

# Akut Karın

Doç. Dr. Öner MENTEŞ

## Ana Konular

- ▶ Anatomi ve Fizyoloji
- ▶ Semptomlar
- ▶ Diğer Önemli Faktörler
- ▶ Fizik Muayene
- ▶ Diğer Muayene Yöntemleri
- ▶ Laboratuvar Tetkikleri
- ▶ Tanısal Görüntüleme
- ▶ Tanısal (Diagnostik) Abdominal Parasetez
- ▶ Endoskopik İşlemler
- ▶ Laparoskopi
- ▶ Özel Durumlar
- ▶ Ameliyat Kararının Verilmesi

Akut karın tablosu günlük hayatta en sık karşılaşılan durumlardan birisi olduğu için tüm hekimler tarafından iyi bilinmelidir. Karın ağrısı şikâyeti acil servise yapılan müracaatların %5-25'ini oluşturmaktadır. Tanılar yaş gruplarına göre farklılık gösterebilmektedir. En kardinal semptomu **ağrı** oluşturmaktadır. Akut karın bir tanı veya hastalık olmayıp, çeşitli hastalıkların bir araya gelmesi sonrasında oluşan klinik tablodur. Akut karın sorunu bulunan bir hasta ile karşılaşan hekimin amacı en kısa zamanda doğru tanı koymak ve tedavi planını uygulamak olmalıdır. Belirtiler genelde ani olarak başlar, karın bölgesindedir ve bazı durumlarda acil cerrahi girişim gerektirmektedir. Akut karın tablosu ile kliniğe gelen hastaya yaklaşım düzenli ve eksiksiz yapılmalıdır. Anamnez, fizik muayene olası nedenler hakkında hekime bilgi verecek ve doğru tanıya ulaşabilmek için yardımcı tanı yöntemlerinin seçilmesine yol gösterici olacaktır. Hekimin tanıya ulaşmak için kaybedeceği zaman hastanın hayatını tehdit edici olabilmektedir.

## ANATOMİ VE FİZYOLOJİ

Batın içi organların embriyolojik gelişimi karın içi anatomiden ziyade hastalıkların patogenez ve klinik bulguların da etkili olmaktadır. Önde olan

semptom karın ağrısıdır. Peritonun anatomik yapısı ve bu yapı içerisindeki duyu innervasyonu akut abdominal hastalıkların tanıya yönelik değerlendirilmesinde önemlidir. Primitif bağırsak fetal hayatta ilk üç haftadan sonra bölüm olarak ön, orta ve arka olmak üzere üçe ayrılır. **Ön bağırsak** farenks, özofagus, mide ve proksimal duodenumu; **orta bağırsak** duodenumun büyük bir kısmını, jejunum, ileum, çekum, appendiks, çıkan kolon ve transvers kolonun ilk 2/3'lük kısmını; **arka bağırsak** ise transvers kolonun diğer 1/3'lük kısmı, distal kolon, rektum, anal kanalı oluşturur (**Şekil 1**). Süperior mezenterik arter (ileokolik, sağ ve orta kolik arterlerin birleşmesi ile oluşur) duodenumun dördüncü kesiminden transvers kolonun ortasına kadar geri kalan kısım ise İnferior mezenterik arter (sol kolik ve sigmoidal arter) tarafından beslenir. Rektumun 2/3 proksimal kısmı inferior mezenterik arterin dalı olan süperior ve orta rektal arter, 1/3 distal kısmı ise internal ili-yak arterin dalı olan inferior rektal arter tarafından beslenir (**Şekil 2**). Venler ise arterleri takip eder ve aynı isimli venöz yapılarla dökülür. Rektumda damarsal yapılar nedeniyle porto-kaval anastomoz vardır. Vasküler yapılarla eşlik eden afferent lifler damarların beslediği bağırsak ve visseral peritonun duyu innervasyonu sağlar.

karın ağrısı devam ediyorsa fizik muayene bulguları minimal olsa bile ameliyat endikasyonu koymaktan kaçınılmamalıdır. Tipik akut karın bulguları olan bazı seçilmiş hastalar ise ender olsa da ameliyatsız tedavi edilebilirler. Safra kesesi ampiyemi olup yandaş ciddi sistemik hastalıkları bulunanlar safra kesesinin perkutan drenajı ve dikkatli destek tedavisi uygulanarak tedavi olabilirler. Apandisit olan bazı hastalar bazen hekime çok geç müracaat ederler. Bu arada appendiks perfore olmuş ve sınırlı bir periapendiküler apse gelişmiş olabilir. Bu hastalarda sağ alt kadranda ağrısı hassasiyet defans ve rebound vardır. Ancak böyle bir hasta hemen apendektomi yerine önce periapendiküler apsenin elverişli ise perkutan yoldan drenajı ve daha sonra uygun tedavi düşünülmelidir. Apendektomi ise daha sonraya bırakılmalıdır. Kolon divertikülleri olan bir hastanın divertiküler apse gelişmiş ise perkutan drenaj veya destekleyici tedavi yeterli olabilmektedir. Divertikül olan bağırsak segmentinin daha sonra elektif olarak rezeksiyonu planlanmalıdır. Akut pankreatitli hastaları çoğu konservatif olarak tedavi edilir. Ancak pankreatik apse gelişimi gibi komplikasyonlar da ameliyat endikasyonu vardır.

Akut karın tablosu bulunan bir hastada hastalığın ayırıcı tanısından ziyade hastanın acil cerrahi

tedaviye gereksiniminin olup olmadığı, eğer cerrahi gerekiyorsa ne zaman yapılacağı belirlenmelidir. Akut karın ağrısı ile hekime gelen hastada anamnez ve fizik muayene ile tanı konulamıyor ise yardımcı yöntemlerden hastanın klinik durumu elverdiği ölçüde mutlaka faydalanılmalıdır. Kesin karar vermeden hastaya kesinlikle ağrı kesici yapılmamalıdır. Eğer tanı koymakta ya da karar vermekte güçlük çekiliyor ise hasta gözleme alınmalı, intravenöz sıvı verilmeli ve hastanın oral beslenmesi kesilmelidir. Daha ileri tetkik ve konsültasyonlar yapılmalıdır. Gözleme alınması düşünülen bir hasta var ise şartlar cerrahi tedavi yapmasına el vermiyor ise mutlaka hastanın uygun şartların bulunduğu bir merkeze nakli sağlanmalıdır. Unutulmamalıdır ki akut karın tanısı aslında bir hekimlik sanatıdır. Teorik bilginin pratik olarak muayene ile birleştirilmesi sonrası doğru tanıya ulaşmak için çaba gösterilmesidir. Bir yerde bulmacadaki parçaların birleştirilmesidir. Akut karın ön tanısı olan hastada hekimin doğru tanıya ulaşmasında geciktiği her süre hastada önlenemeyecek komplikasyonların oluşmasına ve yaşamını yitirmesine kadar gidebileceği unutulmamalıdır. Akut karın uzmanlık alanı ne olursa olsun her hekimin meslek hayatında en sık karşılaştığı klinik tablolardan bir tanesidir.

## Kaynaklar

Tokuy R. (2010). Akut Karın. Ulusoy AK, Topgül K. Sabiston Textbook of Surgery. Modern Cerrahi Pratiğin Biyolojik Temeli (1219-1241). İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi.

Bozkurt Ş, Taneri F. (2000) Akut karın sendromu. Engin A. Genel Cerrahi Tanı ve tedavi ilkeleri (256-264). Ankara: Atlas Kitapçılık

Pusane A, Apaydın B (1993). Akut Batın. Pusane A, Apaydın

B. Sindirim Sisteminin Acil Cerrahi Hastalıkları. (İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Menteş A. (2004). Akut karın ağrısı. Sayek İ. Temel Cerrahi. (1457-1462). Ankara: Güneş Kitapevi.