

Karaciğer Hastalıklarında Öykü ve Fizik Muayene

Prof. Dr. Perihan Akın, Dr. Bircan Erden

GİRİŞ

Karaciğer hastalıklarının tanısında laboratuvar ve görüntüleme teknikleri önemli yer tutmakla birlikte anamnez ve fizik muayene tüm tıp branşlarında olduğu gibi temel yerini korumaktadır. İleri tetkikler anamnez ve fizik muayene dayandırıldığından bu iki basamaktaki yetersizlikler tanıyı doğrudan etkilemektedir. Ayrıca ve yetersiz anamnez ve fizik muayene nedeniyle istenen çoğu pahalı ve bir kısmı da invazif olan tetkikler hastanın maddi ve bedensel zarar görmesine neden olmaktadır. Oysa örneğin sarılıklı bir hastada iyi anamnez, fizik muayene ve standart laboratuvar tetkikleri ile %85 olguda tanı konabilmektedir. Yurdumuzda pek çok sağlık kuruluşunun ileri tetkik imkânları da sınırlıdır ve anamnez ve fizik muayene böyle durumlarda daha büyük önem kazanmaktadır.

Denebilir ki anamnez ve fizik muayeneye önem vermeyen hekim sadece sayılarla iş yapan bilinçsiz bir laboratuvar aleti, bu şekilde değerlendirilen hasta ise idrar ve kan gibi bir laboratuvar örneği düzeyine indirgenmiştir.

ANAMNEZ

Tıp geleneğinde anamnez hastanın ve hastalığının sorgulanmasındaki hataları ve unutkanlıktan kaynaklanan eksiklikleri minimuma indirmek için belli başlıklarla düzenlenmiştir:

- Şikayet
- Hikâye
- Özgeçmiş
- Soygeçmiş
- Medeni hal ve sosyal durum
- Alışkanlıklar, kullandığı ilaçlar
- Risk faktörleri (meslek, yolculuk)

HİKÂYE

Hastanın kendisini tamamen iyi hissettiği zamandan başlanarak alınmalıdır. Hastanın başvuru anındaki şikayetleri mevcut hastalıkla ilişkili pek çok faktörün etkileşiminin bir sonucu olarak beklenenlerden farklı olabilir. Özellikle hepatolojide mevcut semptomatoloji ayırıcı tanıda genellikle yardımcı değildir; hastalar çoğunlukla sebepten bağımsız olarak benzer başvuru semptomlarına sahiptirler.

Karaciğer hastalıklı kişilere yaşam tarzları, kullandıkları ilaçlar, meslekleri, seyahat ettikleri bölgeler gibi pek çok konuda hepatolojiye özel sorular sorulabilirse de bu sorular anamnez başlıkları içinde cevap bulmaktadırlar.

KARACİĞER HASTALIKLARINDA GÖRÜLEN BAŞLICA BELİRTİLER

Karaciğer hastalığı olan kişilerde güçsüzlük, yorgunluk, halsizlik gibi belirtiler görülebilir. Fazla tanısız önemleri yoktur, ama sık rastlanılan belirtilerdir. Hastanın bedensel zayıflığının önüne geçen yakınmaları vardır. Şikayetler sabah belirgin olup gün içinde iyileşme tarifleniyorsa akla depresyona bağlı yorgunluk gelmelidir. İştahsızlık sık görülen bir diğer semptomdur. Sarılıkla birlikte daha sıktır. Özellikle akut viral hepatitli hastalarda ve alkolik hepatitte görülür. Sıklığı hastalığın şiddetiyle artar. Tat ve koku duyusu bozuklukları da karaciğer hastalıklı kişide iştahsızlığa katkıda bulunabilir. Bulantı ve kusma yukarıdaki belirtilere eşlik edebilir. Sıklıkla kusma olmaksızın bulantı görülür. Bulantı olmaksızın projektıl kusma akla KİBAS'ı (kafa içi basınç artışı sendromu) getirir ve karaciğer hastalıklarında mesela fulminan hepatitlerde de KİBAS görülebileceği unutulmamalıdır.

Bulantı parenkimal karaciğer hastalıklı ya da safra yolları tıkanıklığı olan sarılıklı hastaların pek çoğunda görülür ve akut hepatitte bir başlangıç belirtisizdir.

Kusma özellikle bir üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamasına işaret eder tarzda kırmızı ya da kahve telvesi şeklinde kan içeriyorsa önemli bir belirtidir.

İştahsızlık, tat ve koku duyusu değişiklikleri, kusmalar, beslenme ve metabolizmadaki değişiklikler sebebiyle karaciğer hastalarında kilo kaybı sıktır.

Tersine hastalarda vücutta sıvı birikimine bağlı olarak kilo artışı da görülebilir. Ancak hastalar genellikle kilo artışından değil, karın ve bacaklarda görünüşlerini bozan ve hareketlerini kısıtlayan şişliklerden yakınrlar.

Genç bir hasta hızla gelişen ascites ile gelirse akla Budd-Chiari, yine genç bir hasta ilk gelişen belirti olarak ascites ile gelirse akla Budd-Chiari ya da Wilson hastalıkları gelmelidir.

Karaciğer hastalığı olan hastalar değişik şekillerde ağrıdan şikayet edebilirler. Hepatomegaliye yol açan hastalıklarda, hepatobilier hastalıklarda, bili-

er kolikte epigastrium ve sağ hipokondrium ağrıları ortaya çıkmaktadır. Dalağa ait ağrılar sol hipokondriumda hissedilirler. Her iki organla ilişkili, diafram yüzeyini de etkileyen patolojiler omuza yansıyan ağrı yaparlar.

Safra yolu patolojilerindeki ağrılar lümen içi basıncı ile doğrudan ilişkilidirler. Hasta önce orta ve üst karına lokalize dolgunluk hissi ve bulantıdan yakınır. Basınç artınca ağrı safra koliği halini alır. Safra koliği dediğimiz ağrı genellikle tipik bir kolik ağrısı gibi ortaya çıkmaz; lümen içi basınç düşmedikçe ağrı şiddetinde belirgin azalmalar gözlenmez. Kolanjit safra yollarının ağrı eşliğini düşürür.

Hastalarda karında ascites birikmesi sonucunda intraabdominal volümün artışı nedeniyle gerilmeye bağlı yaygın karın ağrısı görülebilir. Bunun yanında ascites sıvısının spontan bakteriyel peritonitte olduğu gibi infekte olması durumunda da ağrı gelişebilir.

Karaciğer hastalarındaki bir diğer ağrılı durum kas kramplarıdır. Kas kramplarından şikayet eden hastalarda yine kramplara sebep olan diabetes mellitus ve bacak venlerindeki varisler de araştırılmalıdır.

Sarılık, karaciğer hastalıklarında hem belirti, hem de bulgu olarak karşımıza çıkar. Sarılığın karaciğer hastalıkları dışında da pek çok nedeni vardır. Ancak sarılık ile beraber idrar renginde koyulaşma da varsa bu sefer sebep büyük ihtimalle karaciğer hastalığıdır.

Sarılıklı hastalarda sık görülen bir belirti kaşıntıdır, ama kaşıntı gelişiminde asıl mekanizma kolestaza bağlı safra tuzu birikimi olduğundan ve sarılık ya da safra yolu tıkanıklığı olmadan kolestaz var olabileceğinden ayırımı iyi yapılmalıdır. İntrahepatik kolestaz yapan sebepleri ve bunların muhtemel yerlerini aşağıdaki gibi sınıflandırabiliriz:

- *Karaciğer hücresi (hepatosellüler)*
 - Viral hepatit
 - Alkolik karaciğer hastalığı
 - Kronik aktif karaciğer hastalığı
 - Alfa-1-antitripsin eksikliği
- *Hepatokanaliküler*
 - İlaçlar (androjenler, fenotiazinler)
 - Sepsis
 - Postoperatif
 - Total parenteral nütrisyon
 - Hodgkin ve Non-Hodgkin lenfoma
 - Amiloidoz
 - Orak hücreli anemi
 - Toksik şok sendromu

- *Duktüler*
 - Sarkoidoz
 - Primer bilier siroz
- *Safra kanalları*
 - İntrahepatik bilier atrezi
 - Caroli Hastalığı
 - Kolanjiokarsinom
 - Primer sklerozan kolanjit
- *Rekürren kolestaz*
 - Selim rekürren intrahepatik kolestaz
 - Gebeliğin tekrarlayan sarılığı
 - Dubin-Johnson sendromu.

Sarılık safra yolları obstrüksiyonu ile birlikte ise idrar renginde koyulaşma ile birlikte gayta renginde açılma da gözlenebilmektedir.

Karaciğer hastasında safra salgısındaki değişiklikler nedeniyle gaytada renk değişikliğinin yanı sıra ishal de görülebilir. Kabızlık karaciğer hastalıklı kişilerde beklenen bir bulgu değildir. Parlak siyah, yapışkan, kötü kokulu dışkı GİS kanamasını düşündürmelidir.

Mental fonksiyonlar da karaciğer hastalarında çocuklukla etkilenmiştir. Uyku-uyanıklık düzenindeki bozukluklardan komaya kadar uzanan geniş bir aralık içinde pek çok nöropsikiyatrik bozukluk gözlenebilir. Bunlar hepatic ensefalopati başlığı altında incelenmektedirler.

Karaciğer sirozlu kadınlarda amenore, özellikle alkolik karaciğer sirozlu erkeklerde impotans sıktır.

ÖZGEÇMİŞ

Kan transfüzyonları (viral hepatit), cerrahi (halotan hepatiti, safra yollarında postop striktür), geçirilmiş sarılık, pankreatit (safra taşı) gibi karaciğer hastalıklarına işaret ediyor olabilecek tıbbi geçmiş sorgulanır.

SOYGEÇMİŞ

Ailede hepatit virüsü taşıyıcısı varlığı, kongenital karaciğer-safra yolları hastalığı varlığı sorgulanır.

MEDENİ HAL - SOSYAL DURUM

Hastaya yakın kişilerin korunmaları için evli olup olmadığı, yakın temasta bulunduğu kişiler öğrenilir. Sosyal durum belli hastalıklara eğilimi yansıtabileceği gibi tedavi seçeneklerini de etkiler.

ALİŞKANLIKLAR - KULLANDIĞI İLAÇLAR

Alkol alışkanlığı, intravenöz madde bağımlılığı ve hastanın kullandığı tüm ilaçlar sorgulanır. Halk arasında tehlikeleri bilinmemekle birlikte pek çok bitkisel ilaç hepatotoksiktir. Vitamin A kullanımı da sorgulanmalıdır.

MESLEK VE RISK FAKTÖRLERİ

Hepatotoksik maddelere maruziyet, viral hepatitler için yüksek riskli meslek gruplarında olma, viral hepatitin endemik olduğu bölgelere seyahat, cinsel temasla başlayan hastalıklar için riski arttıran seksüel alışkanlıklar, dövme, "body piercing" yaptırma sorgulanmalıdır.

FİZİK MUAYENE

Ödem

Karaciğer hastalıklarında hipoalbuminemi, anemi, artmış damar duvarı geçirgenliği, bozulmuş sıvı dağılımı gibi nedenlerle ödem sık görülür. Dörtlü bir derecelendirmesi vardır; godenin derinliğine 2, 4, 6, 8 mm ve kaybolma süresine göre 15, 30, 45, 60 sn; 1, 2, 3 ve 4 (+)'e karşılık gelir.

Sarılık

Deri ve mukozalarda bilirubine bağlı olarak renk değişikliği gözlenmesidir. İkter olsun olmasın skleralarda renk değişikliği görülürse buna subikter denir. İkter gelişebilmesi için bilirubin düzeyi 2-2.5 mg/dl'nin üzerinde olmalıdır.

Bir hasta yeni başlamış sarılıkla geldiğinde tanı %98 ihtimalle aşağıdaki hastalıklardan birisidir:

- Viral hepatit
- Alkolik karaciğer hastalığı
- Kronik aktif karaciğer hastalığı
- Koledokolitiasis, kolesistit
- Pankreas karsinomu
- Metastatik karaciğer hastalığı

Sarılığın daha nadir sebepleri de vardır:

- Primer bilier siroz
- Primer sklerozan kolanjit
- Gilbert sendromu
- Orak hücreli anemi
- Hodgkin hastalığı ve Non-Hodgkin lenfoma gibi.

Karaciğer hastalığında pigmentasyon bozuklukları de görülebilmektedir ve sarılık ile karıştırılmamalıdır. Primer bilier sirozda, hemokromatozda görülebilir. Vitiligo melanosit harabiyetinden kaynaklanan, pigmentasyon bozukluğu gözlenen bir cilt hastalığıdır. Otoimmün hepatit ve primer bilier sirozda görülür. Siyanoz da karaciğer hastalıklarında sıktır.

Dehidratasyon, Turgorda Azalma

Karaciğer hastalıklarında kusma, ishal, diüretik kullanımı gibi nedenlerle dehidratasyon sıktır. Sternum üst kısmındaki deriden değerlendirilir.

Ateş

Bizzat karaciğeri tutan hastalığa bağlı olarak görülebileceği gibi karaciğer hastalığı zemininde gelişmiş infeksiyöz komplikasyonlara bağlı olarak da görülebilir.

Bunlardan ayrı olarak hepatolojide ateşle ilgili iki antite daha vardır:

1. Kamtlanmış karaciğer hastalığında açıklanamayan ateş

Özellikle alkolik hepatitli 50 yaşın altındaki kadın hastalarda görülür. 2/3'ünde lökosit mm^3 'te 10000'in, 1/3'ünde 15000'in üstündedir. %50 hastada KC parankiminde nötrofil infiltrasyonu görülür.

2. Sebebi bilinmeyen ateş ve karaciğer hastalığı

Genellikle infeksiyon, malignite ya da bağ dokusu hastalığına bağlıdır ve belirgin bir sebep olmaksızın hepatomegali, anormal karaciğer fonksiyon testleri duruma eşlik eder.

Bazen kronik granulomatöz hepatit, safra kesesi ve karaciğer karsinomu, karaciğer absesinde olduğu gibi karaciğer ve safra yolları problemin asıl kaynağı olabilir.

Cilt Lezyonları

Ksantomlar ve ksantalesma: Karaciğer hastalığının periferik bulgularındandır. Lipid metabolizmasındaki bozukluklarla ilgilidirler.

Spider angioma: Kronik karaciğer hastalıklarında aslında tüm vücutta bulunan damarsal değişikliklerin ciltte gözlenen bir formudur. Ortalama basıldıığında solan radyal uzanımlı damar genişlemeleridir. Karaciğer hastalarında sık görülen kırmızı nevüslerle karıştırılmamalıdır.

Viral hepatitlerle beraber eritem ve ürtiker tarzında cilt lezyonları görülebilir. Gionnatti Crosti sendromu hepatit B virüsü ile ilişkili bir papüler akrodermatittir. Primer bilier sirozda liken planus sıktır.

Jinekomasti

Areolanın altında büyümüş meme bezi dokusunun palpe edilmesidir. Kronik karaciğer hastalıklarında sıktır. Spironolakton kullanımına bağlı olarak da gelişebilir.

Eller ve Tırnaklar

"Sindirim sistemi muayenesi ağızdan, karın muayenesi ellerden başlar" denir. Eller karaciğer hastalıklarında görülebilen pek çok bulguyu yansıtır.

Palmar eritem: Özellikle sirozlu hastalarda görülen, elin tenar ve hipotenar bölgelerinde artmış kızarıklığıdır.

Dupuytren kontraktürü: Palmar fasyanın kalınlaşması nedeniyle parmakların tam olarak açılmamasıdır.

Lunula kaybı: Karaciğer sirozunda, yanı sıra birçok sistem hastalığında görülür. Tırnak yatağındaki lunula adlı solukluğun tüm tırnaklarda kaybolmuş olması durumudur.

Muehrke çizgileri: Karaciğer sirozu ve nefrotik sendrom gibi hastalıklarda uzun süreli hipoalbuminemiye bağlı olarak tırnak yatağında görülen çizgilenmelerdir.

Çomaklaşma: Tırnak ile tırnak yatağı arasındaki açı 180 dereceden büyüktür ve tırnak konveksitesi artmıştır. Sirozda çomaklaşma görülebilir. Primer bilier sirozda daha belirgindir. Kronik süpüratif ve interstisyel akciğer hastalıkları, mezotelyoma, siyanotik kalp hastalıkları, infektif endokardit, malabsorbsiyon ve belirli kronik gastrointestinal sistem hastalıklarında da çomaklaşma görülür.

Karın Muayenesi

İnspeksiyon

Karın inspeksiyonu ile vücudun başka yerlerinde de görülebilecek cilt lezyonlarının yanı sıra geçirilmiş operasyonlara ait nedbeler, karın cildinde hızlı genişlemeye işaret eden strialar gibi bulgular da saptanabilir.

Massif asit varlığında karın distandüdüdür, göbek platosu düzleşmiştir.

Organomegali durumlarında karında asimetri görülebilir.

Karın inspeksiyonundaki önemli bulgulardan birisi karın venlerinin görülebilir hale gelmesidir. Portal hipertansiyon durumunda kan kaval sisteme umbilikal venler aracılığıyla drene olur. Karın ön duvarında göbekten perifer giden kollateraller görülür. Inferior vena kava obstruksiyonunda da kolateraller görülür ama bunlar daha çok karının alt tarafından ve bacaklardan çıkarlar ve karının yan taraflarında daha fazladır. Ayrıca portal hipertansiyona bağlı kollaterallerde akım yönü umblikustan perifere doğruyken diğerinde aşağıdan yukarıya doğrudur (vendeki kan akımının yönü, ven üzerine iki işaret parmağıyla bastırılıp dışarı doğru sıvazlanarak ven boşaltıldıktan sonra bir taraftaki parmak kaldırılıp her iki taraftaki venöz doluş süreleri karşılaştırılarak saptanabilir).

Karın içi basıncının arttığı durumlarda karın duvarında herniler görülebilir.

Oskültasyon

Diğer sistem muayenelerindekinden farklı olarak karın muayenesinde oskültasyon perküsyon ve palpasyondan önce yapılır. Çünkü barsak sesleri karın duvarına temas ile aktiflenebilir. Karında hepatoloji ile ilgili olarak arteryel ve venöz üfürümler, frotman duyulabilir.

Arteryel üfürümler kesikli seslerdir ve radyal nabız ile uyumludurlar. Pek çok damarsal patolojide, yanısıra karaciğerin hepatosellüler karsinom gibi vasküler tümörlerinde ya da geçici olarak karaciğer biyopsisinden sonra duyulabilirler.

Venöz üfürümler sürekli seslerdir ve venöz kollateraller üzerinde duyulabilirler.

Karaciğer absesi, karaciğer tümörü gibi hastalıklarda visseral periton tutulmuşsa nefesin tutulmasıyla kaybolan frotman sesi duyulur. Yine karaciğer biyopsisi sonrası geçici olarak frotman duyulabilir.

Palpasyon

Palpasyon için hekim hastanın sağ tarafında durur. Hasta yatar pozisyonunda, elleri göğsünde ya da yanlarda olmalı, hastanın başı sol tarafa çevrilip dizleri bükülmelidir. Önce yüzeysel, sonra derin palpasyon yapılır.

Yüzeysel palpasyonla kas tonusu, belirgin karın içi kitleler, hassasiyet bulunup bulunmadığı kontrol edilir. Hassasiyet derin ya da yüzeysel olabilir. Hassasiyetin bulunduğu bölgeye el ile bastırılırken hasta oturtulursa derin hassasiyet musküler tonusa bağlı olarak azalırken yüzeysel hassasiyet azalmaz. Hassasiyet hiperesteziden ayrılmalıdır; derin inflamatuvar olaylarda ilgili bölge cildine dokunulduğunda duyarlılıkla beraber hissedilen nahoş duygu hiperestezisi olarak tanımlanır. Yine derin inflamatuvar olaylarda lokal rijidite bulunur; ilgili karın bölgesi istem dışı kas tonusu nedeniyle sertleşmiştir.

Derin palpasyonda çoğunlukla istemli defans ile karşılaşılır. Bunu ortadan kaldırmak için hastanın dikkati başka yöne yönlendirilebilir, hastaya nefes alıp vermesi söylenebilir. Palpasyonu yapan elin baskısı yavaş yavaş arttırılmalıdır.

İç organların palpasyonu derin palpasyonla yapılır.

Karaciğer palpasyonu

Karaciğer ligamentlerle diafragmaya asılıdır. Lokalizasyonu karın içi pozitif basıncı ve göğüs içi negatif basıncı tarafından belirlenir. Karaciğer alt kenarı normalde ele gelmiyorken iki kompartman arasındaki denge bozulduğunda aşağı inen karaciğer palpabl hale gelir. Bu yüzden karaciğer palpe edildiğinde perküsyon ile üst sınırı belirlenmelidir. Karaciğerin büyüklüğü midklavikuler çizgi üzerinden değerlendirilir. Derin inspiyumda kaburga kenarını kaç santimetre geçtiği söylenir. Karaciğer tüm alt kenarı boyunca palpe edil-

melidir. Özellikle sirozlu hastalarda midklavikuler hatta ele bir şey gelmiyor-ken sternum altında karaciğer sol lobu palpe edilebilir. Bazı normal kişilerde karaciğer sağ lobu aşağı uzanır ve palpe edilir. Bu varyasyona Riedel lobu adı verilir.

Karaciğer palpasyonunda birkaç yöntem vardır:

1. Hekimin sağ eli rektus abdominis kasının sağ tarafında, orta parmağı midklavikuler çizgi hizasında ve parmak uçları hastanın başına ya da sol omuzuna bakacak şekilde konumlanmıştır. İnspiryumda karaciğerin ele çarpması beklenir.

2. Hekimin sağ eli kosta kavsine paraleldir. Sol el ise lomber bölgeden karaciğeri yukarı iter.

3. Hekim hastanın başı tarafında durur, ellerini kosta kavsi altından kanca gibi kıvrarak kosta kavsinin kenarına yerleştirir, inspiryumda büyümüş karaciğere ele gelir. Özellikle şişman kişilerde faydalı bir yöntemdir.

Palpasyon sırasında karaciğerin büyüklüğünün yanısıra kıvamı ve yüzeyi de değerlendirilir. Kanserde, sirozda ve infiltratif hastalıklarda karaciğerin sertliği artar. Sirozda yüzeyi küçük nodüllerle kaplıdır, ama bunların palpe edilmesi beklenmez. Metastatik veya primer kanserlerde yüzeyde irili ufaklı nodüller saptanabilir. Sağ kalp yetersizliği, konstriktif perikardit gibi kanın karaciğere göllendiği durumlarda karaciğer düzgün yüzeyli, künt kenarlı ve hassas olarak palpe edilir. Stazın devamı durumunda hassasiyet kaybolur, karaciğerin sertliği artar. Triküspid yetersizliğinde pulsatil karaciğer palpe edilebilir.

Safra kesesi palpasyonu

Normalde safra kesesi nonpalpablardır. Palpabl olduğunda göbekten sağ omuza çekilen çizginin kot kavsinin kestiği noktada ele gelir. Bu noktaya Murphy noktası da denir. Hekim eliyle Murphy noktasına bastırırken hastanın inspiryumu ağrı nedeniyle yarım kalıyorsa bu duruma da Murphy belirtisi denir. Akut ve subakut kolesistitte, perikolesistitte Murphy belirtisi pozitif olabilir. Sol el avuç içi parmaklar açık olacak şekilde kosta kavsi alt- iç tarafına konup sağ el yumruk yapılıp sol ele vurularak da safra kesesi hassasiyeti araştırılabilir.

Sistik kanal taşla tıkanmışsa safra kesesi şişer ve safra kesesi hidropsu olur. Safra kesesi ağrısız olarak palpe edilir. Sarılık yoktur. Koledok kanalı taşla tıkanmış ise bu sefer sarılık vardır ama kesenin palpe edilmesi beklenmez. Koledok kanalının son kısmını tutan pankreas kanserlerinde sarılıkla beraber palpabl safra kesesi saptanması Courvoisier-Terrier belirtisi olarak adlandırılır.

Dalak palpasyonu

Her splenomegali palpasyonla saptanamaz. Palpe edilebilmesi için 2-3 kat büyümüş olması beklenir. Hekim yine hastanın sağında durur ve sol fossa ili-

akadan yukarı çıkararak palpasyon yapar. Hasta sağ tarafına yatırılarak da dalak palpasyonu yapılabilir. Dalak genellikle palpasyonda ağrısızdır. Dalağın hızla büyüdüğü durumlarda kapsül gerilimine bağlı ağrı görülebilir. Perisplenitte ve dalak infarktüsünde palpasyon ağrılıdır.

Perküsyon

Elle vurarak yapılan muayenedir. Direkt ve indirekt olmak üzere iki perküsyon türü vardır.

Direkt perküsyon pek kullanılmaz. Karın muayenesinde direkt perküsyon ile hassasiyet değerlendirilebilir.

Karın indirekt perküsyon için uygun bir bölgedir. Organların sınırları, sıvı birikimleri ve karın içi kitleler perküsyonda timpan sesin kaybolması şeklinde bulgu verirler.

Karaciğerin palpabl olduğu durumlarda üst sınırı da perküsyon ile değerlendirilerek gerçek bir hepatomegali bulunup bulunmadığı anlaşılmalıdır. Normalde midklavikuler hatta 3-4. interkostal aralıkta submatite, 4-5. interkostal aralıkta matite alınırken orta koltuk çizgisi hizasında 7. interkostal aralıkta matite alınır. Mide ve barsak perforasyonlarında diafragma altı hava nedeniyle matite kaybolmuştur.

Dalak matitesi sol orta koltuk çizgisi üzerinde 9. ile 11. kostalar arasındadır. Matitenin ön koltuk çizgisini geçmesi henüz palpe edilemese de büyüme-yi gösterir ve bu durumda perkütabl dalaktan söz edilir. Ön koltuk çizgisini geçmiş olan dalak Traube alanına girmiş demektir ve durum "Traube kapalı" şeklinde tanımlanır. Traube alanının sınırları çok belirgin olmayıp sol kosta kavsi altında mide hava cebi ile uyumlu, timpanizm veren bir bölgedir. Kabaca üst sınırı ksifoidden sola giden ve sol meme başının altından geçen bir eğri çizer, dışyanda sol ön koltuk çizgisine uzanır. Alt sınırını ise kost kavsi teşkil eder.

Perküsyon ile ascites muayenesi yapılabilir; ksifoidden başlanıp aşağı ve yanlara doğru ışınal perküsyon yapılır. Ascites varlığı durumunda açıklığı yukarı bakan matite alınır. Az miktardaki sıvının varlığını anlayabilmek için hasta diz-dirsek pozisyonuna getirilip göbekten perküsyon yapılabilir.

Konu boyunca geçen belirti ve bulgulardan ulaşılabilecek birkaç çarpıcı sonuç aşağıda verilmiştir:

Splenomegali, asit ve karın ön duvarında artmış kollateraller triadı portal hipertansiyona işaret eder.

İki fizik bulgu (assit ve ensefalopati gibi) ve iki laboratuvar bulgunun (<2.8 g/dl hipoalbuminemi ve 3 sn'den fazla uzamış PT gibi) varlığı karaciğer sirozunu gösterir.

Parotis büyümesi, Dupuytren kontraktürü ve jinekromastisi olan bir hastanın yüksek olasılıkla alkol kullandığı söylenebilir.

Fizik muayene usullerinin ve bulguların hekim tarafından iyi bilinip tanınması sadece doğru tanının konması için değil, hastayı görmeyen hekimlerin hasta hakkında yeterli fikre sahip olabilmeleri için de gereklidir.

İnsanoğlu ortak dil kullanabildiği alanlarda büyük ilerlemeler kaydetmiştir. Para için değeri her yerde ortak olan saf altının keşfedilmesinin ekonomide büyük bir atılım sağlamasında olduğu gibi ortak terminoloji ve ölçütlerin oturtulabildiği tıp dallarında da büyük ilerlemeler kaydedilmiştir.

Son olarak, doğrudan konumuza girmese de hepatoloji bilimine ortak kriterler sağlayan iki sınıflamadan söz etmek uygun olacaktır:

Child ve arkadaşları 1964 yılında karaciğer hastalıklı kişilerde cerrahi girişim riskini değerlendirmek için beş adet değişkenin bulunduğu üç basamaklı bir derecelendirme önermişlerdir:

	Evre A	Evre B	Evre C
Bilirubin (mg/100 ml)	<2.4	<2.3-2.9	>2.9
Albumin (g/l)	>35	30-35	<30
Assit	Yok	Kolay kontrol	Yetersiz kontrol
Ensefalopati	Yok	Minimal	Koma
Beslenme	İyi	Orta	Kötü

Bu sınıflamanın en önemli eksikliği bir hastada birden fazla evreye ait kriterin bulunabiliyor oluşudur.

1973 yılında Pugh ve arkadaşları varis kanaması nedeniyle özofagus transseksiyonu yapılan hastalar için operatif riski belirlemeye yönelik, Child evrelemesindeki karmaşayı da gideren bir sınıflama önermişlerdir:

	1 Puan	2 Puan	3 Puan
Ensefalopati ^a	Yok	1 ve 2	3 ve 4
Assit	Yok	Hafif	Belirgin
Bilirubin (mg/100 ml)	1-2	2-3	>3
Albumin (g/l)	>35	28-35	<28
PT (sn olarak uzama)	1-4	4-6	>6
Primer Bilier Siroz İçin:			
Bilirubin (mg/100 ml)	1-4	4-10	>10

^aTrey ve arkadaşlarının derecelendirmesine göre. (NEJM, 1966; 274:473).

Puanlar toplanıp 5 ile 15 arasında bir skor elde edilir. Hasta skora sonucunda 5 veya 6 puan almışsa evre A; 7, 8 veya 9 puan almışsa evre B; 10 ile 15 arasında skor almışsa evre C olarak kabul edilir.

KAYNAKLAR

1. McIntyre N. Oxford Textbook of Clinical Hepatology. New York: Oxford University Press, 1999
2. Greenberger N J. Schiff's Disease of the Liver. Philadelphia: Lipincott-Raven, 1999
3. Abaoğlu C. Teşhiste Temel Bilgi. İstanbul: Filiz Kitabevi, 1988