

AKUT KARIN

Ragıp Çam*

Akut karın genellikle karın ağrısı, iştahsızlık, bulantı, kusma ve ateş gibi belirtilerle karakterize olan ve sıklıkla karşılaştığımız bir tablodur. Akut karın tablosuyla karşılaşan doktorun sorunu erken tanı ve hemen uygulanacak tedavinin planlanmasıdır. Tedavinin başlangıcı konusunda doktorun yeterli bilgisi olması gerekmektedir. Bazı hastalarda örneğin; intraabdominal kanaması olanlarda tedavinin başarılı olması için dakikaların önemi vardır. Bazen de örneğin; ince barsak obstrüksiyonu olan ve bu nedenle sıvı ve elektrolit dengesi bozulmuş hastalarda ameliyat kaçınılmaz olsa bile başlangıçta bir süre bu dengesizliğin düzeltilmesi gerekecektir.

Akut karın tablosu olan bir hastada olayın akut karın olup olmadığına karar verilmesi kadar ve belki de ondan daha öncelikle olayın cerrahi karın olup olmadığı konusunda karar verilmesidir. Cerrahi karın tablosunun ortaya çıkartılması için üç temel tanı aracının kullanılması gereklidir : Belirtilerin değerlendirilmesi, fizik muayene ve yardımcı testler.

AKUT KARINDA BELİRTİLER

Akut karın tablosunda genel olarak görülen belirtileri (Tablo 1) şöyle sıralayabiliriz : Ağrı, bulantı - kusma, senkop, barsak fonksiyon değişiklikleri, menstrüel belirtiler ve üriner belirtiler.

Ağrı :

Genel olarak denebilir ki, sağlıklı kimselerde 6 saatten fazla süren karın ağrıları cerrahi açıdan önemli olan bir nedenle oluşmaktadır ve ivedi tanı konularak hastanın hemen tedavi edilmesi gerekmektedir.

Akut karında ağrı, yeri, karakteri, başlangıcı, yemeklerle ilgisi ve birlikte olan semptomlar açısından değerlendirilmelidir (Tablo 2).

* A. Ü. Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Öğretim Üyesi

Tablo 1 : Akut Karında Belirtiler

Ağrı
 Bulantı - Kusma
 Senkop
 Barsak Fonksiyon Değişiklikleri
 Menstrüel Belirtiler
 Üriner Belirtiler

Tablo 2 : Akut Karında Ağrı

AĞRININ YERİ
 Lokalize edilemeyen (Visseral) ağrı
 Lokalize edilebilen (Somatik) ağrı

AĞRININ KARAKTERİ
 Künt Ağrı
 Akut apandisitisin başlangıcı
 Kolik - Kramp
 Gastroenteritis
 Mekanik barsak tıkanıklığı
 Yırtıcı Ağrı
 Aort anevrizması rüptürü
 Özofagus rüptürü
 Yakıcı Ağrı
 Aktif peptik ülser
 Bezdirici Ağrı
 Akut pankreatit
 Delici Ağrı
 Organ perforasyonu

AĞRININ BAŞLANGICI
 Patlayıcı - hızlı - yavaş

AĞRININ SÜRESİ
 Sürekli - Sürekli olmayan

AĞRININ YEMEKLERLE İLGİSİ
AĞRININ YAYILMASI
AĞRIYLA BİRLİKTE OLAN BELİRTİLER
 İdrar yaparken yanma
 Soluk alırken ağrı
 Omuz ağrısı

Ağrının yeri, sinir stimülasyon tipini ve organın embriogenik orijinini yansıtmaktadır. Karın içi organlarından kaynağını alan ve otomatik sinirler aracılığıyla iletilen ağrı iyi lokalize edilemez. Diafragma, parietal periton ve pelvik peritondan kaynaklanan ağrılar ise spinal sinirlerle iletilirler ve iyi lokalize edilebilirler.

Ağrının karakterinin değerlendirilmesi tanı için önemlidir. Künt ağrı, hastayı çok rahatsız etmeyen ve iyi lokalize edilemeyen ağrı, bir inflomatuvar süreci örneğin akut apandisitisin başlangıç döneminin akla getirmelidir.

Kolik biçiminde ağrılar ve kramplar, gastroenteriti düşündürür. Ancak mekanik barsak obstriksiyonlarında da kolik biçiminde ağrılar olmaktadır. Ne varki bu durumda kolik biçiminde ağrılar sürekli değildir, ağrısız dönemler de olmaktadır.

Şiddetli ağrılar genellikle bir organın perforasyonundan sonra gelişen perionitlere bağlıdır. Akut pankreatitlerde de şiddetli ağrılar olmaktadır. Bu ağrılar ilaçlarla kontrol altına alınabilen ağrılardır. Akut pankreatitte görülen ağrılar için bezdirici ağrı deyimi de kullanılmaktadır.

Yırtıcı ağrılar, dissekan sort anevrizmasını, abdominal aorta anevrizması rüptürünü ve özofagus rüptürünü akla getirmelidir.

Yakıcı ağrılar, aktif peptik ülseri düşünmelidir.

Ağrının başlangıç biçimi tanı için çok önemlidir. Üç tip ağrı başlangıç biçimi vardır. Patlayıcı, hızla gelişen ve yavaş gelişen ağrılar. Patlayıcı tipte başlayan ve şiddetli olan ağrılarda içi boş bir organ delinmesi ve vasküler bir olay düşünülmelidir. Renal kolikler ve bilier kolikler de birden başlar, fakat nadiren hastayı bezdirici tipte olurlar.

Birden başlayan ve hızla gelişen ağrılar akut pankreatit, mezenter trombozisi ve ince barsak strangülasyonu düşündürmelidir.

Yavaş yavaş gelişen ağrılar, apandisitisi, divertikülitisi gibi nedenlere bağlı olarak gelişen periton irritasyonu sonucu oluşmaktadır.

Ağrıyla birlikte olan belirtilerin değerlendirilmesi de tanı için önemli ipuçları verecektir. Ağrının yanmayla birlikte oluşu antiasitlerle yatışması, ağrının yemeklerle ilgisi araştırılması gerekli özelliklerdir. Ağrıya birlikte olan ya da ağrıyla artan diğer semptomlar da dikkatle izlenmelidir. Sırt ağrısı ve idrar yaparken yanma, üriner taşı, soluk alırken ağrı olması akut kolesistiti ve diafragmatik peritoneal yüzeyi tutan inflomatuvar bir hastalığı, omuz ağrısının da birlikte oluşu genellikle dalak yırtılmalarına bağlı serbest peritonda kan toplanmasını düşündürmektedir.

Kusma :

Akut karın tablosunda genellikle rastlanılan bir belirtidir. Ağrının başlangıcıyla kusma arasında ilişki, kusmuğun karakteri, sıklığı, volümü önemlidir (Tablo 3). Akut karın tablosunda çoğunlukla ağrıyı kus-

Tablo 3 : Akut Karında Kusma

AĞRIYLA KUSMANIN İLİŞKİSİ
Kusma Ağrıdan Hemen Sonra
Bilier kolik
Renal kolik
Üst ince barsak tıkanmaları
Kusma Ağrıdan Çok Sonra
Alt ince barsak tıkanmaları
Kolon tıkanmaları
KUSMUĞUN KARAKTERİ
Safrasız Kusma
Mide çıkışında tıkanma
Safıralı Kusma
Bilier kolik
Renal kolik
Üst ince barsak tıkanmaları
Fekaloid Kusma
Alt ince barsak tıkanmaları
Kolon tıkanmaları

ma izlemektedir. Bilier kolik, renal kolik ve üst ince barsak tıkanmalarında kusma ağrıdan hemen sonra oluşmaktadır. Distal ince barsak tıkanmalarında kusma ağrıdan 2-4 saat sonra, kalın barsak tıkanmalarında ise çok daha geç olarak ortaya çıkmaktadır.

Kusmuğun karakterinin değerlendirilmesi de tanı için çok önemlidir. Mide çıkışında tıkanmalara bağlı kusmalarda safra bulunmayacaktır. Tersine bilier kolik, renal kolik ve üst ince barsak tıkanmalarında kusma söz konusu olacaktır. Distal ince barsak tıkanmalarına bağlı kusmalarda öncelikle yeşil, sonra sarımsı ve sonuçta fekaloid kusma saptanmaktadır.

Akut karında kusma mutlaka ve her vakada bulunması gerekli bir semptom değildir. Örneğin perfore peptik ülserlerde önde gelen bir belirti sayılamaz. Delinmeden hemen sonra bulantı olursa da kusma sık değildir. Aynı şekilde kalın barsak tıkanmalarında, akut apandisitiste ve intraabdominal kanamalarda kusma sık görülmez.

Bulantı, kusma ağrıdan önce ortaya çıkıyorsa olay genellikle cerrahi bir hastalık değildir.

Senkop :

Dolaşan kanda ani azalmanın neden olduğu bir belirtidir. Ektopik gebelik, splenik ve mezenterik arter anevrizması rüptürlerinde, abdominal aorta anevrizması rüptüründe ve dissekan aorta anevrizmalarında ortaya çıkan bir belirtidir.

Perfore peptik ülserlerde hasta perforasyondan hemen sonra halsizlik ve yorgunluk hissedebilir. Bu durum intraabdominal kanamalarla ortaya çıkacak hipotansiyonun oluşturduğu klinik tablodan ayırddilmelidir.

Barsak Fonksiyonları :

Akut batın tablosu gösteren hastalarda barsak fonksiyonları değerlendirilmelidir. Diare genellikle gastroenteriti gösteren bir belirtidir. Ancak akut apandisitiste de olabileceği unutulmamalıdır.

Akut kolesistit, akut pankreatit ve karın içi iltihabi olaylarda paralitık ileus gelişebilir. Bunun sonucu olarak hasta gaz ve gaita çıkaramayacaktır. 24 saatten beri gaz çıkartamayan bir hastada barsak tıkanıklığı akla gelmelidir. Kanlı tekrarlayan diareler, kolitis ülseroza, dizanteri ve iskemik kolitis gibi olayları düşündürmelidir.

Feçesin karakteri tanı için ipuçları verebilir. Kanlı feçes, mukuslu feçes, tenesmus ve feçesin kalibresinin azalması kalın barsak lezyonlarını düşündürmelidir.

Menstrüel Kanamayla İlgili Belirtiler :

Kadın hastadan alınacak hikaye menstrüel durumu kapsamıyorsa tam olmayacaktır. Son menstrüel kanamanın başlangıç zamanı, karakteri öğrenilmeli ve menstrüel kanamayla karın ağrılarının ilişkisi araştırılmalıdır.

Üriner Belirtiler :

Üriner belirtiler akut karın tablosundaki bir hastada iyi değerlendirilmelidir. Sık ve ağrılı idrar genellikle kolik biçiminde bir ağrıyla birlikteyse üriner taş düşünölmelidir. Diğer yandan hematüri genellikle taşın belirtisidir. Ancak apandisitiste, divertikülitiste de hematüri olabilir ve mesane boşaltıldıktan sonra ağrı kaybolacaktır.

FİZİK MUAYENE

Karın ağrısı olan hastalarda hikaye olası tanılar için temel bilgiler verir. Fizik muayenede ise ameliyata karar verebilmek için önemli bulgular elde edilmektedir.

Akut karında fizik muayeneye vital fonksiyonların değerlendirilmesiyle başlanmalıdır. Bu amaçla, vücut ısısı, nabız, solunum dikkatle izlenmelidir. Hastanın vücut ısısı rektal alınmalıdır. Özellikle çocuklarda farenjitislerde bazen ateşle birlikte karın ağrısı olabileceği unutulmamalıdır. Yine çocuklarda akut apandisitlerde ve akut gastroenteritlerde ateş yüksek bulunabilmektedir (Tablo 4).

Tablo 4 : Akut Karında Vital Fonksiyonlar

VÜCUD ISISI

Yüksek

Gastroenteritis

Faranjitis

Akut apandisit

Peritonitis

NABIZ

Hızlı

Peritonitis

Şok

Normal

Akut apandisit

Akut kolesistitis

Duodenal ülser delinmesi

SOLUNUM

Hızlı

Pnömoniler

Yüzeyel

Duodenum ülser delinmesi

Akut pankreatit

Distansiyon

Nabız sayısı, akut apandisit, akut kolesistitis ve perforate peptik ülserlerde normal sınırlar içinde kaldığı halde, peritonitlerde ve intra-abdominal kanamalarda taşikardi saptanacaktır.

Solunum sayısı ve solunum tipi dikkatle izlenmelidir. Şiddetli ağrı olan peptik ülser delinmelerinde, pankreatitlerde solunum yüzeyel olabilir. Aynı şekilde belirgin distansiyonlarda solunum derinliği etkilenecektir. Solunum hızı abdominal ve pulmoner olayların değerlendirilmesinde önemlidir. Lober pnömoni ani başlayabilir ve karın ağrısıyla birlikte olabilir. Pnömonilerde ateş, öksürük, siyanoz, göğüs ağrısı ve hızlı solunum tabloya hakim olacaktır.

Karın muayenesine geçmeden önce hastanın pozisyonu da değerlendirilmelidir. Renal, bilier kolikli hastalar huzursuzdur, devamlı pozisyon değiştirirler. Ancak hiçbir durumda ağrıları geçmeyecektir. Tersine peritoniti olan hastalar ağrı uyanmaması için karını hareketten uzaklaştırmak amacıyla, dizlerini bükmüş, sakın ve kımıldamadan yatarlar.

Hastanın genel görünümü hastalık hakkında bilgiler verebilir. Mental durumda değişiklikler, deri turgor ve renk değişiklikleri, içeri çökmüş gözler hipovolemianın belirtisi olabilir.

İnspeksiyon :

Karın tümüyle görünecek şekilde hasta soyunduktan sonra renk değişiklikleri, distansiyon, çökük karın, barsak peristaltizmi, ameliyat kesileri, inguinal ve femoral bölgeler dikkatle izlenmelidir. Sadece inspeksiyon bulgusuyla, barsak tıkanıklıklar, boğulmuş fitıklara ait ipuçları elde edilebilecektir.

Oskültasyon :

Oskültasyon palpasyondan önce yapılmalıdır. Çünkü palpasyon barsak seslerinin karakterini değiştirebilir. Oskültasyona çok yavaş bir hareketle steteskop karın duvarına konularak başlanmalıdır. Önce sol alt kadranda olmak üzere tüm karın bölgeleri dinlenir. Barsak sesleri yok denebilmek için karın 2-3 dakika süreyle dinlenmelidir. Bu süre aynı zamanda hastanın yüz ifadesi ve davranışlarının izlenmesine de olanak verecektir. Ağrı krizleri sırasında yüksek, metalik tipte barsak sesleri ince barsak obstrüksiyonlarını düşündürmelidir.

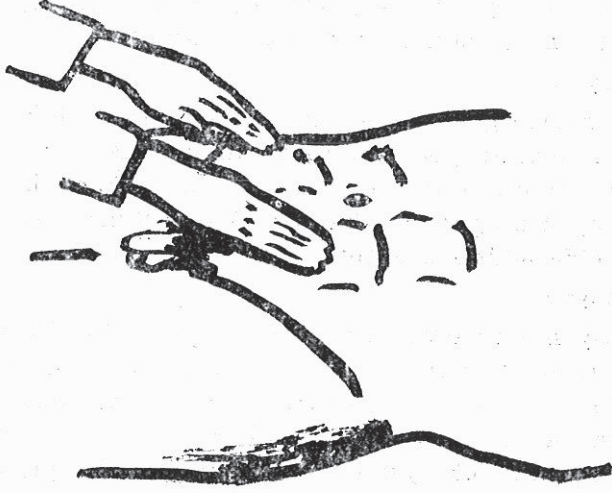
Palpasyon :

Palpasyona ağrılı bölgenin uzağından başlanmalıdır. Bunu sağlamak için mümkünse hastanın ağrıyan yerini parmağıyla göstermesi istenir. Tanı açısından yararlı bir sonuç alınabilecek palpasyon için sıcak el, sabır ve yumuşak hareketler gereklidir.

Palpasyonda, karaciğer, dalak varsa kitleler şekil, boyut ve konturları açısından değerlendirilmelidir. Karın içinde serbest sıvıyı değerlendirmek için yer değiştiren matite ve sıvı dalgalanma bulgularını araştırmak gerekmektedir.

Karın ağrısı olan hastalarda inguinal, femoral ve postoperatif fitik olabilecek bölgeler dikkatle muayene edilmelidir. Dikkat edilmezse küçük enkarsere bir femoral fitik gözden kaçabilir. Çünkü bazı hastalarda femoral fitik nedeniyle yandan boğulma (Richter Fitığı) nın tek belirtisi fitik bölgesindeki duyarlı alan olabilir. Keza öksürük karın içi basıncını artırarak o bölgede ağrı uyandırabilir.

Akut karında çok önemli bir bulgu olan müsküler defans palpasyonla saptanmaktadır (ekil 1). Gerçek müsküler defansı istemli defanstan ayırabilmek için palpasyon yapılırken hastaya soluk aldırılır. Karnın iki yanı karılatırılır. Hasta derin soluk aldığında karın yumuar. Peritonitlere bağlı gerçek defansta ise karın sertliği devam eder. Pelvik inflomasyonda genellikle defans bulunmamaktadır. Çok yalı hastalarda yaygın peritonite karşı bazan defans alınmayabilir.



Şekil 1 : Akut Karında Palpasyon

Duyarlılık palpasyonda saptanan diğer bir bulgudur. Gastroenteritlerde müsküler defans olmadığı halde yaygın duyarlılık karakteristiktir. Peritonun tümüyle enflomasyonlu olduğu durumlarda karında duyarlılık yaygınken, akut apandisit, akut kolesistit ve divertikülit gibi inflomatuvar olaylarda lokalize bir duyarlılık saptanacaktır.

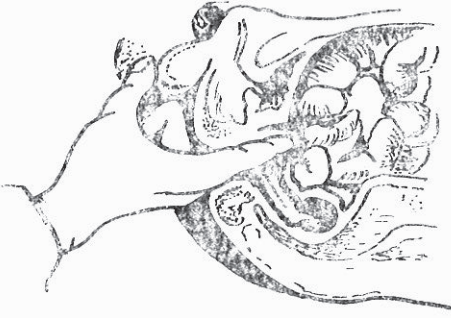
Perküsyon :

Karnın perküsyonu çok yumuşak hareketlerle yapılmalıdır. Perküsyonla mevcut distansiyonun gaz ya da sıvı nedeniyle geliştiği değerlendirilebilir. Alt karın perksyonuyla distandü mesane saptanabilir. Karında serbest hava olduğunda, karaciğer matitesinin kaybolduğu belirlenebilir. Yine aşırı distansiyonu olan hastalarda, barsakların karaciğer üzerinde yeralmaları sonucu karaciğer matitesi kaybolabilmektedir.

Pelvik ve Rektal Muayene :

Rektal ve vaginal muayene yapılmaksızın akut karın için yapılan muayene tamamlanmış sayılamaz. Erkeklerde skrotum kapsamının kontrolü mutlaka gereklidir. Rektal muayene ile özellikle Douglas Kavsi'ndeki duyarlılık araştırılır (Şekil 2). Rektal muayene sonunda eldivenin ucuna bakılarak kan, cerahat ve mukus olup olmadığı araştırılmalıdır. Eldiven ucundan alınan feçes örneği gizli kan araştırılması için laboratuvara gönderilmelidir. Kolostomisi ve ileostomisi olan hastalarda digital muayene ilgili stomalardan yapılmalıdır.

Kadınlarda bimanuel muayene gereklidir (Şekil 3). Bimanuel muayene pelvik inflomatuvar hastalıklarda saptanan pelvis duyarlılığını ortaya çıkaracak ve uterus ve adnekslerin değerlendirilmesini sağlayacaktır.



Şekil 2 : Akut Karında Rektal Tuşe



Şekil 3 : Akut Karında Bimanuel Muayene

ÖZEL TESTLER VE ÖZEL BELİRTİLER

İliopsoas Testi :

Hasta supin pozisyonunda iken sağ bacağı kaldırması istenir. Psoas kasıyla kontakt yapan inflomatuvar süreç varsa bu hareket sırasında ağrı uyanacaktır (Şekil 4).

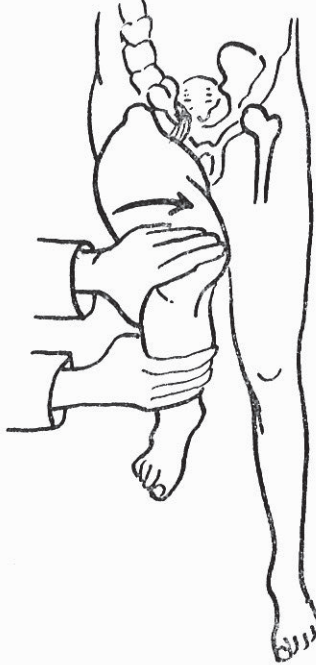
Obturator Testi :

Bu test ayaklar dizden bükülü iken bacağına rotasyon uygulanarak yapılır. Pelvik abse, akut apandisit gibi obturator kasta invazyon yapan hastalıklarda hasta hipogastriumda ağrı duyacaktır (Şekil 5).

Akut karında bazı özel belirtiler tanı için yardımcı olmaktadır. Cullen Belirtisi, Gray-Turner Belirtisi, Rovsing Belirtisi, reaksiyonel duyarlılık önemli özel belirtilerdir.



Şekil 4 : İliopsoas Testi



Şekil 5 : Obturator Testi

Cullen Belirtisi :

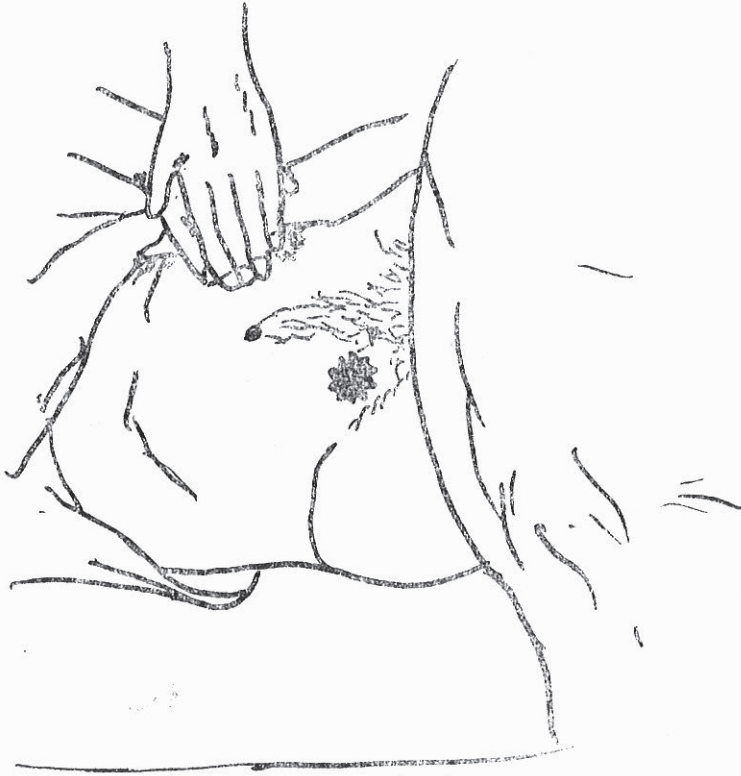
Periumbilikal bölgede deride mavimsi renk değişikliğidir. Aşırı hemoperitoneumu olan hastalarda ortaya çıkar. Ancak ciddi bazı kanamalarda bile her zaman saptanan bir belirti olmadığı unutulmamalıdır.

Gray - Turner Belirtisi :

Karın duvarında yanlarda derinin mavimsi renk değişikliğidir. Retroperitoneal kanamanın bir belirtisidir. Saptandığında akut hemorajik pankreatit tanısı için yararlı olacaktır.

Rovsing Belirtisi :

Palpasyonda karının sol üst kadrana bastırıldığında sağ alt kadranda ağrı duyulması. Sıklıkla akut apandisitlerde saptanan bir belirtidir (Şekil 6).



Şekil 6 : Rovsing Belirtisi

Reaksiyonel Duyarlılık :

Periton irritasyonunu ortaya çıkaran bir belirtidir. Ağrı olan bölgenin uzağından karna bastırılıp el birden çekildiğinde birden uyanan ani bir ağrıyla hasta irkilecektir. Parietal peritonu irrite eden inflamatuvar olaylarda saptanır.

DOĞRUAYICI TESTLER

Karın ağrısıyla başlayan ve akut karın olabilecek bir hastada daha hikayenin alınması sırasında olası tanılar düşünülür. Fizik muayeneler sonucu tanı daha da belirginleşir. Doğrulayıcı testler kesin tanıya ulaşmada ve ameliyat kararı verilmesinde yardımcı olan testlerdir.

Akut Karında Laboratuvar :

Akut karın tanısı için süratle sonuç alınabilecek ve uygulanacak tedavi için yol gösterici olabilecek laboratuvar incelemelerine başvurulmalıdır.

Akut karın kuşkusıyla muayenesine başlanılan her hastadan hemen kan alınarak hematokrit, eritrosit ve lökosit sayılmalıdır. Başlangıçtaki sonuçlar, bir çok hastada daha sonra yapılacak kontrol muayeneleri için bir baz oluşturacaktır.

Hematokrit, dehidratasyonu ve anemiye belirleyen sonuçlar verebilir. Lökosit genel olarak inflomatuvar olaylarda yükelecektir. Ne varki yaşlılarda bazan generalize peritonite karşın lokosit sayımı normal sınırlarda olabilmektedir. Diğer yandan sepsis tablosu gelişmişse lökopeni olabileceği unutulmamalıdır.

İdrar densitesi özellikle hastanın hücre dışı sıvı durumunun değerlendirilmesi açısından önemlidir. İdrar sedimentinin mikroskopik incelemesinde eritrosit, lökosit ve bakteri araştırmaları tanı için önemlidir. Mikroskopik hematüri, böbrek ve üriner sistemde patolojileri belirleyen önemli bir bulgudur. Ne varki üretere yakın komşuluğu olan apandikslerin inflomasyonlarında da idrar sedimentinde eritrosit saptanabileceği unutulmamalıdır. İdrarda albumin ve bilirubin araştırmaları tanı için yardımcı olmaktadır.

Spesifik bazı testler de akut karında tanı ve hastanın durumunun değerlendirilmesi için gerekli olabilmektedir. Örneğin akut pankreatit kuşkulanan hastalarda amilaz, serum kalsiyumu, akut kolesistitlerde serum bilirubin ve barsak obstriksiyonu olanlarda serum elektrotleri incelemeleri bu anlamda yapılmaktadır.

Akut Karında Radyolojik İncelemeler :

Uygun olarak yapılan radyolojik çalışmalar akut karın yapan hastalıkların tanısında çok önemlidir. Bu çalışmalar yeterli bir anamnez alındıktan ve gerekli muayeneler tamamlandıktan sonra yapılmalıdır.

Akut karında en önemli radyolojik incelemeler, anteroposterior toraks grafisi ve ayakta direkt karın grafisidir. Her akut karınlı hastada direkt karın grafisi gerekli değildir. Üstelik film çekilmesi için harcanan zaman hastada hemen yapılması gerekli tedaviyi geciktirebilir. Örneğin dış gebelik rüptüründe, rüptüre aort anevrizmasında hemen ameliyat için dakikalar önemliken, tanı için çok yararlı olmayacağı halde direkt karın filmi çekilmesi gereksizdir. Yine direkt karın grafisi orta ve şiddetli karın ağrısı, karında yaygın duyarlılığı bulunanlarda ve barsak tıkanıklığı düşünülen fakat tanının kuşku- lu olduğu hastalarda yapılmalıdır. Akut apandisitiste olduğu gibi muayene ile belirginleşen durumlarda, jinekolojik hastalığı olanlarda ve hafif karın ağrılarıyla gelenlerde, ağrıların bir haftadan beri devam ettiği hastalarda yararlıdır.

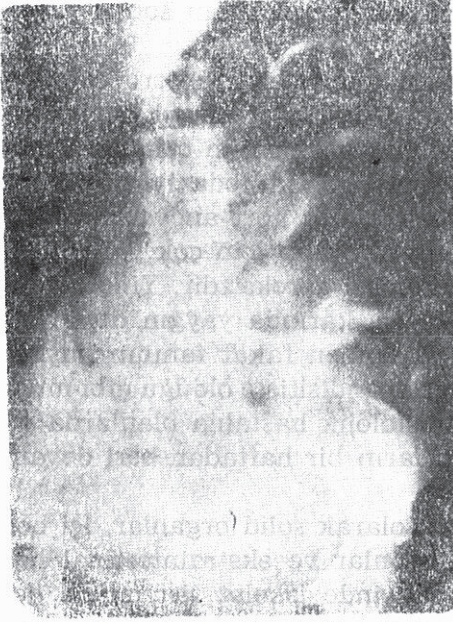
Direkt karın grafisinde, sistematik olarak solid organlar, içi boş organlar, abdominal hatlar, kalsifikasyonlar ve ekstraintestinal hava izlenmelidir. Yine direkt karın grafisinde iskelet sistemi de değerlendirilmelidir. Çünkü travma geçiren hastalarda saptanan kosta kırıkları, dalak ya da karaciğer yırtılmaları sonucu intraperitoneal kanamanın nedeni olabilir.

Karaciğer, dalak ve böbreklerin sınırları direkt karın grafisinde izlenebilir. Bu solid organların büyümeleri, yer değişiklikleri (özellikle böbreklerde) ve içlerinde kistik kitleler saptanabilir.

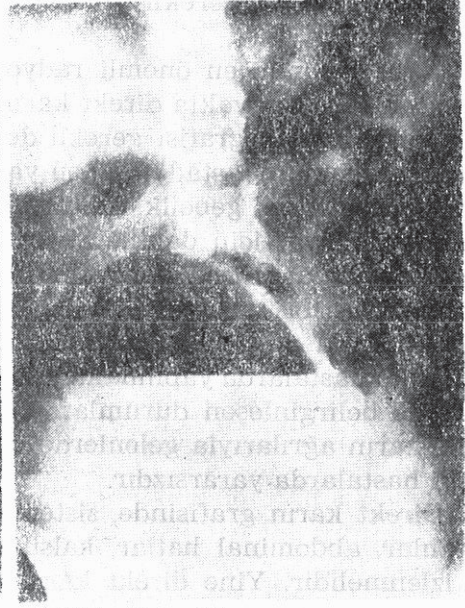
Karında gaz örnekleri tanıda çok belirleyici olabilir. Normalde midede ve kolonlarda az miktarda gaz saptanmaktadır. Çocuklarda normal koşullarda ince barsaklarda da gaz görülebilir. Gastrointestinal sistemde anormal gaz örneği paralitik ve mekanik barsak tıkanıklıklarında ortaya çıkmaktadır. Paralitik ve mekanik tıkanıklarda proksimalde meydana gelen dilatasyonlar belirleyici olabilir (Şekil 7). Örneğin sigmoid kolonda osstrüksiyon varsa proksimalindeki kalın barsak segmentlerinde ve hatta bazan ileoçekal valv'in görevini yapmadığı durumlarda ince barsaklarda da dilatasyon meydana gelecektir. Çekum ve sigmoid kolonda belirgin genişlemeler volvulusu, tüm

Not : Görüntüleme yöntemlerine ait örnekler Radyoloji Anabilim Dalı arşivinden alınmıştır.

kolonlarda yaygın ve belirgin dilatasyon kolon tıkanıklığını düşündürmelidir (Şekil 8). Bu durumlarda tıkanıklığın altındaki kolon segmentlerinde gaz gölgesi saptanmayacaktır.



Şekil 7 : Barsak Tıkanmalarında Hava-Su Seviyeleri



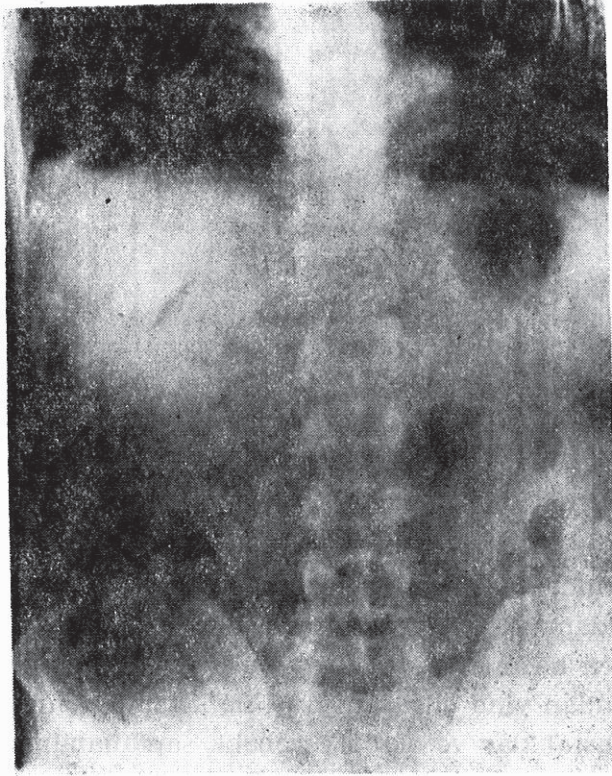
Şekil 8 : Kolon Tıkanması

İnce barsaklarda band ve adezyonlara bağlı obstrüksiyon varsa, kalın barsaklarda bir değişiklik olmadan da ince barsaklarda dilatasyon saptanmaktadır. Dilate ince barsak ansları içinde gaz ve sıvı seviyeleri ince barsak obstrüksiyonları için tipik görünümüdür.

Anormal gaz örnekleri diğer durumlarda da ortaya çıkabilir. Barsak-safra kesesi-koledok arasında fistüller olduğunda, biler kanalda gaz saptanabilir. Bazı enfeksiyonlarda retroperitoneal bölgede gaz gölgesi bulunabilir. İleri mezenterik infarktüslerde barsak lumeninde ve vena portada gaz görülebilir.

Direkt karın grafisinde periton içinde serbest gaz görüntüsü içi boş bir organın perforasyonu ile ortaya çıkar. Bu durum genellikle ayakta direkt karın grafisinde diafragma altında serbest hava olarak belirlenir (Şekil 9). En sık nedeni duodenum ülser delinmesidir. An-

çak perfore divertikülitislerde, ince barsak ve kolon perforasyonlarında da olabilir. Akut apandisitlerde, apandiks perfore olsa dahi böyle bir görüntü elde edilemez.

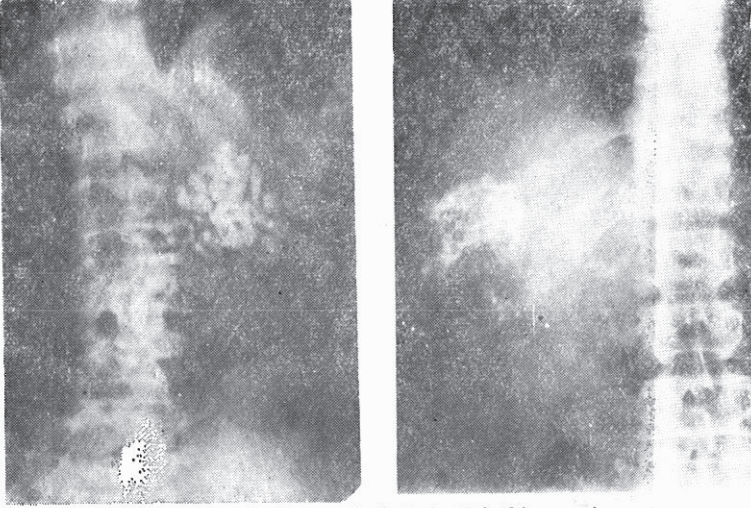


Şekil 9 : Direkt Karın Grafisinde Serbest Hava

Direkt karın grafilerinde diafragma görülmelidir. İyi bir sonuç alınması için hasta 5 dakika süreyle ayakta durmalıdır. Hasta bunu yapamayacaksa lateral pozisyonda film çekilmelidir.

Direkt karın grafilerinde izlenebilen iki hattın sözedilebilir. Bunlar peritoneal yağ ve psoas gölgeleridir. Karında serbest sıvı olduğunda peritoneal yağ hattı görülmeyecektir. Bu sıvı kan, cerrahat ve ascit olabilir. Psoas gölgesinin kaybolması da retroperitoneal hematoma ve abseyi gösterecektir.

Direkt karın grafisinde saptanan kalsifikasyonlar tanıda yardımcı olabilir. Safra taşları, üriner taşlar, fekalitler, atherosklerotik plaklar ve pankreas bölgesinde görülen kalsifikasyonlar bu açıdan önemlidir (Şekil 10).

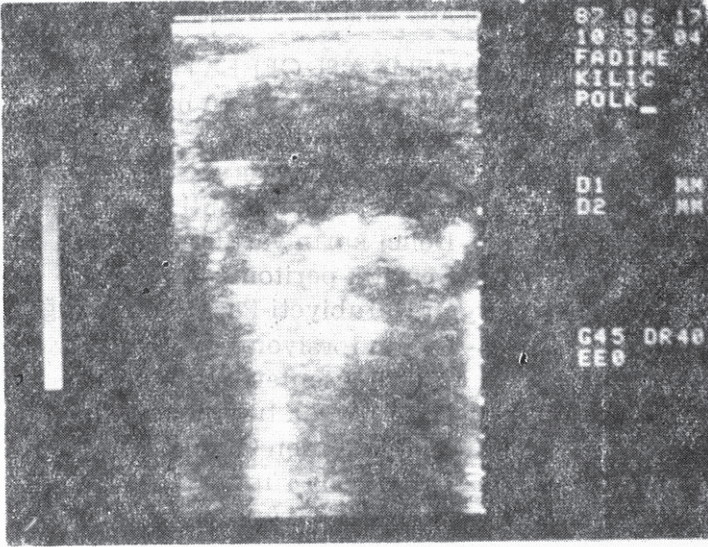


Şekil 10 : Direkt Karın Grafisinde Kalsifikasyonlar

Akut karında başka görüntüleme yöntemleri de kullanılabilir. Bunlardan ultrasonografi karın ağrısının nedeni olarak safra taşı düşünülen hastalarda tanı aracı olarak kullanılmaktadır (Şekil 11). Diğer yandan yine ultrasonografi ile karın ağrısının nedeni olan jinekolojik hastalıklar ve ektopik gebelik saptanabilmektedir. Pankreas ultrasonografi ile değerlendirilebilmektedir.

Safra kesesi ve safra yollarının incelenmesinde intravenöz kolesistokolanjiografi ve radyonükleid kolesintigrafi kullanılmaktadır. Özellikle akut kolesistit kuşkulu olan hastalarda duktus sistikusda obstriksiyona bağlı olarak kesesinin dolmadığı emin ve hızlı olarak invaziv olmayan bir yöntem olan radyonükleid kolesintigrafiyle saptanabilir (Şekil 12).

Nadiren Ba lu kolon grafisi ya da gastroffin lavman kolonlara ait kuşkulu durumlarda tanı için yardımcı olmaktadır. Anjiyografi, çok nadir olarak kullanılan bir yöntemdir. Gastrointestinal kanamaların yerinin saptanmasında, renal mezenterik arter anevrizma rüptürlerinin ortaya çıkartılmasında tanıda yardımcı olabilmektedir.



Şekil 11 : Ultrasonografide Safra Kesesinde Taş



Şekil 12 : Radyonükleid Kolesistigrafi

AKUT KARIN NEDENİ OLAN HASTALIKLAR

Akut karın yapan hastalıklar üç ana grupta toplanabilir : (1) acil ameliyatı gerektiren hastalıklar, (2) Acil ameliyat gerektirmeyen hastalıklar, (3) Akut karın hastalıklarını taklid medikal hastalıklar (Tablo 5).

Tablo 5 : Akut Karın Yapan Nedenler

ACİL AMELİYATI GEREKTİRENLER

İltihabın neden olduğu hastalıklar

Akut apandisit

Akut kolesistit

Meckel Divertiküliti

Delici karın yaralanmaları

Spesifik peritonit

Organ Harabiyeti-Pasaj Tıkanıklığı Yapanlar

Organ torsiyonu

Akut mesenterik trombozis

Akut barsak tıkanması

Kanamaya Neden Olanlar

Dış gebelik rüptürü

Anevrizma rüptürü

Travmatik organ yaralanmaları

ACİL AMELİYATI GEREKTİRENLER

Akut pankreatit

Akut reioner enterit

Retroperitoneal kanama

Primer peritonit

Akut pelvik iltihap

Ağrılı ovulasyon

AKUT KARNI TAKLİD EDENLER

Miyokard enfarktüsü

Pnömoni

Basal plörezi

Akut perikardit

Akut mediastinit

Akut porfiriya

Kurşun zehirlenmesi

Tabes dorsalis krizleri

Bu bölümde akut karın nedeni olan hastalıklardan akut apandisit, divertikülitis, akut kolesistit perforé peptik ülser, akut pankreatit, barsak tıkanıklıkları akut mezenterik iskemi, abdominal aorta anevrizması rüptürü tek tek ele alınarak özellikleri irdelenecek daha sonra da abdominal ağrının jinekolojik nedenleri ve abdominal ağrıyla birlikte olan genitoüriner hastalıklara kısaca değinilecektir.

AKUT APANDİSİTİS

30 yaşın altında en sık cerrahi akut karın nedeni olan hastalıktır. Akut apandisitisin oluşmasında olay inflomasyon, obstrüksiyon ve iskemi biçiminde gelişeceğinden semptomlar hastalığın gidişi sırasında bu olaylara paralel olarak değişiklikler göstermektedir.

Hastaların çoğunda ve özellikle gençlerde, apandisit submukoza lenfatiklerin hiperplazisi ve apandiks lumeninin bu nedenle obstrüksiyonu ile gelişmektedir. Bu durumda obstrüksiyona karşı sekresyon devam etmekte ve apandiks içindeki basınç artmaktadır. İntraluminal basınç artımı lenfatiklerde de obstrüksiyona ve apandiks duvarında ödeme neden olacaktır. Bu akut fokal apandisit dönemi. Apandiks ve ince barsak aynı sinirlerle innerve edildiğinden bu dönemde hasta periumbilikal bölgede iyi lokalize edemediği künt bir ağrıdan yakınacaktır.

İkinci dönem akut supüratif apandisit dönemi. Bu dönemde intraluminal basınç daha da artmıştır. Venöz obstrüksiyon ve fokal iskemi ve serozal irritasyon söz konusudur. İnflomasyonlu apandiks serozasının karın parietal peritonuna değmesiyle hasta bu kez iyi lokalize edebildiği bir ağrıyı sağ fossa iliakada duyacaktır. İskemi apandiks antimezenterik kenarında infarktlara neden olacaktır. Böylece oluşan gangrenöz apandisit dönemi, artmış bakteriel ekstreavazasyon ve peritonun lokal kontaminasyonu ile sonuçlanacaktır. Böylece inflomasyonla başlayan olaylar, obstrüktif, iskemik ve perforatif dönemlere ulaşacaktır. Ne var ki her hastada bu olayların gelişimi farklı olacaktır.

Akut apandisit infantlarda çok nadirdir. Diğer yandan yaşlılarda da daha az görülmektedir. Hastaların ancak % 10'u 10 yaşın altında ve 50 yaşın üstündedir. Bu yaş gruplarında yüksek perforasyon riski vardır. Akut apandisit en sık olarak 10 - 20 yaşlarda görülmektedir. Akut apandisit insidansının 30 yaşından sonra belirgin olarak azaldığı görülmektedir.

Belirtiler - Bulgular

Tipik apandisit, iyi lokalize edilemeyen periumbilikal ve epigastrik ağrıyla başlar. Ağrıya çoğu kere iştahsızlık eşlik etmektedir. Bulantı ve kusma klinik tabloda yer alabilir. Ancak bu semptom kompleks akut apandisitisten başka, mezenterik adenitis, gastroenteritis ve sebebi bilinmeyen karın ağrılarında da saptanmaktadır.

Erken dönemde akut apandisitisi tanısı koymak çok zordur. 6 - 8 saat sonra yine tipik vakalarda ağrı sağ alt kadrana lokalize olacaktır. Ancak apandiksin anatomik konumuna göre bu dönemde ağrı lokalizasyonu da değişebilmektedir. Örneğin retroçekal apandisitilerde ağrı sağda sırtta da hissedilecek ve renal koliklerle karışabilecektir. Diğer yandan gebeliğin 3. trimesterinden sonra apandiks yukarı doğru yer değiştirdiğinden ağrı sağ üst kadranda lokalize edilecektir.

Akut apandisitisi hastada sistemik toksisite belirtileri yoktur. Hastalar genel olarak sağ alt kadrana koruyacak biçimde sakin yatarlar (Şekil 13).



Şekil 13 : Akut Apandisitisi Hastanın Duruşu

Enspeksiyonda önemli bir bulgu saptanamaz. Palpasyonda sağ alt kadranda duyarlılık ve defans saptanır. Geç dönemlerde palpasyonda oluşan plastrona ait kitle saptanabilir.

Atipik vakalarda ağrı periumbilikal bölgede duyulur. Ağrının sağ alt kadranda lokalize edilememesine karşın rektal tuşede sağ alt kadranda duyarlılık saptanabilir. Kadınlarda vaginal tuşe ile servikal duyarlılık saptanması ve akıntı pelvik inflomatuvar hastalığı düşündürmelidir.

Süpürativ apandisitide Rovsing Belirtisi pozitif olabilir. Psoas ve obturator testleri de pozitif bulunabilir.

Doğrulamayı Testler

Akut apandisitisi tanısında direkt karın grafisi yararlı değildir. Ancak kuşkulu vakalarda ayırıcı tanı için önemli olabilir.

Hastaların 3/4'ünde lökosit 10000 den yüksektir. Ortalama olarak lökosit 12000 dolayındadır. Lökosit sayısı 20000 ve daha fazla ise olay başka nedenlere bağlı olmalıdır ve tanı yeniden gözden geçirilmelidir. Sağ alt kadranda ağrı yapan diğer nedenleri ayırmak için idrar

incelemesi önemlidir. Bakteriüri ve hematüri, ağrının üriner bir etiolojiye bağlı olduğunu düşündürür. Akut apandisitiste genç erkeklerin bazılarında idrarda lökosit saptanabileceği unutulmamalıdır.

Ayırıcı Tanı :

Akut apandisitiste yaş gruplarına göre ayırıcı tanı değerlendirilmelidir (Tablo 6). İnfantlarda ayırıcı tanıda, kolik, akut gastroenterit, intussepsiyon, boğulmuş fıtık ve volvulus dikkate alınmalıdır. Bazen infantlarda karın ağrısının nedeni konjenital patolojilere bağlı olabilir. Bu çerçevede intestinal stenoz, anuler pankreas ve malrotasyonlar ayrılmalıdır.

2 - 5 yaşlarda akut apandisitit nadirdir ve bu yaş grubunda akut gastroenteritis, pyelonefritis, Meckel Divertiküliti ve intussepsiyon ayırıcı tanıda dikkate alınması gerekli hastalıklardır. 5 - 10 yaş grubunda apandisitit insidansı artmaktadır. Gastroenteritis ve mezenterik lenfadenitis ayırıcı tanıda önemlidir. Gastroenteritis ağrıdan önce kusmayla başlar ve sıklıkla diareyle birlikte dir. Gastroenteritiste nadiren duyarlılık saptanır. Müsküler defans belirgin bir bulgu değildir. Barsak sesleri hiperaktiftir, rektal tuşe de Douglas duyarlı bulunmaz. Mezenterik lenfadenitis genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonunu izler. Muayenede sağ alt kadranda hafif bir duyarlılık saptanır. Ancak müsküler defans yoktur.

Yaşlılarda akut apandisitit tanısı çok zor olabilir. Lökosit genellikle 10000 in altındadır. Ateş sıklıkla eşlik eden bir bulgudur. Yaşlıların % 30'unda ameliyatta perforasyon saptanır. Yaşlı hastalarda divertikülitis, perfore peptik ülser, akut kolesistitis, karsinoma, intestinal obstriksiyon ve mezenterik vasküler hastalıklar ayırıcı tanıda önemlidir.

10 - 30 yaşlarındaki kadınlarda akut apandisitit insidansı erkeklerin yaklaşık yarısı kadardır. Bu grupta yanılma oranı daha fazladır. Bu durum genitoüriner hastalıkların genç kadınlarda daha fazla olmasıyla ilgilidir. 10 - 30 yaşlarındaki kadınlarda, pelvik inflomatuvar hastalıklar, diğer jinekolojik problemler, mesenterik adenitis, gastroenteritis, üriner kanal enfeksiyonları, kolelitiazis ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekli hastalıklardır.

Tablo 6 : Akut Apandisitiste Ayırıcı Tanı

İNFAÑTLARDA

Kolik
 Akut gastroenteritis
 İnvaginasyon
 Boğulmuş fıtık
 Volvulus
 Konjenital patolojiler

2 - 5 YAŞ GRUBUNDA

Gastroenteritis
 Pylenefritis
 Meckel Divertiküliti
 İnvaginasyon

5 - 10 YAŞ GRUBUNDA

Gastroenteritis
 Mezenterik lenfadenitis

10 - 30 YAŞ GRUBUNDA

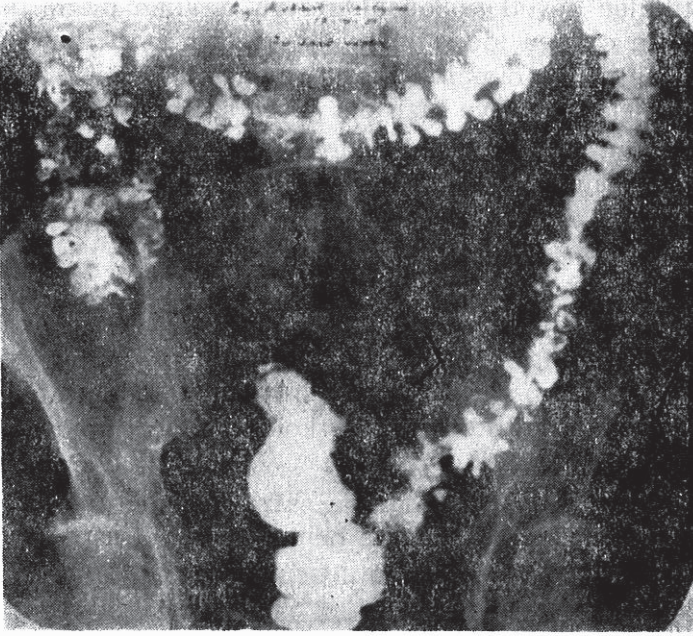
Jinekolojik problemler
 Mezenterik lenfadenitis
 Gastroenteritis
 Üriner kanal enfeksiyonları
 Kolelitiazis

YAŞLILARDA

Divertikülitis
 Perfore peptik ülser
 Akut kolesistitis
 Mezenterik vasküler hastalıklar
 Barsak tıkanmaları
 Karsinoma

DİVERTİKÜLİTİS

Divertikülitis, divertikülozisin bir komplikasyonudur. Divertikülozis terimi, kolon duvarında çok sayıda divertiküllerin bulunmasını belirlemektedir (Şekil 14). Kolon divertikülleri normal popülasyonun % 5'inde saptanır. 40 yaşından önce kolon divertikülü azdır. Yaşla insidans artmaktadır. 80 - 90 yaşlarında insanların 2/3'ünde saptanır. Divertiküloziste kadın, erkek dağılımı aynıdır.



Şekil 14 : Kolonlarda Divertikülozis

Divertikülitis insidansı da yaşla artmaktadır. Divertikülozisi olan hastalarda ilk 5 yılda % 10, 10 yılda % 25 ve 20 yılda ise % 35 oranında divertikülitis geliştiği saptanmıştır. Hastaların % 2-9 u 40 yaşın altındadır ve bunlarda divertikülitis daha şiddetlidir ve pek çoğunda cerrahi işlem gerekmektedir.

Kolon divertikülleri pulsion tipindedir. Psödodivertikül diye de adlandırılmaktadır. Divertikül tüm kolon tabakalarını içermez. Kolon mukoza ve submukozası sirküler kas tabakası arasından çıkmıştır. Genellikle mezenterik ve antimezenterik tenia arasında lokalize olmaktadır. Divertikül gelişmesi için çeşitli teoriler öne sürülmüştür. En çok kabul gören teoriye göre, lumen ve seroza arasındaki basınç farklığı, damarların kolon müsküler tabakasını perforate ettiği zayıf noktadan mukoza ve submukozanın hernie olmasına neden olmaktadır. Divertiküller, lumen basıncının dar ve duvarın kalın olduğu bölgede daha fazladır. Böylelikle divertiküller en sık sigmoid kolonda rastlanılmaktadır.

Divertiküler hastalığın düşük rezidü bırakan diyetle beslenenlerde daha fazla olduğu iddia edilmektedir. Tersine fazla rezidü, fazla feçes kitlesine neden olmakta bu da segmentasyonu azaltarak kolon lumenini genişletmekte ve hızlı bir geçişi sağlamaktadır.

Kolonda sağ tarafta yer alan divertiküller gerçek divertiküllerdir ve konjenital orijinlidir. Bu nedenle divertikülozisten farklıdır.

Divertikülitis veya akut inflomatuvar divertiküler inflomasyon, divertikülozisin en sık görülen komplikasyonudur. Divertikülitis divertikülün perforasyonu sonucu gelişmektedir. Perforasyondan sonra inflomatuvar reaksiyon ya perikolik yağ dokusunda lokalize olmakta ya da komşu organların duvarıyla çevrili bir divertiküler abse oluşmaktadır. Zamanla bu abseler komşu organlara açılarak fistüller meydana gelebilir. Sıklıkla kolovezikal, kolokutaneoz, kolovaginal, koloenterik fistüller oluşmaktadır.

Divertiküler hastalığı olanlarda safra taşı, hiatus hernisi (Saint Triadı), iskemik kalp hastalığı ve hemoroid insidansı belirgin olarak daha fazla saptanmaktadır.

Belirtiler ve Bulgular

Divertikülitisin ana semptomu karın ağrısıdır. Kramp biçiminde olan ağrı genellikle sol alt kadranda lokalize olmaktadır. Ağrı atakları sırasında kabız ve diare olabilir. Barsak alışkanlığı değişenlerde değişmeyenlere göre prognozun daha kötü olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan bulantı, kusma ve ısrarlı üriner semptomlar, karında distansiyon ve kitle gibi semptomlar kötü prognozu belirlemektedir. Bazı durumlarda perforasyon gibi kötü bir komplikasyon gelişmiş hastalar bile uzun süre asemptomatik kalabilmektedir.

Asemptomatik divertikülozisi olan hastalarda normal fizik muayene bulguları saptanmaktadır. Fizik muayene bulguları komplikasyonların varlığına bağlı olarak değişmektedir. Hastalarda bazen sadece rektal kanama saptanabilmektedir. Kimi hastalarda da barsak obstrüksiyonuna ait belirtiler söz konusudur. Çünkü, divertikülitis kalın barsak obstrüksiyonuna neden olan patolojiler arasında 2. sırayı almaktadır.

Divertikülitis olan hastalarda sol alt kadranda duyarlılık ve defans saptanabilir. Perforasyon sınırlı kalmışsa duyarlılık lokalizedir. Perforasyon sınırlanamamışsa, jeneralize peritonit ve buna bağlı olarak jeneralize duyarlılık saptanabilir. Nadiren sol alt kadranda duyarlı bir kitle palpe edilebilir.

Doğrulatoryıcı Testler

Divertikülleri görünür hale getirmek için Ba lu kolon grafisi idealdir. Diğer yandan bu inceleme Karsinoma ve iflomatuvar barsak hastalığını ortaya çıkarması bakımından ayırıcı tanıda önemlidir. Perforasyon ve divertikülitis gelişmiş hastalarda Ba lu kolon grafisi kontrendikedir. Massiv aşağı gastroentestinal kanaması olanlarda visseral anjiografi veya radyoizotop sintigrifi kanamayı lokalize etmek için kullanılmaktadır.

Direkt karın grafisi nadiren peritonda serbest havayı gösterir. Diğer yandan barsak obstrüksiyonu, sol alt kadranda kitle etkisi ve kolonun ya da ince barsakların parsiel ya da komplet obstrüksiyonlarına ait belirtiler gösterebilir.

Akut fazda rektosigmoidoskopi endike değildir. Üstelik perforasyonlara neden olacağı için kontredikedir. Endoskopik inceleme ödem ve inflomasyon geçtikten sonra yapılmalıdır.

Tedavi :

Divertikülitiste medikal ve cerrahi tedavi uygulanabilmektedir. Medikal tedavinin esasları, barsağın dinlenmeye alınması, bunun için ağızdan gıda alımının durdurulması, Nazogastrik aspirasyon, IV beslenme, geniş spekturumlu antibiotik olmalıdır. Hastalar 48 saat içinde konservatif tedaviye yanıt vermiyorlarsa, cerrahi girişim düşünülmelidir. Konservatif tedaviden sonra nüksleri olan hastalarda da cerrahi tedavinin endikasyonu vardır.

Cerrahi tedavi kolon rezeksiyonuyla yapılmaktadır. Kolon rezeksiyonu akut dönemde yapılmamalıdır. Akut olay yatıştıktan 6 - 10 hafta sonra elektif rezeksiyon planlanmalıdır. Rezeksiyonda alt sınır, peritoneal refleksiyon olmak üzere tüm atake sigmoid kolon çıkartılmalıdır.

Divertikülitiste perforasyon ve bunun yolaçacağı komplikasyonlar gelişmişse, oluşacak komplikasyonlara göre cerrahi tedavi yöntemleri seçilmektedir.

AKUT KOLESİTİT

Sistik kanalın taşla tıkanması sonucu, safra kesesinde ödem, inflomasyon ve bakteriel invazyonla oluşan bir hastalıktır. Akut kolesistitli hastaların % 95'inde asıl neden safra taşlarıdır. Sadece % 5 hastada akut akalkülöz kolesistitten söz edilmektedir.

Sistik kanalın taşla tıkanması sonucu, safra kesesinde belirgin bir kontraksiyon olur. Bu durum kolik biçiminde bir ağrıya neden olmaktadır. Taş kanaldan geçemezse kontraksiyonlar artacak, kese duvarında ödem oluşacak, kese mukozasında taşların travmatik etkisiyle fosfolipazlar açığa çıkacak ve fosfolipidler yıkılarak yoğun bir inflomasyon meydana gelecektir.

Hastalığın şiddetini artıran birçok faktörden söz edilebilir. Bu anlamda hastanın yaşı, diabetes mellitus ve segonder bakteriel invazyon sayılabilir. Olayda bakteriler çok az rol oynamaktadırlar. Sonradan devreye girecek bakteri invazyonu ile gangren ve perforasyon gelişmektedir.

Hastalığın şiddetini artıran birçok faktörden söz edilebilir. Bu anlamda hastanın yaşı, diabetes mellitus ve segonder bakteriel invazyon sayılabilir. Olayda bakteriler çok az rol oynamaktadırlar. Sonradan devreye girecek bakteri invazyonu ile gangren ve perforasyon gelişmektedir.

Hastaların sadece % 5'inde safra taşı olmaksızın kolesistit gelişmektedir. Akut akalkülöz kolesistit uzun süre aç bırakılan hastalarda, uzun süre total paranteral nütrisyon uygulanan hastalarda ortaya çıkmaktadır. Stress, multibl travma, kritik ağır hastalık hallerinde de oluşmaktadır. Akut akalkülöz kolesistitin fizyopatolojisi kesinlikle bilinmemektedir. Bilier staz, sistik kanal ödemi ve obstriksiyonunun etken olduğundan sözedilmektedir.

Belirtiler ve Bulgular

Hastaların çoğunluğunda birer kolik öyküsü vardır. Hastaların % 25'inde önceye ait bir hikaye alınamamaktadır. Hastaların çoğunda ilk semptom karnın sağ üst kadranında duyulan ve sırtta yayılan ağrıdır. Başlangıçta yalnız ağrıya tanı konamaz. Kolik biçimindeki ağrıların 4 - 6 saatten fazla sürmesi durumunda akut kolesistit düşünülmelidir. Sağ hipokondriumda sürekli hissedilen ağrı bazan epigastriuma ve nadiren de alt kadrana yayılabilmektedir.

Ağrı belirtisine ek olarak hastaların yarısında bulantı ve kusma da tabloya eklenebilir. Hastaların % 10'unda da sarılık vardır.

Akut kolesistitli hastalarda vücut ısısı 38 - 38.5 °C dolayındadır. Komplikasyon oluşmamışsa daha fazla bir vücut ısısı saptanamaz. Vücut ısısının daha fazla yükselmesi safra kesesi gangreni ve perforasyon gibi komplikasyonları akla getirmelidir.

Genel durum toksik bir tablodaki gibi değildir. Komplikasyonlar oluşmadıkça orta derecede bir taşıkardi saptanacaktır.

Akut kolesistitte sağ üst kadranda duyarlılık ve defans en önemli bulgulardır. Erken vakalarda duyarlılık hafiftir. Gangrenöz kolesistit oluştuğunda duyarlılık çok belirgindir ve sağ üst kadranda tümüyle defans saptanmaktadır.

Hastaların % 20'sinde sağ üst kadranda kitle ele gelebilir. Bu sadece hidropik bir safra kesesi olabildiği gibi genellikle inflomatuvar keseye yapışmış omentumun keseye birlikte oluşturduğu kitledir.

Akut kolesistitte jenaralize peritonite ait semptomlar yoktur. Saptanırsa safra kesesi perforasyonu düşünülmelidir.

Doğrulayıcı Testler

Akut kolesistit tanısında laboratuvar bulguları minimal derecede yardımcıdır. Özellikle hafif derecedeki vakalarda önemli değişiklikler olmaz. Lökosit 12000 - 15000 dolayındadır. Lökosit 15000'in üstünde gangren ve perforasyon gibi komplikasyonlar düşünülmelidir.

Akut kolesistitte bilirubin genellikle 2 - 4 mg/dl dir. Bilirubin kesedeki yoğun inflomasyonu takiben koledoğun da inflomasyona katılmasıyla oluşmaktadır. Serum bilirubin 4 mg'ın üstünde saptanmışsa safra kesesi perforasyonu düşünülmelidir. Bilirubin yüksekliği bu durumda perforasyondan sonra safranın peritondan süratle absorpsiyonuna bağlı olarak gelişmektedir. Akut kolesistitli hastalarda serum amilaz, Alkalin fosfataz, SGOT, SGPT hafif yükselmiş olabilir. Ancak nadiren normalin 2 - 3 katına kadar çıkabilir.

Hastaların % 10 - 15'inde direkt karın grafisiyle kesedeki taşlar saptanabilir. Oral kolesistografi, kusmalar nedeniyle bu hastalara doğru sonuçlar veremez. İV kolesistografi akut kolesistit tanısında çok yoğun olarak kullanılan bir yöntemdir. Şimdi onun yerini ultrasonografi ve radyonükleid sintigrafi almıştır. İV kolesistografi yapıldığında kesenin dolmaması, klinik belirtiler ve bulgularla bağdaştırıldığında akut kolesistit tanısı konması için yeterlidir. İV kolesistografide kese doluyorsa, içinde taş olsa bile olay akut kolesistit olarak kabul edilmemelidir.

Ultrasonografi hastaların % 95'inde doğru sonuçlar vermektedir. Safra, kesesinde diltasyon, duvarında kalınlaşma, kese içinde taş ve perikolesistik sıvı birikintisi önemli ultrasonografik bulgulardır. Radyonükleid kolesintigrafi akut kolesistit tanısında önemli avantajları

olan bir görüntüleme yöntemidir. Teknisyumla işaretlenen izotoplar (HIDA, PRIDA, PIPIDA, DISIDA) kullanılarak yapılan bir incelemedir. Bu elementler süratle hepatositlerden salgılanır ve kanallardan geçerek hızla koledoga ve duodenuma ulaşır. Normal koşullarda safra kesesi 15 - 30 dakikada dolmaktadır. 60 dakika sonunda kese vizualize edilemiyorsa sistik kanalın tıkalı olduğu anlaşılacaktır. Bu da akut kolesistit için çok önemli bir bulgudur.

Ayırıcı Tanı :

Akut kolesistitle karıştırılabilen bazı durumlar vardır. Akut peptik ülser hastalığı, akut pankreatit, akut apandisit (yukarı pozisyonunda bulunan bir apandiksin iltihaplanması), hepatitis, sağ akciğerde pnömoni, akut miyokardial infarktüs zaman zaman akut kolesistitle karışan belirtiler veren hastalıklardır.

Tedavi :

Akut kolesistit tanısı konduktan sonra ilk girişimler, İV sıvılarla dehidratasyonun düzeltilmesi, elektrolit dengesinin sağlanması olmalıdır. Bu amaçla ağızdan beslenme kesilir. Sürekli kusmaları olanlarda nazogastrik tüp konur, yoğun İV sıvılar verilirken, antibiyotik tedavisine başlanır. Bu amaçla da Cephazolin (2 - 4 gr/gün), ampicillin 4 gr/gün verilebilir. Daha ağır vakalarda penicillin, gentamisin ve clindamisin kombinasyonları kullanılabilir.

Akut kolesistitte standart tedavi biçimi kolesistektomidir. Ancak bu ameliyatın zamanı konusunda tartışmalar vardır. Eskiden konservatif işlemlerle soğutma ve 4-12 hafta sonra kolesistomi yaklaşımı daha fazla benimseniyordu. Oysa günümüzde hemen ameliyat daha çok taraftar bulan bir tedavi biçimidir. Klinik randomize çalışmalar akut kolesistitte acil cerrahi girişimle, sonradan yapılacak kolesistektomiler arasında, operatif ölüm, ameliyat süreleri, komplikasyonlar, hastanede kalış süreleri bakımından belirli farklar saptanamamıştır. Bu nedenle pekçok cerrah şimdi kesin tanı konulmuşsa hemen ameliyatı, tanıda kuşkular varsa 2-4 günlük konservatif tedaviyi, bu arada kesin tanı için araştırmaların sürdürülmesini önermektedirler.

PERFORE PEPTİK ÜLSER

Gastrointestinal sistemde perforasyon ani ve şiddetli karın ağrısına neden olmaktadır. Ağrı o kadar şiddetlidir ki, hasta başlangıç zamanının kesin olarak belirleyebilmektedir. Gastrointestinal sistemde perforasyon en sık duodenum ülseri nedeniyle olmaktadır. İkinci sırayı gastrik ülser perforasyonları almaktadır.

Peptik ülser hastalığı nedeniyle hastaneye yatanların % 10'unda perforasyon söz konusudur. Nonsteroid antiinflamatuar ilaçların yoğun olarak kullanılması perfore ülserde önemli bir olaydır. Klinik gözlemlerde hastaların % 80'inin bu ilaçları kullandığı saptanmıştır. H₂ reseptör blokerleriyle ülser tedavisinin perforasyon oranını azalttığına dair bir bulgu yoktur.

Hastaların çoğunda eski ülser hikayesi vardır. % 10 kadar hastada ise perforasyon ülser hastalığının ilk belirtisi olmaktadır.

Perforasyon sonucu peritona akan gastrik sıvı başlangıçta kemikal peritonit oluşturur. Daha sonra bakteriel invazyon söz konusudur. Perfore olan duodenal ülserler genellikle duodenumun ön yüzünde yerleşen ülserlerdir. Nadiren arka yüzde ülserle birlikte olabilir ve yine çok nadiren kanama birlikte görülen bir semptom olabilir.

Perforasyondan sonraki ilk 12 saat içinde intraabdominal periton steril sayılır. Özellikle 24-48 saatten sonra bakteriler olaya karışır ve septik komplikasyonlar gelişir. Bu durumda karaciğer absesi, diafragma altında ve barsak ansları arasında ve pelviste abseler gelişecektir.

Belirti ve Bulgular :

En sık görülen belirti ani başlayan şiddetli bir epigastrik ağrıdır. Ağrı hızla tüm karna yayılır. Hasta muayene masasında periton iritasyonunu önlemek için karın kaslarını gevşetecek biçimde hafif bükük durur ve hareket etmez. Hareket ve derin nefes alma ağrıyla arttırır. Yaşlı hastalarda bazan ağrı bu kadar tipik olmaz. Bu durumlarda tanıda güçlükler olmaktadır.

Karın tümüyle duyarlıdır ve tüm karında defans saptanır. Barsak sesleri duyulmayacaktır. Hastalar ilk görüldüğünde nabız ve kan basıncı normal bulunabilir. Zaman geçtikçe hastada hipovolemik şok meydana gelecektir. O zaman tabloya hipovolemik şokun belirtileri de katılacaktır.

Perküsyonda diafragma altında serbest hava nedeniyle karaciğer matitesi kaybolmuş olabilir.

Vücut ısısı başlangıçta normal düzeylerde dir. Zamanla bakteriel peritonitin oluşmasıyla artacaktır.

Doğrulamaya Testler :

Duodenum ülser perforasyonlarında lökosit ilk 24 saatte 12000 sonra 20000 ve daha fazla olarak saptanmaktadır. Serum amilaz düzeyi yüksek bulunur. Peritoneal kaviteden sıvı kaybı hemokonsantrasyona neden olur, hematokrit yükselir.

Direkt karın grafisinde hastaların % 80'inde diafragmalar altında serbest hava saptanır. Tanı, hikaye ve fizik muayene bulgularının karında serbest hava görülerek desteklenmesiyle konur. Karın içinde 5 cc'ye kadar serbest hava direkt karın grafisinde görülebileceği için çok duyarlı bir incelemedir.

Ağızdan gastroffin verilerek bunun karın içinde saptanması da tanıda yardımcı olabilmektedir.

Ayırıcı Tanı :

Akut kolesistit ve akut pankreatit, duodenum ülser delinmesindeki gibi şiddetli ağrıya neden olabilir ve bu durumlarda perfore duodenal ülserle karışır. Perforasyondan hemen sonra delik, fibrin, omentum ve diğer organlarla kapatılmışsa, karın içinde serbest hava saptanma olasılığı azalacaktır. İşte özellikle böyle bir durumda yukarıda sıralanan hastalıklardan ayrılması önem kazanır. Akut pankreatitli hastalarda serum amilaz düzeyi belirgin olarak yüksek bulunmaktadır.

Bazan mide kapsamı, perforasyonu takiben sağ parakolik oluktan aşağı doğru akarak sağ fossa iliakada birikir. Bu durumda karında jeneralize bulgular yerine sağ alt kadranda duyarlılık ve defans saptanır, böylelikle olay akut apandisitisle karıştırılabilir.

Karın içinde serbest havanın başka içi boş organların perforasyonu ile de oluşabileceği unutulmamalıdır. O nedenle karında serbest hava görüntüsü duodenum ülseri perforasyonu tanısında, fizik muayene bulgularıyla birleştirilerek değerlendirilmelidir.

Tedavi :

Duodenum ülser delinmesinde tedavi hemen yapılacak ameliyatla sağlanmaktadır. Perforasyondan sonra ilk 24 saat içinde gelen hastalarda ve başka nedenlerle ameliyat riski olmayanlarda seçilen yöntem, primer sütür ve ülserin tedavisi için gerekli ameliyat olmalıdır. B uamaçla genellikle trunkal vagotomi ve piloroplasti seçilen ameliyat biçimidir.

Hasta 24 saatten sonra gelmişse ve başka risk faktörleri varsa sadece primer sütür konularak ameliyat tamamlanmalıdır.

Primer sütür ülser hastalığı için kesin tedavi yöntemi olmadığından bu hastalarda daha sonra ikinci bir ameliyatla ülser için tedavi edici yöntemler uygulanmalıdır.

Bazı yazarlar duodenum ülser delinmesinde konservatif tedavinin denenmesini önermektedirler. Konservatif tedavinin esaslarını nazogastrik tüp konularak sürekli aspirasyonla mide kapsamının boşaltılması, İV sıvı tedavisi, antibiyotik oluşturur. Böyle bir tedaviye yanıtın 4-6 saatte alınması gerektiğini belirten yazarlar, yanıt alınamayan durumlarda hemen ameliyatı önermektedirler. Konservatif tedavi kuşkusuz çok tartışmalıdır. Pekçok yazar böyle bir tedavinin uygun olmadığı görüşünde birleşmişlerdir. Kliniğimizde de seçilen bir yöntem değildir. Ancak konservatif tedavinin ilkeleri, hastanın ameliyatını geciktiren bir durum olduğunda örneğin, hastanın ameliyat edileceği merkeze ulaşabilmesi için uzun bir zaman geçmesi gerekiyorsa, hasta ameliyata alınana kadar uygulanmalıdır.

AKUT PANKREATİT

Ani başlayan ve sıklıkla sırta vuran epigastrik ağrıyla karakterli bir hastalıktır. Epigastrik ağrı ile birlikte çoğu kere hastalar bulantı ve kusmadan yakınmaktadırlar. Akut pankreatit etilojisinde iki önemli faktör alkolizm ve kolelitiasizdir.

Akut pankreatitte iki önemli patolojik gelişim vardır. Akut ödematöz pankreatitte klinik daha hafif seyrederken, akut hemorajik pankreatitte daha ağırdır. Diğer yandan akut hemorajik tipte pankreatik psödokist, abseler ve pankreatik ascit gibi komplikasyonlar daha sık olarak görülmektedir. Ödematöz pankreatitlerin çoğunda pankreas ve etrafındaki retroperitoneal doku büyük miktarda hücrelerarası sıvıyla infiltridir. Sıvı kayıpları hipovolemik şoka neden olacak kadar yoğun olabilmektedir. Şiddetli hemorajik pankreatit, pankreas parankiminde ve komşu retroperitoneal bölgede kanamalarla birliktedir. Bu tipte geniş pankreatik nekroz meydana gelebilir.

Alkol ve safra taşından başka nedenler üzerinde de durulmaktadır. Bunlar arasında hiperlipemi, direkt fizik travma, pankreatik kanalın enstrümental yaralanması, hiperkalsemi, kortikosteroidler, tia-zid grubu diüretikler, antimetabolitler, sulfonamidler gibi bazı ilaçlar, bazı viral hastalıklar sıralanabilir.

Karakteristik olarak hasta özellikle ağır bir yemekten sonra şiddetli epigastrik ağrıdan yakınmaktadır. Ağrı sırta yayılmaktadır ve sürekliedir. Birlikte bulantı ve kusma da olabilir.

Belirtiler ve Bulgular :

Ne yazık ki halen kesin olarak akut pankreatit tanısı koydurabilecek özel klinik bulgu, laboratuvar ve görüntüleme yöntemi yoktur. Bu sayılanlar birlikte değerlendirilerek bir yargıya varılmaya çalışılmaktadır.

Hasta sürekli ve künt bazan da sıkıcı bir epigastrik ağrıdan şikayet etmektedir. Ağrı genellikle iyi lokalize edilmez. Bazan ağrı kuşak tarzında yayılarak sırtta vurabilir. Ağrıyla birlikte bulantı, kusma bulunabilir. Yattığında ağrı artacağı için hasta dizlerini bükmüş, dizlerine doğru bükülmüş olarak durur (Şekil 15).



Şekil 15 : Akut Pankreatitli Hastanın Duruşu

Fizik muayenede karında hafif bir distansiyon ve epigastrik bölgede duyarlılık saptanır. Barsak sesleri azalmış ya da kaybolmuştur. Vucut ısısı hafif yükselmiştir. Taşikardi, hipotansiyon ve takipne saptanabilir. Ne varki bütün bunlar başka hastalıkların da belirtileri olabilir. Şiddetli hemorajik nektotizan pankreatitlerde Gray Turner ve Cullen Belirtileri saptanabilir. Ancak bu belirtilerin hastaların % 1-2' sinde saptanabileceği unutulmamalıdır.

Doğrulatoryıcı Testler :

Dehidratasyon nedeniyle hematokrit yükselmiştir. Ancak hemorajik pankreatitlerde kan kaybı nedeniyle hematokrit düşük bulunabilir. Lökosit yükselmiştir ve genellikle 12000 dolayındadır.

Serum amilaz düzeyi % 95 vakada yüksek bulunmaktadır. Amilaz ağrı başladıktan sonra ilk 6 saat içinde yükselir ve 1000 IU/100 ml'nin üstüne çıkar.

Karaciğer fonksiyon testleri genellikle normal bulunmaktadır. Bilirubin hafif yükselmiştir. Fakat nadiren 2 mg/100 ml'nin üstüne çıkmaktadır.

Serum amilaz düzeyi hastalığın şiddeti ve gidişini değerlendirmek açısından önemli değildir. Diğer yandan pek çok hastalıkta yükselbileceği unutulmamalıdır. Örneğin, mezenterik iskemi, intestinal obstrüksiyon, akut kolesistit, akut peptik ülser, koledokolitiazis, fulminant hepatit, rüptüre ektojik gebelik gibi durumlarda amilaz yükselmiş olabilir. Serum amilaz izoenzimlerine ayrılabilir. Bunlar tükürük ve pankreatik izoenzimlerdir. Akut pankreatit tanısında izoenzimler çok daha önemli olabilir. Ne var ki, bu testler hem çok pahalıdır ve hem de rutin inceleme yöntemleri olarak kullanılmamaktadırlar.

Akut pankreatitte serum lipaz aktivitesi yükselmiş bulunabilir, ancak spesifik bir laboratuvar bulgusu değildir.

Akut pankreatitte üriner amilaz clerensi artmıştır. İdrar amilazı ve amilaz-creatinin clerens oranı tanıda kullanılabilir.

Yağ asitlerine bağlanması sonucunda şiddetli pankreatitlerde serum kalsiyum düzeyi düşebilir.

Akut pankreatit tanısı için çok spesifik bulgular verebilen bir görüntüleme yöntemi yoktur. Direkt karın grafisinde nöbetçi ans, jeneralize ileus, kolon cut off belirtisi, psoas kenarının kaybolması, duodenum ve jejunumda distansiyon, atonik mide saptanabilir.

P-A toraks grafisinde özellikle sol plevral kavitede olmak üzere plevral effüzyon saptanır.

Üst gastroentestinal seriler, pankreatik genişlemeyi, gastrik displasmanı, gecikmiş gastrik boşalmayı, genişlemiş duodenal lupu gösterebilir.

Ultrasonografiyle, pankreasın görülebildiği vakalarda nonspesifik değişiklikler saptanabilir. Ultrasonografi safra taşlarının ve prödo-kist, abse gibi komplikasyonlarının saptanmasında daha önemlidir.

Abdominal CT ile özellikle çok şiddetli vakalarda tanıya götürücü bulgular saptanabilir. Peripankreatik sıvı toplanması, psödokist, pankreatik nekroz ve pankreas absesi bu inceleme yöntemi ile saptanabilmektedir.

Akut Pankreatit gelişimi sırasında sistemik ve lokal olmak üzere birçok komplikasyonlar oluşmaktadır. Hipovolemi, Akut böbrek yetmezliği, Solunum yetmezliği, miyokardial depresyon, Hipokalsemi, Hiperglisemi, ve Dissemine intravasküler koagülopati akut pankreatitin sistemik komplikasyonlarından. Flegmon, psödokist, pankreas absesi, kanama ve fistüller de lokal komplikasyonları arasında sayılmaktadır. Akut pankreatitte prognoz, komplikasyonların gelişimiyle yakından ilgilidir. Denebilir ki, pankreasın tahribi yalnız başına mortalitede etkin değildir. Bunun komplikasyonlarla birlikte oluşu önemlidir.

Ayırıcı Tanı :

En önemli nokta akut pankreatitin acil cerrahi girişimi gerektiren akut karın olaylarından ayrılmasıdır. Bu ayrımı yapabilecek kesin kriterlerden söz etmek olanaklı değildir. Akut pankreatit ayırıcı tanısında önemli olan hastalıkları aşağıdaki gibi sıralayabiliriz.

Mezenterik İskemi, ikisinde de ağrı ani başlar ve aynı karakterdedir. Her ikisinde de karında duyarlılık vardır ancak peritoneal iritasyon belirtileri yoktur. Her ikisinde de hipovolemi ve şok gelişebilir. Kesin tanı acil mezenterik anjiografi ile konabilir. Özellikle yukarı ince barsak strangülasyonları ve obstrüksiyonları akut pankreatite benzer bir tablo meydana getirebilir. Önceki ameliyat hikayesi, saptanan fıtıklar ve kramp biçimindeki ağrılar daha çok obstrüksiyonu düşündürmelidir.

Akut kolesistit, özellikle sağ üst kadranda duyarlılık ve defans gibi bulgularla ve diğer görüntüleme yöntemleri aracılığı ile ayrılır.

Penetre peptik ülser, perfora peptik ülser, rüptüre aort anevrizması ayırıcı tanıda dikkate alınması gerekli hastalıklardır.

Tedavi :

Akut pankreatit için spesifik bir tedavi yöntemi yoktur. Amaç semptomatik rahatlık sağlamak ve sistemik komplikasyonların tedavisidir. Erken ve etkin İV sıvı verilmesi çok önemli bir girişimdir. Bunun için idrar volümü önemli bir ölçektir. İdrar miktarı 0.5 ml/kg/saat'den fazla tutulmalıdır. Kardiak ve pulmoner komplikasyonları olanlarda massif sıvı verilmesi gerekiyorsa, Pulmoner Wedge basınç monitorize edilmelidir. Çünkü, erken resüsitasyon için çok büyük miktarlarda kristalloid gerekebilir. Hipoproteinemik hastalarda human albuminle kolloid onkotik basıncın desteklenmesi gerekebilir. Hematokrit kontrolleri yapılarak eritrosit solüsyonları verilebilir. Koagülopatiyi düzeltmek için dondurulmuş plazma gerekebilir.

Böbrek yetmezliğinin ideal tedavisi, uygun volüm desteği sağlanarak önlenmesidir. Diüretikler bu amaçla uygun bir volüm sağlandıktan sonra kullanılmalıdır.

Hastaların % 30'unda hipoksi gelişeceği için sık kan gazları incelemeleri gereklidir. PO₂'nin 60 torr'un üstünde tutulması için gerekirse mekanik ventilatörler kullanılmalıdır.

Akut pankreatitte hiperglisemi nadiren tedaviyi gerektirecek düzeyde olmaktadır. AKŞ 250 mg'ı geçerse insülinle tedavi edilmelidir.

Nazogastrik aspirasyon ileusu olan hastalarda bulantı ve kusmalar geçene kadar yapılır. Yoksa spesifik bir yararı yoktur. Benzer olarak antibiotiklerin de bir yararı olmadığı gösterilmiştir. Antibiotikler oluşacak komplikasyonlarda süperenfeksiyonu önlemek için kullanılırlar.

H₂ reseptör blokerlarının, antikolinerjiklerin, glucagon ve aprotinin (Trasilol) tedavi edici bir etkileri olmadığı gösterilmiştir.

Akut pankreatitte rezeksiyonun belli bir protokolle yapıldığı merkezler hariç, ameliyat nadiren uygulanmaktadır. Ameliyat komplikasyonlar nedeniyle ya da tanının kesinleşmediği vakalarda söz konusu olmaktadır.

Ameliyatta geniş bir kesi ile tüm karın eksplere edilir. Ödematöz pankreatitte fazla bir işlem yapmaya gerek yoktur. Hemorajik pankreatitlerde postoperatif lavaj amacıyla peritoneal dializ kateteri yerleştirilir. Pankreatik nekroz ve cansız dokular varsa debritman ve drenaj uygulanır. Materyalden kültür ve rezstans incelemesi yapılır. Uygun antibiotikler verilir.

BARSAK TIKANMALARI

Barsak tıkanması terimi gastroentestinal lumen kapsamının distale geçmesine engel olan bir patolojiyle oluşan tablo için kullanılmaktadır.

Barsak tıkanıklığı barsak lumeninin mekanik nedenlere bağlı olarak tıkanmasıyla oluşabilir. Bunlara mekanik barsak tıkanması adı verilir. Yine barsak tıkanıklığı barsak kaslarının paralizisine bağlı olarak gelişebilir, bunlara da paralitik ileus adı verilir.

Barsak tıkanıklığına neden olan olaylar çok geniş bir spektrum oluştururlar (Tablo 7). Nedene bağlı olarak yapılan bu sınıflamadan ayrı olarak barsak tıkanmaları klinikopatolojik olarak da sınıflandırılabilir.

Tablo 7 : Barsak Tıkanmaları Nedenleri

LUMENİN MEKANİK TIKANMASI
LUMENİ TIKAYAN NEDENLER
Mekonyum
İnvaginasyon
Safra taşı
İmpaksiyonlar (fokal, Ba, bezoar, parazit)
BARSAĞA AİT NEDENLER
Konjenital Olanlar
Atrezi ve stenozlar
İmperfore anüs
Duplikasyonlar
Meckel Divertikulumu
Travmatik
İnflamatuvar
Regional enteritis
Divertikülitis
Kronik ülseratif kolitis
Neoplazik
Diğerleri
Potasyum striktürü
Radyasyon striktürü
Endometriozis
BARSAĞIN DIŞINDAKİ NEDENLER
Adeziv Bandlar
Fıtıklar
Ekstremsel Kitleler
Anüler pankreas
Damar anomalileri
Abse ve hematomlar
Neoplaziler
Volvulus
YETERSİZ PROPULSİV MOTİLİTE
NÖROMÜSKÜLER DEFEKTLER
Megakolon
Paralitik İleus
Abdominal Nedenler
İntestinal distansiyon
Peritonit
Retroperitoneal nedenler
Sistemik Nedenler
Elektrolit yetmezliği
Toksemiler
Spastik İleus
VASKÜLER OKLÜZYONLAR
Arteriel
Venöz

Basit Mekanik Tıkanmalar : Barsak lumeni tıkanması söz konusudur ancak barsakların beslenmesi normal düzeydedir.

Stragüle Barsak Tıkanmaları : Mezenterik damarlarda tıkanıklık ya da oklüzyon söz konusudur.

Closed Loop (Kapalı Lup) Tıkanmada : İlgili barsak lupunun proksimal ve distalden birlikte tıkanmasıyla oluşmaktadır.

Klinik olarak da barsak tıkanıkları, parsiyel-komplet, akut kronik, yüksek-alçak ve ince barsak-kalın barsak tıkanıkları diye ayrılabilir.

Akut karın vakalarının yaklaşık olarak % 20'si barsak tıkanmalarıdır. Günümüzde bütün yaş grupları dikkate alındığında barsak tıkanmalarının en sık nedeni adeziv bandlardır (brid ileusları). İkinci sırayı eskiden en sık görülen strangüle herniler almakta ve üçüncü sıklıkla tümörler gelmektedir. Bu etiolojik ajan barsak tıkanmalarında % 80 oranında neden olmaktadır.

Çocuk yaş grubunda boğulmuş fıtıklar ve yaşlılarda neoplazmlar ve divertikülitisler ön sırayı almaktadır. Mekanik barsak tıkanmalarında temel fizyolojik bozukluklar, arteriel kan akımı bozulmayan barsakta tıkanıklığın üstünde gaz ve sıvı birikmesi ve barsak motilitesinin değişmesiyle ilgilidir.

Barsak tıkanmalarında tıkanıklığın üstünde biriken sıvının kusma ile ve sekestrasyonla kaybedilmesiyle sıvı ve elektrolit bozuklukları meydana gelecektir. Tıkanmanın hemen üstündeki barsak segmenti başlangıçta çok etkilenir. Lumendeki sıvı nedeniyle distansiyon meydana gelir ve duvarda kan dolaşımı azalır. Böylelikle absorpsiyon kapasitesi azalan barsak duvarından sıvı ve elektrolitler absorbe edilemez, giderek distansiyonun geliştiği barsak duvarı sıvı ve elektroliti tutamaz. Sıvı ve elektrolit kaybının bir diğer nedeni de ödematöz barsak duvarından peritona kaçaktır. Diğer yandan en önemli kayıplar kusma ve Nazogastrik aspirasyonla oluşmaktadır.

Barsaklarda tıkanıklığı yenmek için güçlü bir barsak hareketi oluşacaktır. Bu güçlü hareketleri sessiz bir dönem izleyecektir. Yukarı barsak tıkanmalarında bu dönem 3-5 dakika iken, aşağı ileal tıkanmalarda 10-15 dakikayı bulmaktadır. Tıkanıklığın altında kalan barsak segmentleri tamamen sessizdir. Bu distandü barsaktan kalkan bir refleksle oluşmaktadır.

Strangüle ileuslarda lumenin obstrüksiyonu ile birlikte bir barsak segmentinde kan akımının durması da söz konusudur. Strangülasyonlar sıklıkla adeviz bandlar, boğulmuş fitiklar ve volvulus sonucu gelişmektedir. Strangülasyonda sıvı ve elektrolit kaybına ek olarak, gangrene barsak duvarından peritoneal kaviteye toksik materyal geçişi de söz konusudur.

Kapalı lup tıkanma, intestinal tıkanma belirtilerinin ortaya çıkmasından önce süratle strangülasyona ait belirtilerin ortaya çıkmasına neden olan bir barsak tıkanmasıdır. Kapalı lupta sekretuar basınç süratle venöz dönüşü etkileyecek düzeye çıkar. Bu nedenle süratle barsak duvarında beslenme bozukluğu, gangren, nekroz ve perforasyon gelişir.

Kolon tıkanmalarının belirtileri, ince barsak tıkanmasına göre daha az dramatiktir. Volvulus hariç kolon tıkanmalarında strangülasyon nadirdir. Diğer yandan kolonlar primer olarak depo organı olduğundan sıvı ve elektrolit kayıpları kolon tıkanmalarında yoğun olarak görülmez. Strangüle olmayan kolon tıkanmalarında progressiv distansiyon en tehlikeli gelişimdir. İleoçekal valv çalışıyorsa kapalı lup meydana gelecektir. Tıkanıklık çözülmediği zaman distansiyon artacak ve kolon duvarında perforasyon söz konusu olacaktır. Rüptür genellikle daha fazla basıncın söz konusu olduğu çekimde meydana gelecektir.

Belirti ve Bulgular :

Basit mekanik tıkanmanın ilk belirtileri, ağrı, kusma, gaz ve gaita çıkaramamadır. Abdominal distansiyon daha sonraki belirtidir.

Tıkanıklık meydana gelince, hiperparistaltizmle senkron olarak şiddetli kramp biçiminde ağrı hissedilir. Ağrı yüksek tıkanıklarda karnın üst bölümlerinde, aşağı ileal tıkanıklarda göbek çevresinde, kolon tıkanıklarında karnın alt bölümlerinde, rektosigmoid bölge tıkanıklarında ise perineumda hissedilmektedir.

Paralitik ileuslarda gerçek bir ağrı söz konusu değildir. Sadece yaygın abdominal bir rahatsızlık vardır.

Şiddetli ve devamlı bir ağrı ise genellikle strangülasyonu belirlemektedir.

Genellikle tıkanmadan hemen sonra refleks bir kusma meydana gelir. Daha sonra kusmanın yinelenmesi için geçen süre tıkanıklığın yerine bağlıdır. Yukarı tıkanmalarda kusma daha sık olmaktadır. Kolon tıkanıklarında refleks kusma nadirdir. Bu nedenle pekçok hastada

retrograt distansiyon oluşana kadar kusma meydana gelmez. Retrograt distansiyonun gelişmesi için ileoçekal valvin çalışmaması gereklidir. Bu nedenle ileoçekal valv çalışıyorsa, kusma olmayacaktır.

Gaz ve gaita çıkaramama tanı için önemli bir semptomdur. Tıkanmanın altında kalan bölümdeki gaz ve gaita çıkartılır. Bu olay tanıda dikkatle değerlendirilmezse yanlışlıklara neden olabilir. Kramp biçimindeki ağrıyı takiben yoğun ishal hastada parsiyel tıkanıklığı düşündürmelidir.

Karında distansiyon uzun süren barsak tıkanmalarının bir belirtisidir. Diğer yandan yukarı ince barsak tıkanmalarında belirgin bir distansiyon meydana gelmezken, kolon tıkanıklarında belirgin distansiyon oluşacaktır.

Basit mekanik barsak tıkanıklığı olan hastanın ilk 24 saatte yapılan muayenesinde özellikle sessizlik dönemlerinde önemli bir fizik muayene bulgusu elde edilmeyecektir. Vital fonksiyonlar normaldir. Distansiyon meydana gelmemiştir. Dehidratasyon oluşmamıştır. Kolik biçimindeki ağrı sıralarında defans alınabilir. Aralarda sadece hafif bir duyarlılık saptanacaktır. Bir kitle ve sürekli lokalize duyarlı bir bölgenin saptanması strangülasyonu düşündürmelidir. Oskültasyonda karın kolikler dışında sessizdir. Kolikler sırasında ise sert barsak sesleri alınmaktadır. Gangrenöz barsaklarda tümüyle sessizlik hakimdir. Yine strangülasyonlarda dehidratasyon ve distansiyon belirgindir. Taşikardi, hızlı solunum kan basıncı düşüklüğü saptanır.

Doğrulayıcı Testler :

Basit mekanik tıkanıklarda laboratuvara hızla gelişen hücre dışı sıvı kaybı olayı hakimdir. Organizma bu volüm kaybına antidiürezis ve renal Na tutulmasıyla yanıt vermektedir. Hematokrit yükselmiştir. Başlangıçta elektrolit bozukluğu saptanmaz, idrar belirgin olarak azalmıştır. BUN hafif yükselmiş olabilir. Hafif proteinüri ve asetonüri olabilir.

Tedavi edilmeyen hastalarda hematokritte başlangıçta saptanan artış durur, elektrolit açıkları belirgin olarak ortaya çıkar, dehidratasyonun belirtileri tabloya hakim olur, metabolik asidozis meydana gelir.

Basit mekanik tıkanmalarda lökosit 15000 dolayındadır 15000 - 25000 arasındaysa strangüle ileustan kuşkulananılmalıdır. Lökosit 40000 - 60000 dolayında ise mezenterik iskemi düşünölmelidir.

Hasta gelir gelmez ayakta direkt karın grafisi çekilmelidir. Hasta ayakta duramayacak pozisyonda ise, lateral dekübitis pozisyonunda film çekilir. Normal yetişkinlerde gaz kolonlarda ve midede görülecektir. İnce barsaklarda gaz sadece infantlarda görülecektir. Barsak tıkanıklığı gelişenlerde ince barsaklarda da gaz ve ince ve kalın barsaklarda hava su seviyeleri saptanacaktır.

Klinik tablo ve direkt karın grafisi kolon tıkanıklığı düşündürüyorsa tıkanıklığın tipi ve yeri hakkında daha fazla bilgi edinmek için Ba lu kolon grafisi gerekebilir. Ancak Lavman yoluyla verilen Ba un kolonun inflomasyonlu patolojilerinde de perforasyona neden olabileceği unutulmamalıdır.

Tedavi :

Barsak tıkanıklıklarında sıvı ve elektrolit dengesinin düzeltilmesi, barsakların dekompresyonu ve zamanında yapılacak ameliyat tedavinin esas öğeleridir.

Basit mekanik tıkanmada hasta ilk 24 saat içinde gelmişse, yoğun posoperatif hazırlık gerekli değildir. Çünkü henüz sıvı ve elektrolit kayıpları yoğun değildir. 24 saatten sonra gelen hastalarda olayın basit mekanik tıkanma olduğundan kuşku yoksa öncelikle sıvı ve elektrolit açıkları düzeltilmelidir. Strangülasyon ya da kapalı lup tıkanma düşünülen hastalarda vakit kaybetmek doğru değildir, hemen ameliyat gereklidir.

Hızla sıvı verilmesi ve santral venöz basıncın ölçülebilmesi için hastalara santral venöz kateter konmalıdır. Sıvı verilmesi sırasında saatlik idrar takibi, hematokritin izlenmesi gerekecektir. Gastrik sıvı kaybı ön plandaysa tuzlu su çözeltileri, aski halde Ringer Laktat ve % 5 dekstroz sıvı açığını kapatmak için kullanılmalıdır. İdrar miktarı normale döndüğünde varsa K açığı için KCL çözeltisi kullanılmalıdır.

IV yolla antibiotik verilmelidir. Ampicillin-gentamisin-clindamisin veya metronidazol-cephalosporinler kullanılmalıdır.

Sıvı ve elektrolit açığını gidermek üzere tedavi edilen hastalarda dekompresyon amacıyla nazogastrik aspirasyon ya da Müller Abott tüpüyle intestinal dekompresyon sürdürülmelidir.

Barsak tıkanıklıklarında zamanında karar verilecek ameliyat hayat kurtarıcıdır. Hasta gelir gelmez hemen ameliyatın yapılmasına karar verilecek 4 durum vardır (1). Strangüle ileus, (2) Kapalı lup sendromu, (3) Kolon tıkanıklıkları, (4) Erken dönemde basit mekanik tıkanmalar.

Ameliyatlarda genellikle 5 kategoride işlem yapılmaktadır. (1) Barsakların açılmasına gerek olmayan işlemler : adezyonların kesilmesi, intussepsiyonun redüksiyonu, fıtığın redüksiyonu, (2) Enterotomi : bezoar, yabancı cisim, safra taşının çıkartılması, (3) Strangüle barsak segmentinin rezeksiyonu, primer anastomozis, (4) Tıkanmanın proksimalinde çekostomi, transvers kolostomi, (5) Tıkanma devre dışı bırakılacak şekilde entroenterostomiler (by pass'lar).

AKUT MEZENTERİK İSKEMİA

Akut mezenterik iskemisi olan hastaların büyük bir çoğunluğunda şiddetli karın ağrısı vardır. Ayrıca bulantı, kusma, diare ve gastroentestinal kanama da diğer semptomlar arasında sayılabilir. Akut mezenterik iskemide çoğu kere olduğu gibi tanı tüm ince barsaklarda infarktlar meydana geldikten sonra konulmaktadır. Erken tanı ve erken cerrahi girişimle şimdi iskemik barsakların kurtarılması olanaklıdır.

Akut mezenterik iskeminin 4 ana nedeni vardır. (1) Embolizasyon, (2) Nonoklüzziv hastalık, (3) Arteriel trombozis, (4) Venöz trombozis. Günümüzde venöz trombozis ve nonoklüzzive mezenterik hastalık insidansı azalırken embolik hastalık insidansı artmaktadır. Akut trombozis insidansında bir değişiklik yoktur. Ancak bu hastalıklarda embolizasyon olan hastalara göre prognoz daha kötüdür.

Emboli genellikle romatizmal valvüler hastalıkla ilgili olabilir. Günümüzde embolilerin çoğu atherosklerotik kalp hastalığı kaynağıdır. Diğer yandan trombozislerin çoğu atherosklerozisten sonra segonder olarak meydana gelmektedir.

Superior mezenterik venin oklüzyonu nadirdir. Genellikle venöz oklüzyon, karsinoma ya da hematolojik bozukluklarda segonder olarak oluşmuşsa, gözden kolaylıkla kaçırılmaktadır. Bazılarına göre venöz oklüzyon iskemik hastalıklardan ayrı bir antitedir. Bazen hızla gelişip aşırı kanama, ödem, hipovolemi nedeni olabildiği gibi bazan da asemptomatik olmaktadır.

Belirti ve Bulgular :

Hastaların hemen hepsinde karın ağrısı vardır. Ağrıyla birlikte bulantı, kusma, diare ve gastroentestinal kanama olabilir. Semptomların süresi birkaç saatten-birkaç güne kadar değişebilir. Karın ağrısı hastaların % 98'inde saptanırken, diğer semptomlar daha düşük oranlarda saptanmaktadır.

Başlangıçta belirgin karın ağrısı olmasına karşın bu şiddetli semptomla bağdaşacak fizik muayene bulguları yoktur. Başlangıçta ağrı iskemiyeye çok duyarlı olan barsak mukozasındaki beslenme bozukluğuna bağlı olarak gelişmekte ve olay barsak serozasına kadar gelmeden başka önemli bir bulgu saptanamamaktadır. Seroza invaze olduktan sonra hipotansiyon, taşikardi, ateş, hypovolemia ve karında duyarlılık saptanabilir.

Doğrulatoryıcı Testler :

Akut mezenterik iskemide laboratuvar bulguları nonspesifiktir. Lökositosis, hyperamilasemia ve metabolik asidozis saptanabilir. Bu bulgular genellikle hastalığın başlangıcında yoktur. Olay ilerledikçe laboratuvara yansımaktadırlar. Bu nedenle normal laboratuvar bulgularının saptanması bazen özellikle deneyimsiz olanlar açısından başlangıçta tanı güçlüklerine neden olmaktadır.

Akut mezenterik iskemide tanının anahtarı mezenterik anjiyografi dir. Ultrasound mezenterik venlerde trombozisi göstermede güvenilir bir yöntem değildir. Daha çok CT ile tanısı konulan izole trombüslerin izlenmesi için kullanılmaktadır. CT, mezenterik venöz oklüzyonların gösterilmesinde çok yardımcı olmaktadır.

Endoskopi ile distal duodenum ve jejunumun incelenmesiyle difüz olarak ödemli, nekrotik, mor renkli bir mukoza görülebilir. Laparaskopiyle gangrenöz barsak segmenti saptanabilir.

Tedavi :

Arteriografi ile emboli veya trombüs nedeniyle mezenterik arterlerde tıkanma saptanınca hemen ameliyat gerekmektedir. Ameliyatta embolektomi ya da gangrene barsağın rezeksiyonu yapılacaktır. Arteriel kan akımı düzeltildikten sonra gangrene barsak karın içine konur ve 30 dakika süreyle beklenir. Bu süre sonunda belirgin olarak infarkte olan barsak segmenti rezeke edilir. Flöressein boyama ve Doppler Akım Monitörü ameliyat sırasında canlı dokuların canlı olmayanlardan ayırımı için kullanılabilir.

Vazodilatatörler preoperatif ve postoperatif olarak splanknik vazokonstriksiyonu önlemek için kullanılırlar. Bu amaçla papaverin ve theofillin kullanılmaktadır (Direkt olarak vasküler kaslar üzerine etkili).

Venöz oklüzyonlarda antikoagülan tedavi ve invaze barsağın rezeksiyonu söz konusudur. Çok nadiren trombektomi yapılabilir. Ancak standart yöntem değildir.

Bazıları superior mezenterik arter embolilerinde sürekli papaverin enfüzyonlarını önerirler. Nonoperatif tedavide dextran, heparin ve streptokinaz da kullanılmaktadır. Bu biçimde nonoperatif tedavi venöz oklüzyonlar için de önerilmektedir.

Nonoklüzziv mezenterik iskemi splanknik vazodilatasyonla tedavi edilmektedir. Bu amaçla tolazoline ve papaverin kullanılmaktadır. Farmakolojik tedaviye yanıt alınamayan durumlarda ve periton iritasyonu ortaya çıkanlarda ameliyat önerilmektedir.

ABDOMİNAL AORTA ANEVİZMASI RÜPTÜRÜ

Abdominal aorta anevrizması çok sık rastlanılan bir patoloji değildir. Ancak karın ağrısı ve periumbilikal bölgesinde pulsatil kitlesi olan hastalarda akla gelmesi gerekli bir hastalıktır.

Abdominal aorta anevrizmalarının büyük bir bölümünde olay atherosklerotiktir. Daha az olmakla birlikte etiolojide, inflomasyon, travma sayılabilir. Abdominal aorta anevrizmalarının çoğunun kökeni arterioskleroz olduğundan erkeklerde kadınlara göre belirgin olarak fazla görülmektedir. Hastaların büyük çoğunluğu 65 yaşın üstündedir. Hastaların 2/3 ünde aort anevrizmasıyla birlikte iliak arter anevrizmaları da bulunmaktadır.

Aortada anevrizmal dilatasyon progressiv olarak ilerlemektedir. Yılda 4 - 5 cm olmak üzere geçen zamanla anevrizma kitlesi büyümektedir. Anevrizma büyüdüğü zaman rüptüre olma riski de artacaktır. Anevrizma rüptürü oranı ya da riski anevrizma boyutlarının bir fonksiyonu olarak değişmektedir. Çapı 6 cm yi geçen aorta anevrizmalarında rüptüre olma riski çok artmaktadır. Rüptüre vakaların ancak % 10 kadarında anevrizma çapı 5 cm den az bulunmuştur.

Abdominal aort anevrizmasında karında oluşan ağrının nedeni olarak iki olasılıktan söz edilebilir. Ya anevrizma duvarı içine kanama ya da anevrizma duvarından retroperitoneal adventitiaya kanama da söz konusu olabilir.

Belirtiler ve Bulgular

Rüptüne aort anevrizmasının asıl belirtisi sıklıkla oluşan şok tablosuyla birlikte bel ve sırt ağrısıdır. Yaşlı hastalarda belirgin ve açıklanabilir bir kan kaybı olmaksızın şok tablosunun gelişmesi durumunda akla aorta anevrizması rüptürü gelmelidir. İnfierior miyokart infarktüsü olan ve EKG de miyokardial iskemi belirtileri çıkan hastalarda da sırt ve bel ağrıları olabilir. Miyokart enfarktüsü nedeniyle has-

talar şok tablosuna girebilir. Bu nedenle ayırıcı tanıda miyokardial enfarktüs dikkate alınmalıdır. Miyokardial enfarktüs nedeniyle hipotansiyon gelişen hastalarda juguler venöz distansiyon olurken, rüptüre aort anevrizmalarında boyun venalarında değişiklik yoktur.

Rüptüre aort anevrizmaları iki şekilde ortaya çıkabilir. Birincisinde periton içine massif serbest kanama olur. Bu durumda süratle gelişen bir hipotansiyon ve şiddetli karın ağrısı söz konusudur. Hemen ameliyat hastanın kurtarılabilmesi için zorunludur. İkinci şekilde daha çok görülen ve devam eden rüptür biçiminde gelişen vakalardan oluşmaktadır. Bu hastalarda da olay birden bire başlayan şiddetli karın ağrısı bel ağrısı ve hipotansiyonla gelişmektedir. Bu hastalarda başlangıçta hipotansiyon sıvı tedavisine yanıt vermektedir. Hastaların çoğunda hipertansiyon hikayesi vardır ve yine hastaların % 85'inde supraumbilikal pulsatil bir kitle palpe edilmektedir.

Aort anevrizması kuşkusu olanlarda birlikte bulunabilecek oklüziv damar hastalıklarını ortaya çıkarabilmek için dikkatli bir fizik muayene yapılması gerekmektedir. Hipotansif hastalarda kan basıncı 80 mmHg'nın üstüne çıkmasıçça karında pulsatil kitlenin palpe edilemeyeceğini dikkate almak gerekmektedir.

Doğrulayıcı Test

Hipotansiyonu olan ve fizik muayene bulguları abdominal aorta anevrizması rüptürü düşündüren hastalarda tedavi için çok acil ameliyat gereklidir. Zaman doğrulayıcı tanıları için araştırılma yapılmasına izin vermeyecektir. Rutin kan, elektrolit ve renal fonksiyon testleri postoperatif dönemde hastanın bakımı için gerekli olabilir, ancak tanı için yararları yoktur. Karnın lateral direkt filmi tanı için yardımcı olan ve vakit kaybettirmeyen basit bir inceleme yöntemidir. Devam eden rüptürü olan hastaların % 85'inde kalsifiye olan aort anevrizması saptanabilecektir. Ultrason ve CT aort anevrizmasının boyutlarını ve periaortik hematomu gösterebilen incelemelerdir. Ancak bu incelemelerle zaman yitirmek hasta hayatı için tehlikeli olabilir.

ABDOMİNAL AĞRININ JİNEKOLOJİK NEDENLERİ

Kadınlarda abdominal ağrı oluşması insidansı erkeklerden daha fazladır. Sıklıkla akut karın ağrısı nedeni olan etiolojik faktörler : Ektopik gebelik, septik düşük, pelvik inflomatuvar hastalıklar, tubo-ovarian abseler, Fitz-Hugh-Curtis Sendromu ve mittelschmerz gibi patolojilerdir.

Bu bölümde özellikle cerrahi girişimi gerektiren akut karın ağrısı yapan hastalıkların ayırıcı tanıları açısından yukarıda sözü edilen patolojilere kısaca değinmek istiyoruz.

Ektopik Gebelik :

Ektopik gebelik en sık olarak hayatı tehdit edebilen jinekolojik olaydır. Menstrüel düzensizliği, vaginal kanaması ve kramp biçiminde aşağı karın bölgesinde ağrı olan kadınlarda mutlaka akla gelmelidir. Klasik olarak kanama ağrıdan önce oluşmaktadır. Kanama başlangıçta çok minimal olabilir ancak zaman ilerledikçe artacaktır.

Ektopik gebelik, intrauterin araç kullanılması, inflomatuvar pelvik hastalık ve daha önce tubal gebelik hikayesi ile birlikte olabilir. Ektopik gebeliği olanlarda ölümün nedeni tubanın yırtılması, ilgili damarların açılması sonucunda oluşan kanamadır. Karın ağrısıyla gelen bu hastalarda peritoneal irritasyon belirtileri vardır. Kanama arttıkça karında distansiyon ve hipotansiyon gelişecektir.

Tanı için gebelik testi, Douglas ponksiyonu, laparaskopi yararlı olabilen inceleme yöntemleridir.

Pelvik İnflomatuvar Hastalık

Pelvik inflomatuvar hastalık alt karın bölgesinde diffüz ağrı ve ateşle karakterizedir. Pelvik inflomatuvar hastalıkta ateş 39.5 - 40 dereceye kadar yükselebilmektedir. Bu hastalarda salpenjit ve vaginal akıntı hikayesi olabilir. Klasik olarak karın ağrısı ve ateş menstrüel period sırasında ya da hemen sonra başlamaktadır.

Fizik muayenede vaginal akıntı saptanır. Genellikle pürülandır. Vaginal tuşede servikste duyarlılık saptanır. Ek olarak genellikle serviks sıcak ve hiperemiktir. Bazen uterus da duyarlı olabilir. Bilateral adneksial, duyarlılık saptanabilir. Tek taraflı adneksiyal kitle genellikle tubo-ovarian abselerde ve salpenjitlerde oluşmaktadır.

Lökosit belirgin olarak yükselmiştir. Douglas ponksiyonunda pürülan bir sıvı alınacaktır.

Endometriozis

Endometriozis endometrial glandların ve stromanın uterus dışında gelişmesiyle karakterizedir. Bu bölgelerde de menstrüel siklus sırasında histolojik değişiklikler olmaktadır.

Endometrial implantlar genellikle pelvis ve uterosakral ligamentler üzerinde görülmektedir. Ancak karının her yerinde görülebilir. Overlerde bulunan endometriosis çikolata kistleri ya da endometrio-

malar oluşturulabilir. Barsak üzerindeki endometrial implantlar sıklık gastroentestinal kanamalara neden olabilir.

Endometriosisli hastalar tümüyle asemptomatik olabilir. Diğer yandan menstrüel siklusla ilgili olmak üzere hafif ya da şiddetli ağrıdan yakınabilirler. Tipik olarak hastalar 30 yaşları dolayındadır ve hiç gebe kalmamışlardır.

Klinik olarak tanı uterus sakral ligament ve Douglas'da duyarlı nodüller palpe edilmesiyle konulmaktadır. Tanı laparoskopi ve laparotomi ile doğrulanmaktadır.

Kadınlarda Gonore

Kadınlarda akut unkomplike gonore sıklıkla disüri, vaginal akıntı ve rektal, anal rahatsızlıklara neden olmaktadır. Kadınlarda asemptomatik gonokokal enfeksiyon sıklıkla sırasıyla endoserviks, üretra anal kanal ve farinkste bulunmaktadır. Endoservikste gonore yerleşmiş bulunan kadınlardan % 10 - 15 inde enfeksiyon fallop tüplerine geçerek akut salpenjitis oluşmasına neden olmaktadır.

Gonokokal enfeksiyonun üst karına yayılması gonokokal perihepatitise (Fitz-Hug-Curtis Sendromu) neden olmaktadır. Olay sağ üst kadranda ya da sağ ve sol kadranda ağrıyla ortaya çıkmaktadır. Bu sendrom daha çok akut kolesistiti taklid edebilir. Bazı vakalarda karaciğer fonksiyonlarında hafif bozulmaya neden olabilir.

Mittelschmerz

Mittelschmerz veya midsiklik ağrı, doğum kontrol ilacı kullanmaya ve regüler menstrüel siklusu olan kadınlarda sıklıkla görülen bir durumdur. Mittelchmerz akut apandisitisle karıştırılan bir durumdur. Çünkü olay sırasında sağ alt kadranda ağrı ve hatta bazan hafif bir defans müsküler saptanabilir. Bazen pelvik bir kitle de alınabilir. Bu durumda lökosit yükselmemiştir, ateş yoktur ve gebelik testi negatif bulunur.

Septik Düşük

Nonsteril teknik kullanılarak yaptırılan düşüklüklerde kalan materyal enfekte olur ve sepsise yolaçar. Enfeksiyon süratle uterus boyunca adneklere ve pelvik peritona yayılır.

Ateş, lökositosis, diffüz pelvik duyarlılık ve kötü kokulu vaginal akıntı en önde gelen bulgulardır. Hasta septik şok tablosu içinde olabilir.

KARIN AĞRISIYLA BİRLİKTE OLAN GENİTOÜRİNER HASTALIKLAR

Abdominal ağrıyla birlikte olan ürolojik hastalıklarda ağrı oluşumunda üç ana fizyopatolojik olay vardır. Bunlar : İnflamasyon obstrüksiyon ve iskemidir. Genitoüriner sistemde karın ağrısıyla birlikte olan inflamatuvar hastalıklar arasında akut piyelonefritis, akut sistitis ve epididimitis sayılabilir. İskemik nedenlerden testis torsiyonu ve obstrüktif nedenlerden de nefrolitiazis önemlidir.

Akut piyelonefritiste tipik olarak enfeksiyon mesaneden üst üriner kanala doğru ilerlemektedir. Piyelonefrit disüri, sık ve acil işeme ile karakterlidir ve genellikle yanlarda ağrı ve duyarlılık vardır. Hasta sistemik hastalığın belirtilerini verir. Sıklıkla vücut ısısı 38.5 derecenin üstüne çıkmıştır. Çocuklarda piyelonefritis, bulantı ve kusmayla birlikte olabilir. Yine çocuklarda üriner semptomlar minimal olabilir.

Komplike olmayan bakteriel sistitis sıklıkla kadınlarda meydana gelir. Bu hastalıkta suprapubik rahatsızlık ve duyarlılık önde gelir. Nadiren belirgin karın ağrısına da neden olmaktadır. Hastalar genellikle afebrildir ve minimal sistemik belirtiler vardır.

Aşağı ve yukarı üriner kanal enfeksiyonlarında idrar incelemesi ve mikroskopik muayene ile tanı konur. Üriner kanalda enfeksiyonu olanlarda proteinüri ve hematüri saptanacaktır. Sistit ve piyelonefrit düşünülen hastalarda idrar kültürü de yapılmalıdır.

Epididimitis

Epididimitin inflamasyonu genellikle 20 yaşın üstünde ve seksüel olarak aktif erkeklerde görülmektedir. Daha öncesine ait üriner kanal enfeksiyonu ve uretritis hikayesi bulunabilir. İdrarın mikroskopik muayenesinde lökosit saptanabilir. Epididimitis testis torsiyonu ile karıştırılabilir. Skrotumun yükseltilmesiyle ağrının yatışması epididimitisi düşündürmelidir.

Testis Torsiyonu

Genç erkeklerde görülür. 25 yaştan sonra nadirdir. Ağrının başlangıcı anidir ve ağrı genellikle şiddetlidir. Birlikte bulantı ve kusma olabilir. Ağrı genellikle testistedir. Ancak iskeminin devam ettiği vakalarda karnın alt bölgelerinde de ağrı olabilir. Testis torsiyonu hemen ameliyatı gerektiren ürolojik bir problemdir.

Üroitiiazis

Üriner kanalda bulunan taşlar karın ve bel ağrılarının sık nedenleri arasında sayılmaktadır. Genellikle hastalarda önceki taş ve ailede taş hikayesi saptanmaktadır.

Ürolitiiazisin başlangıç semptomu genellikle tek taraflı bel ağrısıdır. Kolik biçiminde olan bu ağrı nedeniyle hasta çok huzursuzdur ve sürekli hareket etmek gereğini duyar. Bel ağrısı karna yayılabilmektedir. Taş distale doğru ilerleyince, ağrıda aşağılara doğru yer değiştirecektir. Ağrının bu tipik yer değiştirme özelliği olayın diğer nedenlere bağlı karın ağrılarından ayrılmasında yardımcı olmaktadır.

En basit ve önemli doğrulayıcı test, idrar incelemesidir. Hastaların % 95 inde hematüri saptanacaktır. Hastaların % 15 inde piyüri, ateş ve dizüri gibi sistemik semptomlar saptanmaktadır.

Böbrek taşlarının % 90 ı radyopak taşlardır. Bu nedenle direkt karın grafisi tanıda ilk ve öncmlü bir inceleme olmalıdır. İntravenöz pyelografi taşı, tıkanıklığın kesin yerini göstermesi bakımından önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Abdu RA, Zakhour BJ, Dallis DJ : Mesenteric venous thrombosis. Surgery 101 : 383, 1987.
2. Andersson R, Parson H, Isaksson B : Acute intestinal ischemia Acta Chir Scand 150 : 217, 1984.
3. Auguste L, Borrero E, Wise L : Surgical management of perforated colonic diverticulitis. Arch Surg 120 : 450, 1985.
4. Bailey RW, Hamilton SR, Morris JB : Pathogenesis of nonocclusive ischemic colitis. Ann Surg 203 : 590, 1986.
5. Bak MP, Boley SJ : Sigmoid volvulus in elderly patients. Am J Surg 151 : 71, 1986.
6. Ballantyne GH, Bradner MD, Beart RW : Volvulus of the colon : incidence and mortality. Ann Surg 202 : 83, 1985.
7. Bizer LS, Liebling RW, Delaney HM : Small bowel obstruction. Surgery 89 : 407, 1981.
8. Boey J, Lee NW, Wong J : Perforation in acute duodenal ulcers. Surg Gynecol Obstet 155 : 193, 1982.

9. Ceneviva R, de Castro E Silva JO, Castelfranchi PL : Simple suture with or without proximal gastric vagotomy for perforated duodenal ulcer. *Br J Surg* 73 : 427, 1986.
10. Collier DSJ, Pain JA : Nonsteroid anti-inflammatory drugs and peptic ulcer perforation. *Gut* 26 : 359, 1985.
11. DeBakey ME, Crawford ES, Cooley DA : Aneurysm of the abdominal aorta. *Ann Surg* 160 : 622, 1964.
12. Donovan AJ, Vinson TL, Maulsby GO : Selective treatment of duodenal ulcer with perforation. *Ann Surg* 189 : 627, 1979.
13. Finch WT, Sawyers JL, Schenker S : A prospective study to determine the efficacy of antibiotics in acute pancreatitis. *Ann Surg* 183 : 667, 1976.
14. Gagic N, Fry CF : The results of cholecystostomy for the treatment of acute cholecystitis. *Surg Gynecol Obstet* 140 : 255, 1975.
15. Gingrich RA, Awe WC, Boyden AM : Cholecystostomy in acute cholecystitis : factors influencing morbidity and mortality. *Am J Surg* 116 : 310, 1968.
16. Crawford ES, Palamara AW, Salek SA : Aortic aneurysm : current status of surgical treatment. *Surg Clin North Am* 59 : 597, 1979.
17. Greco RS, Cahow CE : Alternatives in the management of acute perforated duodenal ulcers. *Am J Surg* 127 : 109, 1974.
18. Howard RJ : Acute acalculous cholecystitis. *Am J Surg* 141 : 194, 1981.
19. Jones PF, Munro A : Recurrent adhesive small bowel obstruction. *World J Surg* 9 : 868, 1985.
20. Killingback M : Management of perforative diverticulitis. *Surg Clin North Am* 63 : 97, 1983.
21. Kovalcik PJ, Sustarsic DL : Cecal diverticulitis. *Am Surgeon* 47 : 72, 1981
22. Laws HL, Aldrete JS : Small bowel obstruction : a review of acute presentations and management. *Am J Surg* 143 : 579, 1982.
24. Mallory A, Fern F Jr : Drug-induced pancreatitis : a critical review. *Gastroenterology* 78 : 813, 1980.
25. Mannick JA, Brooks JW, Boshner LH : Ruptured aneurysms of the abdominal aorta. *N Eng J Med* 271 : 915, 1964.
26. McCready RA, Hollier LH, Pairolero PC : Superior mesenteric artery embolus. *South Med J* 77 : 789, 1984.
27. Morson BC : Pathology of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 4 : 37, 1975.
28. Negre J : Perforated ulcer in elderly people. *Lancet* 2 : 1118, 1985.
29. Nemanich GJ, Nicoloff DM : Perforated duodenal ulcer : long term follow up. *Surgery* 67 : 727, 1970.

30. Northup WF III, Simmons RL : Pancreatic trauma. *Surgery* 71 : 27, 1972.
31. Osteen RT, Guyton S, Steele G Jr : Malignant intestinal obstruction. *Surgery* 87 : 611, 1980.
32. Ottinger LW : Ruptured arteriosclerotic aneurysms of the abdominal aorta. *JAMA* 233 : 147, 1975.
33. Ottinger LW : The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery. *Ann Surg* 188 : 721, 1978.
34. Painter NS, Burkitt DP : Diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 4 : 3, 1975.
35. Parks TG : Natural history of diverticular disease of the colon. *Clin Gastroenterol* 4 : 53, 1975.
36. Peetz OJ, Gamelli RL, Pilcher DB : Intestinal intubation in acute mechanical small bowel obstruction. *Arch Surg* 117 : 334, 1982.
37. Ralls PW, Colletti PM, Lapin SA : Real-time ultrasonography in suspected acute cholecystitis. *Radiology* 155 : 767, 1985.
38. Ranson JHC, Turner JW, Roses DF : Respiratory complication in acute pancreatitis. *Ann Surg* 179 : 557, 1974.
39. Rodkej GV, Welch CE : Changing patterns in the surgical treatment of diverticular disease. *Ann Surg* 200 : 456, 1984.
40. Sabiston DC Jr : *Textbook of Surgery*. Philadelphia W.B. Saunders Company 1986.
41. Soergel KH : Medical treatment of acute pancreatitis : What is the evidence?. *Gastroenterology* 74 : 620, 1978.
42. Taylor H : The non-surgical treatment of perforated ulcer. *Gastroenterology* 33 : 353, 1957.
43. Turner DM, Groom RD : Acute adhesive obstruction of the small intestine. *Am Surgeon* 49 : 126, 1983.
44. Wengenstein SL, Wray RC, Golden CT : Perforated duodenal ulcer. *Am J Surg* 123 : 538, 1972.
45. Warshaw AL : Inflammatory masses following acute pancreatitis : phlegmon, pseudocyst and abscess. *Surg Clin North Am* 54 : 621, 1974.
46. Warshaw AL, Lesser PB, Rie M : The pathogenesis of pulmonary edema in acute pancreatitis. *Ann Surg* 182 : 505, 1975.
47. Watkins RM, Dennison AR, Collin J : What has happened to perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 71 : 774, 1984.
48. Way LW : *Current Surgical Diagnosis and Treatment*. 7th ed. Los Altos California Lange Medical Publications 1985.