. HepaTOLOGY 1990; 11: 365-70.
5. Lyche KD. Miscellaneous diseases of the peritoneum and mesentery. IN: Current diagnosis & treatment in Gastroenterology. (eds). Grendell JH, Mc Quaid KR, Friedman SL. Appleton& Lange A simon & Schuster company 1996: 143-144.
6. Runyon BA. Ascites and spontaneous bacterial peritonitis. In: Sleisenger and Fodtran's Gastrointestinal and Liver disease. (Eds) Feldman M, Scharschmidt BF, Sleisenger MH. 6th edition. WB Saunders Company, Philadelphia 1998: 1320.
7. Yunis EJ, Moran TJ. Chylothorax and portal cirrhosis. JAMA 1965; 192: 150-151.