

Bölüm 15

Gebelikte Akut Abdominal Ağrı



*İbrahim Tayfun ŞAHİNER¹
Murat KENDİRCİ²*

Giriş

Gebelerde meydana gelen akut karın tablosu hem tanı hem de tedavi sürecinde çeşitli zorluklar içermektedir. Bilindiği üzere akut karın saatler içerisinde ilerleyen karında ağrı, huzursuzluk, müsküler rijidite ile seyredip acil cerrahi girişim gerektirecek durumları ifade etmektedir. Akut karın durumunda semptomlar dakikalar içinde artış gösterebileceği gibi, birkaç gün boyunca yavaş yavaş kendini belli edebilir [1]. Bu durum normal popülasyonda dahi tanı ve tedavide zorluklara yol açarken, gebelik gibi insan fizyolojisinin değişiklik gösterdiği ve buna bağlı olarak tanınal birçok testte yanılma payında artış ve görüntüleme kısıtlılık meydana getiren durumlarda klinisyen için zor bir karar verme sürecine neden olmaktadır[2].

Gebelikte görülen akut karın semptomları gebelik ile ilişkili olabileceği gibi, gebelik dışı birçok nedene bağlı olabilmektedir. Gebelik nedeniyle fizyolojide meydana gelen değişiklikler akut karın gelişme riskinde artışa neden olmaktadır (Tablo 1). Genel popülasyonda gebelik hali bulunan bir kadının gebelik süresince %0,5-2 gastrointestinal sistem hastalıkları nedeniyle cerrahi tedavi gereksinimi olmaktadır [1].

¹ Doç. Dr. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, tayfunsahiner@gmail.com

² Doç. Dr. Hitit Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi AD, muratkendirci@gmail.com



Gebelik döneminde Manyetik rezonans görüntüleme (MR) iyonize radyasyon içermemesi nedeni ile ve yumuşak dokudaki üstünlüğü nedeni tercih edilebilir. 1,5 T ve altındaki MRG tüm trimesterlerde güvenlidir. 3T MRG ise güvenliği henüz ispatlanmamıştır.

Gebelikte Laparoskopi

Geleneksel olarak gebelik döneminde açık cerrahi tercih edilmektedir. Gebelik döneminde büyüyen uterus nedeni ile trokar nedenli yaralanma, uygulanan karbondioksit insuflasyonu nedeni ile fetal asidoz gibi istenmeyen etkiler veya artmış intraabdominal basınç nedeni azalmış maternal venöz dönüş gibi endişelerle laparoskopi çok da tercih edilmemektedir. Oysaki yıllar geçtikçe laparoskopinin yaygın kullanımı ve cerrahların artan deneyimleri ile gebelik döneminde laparoskopik cerrahi uygulamaların uygulanabilir, güvenli ve etkili olduğu kabul edilmeye başlanmıştır. Fetusa ek risk getirmeden non-obstetrik akut karın tedavisinde güvenle laparoskopik teknik kullanılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur [16]. Daha önceleri ikinci trimesterde laparoskopi önerilirken son dönem kanıtları herhangi bir gebelik döneminde güvenle laparoskopi yapılabileceğini göstermiştir.

Uterin hipoperfzyon riskini azaltmak ve maternal pulmoner hasar riskini azaltmak için önerilen insuflasyon basıncı 8-12mmHg'dir. Ayrıca açık teknikte trokar yerleştirilmesi ya da Veres iğnesinin Palmer noktasından yerleştirilerek insuflasyonun yapılması da olası yaralanma riskini azaltacaktır. Gereksiz uterus manipülasyonlarından da kaçınmak gereklidir. Bu güvenli cerrahi girişim uyarıları göz önüne alındığında gebeliğin her döneminde laparoskopi hem anne hem de fetus için güvenlidir. Yakın zamanda 20000 hastalık bir çalışmada açık cerrahinin 3 kat daha fazla obstetrik istenmeyen sonuçlara neden olduğunu göstermiştir [17].

Kaynaklar

1. Malangoni MA. Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; **32**: 181-200.
2. Zachariah SK, Fenn M, Jacob K, Arthungal SA, Zachariah SA. Management of acute abdomen in pregnancy: current perspectives. *Int J Womens Health* 2019; **11**: 119-34.
3. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; **27**: 791-802.
4. Lawson M, Kern F, Jr., Everson GT. Gastrointestinal transit time in human pregnancy: prolongation in the second and third trimesters followed by postpartum normalization. *Gastroenterology* 1985; **89**: 996-9.



ANTENATAL BAKIM

5. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr* 2016; **27**: 89-94.
6. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; **131**: 4-12.
7. Bouyou J, Gaujoux S, Marcellin L, Leconte M, Goffinet F, Chapron C, et al. Abdominal emergencies during pregnancy. *J Visc Surg* 2015; **152**: S105-15.
8. Arora D, Bhattacharyya TK, Kathpalia SK, Kochar S, Lele PR. Acute Abdomen in Gynaecological Practice. *Med J Armed Forces India* 2005; **61**: 66-70.
9. Landers D, Carmona R, Crombleholme W, Lim R. Acute cholecystitis in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; **69**: 131-3.
10. Diegelmann L. Nonobstetric abdominal pain and surgical emergencies in pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 2012; **30**: 885-901.
11. Jain C. ACOG Committee Opinion No. 723: Guidelines for Diagnostic Imaging During Pregnancy and Lactation. *Obstet Gynecol* 2019; **133**: 186.
12. Matok I, Levy A, Wiznitzer A, Uziel E, Koren G, Gorodischer R. The safety of fetal exposure to proton-pump inhibitors during pregnancy. *Dig Dis Sci* 2012; **57**: 699-705.
13. Caillouette JC, Merchant EB. Ruptured splenic artery aneurysm in pregnancy. Twelfth reported case with maternal and fetal survival. *Am J Obstet Gynecol* 1993; **168**: 1810-1; discussion 1-3.
14. Pearlman MD, Tintinalli JE, Lorenz RP. Blunt trauma during pregnancy. *N Engl J Med* 1990; **323**: 1609-13.
15. Henderson SO, Mallon WK. Trauma in pregnancy. *Emerg Med Clin North Am* 1998; **16**: 209-28.
16. Gurbuz AT, Peetz ME. The acute abdomen in the pregnant patient. Is there a role for laparoscopy? *Surg Endosc* 1997; **11**: 98-102.
17. Sachs A, Guglielminotti J, Miller R, Landau R, Smiley R, Li G. Risk Factors and Risk Stratification for Adverse Obstetrical Outcomes After Appendectomy or Cholecystectomy During Pregnancy. *JAMA Surg* 2017; **152**: 436-41.