Akut Karın Hastalıkları

Int. Dr. Elif Sentürk

Tanım

Ani başlayan, karın ağrısı ile karakterize, belirti ve bulguları karın bölgesinde yoğunlaşan ve travma dışındaki nedenlere bağlı olarak gelişen patolojilerin tümü **"akut karın"** başlığı altında incelenir

Akut Karın Tablosu Oluşturan Hastalıklar

- Cerrahi patolojiler
- Medikal patolojiler
- Karın dışı patolojiler

Gerçek akut karın hastalıkları

Akut karını çağrıştıran hastalıklar

Akut Karın Tablosu Oluşturan: Cerrahi Patolojiler

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

Akut Karın Tablosu Oluşturan: 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

Akut Karın Tablosu Oluşturan: Karın Dışı Patolojiler

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

Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar…

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

Anamnez

Anamnezin Özellikleri

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

Özgeçmiş

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

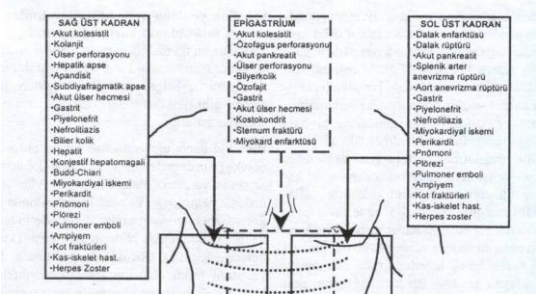
Soygeçmiş

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

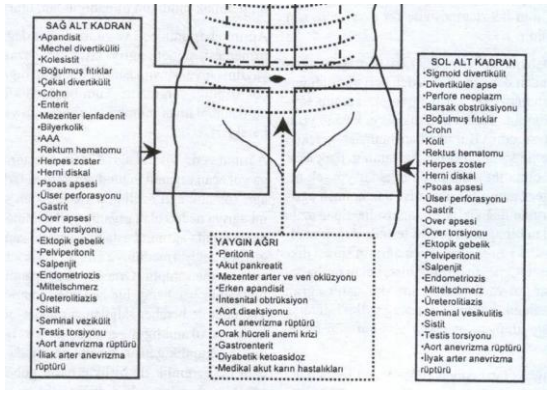
Yakınmalar: Ağrının Özellikleri

- 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, **iyi lokalize edilemezler**
- **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')

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 var olan ağrılar genellikle akut karın ile uyumlu değildir
- Akut ağrı ayrımına 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 ?)

Akut Karın Ağrısı

Hastanın ağrıyı tarif etme biçimi:

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

Akut Karın Ağrısı

Ağrının karakteri:

- İnflamatuvar
- 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 inflammatuvar olamaz, bununla beraber azaldığında perforasyon düşünülebilir (ör: A. Apandisit perforasyonu)
- 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 muayene bulguları tamamıyla normal olabilir

Bulantı & 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 Çıkaramama

- 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 düşünülmelidir

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 & İshal

- 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

Fizik Muayene

Fizik Muayenenin Özellikleri

- Karın muayenesi öncesinde ayrıntılı bir sistemik muayene yapılmalıdır
- Hipovolemi, şok bulguları aranmalıdır (ör: dış gebelik rüptürü, aort anevrizma rüptürü, diğer nadir görülen anevrizmalar)
- Anamnezde belirlenen özelliklere göre fizik muayeneye yoğunlaşılmalıdır

Ateş

- **Subfebril ateş**: akut karın hastalıklarında genellikle subfebril ateş saptanır
- **Yüksek ateş** (>38,5ºC) : karın içi apse, generalize peritonit, kolanjit, ...
- Normal şartlarda rektal ateş aksiller ateşten 0,8ºC daha yüksektir, aradaki farkın 1 ºC'nin üzerine çıkması pelviperitonit ve generalize peritoniti düşündürür
- Ateşin normal sınırlarda olması akut karını ekarte ettirmez

İnspeksiyon

- **Duruş şekli:**
  - Yavaş hareketler, dizler fleksiyonda, karın solunuma eşlik etmiyorsa →**İnflamatuar 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

Oskultasyon

- Barsak seslerinin varlığı ve dakikadaki sayısı araştırılır, ek sesler aranır (garguyman, metalik sesler, üfürüm)
- Barsak sesleri
  - 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 & Perküsyon

- Karında hassasiyet olan hastalarda perküsyon pozitiftir
- Palpasyon akut karın tanısında en önemli fizik muayene 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

Yardımcı İncelemeler

Yardımcı İncelemeler

- Akut karın hastalarının %75-80'inde anamnez ve fizik muayene 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 İncelemeleri

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
- ß-HCG

Laboratuvar İncelemeleri

İdrar bulguları:

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

Gaytada gizli kan, direkt bakı:

Radyolojik İncelemeler

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

Spesifik Tanı Yöntemleri

- Parasentez
- Endoskopi-Kolonoskopi
- Tanısal laparoskopi

Cerrahi Yaklaşım

- Klinik bulgular ile akut karın olduğu düşünülen olgular eksplore edilmelidir
- Kararsızlığın ortadan kalkmadığı olgular için de eksplorasyon endikasyonu vardır

  "Negatif laparotomiyi her zaman pozitif otopsiye yeğlerim"
- Süratli değerlendirme, 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

SONUÇ

Akut karın kuşkusu olan tüm olgular Genel Cerrah tarafından değerlendirilmelidir

Anamnez ve FM, 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