

4

Akut Karın Ağrısı

Ferhat BACAKSIZ

Ferda AKBAY HARMANDAR

GİRİŞ

Akut karın ağrısı, hastaların acil servise başvurmaya sıklıkla neden olan, hekimlerin en çok karşılaştığı şikayetlerden biridir. Akut karın ağrısı ile acil servise başvuran hastaların yönetiminde, klinisyenler birçok tanısız zorlukla karşılaşır. Karın ağrısı ile başvuran hastaların yaklaşık %40 kadarında bulgular nonspesifiktir (1). Karın ağrısı olan yaşlı hastalarda, genç hastalara kıyasla mortalite altı ila sekiz kat artmıştır. Yaşlı yetişkinlerde, diyabetik hastalarda, immünsüpresyonu olan hastalarda, gebelerde, bu gruplara özel tanısız zorluklarla karşılaşılabilir. Karın ağrısı, basit bir problemden dolayı ortaya çıkabileceği gibi hayatı tehdit edecek kadar ciddi bir nedenden de köken alabilir (2). Bu nedenle akut karın ağrısının değerlendirilmesi etkili, hızlı olmalı ve doğru tanı konulmasını sağlamalıdır. Bununla birlikte ayrıntılı öykü ve fizik muayene, ayırıcı tanılara odaklanmak ve tanısız değerlendirmenin hızla devam etmesini sağlamak için kritik öneme sahiptir. Bütün bir değerlendirme yapıldığında, altta ciddi problemi olan hastalara müdahale gecikmez, daha basit problemi olan hastalara da gereksiz ileri laboratuvar ve radyolojik tetkiklerinin yapılmasının önüne geçilmiş olur (1).

Akut karın ağrısı farklı patofizyolojik mekanizmalarla ortaya çıkabilir:

■ Periton İnflamasyonu

İntraabdominal organların inflamasyonundan sonra ilk önce visseral periton uyarılır ve genellikle lokalize edilemeyen yaygın bir ağrı meydana gelir. Bu ağrıya visseral ağrı denir. İnflamasyonun ilerlemesiyle birlikte ya da eşlik eden organ perforasyonu olması durumunda inflamasyon batin içi boşluğa yayılır ve artık inflamasyon alanı üzerinde, lokalize edilebilen parietal ağrı meydana gelir. Hastada batin palpasyonu ile karında hassasiyet, defans ve rebaund saptanabilir. İnflamasyon batin içinde geniş bir alana yayıldığında kişide 'tahta karın' diye tabir edilen abdominal sertlik gelişir, ateş ve taşikardi gibi sepsis bulguları ortaya çıkar (3).

■ Lümenal Obstrüksiyon

Lümenli organların tıkanmasıyla birlikte ilgili organın motilitesinin bozulduğu durumlarda kramp tarzında ağrı ile karşılaşılır (3). Safra taşının

TEDAVİ YÖNETİMİ

Akut karın ağrısı olan hastaların takibinde kesin cerrahi değerlendirme yapıncaya kadar narkotik uygulama maalesef gecikmektedir. Akut karın ağrısı olan hastalarda erken analjezi uygulamasının plasebo uygulamasıyla karşılaştırıldığı çalışmalarda, analjezik alan hastaların daha rahat olduğu ve tanıda gecikme yaşamadıkları gösterilmiştir. Akut karın sürecinde olan hastalara peritonit için sıklıkla antibiyotik tedavisi vermek gerekir. Olası nedensel patojenlere yönelik antibiyotik tedavisi, varsayılan bir tanıya ulaşılır ulaşılmaz verilmelidir, ancak olası bir kaynak belirlenmeden önce geniş spektrumlu antibiyotiklerle immünokompetan bir hastanın tedavi edilmesinden çok az fayda elde edilir. Bununla birlikte, immün sistemi baskılanmış veya nötropenik olan hastalara, akut karın ağrısının erken dönemlerinde geniş spektrumlu antibiyotikler verilmelidir (1).

Eğer hasta şokta ise, başlangıçta 15-30 dakika süre içerisinde 500 cc kolloid içerikli sıvı infüzyonu periferik yolla hızlıca yapıldıktan sonra santral venöz basınç takibi ile sıvı replasmanı yönetilir. İdrar çıkışı, üriner kateeter yardımı ile monitorize edilir. Gram negatif ve anaerob bakterilere etki edecek şekilde antibiyotik tedavisi (Sefotaksim 1gr intravenöz 8 saatte bir veya Tazobaktam/piperasilin 4,5 gr intravenöz 8 saatte bir veya Gentamisin 80 mg intravenöz 8 saatte bir (böbrek dozu gerekebilir) ile Metronidazol 500 mg intravenöz 8 saatte bir kombinasyonu tercih edilebilir.) verilmelidir. Hastaya acil cerrahi konsültasyon istenmelidir. Hastanın şiddetli ağrısı varsa, dispne varsa veya pulse oksimetre ile oksijen saturasyonu %90'dan az ise oksijen desteği verilmelidir. Morfin türevi analjezikler ile şiddetli ağrı giderilmelidir (3). Akut karın ağrısının spesifik nedenlerinin tedavisi, ilgili özel bölümlerde ele alınacaktır.

KAYNAKLAR

1. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ (2021). *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease 11e* (Vol. 1, s.144-157) Elsevier.
2. Kendall, J. L., & Moreira, M. E. (2017). Evaluation of the adult with abdominal pain in the emergency department. *UpToDate*.(level 5).
3. Tham TCK, Collins JSA, Soetikno R (2016). *Gastrointestinal emergencies*. 3e. (s.19-24). Wiley Blackwell
4. Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Longo, D., Jameson, J., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine, 19e* (Vol. 1, s. 81-85). Mcgraw-hill.
5. Penner, R. M., Fishman, M. B., Sumit, R., & Majumdar, S. R. (2019). Causes of abdominal pain in adults. *UpToDate*. com, updated, 17.
6. Natesan S, Lee J, Volkamer H, Thoureen T. Evidence-Based medicine approach to abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2016;34(2):165-190.
7. McNamara R, Dean AJ. Approach to acute abdominal pain. *Emerg Med Clin North Am*. 2011;29(2):159-vii.