

AKUT KARIN HASTALIKLARI

Ameliyathane Hizmetleri

Ani başlayan karın ağrısı ile karakterize ve travma dışındaki nedenlere bağlı olarak gelişen patolojilerin tümü "akut karın" başlığı altında incelenmektedir.

AKUT KARIN → ACIL CERRAHI GİRİŞİM

Akut karın tablosu meydana getiren hastalıklar

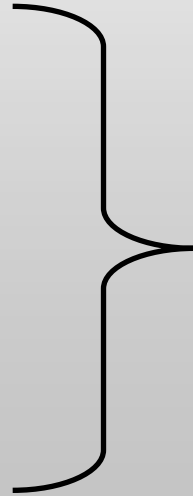
» **Cerrahi patolojiler**

» **Medikal patolojiler**

» **Karın dışı patolojiler**



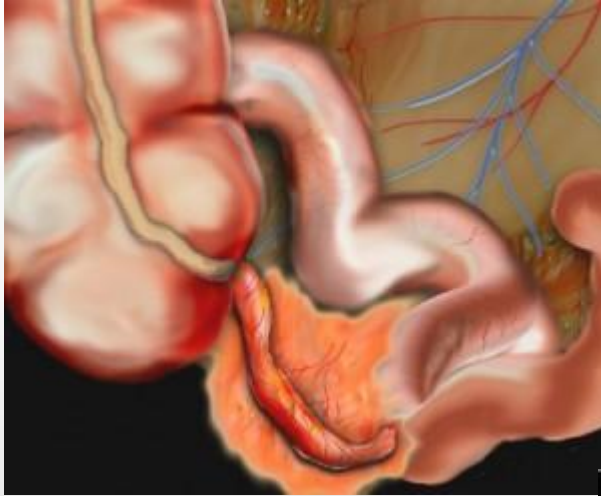
Gerçek akut karın hastalıkları



Akut karını çağrıştıran hastalıklar

Cerrahi patolojiler

- » Akut apandisit
- » Kolesistit
- » Peptik ülser perforasyonu
- » Akut mekanik barsak obstrüksiyonu
- » Boğulmuş fıtık
- » İntestinal perforasyonlar
- » Mezenter arter ve ven tıkanıklığı
- » Meckel divertikülüti
- » Nekrotizan pankreatit
- » Anevrizma rüptürleri
- » Dış gebelik rüptürü
- » Over kist ve tümör torsiyonu
- » Boerhaave sendromu



Medikal patolojiler

- » Akut gastrit
- » Ülser atağı
- » Gastroenterit
- » Akut hepatit
- » Budd-Chiari sendromu
- » Biliyer kolik
- » Renal kolik
- » Üriner sistem enfeksiyonları
- » Mezenter lenfadenit
- » Ailesel Akdeniz ateşi (AAA)
- » Primer peritonit
- » Tüberküloz peritonit
- » Tabes dorsalis
- » Herpes zooster
- » Rektus hematomu
- » Poliarteritis nodosa
- » Pelviperitonit
- » Diyabetik ketoasidoz
- » Addison krizi
- » Akut hiperlipoproteinemi
- » Akut intermitent porfiri
- » Üremi
- » Akut salpenjit
- » Dismenore
- » Endometriyoz
- » Mittelschmerz
- » Orak hücreli anemi krizi
- » Akut lösemi
- » Kurşun zehirlenmesi
- » Narkotik zehirlenme
- » Hennoch-Schönlein purpurası
- » SLE

Karın dışı patolojiler

- » Bazal pnömoni
- » Plörezi
- » Spontan pnömotoraks
- » Myokard iskemisi
- » Ampiyem
- » Perikardit
- » Akciğer infarktüsü
- » Kaburga kırıkları
- » Testis torsiyonu

Yoğunlaşılması gereken noktalar

- » Tablonun hangi gruba girdiğinin belirlenmesi en önemli başlangıç noktasıdır.
- » Tanı için gereken süre hastanın aleyhine mi ?
- » Yaklaşımında belli bir düzen sağlanmalıdır.
- » Negatif laparotomi, olası patolojiden daha fazla zarar verir mi ?

ANAMNEZ

Anamnezin özellikleri

- » Alınacak anamnez sadece o anda yaşanan durumu içermemelidir.
- » Özgeçmiş, soygeçmiş, sosyal yaşam, yakın zamanda yapılan geziler ve benzeri konularda bilgi edinilmelidir.

(Kalıtsal metabolik hatalıklar, zehirlenmeler, karın dışı sebepler, AAA gibi nedenler sorgulama sürecinde anlaşılabilir)

Özgeçmiş

- » Geçirilmiş ameliyatlar ve hastalıklar
(KBY, diyabet, kardiyovasküler patolojiler...)
- » Fıtık öyküsü
- » Daha önce benzer ağrı olmuş mu ?
(Renal kolik, pelvipéritonit, AAA, dismenore...)
- » İlaç kullanımı
(Antikoagülan ilaçlar, oral kontraseptifler, kortikosteroid...)
- » İnfeksiyon etkenleri ile karşılaşmış olma durumu.
(Amibik karaciğer absesi, malarya, tbc, salmonella...)

Soygeçmiş

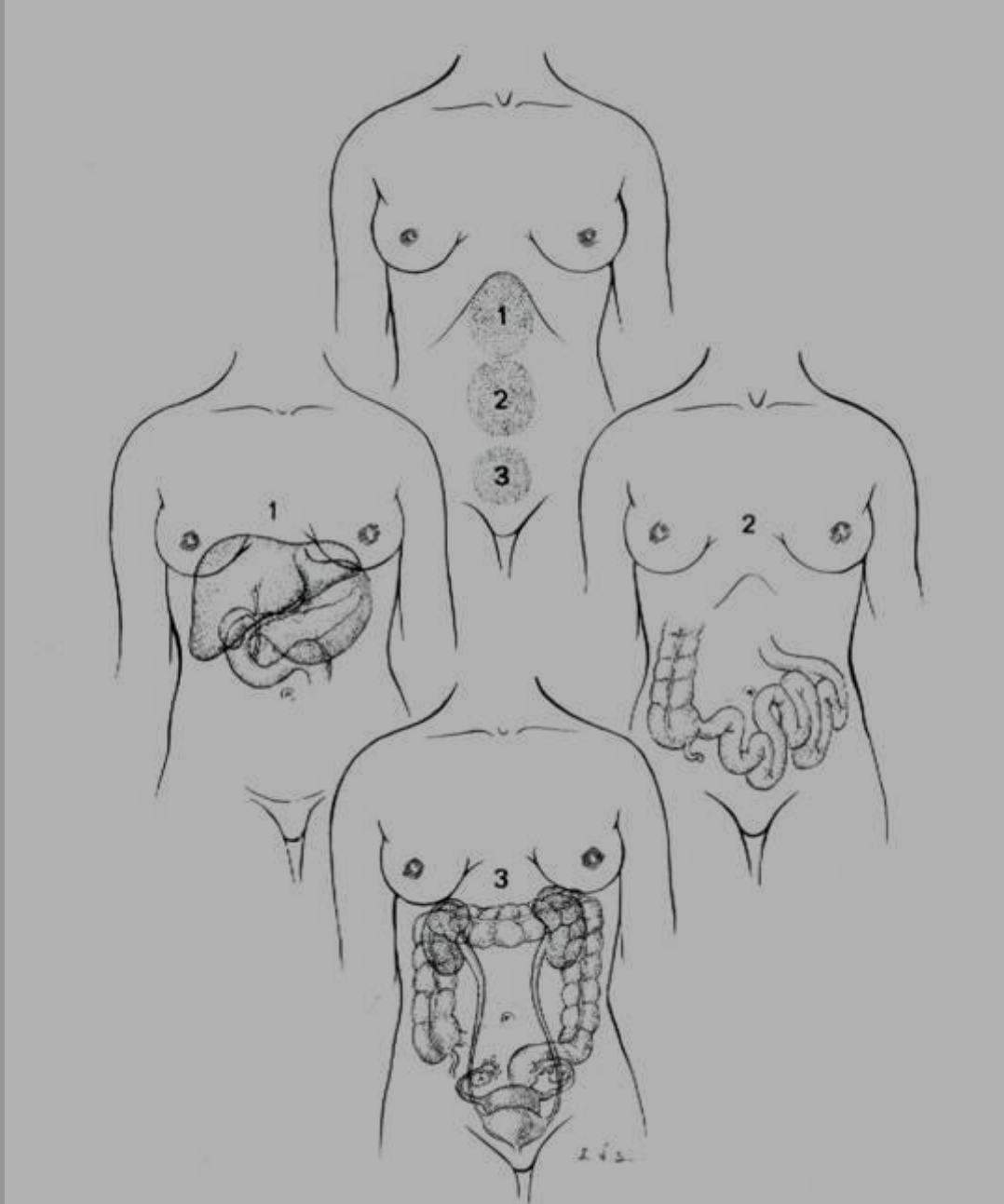
- » Çocukluk çağında ortaya çıkan akut karın tablosunun aydınlatılmasında önem taşır.
- » AAA ve orak hücreli anemi öncelikle sorgulanmalıdır.
- » Kardiyak hastalıklar ve diyabet.

Yakınmalar (Ağrı)

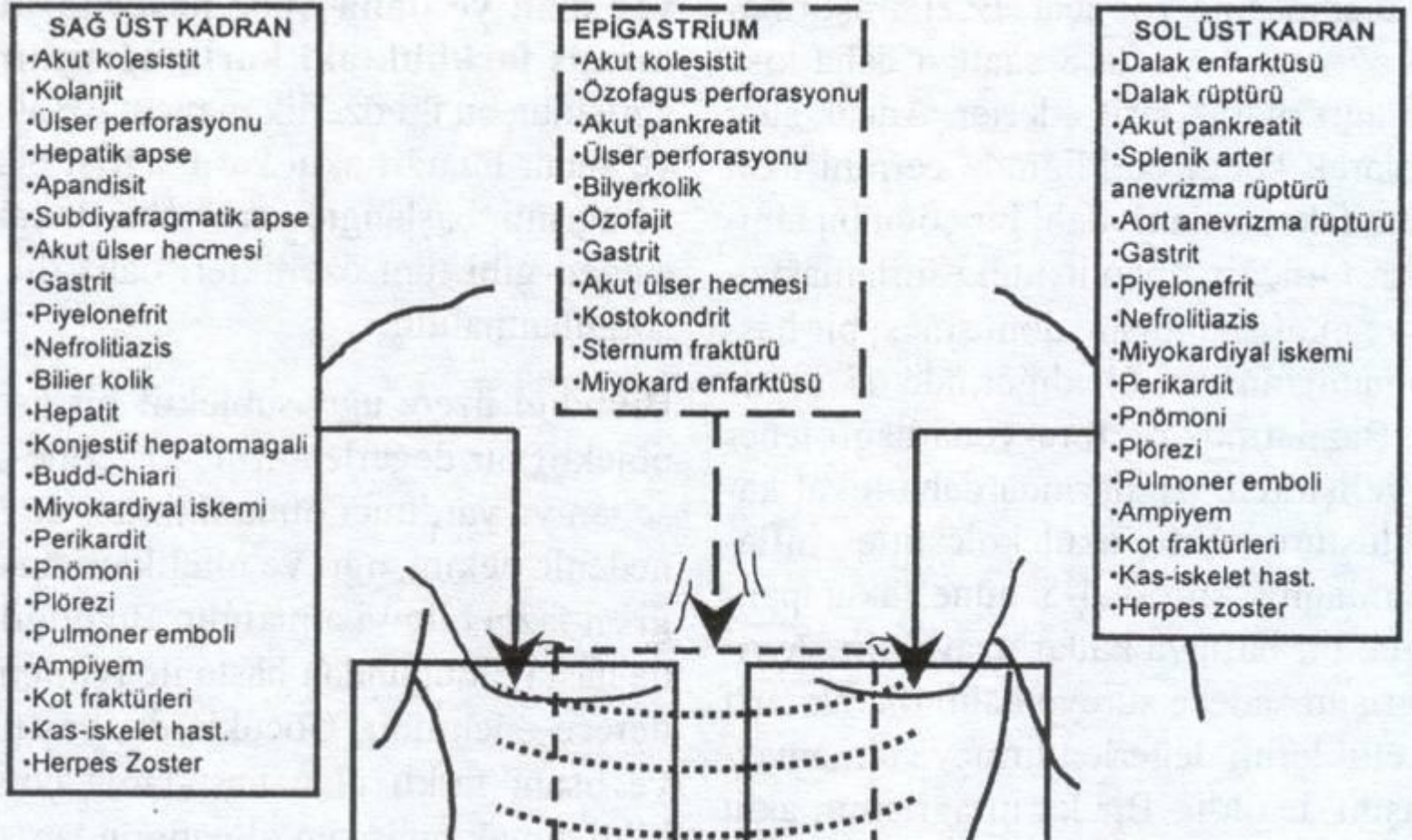
AĞRININ GENEL ÖZELLİKLERİ

- » Doku hasarı sonrası ağrılı uyarana reaksiyon ortaya çıkar.
- » Ağrının 'ölçüsü' kişiye bağlıdır.
- » Ağrı reseptörleri visseral ve pariyetal peritonda yaygındır.
- » Visseral ağrı; inflamasyon, iskemi ve doku çeperinde gerilme ile uyarılır. C tipi lifler ile taşınırlar. İyi lokalize edilemezler.
- » Visseral ağrı embriyoda köken aldığı dermatom segmentinde hissedilir.
- » Karın duvarı ve pariyetal peritondan çıkan getirici somatik sinirler T5-L2 seviyelerinde medulla spinalise girerler
- » Pariyetal(somatik) ağrı iyi lokalize edilebilen ve genellikle tanı koydurucu olan ağrıdır.
- » Yansıyan ağrılar deriden gelen ağrı lifleri ile sinapslar oluşması nedeni ile ortaya çıkar (ör: Omuzda hissedilen 'Kehr bulgusu').

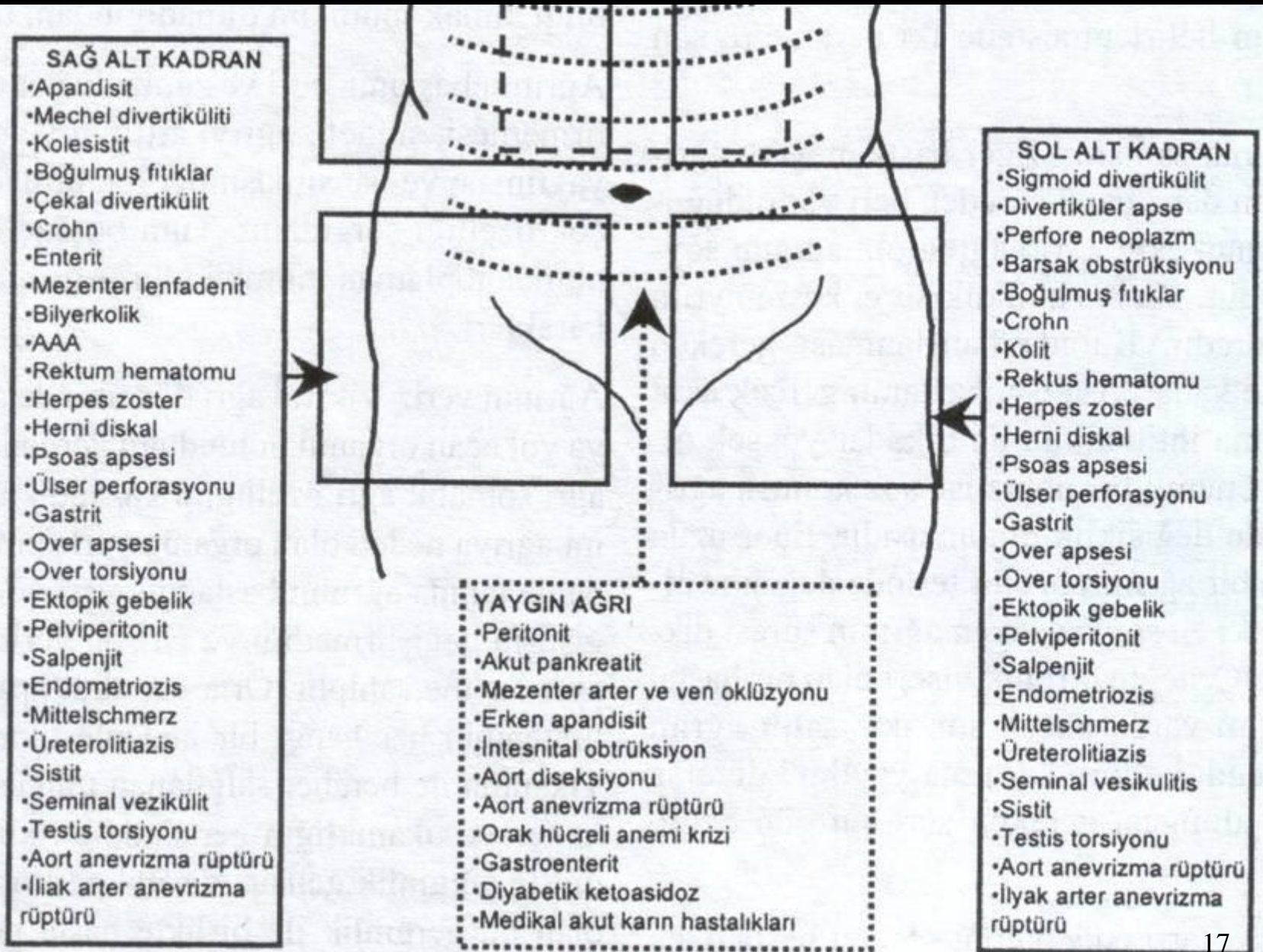
Temel patolojiye göre visseral ağrının hissedildiği bölgeler



Ağrı yakınmasının kadranlara göre dağılımı



Ağrı yakınmasının kadranlara göre dağılımı



Akut karın ağrısı

Ağrı 'akut' mu ? Ağrının başlama zamanı...

- » '6-8 saattir sürmekte olan ağrı' tanımı ile ilgili sıkıntılar vardır (ör: A.apandisit, kolesistit...)
- » Bir haftadan uzun süredir varolan ağrılar genellikle akut karın ile uyumlu değildir.
- » Akut ağrı ayırımına gitmek için ağrının devam ettiği süreden çok, şiddetlendiği an başlangıç noktası olarak kabul edilebilir (ör: 10 gündür sürmekte olan peptik ülser ağrısı, 2 saattir şiddetlenmiş. Perforasyon ?)

Hastanın ağrısı tarif edilmiş biçimi

- » Hastanın 'daha önce böyle bir ağrı çekmedim' demesi önemli bir bulgudur.
- » Ağrının başlangıç yeri ve zamanla yer değiştirmesi (ör: A. Apandisit)
- » Ağrının azalması ve artması.

Ağrının karakteri:

- » İnflamatuar
- » Kolik
- » İskemik

İnflamatuvar ağrı

- » Ağrı başlar, yavaş yavaş şiddetlenir ve sürekli hale gelir.(Visseral ağrı → Somatik ağrı). Akut karın tablosu oluşturan hastalıkların %80'i bu şekilde ortaya çıkar.
- » Kendiliğinden geçen ağrı inflammatuar olamaz. Ancak azaldığında perforasyon (ör: A. Apandisit perforasyonu) düşünülebilir.
- » İnflamasyonu olmayan bir organın perforasyonu sonucu oluşan ağrının karakteri daha farklıdır. (Ani ve şiddetli başlangıç, ardından hafifleme veya aynı kalır)

Kolik ağrı

- » Düz kas spazmına bağlı ağrılı uyarandır.
- » Temel özelliği aralıklı olmasıdır.
- » Genellikle içi boş organların tıkanması ile ortaya çıkar.
- » Akut mekanik barsak obstrüksiyonu nedeni ile ortaya çıkan ağrı kusma veya dekompresyon sonrasında geriler.

İskemik ağrı

- » Karındaki en şiddetli ağrıdır.
- » Ani başlayabilir ve şiddeti genellikle azalmadan devam eder.
- » Beraberinde kardiyak hastalık olması mezenter iskemiyi düşündürmelidir.
- » Fizik bakı bulguları tamamıyla normal olabilir

Bulanti ve Kusma

- » Akut karın hastalarının %75'inde görülür ve ağrıya refleks olarak gelişir.
- » Medüller kusma merkezi visseral getirici fibriller tarafından uyarılır. Aktifleşen götürücü fibriller refleks kusmayı meydana getirir
 - Önce ağrı, sonra kusma ortaya çıkar.
- » Kusmanın sıklığı, miktarı ve içeriği altta yatan patoloji ile ilgili bilgi verir (Safralı, safrasız, fekaloid...).

Gaz-gaita ıkaramama

- » Akut karın ile refleks ileus birlikte görülür (sempatik aktivasyon ile).
- » Karında gerginlik olabilir. Proksimal tıkanıklıklarda gerginlik az ya da hiç yokken, distal tıkanıklıklarda belirgindir.
- » Kolik tarzında ağrı ve kusmanın eşlik ettiği tablolarda ileus düşünölmelidir.

İştahsızlık

- » Hasta tarafından sıklıkla ifade edilmemesine rağmen önemli bir yakınmadır.
- » A.apandisit ve kolesistit olgularında çok sık oranda görülür.
- » Yeme alışkanlığındaki değişikliklerin gözlenmesi, çocuklarda ve kendini ifade edemeyen hastalarda önemlidir.

Kabızlık ve ishal

- » Hasta gaz çıkarabildiğini ancak dışkılama yapamadığını ifade ederse bu kabızlık lehine yorumlanabilir.
- » Mekanik obstrüksiyon ile kabızlığın ayrımı yapılmalıdır.
- » İshal, genellikle gastroenterit veya inflamatuvar barsak hastalıklarında görülür. Mezenter oklüzyon sonrası oluşan barsak nekrozunda da görülebilir.

Sarılık

- » Hepatobilier sistemdeki patolojiyi düşündürmelidir.
- » Hepatit ve kolanjitte sık görülür.
- » Karaciğer fonksiyon testleri ile sarılığın obstrüktif özellikte olup olmadığı anlaşılabilir.

FİZİK BAKI

Fizik bakının özellikleri

- » Karın bakısı öncesinde ayrıntılı bir sistemik bakı yapılmalıdır.
- » Hipovolemi, şok bulguları aranmalıdır (ör: Dış gebelik rüptürü, aort anevrizma rüptürü, diğer nadir görülen anevrizmalar).
- » Anamnezde belirlenen özelliklere göre fizik bakıya yoğunlaşılmalıdır.

Ateş

- » Subfebril ateş: Akut karın hastalıklarında genellikle subfebril ateş saptanır.
- » Yüksek ateş ($>38,5^{\circ}\text{C}$) : Karın içi abse, jeneralize peritonit, kolanjit, ...
- » Normal şartlarda rektal ateş aksiller ateşten $0,8^{\circ}\text{C}$ daha yüksektir. Aradaki farkın 1°C 'nin üzerine çıkması pelvipertonit ve jeneralize peritoniti düşündürür.
- » Ateşin normal sınırlarda olması akut karını ekarte ettirmez

İnspeksiyon

- » Duruş şekli:
 - » Yavaş hareketler, dizler fleksiyonda, karın solunuma eşlik etmiyorsa: İnflamatuvar ağrı.
 - » Hasta yerinde duramıyor: Kolik veya iskemik ağrı.
 - » Hasta öne eğilerek rahatlıyor: Pankreatit.
- » Karında ameliyat izi, fıtık noktalarında şişlik, zona döküntüleri, Grey-Turner, Cullen belirtisi, distansiyon, peristaltik hareketler.

Oskültasyon

- » Barsak seslerinin varlığı ve dakikadaki sayısı araştırılır. Ek sesler (garguyman, metalik sesler, üfürüm) aranır.
- » 4-8/dk: normal, <4/dk: hipoaktif (peritonit), >4/dk: hiperaktif (gastroenterit, gastrointestinal sistem kanamaları).
- » Mekanik obstrüksiyon nedeni ile takip edilen hastada metalik seslerin ortaya çıkması ameliyat endikasyonu olarak kabul edilebilir.

Palpasyon ve perküsyon

- » Karında hassasiyet olan hastalarda perküsyon pozitiftir.
- » Palpasyon akut karın tanısında en önemli fizik bakı yöntemidir. Defans, rebound, rijidite, kitle ve organomegali araştırılır.
- » Rebound hassasiyeti pariyetal peritonun iritasyonunu gösterir.
- » Pelvik, diyafragmatik ve arka pariyetal periton iritasyonunda karın palpasyonu tamamen normal olabilir.
- » Karın kaslarının zayıf olduğu yaşlılarda ve şişmanlarda palpasyon bulguları belirgin olmayabilir.
- » Rektal tuşe yapılmalı. Fıtık noktaları kontrol edilmelidir.

YARDIMCI İNCELEMELER

- » Akut karın hastalarının %75-80'inde anamnez ve fizik bakı tanı için yeterlidir.
- » İncelemelerin amacı tanıya yardımcı olmak ve hastayı ameliyata hazırlamaktır.
- » Testlerin sonuçları her olgu için klinik bulgularla birlikte yorumlanmalıdır.
- » Akut karın düşünülen hastalarda gereksiz tetkik istenmemelidir.
- » Akut karın için belirlenen prosedürlere uyulmalıdır.

Laboratuvar incelemeleri

Kan bulguları:

- » Lökositoz.
- » Hemoglobin, hematokrit düşüklüğü veya yüksekliği
- » Trombosit sayısı ve pıhtılaşma testlerindeki anormallikler
- » Sedimentasyon ve fibrinojen yüksekliği
- » Elektrolit dengesizliği, üre, kreatinin yüksekliği
- » Amilaz ve karaciğer fonksiyon testleri
- » İnorganik fosfor
- » β -HCG

İdrar bulguları:

- » Üriner sistem enfeksiyonları, kristalüri, hematüri, aseton varlığı...

Gaytada gizli kan, direkt bakı:

Radyolojik yöntemler

- » Direkt grafiler
- » Kontrastlı grafiler
- » Radyo-izotop çalışmalar
- » Ultrasonografi
- » Bilgisayarlı tomografi
- » Manyetik rezonans
- » Anjiyografi

Spesifik tanı yöntemleri

- » Parasentez
- » Endoskopi-Kolonoskopi
- » Tanısal laparoskopi

CERRAHİ YAKLAŞIM

- » Klinik bulgular ile akut karın olduğu düşünölen olgular eksplore edilmelidir. Kararsızlığın ortadan kalkmadığı olgular için de eksplorasyon endikasyonu vardır. Bir yazar bu konuda "*Negatif laparotomiye her zaman pozitif otopsiye yeğlerim*" demiştir.
- » Süratli değeriendirme, akut karın tablosuna yaklaşım protokolünün belirlenmesi ile sağlanabilir.
- » Uygun insizyon seçimi gibi cerrahi teknik ile ilgili seçenekler üzerinde dikkatle durulmalıdır.
- » Eksplorasyon kararı verilen olguların preoperatif ve postoperatif yoğun bakım desteği gereksinimleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Akut karın kuşkusunu olan tüm olgular **Genel Cerrah** tarafından değerlendirilmelidir.

Anamnez ve fizik bakı, değerlendirmenin ilk ve titizlikten ödün verilmeden gerçekleştirilmesi gereken basamaklarıdır.

Yardımcı tanı yöntemleri, klinik bulgulara göre seçilmelidir.

Gerekli tüm incelemelerin yapılmasına rağmen akut karın kuşkusunun sürdüğü durumlarda eksplorasyon uygulanmalıdır.