



Case Report / Olgu Sunumu

A Case of Decompensated Cirrhosis Masked by Normal Liver Enzymes **Normal Karaciğer Enzimleri ile Maskelenmiş Dekompanse Siroz Olgusu**

Emine Vildan ŞAHİN¹ 

Abstract

Normal levels of liver transaminases do not necessarily exclude cirrhosis. A case of a 65-year-old female patient is presented who visited with massive variceal bleeding despite having normal transaminase levels in her routine follow-ups. Although the Portal Doppler ultrasound (US) was reported as normal, abdominal US revealed cirrhosis and ascites. This case emphasizes the importance of the aspartate aminotransferase/alanine aminotransferase (AST/ALT) ratio, thrombocytopenia, and Fibrosis-4 (FIB-4) score in the early diagnosis of silent cirrhosis in family medicine, rather than relying solely on transaminase values. The case report was prepared and reported in accordance with the CARE (Case REport) Guidelines.

Keywords: Liver cirrhosis, liver transaminases, fatty liver, family medicine

Özet

Karaciğer enzimlerinden alanin aminotransferaz (ALT) ve aspartat aminotransferazın (AST) normal sınırlarda olması, kronik karaciğer hastalığını dışlamak için yeterli değildir. Bu olguda, rutin takiplerinde transaminaz düzeyleri normal seyreden ancak masif varis kanaması ile başvuran 65 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. Hastanın başvuru günü yapılan Portal Doppler ultrasonografi incelemesinin normal olarak raporlanmasına karşın, abdomen ultrasonografisinde asit ve sirotik değişiklikler izlenmiştir. Bu olgu, aile hekimliği pratiğinde sirozun erken tanısında transaminaz değerlerinden ziyade AST/ALT oranı, trombositopeni ve Fibrosis-4 (FIB-4) skoru gibi parametrelerin hayati önemini vurgulamaktadır. Bu olgu sunumunun hazırlanmasında ve raporlanmasında, uluslararası standartlara uyum sağlamak amacıyla CARE (Case REport) Checklist yönergesi dikkate alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer sirozu karaciğer transaminazları, yağlı karaciğer, aile hekimliği

Geliş tarihi / Received: 19.12.2025 Kabul tarihi / Accepted: 29.04.2026

¹ Sağlık Bakanlığı, Elife Mehmet Kahraman Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Emine Vildan ŞAHİN. Sağlık Bakanlığı, Elife Mehmet Kahraman Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye.

E-posta: drvildansahin@gmail.com Tel: +90 530 965 19 60

Şahin EV. *A Case of Decompensated Cirrhosis Masked by Normal Liver Enzymes*. TJFMPC, 2026; 20 (3) :

Olgu Sunumu

Altmış beş yaşında kadın hasta melena, halsizlik ve baş dönmesi şikayetleri ile acil servise başvurmuştur. Hastanın özgeçmişinde hipotiroidi ve diabetes mellitus tanıları mevcuttur. Gastrointestinal sistem (GİS) kanamasına yol açabilecek analjezik kullanımı veya bilinen bir mide hastalığı öyküsü bulunmamaktadır. Hasta hayatı boyunca alkol veya sigara kullanmadığını belirtmiştir. Acil serviste yapılan ilk incelemede hemoglobin (Hb) düzeyinin 10,2 g/dL saptanması ve gaitada gizli kan testinin pozitif çıkması üzerine hasta üst GİS kanaması ön tanısı ile takibe alınmıştır. İzlemede Hb değerleri sırasıyla 8,5 g/dL ve 6,3 g/dL'ye kadar gerilemiştir.

Acil şartlarda gerçekleştirilen özofagogastroduodenoskopide (ÖGDS); lümenin taze kan ile sıvalı olduğu, distalde iki kolon F2 ve iki kolon F3 düzeyinde özofagus varisleri izlenmiştir. F3 varisler üzerinde aktif kanama odağı (nipple sign) saptanmıştır. Ayrıca gastroözofageal bileşkeyi geçerek midenin küçük kurvaturu boyunca uzanan Gastroözofageal Varis Tip 1 (GOV-1) ve fundusa doğru uzanan daha geniş çaplı Gastroözofageal Varis Tip 2 (GOV-2) varisleri saptanmıştır. Gastrik varislere toplam 2 ml N-butil-2-siyanoakrilat enjeksiyonu ve özofagus varislerine endoskopik bant ligasyonu (EBL) uygulanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Olgunun ÖGDS incelemesinde saptanan özofagus varisi ve gastrik varis görüntüleri ile bant

Hastadaki ileri seviyede portal hipertansiyonu işaret eden endoskopik inceleme sonrası etyolojiye yönelik Portal Doppler US, abdominal US yapılmıştır. Portal Doppler US normal olmasına rağmen abdominal US'de asit ve karaciğer sirozuna bağlı sklerotik değişiklikler izlenmiştir. Olgunun takip edildiği yoğun bakımda, portal hipertansiyonun nedenine yönelik incelemede; Hepatit B Yüzey Antijeni (HBsAg), Hepatit C Virüs Antikoru (Anti-HCV) ve İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü Antikoru (Anti-HIV) negatif saptanmıştır. Ayrıca akut enfeksiyonları dışlamak amacıyla bakılan Sitomegalovirüs (CMV) IgM, Epstein-Barr Virüsü (EBV) VCA IgM, Rubella IgM ve Toxoplasma IgM sonuçları da negatif bulunmuştur.

Antinükleer Antikor (ANA), Anti-Düz Kas Antikoru (ASMA), Antimitokondriyal Antikor (AMA), Antinötrofil Sitoplazmik Antikor (ANCA) ve Anti-Karaciğer Böbrek Mikrozomal Tip 1 Antikoru (Anti-LKM-1) negatif saptanarak otoimmün karaciğer hastalıkları da dışlanmıştır.

Hastanın geriye dönük olarak Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kayıtları incelendiğinde; karaciğer enzimlerinin (ALT ve AST) son iki yıldır sürekli referans aralığında seyrettiği, hepatit belirteçlerinin negatif olduğu saptanmıştır. Ancak $130 \times 10^3/\mu\text{L}$ civarındaki stabil trombositopeni varlığı dikkat çekmiştir. Hastanın laboratuvar bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Hastanın Laboratuvar Verileri ve Fibrozis Belirteçleri

Parametreler	ASM'deki Sonuçlar	Acil Servisteki Sonuçlar	Referans Aralığı
AST (U/L)	33	28	0-40
ALT (U/L)	21	19	0-40
AST/ALT Oranı (De Ritis)	1,57	1,47	<1,0
Hemoglobin (g/dL)	12,6	10,2	12-16
Trombosit (10 ³ /µL)	130	182	150-400
FIB-4 (Fibrozis) Skoru	3,85 (Yüksek Risk)		<1,45
HBsAg/Anti-HCV	Negatif	Negatif	Negatif
HbA1c	5,9		3,5-5,5
ALP (U/L)		70	35-105
GGT (U/L)		29	0-40

Hasta, yoğun bakımdaki tüm müdahalelere rağmen çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedilmiştir.

Tartışma

Bu olgu göstermektedir ki, ALT ve AST'nin normal olması sirozu dışlamaz. Özellikle diyabeti olan ve hafif trombositopenisi olan hastalarda FIB-4 (Fibrozis) skoru gibi invaziv olmayan testler ASM'de mutlaka kullanılmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, karaciğer biyopsisi veya elastografi (Fibroscan) gibi invaziv ve maliyetli yöntemlere erişim kısıtlıdır. Karaciğer sirozu tanısında altın standart biyopsi olsa da, dekompanse tablodaki hastalarda biyopsinin riskleri ve non-invaziv yöntemlerin tanısallık değeri literatürde geniş yer bulmaktadır. Bu kapsamda; AST/Trombosit Oranı İndeksi (APRI), NFS (Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı Fibrozis Skoru) ve Vücut Kitle İndeksi, AST/ALT Oranı ve Diyabet Skoru (BARD skoru) gibi araçlar, hastalığın evrelendirilmesi ve prognozunun öngörülmesinde rehberler tarafından önerilen etkili yöntemlerdir. ⁵

Fibrozis Skoru (FIB-4)

Bu noktada, sadece rutin kan tetkikleri ile hesaplanabilen FIB-4 skoru, karaciğer fibrozisini öngörmeye güvenilir bir araçtır. FIB-4 skoru; hastanın yaşı, transaminaz düzeyleri (AST, ALT) ve trombosit sayısı kullanılarak şu formül ile hesaplanır:

$$FIB-4 \text{ Skoru} = [Yaş (yıl) \times AST (U/L)] / [Trombosit sayısı (10^9/L) \times \sqrt{ALT (U/L)}]$$

Hesaplanan FIB-4 skorunun yorumlanmasında kabul görmüş eşik değerleri şöyledir:

<1,45	: Düşük risk (İleri evre fibrozis dışlanabilir, negatif öngörü değeri %90'dır.)
1,45 – 3,25	: Belirsiz/Orta risk (Hasta yakından izlenmeli veya ileri tetkik planlanmalıdır.)
>3,25	: Yüksek risk (İleri evre fibrozis/siroz olasılığı yüksektir, pozitif öngörü değeri %65'tir.) olarak kabul edilmektedir.

Bu olguda, hastanın ASM kayıtlarındaki veriler geriye dönük olarak incelendiğinde transaminazlar normal sınırlarda olsa da, ileri yaş ve eşlik eden hafif trombositopeni nedeniyle FIB-4 skorunun yüksek riskli bölgede olduğu görülmektedir. Bu durum, normal enzim düzeylerine rağmen fibrozis riskinin göz ardı edilmemesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Eğer bu hastada tarama amaçlı FIB-4 skoru kullanılsaydı, dekompanse evreye (varis kanaması) geçilmeden çok daha önce bir gastroenteroloji merkezine sevkı sağlanabilirdi. FIB-4 skorunun yaşla birlikte artması nedeniyle yaşlı hastalarda, akut inflamasyonlarda ve karaciğer dışı nedenlere bağlı trombositopeni durumlarında yanlış olarak yüksek çıkabileceği unutulmamalıdır.

Karaciğer hasarının bir diğer önemli göstergesi ise AST/ALT oranının (De Ritis Oranı) tersine dönmesidir. Normal şartlarda ALT seviyesi AST'den yüksek seyrederken, fibrozis ilerledikçe bu oran AST lehine değişmeye başlar. ⁷ Olguda da transaminazlar referans aralıkta kalmasına rağmen, AST değerinin ALT değerinden daha yüksek seyretmesi, sessizce ilerleyen bir sirozun erken bir işareti olarak kabul edilmelidir.

Non-Alkolik Yağlı Karaciğer Hastalığı Fibrozis Skoru (NFS)

NFS: Albumin ve boy/kilo (VKI) bilgisi ister. ASM'de her zaman albumin bakılmayabilir.

Vücut Kitle İndeksi, AST/ALT Oranı ve Diyabet Skoru (BARD Skoru)

BARD Skoru: VKI ve Diyabet varlığına çok odaklanır; ancak fibrozisi dışlamada FIB-4 kadar hassas değildir. AST/Trombosit Oranı İndeksi (APRI)

APRI: Sadece AST ve trombosit kullanır; ancak FIB-4 'yaş' faktörünü de eklediği için yaşlı hastalarda daha doğru sonuç verir.

Ayırıcı Tanı

Olguda siroz tanısı klinik dekompanse ve görüntüleme bulguları üzerinden konulmuştur. Endoskopik bulgular Sarin sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir. Hastanın aktif varis kanamasıyla başvurmuş olması ve ÖGDS'de GOV-1 ve GOV-2 gastrik varislerin varlığı sirozun sadece özofagusu değil, midenin fundus ve kardial bölgelemlerinde etkilediğini göstermektedir. Özellikle GOV-2 tip varisler portal hipertansiyonun şiddetini göstermektedir. Literatürde bu vakalarda yüksek mortaliteyle ilişkili bulunmuştur. ⁸ Ayrıca, Portal Doppler US'nin normal sonuçlanması portal hipertansiyonu dışlamak için yeterli değildir; çünkü cihazlar erken evre kollateral gelişimlerini her zaman saptayamamaktadır. Viral ve otoimmün nedenler Tablo-2'de görülebileceği gibi dışlanmıştır. Hastanın diyabetik olması, alkol öyküsünün olmaması, karın ultrasonunda karaciğerde sklerotik değişiklikler ve asit saptanması klinik olarak NAFLD tanısını yeterli kılmaktadır. Tip 2 Diyabet, karaciğer fibrozisinin progresyonunda ve dekompanse siroz gelişiminde en güçlü bağımsız risk faktörlerinden biridir. ⁹ Diyabetik bir hastada transaminazlar normal olsa dahi, eşlik eden **trombositopeni ve AST/ALT oranının 1'in üzerine çıkması**, birinci basamak hekimi için **'kırmızı bayrak' (red flag)** olarak kabul edilmelidir. Bu klinik tablo bizi 'sessiz siroz' konusunda uyandırmalıdır. Eğer bu parametreler bir arada değerlendirilip FIB-4 skoru ile desteklenirse, hasta dekompanse evreye girmeden ve masif varis kanaması gelişmeden çok daha önce tespit edilebilir, beta-bloker ve profilaktik endoskopi gibi koruyucu yaklaşımlar ile yaşam süresi uzatılabilir.

Birinci Basamak ve Tarama Testlerinin Önemi

Bu olguda saptanan melena ve anemi tablosu, birinci basamakta Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) bünyesinde rutin olarak uygulanan Gaitada Gizli Kan (GGK) testinin hayati önemini bir kez daha ortaya koymuştur. GGK pozitifliği, sadece kolorektal kanserler için değil, olgumuzda olduğu gibi sessiz ilerleyen sirozun bir komplikasyonu olan gastrointestinal sistem kanamalarının da erken habercisi olabilir. Olgu GGK testi pozitif çıktığı için Gastroenteroloji bölümüne aile hekimi tarafından gönderilmiş ancak endoskopi yaptırmak istememiştir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Bu olgu sunumunun en temel kısıtlılığı, hastanın acil servise dekompanse bir tabloyla (varis kanaması) başvurması ve koagülasyon parametrelerindeki bozukluk (INR: 1,36) nedeniyle altın standart olan karaciğer biyopsisinin yapılamamış olmasıdır. Ayrıca, hastanın birinci basamak kayıtlarında geçmişe dönük verilerin kısıtlı olması, fibrosis sürecinin tam olarak hangi evrede hızlandığının net belirlenmesini zorlaştırmıştır. Bununla birlikte, klinik bulguların (asit, varis kanaması, trombositopeni) ve radyolojik görüntülemenin siroz tanısıyla tam uyumlu olması, bu kısıtlılığı klinik düzeyde telafi etmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak; transaminaz düzeylerinin referans aralığında olması, karaciğer sirozu tanısını dışlamamaktadır. Bu olgu, özellikle birinci basamakta rutin tetkikler ile hesaplanabilen FIB-4 skorunun, sessiz seyreden dekompanse karaciğer hastalıklarını yakalamadaki hayati önemini ve hayat kurtarıcı potansiyelini vurgulamaktadır.

Etik Beyanlar

Etik Kurul Onayı / Onam: Bu olgu sunumu için hastanın yasal vârislerinden bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Finansal Destek: Bu çalışma için herhangi bir kurum veya kuruluştan finansal destek alınmamıştır.

Kaynakça

1. Younossi ZM, Koenig AB, Abdelatif D, Fazel Y, Henry L, Wymer M. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology*. 2016;64(1):73-84.
2. Chalasani N, et al. The diagnosis and management of nonalcoholic fatty liver disease: Practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology*. 2018;67(1):328-357.
3. Mofrad P, et al. Clinical and histologic spectrum of nonalcoholic fatty liver disease associated with normal ALT levels. *Hepatology*. 2003;37(6):1286-1292.
4. Uslusoy HS, et al. Non-alkolik yağlı karaciğer hastalığı: Klinik özellikler ve tanı. *Güncel Gastroenteroloji*. 2010;14(1):23-29.
5. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *Journal of Hepatology*. 2018;69(2):406-460.
6. Sterling RK, Lissen E, Clumeck N, et al. Development of a simple noninvasive index to predict significant fibrosis in patients with HIV/HCV coinfection. *Hepatology*. 2006;43(6):1317-1325.
7. Botros M, Sikaris KA. The de Ritis ratio: the test of time. *Clin Biochem Rev*. 2013;34(3):117-130.
8. Sarin SK, Lahoti D, Saxena SP, Murthy NS, Makwana UK. Prevalence, classification and natural history of gastric varices: a long-term follow-up study in 568 portal hypertension patients. *Hepatology*. 1992;16(6):1343-9.
9. Tilg H, Effenberger M. From NAFLD to MAFLD: when letters spell more than words. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(10):579-585.