

Bölüm 15

KARIN AĞRISINA GÜNCEL YAKLAŞIM

Tarık AKDEMİR¹
Özgür SÖĞÜT²

GİRİŞ

Karın ağrısı hastanın kendisini ifade etmekte zorlandığı, tanı konulması zor, fizik muayene bulgularının hekimleri yanılttığı, ağrının karakterinin değişebildiği, iyi huylu görünen fakat bazen yaşamı tehdit edebilen ve genellikle acil servis başvurusu gerektiren yaygın bir hastalıktır (1). Akut karın ağrısı; Amerikan Acil Uzmanları Birliği (ACEP) tarafından bilinen batın travması ve yaklaşık olarak 20 hafta üzeri gebeliği olan kadınlar hariç, 1 haftadan daha kısa süre belirti ve bulguların karın bölgesine yoğunlaşan ağrı şeklinde tanımlanmaktadır (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) tüm acil servis başvurularının yaklaşık %5-10'unu karın ağrısı ile başvuran hastaları içermektedir (3). Toplumun her kesiminden hastalar karın ağrısı şikayetiyle başvurabilir. Hekimler özellikle yaşlı, ek hastalık hikayesi olan, immün süpresif tedavi alan, geçirilmiş abdominal cerrahi operasyon hikayesi, doğum çağındaki bayan hastalar, inflamatuvar bağırsak hastalığı bulunan, bilinen malignite hikayesi olanlar, aktif kemoterapi tedavisi alan hastalar ve sistemik semptomları eşlik eden hastalar değerlendirilirken dikkatli olmalıdır. Bu durumlardaki hastalardan yüksek ihtimalle düzenli tedavi, takip, hastaneye yatış veya cerrahi gerektiren durumlar ortaya çıkması daha mümkündür (4).

Bu bölümde güncel literatür ve rehberler eşliğinde karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvuran hastaların değerlendirilmesi, tanı ve tedavi yöntemleri incelenecektir.

PATOFİZYOLOJİ

Karın ağrıları ön planda gastrointestinal sistem ve genitoüriner sistemden kaynaklansa da hastanın anemnez ve fizik muayenesi özenle yapıp değerlendirilme-

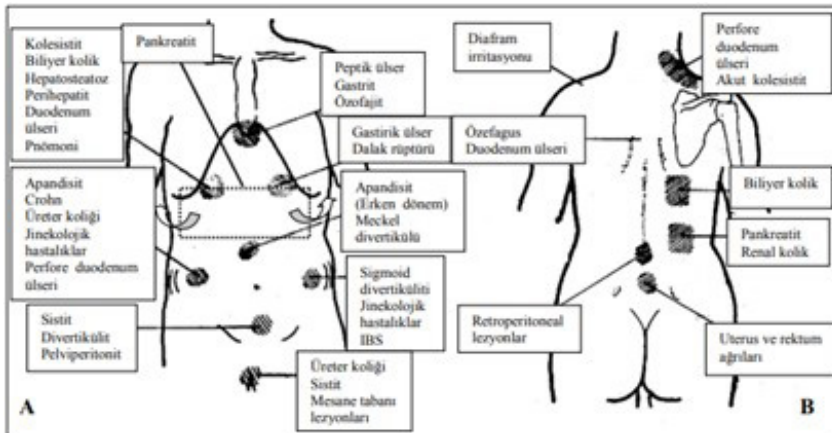
¹ Uzm. Dr., T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
e-posta: tarikakdemir52@gmail.com

² Prof. Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği
e-posta: ozgur.sogut@sbu.edu.tr

si önemlidir, çünkü hastanın ağrısı karın dışı sebeplerden, toraks ve spinal sinir köklerinden kaynaklanan bir rahatsızlıktan ya da diyabetik ketoasidoz gibi medikal sebeplerden de kaynaklanıyor olabilir (5). Karın ağrıları; visseral, somatik ve yansıyan ağrı olmak üzere bu 3 yollardan biri veya aynı anda birkaçının eşlik etmesiyle ortaya çıkabilir.

Visseral ağrı; organları çevreleyen visseral peritondan kaynaklanan sinir ileti sistemi ile ortaya çıkan ağrı karakteri olarak sınıflandırılabilir. Bu ağrı hastalık belirtilerinin en erken sürecinde ortaya çıkan belirtidir. İç organlardaki gerilme, sıvı veya gaz etkisi ile şişmesi, apse, kitle, kan birikmesine bağlı gerilmeden kaynaklanan ağrı çeşididir. Etkilenen organın peristaltik hareketlerinden etkilenerek aralıklı kramplar veya kolik şeklinde kendini gösterebilir. Genel olarak embriyonik somatik segmenti aynı bölgeden gelişen organlarda, benzer şekilde ağrı karakteri gösterme meylinedirler. Visseral ağrı bu sebepten dolayı zayıf lokalizedir. Lokalizasyon, somatik ağrının devreye girmesiyle beraber, gerçek patolojik bölge meydana çıkar. Bunu basit bir şekilde özetleyecek olursak akut apandisit ağrısı öncelikle erken dönemde periumbilikal bölgede (visseral) ağrı başlar daha sonrasında, pariyetal peritonun tutulması (somatik) ile ağrı sağ alt kadrana lokalize olur (6).

Somatik ağrı; pariyetal peritonun etkilenmesi sonucu ortaya çıkan ağrı çeşididir. Periton irritasyonu sonucunda periferik duyu sinirlerinin ileti sistemi ile ağrı hissiyatı oluşur. Ağrı karakteri daha ön planda yoğun şiddette ve sürekli olarak kendini gösterir. Bazı hastalıkların somatik ağrı lokalizasyonları gösterilmiştir (Şekil 1) (7).



Şekil 1: Bazı hastalıklarda somatik ağrı oluşan lokalizasyonlar (A) ve yansıyan ağrı lokalizasyonları (B) (7)

Yansıyan ağrı; olması gereken bölgenin dışında hissedilen, başka bir bölgede ortaya çıkan ağrı tipidir. Bu ağrılar afferent sinirlerin aynı ganglion üzerinden merkezi sinir sistemine iletilmesinden dolayı meydana çıkmaktadır. Aynı ganglion bölgesinden gelen ağrı uyarısı sonucu beyin, bunu o bölgeye visseral, somatik ve yansıyan ağrı olarak geri iletebilir, böylelikle yansıyan ağrı ortaya çıkmış olur. Bu sebeptendir ki; alt miyokard enfarktüsünde epigastrik bölgede ağrı oluşur, biliyer kolikte sağ skapula alt ucuna ağrı hissiyatı oluşur, dalak rüptüründe sol omuz ağrısı, pankreatit de bel bölgesine yayılan ağrının ortaya çıkış mekanizması, yansıyan ağrı sebebindendir (6).

AYIRICI TANI

Karın ağrısının ayırıcı tanılarının karın içi organ patolojileri (intraperitonel, retroperitonel ve pelvik) ve karın dışı (miyokard enfarktüs, ketoasidoz, pnömoni, toksikolojik, karın duvar ağrısı) organların ağrıları olmak üzere temel olarak iki başlıkta incelenebilir. Karın ağrısı temel olarak travmatik olmayan, yaşamı tehdit eden hastalıklar grubunu temsil eder. Erken müdahale ve tedavi gerektiren hastalıklar, yaygın olarak görülen acil durumlar Tablo 1'de incelenmiştir (8).

Tablo 1: Karın Ağrısı Semptomu ile Başvurup Hayatı Tehdit Eden Batın Patolojileri (8)

Karın İçi Patolojiler	Karın Dışı Patolojiler
Ektopik Gebelik Rüptürü	Aort Anevrizma Rüptürü
Mezenter İskemi	Aort Disseksiyonu
Bağırsak Perforasyonu	Miyokard Enfarktüsü
Bağırsak Tıkanıklığı	Pnömoni
Masif Gastrointestinal Kanama	Dişabetik Ketoasidoz
Akut Pankreatit	Pulmoner Emboli

İLK DEĞERLENDİRME

Acil servise başvuran her hastanın ilk değerlendirmesi vital parametreleriyle başlar ve bu bulgular aslında hekime hastanın mevcut hastalığın ciddiyeti hakkında ilk bilgiyi verir. Hemodinamik açıdan stabil olmayan hastalara hızlı tanı ve tedavi gerekir. Yaşlı ve immünsüpresif hastalarda dikkat edilmesi gereken hususlardan birisi ise bu hastalarda yaşamı tehdit eden etyolojilere rağmen hemodinamik belirteçlerin geç bozulmasından kaynaklı olarak özel değerlendirmeler gerekebilir.

İntravasküler volümün azalması ve şok durumunun saptanması hızlı sıvı veya kan replasman tedavilerinin başlaması; rüptüre aort anevrizması, masif gastrointestinal sistem kanamaları, rüptüre ektopik gebelik, dalak rüptürü, hemorajik pankreatit gibi ve benzeri hastalıklarda hastanın stabilizasyonu anlamında çok kritiktir.

Unstabil hastalarda yatak başı ultrason; hastanın volüm durumunun değerlendirilebilmesi, intraperitoneal serbest sıvının varlığı yokluğu, aort patolojilerinin değerlendirilebilmesi açısından çok önemlidir. Ortaya koyduğu bu avantaj ile fizik muayenenin bir parçası haline gelmiş, hastanın tanı ve tedavisinin yönlendirilmesi ve hızlandırılmasında biz hekimlere önemli katkı sağlamaktadır (8).

FİZİK MUAYENE

Belirtiler

Karın ağrının orijini belirlemede anamnez çok önemli bir yer tutmaktadır. Günümüzde seyahatlerin kolaylaşması farklı dil ve kültürden insanların hastalanarak karşımıza çıkmasından kaynaklı, anamnezi doğrulama adına gerektiği zamanda uygun tercüman kullanımına özen gösterilmesi artık anamnezin bir parçası olmuştur.

Genel olarak ani başlayan, giderek şiddetin arttığı, özellikle bulantı kusma ve terlemenin eşlik ettiği ağrılar altta yatan önemli bir etyolojik sebebi işaret eder. Ağrı başlangıç yeri, karakteri, süresi, ağrı migrasyonu olup olmadığı sorgulanmalıdır. Visseral bir ağrı cerrahi bir karın ağrısına ilerleyebileceğinden takibi önemli olmakla beraber kolik ağrılar daha çok içi boş organlardan peristaltizminden etkileneceğinden koliğin şekli ve süresi ilgili organla alakalı ipucu verebilmektedir.

Bunlardan birkaçını örneklendirecek olursak:

- Bağırsak tıkanıklığında, şiddetli, yaygın, kolik ağrı ve ciddi bulantı kusma eşlik eder.
- Mezenter iskemide, muayene bulguları ile orantısız bir ağrı tarifi gözlenir.
- Akut pankreatitte, hemen her zaman bulantı kusma eşlik ederken, ağrı epigastrik bölgeden sırtta ortasına doğru yayılır.
- Rüptüre aort anevrizmaları ve rüptüre ektopik gebelikte, senkop ile ilişkili ağrı görülebilir.

Hastanın özgeçmişi, ek hastalık hikayeleri, kullanılan ilaçları hasta hakkında önemli bilgiler sağlar. Bağırsıklık sistemi baskılanmış hastalar veya immünsüpresif tedavi alan hastalarda öykü bizi enfektif bir sürece götürebilir. Antikoagülan tedavisi gören veya nonsteroid antiinflamatuvar (NSAID) kullanan hastalarda öykü

bizi gastrointestinal sistem kanamasına yönlendirebilir. Diyabet hikayesi olan hastaları ketoasidoz açısından değerlendirmek gerekmektedir. Daha önce batın cerrahisi geçirme hikayesi olan hastalarda bağırsak tıkanıklığına, inflamatuvar bağırsak hastalığı olanlarda fistül, perforasyon veya apsenden kaynaklanan bir ağrıya işaret edebilir (7).

BULGULAR

Objektif bulgular vital parametrelerin ölçülmesiyle başlar. Belirgin hipotansiyon ve taşikardi, sepsis veya hipovoleminin belirteci olabilir. Hastanın oksijenli saturasyonu normal seviyelerdeyken belirgin takipnesinin olması sepsise bağlı metabolik asidoz veya iç organların nekrozunun göstergesi olabilir ya da ağrıya bağlı katekolamin deşarjından meydana gelmiş olabilir. Vital parametrelerin bozukluğu ciddiyeti gösterirken, normal olması altta yatan önemsiz bir etyolojik sebep olduğunu ortaya koymaz. Yaşlı hastalarda ateş ve taşikardi hastalığı geç evrelerinde ortaya çıkabilir, B-blokör tedavi alanlarda taşikardi yanıtı görülmeyebilir. Kapsamlı bir karın muayenesi, karın ağrısı şikayetiyle başvuran hastaların değerlendirilmesinde kritik rol oynar. Ayrıca hastaları tekrarlayan muayeneler ile aynı hekim tarafından değerlendirilmesi ağrı karakterinin değişimi hakkında daha net bilgi sağlar. Hasta sırtüstü düzgün bir şekilde yatırılıp karın bölgesi açılarak incelenir. Batın muayenesi inspeksiyon ile başlar, karında herhangi bir lezyon ekimozun olup olmadığı gözlenir. Hastadan ağrısının en şiddetli olan bölgesini işaret etmesi istenir ve daha sonrasında bu bölgeye en uzak noktadan başlanarak karın muayenesine başlanır. Batın her kadranı ayrı ayrı incelenir.

Belirli bir karın bölgesindeki ağrı o kadrana ait hastalıklara bizi yönlendirirken bazı hastalıklarda bu durumlar tamamen birbirine uymayabilir. İdrar yolu enfeksiyonunda özellikle suprapubik bölgede ağrı beklenirken karın her iki alt kadranda da görülebilir veya mide ülserleri yine benzer şekilde farklılıklar gösterebilir. Apandisit ağrı migrasyonu klasik iken yaşlı, immünsüpresif ve gebe hastalarda bu bölgelerde hassasiyet olmayabilir.

Gastrointestinal sistem kanamaları, prostatit, bağırsak tıkanıklıkları, veya perirektal hastalık süphesi durumunda karın ağrısı olan hastalarda rektal muayene gerekli iken bunun dışındaki durumlarda karın ağrısı nedeni değerlendirmelerde gereklilik görülmemiştir (8).

Kadın hastalar umbilikal bölge altında kalan bölgelerdeki ağrı ve hassasiyet tariflemeleri pelvik muayene gereklilik göstergelerinden biridir. Pelvik muayene görüntüleme yöntem seçimlerinde hekime yardımcı olur. Pelvik ultrason rahim

ve yumurtalık değerlendirmesinde bilgisayarlı tomografi (BT) den üstü iken batın içi patolojilerde BT ultrasondan üstündür. Bazen de muayene bulguları karmaşık bir halde bulgu verebilir bu durumlarda göz ardı edilmemelidir.

Karın ağrısı ile başvuran erkekler de ise ürogenital muayene önemli bir parçadır. Prostatit, epididimit, orşit gibi hastalıklar sıklıkla karın ağrısı semptomuna sebep olurlar. Ayrıca testis torsiyonu, kasık fıtıkları gibi sık görülen hastalıklarda bu muayene sırasında kolaylıkla saptanabilir (8).

Karın ağrılarında yaygın geniş kapsamlı ve tekrarlayan muayeneler önemlidir. Fakat bu durumlara rağmen atipik prezantasyon ile hastanın karşımıza gelebileceği de akılda tutulmalıdır.

BATIN MUAYENESİ

Batın muayenesi muayene, inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon ve palpasyonu içerir. Psikojenik karın ağrısı şüphesi olan hastalarda karın muayenesinin hasta dikkati dağıtmak önemli bir husustur. Batın muayenesi inspeksiyon ile başlar, ağrı anında hastanın aldığı pozisyona dikkatle gözlenmelidir. Hareketsiz sabit duruş, peritoniti olan hasta için tipiktir, biliyer veya renal kolik şüphesi olan hastalar acı içinde kıvrılır. Muayene eden kişi sedyeye hafifçe vurduğunda, peritonit mevcut- sa hastanın ağrısı daha da kötüleşecektir.

OSKÜLTASYON

Bağırsak sesleri için batın oskulte edilmelidir. Oskültasyon, özellikle ileusu saptamada yararlı bir fizik bulgudur (9). Akut karın ağrısı olan hastalarda anormal bağırsak sesleri ince bağırsak obstrüksiyonu için oldukça belirleyicidir. Anormal derecede aktif, tiz bağırsak sesleri erken bağırsak tıkanıklığının bir özelliğidir, dalak enfarktüsü olan bir hastada uygun bölgede sürtünme sesi duyulabilir.

PERKÜSYON

Palpasyondan önce hafif perküsyon batın muayenesinde öncelik içerir. Peritonit mevcut ise hafif perküsyon ile ağrı olacaktır. Perküsyon ayrıca asit ve hepatomegali tanımlamak için kullanılır. Timpanite şişkin bir bağırsak anlamına gelirken, matite bir kitle anlamına gelebilir. Özellik alt kadranslardan başlayarak birden fazla bölgede matite saptanması, asit tespiti için güvenilir ve oldukça doğru bir işarettir.

PALPASYON

Palpasyon, karın hassasiyetini ve organ büyümelerini (hepatomegali, splenomegali) veya kitleleri değerlendirmek için kullanılır. Hastanın ağrısının en az olan karın bölgesini inceleyerek başlıyoruz. Tahta karın veya rebound bulgusu, periton iltihabının önemli ve erken bir belirtisidir; Divertiküler apse veya peritonitte difüz gibi fokal inflamatuvar kitlesi olan bir hastada tek taraflı olabilir. Renal kolik ve pankreatit gibi daha derin ağrı kaynaklarında koruma tipik olarak yoktur. Rebound, peritoniti yansıtır olabilir. Rebound bulgusu pozitif olan hastalarda, hafif palpasyonla başlarız ve gevşetiriz. Hastanın hafif palpasyonla rebound bulgusu yoksa, daha derin palpasyona geçilir ve serbest bırakılır. Hasta sinir ve kas duvarı yaranması ve fitik bulguları açısından muayene edilmelidir. Dermatomal dağılımda ağrı ve hiperestezi, herpes zoster veya sinir kökü sıkışmasında olduğu gibi sinir tutulumunun belirtileridir. Karın duvarı patolojisi palpasyonla veya karın duvarı kaslarını kullanırken (otururken) ağrının alevlenmesiyle saptanabilir.

YARDIMCI TESTLER

Karın ağrısı olan hastaların değerlendirilmesinde tam kan sayımı (CBC) genellikle yararlıdır. Bunlardan WBC, teşhis doğruluğu olmamasına rağmen en sık başvuru olanıdır. Bir WBC sayımı, karın ağrısı olan bir hastanın doğru teşhisine nadiren katkıda bulunur ve çoğu zaman yanıltıcıdır. Yüksek WBC sayılarının birçok enfeksiyöz ve inflamatuvar süreçle ilişkisine rağmen, WBC sayısı, ağrının belirli bir nedenini belirlemeye veya dışlamaya yardımcı olmak için ayrımcı bir test olarak kabul edilecek kadar ne yeterince duyarlı ne de spesifiktir. Ciddi (cerrahi) patolojisi olan hastaların önemli bir yüzdesinde WBC sayısı normal aralıktadır ve gastroenterit dahil iyi huylu rahatsızlıkları olan hastalarda yükselebilir. Azalmış bir WBC sayımı, bağışıklık yetersizliğini gösterebilir, düşük hematokrit, kan kaybını gösterebilir ve trombositopeni, sepsis, alkolizm veya diğer bozuklukları olan hastaları tanımlayabilir. Serum elektrolitleri, uzun süreli kusma veya diyare varlığında bile sıklıkla normaldir, ancak kusma ve ishaldeki aşırı elektrolit kayıpları, aksi halde değilse, hacim yenileme ihtiyacını gösteren aşırı klorür ve potasyum kaybından kaynaklanan bir metabolik alkalozu yol açabilir. Kan şekeri, anyon açığı ve serum keton tayinleri diyabetik ketoasidozun ayırt edilmesinde faydalıdır. Sonuç olarak, serum elektrolitleri hastanın değerlendirilmesinde yararlı yardımcı maddelerdir ancak nadiren tanı sağlar.

Karaciğer enzimleri ve pıhtılaşma çalışmaları, yalnızca karaciğer hastalığından şüphelenilen hastaların küçük bir alt grubunda faydalıdır. Pankreatit şüphesi varsa, en yararlı tanı testi, normal değerlerin en az iki katına yükselen serum lipa-

zıdır. Serum amilaz, serum lipaz kadar güvenilir değildir ve artık akut pankreatit tanısında kullanılmamaktadır. Sepsis gibi doku veya organ perfüzyonunun azalmasına yol açan durumlarda serum laktat seviyeleri yükselir. Laktat genellikle bağırsak iskemisinde geç yükselir, ancak bağırsak iskemisini dışlamak için normal bir laktat seviyesi kullanılamaz (8).

Ayakta direk batın grafisinin akut karın ağrısının değerlendirilmesinde sınırlı faydası vardır ve sadece bağırsak tıkanıklığı veya radyo opak yabancı cisim şüphesi olduğunda, akciğer grafisi ise perforasyon şüphesi olan durumlarda ve olası toraks patolojilerini ekarte etmek için tercih edilmelidir. BT görüntüleme hem intraperitoneal hem de retroperitoneal yapıları görselleştirir ve yüksek derecede doğruluğa sahiptir. Biliyer veya kadın üreme hastalığından şüphelenildiğinde, ultrason üstün bir yöntemdir (10).

BT, çeşitli nedenlerle yaşlı hastalarda tanısal faydayı artırmıştır. Karın ağrısı olan yaşlıların, operasyon ihtiyacı ve genç yetişkinlere kıyasla mortalitesi daha yüksektir. Ayrıca, yaşlılarda karın ağrısının değerlendirilmesi; anemnez almadaki zorluklar, fizik muayenede (hayati belirtiler dahil) güvenilir olmayan veya değişken bulgular, fizyolojik yaşa bağlı değişiklikler ve komorbid durumlar nedeniyle sıklıkla daha zordur. Yaşlı popülasyonda, BT sonuçları hastaların önemli bir kısmında yönetim veya tedavi kararlarını değiştirir (11).

Teknolojik gelişmeler, görüntü elde etme ve çözünürlüğünü iyileştirmiştir. Birçok çalışma, solid organ veya barsak duvarı hastalığı gibi şüpheli patolojik süreçlerin çoğunun değerlendirilmesinde tek başına intravenöz (IV) kontrastın yeterli olduğunu göstermiştir. Tek başına IV kontrastlı BT'nin de akut apandisit doğrulanması veya dışlanması için duyarlı ve spesifik olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda oral kontrastın hariç tutulması, atılma süresini önemli ölçüde azaltabilir ve hasta memnuniyetini artırabilir; bununla birlikte, tüm BT çalışmalarının duyarlılığı ve özgüllüğü, farklı kontrast maddelerin eklenmesiyle artma eğilimindedir. Örneğin, apandisit ararken, birkaç çalışma, oral ve IV kontrastın duyarlılığı ve özgüllüğü artırdığını, ancak kontrastsız BT'nin yalnızca marjinal olarak üzerinde olduğunu göstermiştir (12). Oral kontrast ülserasyon, perforasyon veya inflamatuvar bağırsak hastalığını değerlendirmede daha değerliyken, IV kontrast inflamasyonu ve artan vaskülariteyi belirlemede faydalıdır. Görüntüleme protokolleri kurumda mevcut olan makinelere ve radyolog tercihlerine göre çeşitlilik gösterebilir, ancak hastaların vakit kaybetmeden doğru tanıyı alabilecekleri şekilde planlanmalıdır.

BT görüntüleme, acil servis değerlendirmesinin önemli bir parçası, fakat bu tetkik içerdiği radyasyon maruziyetini de göz önünde bulundurmalıyız. Hastaların kendini rahat hissetmesi amaçlı tarama tetkiki olarak kullanılmamalıdır. An-

lamli fizik muayene bulgusu olmayan, daha öncesinde benzer şikayetlerle başvurusu olup araştırılan BT tetkiki ile değerlendirilen, kronik farklılaşmamış ağrıları olan hastalarda BT taraması yerine gözleme yönteminin seçilmelidir (13).

Yatak başı transabdominal ve transvajinal ultrasonografi, yaşamı tehdit eden abdominopelvik durumların teşhisine kadar geçen süreyi azaltan son derece yararlı yardımcı yöntemler olarak ortaya çıkmıştır. Dezavantajı ise yapılan tetkikin kişiye bağımlı olmasıdır. Değerlendirme tecrübeli eller tarafından yapıldığında klinisyenlere tanı ve tedavinin hızlandırılmasında önemli katkı sağlar.

TANI

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda birçok kritik hastalık mevcut olması sebebiyle, hastaların öncelikle hemodinamik durum değerlendirmesi yapılır. Unstabil, toksik görünen hastalara hızlıca resüstatif tedavi başlanması kritik önem arz etmektedir. Bu hastaların hızlıca muayeneleri yapılmasıyla beraber, eş zamanlı olarak havayolu güvenliğinin sağlanması, iv damar yolu erişimi, elektrokardiyografik görüntüleme, laboratuvar tetkikleri, yatak başı sonografik değerlendirmeleri planlanmalıdır. Karın ağrısı olan gebelik çağındaki kadın hastaların B-hcg tetkiki muhakkak istenmelidir. Bilinen gebeliği olan veya gebelik testi pozitif olup karın ağrısı şikâyeti mevcut olan kadın hastaların etyolojisinde ektopik gebelik düşünülmeli önce bu tanı dışlanmalı, sonrasında diğer ayırıcı tanılara yönelinmelidir. Eşlik eden vajinal kanama durumu saptanması veya sonografik görüntülerde batın içi serbest sıvı görülmesi durumunda hızlıca Jinekoloji konsültasyonu planlanmalıdır.

Hastaların anemnez ve fizik muayene bulguları ışığında;

Sağ üst kadranda ağrısı; karaciğer veya safra yollarını içeren ağrı genellikle sağ üst kadranda bulunur, ayrıca sırt veya epigastrik bölgeye yayılabilir. Karaciğer hastalıklarına bağlı ağrı ancak karaciğer kapsülü gerilmesi durumunda ortaya çıkar, sağ üst kadranda ağrıları daha ön planda safra yolları ile ilişkilidir. Hastaların karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı, elektrolitler, kan üre nitrojeni (BUN), kreatinin ve glikoz aminotransferazlar, alkalın fosfataz ve bilirubin lipaz ve/veya amilaz tetkikleri ile abdomen USG değerlendirilmesi sonucu netleşen tanıya göre uygun konsültasyon ve tedavileri başlanmalıdır.

Epigastrik bölge ağrılarında, eforla beraber gelişen anjina, nefes darlığı gibi miyokard enfarktüs şüphesi oluşturacak semptom bulgular açısından hasta iyice değerlendirilmeli eğer eşlik eden böyle bir durum var ise tetkikler arasına muhakkak kardiyak troponin tetkiki eklenmelidir. Bunun dışındaki epigastrik şikayetleri mevcut olan hastalarda, mide ve pankreas etyolojileri araştırılmalıdır. Hastalara kan grubu, tam kan sayımı, elektrolitler, kan üre nitrojeni (BUN), kreatinin ve gli-

koz aminotransferazlar, alkalın fosfataz ve bilirubin lipaz ve/veya amilaz ve gerekli ise troponin tetkiki planlanmalıdır. Şişkinlik, karında dolgunluk, mide ekşimesi veya mide bulantısı ile ilişkili olabilen epigastrik bölge ile sınırlı ağrı dispepsi olarak sınıflandırılabilir.

Sol üst kadran ağrıları dalak etiyolojilerinden kaynaklanabilir. Sol üst kadran ağrısı olan hastalar bu nedenle splenomegali ve dalağın diğer bozuklukları açısından değerlendirilmelidir. Bazı mide rahatsızları da atipik olarak bu bölgede semptom verebilir eşlik eden solunum yolu semptomları olan hastalarda özellikle öksürük ateş durumunda alt lob pnömonisi akıllara gelmelidir eşlik eden nefes darlığı şikayetleri olduğu durumlarda pulmoner emboli de ayrıca tanılar arasında yerini almalıdır.

Alt karın ağrıları, jinekolojik patolojileri, genitoüriner sistem etiyolojileri, distal bağırsak yolu ile ilişkili etiyolojileri düşündürür. Genitoüriner sistem şikayetleri olan hastalardan idrar tetkiki ve idrar kültürü tetkik planlanması unutulmamalıdır. Hastalıkları için klinik prezantasyonlar değişebilse de diyare ile subakut sağ alt kadran ağrısı ileal Crohn hastalığı, sol alt kadran ağrısı, ateş ve yüksek beyaz kan hücresi sayısı divertiküli, karın ağrısı ve bağırsak alışkanlıklarındaki değişiklik kolon kanserinin ilk belirtisi olabilir. Ağrı lokalizasyonuna göre etyolojik sebepler Tablo-2 de incelenmiştir (8).

Tablo-2: Karın Ağrısı Etiyolojik Nedenleri (8)

Sağ Üst Kadran Ağrısı	Sağ Alt Kadran Ağrısı	Sol Üst Kadran Ağrısı	Sol Alt Kadran Ağrısı	Yaygın Karın Ağrısı
Biliyer Kolik	Apandisit	Gastrit	Over Torsiyonu	Peritonit
Ülser	Meckel	Pankreatit	Aort	Pankreatit
Perforasyonu	Divertikülü	Miyokard	Anevrizması	Orak Hücreli
Miyokard	Aort	Enfarktüs	Sigmoid	Anemi
Enfarktüs	Anevrizması	Perikardit	Divertikülit	Mezenter
Retroçekal	Ektopik Gebelik	Miyokardit	İnguinal Herni	İskemi
Apandisit	Overian Kist	Sol Alt Lob	Over Kisti	Gastroenterit
Kolesistit	PIH	Pnömonisi	Tuba-Overian	Aort
Gastrit	Endometriozis	Plevral	Abse	Disseksiyonu
Hepatik Abse	Üreteral Taş	Efüzyon	Üreteral Taş	Bağırsak
Akut Hepatit	Psoas Absesi	Dalak Rüptürü	İdrar Yolu	Tıkanıklığı
Pankreatit	Over Torsiyonu	Dalak İlişkili	Enfeksiyonu	Diyabetik
Gebelerde	İdrar Yolu	Patolojiler	Ektopik	Ketoasidoz
Apandisit	Enfeksiyonu	GÖRH	Gebelik	İBH
Sağ Alt Lob			Psoas Absesi	Apandisit
Pnömonisi			PIH	(Erken Evre)

Etyolojisi bilinmeyen yaygın nonspesifik karın ağrılarında, kan gazı, kan şekeri, kalsiyum, B-hcg, bilirübinler, karaciğer fonksiyon testleri, tam kan sayımı, elektrolitler, BUN, kreatinin ve glikoz aminotransferazlar, alkalın fosfataz ve bilirübin lipaz ve/veya amilaz, kan grubu tetkikleri planlamalıdır. Muayene ile uyumsuz şiddetli ağrı tarifleyen hastalarda mezenter iskemi, hiponatremi veya hiperkalemi ve yorgunluk, halsizlik, bulantı ve kusma semptomları ve hipotansiyon semptomları olan hastalarda adrenal yetmezlik olabilir. Metabolik asidoz ve yüksek kan şekeri kombinasyonu, semptomların etiyojisi olarak diyabetik ketoasidoz hemen akla gelmelidir (14).

TEDAVİ VE YÖNETİM

Akut karın ağrısının yönetimindeki temel tedavi hedefleri, fizyolojik stabilizasyon, semptomların, bulantı, kusma, karın ağrısı, hafifletilmesi ve gerekirse ilgili bölüm konsültasyonu ile hızlıca altına yatan tanıya ulaşmaktır.

Akut karın ağrısı ile başvuran hastaların ağrısının kesilmesi, muayene bulgularını gizlemesinden çekinmek eski klasik bir yaklaşım iken, bu yönetim şeklinin hiçbir ek fayda sağlamadığı hatta beklenenin aksine avantaj sağladığını destekleyen çalışmalarda mevcuttur. Hastalarda ağrının giderilmesi daha rahat muayene olanağı sağlayıp bulguları daha net ortaya koymakta yardımcı olur (15). Akut karın ağrılarında ön planda iv titrasyonu kontrol edilebilen opioid türevi analjezikler tercih edilir. Renal kolik, biliyer kolik, kronik benzer şekilde ortaya çıkan, karın ağrılı hastalarda NSAID ilaçlar yararlı olmakla beraber, gastrointestinal kanama, potansiyel cerrahi gerektirebilecek hastalarda, kanama sürelerini uzatmasından dolayı, kullanılmamalıdır (16).

Analjezik tedavi dışında gasroözefageal reflünü sebep olduğu midede yanma ağrısının tedavisinde antiasitler; şikayetlerin rahatlamasında ağrının azalmasında faydalıdır. Bulantı, kusma şikayetlerinde, antiemetikler semptomların azalması ve giderilmesine fayda sağlar. 5-HT antagonistleri, ondansetron, minimum yan etki profili, hızlı semptomatik tedavi ve ayrıca gebe hastalar kullanılabilirliği açısından avantajlı bir ilaç seçeneğidir. Yine bağırsak tıkanığına bağlı kusmalarda, rutin olarak her hastada olmasa da nazogastrik sonda uygulaması, aspirasyon riskinin azaltılması, gastrik boşalmaya ve inatçı kusmalara tedavide yardımcı olur.

Karın içi enfeksiyon şüpheli olan durumlarda geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi hızlıca başlanmalıdır. Batın içi enfeksiyonlar genellikle gram negatif, gram pozitif, anaerobik gruba bakterilerden kaynaklanır ve çoğunlukla polimikrobiyaldir. Antibiyotik seçimleri buna göre planlanmalı kombinasyon seçimlerinde bu duruma göz önünde bulundurulmalıdır.

Akut karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %40'ı non-spesifik karın ağrısı tanısı ile takip olur (3). Bazen bu şikâyet ile başvuran hastaların yönetimi zor olabilir. Acil hekiminin akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastalarda temel hedefi; hayatı tehdit eden nedenler, ameliyat gerektiren nedenler ve hastaneye yatış gerektiren tıbbi nedenleri ayırt etmektir. Non-spesifik karın ağrısı grubunda, şüpheli durumlarda, BT taraması, 12 saatlik gözlem sonrası yeniden değerlendirme uygun seçenektir. Bu değerlendirmede; ciddi organ patoloji şüphesi, periton irritasyon bulgusu ve vital parametrelerde bozulma olmamalıdır. Ayrıca bu gruptaki hastaların ağrı ile bulantı semptomlarının kontrol altına alınmış ve hastanın oral alımı tolere edebilir olması gerekmektedir. Bu şartlar sağlandıktan sonrasında hasta eve taburcu edilebilir. Hangi durumda hastaların tekrardan başvurması gerektiği hakkında net bilgiler verilmelidir (17).

SONUÇ

Karın ağrısı olan hastaların çoğunda iyi huylu ve kendi kendini sınırlayan bir etiyoloji vardır. Etiyolojide birçok sistem patolojisi olabileceğinden, klinisyenler akut karın ağrısı olan hastaları multidisipliner olarak değerlendirmelidir. Miyokard enfarktüsü, rüptüre abdominal aort anevrizması ve mezenterik iskemi gibi hayatı tehdit eden ve kolayca gözden kaçan tanılar daima akılda tutulmalıdır. Doğru bir anamnez ve odaklanmış fizik muayene tanı için gereklidir. Laboratuvar ve görüntüleme bulguları yardımcı olarak kullanılmalıdır. Tedavide semptomatik yaklaşım önemli olmakla beraber altta yatan nedene yönelik spesifik tedaviler planlanmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Fleischer AB Jr, Gardner EF, Feldman SR. Are patients' chief complaints generally specific to one organ system? *The American Journal of Managed Care* 2001; 7:299.
2. Kamin RA, Nowicki TA, Courtney DS, Powers RD. Pearls and pitfalls in the emergency department evaluation of abdominal pain. *Emergency Medicine Clinics of North America*. 2003;21(1):61-72, vi.
3. Lewis LM, Banet GA, Blanda M, Hustey FM, Meldon SW, Gerson LW. Etiology and clinical course of abdominal pain in senior patients: a prospective, multicenter study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2005;60(8):1071-6.
4. Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *International Journal of General Medicine*. 2012;5:789-97.
5. Yamamoto, Wari, et al. "The relationship between abdominal pain regions and specific diseases: an epidemiologic approach to clinical practice." *Journal of Epidemiology* 7.1 (1997): 27-32.
6. Jung PJ, Merrell RC. Acute abdomen. *Gastroenterology Clinics of North America*. 1988;17:227-244.
7. McNamara R. Abdominal pain in the elderly. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski S, et al., editors. *Emergency Medicine: a Comprehensive Study Guide*. 6th ed. New York: McGraw-Hill; 2004. pp. 515-19.

Güncel Genel Cerrahi Çalışmaları III

8. Smith KA. Abdominal pain. In: Walls RM, Hockberger RS, Gausche-Hill M, et al. (eds.) *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018. p. 213–223.
9. Gu Y, Lim HJ, Moser MA. How useful are bowel sounds in assessing the abdomen? *Dig Surg* 2010; 27:422.
10. Marasco, G., Verardi, F. M., Eusebi, L, et.al.”Diagnostic imaging for acute abdominal pain in an Emergency Department in Italy.” *Internal and Emergency Medicine* 14.7 (2019): 1147-1153.
11. Lyon, Corey, and Dwayne C Clark. “Diagnosis of acute abdominal pain in older patients.” *American family physician* vol. 74,9 (2006): 1537-44.
12. Howell, J. M., Eddy, O. L., Lukens, et al. “Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of emergency department patients with suspected appendicitis.” *Annals of Emergency Medicine* 55.1 (2010): 71-116.
13. Baumann, B. M., Chen, E. H., Mills, et al. “Patient perceptions of computed tomographic imaging and their understanding of radiation risk and exposure.” *Annals of Emergency Medicine* 58.1 (2011): 1-7.
14. Aktan H, Abdominal ağrı, *Gastroenteroloji*. Ed: Aktan H. Makro yayıncılık. Ankara, 1988,s:1-11.
15. Velissaris D, Karanikolas M, Pantzaris N, et al. Acute abdominal pain assessment in the emergency department: the experience of a Greek University Hospital. *Journal of Clinical Medicine Research* 2017;9:987–93
16. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(1):CD005660. Published 2011 Jan 19.
17. Brewer BJ, Golden GT, Hitch DC, et.al. Abdominal pain. An analysis of 1,000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. *The American Journal of Surgery*. 1976;131(2):219-23.