

Ertuğ GÜNŞOY¹

Acil servise sık başvuru şikâyetlerinden biri de karın ağrısıdır. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2012 yılında yapılan bir çalışmada 10 milyondan fazla olan tüm acil servis başvuruların içerisinde oranı %7.9 olarak bulunmuştur (1). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer (% 6-11) sonuçlar mevcuttur (2,3).

Hepatobiliyer USG'nin acil servis pratiğinde ilk tanı aracı olarak uygulanması, üst kadranda ağrısı olan hastalarda medikal ve cerrahi patolojilerin ayırımında önemli bilgiler vermektedir (4). Acil hekimlerince yapılan safra kesesi USG'sinin hastaların acil serviste kalış sürelerini de kısalttığı gösterilmiştir (5). Acil serviste yapılan çalışmalarda akut kolesistit tanısında USG'nin duyarlılığı %86 (%78-94) ve özgüllüğü %71 (%66-76); LR+ 3.23 (1.74-6.00) ve LR- 0.18 (0.10-0.33) olarak saptanmıştır (6). Ayrıca akut kolesistit tanısı için acil hekimi tarafından uygulanan yatak başı USG sonuçları, radyoloji hekimleri tarafından yapılan USG sonuçlarına benzerdir (7). Yanlış yorumlamadan kaçınmak için normalin varyasyonları olan görüntüleri tanıyabilmek önemlidir. Bir acil hekimi USG eğitimi alıp, 25 defa sağ üst kadranda ağrısına sonografik değerlendirme yaptıktan sonra klinik olarak yetkinliğe erişmekte olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (8).

Özellikle inflamasyonun akut döneminde, yaşlı hastalarda, diyabetik hastalarda, özetle fizik muayenenin güvenilir olmadığı hasta grubunda batın USG ön tanıyı desteklemekle birlikte, klinisyeni ayırıcı tanılara yönlendirebilmektedir. Hedefe yönelik batın USG tanı kesinliği açısından acil serviste klinik karar verme üzerinde etkilidir (9). Yüksek klinik olasılıklı bir akut kolesistit şüphesinde, yüksek doğruluğu, düşük maliyeti, hastaya zarar vermemesi ve hazır bulunabilirliği nedeniyle üst kadranda ağrısı olan hastada, USG ilk seçilecek görüntüleme yöntemi olmalıdır (10).

KLİNİK ENDİKASYONLAR

Başlıca endikasyon olan *sağ üst kadranda ağrısı* yanı sıra *epigastrik ağrı, sarılık veya açıklanamayan bulantı, kusma* yakınması ile başvuran hastalarda akut kolesistit, biliyer kolik, koledokolitiazis, karaciğer hastalığı, peptik ülser, piyelonefrit, ürolitiazis ve vasküler hastalıklar gibi patolojik durumlar ayırıcı tanıda yer alacaktır.

ANATOMİ

Karaciğer sağ üst kadranda diyaframın hemen altında yer alır. Sağ ve sol lob olmak üzere 2'ye

¹ Uzm. Dr. Ertuğ GÜNŞOY, Van Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Bölümü gunsoyertug@gmail.com

TUZAKLAR

- Doudenal hava safra kesesini görüntülemeyi zorlaştırabilir.
- Renal kistler safra kesesi ile karışabilir.
- Perikolesistik sıvı, batında asit yapan durumlarda ya da kalp yetmezliğinde görülebilir.
- Kalp yetmezliğinde safra kesesi duvar kalınlığı artmış olabilir. Hepatit, siroz, hipoproteinemi, sepsis ve HIV'li hastalarda kese duvar kalınlığı artmış olabilir.
- Duvar eko bulgusu safra kesesi görüntülenmesini zorlaştırabilir.

KAYIT

Ön tanı veya tanıları için anlamlı bulguların varlığı veya yokluğu, ölçüm sonuçları patolojiyi veya normal yapıyı gösteren uygun kesitlerle muhakkak hasta dosyasına kaydedilmelidir. Kayıt esnasında 'normal'tanımlaması kullanmaktan mümkün olduğunca kaçınılmalı, endikasyon ve görüntülemenin kısıtlılıkları da not düşülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Center for Health Statistics N. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2012 Emergency Department Summary Tables. Accessed October 24, 2018. http://www.cdc.gov/nchs/ahcd/ahcd_survey_instruments.htm#nhamcs.
2. Zeytin AT, Cevik AA, Acar N, Kaya S, Ozcelik H. Characteristics of Patients Presenting to the Academic Emergency Department in Central Anatolia. *Turkish J Emerg Med.* 2014;14(2):75-81. doi:10.5505/1304.7361.2014.91489
3. Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Demographic properties of patients presenting to the emergency department in Turkey. *Turkish J Emerg Med.* 2005;5(1):005-013. Accessed November 4, 2018. <https://www.turkjemergmed.com/abstract/506>
4. Revzin M V., Scoutt LM, Garner JG, Moore CL. Right Upper Quadrant Pain: Ultrasound First! *J Ultrasound Med.* 2017;36(10):1975-1985. doi:10.1002/jum.14274
5. Blaivas M, Harwood RA, Lambert MJ. Decreasing length of stay with emergency ultrasound examination of the gallbladder. *Acad Emerg Med.* 1999;6(10):1020-1023. Accessed November 3, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10530660>

6. Jain A, Mehta N, Secko M, et al. History, Physical Examination, Laboratory Testing, and Emergency Department Ultrasonography for the Diagnosis of Acute Cholecystitis. *Carpenter CR, ed. Acad Emerg Med.* 2017;24(3):281-297. doi:10.1111/acem.13132
7. Summers SM, Scruggs W, Menchine MD, et al. A Prospective Evaluation of Emergency Department Bedside Ultrasonography for the Detection of Acute Cholecystitis. *Ann Emerg Med.* 2010;56(2):114-122. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.01.014
8. Gaspari RJ, Dickman E, Blehar D. Learning Curve of Bedside Ultrasound of the Gallbladder. *J Emerg Med.* 2009;37(1):51-56. doi:10.1016/J.JEMER-MED.2007.10.070
9. Bassler D, Snoey ER, Kim J. Goal-directed abdominal ultrasonography: impact on real-time decision making in the emergency department. *J Emerg Med.* 2003;24(4):375-378. Accessed November 3, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12745037>
10. Shekarchi B, Hejripour Rafsanjani SZ, Shekar Riz Fomani N, Chahardoli M. Emergency Department Bedside Ultrasonography for Diagnosis of Acute Cholecystitis: a Diagnostic Accuracy Study. *Emerg (Tehran, Iran).* 2018;6(1):e11. Accessed October 23, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29503836>
11. Bachar GN, Cohen M, Belenky A, Atar E, Gideon S. Effect of aging on the adult extrahepatic bile duct: a sonographic study. *J Ultrasound Med.* 2003;22(9):879-882; quiz 883-885. Accessed November 13, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14510259>
12. van Breda Vriesman AC, Engelbrecht MR, Smithuis RHM, Puylaert JBCM. Diffuse Gallbladder Wall Thickening: Differential Diagnosis. *Am J Roentgenol.* 2007;188(2):495-501. doi:10.2214/AJR.05.1712
13. Smith EA, Dillman JR, Elsayes KM, Menias CO, Bude RO. Cross-Sectional Imaging of Acute and Chronic Gallbladder Inflammatory Disease. *Am J Roentgenol.* 2009;192(1):188-196. doi:10.2214/AJR.07.3803
14. O'Connor OJ, Maher MM. Imaging of Cholecystitis. *Am J Roentgenol.* 2011;196(4):W367-W374. doi:10.2214/AJR.10.4340
15. Pazzi P, Gamberini S, Buldrini P, Gullini S. Biliary sludge: the sluggish gallbladder. *Dig Liver Dis.* 2003;35 Suppl 3:S39-45. Accessed June 18, 2019. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12974509>
16. Kratzer W, Fritz V, Mason RA, Haenle MM, Kaechele V. Factors Affecting Liver Size. *J Ultrasound Med.* 2003;22(11):1155-1161. doi:10.7863/jum.2003.22.11.1155