

## Bölüm 4

# AKUT KARIN AĞRISINA KLİNİK YAKLAŞIM

Erkan GÜLER<sup>3</sup>

### GİRİŞ

Akut karın ağrısı; daha önce tanı almamış, aniden ortaya çıkan, 7 günden daha az devam eden, genellikle 48 saatten daha az, intraabdominal bir hastalığın belirtisi olan ve genellikle cerrahi olarak tedavisi gereken belirti ve bulgular topluluğunu ifade eder. Karın ağrısı yapan fakat cerrahi tedavi gerektirmeyen bazı hastalıklar da olabileceği için akut karın ağrılı hasta sistematik bir şekilde değerlendirilip cerrahi gerekip gerekmediği zaman kaybedilmeden belirlenmelidir.

Karın ağrısı acil servise başvuran hastaların %5 ile %10'unu oluşturur (1-2). Gelişmiş tanı yöntemlerine rağmen, non-spesifik karın ağrısı, acil servisten taburcu edilen hastaların yaklaşık %25'i ve toplam hastaneye başvuranlar için %35 ile 41'i için tanı olarak kalmaktadır. Tanımlanmamış karın ağrısı ile taburcu olan hastaların yaklaşık yüzde 80'i iki haftası içinde ağrısız hale gelir veya iyileşir (3).

Karın ağrısı olan yaşlı hastalarda, genç hastalara göre mortalitede 6 ile 8 kat artış vardır (4). Yaşlı erişkinler (yani 65 yaş üstü hastalar) acil servis başvurularının %20'sini oluşturur; bunun %3-4 arası karın ağrısı içindir (4). Bu hastaların yaklaşık üçte ikisi hastanede yatmayı gerektirirken üçte biri cerrahi girişim gerektirir. Bazı çalışmalar, karın ağrısı olan yaşlı erişkinlerde ölüm oranlarının acil serviste tanı konmadığında arttığını göstermektedir (5).

### VİSSERAL AĞRI

Visseral periton kaynaklı ağrıdır. Otonom sinir sistemi yoluyla iletilip talamusta algılanır. Batın içi organlardan çıkan otonomik sinirlerin medulla spinalise her iki taraftan girmeleri nedeniyle bir tarafa lokalize edilemez, orta hatta hissedilirler. Visseral ağrı tam olarak iyi lokalize edilemeyen, devamlı karakterdedir. Hastanın ağrısı, karının

<sup>3</sup> Cerrahi onkoloji Araştırma görevlisi, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Kliniği, drerkangler@gmail.com

## **Anjiyografi**

Anjiyografi, mezenterik iskeminin tanı ve tedavisinde yardımcı olabilir. Papaverin'in superior mezenterik artere enjeksiyonu vasküler oklüzyonu hafifletmeye yardımcı olabilir. Bununla birlikte, hasta şokta veya vazopressör gerektiriyorsa, laparotomi sırasında tanı konulmalıdır. Anjiyografinin, rüptüre aort anevrizmasının acil değerlendirilmesinde rolü yoktur.

## **Tanısal Laparoskopi**

Akut karın ağrısı olan hastaların bir kısmında istenen laboratuvar ve görüntüleme teknikleri tanıya yardımcı olamayabilir. Bazı durumlarda hastaya acil tanısal laparoskopi yapmak gerekebilir. Vital bulguları stabil olmayan, akut karın muayane bulguları olan ve laboratuvar ya da görüntüleme yöntemlerinin yardımcı olmadığı durumlarda acil laparoskopi yapılabilir. Bazı durumlarda ise hastanın vital bulguları stabildir fakat akut karın ağrısı yardımcı görüntüleme yöntemleri ile neden ortaya konamaya-bilir. Bu tür durumlarda hasta yatırılıp izlenir, seri muayane takibi ve ağrı anamnezi ile birlikte ağrısı ve muayane bulgusu gerilemeyen hastalarda 24 saat izlem sonrası genel durumu bozulmadan tanısal laparoskopi önerilebilir.

## **SONUÇ**

Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda en önemli değerlendirme anamnez ve fizik muayaneyi içerir. Vital bulguları stabil olmayan ve akut karın bulgusu olan hastalarda vakit kaybedilmeden cerrahi konsültasyon yapılmalıdır. Klinisyen yardımcı testlere güvenmemeli bunları sadece yol gösterici olarak kullanılmalıdır. Hiçbir yardımcı test ya da görüntüleme yöntemi hastanın anamnezi ve fizik muayenesinden daha değerli değildir. Vital bulguları stabil olmayan, akut karın muayane bulguları olan ve yardımcı testlerle desteklenmiş hastalar vakit kaybedilmeden cerrahi işleme alınmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Akut karın ağrısı, visseral ağrı, somatik ağrı, yansıyan ağrı, ağrı desenleri,

## **KAYNAKLAR**

1. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, et al. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *Am J Surg* 1976; 131:219.
2. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am* 2003; 21:61.
3. Lukens TW, Emerman C, Efron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med* 1993; 22:690.
4. Hustey FM, Meldon SW, Banet GA, et al. The use of abdominal computed tomography in older ED patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005; 23:259.
5. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly: experience from two series in Stockholm. *Am*

- J Surg 1982; 143:751.
6. Nagurney JT, Brown DF, Chang Y, et al. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. J Emerg Med 2003; 25:363.
  7. Kellow ZS, MacInnes M, Kurzencwyg D, et al. The role of abdominal radiography in the evaluation of the nontrauma emergency patient. Radiology 2008; 248:887.
  8. Billittier AJ, Abrams BJ, Brunetto A. Radiographic imaging modalities for the patient in the emergency department with abdominal complaints. Emerg Med Clin North Am 1996; 14:789.
  9. Maglinte DD, Reyes BL, Harmon BH, et al. Reliability and role of plain film radiography and CT in the diagnosis of small-bowel obstruction. AJR Am J Roentgenol 1996; 167:1451.
  10. Ritz JP, Runkel N, Berger G, Buhr HJ. [Prognostic factors in mesenteric infarct]. Zentralbl Chir 1997; 122:332.