

Çocuklarda akut karın *Acute abdomen in children*

Rahşan Özcan, Şenol Emre*

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
**SB Süleymaniye Doğum ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye*

Özet

Akut karın, ani periton irritasyonu yapan hastalıkların oluşturduğu klinik tablodur. Genelde lokal bir etken sonucu ortaya çıkar ancak tanı ve tedavide geç kalınırsa hızla ilerleyip ağır sistemik problemlere neden olur. Karın ağrısı ile başvuran çocuklarda temel amaç olası nedeni ve cerrahi müdahale gerektirip gerektirmediğini ortaya koymaktır. Tüm karın ağrıları içinde cerrahi nedene bağlı olanların oranı %5'tir. Akut karın tanısında en önemli basamak, hastayı ilk değerlendiren hekimin bu durumdan şüphelenmesidir. Kolaylıkla akut karın teşhisi konulamıyorsa, gözlem ve zamanında cerrahi konsültasyon hayat kurtarıcıdır. (*Türk Ped Arş 2010; 45 Özel Sayı: 62-7*)

Anahtar sözcükler: Appandisit, invaginasyon, Meckel divertikülü

Summary

Acute abdomen is a clinical condition formed by diseases causing acute peritoneal irritation. Delay in diagnosis and treatment may result in rapid progression of disease and may give rise to severe systemic problems. The fundamental aim for physician is to find out the possible cause while coping with the child admitted with abdominal pain. Matter of importance is whether the cause of the abdominal pain requires surgical intervention or can be cured by a prompt medical treatment. Roughly speaking, five percent of all abdominal pain problems may be related with a severe surgical problem. First physician is very important in surgical abdomen as far as early diagnosis and prevention of complications are concerned. For the cases which the diagnosis is not that easy, observation and surgical consultation should be the policy of choice. (*Turk Arch Ped 2010; 45 Suppl: 62-7*)

Key words: Appendicitis, invagination, Meckel's diverticulum

Akut karın

Çocuk yaş grubunda karın ağrısı, karın içi veya başka sistemleri ilgilendiren hastalıkların seyri sırasında sık karşılaşılan bir semptomdur. Akut karın, karın içindeki patolojilere bağlı olarak gelişen ve "periton irritasyonu" yapan hastalıkların ortaya çıkarttığı klinik bulgulara verilen genel bir isimdir.

Fizyopatoloji

Akut karın ağrısı ile daha önceleri bilinmeyen ve bir haftadan daha yeni olan karın ağrısı tanımlanmaktadır (2). Başka sistemik ve/veya gastrointestinal semptomlar ve lokal bulgular da hastalık tablosuna eklenirler. Bu bulguların kliniğe yansımaları;

1. Ağrı
2. İştahsızlık, bulantı ve kusma,
3. Distansiyon, kabızlık veya ishal şeklindedir.

1. Ağrı

Karın ağrısı üç grupta incelenir:

Visseral (splanknik) ağrı

- Karın içindeki içi boş organların spastik kasılmaları, intraluminal basınç artışı, iskemi ve solid organların kapsüllerinin ani gerilmesi sonucu oluşur.

- Ağrının başlangıcı yavaş ve süresi uzundur.
- Hasta ağrıyı iyi tarif edemez, künt bir ağrıdır.
- Ağrının lokalizasyonu zordur.

- Otonom C grubu sinirler ağrıyı iletir. Bu afferent sinir lifleri ile merkezi sinir sistemine iletilen ağrı aynı dermatoma uyan alanda hissedilir. Bu nedenle visseral ağrı; ön barsak

lezyonlarında epigastrik bölgede, orta barsak lezyonlarında göbek etrafında, son barsak lezyonlarında ise hipogastrik bölgede hissedilir.

• Hasta ağrının olduğu yeri geniş bir alanı göstererek tarif eder. Akut apandisit erken döneminde göbek etrafında duyulan ağrı buna bir örnektir.

Paryetal (somatik) ağrı

• Paryetal peritonun irritasyonu sonucu oluşur.
• Hasta ağrıyla lokalize edebilir.
• Keskin ve şiddetli bir ağrıdır.
• Miyelinli ağrı lifleri uyarıyı aynı taraftaki dorsal kök ganglionlarına iletir ve ağrı kaynaklandığı aynı seviyedeki dermatomda hissedilir.

Yansıyan ağrı

Afferent sinir liflerinin sayısı periferden başlayarak medulla spinalis arka kök, talamus ve kortekste giderek azalır. Ciltten ve iç organdan gelen iki ayrı uyarı aynı sinir lifi ile kortekse ulaşabilir. Bu duruma;

• Diafragma irritasyonu-omuz ağrısı
• Safra kesesi irritasyonu-sağ skapula ağrısı
• Böbrek ve üreter irritasyonu-kasık ve genital bölge ağrısı örnek gösterilebilir.

Yansıyan ağrılar genellikle acı şeklinde hissedilir.

2. İştahsızlık, bulantı ve kusma

İştahsızlık spesifik olmayan bir bulgudur. Akut batın tablosuna eşlik edebilir. Akut apandisitte %60 oranında saptanabilmektedir (1).

Çocuklarda karın ağrısı ile birlikte kusma sık görülür. Cerrahi patolojilerde genellikle ağrı kusmadan önce başlar. Cerrahi olmayan karın ağrılarında ise ağrı kusmayı takip etmektedir (1).

Kusulan materyalin miktarı ve içeriği de önemlidir. Büyük hacimli ve sık kusmalar mideye yakın tıkanıklıklarda görülür. Safra kusma, proksimal tıkanıklara; koyu kahve renkli kusma, distal tıkanıklıklara işaret eder. Bu tip kusmalarda altta yatan bir cerrahi patoloji olma olasılığı yüksektir.

3. Distansiyon, kabızlık ve ishal

Akut karın olgularında barsak hareketleri artmış veya azalmış olabilir. Buna bağlı olarak kabızlık, ishal ve barsak alışkanlıklarında değişiklikler ortaya çıkabilir. Çocuklarda özellikle kronik konstipasyon olguları akut batın tablosuyla karşımıza çıkabilir.

Gaz ve gaita çıkışının tam veya kısmi olarak engellenmesi ile karın distansiyonu ortaya çıkabilir. Özellikle mekanik barsak tıkanıklıklarında distansiyon, kolik karın ağrıları ve safralı kusma görülür. Distansiyonun artması ile bir süre sonra barsak dolaşımı bozulur. Bu yüzden mekanik tıkanıklık düşünülen hastalar uygun ve hızlı sıvı replasmanını takiben hemen ameliyata alınmalıdır (5).

Etyoloji ve bulgular

Karın ağrısı ile başvuran çocukta temel amaç olası nedeni ortaya koymaktır. Önemli olan karın ağrısının nedeninin cerrahi müdahale gerektirip gerektirmediğidir. Tüm karın ağrıları içinde cerrahi nedene bağlı olanların oranı %5'tir (2). Çocuklarda sıklıkla idrar yolu enfeksiyonları, gastroenterit, mezenter lenfadenit gibi durumlar karın ağrısına neden olmaktadır. Çocuklarda karın ağrısı nedenleri şu şekilde sınıflandırılabilir (Tablo 1) (5).

Cerrahi bir nedene bağlı akut karın nedeninin belirlenmesinde en önemli basamak hastayı ilk gören hekimin bu durumdan şüphelenmesidir. Akut karın varlığını destekleyen diğer bulgular;

1. Ağrının hasta tarafından lokalize edilmesi
2. Ağrının lokalize edildiği bölgede palpasyon ve perküsyonla hassasiyet olması
3. İndirekt hassasiyetin olması (rebound)
4. Karın duvarı kaslarının spinal refleks ile kasılı olmasıdır (istemsiz defans)

Ağrının özelliklerini sorgulamak tanıya yol gösterici olabilir. Üç saatten uzun süren karın ağrısının aksi ispat edilene dek cerrahi bir nedene bağlı olabileceği düşünülmelidir (3). Ani başlayan ağrı, invajinasyon, organ torsiyonunu; ani şiddetli ağrı, içi boş organ perforasyonunu; yavaş başlayan ağrı, akut apandisit, kolesistit gibi inflamatuvar hastalıkları akla getirir.

Hastanın özgeçmişinin sorgulanması tanıya yol gösterici olabilir. Nefrotik sendrom, siroz, asit, karsinom ve immun yetmezlik varlığında primer peritonit akla getirilmelidir. Geçirilmiş boğaz enfeksiyonu akut romatizmal ateş, travma öyküsü de pankreatit ya da pankreas psödokistini düşündürmelidir (1).

Tablo 1. Çocuklarda karın ağrısına neden olan hastalıklar

Mutlaka cerrahi gerektiren hastalıklar	Cerrahi gerektirebilen hastalıklar	Cerrahi gerektirmeyen hastalıklar
• Akut apandisit	• Akut pankreatit	• Diabetik ketoasidoz
• Meckel divertikülü patolojileri	• Henoch-Schönlein purpurası	• Akut romatizmal ateş
• İnvajinasyon	• Orak hücreli anemi	• Üriner enfeksiyon
• Kolesistit	• Primer peritonit	• Hemofili
• Lümenli organ perforasyonları	• Kawasaki hastalığı	• Sağ alt lob pnömonisi
• Omentum torsiyonu	• Akut granülomatöz ileitis	• Parazit enfestasyonu
• Over kisti torsiyonu veya rüptürü	• Pelvik inflamatuvar hastalık	• Mezenter lenfadenit
• Volvulus	-	• Ailesel Akdeniz ateşi (FMF)

Fizik muayene

Akut karın varlığını değerlendirirken muayene telaşsız, sakin, sıcak elle ve çocuğun yanına oturularak yapılmalıdır (3). Muayene sırasında çocukla sohbet ederek dikkati başka yöne çekilmelidir. Böylece istemli karın defansı, gerçek periton irritasyonuna bağlı defanstan ayırılabilir. Devamlı ağlayan ve huzursuz bir çocukta değerlendirme yapmak zordur. Böyle durumlarda sedasyon altında ya da uyurken muayene yapmak faydalıdır.

İnspeksiyon: Hastanın genel görünümü önemli bir bulgudur. Hastanın yüz görüntüsü, ağız kokusu (fekaloid koku), duruş pozisyonu, karın ağrısının nedeniyle ilgili ipuçları verebilir. Peritoneal irritasyonu olan çocuk hareketsiz yatar. Buna karşın kolik ağrısı olan çocuk sürekli kıvranarak ağlar.

Palpasyon: Muayeneye ağrıya en uzak olan noktadan başlanır. Önce yüzeysel, sonra derin palpasyon yapılır. Hassasiyet, defans ve rebound varlığı değerlendirilir.

Perküsyon: Sıvı-gaz ayırımında yararlıdır. Perküsyonla ağrının artması periton irritasyonu bulgusu olarak değerlendirilir.

Oskültasyon: Barsak seslerinin artması, metalik ses duyulması intestinal tıkanıklığa, barsak sesinin alınamaması paralitik ileusa işaret eder.

Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri

Karın ağrısı ile başvuran her hastadan rutin olarak;

- Tam kan sayımı
- Tam idrar tahlili
- Ayakta direk karın grafisi (ADKG) istenmelidir.

Ayrıca amilaz, karaciğer fonksiyon testleri, üre, kreatinin, periferik yayma ve β -HCG bakılması ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.

Tam kan sayımında, inflamatuvar bir olay varlığında lökositoz görülür. Hct yüksekliği dehidratasyonu işaret edebilir. Tam idrar tahlili, idrar yolu enfeksiyonu, diabetes, nefrotik sendrom, porfiriya ile ilgili bulgular verir.

ADKG ile diafragma altı serbest hava, barsak gaz dağılımı, hava-sıvı seviyesi, kalsifikasyonlar ve barsak duvar kalınlaşmaları da değerlendirilebilir.

Gerekirse akciğer grafisi, US, BT gibi daha ayrıntılı incelemeler yapılabilir.

Çocuklarda akciğer patolojileri karın ağrısına neden olabilir. Alt lob pnömonileri ve spontan pnömotoraks akciğer grafisi ile gösterilebilir.

Ultrasonografi noninvaziv, kolay uygulanabilir ve tekrarlanabilir olması nedeni ile akut karın ayırıcı tanısında sık kullanılan bir yöntemdir (4).

Yapılan tüm incelemelere rağmen tanı konulamıyorsa hasta gözlem için yatırılır. Beslenmesi durdurulur, analjezik etkili ilaçlar verilmez. Tekrarlayan karın muayeneleri ile hasta takip edilir. Gerekğinde laboratuvar ve radyolojik incelemeleri tekrarlanır.

Cerrahi gerektiren hastalıklar

Akut apandisit

Çocuk yaş grubunda en sık cerrahi girişim gerektiren patolojilerdir. Kız/erkek oranı 3/2'dir (3). Tüm yaş gruplarında görülme sıklığı %7'dir (2,5). En sık 6-12 yaşlarında görülür. Bebek ve yaşlılarda nadir görülür, ancak mortalite ve morbiditesi yüksektir (4,5).

Fizyopatoloji

Apendiks lümeninin tıkanması ile inflamasyon süreci başlar. Bu süreç ilk 6-12 saati kapsar. Lümenin tıkanmasına neden olan patolojiler sıklıkla fekalit, lenfoid hiperplazi, parazit, yabancı cisim ve karsinoid tümörlerdir. Lümenin tıkanması mukus birikimine, basınç artışına ve bakterilerin üremesine neden olur. Apendiksin gerilmesi reseptörler ile torasik ganglionlara (T10 dermatom) iletilir, ağrı göbek çevresinde hissedilir. İştahsızlık, bulantı ve kusma tabloya eşlik eder.

12-24 saatlik süreçte intraluminal basınç arttıkça lenfatik ve venöz drenaj bozulur. İskemi, infarkt ve duvarda gangren oluşur. Bakteriler periton boşluğuna ulaşır. Paryetal peritonun uyarılması ile ağrı sağ alt kadrana lokalize olur.

24-48 saatte perforasyon gelişir. Bu dönemde hastanın ağrısında geçici bir azalma olabilir. Bakteriler peritona yayılarak lokalize abse formasyonundan generalize peritonite kadar uzanan bir tablo gelişebilir.

Fizik muayene

Ağrı daima ilk semptomdur. Ardından iştahsızlık, bulantı, kusma ortaya çıkar. Ağrı göbek çevresinden başlayıp somatik ağrının yerleşmesi ile sağ alt kadrana lokalize olur. Defans, rebound gelişir. Apendiksin pelviste, çekum arkasında, karaciğer altında yerleşimine bağlı olarak bulgular değişiklik gösterebilir.

Apandisit tanısında rektal tuşenin yeri tartışmalıdır. Sağlıklı çocukların %50'sinde rektal tuşe sırasında ağrı olmaktadır (1,5). Ancak, pelvik abse ve kız çocuklarında iç genital organların değerlendirilmesinde anlamlıdır.

Laboratuvar

• Lökositoz, sık rastlanılan bir bulgudur. Ancak lökosit sayısı normal de olabilir.

• CRP yüksekliği ve sedimentasyon hızının artmış olması da tanıyı destekler. Bu parametrelerin normal olması da tanıyı ekarte ettirmez (4,5).

• İdrar tahlili, idrar yolu enfeksiyonu ve taş ayırıcı tanısında yararlıdır. Pelvik apandisitler lökositüri ve hematüriye neden olabilir. İdrar dansitesi ve keton miktarı hastanın hidrasyonu hakkında bilgi verir.

• ADKG: Fekalit varlığı, sağ alt kadranda hava sıvı seviyesi, psoas gölgesinin silinmesi, preperitoneal yağ gölgesinin silinmesi, skolyoz varlığı apandisiti destekleyici bulgulardır (2,3).

Ayırıcı tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografiden yararlanılabilir. Bu yöntemlere ancak tanıdan emin olunmadıkça

ğında başvurulmalıdır. Aynı kişi tarafından seri muayene yapılması en güvenilir tanı yöntemidir. Şüpheli olgular gözlem altında tutulması, gereksiz ameliyat oranını %10-20'den %5'e düşürmüştür (2,5,6).

Tedavi

Laparoskopik veya açık apendektomidir.

Mortalite oranı %0,1-1, morbidite (%4-5)'dir. Yara enfeksiyonu, intraabdominal apse, sepsis, barsak yapışıklıkları, karaciğer absesi ve kız çocuklarda pelvik inflamasyona bağlı tubal infertilite en sık komplikasyonlardır.

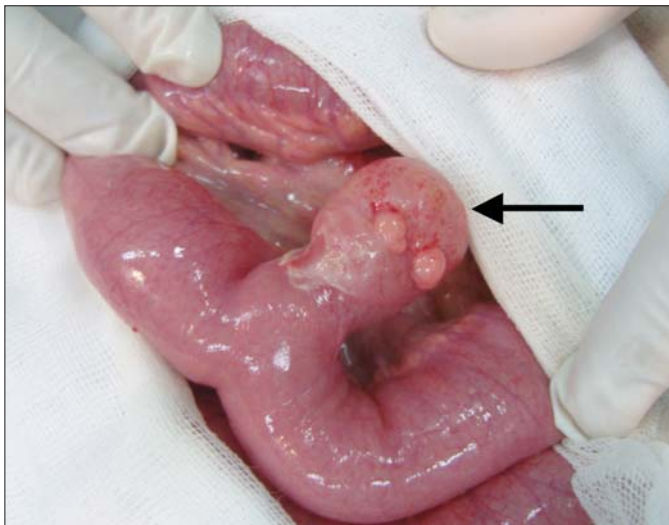
Meckel divertikülü

Omfalomezenterik kanalın bir artığı olan Meckel divertikülü, barsağın antimezenterik yüzünde yer alan gerçek bir divertiküldür (Resim 1). Sıklıkla ileoçekal valve 40-100 cm arası uzaklıkta yer alır.

Meckel divertikülünün karakteristik özellikleri "2'ler kuralı" şeklinde özetlenmiştir:

- İnsanların yaklaşık %2'sinde Meckel divertikülü bulunur,
- Bulguları genellikle 2 yaşından önce ortaya çıkar,
- Sıklıkla 2 inch uzunluğundadır,
- Erkeklerde kadınlara oranla 2 kat daha sık görülür,
- İleoçekal valve ortalama 2 feet (yaklaşık 60 cm) uzaklıkta yer alır,
- Genellikle pankreas ve mide olmak üzere 2 ektopik dokuyu içerir.

İnsanların önemli bir kısmında Meckel divertikülü bulunmasına karşın az bir kısmında belirti ortaya çıkar. Meckel divertikülü komplike hale gelmemişse (kanama, obstrüksiyon, nekroz, invaginasyon, perforasyon) aralıklı karın ağrısı yapabilir. Bu da H2 reseptör blokerleri ile geçer. En sık komplikasyonu kanamadır. Kanamanın klasik şekli ağrısız, vişne çürüğü şeklinde rektal kanamadır. Ancak açık kırmızı renkte kanama da olabilir. Kanamanın nedeni ektopik mide



Resim 1. Meckel divertikülü (Cerrahpaşa Çocuk Cerrahisi AD hasta arşivinden alınmıştır)

ya da pankreas dokusundan salgılanan enzimlerin yarattığı ülserasyonlardır. Meckel divertikülüne bağlı kanamalar daha ziyade 5 yaş altı çocuklarda görülür. Meckel divertikülü kanamasının tanısında Tc99m sintigrafisi kullanılır. Ancak bu işlem akut kanama sırasında değil, kanama durmuşken "elektif" olarak yapılır. Birkaç gün öncesinden H2 reseptör blokerleri kullanmak testin etkinliğini artırır. Meckel divertikülüne bağlı kanama bazen hastayı şoka sokacak kadar ileri düzeyde olabileceği için bu tip hastaların yatırılarak takibi gerekir. 5 yaşından büyük çocuklarda daha çok divertikülit tablosuyla karşımıza çıkar. Meckel divertikülünün komplikasyonları sıklık sırasına göre kanama, intestinal obstrüksiyon (invaginasyon ve volvulusa neden olma nedeniyle) ve divertikülit ve divertikülite bağlı perforasyondur.

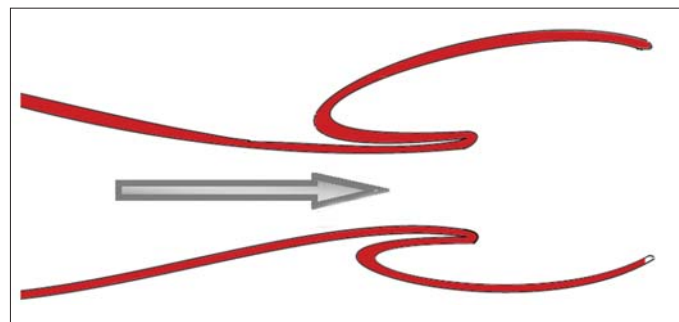
Meckel divertikülü komplike hale gelmiş ise tedavisi rezeksiyon-anastomozdur. Bu işlem laparoskopik ya da açık cerrahi yöntemle yapılabilir (2,5,6).

İnvaginasyon

Barsağın proksimal kısmının distal kısmın içine girerek ilerlemesi ve obstrüksiyona neden olmasıdır (Şekil 1).

Burada ortaya çıkan sorun sadece obstrüksiyon değil, iç içe girmiş barsakta kan dolaşımının bozulması ve nekroza gitmesidir. Bu nedenle invaginasyon şüphesi olan olgularda tanı hızlıca netleştirilmeli ve tedavisi yapılmalıdır. İnvaginasyon en sık 4 ay-1 yaş arası şişman bebeklerde görülür. Bu çocuklarda genellikle altta yatan bir neden yoktur. Ancak birçok olguda üst solunum yolu enfeksiyonları ya da gastroenterit sonrası ortaya çıkması terminal ileumdaki Peyer plaklarının hipertrofinin neden olduğunu düşündürmektedir. Büyük çocuklarda ortaya çıkan invaginasyonda ise sıklıkla altta yatan ek bir patoloji vardır. Meckel divertikülü, intestinal polipler, lenfoma, intestinal hemanjiom, duplikasyon kisti gibi patolojiler "leading point (öncü-sürükleyici nokta)" olarak davranır ve invaginasyona neden olur. Bu nedenle iki yaşından büyük invaginasyonlu olgularda bu nokta akılda tutulmalıdır (2,5,6,9).

İnvaginasyon en sık ileoçekal bölgede ileokolik invaginasyon şeklindedir. Ancak ileoileal ya da kolokolik invaginasyon da olabilir. Hatta bazı olgularda invajine segment anüsten prolabe olabilir. Bu olgularda uyanık olunmalı ve rektal prolapsus zannedilmemelidir.



Şekil 1. İnvaginasyonun şematik görünümü, proksimal barsak segmenti distal barsağın içine teleskop gibi girer

İnvajinasyon kolik tarzda ağrıya neden olur. Kolik atakları arasında çocuk sakindir. Klasik şekli, ağrı başlayınca ağlamaya başlayan çocuk sonrasında kusar; arkasından çilek jölesi şeklinde kanlı ya da kansız dışkılama olur ve bir sonraki kolik atağına kadar sakindir. Ancak bu bulgular kural değildir. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD'da 694 olguda yapılan değerlendirmeye göre olguların ancak %45'inde kolik ağrı saptanmıştır. Literatürde bu oran %70 civarındadır (8).

Fizik muayenede sağ üst kadranda sosis şeklinde barsak kitleleri ele gelir. Sağ alt kadranda ise boştur, çekum palpe edilemez (Dance bulgusu). Ayakta direkt karın grafisinde hava- sıvı seviyeleri görülebilir. Ancak patognomonik bir bulgu yoktur. İnvajinasyon tanısında ultrasonografi (US) çok anlamlıdır. US'da "target sign-hedef tahtası" (iç içe geçmiş konsantrik halkalar) ve "Pseudo-kidney" (yalancı böbrek) bulguları tipiktir. Rektal yoldan kontrast madde verilerek çekilen lavman opak grafipleri hem tanıda hem de tedavide kullanılabilir.

İnvajinasyonun tedavisinde önce hızla hastanın genel durumu düzeltilmeli sonrasında gerekli düzeltici işlem yapılmalıdır. Bu nedenle oral beslenme kesilmeli, parenteral sıvı ve antibiyoterapisi düzenlenmeli, nazogastrik dekompresyon yapılmalıdır. Tedavide ilk seçenek, -barsakta nekroz bulguları yoksa- ultrasonografi ya da floroskopi eşliğinde hidrostatik ya da pnömotik redüksiyondur. Bu işlem sırasında yaşanabilecek perforasyon-kardiyopulmoner arrest gibi komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalı ve hızla operasyona geçilebilecek koşullar hazırda tutulmalıdır. Deneyimli ellerde ve uygun koşullarda yapıldığında başarı oranları tatmin kardır. Bu seçeneğin başarısız olması durumunda operatif yöntemler kullanılır. Bunlar açık cerrahi ya da laparoskopik olarak invajinasyon redüksiyonu, zorunlu olgularda rezeksiyon-anastomozdur. Çoğunlukla tanı ve tedavideki gecikmeler nedeniyle invajinasyonun mortalitesi gelişmiş ülkelerde dahi %1 civarındadır.

Over kist rüptürü, torsiyonu

Akut apandisit ön tanısıyla laparotomi yapılan olguların ortalama %2'sinde over kaynaklı bir patolojinin bulunduğu saptanır. Büyük boyutlu over kistlerinin adneksleri döndürmesi ya da büyüyüp rüptüre olması sonucunda ortaya çıkar. Over teratomları da torsiyon nedenleri içinde siktir.

Alt kadranda başlayan ani ağrı ile kendini belli eder. Palpasyon ve rektal tuşede belirgin hassasiyet görülür. Diğer klinik bulgular sıklıkla apandisit ile karıştırılabilir. Ayırıcı tanıda ultrasonografi çok yararlıdır. Apendiks çevresinde enflamasyon izlenmeden karın içi serbest sıvı görülmesi over kist rüptürünü, doppler US ile dolaşım izlenmemesi ise over torsiyonunu düşündürür. Seçilmiş olgularda bilgisayarlı tomografi de tanıya yardımcı olur. Yine de birçok olguda tanı ancak operasyon sırasında konur. Tedavi açık ya da laparoskopik cerrahidir (2,5,6).

Safra kesesi hastalıkları

Safra kesesi hidropsu, kolelitiazis ve akalkülöz kolesistit çocuklarda en sık karşılaşılan safra kesesi patolojileridir.

Safra kesesi hidropsu; taş, konjenital anomali gibi predispozan faktörler olmadan Kawasaki hastalığı, diare, sepsis, ağır dehidratasyon, kolelitiazis ve narkotik ilaç kullanımında gözlenebilir. Sistik kanal aşırı mukus salgısıyla tıkanır ve kese gittikçe şişer. Tanı fizik muayenede sağ üst kadranda kitle palpe edilmesi ve US ile konur. İlk etapta konservatif olarak tedavi edilmeye gayret edilmelidir. Yanıt alınmazsa laparoskopik ya da açık cerrahi ile kolesistektomi yapılır.

Kolelitiazis çocuklarda hemolitik ve non-hemolitik nedenlere bağlı olarak gelişebilir. Kolelitiazise neden olabilen hemolitik nedenler; orak hücre anemisi, herediter sferositoz, talasemi major ve sepsis iken, hemolitik olmayan nedenler ırk, beslenme alışkanlıkları, obezite, TPN, bazı ilaçlar (seftriakson, furosemid gibi), geniş ileum rezeksiyonları, enflamatuvar barsak hastalıklarıdır. Klinik bulguları ateş, kusma ve kolik tarzda ağrıdır. İlerleyen dönemde ateş iyice belirginleşip sarılık da eklenebilir. Ancak birçok olgu asemptomatiktir. Tanıda US çok yardımcı olur. Tedavide TPN ve seftriaksona bağlı taşlarda ursodeoksikolik asit kullanımı ile başarı sağlanabilir. Hemolitik anemili kolelitiazisli olgularda splenektomi yapılırken asemptomatik dahi olsa kolesistektomi yapılır.

Pankreatit, kolanjit gibi komplikasyonlar ortaya çıkmış olgularda ya da koledok taşlarında cerrahi müdahale uygulanır. Safra kesesi taşlarında laparoskopik ya da açık kolesistektomi, kolesistostomi uygulanır. Koledok taşlarında ise koledokotomi-taş ekstraksiyonu ya da ERCP uygulanabilir.

Akalkülöz kolesistitler; travma, yanık, cerrahi müdahaleler, multipl transfüzyonlar, sepsis, Salmonella, Shigella gibi ağır enfeksiyon hastalıkları, Askaris ve Giardia enfestasyonları ve narkotik ajanlara sekonder gelişebilir. Kolelitiazise göre daha erken yaşlarda ortaya çıkar. Klinik bulgular kolelitiazise benzer. Ayırıcı tanı US ile yapılır. Tedaviye konservatif medikal tedavi ile başlanır. Kontrol edilemeyen olgularda cerrahi yapılır (5,6,10-12).

Lümenli organ perforasyonları

Herhangi bir travma olmadan içi boşluklu organların delinmesi akut karın tablosuna neden olur. Yenidoğan döneminde nekrotizan enterokolit, volvulus, mekonyum ileusu, Hirschsprung hastalığı ve barsak atrezileri perforasyonların en sık nedeni iken, daha ileri yaşlarda Britt ileusu, volvulus, peptik ülser perforasyonu ve tifo gibi hastalıklar öne çıkar. Perforasyonlarda oluşan klinik tablo periton irritasyonunun tüm bulgularını gösterir ve uygun tedavi erkenden yapılmazsa şok ve ölüme kadar ilerler. Tipik olarak ADBG'de diafragma altı serbest hava görülmesi tanı koydurucudur. Ancak olguların yaklaşık dörtte birinde bu bulgu yoktur. Bu nedenle ADBG'de serbest hava görülmemesi perforasyon olmadığı anlamına gelmez. Tedavisi laparoskopik ya da laparotomi ile eksplorasyon ve patolojinin düzeltilmesidir (5,6).

Volvulus

Midgut volvulus özellikle küçük yenidoğanlarda sık görülen akut obstrüktif bir durumdur. Malrotasyona bağlı gelişir. Çoğunlukla 1. ay içinde başlayan safralı kusma ile baş vurur. Ağrı kolik tarzdadır. Rektal tuşede kanlı dışkı görülür. Karın distansiyonu giderek artar ve gaita çıkışı durur. Tanı geç konulursa hipovolemi ve barsak nekrozu nedeniyle şoka doğru ilerler. Tanıda ADBG'de distal tip barsak obstrüksiyon bulguları -multipl hava sıvı seviyeleri- görülür.

Doppler US'da A. Mesenterica Superior (SMA) ile V. Mesenterica Süperior (SMV) ilişkisinin bozulduğu görülür. Normalde SMA, SMV'nin sol ön tarafında olmalı iken volvulusta SMA, SMV'nin sağ arka tarafında görülür. Tedavide barsakta nekroz yok ise torsiyonu ortadan kaldıracı girişim uygulanır. Nekroz var ise nekroze barsak kısımları rezekt edilir. Bu nedenle tanının erken konulması bebekte kısa barsak sendromu gelişmemesi için çok önemlidir (2,13-15).

Kaynaklar

1. Başaklar C: Kann Ağrısı ve Akut Apandisit. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları, Palme Yayıncılık, 2006; 991.
2. Tekant GT: Çocukluk Çağında Akut Karına Yaklaşım, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyum Dizisi No: 57, Nisan 2007; 129-45.
3. Erdoğan E: Akut Batın, Akut Apandisit, Danişmend N (E): Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009; 265.
4. Önen A: Akut Apandisit, Önen A (E) , Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Ürolojisi, 2006; 263.
5. Emir H: Kann Ağrısı ve Akut Kann, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Pediatrik Aciller Sempozyum Dizisi 14-15: 2001; 85-98.
6. Emir H: Pediatrik akut kann. Türkiye klinikleri, Cerrahi Tıp Bilimleri Dergisi-Genel Cerrahi: Acil Cerrahi Özel Sayısı. 2005; 1: 12. (Abstract) / (PDF)
7. Tekant GT: GİS kanamaları. Danişmend N (E): Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009; 249.
8. Eliçevik M, Özcan R, Emre S ve ark. Çok iyi bilinen bir konunun hızlı tekrarı: İnvajinasyon. Cerrahpaşa Tıp Dergisi 2006; 37: 41-4. (PDF)
9. Celayir SC: İnvajinasyon. Danişmend N (E): Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009; 221.
10. Şenyüz OF: Safra yolu patolojileri ve uzamış sarılık. Danişmend N (E): Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009; 281.
11. Celayir S, Sarımurat N, Ekiz O, Emir H, Pasaoglu M, Senyüz OF. Hepatic duct stone associated with chlamydia sepsis: a rare condition in childhood. Pediatr Surg Int 1998; 13: 8-9. (Abstract) / (PDF)
12. Stringer MD. Disorders of the gallbladder and biliary tract. In: Oldham KT, Colombani PM, Foglia RP, Skinner MA (eds): Principles and Practice of Pediatric Surgery, LWW, Philadelphia, 2005; 1495-510.
13. Başaklar C: Rotasyon Anomalileri. Bebek ve Çocukların Cerrahi ve Ürolojik Hastalıkları, Palme Yayıncılık, 2006; 505-17.
14. Tekant GT: Barsak rotasyon anomalileri ve volvulus. Danişmend N (E): Çocuk Cerrahisi Ders Kitabı, İstanbul Üniversitesi Yayınları, 2009; 273.
15. İlçe Z, Celayır S, Akova F, et al. Intestinal rotation anomalies in childhood: review of 22 years' experience. Surg Today 2003; 33: 893-5. (Abstract) / (PDF)