

Bölüm 49

GEBELİK VE AKUT KARIN

Akif YARKAÇ¹

GİRİŞ

Gebe bir hastada akut batın tanısı koymak günümüzde hala zor bir durumdur. Gebe hastalarda şikayetlerin nedeninin gebelik durumundaki anatomik ve fizyolojik değişikliklere bağlanması, hasta gebe olduğu için radyasyonun gebe ve fetüse zarar verebileceği endişesiyle radyolojik tetkik istemede kararsız ve çekingen davranılması gibi nedenlerle akut batın tanısı zorlaşmakta ve gecikmektedir. Tanının gecikmesi maternal ve fetal morbidite/mortalitede artışı beraberinde getirmektedir. Gebelikte akut batın görülme sıklığı 1/500-635 olarak bildirilmiştir. Gebe bir hastada en sık neden olan durumlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Gebe hastada akut batın teşhisinin erken koyulup hastanın erken tedavi edilmesi ile maternal ve fetal riskler minimize edilebilir(1). Bu bölümde gebe hastada akut batının sık görülen nedenleri irdelenecektir.

AKUT APANDİSİT

Akut Apendisit Tanım-Epidemiyoloji

Apendisit, apendiksin iltihabı, apendiks lümeninin bakteriyel enterokolit, fekalit, meyve

çekirdeği gibi yabancı cisimler, tümörler, sistemik enfeksiyonlara sekonder lenfoid folliküllerin hiperplazisi gibi nedenlerle tıkanması sonucu meydana gelir. Bu nedenlere bağlı olarak artmış mukus sekresyonu sonucu oluşan obstrüksiyon, intralüminal basınç artışı ve sonunda bakteri çoğalması ile inflamasyon oluşumunu tetikler. Apendiks dokusunun lenfatik ve venöz dolaşımı bozulur ve sonuçta ödemli hale gelir. Apendiks dokusunda bakteriyel invazyon sonucu apendiküler arterin de dolaşımı bozulur. Bu arter uç bir arter olduğundan kollateral dolaşım şansı yoktur. Müdahale edilmezse iskemik nekroz, gangren, apendiks duvarının bütünlüğünün bozulması sonucu bakteriyel kontaminasyon ve peritonit gibi durumlar ortaya çıkabilir (2).

Batında sağ alt kadranda ağrı olduğunda apandisit dışında over torsiyonu, pelvik inflamatuvar hastalık, ovaryen kist rüptürü, ektopik gebelik gibi birçok neden de akla gelmelidir. Normal bir insanda yaşam boyunca apandisit gelişme riski %7'dir. ABD'de yılda yaklaşık 300.000 apendektomi uygulanmaktadır. Akut apandisitte perforasyon görülme sıklığı ortalama %29 civarındadır.

Tablo 1: Gebelikte Akut Batının Sık Görülen Nedenleri (1)

Obstetrik nedenler	Non obstetrik nedenler	Jinekolojik nedenler
Plasental ablasyon	Akut apandisit	Over kist rüptürü
Ektopik gebelik	İntestinal obstrüksiyonlar	Over torsiyonu
Ciddi preeklampsi	Akut kolesistit/pankreatit	Myom dejenerasyonu
HELLP sendromu	Hepatik rüptür/ Travma	Pelvik inflamatuvar hastalık

¹ Acil Tıp Uzmanı, Şanlıurfa Birecik Devlet Hastanesi, akifyarkac@hotmail.com

likte fetal iyilik haline zarar vermez. Salpingo-oo-ferektomi esnasında korpus luteum kisti de çıkarılırsa progesteron endike hale gelir. Laparoskopu bu hastalarda hem tanı hem tedavide faydalıdır (27).

SONUÇ

Gebe bir hastada gebeliğin normal fizyolojisine bağlı gelişen değişiklikler nedeniyle akut batın tanısı koymak ve tedaviye başlamak zor bir süreçtir. Tanı amaçlı yapılacak işlemler fetal irritasyon yapabileceğinden dolayı, endikasyonları dikkatle gözden geçirilmelidir. Tedaviye erken ve uygun şekilde başlanması anne ve fetüsün sağlığı açısından oldukça önemlidir. Teşhis ve dolayısıyla tedavide gecikme ile maternal morbidite, mortalite, fetal kayıp ve erken doğum riskleri artmaktadır. Akut batın düşünülen gebe bir hasta multidisipliner bir yaklaşım ile tedavi edilmeli, acil hekimi, kadın doğum uzmanı ve genel cerrah birlikte hareket etmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akut batın, gebelik, akut apandisit

KAYNAKÇA

- Augustin, G. Majerovic, M. (2007). Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 131(1):4-12.
- Jones, HW, Rock, JA. (2015). *Te Linde's operative gynecology*: Lippincott Williams & Wilkins; 10 th edition; 42: 1084-1095
- Walls, R. Hockberger, R. (2017). *Gausche-Hill M. Rosen's emergency medicine-concepts and clinical practice e-book*: Elsevier Health Sciences; 9 th ed. 83: 1121-8
- Abbasi, N. Patenaude, V. Abenhaim, H. (2014). Management and outcomes of acute appendicitis in pregnancy population based study of over 7000 cases. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*.121(12):1509-14.
- Basaran, A. Basaran, M. (2009). Diagnosis of acute appendicitis during pregnancy: a systematic review. *Obstetrical & gynecological survey*. 64(7):481-8.
- Jaffe BM, Berger DH. (2008).The Appendix. In: Schwartz's. *Principles of surgery* 8nd ed; 29: 1162
- Eryılmaz, R. Şahin, M. Baş, G. Alimoğlu, O. (2002). Acute appendicitis during pregnancy. *Digestive Surgery* 19: 40-4.
- Meckler, G. Quereshi, N. Al-Mogbil, M. Kentab, O. (2016). *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. New York: McGraw-Hill. 8 th ed.81: 532-535.
- Lim, HK. Bae, SH. Seo, GS. (1992). Diagnosis of acute appendicitis in pregnant women: value of sonography. *AJR American journal of roentgenology*. 159(3):539-42.
- Castro, MA. Shipp, TD. Castro, EE. Ouzounian, J. Rao, P. (2001). The use of helical computed tomography in pregnancy for the diagnosis of acute appendicitis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 184(5):954-7.
- Yagci, MA. Sezer, A. Hatipoglu, AR. Coskun, I. Hoscoskun, Z. (2010). Gebelikte akut apandisit/Acute appendicitis in pregnancy. *Dicle Tip Dergisi*. 37(2):134.
- Hiatt, JR. Hiatt, JCG. Williams, RA. Klein, SR. (1986). Biliary disease in pregnancy: strategy for surgical management. *The American journal of surgery*. 151(2):263-5.
- Muench, J. Albrink, M. Serafini, F. Rosemurgy, A. (2001) Delay in treatment of biliary disease during pregnancy increases morbidity and can be avoided with safe laparoscopic cholecystectomy/Discussion. *The American surgeon*. 67(6):539.
- Düzgün, AP. Özmen, MM. Coşkun F. (2003). Gebelikte İntestinal Obstruksiyon: Derleme; *T Klin Jinecol Obst*. 13: 476-482
- Hayanga, AJ. Bass-Wilkins, K. Bulkley, GB. (2005).Current management of small-bowel obstruction. *Advances in surgery*. 39:1-33.
- Zachariah, SK. (2014). Wilkie's syndrome: a rare cause of intestinal obstruction. *BMJ case reports*. 2014:bcr 2013 203-235
- Çiçek, M. Akyürek, C. Çelik, Ç. Haberal, A. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi Kitabı*. Güneş Kitabevi, Ankara .s197.
- Stimac, D. Stimac, T. (2011).Acute pancreatitis during pregnancy. *European journal of gastroenterology & hepatology*. 23(10):839-44.
- Eddy, JJ. Gideonsen, MD. Song, JY. Grobman, WA. O'Halloran, P. (2008). Pancreatitis in pregnancy: a 10 year retrospective of 15 Midwest hospitals. *Obstetrics and gynecology*. 112(5):1075.
- Esmer, A. Ozsurmeli, M. Kalelioglu, I. (2012). Maternal and perinatal outcomes of acute pancreatitis during pregnancy. *Gazi Medical Journal*. 23(4):133-7.
- Banks, PA. Freeman, ML. (2006). Practice guidelines in acute pancreatitis. *The American journal of gastroenterology*. 101(10):2379-2400.
- Mohamed M, Al-Ramahi G, McCann M. (2015). Postcoital hemoperitoneum caused by ruptured corpus luteal cyst: a hidden etiology. *J Surg Case Rep*. 2015 Oct 1. 2015 (10).
- Chales NW (2018). Ovarian Cyst Rupture. *Medscape Emergency Medicine*. updated Dec 20,2018
- Yao M, Tulandi T. (1997) Current status of surgical and nonsurgical management of ectopic pregnancy. *Fertil Steril*. 1997 Mar. 67(3):421-33
- Condous G, Kirk E, Lu C, et al.(2005) Diagnostic accuracy of varying discriminatory zones for the prediction of ectopic pregnancy in women with a pregnancy of unknown location. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005 Dec. 26(7):770-5.
- Vicken PS.(2017). Ectopic Pregnancy Treatment and Management, *Medscape Emergency Medicine*. updated Sep. 28, 2017
- Ashwal E, Hiersch L, Krissi H,et al. (2015) Characteristics and Management of Ovarian Torsion in Premenarchal Compared With Postmenarchal Patients. *Obstet Gynecol*. 2015 Sep. 126 (3):514-20