

## BÖLÜM 13

### ACİL SERVİSE KARIN AĞRISIYLA BAŞVURAN HASTALARIN ETİYOLOJİSİ

Merve TÜRKER<sup>1</sup>  
Zeynep KEKEÇ<sup>2</sup>

#### GİRİŞ

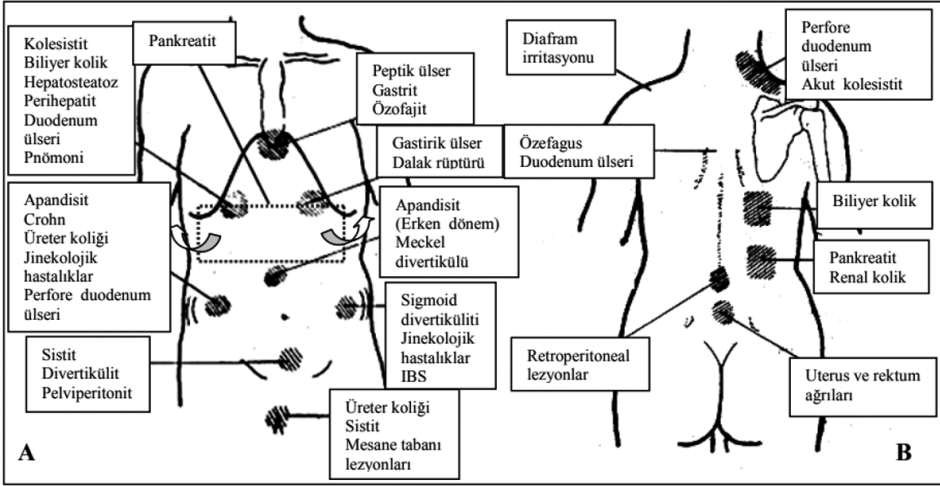
Karın ağrısı çoğunlukla karın içerisindeki organların patolojileri sebebiyle ortaya çıkan bir yakınma olmasına rağmen, aynı zamanda periton dışı ve hatta batın içi olmayan sistemlere ait hastalıklar sonucunda da gözlenebilmektedir. Acil servise başvuru yakınmalarının altıncı sırasında olan karın ağrıları tüm acil olguları içerisinde dördüncü sırada gelmektedir(1).

Akut karın ağrısı, travma öyküsü bulunmaksızın yedi günden kısa zamanda meydana gelen ağrılardır. Altı haftadan uzun süren ve/veya dönem dönem tekrarlayan ağrılar ise kronik karın ağrısı olarak tanımlanır. Karın ağrısı şikâyetiyle hastane başvurusu olan hastaların yaklaşık % 40 kadarını akut karın ağrılı hasta grubu oluşturmaktadır (2).

Acil servise karın ağrısı yakınmasıyla başvuran hastaların ciddiyeti oldukça değişkendir. Başvuruların yaklaşık olarak % 25 inde acil hospitalizasyon endikasyonu mevcutken yaklaşık % 40 kadarını tüm incelemelere karşın hiçbir patoloji bulunamayan ve yüksek oranda acil servis takibi sırasında kendiliğinden yakınmaları sonlanan hastalar oluşturmaktadır(1)(3)(4). Karın ağrısıyla başvuran hastalarda ağrının lokalizasyonu nedenin anlaşılması için sıklıkla fikir vericidir.

<sup>1</sup> Uzm. Dr. Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Servis dr.merveturker@gmail.com

<sup>2</sup> Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp fakültesi Acil Tıp AD., zkekec@cu.edu.tr



Karın Bölgelerine Göre Karın Ağrısı Nedenleri (5)

Karın ağrısının en sık karşılaşılan nedenlerini cerrahi ve dahili karın ağrıları başlıkları altında sınıflandıracacağız.

## CERRAHİ NEDENLİ KARIN AĞRILARI

### Akut Apandisit

Akut karın ağrısının cerrahi nedenleri arasında ilk sırada akut apandisit yer alır. Akut apandisit, apendiks vermiformisin akut inflamasyon halidir. Hastalığın zemininde sıklıkla lümen tıkanıklık gelişimine yol açan bir fekalit mevcuttur. Süregelen sekresyonlar lümen içerisinde artan basınca yol açar. Sonucunda bakteriyel proliferasyon ve inflamasyon gelişir. Mevcut sürece müdahale edilemezse perforasyon meydana gelebilir.(6)(7).

Hastalarda % 95'inde ilk görülen belirti iştahsızlık olmakla birlikte, karın ağrısı, bulantı ve kusma sık görülen diğer yakınmalardır. Hastalarda klasik olarak iştahsızlık ve bunu takip eden süreçte periumbikal ağrı görülür. İnflamasyonun progresyonu sonrasında sağ alt kadrana yerleşecek şekilde lokalize olan ağrı oluşur; bu durum %50-60 oranında akut apandisiti gösterir(8)(9).

Fizik muayenede defans, rebound olması, laboratuvar incelemelerinde beyaz küre ve crp yüksekliğinin izlenmesi tanıyı destekler ancak bu bulguların eşlik etmemesi tanının dışlanmasına olanak sağlamaz. Bahsedilen klinik ve laboratuvar özelliklerin (Yaygın başlayan ağrının sağ alt kadrana lokalize olması, iştahsızlık, bulantı ve kusma, rebound bulgusu, yüksek ateş, yaymada sola kayma, sağ alt kadranda hassasiyet ve lökositoz) puanlanmasıyla değerlendirilen alvarado skorlamasından yüksek oranda fayda sağlanabilir(10)

Görüntüleme direk grafilerin yeri yoktur. USG' de tanı koydurucu bulgu; komprese olmayan ve çap ölçümü 6 mm' den fazla olan apendiks vermiformisin görüntülenmesidir(11). USG' nin duyarlılığı %96 pozitif prediktif değeri ise %86' lardadır. Tanısı net konulamayan hastalarda abdomen BT kullanılabilir. Çap ölçümü 6 mm'den fazla olan bağırsak ansı, 2 mm' den fazla apendiks duvar kalınlığı ölçümü, apendiçekal bölgenin çevre yağ dokusunda kirli görünüm abdomen BT de akut apandisit destekler görüntüleme bulgularıdır(12). Abdomen BT' nin tanıma duyarlılığı %96 pozitif prediktif değeri %96' dır. Tanı sonrasında hızla cerrahi konsültasyonu başlatılmalıdır. Akut apandisitte altın standart tedavi cerrahidir.

### **Akut Kolesistit**

Safra kesesinin akut inflamasyon durumu olup sıklıkla safra taşlarına bağlı olarak daha az oranda da safra taşı olmaksızın gelişebilir.

Klinik olarak en sık sağ üst kadranda, daha az sayıda olguda epigastrik bölgede hissedilen ve sırta yayılan karakterde bir ağrı ile birlikte bulantı, kusma, iştahsızlık ve ateş yakınmaları eşlik eder. Laboratuvarda beyaz küre yüksekliğinin olduğu bir tablo mevcuttur. Hastaların şikayet ve fizik muayene bulguları görüntüleme teknikleri ile desteklenmelidir(12)(13)(14).

Fizik muayenede en kıymetli bulgu murphy bulgusudur(sağ üst kadranda palpe edilirken hastaya derin nefes aldırılıp ağrı nedeniyle hastanın aniden nefes almayı kesmesidir)(15). Görüntüleme; USG kullanımı akut kolesistit tanısında %94 duyarlılığa %78 özgüllüğe sahiptir. Ölçümlerde kese duvar kalınlığı 3 mm üzerinde ise kolesistit düşünülmelidir. Sonografik murphy bulgusu sistik kanalda taş, perikolesistik sıvı ve lümen gaz diğer USG bulgularıdır(16). Tanı konulamayan veya şüpheli olgularda abdomen BT görüntüleme tercih edilebilir. Abdomen BT' de duvar kalınlığında artış, kese duvarının kontrast tutulumunda artış, perikolesistik yağ dokuda kirlenme ayrıca komplikasyon gelişen olgularda kese duvarında gaz, apseler ve omentumda adezyon izlenir.(16).

Tedavide destek tedaviler sağlanıp konsültasyonla birlikte komplikasyon durumuna göre ayaktan takip veya yatış kararı verilmelidir.

### **İleus**

İleus çeşitli nedenlerle ortaya çıkabilen intestinal tıkanıklık durumudur. Klinik tablo sıklıkla gaz gaita çıkaramama, karında gerginlik hissi, bulantı kusma ve ağrı yakınmalarını içerir. İntestinal obstrüksiyon tıkanıklığın meydana geldiği anatomik bölgeye göre ince bağırsak ve kalın bağırsak obstrüksiyonları olarak ayrılabilir. İnce bağırsak obstrüksiyonları daha çok herniler ve yapışıklıklara bağlı ortaya çıkarken, kalın bağırsak obstrüksiyonları malignite, divertikül ve volvulus gibi nedenlere bağlı olarak ortaya çıkar(17).

Laboratuvar incelemeler tanıya spesifik katkı sağlamaz. Görüntüleme öncelikle direk grafi tercih edilebilir tanıda güçlük çekilen olgularda USG ve BT görüntülenebilir. İntestinal anlarda genişleme ve seviye görülmesi destekleyicidir.

Tedavide hidrasyon ve dekompresyon tercih edilebilir ancak özellikle kolonik obstrüksiyonlarda cerrahi tedavi gerekli olabilir.

### **Perforasyon**

Karın ağrısıyla başvuran hastalarda acil cerrahi sebeplerinden bir diğeridir. Karın içinde bulunan içi boş organların herhangi birinde görülebilir.

Klinik tabloda çok şiddetli ve yaygın bir ağrı mevcuttur. Perforasyonun belirti ve bulgularının derecesi, peritonun kimyasal irritasyonuna bağlı olarak değişir. Hastalarda fizik muayenede karın kaslarında rijidite ve buna bağlı olarak tahta karın görülür. İlerleyen dönemde enfeksiyon ve sepsis tablosu gelişebilir. Bu nedenle perforasyon acil serviste hızla tanı konması gereken bir durumdur.

Görüntüleme tanı için oldukça kıymetlidir. Ayakta çekilen posteroanterior akciğer grafisinde diyafram altında serbest havanın tespit edilmesi yaklaşık %80 duyarlılığa sahiptir. Buna rağmen perforasyonun yerini tespit etmek için bilgisayarlı tomografi çekilmesi gerekmektedir(6). Mortalite oranı oldukça yüksektir ve hızla cerrahi konsültasyonu istenmelidir.

### **Divertikülit**

Divertiküller kolon duvarı boyunca bulunan küçük çıkıntılardır. İnflamasyonu sonucunda divertikülit meydana gelir. Akut divertikülit klinik olarak tanı konulan bir hastalıktır. Tipik olarak divertikülit hastaları, sol alt kadranda ağrısı, ateş ve lökositoz ile başvurur(18).

Görüntüleme diğer tanıların dışlanması ve komplikasyonların belirlenmesi açısından oral ve IV kontrastlı abdomen BT görüntüleme önerilir.

Tedavisinde orta ağır şiddette klinik bulguları olan veya komplike olan vakalarda hastaneye yatış gereklidir daha hafif klinik bulgularda oral antibiyoterapi ile takip tercih edilebilir.

### **Herniler**

Fıtık yeri farketmeksizin bir dokunun çevre doku duvarlarından dışarı çıkıntı yapmasıdır. Fıtıklar yerine göre ve içeriğinin durumuna göre sınıflandırılabilir. Fıtık içeriğinin durumuna göre redükte edilebilen, inkarsere ve strangüle herniler olarak adlandırılır. Redükte edilebilen herniler fıtığın defektten içeri ilerletilebildiği grubu kapsar. İnkarsere fıtıklar ise sert ve ağrılıdır. Elle manipüle edildiğinde redükte edilemezler. Strangüle herniler ise inkarsereyasyon sonrasında fıtıklaşan

dokunun dolanımında bozulma ile ortaya çıkar. Ciddi ağrı, interstinal obstrüksiyon ve toksik görünüm eşlik eder.

Anatomik olarak en sık görülen herniler; inguinal herniler (direk ve indirek herniler) ve ventral hernilerdir. (İnsizyonel ve Umblikal herniler).

Tanıda laboratuvar değerleri anlamlı özelliğe sahip değildir.

Görüntüleme en yüksek değere takip tetkik BT incelemesidir. USG özellikle doppler özelliği ile strangüle hernileri tanımlamak açısından faydalıdır. Direk grafler ise ancak intestinal obstrüksiyon gelişmiş hernilerde katkı sağlar(6).

### **Mezenter İskemi**

Mezenter iskemi akut veya kronik, arteryel veya venöz tıkanıklık nedeniyle abdominal organların ihtiyaç duyduğu oksijen ve metabolitlerin yeterli gelmemesidir. Beslenmesi bozulan organa, beslenmeyi sağlayan damarlar ve kolleterallerin tıkanıklık düzeyine göre iskeminin şiddeti değişkenlik gösterir. Ölüm oranı oldukça yüksektir, tıkanıklık kaynağına bağlı olarak yaklaşık %80 düzeyindedir. Yüksek oranda 60 yaş üzeri hasta grubunda görülür.

Barsak kan akımı, temelde çölyak arter, süperior mezenter arter ve inferior mezenter arterden sağlanır. Hipertansiyon, diyabetes mellitus, konjestif kalp yetmezliği, atrial fibrilasyon gibi yatkınlık oluşturacak ek hastalıklar sorgulanmalıdır.

Erken dönemde tanı koymak zordur. Yaşlı hastalarda ani başlayan şiddetli karın ağrısı mevcut ancak karın muayenesinde silik uyumsuz bulgular varsa düşünülmelidir. Bulantı kusma ishal, melena, hematokezya eşlik edebilir.

Erken tanı açısından rutin kullanılan duyarlı ve özgül laboratuvar testi yoktur. Beyaz küre, laktat, d-dimer yüksekliği ve metabolik asidoz görülebilir.

Tanıda altın standart yöntem çok kesitli abdomen BT ve BT anjiografidir(19).

### **Abdominal Aort Diseksiyonu**

Cerrahi gerektiren acil bir durumdur. Sigara kullanımı, aterosklerotik kalp hastalığı ve aile bireylerinde diseksiyon öyküsü bulunan ileri yaş erkek kişiler en yatkın hasta grubudur.

Klinik tabloda diseke olan damarsal yapının yerine göre yerleşimi değişebilen, boyundan kasığa değin yayılım gösterebilen, ani başlangıçlı çok şiddetli ve değişkenlik göstermeyen ağrı mevcuttur. Az sayıda hastada senkop ilk başvuru şikâyeti olabilir. Hastaların yarıya yakınında hipotansiyon görülür.

Fizik muayenede duyarlılığı ciddi değişkenlik gösterebilen bir bulgu olmakla birlikte batın palpe edilirken pulsasyon tespit edilebilir.

Taşikardi veya lökositoz bulunmaması tanıyı dışlamaz. En hızlı uygulanabilen ve duyarlılığı yüksek olan yatak başı USG görüntüleme ilk tercihtir. Ölüm oranı oldukça yüksektir(6).

### **Over Torsiyonu ve Kist Rüptürü**

Over torsiyonu acil jinekolojik cerrahi gerektiren nedenlerden biridir. Klinik tabloda; ağrı genellikle patoloji bulunan over ile uyumlu olarak sağ veya sol alt kadrana yerleşir. Kasıklardan sırtta dek yayılım gösterebilir. Ana yakınma akut başlayan yüksek şiddetli ağrı olmakla birlikte ağrıya bulantı ve kusma eşlik edebilir.

Tanı doppler ultrasonografi ile konulur(20)(21).

### **Ektopik Gebelik Rüptürü**

İnfertilite nedeniyle tedavi gören, daha önceden geçirilmiş tubal cerrahi ve/veya ektopik gebelik hikâyesi bulunan, pelvik inflamatuvar hastalık ve rahim içi araç kullanımı mevcut hastalarda görülme oranı artmıştır.

Ağrı karakteristik olarak şiddeti giderek artan vasıfıdır ve ani başlar. Rüptüre olan tarafla uyumlu alt kadrana ağrısı aynı taraf kasığa yayılım gösterebilir.

Tanı transvajinal USG ile konulur. Acil jinekolojik cerrahi gerekir. En endişe verici komplikasyonu şok tablosu gelişmesidir.

## **DAHİLİ NEDENLİ KARIN AĞRILARI**

### **Akut Pankreatit**

Akut pankreatit; bulantı kusma, karın üst bölgesinde ağrı ile karakterize pankreasın inflamasyonudur. Genellikle kendini sınırlayan ve tedaviden fayda gören bir hastalıktır ancak seyrek olarak pankreasta nekroz gelişebilir ve tablo ölümle sonuçlanabilir. (22)(23).

Fizik muayene bulguları inflamasyonun düzeyi ile ilişkilidir. Safra taşıyla ilişkili pankreatitte hastalar ağrının yerini iyi tarifleyebilir ve ağrı düzeyi şiddetlidir. Buna karşılık metabolik veya herediter nedenlere bağlı pankreatitlerde ağrı daha azdır ve yeri iyi tariflenemez. Çoğu hastada sırt ağrısı yakınmalara eklenir. (24)

Pankreatit tanısı için karakteristik karın ağrısı,3 kat ve daha fazla yükselmiş pankreas enzimleri ve görüntüleme tetkiklerinde karakteristik pankreatit bulgularının görülmesi kriterlerinden ikisinin sağlanması gereklidir.(25)

Görüntüleme abdomen BT bulguları arasında fokal veya diffüz olarak büyümüş pankreas, nekrotik alanlar, sıvı koleksiyonları, peripankreatik infiltrasyon ve safra taşları mevcuttur.(16)

Tedavide; hidrasyon, oral alımın durdurulması, ağrı kontrolü, eksik elektrolitlerin yerine konulması ve semptomatik tedaviler esastır.(26)

### **Kolanjit**

Kolanjit ateş sarılık ve karın ağrısı ile karakterize biliyer kanal enfeksiyonudur. Biliyer tıkanıklık kanal taşı, malignite, darlık ya da duodenumdan asendan yolla bakteriyel kolonizasyon sonucunda ortaya çıkar.

Klinikte yakınmalar klasik üçlü olan karın ağrısı, ateş yüksekliği ve sarılıktır (Charcot triadı). Eğer bu klinik tabloya şuur durum değişikliği ve şok bulguları eklenirse Reynold pentadı olarak adlandırılır . Bu beşli, kalıcı sakatlık ve ölüm oranlarında artış ile ilişkilidir(6)

Laboratuvarında wbc, crp yükselişine eşlik eden transaminazlarda ve bilirubin değerlerinde yükseklik beklenir.

Görüntüleme ilk basamak USG olmakla birlikte Manyetik Rezonans Kolanjio-Pankreatografi (MRCP )ile görüntülenmesi önerilir.

Tedavide uygun antibiyoterapi ve hidrasyon düzenlenmelidir. ERCP ile biliyer tıkanıklığın drene edilmesi gereklidir(19).

### **Biliyer Kolik**

Biliyer kolik, 60 yaş altında kadınlarda, erkeklere kıyasla daha çok görülür. Klinikte genellikle yakınmanın başlangıcında aralıklı olarak rahatsızlık veren devamında süregelen hale gelen sağ üst kadranda ağrısı olmak üzere, benzer şekilde epigastrik bölgede ağrıyla da bulgu verebilir. Tipik olarak sağ skapula altında yayılım gösteren ağrı mevcuttur.

Görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografinin, yaklaşık %90 duyarlılığı ve özgüllüğü mevcuttur. En önemli komplikasyonu kolesistittir(6).

### **Peptik Ülser**

Acil servise karın ağrısı yakınmasıyla başvuranlarda akut karın fizik muayenesini taklit edebilen durumdur. Ortalama 50 yaş seviyesinde en fazla oranda görülür. Erkeklerde kadınlara göre daha sıktır. Aspirin, non-steroid antiinflatuar ilaç (NSAİİ) alım öyküsü, kronik sigara ve alkol kullanımı bulunanlarda yüksek oranda görülür. Epigastrik bölgede, kusma ve taşikardinin eşlik edebildiği şiddetli, dirençli bir ağrı mevcuttur. En ciddi komplikasyonları, perforasyon ve kanamalardır(6).

## Peritonit

Primer peritonit, kaynak olmadan izlenen periton inflamasyonudur. Nadir olarak sağlıklı bireylerde görülebilmekle birlikte sıklıkla siroz, nefrotik sendrom veya immun yetmezlik gibi ek hastalıkları bulunan bireylerde karşılaşılr (27).

Primer peritoniti olan hastaların başvuruş nedeni olan karın ağrısı, ateş, kusma yakınmaları hastalığa özgü değildir ve tanı koymak güçtür(28).Tanı hikâye, fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi ile konulur. Primer peritonit tanısı aynı zamanda acil cerrahi gereken akut karın nedenlerinin dışlanması gerektirir. Periton sıvısı örneklemeşi tanıya önemli katkı sağlar. Periton asit sıvısında pH  $\leq 7,34$ ; laktat  $> 2,8$ mmol/L; PMNL  $> 500/m^3$  olması ve asidin kültüründe ilgili mikrobiyolojik etkenin üremesi tanıyı destekler niteliktedir.(28) (30).

## Renal Kolik

Acil servis başvuru yakınmalarının yoğun görülen nedenlerinden üriner sistemi etkileyen taş hastalığıdır. Ailesinde üriner sistem taşı öyküsü olanlarda görülme oranı artar. Kadınlarda yaş aralığı daha geniş olmakla birlikte hayatın 3. ve 4. de-katları arasında sık ortaya çıkar.

Ağrı kolik tarzda ortaya çıkar ve pek çok hastanın tecrübe ettiği en şiddetli ağrı deneyimidir. Ağrı yeri taşın bulunduğu tarafla uyumludur. Genellikle bulantı kusma beraberinde görülür. Fizik muayenede kostovertebral açı hassasiyeti veya üreter distalinde yerleşen taş varsa sağ ya da sol alt kadranda akut batını taklit eder muayene bulguları görülebilir. Hastaların büyük çoğunluğunda hematüri olabilir; yaklaşık üçte birinde ise makroskopik hematüri görülebilir. Laboratuvar-da, komplike olma durumuna göre postrenal akut böbrek yetmezliği, üriner sitem enfeksiyonları tespit edilebilir(6).

## Genito-Üriner Sistem Enfeksiyonları

Ürolojik yapılar periton arkasında yerleşirler ve bu nedenle inflamasyonları halinde visceral ağrıya yol açarlar. Akut karın muayenesini taklit eden bir ağrıya sebep olabilirler.

Üriner enfeksiyonlarda beraberinde bulantı kusma görülebilen dizüri sık yakınmadır. Karın muayenesinde çoğu hastada anlamlı bulgu yoktur. Belde, flank bölgede kasıklarda hassasiyet görülebilir. Eşlik eden üriner sistem taşı varsa taşın bulunduğu yerle uyumlu aralıklı ve şiddetli ağrılar gözlenebilir.

Tanıya tam idrar tetkikinde eritrosit ve lökosit görülmesi katkı sağlar. Klinik tabloya göre kanda akut faz reaktanları değerlendirilebilir ve görüntülemeye başvurulabilir. Görüntülemelerde tespit edilen 8 mm ve daha büyük boyuta sahip taş



mevcutsa konsültasyon düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda testis torsiyonu, epididimit, prostatit değerlendirilmelidir.(31).

### **Ailevi Akdeniz Ateşi**

Ailevi Akdeniz Ateşi genelde Akdeniz kıyısı toplumlarında görülen aralıklı tekrar eden yüksek ateş, ciltte lezyonlar ve beraberinde vücut zarlarının (periton, plevra, sinovya) inflamasyonuna bağlı karın, göğüs, eklem ağrılarının görüldüğü kalıtsal bir hastalıktır. (32)(33) Ailevi Akdeniz Ateşinde mekanizma; yoğun inflamasyonla göç eden lökositlere ve artmış hücre solunum aktivitesine bağlı yüksek miktarda açığa çıkan serbest radikallerin yol açtığı DNA hasarına dayanır (34)(35) (36).

Ailevi Akdeniz Ateşinin klinik tablosunda, aralıklı olarak tekrar eden yüksek ateş ve inflamasyonun yoğun olarak izlendiği vücut zarının yerleşimine göre yakınmalar (şiddetli karın ağrısı, perikardit bulguları, eklem ağrıları gibi) değişiklik gösterebilir. Bulguların görülme süresi değişkendir ancak çoğu atak 3-4 gün kadar devam eder. Ailevi Akdeniz Ateşinde karın ağrısına peritonda gelişen aseptik serözit neden olur.

Ailevi Akdeniz Ateşi tanısında en sık olarak Tell-Hashomer kriterleri ile belirtilen klinik bulgular, ailede hastalık öyküsünün araştırılması ve genetik analiz birlikte kullanılır. Genetik analizle MEFV gen mutasyonlarının tespiti tanıda çok değerlidir. Beraberinde rutin laboratuvar incelemelerinde akut faz reaktanlarında artış görülebilir.

AAA tanısında Tell - Hashomer Kriterleri(37)

#### **Majör Bulgular:**

1. Aralıklı olarak tekrarlayan yüksek ateşle birlikte periton, plevra veya sinovyal zar inflamasyonu
2. Kolşisin tedavisinin klinik seyri olumlu değiştirmesi
3. AA tipi amiloidoz gelişimini açıklayacak zeminde yatan başka bir hastalık bulunmaması

#### **Minör Bulgular:**

1. Aralıklı olarak tekrarlayan yüksek ateş
2. Erizipeloid döküntüler
3. Aile öyküsünde, birinci derece yakınlarda Ailevi Akdeniz Ateşi varlığı

Hastalığın tanısı için, 2 majör bulgu veya 1 majör, 2 minör bulgunun karşılanması gereklidir.

Tedavide inflamatuvar hücre göçünü azaltarak etki eden Kolşisin kullanılmaktadır. Kolşisin tedavisi atakların ortaya çıkma sıklığında azalma ve Ailevi Akdeniz

Ateşinde endişe verici komplikasyon olan amiloid gelişiminden korunma sağlar. (38)(39)(40). Komplikasyonlar açısından yakın takip gerektirir.

### **Hassas Barsak Sendromu**

IBS (Irritable bowel syndrome) organik bir sebebe bağlı olmayan kronik karın ağrısı, barsak düzeninde değişiklik ve bu yakınmaların defekasyon ile azalmasını içeren klinik durumdur (41). IBS kronikleşen yakınmaların araştırılması sürecinde tekrarlayan hastane başvuruları, gereksiz tetkikler ve operasyonlara neden olmaktadır. Bununla birlikte hastanın hayat kalitesinde belirgin artış sağlanamadığı gibi sağlık sistemleri için mali yük ve artan iş yükü ortaya çıkarmaktadır (42). Hassas Barsak Sendromu tanısı Roma IV kriterlerine göre konulmaktadır(43).

Hassas Barsak Sendromu tanısı için son 3 aydır devam eden, yakınmaların başlangıcı en az 6 ay öncesine uzanan ve en az haftada bir gün tekrarlayan karın ağrısı olan hastalarda aşağıdaki 2 veya daha fazla kriter birlikte aranır

- Dışkılama ile azalan ağrı
- Dışkılama sayısında artış
- Dışkı şeklinde değişiklik

Hassas Barsak Sendromunun medikal tedavisi baskın şikayetlere yönelik düzenlenir. Beslenme ve hayat tarzı değişiklikleri şikayetleri provake eden nedenler gözlemlenerek düzenlenir. Küçük bir hasta grubunda multidisipliner yaklaşım gerekir. Hastanın güven ve uyumunun sağlanabilmesi için düzenli kontrol ve takip önemlidir.

### **Hereditör Anjioödem**

Hereditör anjioödem (HAÖ), genetik geçişli ya da sonradan kazanılmış olarak C1 esteraz inhibitörünün eksikliği veya etkin yapıda olmaması nedeniyle ortaya çıkar (44).C1 esteraz inhibitör eksikliğine bağlı olarak kompleman sistemi aktivasyonunda artış mevcuttur ve histamin salınımından bağımsızdır (45)(46).

Kutanöz ödem en dikkat çekici yakınmadır. HAÖ' nin en endişe verici komplikasyonu larinkste ödem gelişimidir ve neden olduğu yakınmaların şiddeti oldukça değişkendir. Ciddi hava yolu darlığı gelişebilir, entübasyon ve trakeostomi endikasyonu ortaya çıkabilir. HAÖ gastrointestinal sistemi etkilediğinde ödeme bağlı ciddi karın ağrısı ortaya çıkabilir ve sıkça akut karın fizik muayenesini taklit eder. Gelişen ödeme bağlı olarak barsak hareketliliğinde azalma ve mekanik tıkanıklık gelişebilir. (47).

Rutin laboratuvar testleri HAÖ' de normaldir. HAÖ için tarama testi C4 konantrasyonudur. Kesin tanı C1 esteraz inhibitörü seviyesi ölçülmesiyle konulur(44)(46)(47). Tedavide destek tedaviler ve eksik proteini yerine koymak hedeflenir.(cetor, TDP) (48).

## İnflamatuvar Barsak Hastalıkları

### ***Crohn Hastalığı***

Gastrointestinal sistemi tutan kronik granümatöz bir hastalıktır. En sık tutulan kısım ileum olmakla birlikte gastrointestinal sistemin herhangi kısmını tutabilir.

Klinik bulgularında karın ağrısı iştahsızlık, ateş kilo kaybı, ishal sık yakınmalardır. Obstrüksiyon, kuma ,batın içi apse, fissür fistül gibi komplike olmuş durumlar da başvuru sebebi olabilir. Klinik seyri ve başvuru şikayetleri hastalığın anatomik olarak tutulum gösterdiği bölgeye göre değişkenlik gösterebilir ve gastrointestinal sistem dışı bulgular (eklem, cilt, göz, vasküler tutulumlar) görülebilir.

Tanı çoğu hastada semptomlar başladıktan uzun süre sonra konulur ve bu süre zarfında apandisit gibi geçici tanılarla hastalar gereksiz cerrahi müdahaleler geçirebilirler.

Laboratuvarında akut faz reaktanları inflamasyonla ilişkili olarak yükselme eğiliminde izlenecektir.

Tanı için en faydalı tetkik batın BT görüntülemesidir. Barsak duvar kalınlığında artış, mezenterik ödem ve apse gelişimi tanıyı destekler. Direk grafi ile ikincil gelişebilecek obstrüksiyon, perforasyon, toksik megakolon görüntülenebilir.

Acil servisteki tedavisi atak şiddetini saptamak, destek tedaviler ve komplikasyonları belirlemek üzerinedir(6).

### ***Ülseratif Kolit***

Kolonun kronik inflamatuvar hastalığıdır. Proksimalden distal kolona ilerledikçe inflamasyonun şiddeti artış eğilimindedir. Rektum sıklıkla tutulur.

Klinik özelliklerde karın ağrısına eşlik eden ishal, mukoid dışkılama mevcuttur. Hafif şiddette olan hastalıkta günde dört kez den az bağırsak hareketleri, rektum tutulumuna bağlı kabızlık ve rektal kanamalar sıkça görülürken, şiddetli tablolarda bağırsak hareketlerinde ciddi artış, anemi ateş kilo kaybı, albümin düşüklüğü taşikardi gibi şikayetler ortaya çıkabilir. En sık görülen komplikasyon tekrarlı kanamalar nedeniyle anemi gelişmesidir. En ciddi tablo olan toksik megakolon ise kolitin kolonun tüm katmanlarına uzanması sonucu kolonda musküler tonus kaybına yol açarak dilatasyon ve toksisite gelişmesidir.

Laboratuvarında lökositöz anemi, trombositöz, hipoalbuminemi karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik görülebilir ancak hastalığa spesifik değildir.

Görüntülemelerde batın BT ayırıcı tanılar açısından değerlidir. Direk grafiler toksik megakolon gelişmesi halinde değerlidir. Uzun, içi hava dolu 6 cm den büyük kolon segmenti görülür. Tedavi acil servis açısından destek ve komplikasyonların tespitini içerir(6).

## KAYNAKLAR

1. L. G. Graff IV and D. Robinson, "Abdominal pain and emergency department evaluation," *Emerg. Med. Clin. North Am.*, vol. 19, no. 1, pp. 123–136, 2001.
2. P. Henden, "Acil servise karın ağrısı yakınması ile başvuran geriatric hastaların geriye dönük incelenmesi".
3. W. Laméris, A. van Randen, M. G. W. Dijkgraaf, P. M. M. Bossuyt, J. Stoker, and M. A. Boermeester, "Optimization of diagnostic imaging use in patients with acute abdominal pain (OPTIMA): Design and rationale," *BMC Emerg. Med.*, vol. 7, no. 1, pp. 1–6, 2007.
4. M. C. O'Brien and A. C. of E. Physicians, "Acute abdominal pain," *Tintinalli JE, Stapczynski JS, Ma OJ, Cline DM, Cydulka RK, Meckler GD*, pp. 481–489, 2011.
5. A. Dobrucalı, "KARIN AĞRISI".
6. J. Calvert, J. E. Tintinalli, J. Stapczynski, and O. Ma, "The transplant patient," *Tintinalli's emergency medicine: a comprehensive study guide*. McGraw-Hill New York, 2016.
7. Z. Kekeç, *Tüm Yönleriyle Acil Tıp*. Akademisyen Kitabevi, 2022.
8. B. A. Birnbaum and S. R. Wilson, "Appendicitis at the millennium," *Radiology*, vol. 215, no. 2, pp. 337–348, 2000.
9. C. H. Chung, C. P. Ng, and K. K. Lai, "Delays by patients, emergency physicians, and surgeons in the management of acute appendicitis: retrospective study," *Hong Kong Med. J.*, vol. 6, no. 3, pp. 254–259, 2000.
10. M. İnan, S. H. Tulay, H. Besim, and J. Karakaya, "Akut apandisit tanısında ultrasonografinin yeri ve Alvarado skoru ile karşılaştırılması," *Ulus. Cerrahi Derg.*, vol. 27, no. 3, pp. 149–153, 2011.
11. N. Kessler *et al.*, "Appendicitis: evaluation of sensitivity, specificity, and predictive values of US, Doppler US, and laboratory findings," *Radiology*, vol. 230, no. 2, pp. 472–478, 2004.
12. S. Whitley, P. Sookur, A. McLean, and N. Power, "The appendix on CT," *Clin. Radiol.*, vol. 64, no. 2, pp. 190–199, 2009.
13. G. M. Yarmish *et al.*, "ACR appropriateness criteria right upper quadrant pain," *J. Am. Coll. Radiol.*, vol. 11, no. 3, pp. 316–322, 2014.
14. V. Wadhwa, Y. Jobanputra, S. K. Garg, S. Patwardhan, D. Mehta, and M. R. Sanaka, "Nationwide trends of hospital admissions for acute cholecystitis in the United States," *Gastroenterol. Rep.*, vol. 5, no. 1, pp. 36–42, 2017.
15. J. Roe, "Clinical assessment of acute cholecystitis in adults," *Ann. Emerg. Med.*, vol. 48, no. 1, pp. 101–103, 2006.
16. M. P. Federle, R. B. Jeffrey, P. J. Woodward, and A. Borhani, *Diagnostic imaging: abdomen*. 2004.
17. K. W. Kizer and M. J. Vassar, "Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly," *Am. J. Emerg. Med.*, vol. 16, no. 4, pp. 357–362, 1998.
18. F.-W. Wang *et al.*, "Prevalence and risk factors of asymptomatic colorectal diverticulosis in Taiwan," *BMC Gastroenterol.*, vol. 15, no. 1, pp. 1–6, 2015.
19. Z. KEKEÇ, *Acil Tıp Cep Kitabı A-Cep*. Akademisyen Kitabevi, 2020.
20. F. Albayram and U. M. Hamper, "Ovarian and adnexal torsion: spectrum of sonographic findings with pathologic correlation," *J. ultrasound Med.*, vol. 20, no. 10, pp. 1083–1089, 2001.
21. K. Nizar, M. Deutsch, S. Filmer, B. Weizman, R. Beloosesky, and Z. Weiner, "Doppler studies of the ovarian venous blood flow in the diagnosis of adnexal torsion," *J. Clin. Ultrasound*, vol. 37, no. 8, pp. 436–439, 2009.
22. E. Afghani *et al.*, "Acute pancreatitis—progress and challenges: a report on an international symposium," *Pancreas*, vol. 44, no. 8, p. 1195, 2015.
23. O. J. Bakker *et al.*, "Treatment options for acute pancreatitis," *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.*, vol. 11, no. 8, pp. 462–469, 2014.
24. P. A. Banks *et al.*, "Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus," *Gut*, vol. 62, no. 1, pp. 102–111, 2013.
25. I. Emerit, R. Arutyunyan, T. Sarkisian, H. Mejlumian, E. Torosian, and A. G. Panossian, "Oxy-

- radical-mediated chromosome damage in patients with familial Mediterranean fever,” *Free Radic. Biol. Med.*, vol. 15, no. 3, pp. 265–271, 1993.
26. M. D. Haydock, A. Mittal, H. R. Wilms, A. Phillips, M. S. Petrov, and J. A. Windsor, “Fluid therapy in acute pancreatitis: anybody’s guess,” *Ann. Surg.*, vol. 257, no. 2, pp. 182–188, 2013.
  27. V. F. Larcher, N. Manolaki, A. Vegnente, D. Vergani, and A. P. Mowat, “Spontaneous bacterial peritonitis in children with chronic liver disease: clinical features and etiologic factors,” *J. Pediatr.*, vol. 106, no. 6, pp. 907–912, 1985.
  28. M. F. Khilji, “Primary Peritonitis—A Forgotten Entity,” *Eur. J. Pediatr. Surg. reports*, vol. 3, no. 01, pp. 27–29, 2015.
  29. M. Malota, T. W. Felbinger, R. Ruppert, and N. C. Nüssler, “Group A Streptococci: A rare and often misdiagnosed cause of spontaneous bacterial peritonitis in adults,” *Int. J. Surg. Case Rep.*, vol. 6, pp. 251–255, 2015.
  30. E. Blevrakis, D. Anyfantakis, E. Blevrakis, and I. Vlachakis, “Primary bacterial peritonitis in a previously healthy adolescent female: A case report,” *Int. J. Surg. Case Rep.*, vol. 28, pp. 111–113, 2016.
  31. R. C. Ireton and R. E. Berger, “Prostatitis and epididymitis,” *Urol. Clin. North Am.*, vol. 11, no. 1, pp. 83–94, 1984.
  32. A. Livneh and P. Langevitz, “Diagnostic and treatment concerns in familial Mediterranean fever,” *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, vol. 14, no. 3, pp. 477–498, 2000.
  33. A. Livneh *et al.*, “MEFV mutation analysis in patients suffering from amyloidosis of familial Mediterranean fever,” *Amyloid*, vol. 6, no. 1, pp. 1–6, 1999.
  34. J. J. Chae *et al.*, “The B30.2 domain of pyrin, the familial Mediterranean fever protein, interacts directly with caspase-1 to modulate IL-1 $\beta$  production,” *Proc. Natl. Acad. Sci.*, vol. 103, no. 26, pp. 9982–9987, 2006.
  35. E. Mansfield *et al.*, “The familial Mediterranean fever protein, pyrin, associates with microtubules and colocalizes with actin filaments,” *Blood, J. Am. Soc. Hematol.*, vol. 98, no. 3, pp. 851–859, 2001.
  36. M. D. Evans, M. Dizdaroglu, and M. S. Cooke, “Oxidative DNA damage and disease: induction, repair and significance,” *Mutat. Res. Mutat. Res.*, vol. 567, no. 1, pp. 1–61, 2004.
  37. A. Livneh, D. Zemer, P. Langevitz, A. Laor, E. Sohar, and M. Pras, “Colchicine treatment of AA amyloidosis of familial Mediterranean fever,” *Arthritis Rheum.*, vol. 37, no. 12, pp. 1804–1811, 1994.
  38. Ö. Kasapçopur and N. ARISOY, “Ailesel Akdeniz Ateşi ve diğer otoenflamatuvar hastalıklar Derleme,” *Türk Pediatr. Arşivi*, vol. 41, no. 1, pp. 9–17, 2006.
  39. E. Doğanavşargil and G. Gümüşdiş, “Klinik Romatoloji el kitabı. 1,” *Baskı, İzmir: Güven Kitabevi*, pp. 238–265, 2003.
  40. D. Zemer, A. Livneh, and P. Langevitz, “Reversal of the nephrotic syndrome by colchicine in amyloidosis of familial Mediterranean fever,” *Ann. Intern. Med.*, vol. 116, no. 5, p. 426, 1992.
  41. Y. Tanaka, M. Kanazawa, S. Fukudo, and D. A. Drossman, “Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome,” *J. Neurogastroenterol. Motil.*, vol. 17, no. 2, p. 131, 2011.
  42. G. F. Longstreth *et al.*, “Irritable bowel syndrome, health care use, and costs: a US managed care perspective,” *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 98, no. 3, pp. 600–607, 2003.
  43. B. E. Lacy *et al.*, “Bowel disorders,” *Gastroenterology*, vol. 150, no. 6, pp. 1393–1407, 2016.
  44. A. Reshef, L. Leibovich, and A. Goren, “Hereditary angioedema: new hopes for an orphan disease,” *Isr. Med. Assoc. J.*, vol. 10, no. 12, p. 850, 2008.
  45. M. M. FRANK, J. A. GELFAND, and J. P. ATKINSON, “Hereditary angioedema: the clinical syndrome and its management,” *Ann. Intern. Med.*, vol. 84, no. 5, pp. 580–593, 1976.
  46. L. Bouillet *et al.*, “Acquired angioneurotic edema. Clinical and biological characteristics in 9 patients,” *Press. Medicale (Paris, Fr. 1983)*, vol. 29, no. 12, pp. 640–644, 2000.
  47. M. Cicardi, L. Bergamaschini, B. Marasini, G. Boccassini, A. Tucci, and A. Agostoni, “Hereditary angioedema: an appraisal of 104 cases,” *Am. J. Med. Sci.*, vol. 284, no. 1, pp. 2–9, 1982.
  48. D. Özçeker, Z. Tamay, A. Çitak, M. Bulut, and N. Güler, “Çocuklarda Karın Ağrısının Nadir Bir Nedeni: Herediter Anjioödem,” *HasekiTıp Bülteni*, vol. 53, pp. 98–100, 2015.