

GEBELİK VE GEBELİK DIŞINDA GENİTAL ORGANLARDAN
KAYNAKLANAN AKUT ABDOMEN

DEMİR, N., ÖNVURAL, A., TOPUZ, A., TOLGAY, E.

ÖZET: Bu çalışmada 1985 ve 1989 yılları arasında kliniğimize başvuran akut abdomen bulguları taşıyan olgular ve bu tabloya yol açan sebepler gözden geçirilmiş ve kadınlardaki akut abdomen bulgularının hem bir genel cerrah ve hem de bir jinekolog tarafından değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

ABSTRACT: Namık DEMİR, Ata ÖNVURAL, Atakan TOPUZ, Engin TOLGAY, Dokuz Eylül University Faculty of Medicine, Department of Gynecology and Obstetrics. Acute abdomen in pregnant and non pregnant women.

In this report, we have reviewed the cases, administered to our department between 1985 and 1989, and the causes of the acute abdomen in pregnant and non-pregnant women. We expressed that every women with acute abdominal symptoms must be evaluated by both a general surgeon and a gynecologist.

Anahtar sözcükler: Akut abdomen, gebelik, jinekolojik nedenler
Key words: Acute abdomen, pregnancy, gynecologic causes

GİRİŞ: Akut abdomen bulguları gösteren genç kadınlarda ve gebelerde tanı koymak oldukça zordur. Çünkü bu hastalarda akut abdomen bulguları yaratacak sebepler arasına (gastrointestinal, üriner, vasküler vb) genital sistem de eklenmiş olmaktadır. Ayrıca gebelikte büyüyen uterusun anatomik yapıyı değiştirmesi, gerilen karın duvarının palpasyonu güçleştirmesi, gebeliğe bağlı semptomların visseral organ rahatsızlık semptomlarını gizlemesi nedeni ile tanı koymak daha da güçleşmektedir.

Akut abdomen bulguları gösteren ve hemen laparotomiye alınan kadınlarda bazı kaynaklara göre %80'lere varan oranlarda her hangi bir bulgu bulunamamaktadır(1). Kadın hastalara gereksiz yapılan laparotomiler üreme fonksiyonlarına zarar vereceği gibi bu hastalarda operasyon sonrası morbidite oranını da %15-20'ye çıkarmaktadır (2).

Yard.Doç.Dr.Namık DEMİR, Prof.Dr.Ata ÖNVURAL, Dr.Atakan TOPUZ, Dr.Engin TOLGAY, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı.

Akut abdomen bulgularına yol açan jinekolojik ve obstetrik hastalıklar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Jinekolojik ve obstetrik kökenli akut abdomen nedenleri.

JİNEKOLOJİK KÖKENLİ AKUT ABDOMEN	OBSTETRİK KÖKENLİ AKUT ABDOMEN
1. Akut Adneksitits	1. Ektopik Gebelik
2. Torulyone Over Tümörü	2. Appendicitis
3. Over Kist Rüptürü	3. Akut Organik intestinal Obstrüksiyon
4. Korpus hemorajikum ve korpus luteum kist torsiyonu	4. Gebelik+Over Tümürleri
5. Subseröz myom torsiyonu	5. Septik abortus
6. Myomda kapsül yırtılması	6. Uterus rüptürü
7. Myoma nedeni ile ileus oluşması	
8. Endometrial Kist rüptürü	
9. Morgagni'nin hydatid kistinin torsiyonu	

Bu çalışmada Anabilim Dalımıza 1985 ve 1989 yılları arasında akut abdomen bulguları ile başvuran olgular retrospektive olarak incelenmiş ve hastaların muayene ve laboratuvar bulguları gözden geçirilerek değerlendirilmiştir.

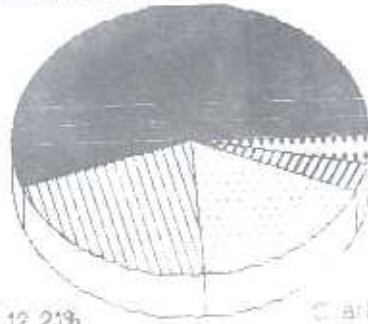
YAZI VE METOD: Bu yazıya 1985 ve 1989 yılları arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'na başvuran hastalar arasından akut batın tanısı konan 58 olgu dahil edilmiştir.

Hasta dosyalarından retrospektive olarak preoperative tanıları, klinik bulguları (defans, rebound, adneksial kitle, adneksial hiperaktivite, Douglas'ta hassasiyet, ektrauterin kanama), laboratuvar bulguları (hemoglobün, hematokrit, lökosit, sedimentasyon, gebelik testi) ve yardımcı tanı yöntemleri (Douglas ponksiyonu) tesbit edildi ve değerlendirildi.

NELER: Akut batın tanısı alan 58 olgu'dan 32'si (%55,2) ektopik gebelik, iki tanesi (%3,4) gebelik, appendicitis tanısı almıştı. Diğer hastalar tamamen jinekolojik nedenlere bağlı idi. Olguların yaşları 14-47 arasında idi. Yaş ortalaması (+/-SD) 28,9±8,24 olarak bulundu. Hastaların preoperative tanı dağılımları incelendiğinde 34 olgunun ektopik gebelik, 12 olgunun ovarial kist torsiyonu, 10 olgunun ovarial rüptürü tanısı aldığı görüldü (Tablo 2). Ektopik gebelik düşünülen olgulardan 2 tanesinde operasyon sırasında akut appendicitis olduğu saptandı. Kalan 32 ektopik gebelik olgusunu ait klinik ve laboratuvar bulgularının dökümü Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 2. Akut abdomen tanısı konan olguların dağılımı

Ektopik Gebelik 32 55%



A. Appendisit 2 3%
Gebel. Appendisit 2 3%

Ovarial Kist Tor. 12 21%

Ovarial Kist Rüp. 10 17%

Tablo 3. Dış gebelik olgularında klinik ve laboratuvar bulguları

KLINİK VE LABORATUVAR BULGULARI	GÖRÜLME SAYISI	GÖRÜLME SIKLIĞI %
DEFANS	18	56.3
ADNEKSİYAL KİTLE	21	65.6
ADNEKSİYAL HASSASİYET	26	81.3
REBOUND	13	40.6
DOUGLAS HASSASİYETİ	20	62.5
Ht %32	11	34.4
LÖKOSİTOZ (> 9000)	16	50.0
SEDİMENTASYON YÜKSELMESİ	4	12.5
(+) FONKSİYON	17	53.1
EKSTRAUTERİN KANAMA	21	65.6
(+) GEBELİK TESTİ	22	68.8

Ovarial kist torsiyonu öntanısı alan 12 hastanın (%20.7) hepsinde tanı operasyonu ile doğrulandı. Bu 12 olguya ait klinik ve laboratuvar bulgularının dökümü Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Kist torsiyonu olgularında klinik ve laboratuvar bulguları

KLINİK VE LABORATUVAR BULGULAR	GÖRÜLME SAYISI	GÖRÜLME SIKLIĞI %
DEFANS	6	50.0
ADNEKSİYAL KİTLE	8	66.6
ADNEKSİYAL HASSASİYET	6	50.0
REBOUND	4	33.3
LÖKOSİTOZ (> 9000)	6	50.0
SEDİMENTASYON YÜKSEKLİĞİ	1	8.3
DOUGLAS HASSASİYETİ	3	25.0

Ovarial kist rüptürü öntanısı alan 10 hastanın (%17.3) hepsinde de tanı operasyonu ile doğrulandı. Bu olgulara ait klinik ve laboratuvar bulguları Tablo 5'de gösterilmiştir.

Tablo 5. Kist rüptürü olgularında klinik ve laboratuvar bulguları

KLİNİK VE LABORATUAR BULGULARI	GÖRÜLME SAYISI	GÖRÜLME SIKLIĞI %
DEFANS	5	50.0
ADNEKSIAL KİTLE	7	70.0
ADNEKSIAL HASSASİYET	6	60.0
LÖKOSİTOZ (9000)	5	50.0
SEDİMENTASYON YÜKSEKLİĞİ	2	20.0
PONKSİYON (+)	4	40.0

Gebelik + A.appendicitis olan iki olgudan biri 16 haftalık diğeri ise 35 haftalık gebe idi. 35 haftalık gebeliği olan olgu'da ateş ve şiddetli kasık ağrısı mevcuttu. Lökositozu ve yüksek sedimentasyonu olan hastaya sectio + appendektomi yapıldı. Operasyonda batının rüptüre appendiks nedeni ile püy ile dolu olduğu gözlemlendi ve 2 gün sonra hastanın bebeği sepsis nedeni ile kaybedildi.

TARTIŞMA: Kadınlarda akut batının ayırıcı tanısında dikkat edilmesi gereken noktaları şu şekilde sıralayabiliriz. Hastadan veya yakınlarından alınacak anamnez önemlidir. Hastanın adet düzeni, son adet tarihi, anormal bir vaginal kanama olup olmadığı, vaginal akıntısının olup olmadığı, bulantı, kusma, iştahsızlığın olup olmadığı, yakınmalarının başlangıç zamanı öğrenilmelidir. Bu sorular hekimi yönlendirmek açısından yararlıdır.

Fizik muayene tanının en önemli basamaklarından biridir. Hastanın genel görünümüne dikkat edilmelidir. Hasta soluk görünümde ya da klinik olarak şokta ise appendicitis'ten çok dış gebelik veya kanayan over kisti düşünülmalıdır. Karın muayenesinde duyarlılığın daha çok kasıklarda veya suprapubik olması olayın jinekolojik kökenli olduğunu düşündürür.

Dış gebelik olgularında karında hassasiyet %81.2, kist torsiyonunda %50, kist rüptüründe %60 oranında saptandı. Adneksial hassasiyet pelvik iltihabi hastalıkta da sıkça rastlanabilecek bir bulgudur. Rebound tenderness dış gebelik olgularında %40.6, kist torsiyonu olgularında %33.3 oranında saptanmıştır. Rebound tenderness ve defans daha ziyade cerrahi olgular lehine olan bulgulardır (1,3).

Rektal muayenede sağda bir hassasiyet söz konusu olduğunda tuba

uterinalar appendikse nazaran rektuma daha yakın olduğundan daha çok salpingitis düşünülür.

Vaginal muayenede adneksial alanda ele kitle gelmesi çok önemli ipucu verir. Adneksial kitle bulgusu, dış gebelik olgularında %65.6, kist torsiyonunda %66.6 ve kist rüptürü olgularında %70 oranında tesbit edilmiştir. Nitekim ektopik gebelik düşünüldüpte operasyonda flegmonöz appendicitis tesbit edilen 2 olguda defans, rebound, hassasiyet ve lökositöz mevcuttu. Ultrasonografide sağ adneksa uyan kitle mevcuttu. Amenore hikayesi vardı ve gebelik testi menfi idi. Bu bulgulara göre ektopik gebelik ön tanısı ile opere edilen hastalarda sağ adneksial kitlenin flegmonöz apendikse ait olduğu görülerek appendektomi uygulandı.

Douglasta hassasiyet jinekolojik acil durumlarda sık rastlanan bir bulgudur. Yapılan değerlendirmede dış gebelik olgularında %62.5 oranında, kist torsiyonu olgularında %5 oranında Douglas hassasiyeti saptandı.

Ekstrauterin kanama dış gebelikte sık rastlanan bir bulgudur. Dış gebelik tanısı konulan hastalarda %65.6 oranında teslim edilmiştir. Köktü kokulu vaginal akıntıda salpingitis ve pelvik iltihabı hastalık olgularında sıktır. Ayrıca serviksın hareketlerine ağrılı oluşu dış gebelik ve salpingitide mevcuttur, ama üriner enfeksiyon ve appendisitide hemen hemen yoktur(1,3,4,).

Laboratuvar bulgularından lokositöz hem genel cerrahi hem de jinekolojik olgularda sıklıkla yüksek olarak bulunur. Yapılan değerlendirmede gerek dış gebelik olgularında gerekse kist torsiyonu ve kist rüptürü olgularında lokositöze %50 oranında rastlanmıştır. Hemoglobin, hematokrit bütün kanamalı olgularda düşük olarak tespit edilir(1). Dış gebelik olgularında hematokrit değeri %34,4 oranında 32'nin altındaydı. Kist rüptürü olgularında hematokrit normal değerdeydi.

Gebelik testi dış gebelik olgularının yaklaşık yarısında müspet bulunur(5). Doğal olarak çok hassas gebelik testleri ve beta HCG ölçümleri çok daha yüksek oranda müspet netice verir. Dış gebelik olgularının %68.8'inde gebelik testi müspetti.

Yardımcı tanı yöntemlerinden ultrasonografi tanı açısından büyük önem taşır. USG de adneksial kitle ile Douglasta sıvının birlikte bulunması %94 doğrulukla dış gebelik tanısı koydurmaktadır. USG de tek başına adneksial kitle görülmesi %80 oranında doğrulukla dış gebelik tanısı koydurmaktadır. Yine ovarial kistlerde de USG ile tanı konulabilmektedir(6).

Lavery ve arkadaşları (7), gebeliğin ilk 20 haftasında inceledikleri 4000 gebenin 94'ünde ultrasonografide sonolücent adneksial kitle saptamışlardır. Bunun büyük olasılıkla Korpus luteum gravidaruma ait olduğunu düşünmüşlerdir.

Douglas ponksiyonu da intraabdominal kanamaların önemli bir tanı aracıdır. Olgularımızda Douglas ponksiyonu dış gebelikte 53.1, kist rüptürü olgularında %40 oranında (+) netice verdi. Douglas ponksiyonu yapılarak elde edilen kanlı sıvıdan hematokrit bakılması da tedavinin konservatif olarak yapılıp yapılamayacağı konusunda bilgi verir. Hibbard (8), douglas ponksiyonu ile elde edilen kanlı sıvıda hematokrit değerini %12 gelmesi halinde hastanın vital bulgularının stabil olması durumunda konservatif tedavi ile hastanın takibini önermektedir.

Ultrasonografi ile kandaki beta HCG düzeylerinin birlikte değerlendirilmeleride çok önemlidir. Nyberg ve arkadaşları (9), modern sonografik cihazlar ile serum beta HCG düzeylerinin 1800 mIU/ml'yi (2nd International Standard) geçmesi halinde gestasyonel kesenin uterus içinde görülebileceğini aksi halde ektopik gebelikten kuşulanılması gerektiğini bildirmişlerdir.

Sonuç olarak akut batın olgularında hastayı hem bir genel cerrahın hem de bir jinekologun değerlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca belirtilen laboratuvar ve yardımcı tanı yöntemlerinden faydalanılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. De Domball, FT.: Diagnosis of acute abdominal pain. Reader in clinical information science. University dept. of surgery Stanford p.18 1980.
2. Chang, FC.; Hoggie, HH; Welling, DR.: The acute abdomen. Am J Surg 1973; 126: 75.
3. Cope, Z.: The early diagnosis of the acute abdomen. 14th Ed. Oxford University Press, Ely House London 1972.
4. Kayabali, İŞ.: Akut karın teğhis yolları ve tedavi ilkeleri. A.Ü.Tıp Fakültesi Basımevi s. 34, 1973.
5. Newton, M.: The acute abdomen an pregnancy. In: Gynecology and Obstetrics Editor: Sciarra Vol. 1, 54: 1 Harper and Row, 1987.
6. Romero, R.: The value of adneksial sonografic findings in the diagnosis of ectopic pregnancy Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 52-55.
7. Lavery, JP.; Koontz, WV; Layman, L. et al.: Sonographic evaluation of the adnexa during early pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1986; 163: 319.
8. Hibbard, LT.: Corpus luteum surgery. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 566.
9. Nyberg, DA.; Filly, RA.; Mahony, BS.; Monroe, S.; Laing, FC; Jeffrey, RB: Early gestation: Correlation of HCG levels and sonographic identification. A.J.R. 1985; 144: 951.