

# KARIN AĞRILI HASTAYA YAKLAŞIM

Hakan TOPAÇOĞLU\*

## TANIM

Karın ağrısı şikayeti acil servislere başvuruların önemli bir bölümünü (yaklaşık %10) oluşturur. Karın ağrısı ile başvuran hastaların ortalama %35'inde spesifik bir tanı konulamamaktadır. Özellikle yaşlılarda daha fazla olmak üzere hastaneye yatan hastaların önemli bir bölümünü karın ağrısı şikayeti ile başvuranlar oluşturur.

Karın ağrısı şikayeti akut veya kronik olabilir. Akut karın ağrısı 1 haftadan kısa ağrıları tanımlar. Akut karın ağrılarının en sık sebepleri arasında nonspesifik karın ağrısı ve akut apandisit yer almaktadır (Tablo1).

Tablo 1. Akut karın ağrısının en sık sebepleri

Tanı	Yüzde oranları (%)
Nonspesifik karın ağrısı	34
Apandisit	28
Bilier hastalık	10
İnce barsak tıkanıklığı	4
Akut jinekolojik hastalık	4
Pankreatit	3
Renal kolik	3
Perfore peptik ülser	3
Kanser	2
Divertiküler hastalık	2
Diğer (herbiri <%1)	6

Bu hastalık dağılımı yaş ile değişmektedir. Akut apandisit genç yaşta daha sık görülmekteyken, bilier sistem hastalıkları, barsak tıkanıklığı, mezenter iskemisi ve divertiküler hastalık daha yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir. Karın ağrısının cerrahi gerektiren nedenleri dışında cerrahi gerektirmeyen nedenleri endokrin-metabolik, hematolojik ve toksikolojik olarak sınıflandırılabilir (Tablo 2).

## ANATOMİ VE FİZYOLOJİ

Karın ağrıları visseral (otonomik), parietal (somatik) ve yansıyan ağrı olarak üç sınıfa ayrılır.

**1. Visceral ağrı**da iletim yavaş iletimli C lifleri ile olduğu için künt bir ağrı olarak hissedilir. Ayrıca visceral ağrı iske-

mi ve inflamasyonun erken döneminde hissedilen ağrı olup intraperitoneal organların bilateral inerve edilmesinden dolayı genellikle orta hatta hissedilir. Embriyolojik olarak olduğu dermatoma göre ön barsak (foregut) kökenli olan mide, duodenum, karaciğer, pankreas ve safra yolları ağrıları **epigastrik bölgede**, orta barsak (midgut) kökenli olan ince barsakların çoğu, appendix, çekuma ait ağrılar **umbilicus çevresinde**, arka barsak (hindgut) kökenli olan kalın barsakların çoğu ve sigmod kökenli olan ağrılar ise tıpkı genitoüriner sisteme ait ağrıların hissedildiği **hipogastrik veya suprapubik bölgede** hissedilir.

**2. Parietal ağrı**da parietal periton afferentleri A-% liflerinde hızlı bir şekilde iletildiği için keskin ve iyi lokalize edilir. Visseral ağrı modelinde başlayan hassasiyet ve defans zamanla parietal ağrıyı gösteren rijidite ve rebound olarak gelişebilir.

**3. Yansıyan ağrı** ise genellikle tek taraflı hissedilen ve etkilenecek organdan uzak bir yerde hissedilen ağrı olarak tanımlanabilir. Birçok iç organdan gelen periferik afferent sinirleri diğer organlardan gelen nosiseptif liflerle birlikte medulla spinalise girer. Visceral ağrı ile somatik ağrının özelliklerini taşıyabilir. Yansıyan ağrıya verilebilecek en iyi örneklerden ikisi epigastrik bölgede hissedilen inferior myokard infarktüs ağrısı ile diyafram irritasyonu sonucu omuzda hissedilen ağrıdır (Tablo 3).

Karın ağrısına yol açan hastalıkların çoğu infeksiyon, obstruksiyon, iskemik ve perforasyon nedeniyle oluşmaktadır.

**a. İnflamatuvar tip ağrı:** Karın içinde başlayan bir inflamatuvar yanıtla bağlı hafif bir ağrı şeklinde başlayan ve giderek artan bir ağrı modeli sözkonusudur. Başlangıçta değişken süreler olan **ağrıda süreklilik olması** en önemli özelliklerden biridir. İnflamasyon devam ettiği sürece ağrı devam eder. Cerrahi gerektiren karın ağrısı nedenleri genellikle bu karakteri oluşturur. Apandisit, kolesistit, pankreatit vs.

**b. İskemik tip ağrı:** Bu ağrı modelinde vasküler beslenmesi bozulan karın içi organın verdiği **ani başlangıçlı bir ağrı** söz konusudur. Bu vasküler yetmezlik devam ettiği sürece ağrı devam eder. Venöz sistemde oluşan tıkanmalarda ise önceleri staza bağlı olarak batında bir huzursuzluk başlar. Ar-

\* Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı

Tablo 2. Akut karın ağrısının cerrahi olmayan nedenleri

Endokrin ve Metabolik	Hematolojik	Toksikolojik
Üremi	Orak hücreli anemi	Kurşun zehirlenmesi
Diabetik kriz	Akut lösemi	Narkotik yoksunluğu
Addison krizi	Diğer kan diskrazileri	Örümcek (kara dul) ısırığı
Akut intermitant porfiri		Akrep sokması
Ailesel Akdeniz ateşi		

Tablo 3. Yansıyan ağrıya yol açan durumlar

Uyarılan organ	Ağrının yansıdığı bölge
Diyafram	Supraklavikuler bölge (Kehr bulgusuI)
Üretra	Hipogastrik bölge, uyluk, iç kalça
Kalp (Kardiyak ağrı)	Epigastrium, çene, omuz, kol
Appendix	Umbilicus çevresi (T10)
Pankreas- safra kesesi	Epigastrium
Safra kesesi ve yolları	Skapula çevresi

terler basıya uğrayınca ise iskemik ağrı karakterini alır. Bu tip ağrılar karın aortu ve dallarının tıkanması, mezenter arter oklüzyonlarında oluşur.

**c. Obstrüksiyon (kolik) tip ağrı:** İçi boş organların obstrüksiyonunu sonucunda (üreter, safra yolları, barsak) oluşmaktadır. Tıkanmayı aşmaya çalışan düz kas spazmı sonunda ağrı oluştuğundan, ağrının önemli karakteri *aralıklı olmasıdır*. Ağrının azaldığı veya olmadığı dönemin olması tipiktir. Obstrüksiyon hızla oluştuğundan ağrının şiddeti de kısa sürede en yüksek noktasına varacaktır. Ağrı tepe noktasında birkaç dakika kadar kalıp sonra biraz azalır ve ağrısız bir süre oluşur.

**d. Perforasyon tip ağrı:** İçi boş organların perforasyonu ile oluşan ağrıdır. En çok duodenal ülser perforasyonu oluşmaktadır. Perforasyon anında ağrı şimşek çakar gibi çok şiddetli ve ani olarak başlar. Bir süre sonra şiddeti azalır. Devam eden süreçte peritonit geliyeceğinden inflamatuvar ağrı karakterinde devam eder.

## TANISAL YAKLAŞIM

Karın ağrısı hastasında klinik olarak yakışılmalı erken stabilizasyonu, iyi bir öykü almayı, fizik muayeneyi ve tanisal testlerin seçilerek uygun tanı ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesini içerir.

Abdominal anatomi ve ağrı iletim tipleri bilindiğinde ağrının dağılım alanına göre ayırıcı tanıya gidilebilir (Tablo 4). Bunu intraperitoneal ve ekstraperitoneal olarak ayırmakta mümkündür. Ayrıca karın dışı organlardan kaynaklanan ağrı karında hissedilebilir (Tablo 5). Bu yüzden fizik muayene kadar iyi bir öykü ile ayırıcı tanıya gidilmesi mümkün olabilir.

## ÖYKÜ

Karın ağrısı hastasında iyi bir öykü almak hekimin doğru tanı koymasından son derece önemlidir. Öyküde bulundu-

rulması mutlak olan sorular vardır (Tablo 6). Hastanın ağrısına, eşlik eden semptomlarına, özgeçmişine göre öykü alınmalıdır. Ağrıya ait sorularda ağrının yeri, şiddeti, başlangıcı, süresi, ağrıyı arttıran veya azaltan faktörlerin varlığı, ağrı üzerindeki değişiklikler sorgulanmalıdır. Ağrının başlangıç hızı tek başına ayırıcı tanıya katkıda bulunabilir. Ani başlangıçlı karın ağrı nedenleri daha ciddi sebeplerdir (Tablo 7). Ağrının yayılımının sorgulanması akut apandisit açısından yol gösterici olabilir.

Öyküde demografik bulguların not edilmesi çok önemlidir. Örneğin yaşlı bir hastada ileus, mezenter iskemisi, malignansi, divertiküler hastalık, aort anevrizma rüptürü-diseksiyonu gibi vasküler hastalıklar daha ön plana çıkmaktadırlar. Daha genç yaş grubunda ise akut apandisit, akut koloesistit, pelvik inflamatuvar hastalık gibi jinekolojik ve üriner hastalıklara daha sık rastlamaktayız.

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda ek semptomların varlığı mutlaka araştırılmalıdır. Eşlik eden semptomları 4 ana gruba ayırdığımızda gastrointestinal semptomlardan *bulanıklı kusma* varlığı en önemlilerindedir. Genellikle cerrahi gerektiren karın patolojilerinde kusma ağrıdan sonra başlamaktadır. Kusmuk içindeki materyal (safra, fekaloid) tanı için önemli olabilir. Bulantı nonspesifik olarak adlandırılan karın ağrı grubuna genellikle en sık eşlik eden semptomdur. Aynı şekilde hastalarda *iştahsızlık* (anoreksi) saptanması intraabdominal patolojinin ciddi olduğunu düşündürmelidir. Karın ağrısına *ishal* eşlik etmesi basit bir gastroenteritte olabileceği gibi, mezenter iskemisi nekroz döneminde, ilaç intoksikasyonlarında, akut apandisit gibi cerrahi gerektirecek durumlarda da karşımıza çıkabilir. Karın ağrısı ile başvuran hastalarda *kabızlık* olması bir ileus tablosu yanında, elektrolit bozukluklarını, ilaç intoksikasyonlarını, barsak hareketlerinin durduğu ileri peritonit tablosunu da düşündürülebilir.

Tablo 4. Ağrı bölgelerine göre olası karın ağrı nedenleri

Ağrı bölgesi	Olası Hastalık
Sağ üst (KC, böbrek, safra kesesi)	Akut kolesistit, bilier kolik, kolanjit, koledokolithiasis, akut hepatit, duedonal ülser, sağ alt lob pnomoni, pulmoner emboli, AMI, subfrenik abse, pnomotoraks, pyelonefrit
Sağ alt (inen kolon, appendix, ovaryum, adnex, böbrek)	Apandisit, çekal divertikülit, ektopek gebelik, tubo-ovaryan abse, over kist rüptürü, over torsiyonu, üreter taşı, pelvik inflamatuvar hastalık, inguinal herni, inflamatuvar barsak hastalığı
Sol üst (pankreas, dalak, böbrek)	Akut pankreatit, gastrit, dalak rüptürü, dalak infarktı, sol alt lob pnomonisi, pulmoner emboli, AMI, subfrenik abse, pnomotoraks, pyelonefrit
Sol alt (sigmoid, inen kolon, ovaryum, adnex)	Divertikülit, ektopek gebelik, tubo-ovaryan absse, over kist rüptürü, over torsiyonu, üreter taşı, pelvik inflamatuvar hastalık, inguinal herni, inflamatuvar barsak hastalığı
Umbilikus çevresi	Apandisit (erken dönmü), peptik ülser, gastroenterit, AMI, pankreatit, AAA rüptürü, AAA diseksiyonu, ince barsak tıkanıklığı, mesenter iskemisi, Akut kolesistit, bilier kolik, kolanjit, koledokolithiasis, ileokolit
Flank	Abdominal aort anevrizması, renal kolik, pyelonefrit
Suprapubik	Ektopek gebelik, mittelschmerz, over kist rüptürü, endometriosis, idrar yolu enfeksiyonu, sistit, prostatit, divertikülit
Yaygın	Gastroenterit, barsak tıkanıklığı, peritonit, mezenter iskemisi, inflamatuvar barsak hastalığı, diabetik ketoasidoz, üremi, intoksikasyon, hiperkalsemi, ailesel akdeniz ateşi, orak hücreli anemi krizi, vaskülitler, ağır metal zehirlenmeleri, porfiri

Tablo 5. Karın ağrısının ekstraabdominal nedenleri

Akut myokard infarktüsü, unstable anjina
Pulmoner emboli
Pnomoni
Diabetik ketoasidoz, alkolik ketoasidoz
Üremi
Porfiri
Vaskülit
Orak hücreli anemi
Ağır metal zehirlenmelri
İnfeksiyon (mononukleos)
Metanol zehirlenmesi
Örümcek akrep ısırması
Kas spazmı
Testis torsiyonu
Herpes ve diğerleri

Genitouriner sisteme ait eşlik eden semptomlarda *disuri, idrar sıklığı, hematurji, inkontinans* varlığı sorgulanmalıdır.

Jinekolojik sisteme ait olarak üreme çağındaki bir kadın hastada *menstrüasyon* periyodunun durumu (endometriozus, over folikül çatlaması, dış gebelik tanısı), korunma yöntemleri, *vajinal akıntı, geçmiş gebelik ve abortus öyküsü, kist varlığının sorgulanması* olası tanısal yaklaşım açısından önem arzeder.

Vasküler semptomların göğüs ağrısı, nefes darlığı, kladikasyon, myokard infarktüs öyküsü, antikoagulasyon ilaç kulla-

nım öyküsü, atrial fibrilasyon öyküsü sorgulanmalıdır. Hastanın özgeçmişinde ise kullandığı ilaçlar, hastaneye yatış olup olmadığı, cerrahi öyküsü, diabet varlığı, travma öyküsü sorgulanmalıdır. Bunu yanında sigara, toksik ajana maruz kalıp kalmadığı da sorulmalıdır.

## FİZİK MUAYENE

Karın ağrısında fizik muayenenin önemi büyüktür. Öykü ve fizik muayenenin tanısal sentivitesi (duyarlılık) ve spesifitesi (özgüllük) batın tomografisi oranlarına ulaşmasa da gözlemsel yapılan bir çalışmada sadece öykü ve fizik muayenenin karın ağrısı organik nonorganik ayırıcı tanısında %80 doğruluk oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Genellikle öykü ve fizik muayene sonrası hekim ayırıcı tanısını daraltma şansını bulabilmektedir.

Hastanın öyküsü aldıktan sonra her hastaya sistematik bir şekilde fizik muayene yapılmalıdır. Bazen bu muayenenin tekrarlanması gerekebilir. Fizik muayene için hasta sırtüstü şekilde yatırılmalıdır. Fizik muayene esnasında hastanın ağrı korkusunun olması, hastaya ait bazı özellikler (aşırı kilolu) kısıtlayıcı ve yanıltıcı olabilir. Hastanın ağrısını çok artıran bölgeden başlanması hekimin hasta ile işbirliğini ve hastanın hekime olan güvenini bozabilir. Hastanın muayene esnasında rahat ve dirençsiz olması gerekir. Hastanın muayenesi boyunca hastayla konuşmak onu rahatlatılabilir.

Hastanın muayenesi genellikle inspeksiyon ile başlar. Bazen hastanın yanına yaklaşırken birkaç adımda hasta hakkında

Tablo 6. Karın ağrısı hastasına sorulması gereken önemli sorular

Kaç yaşındasınız? İleri yaş hasta için riski artırır
İlk olarak ağrı mı, kusma mı başladı? Ağrının ilk başlaması cerrahi nedenli karın ağrısı olasılığını artırır
Ağrınız ne kadar süredir var? 48 saatin altındaki ağrılar daha kötüdür
Hiç ameliyat oldunuz mu? Karın bölgesindeki geçirilmiş operasyon barsak tıkanıklığına işaret eder
Ağrınız sürekli midir yoksa aralıklı bir ağrıdır? Sürekli ağrı daha kötüdür (inflamatuvar)
Daha önce ağrınız var mıydı/olur muydu? Önceden ağrı episodunun olmaması kötüdür
Özgeçmişte kanser, divertiküler hastalık, pankreatit, böbrek yetmezliği, safra taşı ve inflamatuvar barsak hastalığı öyküsü var mıdır? Her biri durumun daha ciddi olduğunu gösterir
HIV öyküsü var mıdır?
Günde ne kadar alkol tüketiyorsunuz? Pankreatit, hepatit ve siroz tanısında önemli
Gebelik var mıdır? Ektopik gebelik açısından önemlidir
Antibiyotik veya steroid alıyormusunuz? Enfeksiyonu maskeleyen açısından önemlidir
Ağrınızın başlangıç noktasından farklı bir alana göç etmesi oldu mu? Akut apandisit açısından önemlidir
Vasküler hastalık, kalp hastalığı, hipertansiyon veya atriyal fibrilasyon öyküsü var mı? Mezenter iskemi ve abdominal anevrizma tanısında önemlidir.

Tablo 7. Ağrı başlangıç süresine göre ayırıcı tanı

Ani başlangıç (saniyeler içinde)	Hızlı başlangıç (dakikalar-saatler)	Kademeli (saatler)
Ülser perforasyonu	Strangüle herni	Strangüle herni
Mesenter iskemisi	Volvulus	Apandisit
Abdominal aort rüptürü	Akut pankreatit	Kronik pankreatit
Ektopik gebelik rüptürü	Bilier kolik	Peptik ülser hastalığı
Over torsiyonu rüptürü	Divertyikülit	Salpinjitis
Akut myokard infarktüsü	Renal üreteral kolik	Sistit
Pulmoner emboli		İnflamatuvar barsak hastalığı

fikir sahibi olunabilir. Hastanın takipneik olması pulmoner kökenli bir patolojiyi düşündürebileceği gibi ayrıca subdiafragmatik bir irritasyonu, asidoz varlığının habercisi olabilir. Ya da intraabdominal hareketin yol açtığı ağrıyı minimuma indirmek için hastanın sık ve yüzeysel solunum çabası olabilir. Yine hastanın pozisyonu önem arz etmektedir. Öne eğilerek rahatlamaya çabalayan hasta pankreatit, bacaklarını karnına çekerek yatan bir hasta ise intarabdominal patolojinin belirteci olabilir.

Hastanın deri rengi, operasyon izi veya lezyonlar hekimi tanıya yönlendirebilir. Karında distansiyon olması karaciğer hastalığına ait batında asit birikimini, peritonitin ileri dönemini gösteren bir bulgu olabilir.

Oskültasyon mutlaka palpasyon öncesinde yapılmalıdır. Palpasyonla barsak aktivitesi uyarılıp yanlış değerlendirmeye yol açabilir. Barsak sesleri veya anormal üfürüm varlığı not edilmelidir. Barsak seslerinin duyulmaması peritonit, ileusun ileri dönemi, mezenter iskemi, perforasyon, hipokalemi, narkotik aşırı kullanımı gibi durumları destekler. Aynı şekilde hipoperistaltizm inflamasyon, ileus, barsak iskemisi, elektrolit bozukluklarında görülebilir. Barsak seslerinin artışı ileusun erken döneminde görülebilirken, gastroenterit gibi patolojileri de gösterebilir.

Palpasyonda hastanın ağrısının en fazla olduğu bölge not edilmelidir. Yine muayene esnasında hastanın defans, rebound, rijidite bulguları not edilmelidir. **Defans** hastanın istemli olarak karın kaslarını kasma olarak tanımlanabilir. Defans varlığı hastanın karın duvarına yavaş palpasyon yapılarak araştırılır. **Rijidite** ise altta yatan peritoneal inflamasyona bağlı istemsiz olarak karın kaslarının kasılmasıdır. **Rebound hassasiyeti** ise hastanın derin palpasyon işlemini aniden sonlandırıldığında (el birden çekildiğinde) ağrının provake olması olarak yorumlanır ve genellikle peritoniti yansıtır. Eğer bu işlem ağrının zıt bölgesinde yapıldığında asıl ağrı bölgesinde ağrının şiddetlenmesine yol açıyorsa indirekt rebound hassasiyeti denir. Rijidite ve rebound hassasiyeti periton irritasyon bulgularıdır.

Karın muayenesinde olası fitik bölgeleri mutlaka palpe edilmelidir. Bunun yanında rektal muayene ve genital muayene mutlaka tamamlanmalıdır. Rektal muayene ile gastrointestinal kanama, kitle varlığı, hemoroid, dışkı tıkaçı varlığı, prostatit veya retroçekal apandisit tanısını güçlendirebilir. İntravaginal muayenede serviks palpasyonu ile ağrı varlığı, uterus ve adneksiyel yapıların durumu değerlendirilmelidir. Aynı şekilde erkek hastaların testis şişliği, hassasiyeti kontrol edilmelidir. Perküsyon karın muayenesini tamamlayıcı unsurdur. Asit ve hepatomegali varlığını belirlemek yanında hastanın ağrısının en şiddetli olduğu bölgeyi belirlemeye de yardımcı

Tablo 8. Karın ağrısında önemli bulgular

Özgün Bulgu	Bulgu tanımı	Gösterdiği hastalık
Cullen bulgusu	Umbilicus çevresinde ekimoz	Retroperitoneal kanama (hemorajik pankreatit, abdominal aort anevrizma rüptürü)
Mc Burney	Sağda spinoiliakus anteriordan umblicusa çekilen hattın 2/3 dış kısmında lokalize hassasiyet	Apendisit
Murphy	Sağ üst kadran palpe edilirken inspirasyonun ani kesilmesi	Akut kolesistit
İliopsoas	Sağ kalça hiperekstansiyonunda karın ağrısının artması	Apendisit (retroçekal)
Obturator	Fleksiyondaki sağ kalçanın iç rotasyonunda karın ağrısının artması	Apendisit (pelvik)
Rovsing	Sol alt kadran palpasyonunda sağ alt kadranda ağrısının artması	Apendisit
Chandelier	Serviksin elle muayenesinde hastanın muayene masasından kalçasını kaldırması	Pelvik inflamatuvar hastalık

Tablo 9. Karın ağrılı hastalarda tehlike işareti (red flag: kırmızı bayrak) sayılan durumlar

İntraabdominal tehlike işaretleri			
Öyküde	Fizik muayene	Laboratuvar	Görüntüleme
Oral alınının olmaması	Patolojik vital bulgular	Böbrek yetmezliği	Abdominal serbest hava
Projektil kusma	Bilinç değişikliği	Metabolik asidoz	Safra kesesi duvar kalınlaşması
Bariz gastrointestinal kanama	Hipoksi	Lokositoz	Perikolesistik sıvı
Senkop	Siyanoz	Transaminazlarda yükselme	Safra yolları dilatasyonu
Gebelik	Peritonit bulguları	ALP ve bilirubinde yükselme	Barsak tıkanıklığı
Yeni geçirilmiş operasyon veya endoskopik prosedür	Kanlı, melenalı dışkı	Anemi, polisitemi	Genişlemiş ince barsak ansları + hava-sıvı seviyesi
Ateş	Sarılık	Hiperglisemi, hipoglisemi,	Barsak duvar kalınlaşması
Kostik veya yabancı cisim alınımı	İnkarsere hassas herni	Hiperamilazemi	Portal sistemde hava olması, intraabdominal abse
Ekstraabdominal tehlike işaretleri			
Göğüs ağrısı, sırt ağrısı	Hemodinamik unstabilite		
Solunum zorluğu			
Vajinal kanama			

olabilir. Pyelonefrit veya renal patolojileri belirlemek için kostofrenik açının perküsyonu mutlaka yapılmalıdır.

Fizik muayenede bazı hastalıkların tanısını güçlendirecek bazı özgün muayenelerin yapılması önemlidir (Tablo 8). Bununla birlikte mutlaka vital bulguların değerlendirilmesi gerklidir. Özellikle tansiyon, nabız, vücut ısı, solunum sayısı not edilmelidir. Periton inflamasyonu olanlarda ateş yükselir. Özellikle rektal ateşin koltuk altı ateşten bir derece ve daha fazla yüksek çıkması dikkate değer bir bulgudur. Dış gebelik rüptüründe hipotansiyon, taşikardi, solukluk, terleme belirtileri çok önemli bulgular olarak karşımıza çıkar.

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda bazı **tehlike işareti gösteren bulgular** hastanın hayati tehdit edici hastalıklarını göstermesi açısından öncelikli olmalıdır (Tablo 9). Öyküden alınacak bu bulgular hastanın ateşinin olması, senkop geçirme-

si, beraberinde göğüs ve sırt ağrısının olması, vaginal kanama olması, solunum zorluğu, gastrointestinal kanama varlığı, gaz çıkaramama olarak belirtilebilir. Fizik muayenede tehlike gösteren durumlar ise vital bulgularında anormallik olması, hipotansiyon, taşikardi, bilinç değişikliği, rijidite, rebound tendernes, barsak seslerinin yokluğu örnek verilebilir.

#### LABORATUVAR

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda katastrofik nedenlerden olan akut myokard infarktüsü mutlaka ekarte edilmelidir. Hastanın acil servise alındığı süreden itibaren mümkün olduğunca kısa sürede EKG'si çekilmelidir. Ancak ilk çekilen EKG'nin tanısallığının %60 civarında olduğu hatırlanmalıdır.

Akut karın ağrısı ile başvuran olguların yaklaşık %80'ine öykü ve fizik muayene ile tanı koyabilmemize rağmen mutlaka ek tanısallık laboratuvar incelemelerin yapılması gerek-

Tablo 10. Akut karın ağrısına yol açan durumlar için tanısal yaklaşımlar

	Hemogram	İdrar tahlili	Düz grafi	USG	BT	DiğerAAA
AAA	*	*		®	®	Anjiyografi MRI
Apendisit	®	*		®	®	C-reaktif protein
Safra yolu hastalıkları	*	*		®	®	HIDA görüntüleme
İnce barsak tıkanıklık, perforasyon	*	*	®	®	®	
Kolesistit	*	*		®	®	
Divertikülit	*	*		®	®	Baryum enema
Ektopik gebelik	*			®		B-HCG, progesteron
Mezenter iskemi	*		*	*	®	Anjiyografi, EKG, MRI
Pankreatit	*	*		®	®	Lipaz, amilaz
Gastroenterit	®	®	*			Dışkıda lökosit
Over torsiyonu	®	*		®		Dopler USG
Herni		*				Fizik muayene
Testis torsiyonu						
Pelvik IH	®	*		*		ESR, C-reaktif protein
Renal kolik	*	®	®	*		Helikal BT, IVP
İdrar yolu enfeksiyonu	®	®				

® Tanı koymak için gerekli

\* Tanıya koymak için endikasyonu yok, ama istenebilir

(ESR: eritrosit sedimentasyon hızı, MRI: magnetik rezonans görüntüleme, IVP: intravenöz pyelografi)

mektedir. Akut karın tanısında laboratuvar incelemeleri tanının kesinleşmesinde şarttır. Çok sık gönderilen **hemogram** tetkikinde lökosit sayısındaki artışa bakılmaktadır. Lökosit sayısının  $>12000/\text{mm}^3$  olması önemli bir inflamasyon belirtisidir. Mezenter iskemi vakalarında, ve yaygın peritonit vakalarında lökosit sayısının  $>20000/\text{mm}^3$  olabildiği hatırlanmalıdır. Beyaz küre artışının en çok araştırıldığı akut apandisit, akut kolesistit, nonspesifik karın ağrısıdır (NSKA). Yapılan metaanaliz değerlendirmelerinde lökosit sayısının  $>10000/\text{mm}^3$  olması apandisit ve kolesistit için 2 kat olasılık artışı demektir. Bunun yanında herhangi bir patoloji tespit edilemeyen NSKA vakalarının %28'inde lökosit sayısının  $>10500/\text{mm}^3$  olduğu bulunmuştur. Bunun anlamı lökosit sayısının NSKA hastalarının daha ciddi karın patolojilerinden ayırımında sınırlı değere sahip olmasıdır. Hasta izleminde seri lökosit sayısı takibinin akut apandisit tanısına yardım ettiğine ait bazı kanıtlar olsada bu tarz hastalarda karın BT çekilmesi izlemede oluşabilecek komplikasyonları önleme açısından tercih edilmektedir.

Biyokimyasal tetkikler karın ağrısı ayırıcı tanısında önemlidir. Karaciğer enzimleri, BUN, kreatinin, elektrolitler, amilaz, lipaz, bilirubin değerleri, ALP, GGT, kanama profili, kanda  $\beta$ -HCG, kan gazı uygun hasta gruplarında değerlendirilmelidir.

Karaciğer enzimleri ve koagülasyon profili sınırlı sayıda hastada tanıya yardımcı olabilir. BUN değerleri gastrointestinal hemoraji, dehidratasyon durumlarında yükselebilir. Se-

rum lipazın 2 kat artışı akut pankreatit tanısı açısından amilazdan daha duyarlıdır. Barsak iskemisinde serum fosfat ve laktat düzeylerinde artış saptanır. Kan şekeri yüksekliği, aniyon gap ve serum keton cisimlerinde artış diabetik ketoasidoz tanısında yardımcıdır. Safra yolları tıkaçıcı hastalıklarda ALP ve GGT artışı saptanır. Alkol ve bazı zehirlenmelerde kan gazı asidozu saptamakta değerlidir.

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda **idrar tahlilinde** glikoz, kan, lökosit varlığı bazı karın ağrı nedenlerini tanımamıza yardımcı olabilir. Ayrıca uygun kit ile üreme çağındaki bir kadında gebelik tespitine yardımcı olabilir.

#### TANISAL GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİ

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda tanı için laboratuvar tekniklerine ilaveten bazı görüntüleme tekniklerine başvururuz (Tablo 10).

Geleneksel olarak ilk istenilen grafi **akciğer grafisi** ile birlikte **düz abdominal grafidir**. Hızlıca yapılabilmesi ve ücretinin düşük olması da ilk istenme gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Bilgisayarlı tomografi (BT) ve ultrasonografi (USG) tanısal anlamda daha sensitive ve spesifik olmasına rağmen düz grafiler hala kullanılmaktadır. Akciğer grafisi her hastada istenilmelidir. Diyafram altı serbest hava dışında olası ekstraabdominal nedenlerin ekarte edilmesinde son derece önemlidir. Düz abdominal grafi ayakta ve yan yatar pozisyonda çekilmelidir. Düz abdominal grafinin ince barsak tıkanıklığını saptamakta yaklaşık %60 lık bir değeri bulun-

Tablo 11. Akut karın ağrısına sıklıkla yol açan hastalıkların genel özellikleri

Peptik ülser	Epidemioloji	Etiyoloji	Prezentasyon	Fizik muayene	Faydalı testler
	Tüm yaş gruplarında, 50 yaş pik, erkekler kadınlara göre 2 kat, <%1 ciddi kanam ve perforasyon	Helicobacter pylori infeksiyonu Risk faktörleri KO-AH, NSAİ, sigara, alkol kullanımı	Yemek 1-3 saat sonrası başlayan epigastrik ağrı yiyecek veya antiasitlere yanıt verir, geceleri alevlenme	Epigastrik hassasiyet rebound ve defans yok. (Perforation ve kanama yoksa)	Unkomplike olgular antiasit veya H2 bloker ile tedavi edilir. astroduodenoskopi tanıda yardımcıdır. H. pylori. testleri for H. pylori. , baryum enema, kontrastlı BT tanıda yardımcı
Akut apandisit	Pik yaşı adolesan ve genç Kadınlarda, çocuklarda ve yaşlılarda perforasyon oranı yüksektir. Mortalite oranı %0.1(perforasyonda %2-6)	Appendix lümeninin tıkanması sonucu şişme, iskemi, infeksiyon ve perforasyon	Epigastrik / periumbilikal ağrı 8-12 saat sonra sağ alt kadrana göç eder (%50-60 vakada). Geç prezentasyon daha yük sek perforasyon oranına sahiptir. Ağrı, düşük dereceli ateş (%15), anoreksi (%80) ve kusma (%50-70)	Ortalama ateş 38° C. Yüksek ateş perforasyon göstergesidir. Sağ alt kadrana ağrısı (%90-95) rebound (40%-70%). Rektal hassasiyet (%30)	Lökosit artar, sola kayma vardır, İdrarda steril pyuri C-reaktif protein duyarlı BT oldukça duyarlı ve özgüldür. USG özellikle kadınlarda faydalıdır
Safra yolları hastalıkları	Pik yaşı 35-60 dır. 20 yaş altında nadir. Kadınlarda 3 kat sık. Risk faktörleri multiparite, obesite, alkol kullanımı, oral kontraseptif kullanımı	Safra yolundaki taşlar bilier kolike yol açar. Sistik kanala impakte taş kolesistit veya kolanjite yol açar	Kramp şekli sağ üst kadrana ağrısı sağ subskapular alana yayılır. Daha önceden ağrı atakları sıktır. Ağrının uzun süreli devam etmesi kolesistit ve kolanjiti destekler	Bilier kolikte ateş normaldir, Kolesistit ve kolanjitte yükselir. Sağ üst kadrana hassasiyeti rebound, sarılık görülebilir	Lökosit kolesistit ve kolanjite yükselir. USG tanıda yardımcıdır. Hepatobiliar sitografi safra kesesi fonksiyonunu gösterir
Ureteral kolik	30-40 yaşta sık, erkekte sık, özgeçmiş ve ailede taş öyküsü sıktır.	Aile öyküsü, gut, Proteus sp enfeksiyonları, renal tubular asidoz ve sistinuri taş oluşumuna yol açar.	Ani başlangıçlı yan ağrısı, uyuğa yayılabilir. Bulantı, kusma, solukluk vardır. Hasta kıvrınır.	Vital bulgular genellikle normaldir. Abdominal muayenede belirgin özellik yoktur.	İdrar tahlilinde sıklıkla hematüri vardır. IVP tanıda önemlidir. Böbrek fonksiyonları bozuk olan yaşlılarda helikal BT idaha uygun olabilir. Mesane dolu iken yapılan USG tanıda yardımcıdır.
Divertikülit	İnsidans yaşla artar. Erkeklerde sık. Tekrarlar. "Sol taraf apandisiti" olarak tanımlanır.	Kolon divertikülü enfekte veya perfore olabilir, lokal kolite yol açabilir. Tıkanma, peritonit, abse ve füstül oluşabilir.	Dışkı kıvamında ve frekansında değişiklik olur. . Sol alt kadrana ağrısı. Ateş, bulantı, kusma, rektal kanama görülebilir.	Ateş genellikle düşük derecelidir. Sol alt kadranda rebound olmadan ağrı sıktır. Dışkıda kan pozitif olabilir.	Çoğu test genelde normaldir. Düz grafide tıkanma ve kitle etkisi görülebilir. Baryum enema sıklıkla tanısaldır.
Akut gastroenterit	Sık rastlanır. Dönemsel, apandisit ile en çok karışan durumdur. Diğer aile bireylerinde de görülebilir.	Genellikle viraldir.	Ağrı çok lokalize değildir. Aralıklı kramp tarzı ağrı sıktır. İshal önemli bir bulgudur. Bulantı ve kusma genellikle ağrıdan önce başlar.	Karın muayenesi genellikle normaldir. Sulu kıvamda dışkı bulunur. Ateş genellikle mevcuttur.	Tedavide semptomatik yaklaşım (antiemetik ve sıvı tedavisi)
Nonspesifik karın ağrısı	Genç ve orta yaşta sıktır. Üreme çağındaki kadınlarda, düşük sosyoekonomik, psikiyatrik bozuklukta sıktır. 50 yaş üzerinde %10 hastada intraabdominal kitle gösterilmiş	Bilinmemektedir.	Değişken olmakla birlikte, kronik ve tekrarlayıcıdır.	Değişken, fakat peritoneal bulgular yoktur.	Değişkendir.

maktadır. Daha küçük tıkanıklıklarda sensitivitesi oldukça düşmektedir. Bu grafide barsak lümeni içindeki havanın yerleşimi, hava-sıvı seviyesinin dağılımı, lümen çapı tıkaçıcı olan patolojilerle olmayanları ayırt etmekte kullanılabilir. Düz grafilerin perforasyonu ve serbest havayı göstermedeki duyarlılığı daha yüksek bulunmaktadır. Yüksek volumlu perforasyonlarda %100'e yakın duyarlılık bildirilmiştir. Grafi öncesi hastanın 5-10 dakika süre ile ayakta veya lateral grafi çekilecekse yan durması serbest havayı yakalama oranını

arttırmakla kalmaz ufak volumlu serbest havanın da tespit edilmesini sağlar. Düz karın grafilerinde çekal veya sigmoid volvulus tanısı konulabilir.

Karın ağrılı hastalarda **USG** kullanımı ucuz, hızlı ve yatakbaşı kullanımı açısından son derece değerlidir. Yapılan bir çalışmada karın içinde serbest havayı gösterme açısından ayakta karın grafisi ve sol yan dekübit grafisine göre daha duyarlı olduğu saptanmıştır (%93 USG, %79 grafi). Kulla-

nıcı deneyimine bağlı olması yanında obez hastalarda ve yoğun gaz varlığında duyarlılığı düşmektedir.

**BT** karın ağrısı olan hastalarda karın patolojilerini göstermede oldukça duyarlıdır. Birçok hastanede kullanıma girmesi ile hastaların aynı gün içerisinde değerlendirilmelerini ve taburculuklarını kolaylaştırmıştır. Çoğu hekimce ilk tercih edilen yöntem olmuştur. Örneğin BT nin akut apandisit için duyarlılık ve özgüllüğü %98 olarak bulunmuştur. Akut karın ağrısına yol açan diğer etiyojilerde de oldukça duyarlı ve özgüldür.

Bazı hasta grubunda endoskopik incelemeler gerekebilir. Özellikle gastrointestinal sistemden olan kanamalarda hem tanı hem tedavi amaçlı kullanılabilir. Aynı şekilde gastrik duodenal ülser, rektal, sigmoid ve kolon patolojilerinin tespiti yapılmaktadır.

Akut karın ağrılarında öykü, fizik muayene, laboratuvar bulguları ve tanısal görüntüleme yöntemlerini kullanarak ayırıcı tanıya gidilmelidir (Tablo11).

## TEDAVİ

Karın ağrısı ile başvuran hastalarda hedef fizyolojik bir stabilizasyon sağlamak, semptomları (ağrı, kusma) azaltan tedavilere başlamak, hayati tehdit edici durumları saptamak, tanısal istemleri yapmak ve gerekli konsültasyonları istemek olarak açıklanabilir.

Karın ağrısı ile başvuran hastaların çoğunda hemodinamik instabilite bulunmaz. Fakat %7 kadarında hayati tehdit edici durum söz konusudur. Bu durum özellikle yaşlı ve immun yetmezlikli hastalarda söz konusudur.

Karın dışı nedenlerden kaynaklanan bazı durumlarda (AMI, kalp yetmezliği, diabetik ketoasidoz, metil alkol zehirlenmesi, renal yetmezlik, pulmoner emboli, pnömoni) ani bir dekompanzasyon söz konusu olabilir. Eğer tanı konulduysa hastanın hemodinamik bozukluğuna neden olan hastalığına özgün tedavi yapılmalıdır. Her bir resusitasyon tedbiri belli bir düzende yapılmalıdır. Hastaların havayolu, solunum, dolaşım güvenliği ve desteği sırasıyla yapılmalıdır.

Ancak burada hatırlanılması en önemli olan bir konu hemodinamik bozukluk tespit edilen hastada resusitatif tedavinin derhal başlanmasıdır. **Tedaviye başlamak için hastanın tanısının konulması beklenilmemelidir.** Hipotansiyonu ve volem kaybı olan hastalarda en çok tercih edilen sıvılar kristalloid sıvılardır (normal saline, ringer laktat). Sıvı tedavisi yeterince ve hızlı yapılmalıdır. Bazı özel durumlarda sıvı tedavisinin yanında kan transfüzyonuna ihtiyaç duyulmaktadır. Bu durumlar abdominal aort anevrizma rüptürü, masif gastrointestinal kanama, dalak rüptürü, hemorajik pankreatit örnek gösterilebilir. Septik şokta salınan vazodilatör maddelerin yol açtığı hipotansiyon tedavisinde vazokonstriktör te-

davilere (norepinephrine tartrate, yüksek doz dopamin gibi) ihtiyaç duyulabilir.

Karın içinde bir enfeksiyon varlığında hastalarda şoka yatkınlık söz konusudur. **Karın içi enfeksiyon şüphesi olan tüm vakalara derhal geniş spektrumlu antibiyotikler paranteral olarak başlanmalıdır.** Karın içi enfeksiyonlar genellikle polimikrobiyal olup gram (-) enterik bakterileri, gram (+) bakterileri ve anaerob bakterileri içerdikleri için buna uygun antibiyotikler seçilmelidir. Metranidazole kombine edilmiş ikinci jenerasyon sefalosporin (cefamandole, cefotetan, cefoxitin) grubu antibiyotikler, imipenem, karbapenem gibi antibiyotikler uygun olabilir.

Metoklopramid, prometazin ve trimetobenzamid gibi bulantı ve kusmaya yönelik ilaçlar bu semptomları gidermek için kullanılmalıdır. Çoğu hasta 10-20 mg IV yavaş uygulanan metoklopramide genellikle 10 dakika içinde yanıt verir.

Barsak tıkanıklığı düşünülen olgularda **nazogastrik tüple dekompresyona** gerek duyulabilir.

Tüm hayatı tehdit edici durumlarda cerrahi tedavi ihtiyacına göre **erken dönemde cerrahi konsültasyonu yapılmalıdır.**

Karın ağrısı hastasında en çok tartışılan konulardan biri ağrının giderilip giderilmesi olmuştur. Acaba acil servislerde ağrı kesici ilaç kullanmak cerrahi tedaviye götürecektir bulguları gizler mi ve hastanın morbidite ve mortalitesine kötü yönde etki eder mi sorusuna en son yapılan bir meta-analiz değerlendirmesi ışık tutmuştur. Karın ağrısında kullanılan opioid grubu analjeziklerin hastanın fizik muayene bulgularını değiştirebileceğini ancak hastanın tedavisinde belirgin bir hataya yol açmadığını göstermiştir. Diğer bir deyimle operasyon kararında değişiklik yapmadan ağrı duyusunun azaltmasını sağladığı rapor edilmiştir. Hastanın ağrısının kesilmesi cerrahi gerektiren hastalık tanısını kolaylaştırmış gözükmektedir. Kullanılacak **opiyadın IV olarak ve titre edilecek verilmesi önerilmektedir.** Meperidine istenmeyen yan etkilerinden dolayı tercih edilmemektedir. Non steroid antiinflamatuar ilaçlar saf analjezik olmaması ve periton inflamasyonunun erken bulgularını maskeleyebilme olasılığından dolayı akut karın ağrısında ağrı kesici olarak kullanılması önerilmemektedir. NSAİ ilaçların akut karın ağrısında güvenirliliği konusunda bilimsel veriler yetersizdir.

Gastrik asit salınımına bağlı düşünülen karın ağrılarında antiasit tedavinin başlanması gereklidir. Yine bu hasta grubunda asit salınımını azaltan H<sup>+</sup> proton pompa inhibitörü, H<sub>2</sub> reseptör blokerleri gibi ilaçlar başlanabilir.

## TABURCULUK

Acil servise başvuran olguların yaklaşık %35'lik kısmını nonspesifik karın ağrısı olgularının oluşturması ve hastaların taburculuk kararının alınması zor bir karardır. Ancak



hekim gerekli araştırmaları yaptıktan sonra cerrahi konsültasyon ihtiyacını, hastaneye yatış veya taburculuk kararını vermelidir. Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda;

- Yatış gerektiren özgün tanısı konulan hastalar
- Çok toksik gözükten hastalar,
- Tanısı belli olmayan çok yaşlı veya immun yetmezlikli hastalar,
- Tanısı belli olmayan ve tehlikeli olabilecek nedenler dışlanmamış sağlıklı genç hastalar,
- Dirençli veya hafifletilemeyen ağrı & kusması olan hastalar
- Bilinç değişikliği olan hastalar
- Taburculuğunda hekimin yaptığı önerileri yapamayacak durumda olan veya sosyal desteği olmayan hastaların hastaneye yatışı düşünülmelidir.

Taburculuk kararını alan hekimin şüphesi olmamalıdır. Klinik olarak stabil olan hastalar acil servisten uygun izlem önerileriyle gönderilebilir. Ancak bazı tanısal testlerin veya ek testlerin tekrar edilmesi veya planlanması gerekebilir. Özellikle nonspesifik karın ağrılarının 8-12 saat (24 saate kadar) içinde yeniden değerlendirilmesi ve muayenesi önerilmektedir. Semptomlarının tekrarlaması halinde ise bir süre sınırı koymaya gerek olmadan tekrar değerlendirilmelidir. Hastalar acil servise yeniden çağrılabilir. Eğer bir hastaya tanı konulmadan taburculuk planlanıyorsa hastalara şu tavsiyelerde bulunulmalıdır. Hastaya şikayetlerini ortaya çıkaran aktivitelerden ve ilaç kullanımından kaçınması önerilir. Hastanın şikayetlerinde değişiklik olması veya artması durumunda tekrar gelmesi önerilir.

## KAYNAKLAR

1. Bender JS: Approach to the Acute Abdomen . Med. Clin. North Am. 1989;73:1413-1422
2. Ranji SR, Golman LE, Simel DL, Shojania KG. Do opiates affect the clinical evaluation of patients with acute abdominal pain. JAMA 2006;296:1764-1774
3. King KE., Wightman JM. Abdominal Pain. JA Marx, RS Hockberger, Walls RM, et al. Marx: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, 6th ed. Mosby, Inc. Philadelphia 2006. 22
4. Gallagher EJ. Acute Abdominal Pain. Tintinalli JE, Kelen GD., Stapczynski JS. Emergency Medicine, A Comprehensive Study Guide 6th ed. The McGraw-Hill Comp, Inc. 2004;72:487-501
5. Flasar MH., Goldberg E. Acute abdominal pain. Med Clin North Am. 2006, 90:481-503
6. Yeh EL., Mcnamara RM. Abdominal pain. Clin Geriatr Med 2007;23:255-270
7. Flasar MH., Cross R., Goldberg E. Acute abdominal pain. Prim Care Clin Office Pract. 2006, 33:659-684
8. Postier RG., Squires RA. Acute Abdomen Townsend: Sabiston Textbook of Surgery, 18th ed. Saunders, An Imprint Elsevier. 2008:45
9. Graff LG 4th, Robinson D: Abdominal pain and the emergency department evaluation. Emerg Med Clin North Am 2001;19:123-136
10. Stone S., Kassinove AS. GI Emergencies. Henderson S. Emergency Medicine. Landes Bioscience. 2006:121-135