

18. BÖLÜM

GASTROİNTESTİNAL ACİLLERDE LABORATUVAR İNCELEMELERİ

Ozan DEMİR¹

GİRİŞ

Akut karın ağrısı, erişkin acil servis başvurularının önde gelen nedenlerindendir. 2006 yılında Birleşik Devletlerde 8 milyon kişi acil servise karın ağrısı nedeni ile başvurmuştur. Bu rakam toplam acil servis başvurularının %6,7 sini oluşturmaktadır. Diğer gastrointestinal aciller de eklendiğinde acil servis başvurularının %10'unu gastrointestinal acillerin oluşturduğu bilinmektedir [1].

Karın ağrısı nedeni ile başvuran hastalarda laboratuvar bulguları, tanı koymaya yardımcı olur, mevcut tablonun ciddiyetini gösterir veya mevcut duruma eşlik eden diğer tıbbi sorunlara doğrudan dikkat çeker. Bunun yanında klinik tablo ile karıştırılabilecek tesadüfi bulgular da ortaya çıkabilir. Bu nedenle, testler, belirli bir klinik soru akılda tutularak ve mümkün olduğunca hasta ile ilgili düşünülen ön tanıları ayırt etmek amaçlı istenmelidir.

Gastrointestinal aciller için bir laboratuvar testinin değerini belirlemek zordur. Literatürde karın ağrısı olan hastalarda çok az klinik tanı için laboratuvar testi önerilmektedir. Ancak klinik uygulama bu noktada literatürden önemli ölçüde farklıdır. Bazı çalışmalar, şüpheli durumların (örneğin akut apandisit şüphesi) değerlendirilmesinde laboratuvar testlerinin tanısal önemine bakmıştır. Bu çalışmalar göstermiştir ki; sadece laboratuvar testleri ile nadiren tanı koyulabilirken, laboratuvar testlerinin sonuçları sıklıkla acil servisteki tedaviyi etkilemektedir [2-5]. Çoğu laboratuvar testleri, örneğin tam kan sayımı (CBC) gibi genel fizyolojiyi test eder. Birkaç test lipaz ve idrar tahlili kadar spesifiktir. Ayrıca, aspartat transaminaz (AST) ve alanin aminotransferaz (ALT) gibi nispeten spesifik testler bile birçok farklı durumlarda anormal olabilir.

¹ Uzm. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği, ozandemir77@hotmail.com

jen bozulmaya bağlı oluşabilir. D-dimeri normal sınırlarda olan hastalarda intestinal iskemiden uzaklaşılmalıdır. D-dimer'in 0,9 mg/L'den yüksek olmasının akut mezenter iskemide tanısında özgüllüğü ve duyarlılığı sırasıyla yaklaşık %80 ve %60'lardadır. Akut mezenter iskemide hastaların yarısında amilaz yüksekliği izlenir. İntestinal yağ asidi bağlayıcı protein, serum alfa-glutasyon S-transferaz gibi biyobelirteçlerin kullanımı akut mezenter iskemide önerilse de, bu biyobelirteçlerle ilgili daha fazla çalışmanın yapılmasına ihtiyaç vardır [26].

Acil serviste gastrointestinal patoloji ön tanısı ile değerlendirilen, çocuk doğurma çağındaki her kadına niteliksel bir gebelik tarama testi (idrar veya serum) yapılmalıdır. İnsan koryonik gonadotropin (hCG) kalitatif olarak pozitif ise, ultrasonografi hedeflenen bir sonraki tanı testi olmalıdır. Radyoloji ünitesinde yapılacak ultrasonografi ile gebeliğin varlığına ve yerine (uterus veya ektopik gebelik) sorusuna cevap bulunacaktır. Gastrointestinal acil durum ile izlenen hastanın vital bulgularının stabil olmaması veya ağrı, kusma, kanama gibi nedenler ile hastanın transportunun zor olduğu durumlarda; acil servislerde son yıllarda kullanımı artan ve güvenilirliği kabul edilen yatakbaşı ultrasonografi kullanılması hasta yönetimine faydalı olacaktır [27].

KAYNAKLAR

1. Pitts SR, Niska RW, Xu J, et al. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 emergency department summary. Natl Health Stat Report 2008;7: 1–38.
2. Shapiro NI, Howell MD, Talmor D, et al. Serum lactate as a predictor of mortality in emergency department patients with infection. Ann Emerg Med 2005; 45:524–8.
3. Sutton P, Humes D, Purcell G, et al. The role of routine assays of serum amylase and lipase for the diagnosis of acute abdominal pain. Ann R Coll Surg Engl 2009; 91(5):381–4.
4. Nagurney JT, Brown DE, Chang Y, et al. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with nontraumatic abdominal pain. J Emerg Med 2003;25(4):363–71.
5. Chi CH, Shiesh SC, Chen KW, et al. C-reactive protein for the evaluation of acute abdominal pain. Am J Emerg Med 1996;14(30):254–6.
6. Goodchild G, Chouhan M, Johnson GJ. Practical guide to the management of acute pancreatitis. Frontline Gastroenterol 2019; 10(3):292–299. doi: 10.1136/flgastro-2018-101102.
7. Wah DLC, Christophi C, Muralidharan V. Acute cholangitis: current concepts. ANZ J Surg 2017; 87(7–8):554–559. doi: 10.1111/ans.13981.
8. Wagner M, Tubre DJ, Asensio JA. Evolution and Current Trends in the Management of Acute Appendicitis. Surg Clin North Am 2018; 98(5): 1005–1023. doi: 10.1016/j.suc.2018.05.006.
9. Chirica M, Elly MD, Siboni S, et al. Esophageal emergencies: WSES guidelines. World Journal of Emergency Surgery 2019; 14:26. doi: 10.1186/s13017-019-0245-2.
10. Lardiere-Deguelte S, Ragot E, Amroun K et al. Hepatic abscess: Diagnosis and management. J Visc Surg 2015; 152(4): 231–243. doi: 10.1016/j.jvisurg.2015.01.013.
11. Leppainiemi A, Tolonen M, Tarasconi A, et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World J Emerg Surg 2019; 14:27. doi: 10.1186/s13017-019-0247-0
12. Indar AA, Beckingham I. Acute cholecystitis. BMJ 2002; 325(7365):639–643. doi: 10.1136/bmj.325.7365.639.

13. Kamboj AK, Hoversten P, Leggett CL. Upper Gastrointestinal Bleeding: Etiologies and Management. *Mayo ClinProc* 2019; 94(4):697-703. 10.1016/j.mayocp.2019.01.022.
14. Hosseini N, Shor J, Szabo G. Alcoholic Hepatitis: A Review. *Alcohol Alcohol* 2019;54(4):408-416. doi: 10.1093/alcalc/agz036.
15. Schuppan D, Afdhal NH. Liver Cirrhosis. *Lancet*. 2008; 371(9615):838-851. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60383-9
16. Squires JE, McKiernan P, Robert HS. Acute Liver Failure: An Update. *Clin Liver Dis* 2018. 22(4):73-805. Doi: 10.1016/j.cld.2018.06.009.
17. Stravitz RT, Lee WM. Acute Liver Failure. *Lancet* 2019; 394(10201):869-881.
18. Grek A, Arasi L. Acute Liver Failure. *AACN Adv Crit Care*. 2016; 27(4):420-429. Doi: 10.4037/aacnacc2016324.
19. Alghamdi S, Fleckenstein J. Liver Disease in Pregnancy and Transplant. *Curr Gastroenterol Rep* 2019; 21(9): 43. Doi: 10.1007/s11894-019-0711-8.
20. Tenner S, Dubner H, Steinberg W. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1863-1866.
21. D'Souza N, Karim D, Sunthareswaran R. Bilirubin; a diagnostic marker for appendicitis. *Int J Surg* 2013;11(10):1114-117. 10.1016/j.ijsu.2013.09.006
22. Giannini EG, Testa R, Savarino V. Liver enzyme alteration: a guide for clinicians. *CMAJ* 2005; 172(3):367-379
23. Aoki T, Hirata Y, Yamada A, et al. Initial management for acute lower gastrointestinal bleeding. *World J Gastroenterol* 2019; 25(1): 69-84. doi: 10.3748/wjg. v25.i1.69
24. Alvarez-Alvarez FA, Maciel-Gutierrez VM, Rocha-Munoz AD, et al. Diagnostic value of serum fibrinogen as a predictive factor for complicated appendicitis (perforated). A cross-sectional study. *Int J Surg*. 2016;25109-113. doi: 10.1016/j.ijsu.2015.11.046.
25. Serin, S., Çağlar, B., Yilmaz, G., Torun, A., Parlak, I., & Serin, B. G. (2018). Mortality Factors In Geriatrics With Non-Traumatic Abdominal Pain At The Emergency Department. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(1).
26. Bala M, Kashuk J, Mooere EE, et al. Acute mesenteric ischemia: guidelines of the World Society of Emergency Surgery. *World J EmergSurg* 2017; 12: 38. doi: 10.1186/s13017-017-0150-5.
27. Caglar B, Serin S., Akay S., Yilmaz G., Torun A, Adibelli ZH, Parlak I. The accuracy of bedside USG in the diagnosis of nasal fractures. *The American journal of emergency medicine* 2017; 35(11): 1653-1656.