

AKUT KARIN AĞRISI

ASTARCIOĞLU, İ., ASTARCIOĞLU, K., BAYAR, H.

ÖZET : Akut Karın Ağrısı ile ilgili literatür incelendiğinde gerçekte Akut Karın Ağrısı yapabilecek birçok hastalık bulunduğu açıkça görülmektedir. Bu makalede mevcut literatür taranarak bu gerçek tüm açıklığı ile ortaya konmuştur.

ZUSAMMENFASSUNG : ASTARCIOĞLU, İ., ASTARCIOĞLU, K., BAYAR, H. Chirurgische Klinik, Medizinische Fakultät, Universität Dokuz Eylül, İzmir. Akut Abdominal Schmerzen.

Wie literatürausarbeitungen über Akut Abdominal Schmerzen offen ergeben haben, können zahlreiche Krankheitsbilder die Ursache für Akut Abdominal Schmerzen sein. Mit beige fügter Arbeit haben wir die oben genannten Aussagen bekräftigt.

Key words : Acute Abdominal Pain

Anahtar sözcükler : Akut Karın Ağrısı

Akut karın tablosu oluşturan cerrahi patolojilerin etyolojik sınıflandırılması şu şekilde yapılabilir (8) :

1. İLTİHAPLANMAYA BAĞLI OLAN AKUT KARIN

1. Akut Apendisit
2. Akut Kolesistit (safra kesesi perforasyonu, tifoya bağlı olabilir)

(x) Dokuz Eylül Üniversitesi Bilim Haftası'nda bildiri olarak sunulmuştur. Eylül 1985 İZMİR

Doç.Dr.İbrahim ASTARCIOĞLU, Prof.Dr.Kemal ASTARCIOĞLU, Dr.Halit BAYAR.
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı.

3. Akut Pankreatit
4. Peptik Ülser perforasyonu
5. Kolonun divertiküler hastalığı, daha nadiren jejunal divertikülit ve Meckel Divertikülüti
6. Akut Mezenter Lenfadeniti
7. Karaciğer absesi (piyon ve amip abseleri)
8. Dalak Absesi
9. Akut obstrüktif süpüratif kolanjit
10. Karın içi abseler (subfrenik,subhepatik,dalak ve pankreas lojları, pelvik abseler)
11. Tifoysa bağlı ince barsak perforasyonu
12. Akut iltihabi jinekolojik hastalıklar
13. Akut iltihabi ürolojik hastalıklar
14. Bazı özel peritonitler (primer peritonit, tbc peritonit, granülatöz peritonit, şilöz peritonit)

2. İNTRAABDOMİNAL İÇİ BOŞ ORGANLARIN (MİDE,İNCE VE KALIN BARSAK) MEKANİK TIKANMAŞINA BAĞLI AKUT KARIN

1. MEKANİK TIKANMA

A. Lümene bağlı nedenler

- a. Fekal impaktion
- b. Safra taşı ileus
- c. Yabancı cisim
- d. Askaris, tenia gibi parazitler

B. Barsak duvarının intrinsek lezyonları

- a. Tümör
- b. Darlıklar-----Crohn hast
-----Radyasyon koliti
- c. İntususepsiyon

C. EKSTRENSEK KOMPRESYON

- a. Fıtıklar
- b. Yapışıklıklar, bridler
- c. Volvulus (sigma, çekum, mide)

II. STRANGÜLASYONLU OBSTRÜKSİYONLAR

(Barsak segmentinin vasküler yapılarının da tıkanmış olması ve ilgili segmentte gangren,nekroz ve perforasyon oluşması ile birlikte mekanik tıkanma)

Sıklıkla ekstrensek kompresyonlarda ve intususepsiyonda görülür.

III. PARALİTİK (Adinamik)İLEUS

- A. Postoperatif,posttravmatik.
- B. Peritonitis
 - a. Kimyasal -- Kan
-- Safra ve mide sıvısı

b. Bakteriyel

c. Vasküler Oklüzyon (A.M.S. emboli ve trombozu)

D. Hipokalemi

E. Üremi

3. ABDOMİNAL AORTA VE DALLARININ AKUT VE KRONİK HASTALIKLARINA BAĞLI AKUT KARIN

1. KANAMA

- a. Abdominal apopleksi
- b. Dış gebelik rüptürü
- c. Aorta abdominalis anevrizmasının yırtılması veya sızdırması
- d. A.Lienalis anevrizması rüptürü

2. AKUT VASKÜLER OKLÜZYON

- A. Mezenterika superior embolisi veya trombozu

4. KARIN TRAVMALARINA BAĞLI AKUT KARIN

- A. Parankimal Organlar : Karaciğer
Dalak
Pankreas
Böbrek yaralanmaları

B. İçi boş organlar : Mide-barsak kanalı, safra kesesi, karaciğer dışı safra yolları, üreter, mesane yaralanmaları.

C. Organları birleştiren ara dokular (Barsak mezoları vasküler yapılar)

Yukarıda saydığımız patolojilerin hemen hepsi cerrahi girişimi gerektiren patolojilerdir. Gerek bu hastalıkların gerekse akut karın tablosunu taklid eden dahili patolojilerin hepsinin ortak klinik özelliği vardır (8). Pratisyen hekimler olsun, cerrahi uzmanlık biriminde çalışan uzmanlık öğrencileri olsun, cerrahi ya da dahiliye uzmanları olsun pratik yaşamlarında akut karın ağrısı ile çok sık karşılaşsınlar ve akut karın ağrısının ayırıcı tanısını mümkün olduğu kadar üst düzeyde doğru oranda ve erken yapma sorumluluğunu taşırlar (3). Akut karında temel soru şudur: Akut karın ağrısının altında yatan patoloji nedir ? Bu sorunun yanıtlanabilmesi için önce Akut Karın Ağrısının açık tanımını yapmamız gerekir.

Akut karın ağrısı; erkek ya da kadın olsun, bir hastanın hekimine o ana kadar tanı konulmamış, bir haftadan kısa süreli karın ağrısı ile başvurması anlamını taşır.

Literatür incelendiğinde gerçekte akut karın ağrısı yapabilecek yüzlerce hastalık bulunduğu açıkça görülmüştür. Gerçekten de, hiç bir zaman akut karın ağrısı ile bulunmayan herhangi bir sistemik hastalık bulmak zordur (2). Dünya Gastroenteroloji Örgütü Araştırma Komitesinin yaptığı, Avrupa ve Kuzey Amerika'da bulunan 20 kadar hastaneden toplanan 6000 den fazla olguyu içeren bir dizinin sonuçları aşağıdaki tablo da verilmiştir.

World Organisation Of Gastroenterology (OMGE) Research Committee'nin akut karın ağrısı ile ilgili çalışması (3):

TABLO 1

GRUP	Olgu Sayısı	%
Non-spesifik karın ağrısı	2623	43.0
Akut apandisit	1476	24.1
Akut kolesistit	541	8.9
İnce barsak tıkanması	242	4.0
Renal kolik	209	3.4
Peptik Ülser perforasyonu	172	2.8
Akut pankreatit	138	2.3
Akut divertiküler hastalık	128	2.1
Tüm diğer nedenler	568 x	9.3

x Çoğunlukla jinekolojik olmakla birlikte, çoğu kolonda olan 100 ün üzerinde kanser

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda en sık konulan son tanı "nonspesifik karın ağrısı" olarak sınıflandırılmaktadır. İkinci sık tanı akut apandisit'tir. İkisinin toplamı %67 yi bulmakta. Başka bir deyişle bu dize göstermektedir ki eğer bir hastanede çalışıyorsanız akut karın ağrısı sorunuyla size başvuran hastaların 2/3 ünde karşınızda basit bir sorun bulunacaktır. Hastanın APANDİSİTİ var mı yok mu? Akut kolesistit olgularını da eklediğinizde sadece bu üç hastalığı güvenli bir şekilde birbirinden ayırt edebiliyorsanız hemen hemen %80 dolayında bir tanı kesinliği ortaya koyabiliyorsunuz demektir (3).

Akut karın ağrısına yol açabilecek birçok neden olmakla birlikte, hergünkü rutin uygulamada karşılaşılabileceklerimiz bunlardır. Akut karın ağrısını öğrenirken dikkatinizi yoğunlaştıracağınız veya ilk düşüneceğiniz hastalıklar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (3):

TABLO 2

HASTALIK GRUBU	OLGU SAYISI	%
APANDİSİTİT	279	50.5
KOLESİSİTİT	145	26.3
	42	7.6

İnce barsak tıkanması	20	3.6
Peptik Ülser perforasyonu	17	3.1
Pankreatit	16	2.9
Divertiküler Hastalık	11	2.0
Çeşitli	22	4.0

Bu oranlar çalışılan birimler ile de ilgilidir. Bir genel cerrahi uzmanlık biriminde de ilk üç sıra değişmiyor.

Aile hekimlerinin doğrudan doğruya hasta yatırabildiği bir genel cerrahi biriminde olguların tanıya göre dökümü şöyledir (3) :

TABLO 3

HASTALIK GRUBU	OLGU SAYISI	%
NSKA	532	53.3
Apandisit	167	18.8
Kolesistit	69	7.0
İdrar Yolu Sorunları	55	5.6
Jinekolojik Sorunlar	49	5.0
İnce Barsak Tıkanması	31	3.2
Peptik Ülser Perforasyonu	27	2.8
Pankreatit	16	1.7
Divertikül Hastalık	13	1.4
Çeşitli	12	1.3

Tabloda görüldüğü gibi NSKA artıyor, ürolojik ve jinekolojik sorunları artıyor (%10)

Burada apandisit dendiği zaman histopatolojik inceleme ile kanıtlanmış akut apandisit anlaşılır. Kronik, subakut, homurdanan apandisit tanıları tamamen spekülatif (kurgusal) deyimlerdir (3).

Non-Spesifik Karın Ağrısı : En sık hastaneye yatırılma nedenleri arasında erkeklerde 10., kadınlarda 6.dır. Hiç bir zaman herhangi ciddi ya da kesin nedene bağlanamayan kısa süreli, kendisi ile sınırlı, objektif bir kanıt ile belirlenemeyen, hiçbir zaman daha ileri bir tanı konulmayan, kendiliğinden yatışan bir tür tablodur.

Bu arada ne anlama gelirse gelsin nonspesifik karın ağrısı, hastanın bir akut apandisit, ülser perforasyonu, ince barsak tıkanması ve renal koliki olmadığını gösterir (Cerrahi girişimin gerekli olmadığı anlaşılır). Bu grubun kesin tanısal belirlenmesi yapılabilmesi için patoloji gibi bir altın standarttan yoksunuz (2).

LEEDS' deki bir hastaneye başvuran 532 NSKA 13 hastanın dökümü :

TABLO 4

HASTALIK GRUBU	HASTA SAYISI
Dispepsi	89
Kabızlık	29
Dismenore	13
Mezenter adenitis	42
Enterit	25
Diğer/Bilinmeyen/Tanı konmamış	334

Genel Cerrahi servisinde çalışan klinisyen Tablo 2 den anlaşılacağı gibi hastalarının 3/4 ünden fazlasında "apandisit mi değil mi" yani "hastayı ameliyata almalı mı almamalı mı" sorusu, acil serviste çalışan cerrahın ise tablo 3 den anlaşılacağı üzere Ürolojik ve jinekolojik hastaları daha sık gördüğünden hasta hastaneye yatırılmalı mı, yatacaksa hangi serviste yatmalı, akut appendisit evine gönderilirse ölüm, salpenjit genel cerrahi servisine gönderilirse negatif laparotomi olasılığı gibi sorunları vardır (3).

Pratisyen olarak çalışanların ise sorunu daha başkadır (Tablo 4). Hasta bir hastaneye gönderilmeli mi, hastayı tekrar ne zaman görmek gerekir, basit tedaviler verilmeli mi ve verilecekse ne? Bu durumda hastanede çalışan bir hekim NSKA ile karşılaşıyorsa bu pratisyen hekimin gönderdiği olguların ancak %10 undan biri olduğunu hatırlaması gerekir. Geri kalan %90 ını kendisi başedebiliyor demektir.

Hastaya yaklaşımda hiç bir zaman determinist (belirleyici) olmayıp, probabilist (olasılayıcı) olmalıyız. Evet ilk önce 3/4 ile uğraşalım.

Akut Appendisit mi, yoksa NSKA mı ?

Birçok ders kitabında akut appendisitinin semptom ve bulguları belirtilir. Fakat bu bulguların birçoğu akut appendisiti olmayan hastalarda da görülür. Maalesef halen elimizde akut appendisiti kesin olarak tanımada işimize yarayacak altın test yoktur. Amaç doğru tanı yüzdesini %80-90 lara çıkarmak ve negatif laparatomileri mümkün olduğu kadar azaltmak ve appendiksleri perfore olmadan ameliyata alabilmektir (1).

Geniş bir hasta dizesindeki bulgular ise şöyledir :

TABLO 5

	Apandisitli		NSKA'lı	Yorum
	Hasta % si			
Sağ alt kadranda ağrı	74	29		Yararlı
Hareketle artma	57	9		Çok yararlı
Kusma	72	49		İlgi çekici, ama pek yararlı değil

Akut appendisitte karın ağrısı %74 oranında sağ alt kadranda, geri kalandaki ise çoğunlukla ağrı karının alt yarısında ya da hâlâ orta kısımda kalmıştır.

Bu ağrının kesin ayrıntıları vardır.

a. Apandisitli hastaların odaksal ağrıları olma olasılığı daha fazladır.

b. Apandisitli hastalarda bel ağrısı enderdir. Gerçekte renal kolikli hastaların ise %80 inde sağ ya da sol bel ağrısı olur.

c. Apandisitli hastalarda zaman içinde yer değiştiren ağrı olasılığı daha yüksektir. Apandisit ağrısı bir orta barsak kolikliği olarak göbük çevresinde başlar, lokal periton enflamasyonu başladığında sağ alt kadrana geçer (3,6).

Ağrı Tipi : Sıklıkla kolik tarzında başlar ve daha sonra süreklilik kazanır. Akut apandisiti olmayan hastaların %20 sinde de aynı durum olur. Ancak hastaneye baş vuran bir hasta son birkaç saatte, bir süre için, ağrısının tamamen geçtiğini söylerse (o anda ağrısı olsa bile) apandisit olasılığı düşüktür (%5) (3-6).

Ağrıyı arttıran etmenler : Hareket ya da öksürme ya da her ikisi ile birden şiddetlenen ağrı vardır (3).

İştahsızlık-Bulantı-Kusma : Üçünün birden olması akut apandisit lehine bir bulgudur. Barsak alışkanlıklarında değişiklikler fazla bir şey ifade etmez. Yarısı son 48 saatte konstippedir, %10 unda diare vardır, %15 in azında miksiyon şikayeti vardır.

Özgeçmiş : Benzer ağrı hecmelerinin daha önce geçirilmiş olması apandisit aleyhine, geçirilmiş bir karın ameliyatı apendektomi yapılmıştır rahatlığına hekimi sokmamalıdır (3,6).

Nabız,Ateş,Solunum :

Histolojik olarak kanıtlanmış akut apandisitli ve NSKA'lı 100 er hastada nabız ve solunum düzeylerinin karşılaştırılması (3).

TABLO 6

	Akut apandisit	NSKA
	Ortalama \pm	Ortalama \pm
	Standard sapma	Standart sapma
ATEŞ (C°)	37.6 \pm 0.7	37.0 \pm 0.6
NABİZ (Vuruş/dk)	96.0 \pm 16.0	90.1 \pm 14.2
SOLUNUM (Soluk/dk)	21 \pm 4.0	21.9 \pm 2.1

Bu değerlere fazla güvenmememiz gerekir.

Yüzde kızartma ve kızdırma : Hastaneye gelen hastaların yarısından fazlasında yüz kızarıklığı vardır (Normale yakın bir ateşi olan çocuklarda özellikle).

Karın Muayenesi :

Duyarlılık : Sağ alt kadranda odaksal duyarlılık apandisit lehine, daha diffüz bir duyarlılık NSKA lehinedir. Lomber duyarlılık apandisitinin kuvvetle aleyhinedir. Defans ve geri tepen duyarlılık : Bu iki bulgunun birlikte varlığı apandisit olasılığını 30 kat arttırır. Olmaması NSKA lehinedir. Fakat oldukça sık ikisinden biri bulunacaktır. NSKA lı hastaların da %21 kadarında geri tepen duyarlılık vardır. Bu özellik negatif laparotomileri açıklar.

Rijidite : Hastaların ancak %15inde bulunur. Fakat bulunduğunda çok ciddi bir bulgu olarak değerlendirilmeli çünkü parietal peritonun inflamasyonunu gösterir.

Rectal Muayene : Sol tarafta olmanak kaydıyla sağda duyarlılık aranacak. Muayeneye soldan başlanmalıdır.%25 olguda olumludur (3,7,9).

Apandisit ile NSKA'nın karşılaştırılması

KLİNİK ÖZELLİK	AKUT APANDİSİT lehine	NSKA lehine
1. Ağrının Yeri	Orta çizgide sağ alt kadrana alt kadrana doğru göç eder da diffüzdür	Daima sağ
2. Ağrıyı artıran etmenler	Hareket ve Öksürük	Hiçbiri
3. Bulantı, kusma, iştahsızlık	Üçü de genellikle var	Biri ya da fazlası yoktur
4. Renk	Yüzde kızarıklık	Normal ya da soluk
5. Duyarlılık	Odaksal, sağ alt kadranda	Daha diffüz
6 Geri tepen duyarlılık ve defans	Her ikisi de var	Her ikisi de yok
7. Rektal muayene	Sağ tarafta duyarlılık	Duyarlılık ya diffüz ya da yok

7 bulgudan hiçbiri yoksa apandisit değildir.

İkisi varsa hastaneye yatırılabilir fakat çoğunda apandisit çıkmaz

3 ü varsa hasta muhakkak hastaneye yatırılmalı. Büyük ihtimal appendektomi geçirecek.

4 ü varsa en kısa sürede ameliyat edilmelidir (3,6).

Çoğu kişinin bu konuda tanı kesinliği %50-70 civarındadır.

Laboratuvar İncelemeler :

"Apandisit kuşkuşu" bulunan hastalara tanı koymada total lökosit sayısının saptanmasının değeri (3) :

TOTAL LÖKOSİT SAYISI	APANDİSİT OLASILIĞI (%)
8000'e kadar	4.5
8000-10.000	7.0
10.000-12.000	17.6
12.000-15.000	36.4
15.000 ve yukarısı	66.7

Özel incelemelerin işi yüklü acil serviste akut karın ağrılı hastalara ilişkin kullanımları (1)

TABLO 9

a. Kullanılan test	Testin istendiği hastaların tümü % oranı
"Tam kan sayımı"	52
Direkt karın grafisi	46
İdrar tahlili	37
Serum elektrolit ve Üre değerleri	23
Serum amilaz	20
Tüm diğer testler	5
b. Yararlılık	Görülen tüm hastalıklar
Klinik temelde doğru tanı, testlerle değişmemiş	60
" " yanlış " " "	25
Başlangıçta yanlış tanı, incelemeler ile düzeltilmiş	14
" " doğru " " " (yanlış olarak) değiştirilmiş	1

AKUT KOLESİSİTİT :

Akut kolesistit derken hastaneye akut karın ağrısı ile başvurmuş ve o sırada ya da birkaç hafta sonra çıkartılan materyelin histopatolojik muayenesi ile safra kesesinin hastalıklı enflame olduğu gösterilmiş olmalıdır (2). %90 taş ile (safra ile) beraberdir. Tifo ya da poliarteritis nodosa gibi başka bir hastalıkla birlikte de nadiren bulunabilir. Taşlı kolesistitli kişilerin akut kolesistit geçirme olasılıkları ise %3-10 arasındadır.

Şimdilerde akut kolesistite akut appendisit muamelesi yapılmasının önemli bir yararı bu hastaların klinik seyirlerinin daha iyi ortaya konmasını sağlamıştır (2).

Anamnez : Genellikle hastalar kadındır. Yaş olarak %10 u 40 yaşın altında, %20 si 50 yaşın altındadır. Yarısı 60 in üzerinde, 1/3 ü 70 in üzerindedir.

Ağrı : Sağ üst kadranda lokalize şiddetli ağrı akut kolesistit lehinedir. Böyle şiddetli bir ağrı bu lokalizasyonda (pankreatit safra taşı, tek tük basit dispepsi, KC tm.i ve kolesistektomi sonrası koledok taşından ötürü) olur. Ancak hastaların %50 sinde böyle lokalizasyonlu ağrı olur, diğer yarısında, karın üst yarısında veya müphem yaygın ya da karın sağ yarısınca diffüz ağrı vardır (2).

Solunumla özellikle sağ üst kadrana lokalize bir ağrının artması akut kolesistit lehinedir. Son bir iki günde intermitan bir ağrı (2 saatlik aralıklı) bizi pankreatik ve ülser perforasyonundan uzaklaştırır.

Bulantı-kusma-iştahsızlık vardır. Ayırıcı tanıda önemli değildir. Sarılık ve daha önce benzer ağrılı hecmeler geçirmesi, idrarın koyulaşması ve gaitanın soluklaşması akut kolesistit lehine değerlendirilebilir. Ağrı sıklıkla ve oldukça şiddetlidir. Hasta rahatsızdır, siyanozu dahi olabilir. 1/4 hastada sarılık vardır (2-3).

Karın İnspeksiyonu : Daha sık olarak hasta sırt üstü hareketsiz yatar. Karın hareketleri karının üst kısmında olmak üzere hareketsizdir (2,3,8).

Duyarlılık : Sağ Üst kadranda odaksal bir duyarlılığı varsa akut kolesistit olasılığı çok yüksektir. Yarısında geri tepen duyarlılık vardır.Yarısında defans vardır. Benzer oranda rijidite vardır.Bu nedenle yerini saptamak,varlıklarını saptamaktan daha önemlidir. Hemen yarısında palpasyonla hissedilen bir kitle vardır. (sağ Üst kadranda). Murphy pozitif varlığı akut kolesistit lehine kuvvetli bir bulgu olup yokluğu patolojiyi reddettirmez (KC tm.saklı bir konjestif yetmezlik, safra taşı pankreatiti, basit dispepsilerde pozitif olabilir) (7,8,9).

Ayırıcı Tanı : Hemen hepsi ile karışabilir.

KOLESİSTİT VE APANDİSİT :

Bu sorun genellikle karın sağ tarafında müphem bir ağrıdan yakınan orta yaşlı kadın bir hasta ile karşılaştığınız zaman ortaya çıkar.

- Duyarlılık lokalize edilmeye çalışılır. Edilemiyorsa erişkinde kolesistit ihtimali iki misli daha fazladır diye düşünülür.
- Hareketle artan ancak inspirasyondan etkilenmeyen bir ağrı ise akut appendisit lehinedir.
- Sarılık akut kolesistit lehinedir.
- Daha önce benzer hecmeler akut kolesistit lehine 4 misli fazladır.
- Alt kadrarlarda pozitif geri tepen duyarlılık akut appendisit lehine,Üst kadrarlarda akut kolesistit lehinedir (2).
- Murphy akut kolesistit lehinedir (2).

KOLESİSTİT VE BASİT DİSPEPSİ :

Zaman zaman nispeten akut Üst karın semptomları ile birlikte geçmişlerinde gaz ya da dispepsi şikayetleri olan hastalar acil servislere başvurabilir. Böyle bir durum ile karşılaştığımızda sorunun akut kolesistit açısından aydınlanması gerekir. Çünkü bu durumda hastayı yatırmanız gerekecektir.

— Dispepsi ekzaserbasyonu ile başvuran hastaların çoğu 30 un altında erkek, akut kolesistitlilerin ise çoğu 60 civarında ve kadındır.

— Ağrı ya da duyarlılık akut kolesistitte sağ üst kadranda lokalize olma eğiliminde, diğerinde ise daha çok epigastriumdadır.

— Hastalığın görünürdeki şiddeti önemlidir. Sakıntılı ve solgun görülmeyen, terlemeyen hastalar dispeptik, şiddetli sürekli ağrısı olan açıkça sıkıntılı, soluk ya da terleyen hastalarda akut kolesistit bulunma olasılığı fazladır.

— Basit dispepsisi olan hastaların %10 unda Murphy pozitif olabileceği akıldaki tutulmak kaydı ile sarılık ve mурphy müspet akut kolesistit lehinedir (2).

KOLESİSTİT VE SAFRA TAŞLI AKUT PANKREATİT :

En zor ayırımıdır. Gerçek sorun akut kolesistit ile safra taşı olmayan akut pankreatitin ayırımıdır (alkolik ve idiyopatik).

Yapılacak incelemeler : Serum amilaz değerleri,direkt karın grafisi (perodrasyon, obstrüksiyon açısından). Radyoopakt safra taşlarını akut kolesistit ile bir görmemek gerekir. Taşların yeri: Önemli bir küme fundusa uyan yerde, bir tek taş sistik kanala uyan yerde ise akut kolesistit çok yüksek olasılıktır. Ultrason (karın rijit olduğunda gergin bir safra kesesini ortaya çıkarmada) yararlıdır (2).

KOLESİSİTİT VE PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU :

PEPTİK ÜLSER PERFORASYONU VE AKUT PANKREATİT :

Peptik ülser perforasyonu 30 yıl önce akut karın ağrısının nedenleri açısından akut appendisitın arkasından ikinci sırada idi. Akut pankreatit ise bugün üç ayrı hastalık gibi değerlendirilmeye çalışılmaktadır (Safra taşı pankreatiti, alkolik pankreatit, idiopatik pankreatit). Bugün pek çok cerrah pankreatit tanısı koymak kadar bunun safra taşı pankreatit mi yoksa taşsız pankreatit mi olduğu tanısının da en az ilk tanıyı koymak kadar önemli olduğuna inanıyor (3,5). Perfore peptik ülser insidansı cins açısından kadınlar lehine artmıştır. Eskiden 1/20,şimdi ise 1/4 dür. %20 si 40 yaşın altında %4 ü 13-19 yaş arasındır.

Ağrı : Çok ani başlayan,çok şiddetli (bu nedenle yatakta hareketsiz yatar) ağrıdır. Başlangıçta epigastrium ve üst karındadır, akut hastaneye geldiğinde genellikle tüm karına yayılmış olur. 1/3 ü hâlâ üst karında lokalizedir. Bunun nedeni, perforasyon küçük olabilir, karın içi yapışıklıklar sınırlandırabilir. Sağ alt kadrın ağrısı nadirdir (Parakolik oluktan mide sıvısının akması %2-3).

- Ağrı soluk alma ile artar.
- Ağrı sürekli ve ağrısız dönem yoktur. %10 olguda kolik şeklinde ya da aralıklı ağrı görülür.
- Perforasyon anında %40 hasta refleks olarak bir kez kusar.
- %50 hastada hazımsızlık şikayetleri vardır.%50 hastanın daha önce hiçbir semptomu yoktur.
- Solgun, hasta ve sıkıntılıdır. Geldikten bir süre sonra iyiye doğru bir gidiş olabilir (Buna aldanmamalı).
- Karın düz ve hareketsizdir. Distansiyon geç dönemde oluşur.
- Hastaların 3/4 Unde yaygın duyarlılık, geri kalanın büyük kısmında üst karında duyarlılık vardır.
- Üst karında belirgin rijidite ve defans vardır (Geri tepen duyarlılığın ortaya konmasını zorlaştırır).
- Yaklaşık yarısında barsak sesleri kaybolmuştur. Yine hemen hemen yarısında tek tüktür (Ameliyatta bile delik suture edilirken ince barsağın hareketleri görülebilir) (3-5).

Özel İncelemeler : Serum amilaz değerleri incelenebilir. Direkt karın grafisi: yaklaşık yarısında diafragma altında serbest hava bulunur.

Ayırıcı Tanı :

PERFORASYON VE PERFORE APANDİSİT :

- Perfore apandisit sonucu oluşan yaygın peritonit durumunda 40 yaşın altındakilerin daha çok perfore apandisit, üstündekilerin daha çok perfore ulcus olduğu düşünülür.
- Başlangıç şekli : Perfore peptik ulcusta ani olarak üst karın, perfore apandisitte yavaş olarak sağ alt kadrantadır.
- Özgeçmişte dispepsi anamnezi perfore ulcusların yarısında vardır. Apandisit ortada birşey yokken ortaya çıkar (3-5).

PERFORASYON VE DİSPEPSİ HECMESİ :

- Sık yapılan hata perforasyona açığı tanı koymaktır. Perforasyon her yaşta görülürse de dispepsi hecmeleri 30 yaşın altında daha sıktır.
- Perforasyonda soluk alma ağrısı artırır, antiasid, yiyecek ya da kusma ile azalma olasılığı azdır. Dispepside solunumla artmaz. Perforasyonda devamlı ağrı, peptik ülser ekzaserbasyonunda aralıklı ağrı çok daha sıktır.
- Solukluk, sıkıntı, genel duyarlılık, rijidite peptik ülser perforasyonu, dar alanda epigastrik alanda duyarlılık, endişeli yüz ekzaserbasyon lehinedir.
Perforasyon divertiküler hastalık ve akut pankreatit ile de karışır (3-5).

AKUT PANKREATİT :

Üç değişik türü vardır. Yarısında şu ya da bu şekilde bir bilier sistem hastalığı vardır.

Yaş Ve Cins : Erkeklerde orta yaşlarda (düzenli olarak alkol alan), kadınlarda 65-70 yaşında ve safra taşları olan kadınlarda daha sık görülür.

Ağrı : Perforasyonda olduğu gibi oldukça ani başlar. Dakikalar içinde gelir. Karnın üst yarısında (hastaneye baş vuruncaya kadar) kalma eğilimindedir. Hastaların 1/5 den azında perforasyon gibi son derece dayanılmaz şiddette yaygın ağrı bulunur. Peptik ülserinki gibi sıklıkla hareket ve soluk alma ile artar. Pankreatitte bazen ağrı kolik şeklinde veya aralıklı dahi olabilir. Perforasyonda bu tür ağrı olmaz.

Bulantı, Kusma, Sarılık : Pankreatitli bir çok hasta (%90) kusar, fakat perforasyonlu %40 hasta kusar. Onun için ne zaman ve ne sıklıkla kustuğunu bilmek önemlidir. Tekrarlayan kusmalar pankreatit lehine, ağrıdan sonra bir kez kusma perforasyon lehinedir (5).

- Hazımsızlık ve sarılık epizodu sorulmalıdır.
- Belirgin bir şekilde şokun belirtilerini gösterirler.
- Siyanoz her iki hastalıkta sanıldığı kadar sık görülmez. Varsa çok

Varsa çok erken dönemde görülür,kaybolur. Eğer görüldüğü takdirde vasküler bir patoloji düşünölmeli. (A.M.S.embolisi,abdominal aorta anevrizması)

Karın : Solunumda tamamen hareketsiz tahta gibi düz karına rastlanmaz (aksi %10) (5,7,8,9). Karın solunumla hafif hareket eder. Üst yarı hafif distandüdüdür. %25 olguda tüm karında duyarlılık vardır. %75 olguda karının üst yarısında ve sağ üst kadranda daha çoktur. Geri tepen duyarlılık 1/3 hastada, defans yarısında, rijidite ancak 1/4 kadarında bulunur. Tahta karın olguların %10 unda vardır. Bu da karının üst yarısında bir kitle palpe etme olasılığını bize tanır. Rijidite olmaması, Murphy pozitif bulgusunu tespit ettirebilir (Safra taşı pankreatitte iyi bir bulgudur). Barsak sesleri 1/3 kadarında azalmış ya da kaybolmuşken diğerlerinde normaldir (5,7,8,9).

ÖZEL İNCELEMELER : Serum amilaz ve direkt karın bulguları. Diafragma yüksek, sentinel lup, 500 IU/L den az amilaz akut pankreatit aleyhine, 2000 IU/L lehinedir (kesin değil).

Ayırıcı Tanı :

PERFORASYON VE AKUT PANKREATİT :

- Orta yaşlı erkek perforasyon,yaşlı kadın pankreatit.
- Perforasyonda çarpıcı bir başlangıçtan sonra sürekli ve şiddetli bir ağrı, kut pankreatitte daha az çarpıcı daha sonra kolik tarzında ve bazen aralıklı ağrı.
- Şiddetle tekrarlayan kusma ve sarılık akut pankreatitten yana
- Duyarlılık üst kadrarlarda ve özellikle sağda ise akut pankreatit,tüm karında yaygın ise ve rijidite ile beraberse çok kesin perforasyondur.
- Palpe edilebilir bir kitle (üst kadranda),Murphy müspet akut panreatit lehine.
- Radyolojik bulgular. Serum amilaz (5,7).

TAŞLI TAŞSIZ AYRIMI :

- Sıklıkla yaygın ağrı taşsız, sağ üstte yoğun ağrı safra taşı.
- Geçmişte ya da o anda sarılık belirgin, taşı (ancak 1/4 Unde).
- Duyarlılık tespiti (ağrı lokalizasyonu gibi).
- Murphy bulgusu olumlu ise taşı pankreatit.

Myokard infaktüsünü bile perforasyon ya da akut pankreatit ile karıştırabilirsiniz.

- Pankreatite benzeyen ama amilazı yükselmemiş ya da acayip bir perforasyon diyebileceğimiz, çok yaşlı, çok düşkün, çok hasta, kardiovasküler hastalığı varsa Mezenter vasküler sorunlar düşünölmeli (5,7).

- Ağrının nereden başladığı (0 andaki yeri alt kadran ise akut divertiküler hastalık, üst kadran ise peptik ülser perforasyonudur).
 - Ansızın ise perforasyondur.
 - Hazımsızlık anamnezi perforé peptik Ülser,barsak değişikliği anamnezi akut divertiküler hastalık lehinedir.
 - Basit kabızlık bulunan yaşlı hastaların %10 unda divertiküler hastalık,%10 unda kolon ca.,geri kalanında lokal bir anorektal hastalıktır.
- Basit kabızlığı olan hasta (son zamanlarda) daima ciddiye alınmalı (1,3,4).

KALINBARSAK KANSERİ :

Akut divertiküler hastalıktan şüphe ettiğiniz her hastada kolon ca.dan şüphe etmek gerekir.
Hangisi delinse ya da tıkanrsa tedavi cerrahidir.

Özel İncelemeler :

- Karın ve göğüs direkt grafisi : İnce barsak tıkanmalarını birbirinden ayırır.
 - Gaitada gizli kan.
 - Endoskopi ve baryum lavmanı. Acil servis incelemeleri sayılmaz fakat öyle saymak gerekir.
- Akut karın ağrısı olan 50 yaşın üstündeki kişilerin %10 u Akut divertiküler hastalık,%10 u kolon Ca.dır (3).

KARIN İÇİ KANSER :

Akut karın tablosu yapan hastalıkların spektrumu değişmektedir. Karın içi kanserler şimdi akut karın ağrısı ile hastaneye başvuru nedenleri arasında pankreatit,ülser perforasyonu, divertiküler hastalık ya da renal kolik kadar sıktır. Gerçekte akut karın ağrısı ile başvuran kanserlilerin ancak 1/3 ü bu şekilde perforasyon ya da barsağın tam tıkanması ile gelir (3).

Ağrı : Orta şiddette- Kısa süreli-Tanısız-Açıklanamayan karın ağrısı şeklindedir.

Orta yaşlı ya da daha yaşlı hastayı nispeten garip bir akut karın ağrısı ile görürsek kanser aklımıza gelmeli (50 yaşın üzerindeki). Böyle bir durumda karın içi kanser olasılığı %10 kadardır.

Hastaneye açıklanamayan akut karın ağrısı ile başvuran geniş bir dizide karın içi kanserin sık yerleşim bölgeleri (3):

TABLO 10

PRİMER KANSER YERLEŞİMİ	%
Kalın barsak	54
Mide	7
Hepato Bilier Sistem	5
Mesane	5
Pankreas	4
Over	3
Başka	5
Karsinomatozis	17

Kanserın ortaya çıkış özellikleri :

- Birkaç hafta ya da aylık anamnez, müphem karın ağrısı, hazımsızlık, barsak alışkanlık değişikliği, halsizlik.
- Genellikle perforasyon ya da tıkanma ile karşımıza gelir.
- Sindirim kanalı olan hastaların %10 u açıklanamayan akut karın ağrısı ile birden bire ortaya çıkar (1-3).

Orta yaşlı ya da yaşlı bir hastanın nedenini derhal ortaya koyamadığımız bir akut karın ağrısı ile başvurduğunu düşünelim. Karın içi kanseri olan hastaları ayırt etmek için bazı özellikler bize yardımcı olacaktır (3):

TABLO 11

- 1- 50 yaşın üzeri (%20)
- 2- 48 saatten uzun süren ağrı
- 3- Giderek kötüleşme
- 4- Kabızlık (Yarısında)
- 5- Dizüri (Özellikle akım ortası idrar normal ise)
- 6- Karında distansiyon
- 7- Karında kitle (1/3)

Sorunun Çözümü : 50 yaşını geçmiş ve akut karın ağrısı ile hastaneye başvuran hastaların hepsinde öncelikle premalign bir neden olabileceğini düşünmek gerekir. Bu tip hastalarda başvurunun üzerinden 12 saat geçtikten sonra peptik ülser perforasyonu, akut appendisit, akut pankreatit olmadığı anlaşılırsa kanser olabileceğini düşünerek kolonlardan başlamak üzere tarama işlemine başlamak gerekir (3).

HERŞEYE RAĞMEN SIK GÖRÜLEBİLEN ENDER HASTALIKLAR :

Hastanın ağrısının nedeni klasik akut karın ağrısı nedenlerinden değilse 2.takım dediğimiz ender olmakla beraber sık görülen 7-8 hastalık vardır.

KANSER : Özellikle 50 yaşın üzerindekielerde ön sıradadır.

TRAVMA : Dalağın subkapsüler hematomu. Akılda kalmayan izole önemsiz travmalar.

DAMARSAL SORUNLAR :

a- Abdominal aort anevrizması : Rüptüre olunca katastrof, daha hafif perforasyonu taklit eder. Sızdıran vakalarda ise karında sadece erken ve belirgin bir distansiyon bulunabilir, sadece ağrı da olabilir (Akut pankreatit, normal amilazlı). 50 yaşın üzerinde aort anevrizması düşünmeyi ihmal etmemeli. Karında tipik kitle, alt ekstremitelerde kaybolmuş nabazan aklımıza abdominal aort anevrizmasını getirmelidir. Tanıda ultrason ve direkt karın grafisi (kalsifikasyon) bize yardımcı olur.

b- Mezenter Trombozu ya da Enfarktüsü: Sıklıkla ince barsak obstrüksiyonu ile karışır. 50 yaşın üzerinde ve kusma,iştahsızlık ile orta karında simetrik ağrı bulunur. İki türlü ortaya çıkar. Birincisi son derece ani, aşırı derece rahatsız ve şiddetli yaygın ağrısı (tıkanma ağrısına benzeyen) olan hasta 5-8 saatte hastaneye gelir. İkincisi çok yavaş oluşur. 2 gün içinde nispeten müphem ağrı (yaygın), tıkanma ağrısının aksine sürekli ağrıdır. Soluk ve siyanozlidir. Duyarlılık genellikle simetrik ve üst karında, geri tepen duyarlılık, defans bulunur. Rijidite nadirdir. Peptik Ülser perforasyonundan ayırır. Kalpte aritmiler olabilir.

c- Myokard infarktüsü : Göğüs ağrısının yeri bilinemez, perforasyon ile aynı yaş grubunda, akut kolesistit ile karışabilir. Pompa yetmezliği glisson kapsülünün birdenbire gerilmesine ve sağ üst kadranda ağrı oluşmasına yol açar.

50 yaşın üzerinde ağrının yeri üst karında ise, anamnez ve muayene belirgin olmadıkça damarsal sorun düşünölmelidir (3,7,8).

DISPEPSİ : Akut karın ağrısı ile başvuran hastaların çok büyük bir kısmının ağrılarının kökeninde dispepsi, hazımsızlık ya da komplikasyonsuz peptik ülser bulunduğu söylenir. Basit ülser ekzaserbasyonu ile ülser perforasyonlarının karışması söz konusu olabilir.

Basit dispepsileri olan hasta, 30 yaşın altında, erkek, son zamanlarda çok alkol almış, hazımsızlık, ilaç tedavisi, duyarlılık epigastriumda sınırlı, sıkıntı içinde değildir. %95 barsak sesleri normaldir (3).

CROHN HASTALIĞI, ENFLAMATUAR BARSAK HASTALIKLARI : Ülseratif kolit, enfeksiyöz enterit, solunum yolları enfeksiyonu, çocuklarda özellikle tonsillit.

___ Divertiküler hastalık batılı olmayan yaşam şekli sürdürenlerde çok enderdir.

___ Akut karın son 30-40 yılda önemli ölçüde değişmiştir.

Son olarak şunları unutmamalıyız:

___ Çocuklarda hiçbir zaman intususepsiyon unutulmamalıdır.

___ Kasık lezyonları akut karın ağrısına neden olabilir.

Inguinal Herni

Femoral "

Testis torsiyonu

Inguinal lenf bezi enflamasyonu (7,8).

En sık rastlananlar en yaygın olanlardır. Herhangi bir ender yakınmayı göz önüne bile almadan önce aklımıza sık rastlanan hastalıkları getirmeliyiz. Göreceğimiz hastaların %90 dolayında bir kısmında bu sık rastlanan hastalıklardan bir tanesi bulunacaktır. Ortaya çıkış şekilleri hakkında bazı şeyler bilmeye değecek kadar sık oluşan bazı belirli "ender" hastalıklar vardır. Fakat önce sık rastlanan hastalıkları saf dışı bıraktıktan sonra bunları düşünmemiz gerekir. Bu ender hastalıklar, kanser, travma, damarsal sorunlar, dispepsi, Crohn hastalığı, enfeksiyöz enterit ve solunum yolu enfeksiyonudur. Bu nedenleri de dikkatle gözden geçirdikten sonra hâlâ güç durumda isek, sık rastlanan bir hastalıkla karşı karşıya olduğumuzu ama ya hastalığın atipik bir şekilde ortaya çıktığını ya da hastanın bize anlattıklarını yanlış değerlendirdiğimizi düşünmek gerekir.

İkincisi daha olası olduğundan bu aşamada ayrıntıyı düşünmeden önce tekrar başa dönüp anamnezimizi ve muayenemizi baştan almak daha iyi olacaktır. Son olarak zor, muğlak bir olguda kuşku içinde isek hastayı "garip" diye niteleyip olayı sabaha bırakmak tuzağına düşmemeliyiz. Muhtemelen oldukça açık bir şeyi atlıyoruz. Kuşku içinde isek yardım istemeliyiz (3).

KAYNAKLAR

1. Cope Zachary Sir: Early Diagnosis of Acute Abdomen, Oxford University, London 1972-1979
2. Clamp SE, Matharu SS, Matharet MH, Blackband D., Scandinavian Journal of Gastroenterology Special Supplement on. 1979; O.M.G.E. Studies No : 56 p.45

3. Dombal F.T.: The Early Diagnosis of the Acute Abdomen, Reader in Clinical Information Science, University Department of Surgery. St
4. Dunphy Englebert J.M.P: Current Surgical Diagnosis and Treatment 6.th.edition. Acute Abdomen, Langer Medical publications, Los Altos, California 1983;24,412.
5. Graham DC, Wyllie Fj.,: British Medical Journal 1979. 51.
6. Morgan WL, Engel GL,: The Clinical approach to the patient.W.B.,Sounders, london, 1969.
7. Sabitson,Davis-Cristopher: Textbook of Surgery, The Biological Basis of modern Surgical Practice, The Acite Abdomen, Duke University Medical Center, Durham, North Caroline, 1977; 2:30,556.
8. Schwartz Seymour I.and Starer Edward H.:Principles of Surgery 4 th edition,manifestations of Gastrointestinal Disease Mc Graw-Hill Book Company New York, 1984;24-1021
9. Sherman David J.C., Finlayson Niall DC.,: Diseases of the Gastrointestinal tract and liver, the acute abdomen,William Clowes (Beccles) Limited, Beccles and Londen 1982; 18,357