

Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım *Approach to the Patient with Abdominal Pain*

Öz

Karın ağrısı çok yaygın bir şikayettir. Kendi kendini sınırlanabilir ya da hayatı tehdit eden ciddi bir hastalığın işareti olabilir. Bu yüzden karın ağrısının değerlendirilmesi yeterli olmalı ve doğru tanıya ulaşmayı sağlamalıdır. Bu makalede yetişkinlerde karın ağrısının değerlendirilmesi tartışılmıştır.

Abstract

Abdominal pain is a common complaint that causes people to seek medical attention. It can be benign and self-limited or a harbinger of a serious life-threatening disease. Therefore, the evaluation of abdominal pain must be efficient and lead to an accurate diagnosis. Evaluation of the adult with abdominal pain discussed in this article

Giriş

Ağrı aslında hem hekimi hem de hastayı ikaz eden bir uyarandır. Subjektif bir his olup hastanın hissettiği ağrıyı belirleyen birçok faktör vardır. Bu faktörlerden uyarının şiddeti, iletilmesi, santral sinir sistemin cevabı, psikososyal faktörler, kişilik özellikler, topluma has sosyokültürel özellikler en önemlileridir.

1. Karın Ağrısı Anatomisi ve Oluşum Mekanizmaları

Ağrı duyusunu oluşumu için uyarıcı, uyarıcı algılayan reseptör, uyarıcı ileten nöral yollar, ağrının işlenmesini ve algılanmasını ve uygun cevabın oluşturulmasını sağlayan santral sinir sistemine ihtiyaç vardır. Bu yolağın herhangi bir yerinde kesinti olması ağrıyı azaltır ya da keser. Örneğin steroid olmayan ağrı kesiciler uyarıcı azaltarak, lokal ya da spinal anestezi nöral yollarda iletimi engelleyerek, genel anestezi santral sinir sistemi (SSS)'nin inhibasyonu ile ağrıyı keser. Ağrı santral sinir sistemi tarafından algılandıktan sonra ise uygun cevaplar oluşturulur.

Uyarıcı; Karın ağrısını uyarıcı iki tip uyarıcı mevcuttur. Kimyasal ve mekanik uyarıcılar. Kimyasal uyarıcılar travma, radyasyon, enfeksiyon, iskemi, nekroz sonucu ortaya çıkarlar. Ağrı oluşturduğu gibi dokunun ağrı eşiğini düşürerek daha hassas hale gelmesine neden olur. Hidrojen ve potasyum iyonları, histamin, serotonin, bradikinin, substans P, CGRP (Calcitonin gene related peptide), prostaglandinler, lökotrienler ağrı duyusu oluşturan başlıca mediatörlerdir.

Uyarıcı algılayan reseptör; Nonsireseptörler olarak isimlendirilir. Başlıca kimyasal ve mekanik uyarıcıları algılayan reseptörler mevcuttur. Kimyasal reseptörler daha çok mukozaya ve submukozaya bulurlar. Mekanoreseptörler ise daha çok içi boş organların müs-

Dr. Mehmet DEMİR

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp
Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp
Fakültesi Gastroenteroloji BD,
Serinyol/HATAY

Tel/phone: +90 326 2291000/2906

E-mail: drmehmetdemir@yahoo.com

Anahtar Kelimeler:

Karın ağrısı, yaklaşım, yetişkinler

Keywords:

Abdominal pain, approach, adults

Geliş Tarihi - Received
03/01/2017

Kabul Tarihi - Accepted
05/01/2017

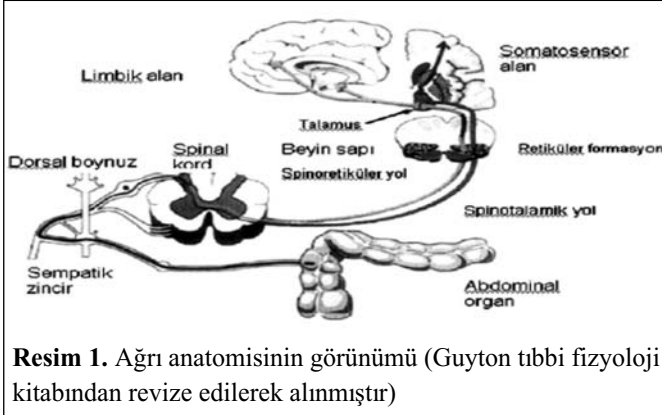
küler tabakası içinde, solid organların kapsülünde, mezen-
terde bulunurlar ve gerilme, obstrüksiyon ya da motilitenin
artması ile oluşan mekanik uyarıları algırlar.

Uyarıyı ileten nöroanatomik yollar ve SSS; SSS'ne
uyarıyı ileten (afferent) A delta tipi ve C delta tipi olmak üzere
iki tip sinir lifleri içerir. A tipi lifler miyelinli olup, ile-
tim hızı çok yüksektir ve talamusta sonlanır. Dolayısıyla bu
sinirler ile iletilen uyarılar keskin hissedilir, lokalizasyonu
iyi yapılıdır. Bu lifler daha çok kas ve deriden uyarıları SSS'ne
iletir. C tipi lifler ise miyelinsiz olup iletim hızı yavaştır ve
talamusdan daha aşağı seviyelerde sonlanır. Dolayısıyla bu
liflerle taşınan uyarılar dolgunluk kemirici kramp şeklinde
algılanır ve lokalizasyonu tam yapılamaz. Bu sinir lifleri daha
çok düz kaslardan, mesenterden ve peritondan uyarıları
SSS'ne iletir. Afferentler ağrı lifleri (C ve A delta) spinal
kordun dorsal boynuzunda kök ganglionlara sinaps yapar,
anterior commissura ile spinal segmenti çaprazlar ve karşı
taraf sipinotalamik ve spinoretiküler yollar ile talamus ve
retiküler nükleuslara iletilir. Bu nükleuslar ile sinaps yapar
ve 3. nöronlar ile buradan ağrı algılaması için somatosen-
sorial kortekse, ağrı modülasyonu (düzenlenmesi) için
limbik sisteme iletilir (Resim 1). Ağrılı uyarılar otonom
sinir ağı ile birlikte iletildiği için karın ağrısı olanlarda bu-
lantı kusma terleme taşikardi hipotansiyon gibi otonomik be-
lirtelerde birlikte olabilir.

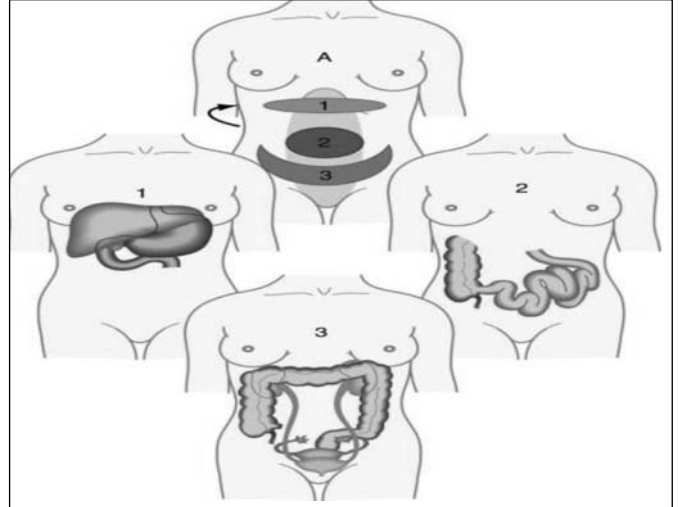
Karın Ağrısı Tipleri

Visseral, parietal ve yansıyan ağrı olmak üzere üç tip ka-
rın ağrısı mevcuttur.

Visseral Ağrı; Visseral peritondaki ağrı liflerinin uyarıl-
ması ile oluşur. Lifler sayıca az olup, üst batındakiler organ-
lardan kaynaklanan ağrılı uyarılar epigastriumda, orta ba-
tındakiler organlardan kaynaklananlar umblikal bölgede, alt ba-
tındakiler ise hipogastriumda hissedilir (Resim 2). Çünkü
visseral ağrı taşıyan lifler medulla spinalise iki taraf-
dan birden girer ve ağrı lateralize edilemez. Visseral ağrı
iyi lokalize edilemez çünkü reseptör yoğunluğu daha azdır
ve visseral invazyon mutipl segmentten olur. Hastaya ağ-
rının yeri sorulduğunda genellikle elini koyarak geniş bir alan
işaret eder. Genellikle tam ağrı olarak da tarif edilmez. Ra-



Resim 1. Ağrı anatomisinin görünümü (Guyton tıbbi fizyoloji kitabından revize edilerek alınmıştır)

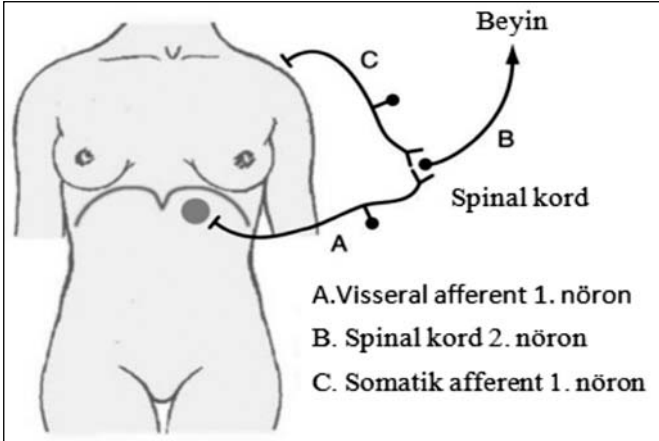


Resim 2. Karın organlarından kaynaklanan visseral ağrının hissedildiği alanlar. (Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed modifiye edilerek alınmıştır).

hatsızlık hissi, kramp, künt, yanıcı, kemirici olarak ifade edi-
lebilir. Ağrı yavaş başlar giderek artar. Terleme, huzursuz-
luk, bulantı, kusma gibi diğer otonomik semptomlarla bir-
likte olabilir. Çünkü ağrılı uyarılar otonomik sempatik ve pa-
rasempatik lifler ile birlikte iletilir. Hasta huzursuzdur ve ra-
hatlamak için sürekli pozisyon değiştirir, ancak ağrıda po-
zisyon değişikliği ile genellikle rahatlama, azalma ya da art-
ma olmaz. Kolesistitin epigastriumda ve apendisitin peri-
umblikal bölgede hissedilen ağrılar visseral ağrıya iyi bir ör-
neklerdir.

Parietal Ağrı: Parietal peritonun uyarılması sonucu oluşur.
Parietal peritonda nonsireseptörler çok yoğun olarak bu-
lunur ve buradaki uyarıyı daha çok A delta lifleri SSS'ne
iletir. Dolayısıyla ağrı çok iyi lokalize edilir ve genellikle
visseral ağrıdan daha yoğun hissedilir. Hastaya sorulduğun-
da hasta ağrının yerini parmağının ucu ile gösterir. Uyarıl-
mayı takiben ani, keskin, net şekilde hissedilir ve hasta ta-
rafından ağrı olarak ifade edilir. Hasta ağrının artacağı en-
dişesi ile hareketsiz kalma eğilimindedir hatta solunumla kar-
nını dahi hareket ettirmez. Kolesistitin Murphy noktasında
ve apendisitin Mc Burney noktasında hissedilen ağrılar pa-
rietal ağrıya iyi bir örnektir.

Yansıyan Ağrı; Hastalıklı organın uzağında, aynı nöral
segmentten inerve olan dermatomda hissedilen ağrıdır. Ör-
neğin sol omuz derisinden ağrı duyusunu algılayan sinirler
sol diyafragma altı ve dalaktan ağrıyı taşıyan sinirler medul-
la spinalise aynı segmentten girerler ve burada sinaps yap-
tıktan sonra SSS'ne tek sinir lifi ile iletilirler (Resim 3). Do-
layısıyla ile travma sonrası dalak yaralanması sonrası ağrıyı be-
yin hem omuzda hem de sol üst kadranda ağrı varmış gibi
algılar. Dalak yaralanmaları sonrası sol omuzdaki hissedil-
en ağrı Kehr bulgusu olarak tarif edilmiştir. Yansıyan böl-
gede ağrı yanma, acı hissi veya hassasiyet şeklinde algılanır.
Ağrı bölgesinde hiperestezi ve kas tonusunda artış, yan-



Resim 3. Yansıyan Ağrı ((Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed modifiye edilerek alınmıştır))

şıyan ağrının iki önemli özelliğidir. Akut kolesistitte ağrı sağ skapula altında, sağ omuzda ve sırta yayılması, peptik ülserde ağrının sırta solda 12. kaburga üzerinde hissedilmesi (Boas noktası) yansıyan ağrıya iyi bir örnektir

2. Karın Ağrısı Olan Hastaya Yaklaşım

Karın ağrısı hekimlerin pratik hayatta çok sık rastladığı şikayetlerden birisidir. Karın ağrısı olan hastaya yaklaşım her hekim için çok önemlidir çünkü acil ve hayatı tehdit eden bir hastalığın belirtisi olabilir.

Her semptomata tanısal yaklaşımda olduğu gibi karın ağrısı olanlarda anamnez ve fizik muayene tanısal yaklaşımın olmazsa olmazıdır. Özellikle karın ağrısı olanlarda anamnez ve fizik muayenede eksikler hayati tehdit eden bir hastalığı atlanmasına neden olabilir. Laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri anamnez ve fizik muayene sonucu düşünülen hastalığın teyidi ve tedavi takibi için kullanılır. Her ne kadar hekimliğin prensiplerinden biri olan "Primum Sedare Dolorum: önce ağrıyı azalt/rahatlat" olsa da karın ağrısı olan hastalarda tanı koyulmadıkça ağrı kesiciler kullanılmamalıdır, çünkü hayatı tehdit eden bir hastalığın tanısını engelleyebilir ya da geciktirilebilir. Ancak tanı koyulduktan sonra da ağrı kesilmeli/azaltılmalıdır.

Anamnez

Anamnezde karın ağrısının özellikleri (tablo 1) mutlaka ayrıntılı sorgulanmalıdır;

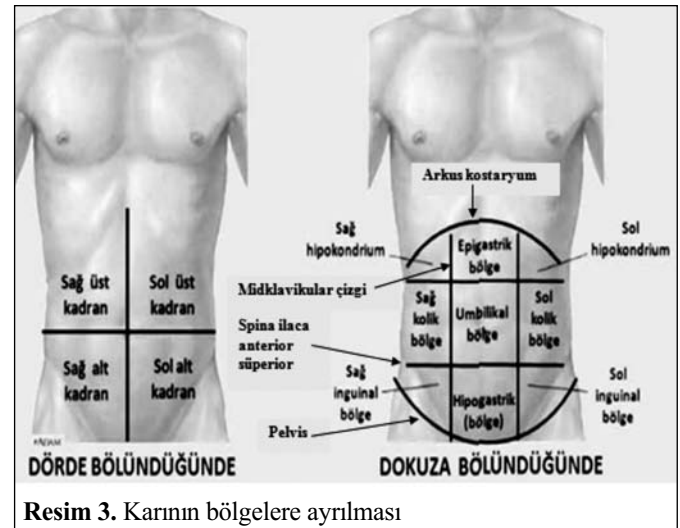
Başlangıcı; Karın ağrısının akut mu, kronik mi ayrımını yapmak çok önemlidir. Çünkü yeni başlangıçlı (saatler, günler içinde başlamış) karın ağrısı genellikle organik bir nedene bağlıdır. Ayrıca altta hayatı tehdit eden bir hastalık ile ilişkili olabilir. Kronik veya tekrarlayan (< 3 ay veya > 6 ay) karın ağrıları ise daha çok psikosomatik veya fonksiyonel bir hastalık ile ilişkilidir. Literatürde akut ve kronik karın ağrısını tanımlı çok açık değildir ve herkes tarafından kabul edilmiş bir sınıflamada yoktur. Bazı kaynaklarda üç

Tablo 1. Anamnezde sorgulanması gereken karın ağrısının özellikleri

Başlangıcı (akut mu? Kronik mi?)
Yeri (lokalizasyonu)
Zamanla değişimi (kronolojisi)
Karakteri
Şiddeti
Ağrıyı azaltan/arttıran nedenler
Ağrı ile birlikte olan bulgular
Öz/soy geçmişi

aydan daha kısa süre önce başlamış karın ağrısı akut, 3 aydan daha uzun süredir olan karın ağrısı kronik karın ağrısı olarak tanımlanmıştır. Roma III kriterleri ise fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda (fonksiyonel dispepsi, iritabl barsak sendromu) karın ağrısının 6 aydan daha uzun süreden beri olması şartı aramaktadır. Akut batın tanımı ise bunların dışındadır. Akut batın, son 24 saat içinde başlamış, hayatı tehdit eden bir hastalığın eşlik edebileceği karın ağrısını tanımlar.

Lokalizasyon; Sistemik olarak ağrının hissedildiği bölgelere göre ağrı nedenlerini sınıflamak yaklaşım açısından kolay pratik bir yaklaşım sağlar. Karın fizik muayene yaparken ayrılan dört kadran (umblikus üzerinde dikey ve yatay çizilen çizgiler, üst sınır arkus kostarium iki yatay çizgi, klavikuların ortasından çizilen iki dikey çizgi karın dokuz alt sınır pelvisin sınırladığı alan, sağ üst kadran, sol üst kadran, sol alt kadran, sağ alt kadran, resim 4) referans olarak katagorize edilebilir. Ayrıca ağrı nedenlerinin epigastrium bölgesi, periumblikal bölge, hipogastrium gibi daha spesifik bölgelerde sınırlamak ayıcı tanıyı kolaylaştırabilir (Kosta yayının en alt noktalarını ve spina iliaca superior'ları birleştiren iki yatay, midklavikular çizgiler dikey olmak üzere karın 9 bölgeye ayrılır (resim 4), Ek olarak tüm karında hissedilen ve bir alana lokalize edilemeyen yaygın karın ağrısı yapan nedenlerde ayrı bir kategoride değerlendirilebilir. Lokalize karın ağrıları genellikle o bölgeye yakın



komşuluk eden organlardan kaynaklanmaktadır. Sistemik hastalıklarda ise karın ağrısı sıklıkla bir alana lokalize olmaksansa yaygın olarak hissedilir. Lokalizasyona göre karın ağrısı yapan nedenler tablo 2 de görülmektedir.

Zamanla değişimi (kronolojisi); Ağrı başlangıcı, ilerleyişi ve karakterinde ve lokalizasyonundaki değişiklikler ayırıcı tanıyı oldukça kolaylaştırır hatta bazen tanısalsı bile olabilir. An ile başlayan (birden bire başlayan) ve birkaç dakikada maksimum düzeye ulaşan ağrılar içi boş bir organın perforasyonunu (özofagus rüptürü=boherhave sendromu, peptik ülser perforasyonu), kistik bir yapının perforasyonu (over kist rütürü, ektopek gebelik rüptürü, hematoma ya da abse perforasyonu gibi), damar yırtılması (anevrizma rüptürü ya da diseksiyonu) veya damar tıkanıklığı (abdominal organ, kalb, akciğer infarktüsü) düşündürür. Bu hastalar genellikle ağrıyı bıçak saplanır gibi diye tarif ederler, ne za-

man başladığını tam ve kesin bir şekilde hatırlar. Nefes darlığı ile birlikte olan göğüs yan ağrısının eşlik ettiği sağ-sol üst kadranda ani başlayan ağrılarda pnömotoraks ve pulmoner emboli akla gelmelidir. Dakikalar içinde başlayan, tedrici bir şekilde artarak saatler içinde maksimuma ulaşan ağrı daha çok akut pankreatit ve akut kolesistit düşündürür. Aşamalı olan ağrılar genellikle saatler içinde giderek artar ve saatler sonra maksimum düzeyine ulaşır. Bu tür karın ağrısı daha çok apandisit, bağırsak obstrüksiyonu, divertikülit, pelvik inflamatuvar hastalık ve akut gastroenteriti düşündürür. Hastalığın seyri sırasında ağrının yer değiştirmesi inflamatuvar bir hastalığı düşündürür. Örneğin, akut kolesistite, epigastriumda künt bir şekilde başlayıp (visseral ağrı), sağ üst kadrana murphy noktasında keskin bir ağrı şeklinde (parietal ağrı) genellikle lokalize olur. Akut apendisitte, periumbilikal bölgede künt bir şekilde başlayıp (visseral ağrı),

Tablo 2. Karın ağrısı nedenlerinin karında hissedildiği yere göre dağılımı.

Sağ Üst Kadran	Sol Üst Kadran	Sağ Alt Kadran	Sol Alt kadran
Kolesistit Biliyer kolik Akut hepatitler KC de kitleler KC de konjesyon Budd-Chiari send Kalp yetmezliği Konstrüktif perikardit Hepatik fleksura send Hepatik fleksura tümör Renal (taş, piyelonefrit) Toraksı ilgilendiren hastalıklar (pnömoni, Pnx,P.emboli, plevral efüzyon)	Akut pankreatit Kronik pankreatit Pankreas kitleleri Dalak infarktı Dalak absesi Dalak kitlesi Dev splenomegali Gastrit, Gastrik ülser Gastrik maligniteler Splenik fleksura send Splenik fleksura tümör Renal (taş, piyelonefrit) Toraksı ilgilendiren hastalıklar (pnömoni, Pnx,P.emboli, plevral efüzyon)	Akut apandisit Crohn hastalığı İntestinal Tbc Çekum tümörü Lenfoma Çekum divertikülit Aktinomikoz Ameboma Salfenjit PIH Ektopik gebelik Over kist rüptürü Over kist ve tümörleri Kasık fitiği İnkansere herni Üreter koliği	Enfeksiyöz kolit Ülseratif kolit Radyasyon koliti İskemik kolit Divertikülit İBS Sol kolon tümörü Ektopik gebelik Salfenjit PIH Over kist rüptürü Over kist ve tümörleri Kasık fitiği İnkansere herni Üreter koliği
Epigastrik Bölge	Periumbilikal	Yaygın	
Üst GIS organlarından kaynaklanan visseral ağrı Peptik ülser hastalığı Peptik ülser perforasyonu Gastrit Gastrik maligniteler Distal özofajitler Gastrointestinal Reflü Hastalığı Boherhave sendromu Akut Pankreatit Biliyer kolik Miyokard infarktüsü Perikardit Aort anevrizma rüptürü veya diseksiyonu Toraksı ilgilendiren hastalıklar (pnömoni, Pnx,P.emboli, plevral efüzyon)	İnce barsak ve sağ kalın barsaktan kaynaklanan visseral ağrı Erken evre apandisit Gastroenterit İntestinal obstrüksiyon Aort anevrizması Aort anevrizma rüptürü veya diseksiyonu	Gastroenterit Mezenter iskemisi Diabetik ketoasidoz Porfiriler Sıtma Ailevi Akdeniz Ateşi İntestinal obstrüksiyon Yaygın peritonit İBS	

keskin bir ağrı şeklinde (parietal ağrı) sağ alt kadrana (Mc Burney noktası) genellikle lokalize olur.

Karakteri; Ağrının karakteri de hekime tanı açısından birtakım ipuçları verir. Ancak ağrının tarifi kişinin sosyokültürel ve entelektüel durumuna göre değişiklik göstereceği unutulmamalıdır. Visseral ağrılar künt, belirsiz, tarif edilmesi zor, rahatsızlık hissi şeklinde hasta tarafından tanımlanırken, parietal ağrı keskin, iyi lokalize edilebilen bir ağrı olarak tarif edilir. Yanma şeklinde ağrılar retrosternal bölge ise özofagus ile ilgili (örneğin özofajit), epigastriumda ise mide (örneğin peptik ülser) ilişkili olabileceği düşünülmelidir. Epigastriumda künt, sıkıştırıcı vasıfta bir ağrı kolesistite ya da pankreatite bağlı bir ağrı olabilir. İçi boş organlara ait ağrılar eğer lümeni tıkayan bir hastalık sonucu oluşuyor ise kolik tarzında (sancı) ağrıya neden olur. Biliyer kolik isminde kolik olmasına rağmen genellikle kolik tarzında bir ağrıya neden olmaz, sürekli künt bir şekilde görülür. Üreter ağrısı kolik tarzında ancak devamlı vardır yani ağrı hiç bir zaman sıfırlanmaz, ancak intestinal kolikte ağrının sıfır düzeyine düştüğü kısa süreli (1-2 dakika) zamanlar mevcuttur. Eğer içi boş organın duvarında inflamasyona ya da iskemiye sekonder bir ağrı mevcut ise kolik tarzından ziyade genellikle künt, yanma, sıkıştırıcı tarzda ve devamlı bir ağrı oluşur.

Şiddeti; Ağrının şiddeti genellikle altta yatan hastalığın şiddeti ile paralellik gösterir, ancak şiddeti değerlendirmek oldukça güçtür. Ağrıyı algılamada kişisel farklılıklarda çok fazladır. Kronik hastalığı olanlarda, iritabl barsak sendromu olanlarda, anksiyetesi olanlarda genellikle ağrı algılamasında problemler vardır, genellikle küçük uyarılar ile şiddetli ağrı hissederler. Hastaya daha önce geçirdiği ağrılar ile karşılaştığında mevcut ağrısının şiddetin nasıl olduğu veya 1 den 10 kadar bir skalada daha önceki ağrılar ile karşılaştırarak mevcut ağrısına puan vermesi sağlanarak kısmen ağrı şiddetinin değerlendirilmesi yapılabilir. Peptik ülser perforasyonu, pankreatit ve renal kolik çok şiddetli, bağırsak obstrüksiyonu, kolesistit ve apandisit şiddetli, peptik ülser, gastroenterit, özofajit orta şiddette karın ağrı oluşturur. Akut pankreatit ve mezenter iskemisinde (emboli, vaskülit) hasta çok şiddetli ağrı hisseder ancak muayene bulguları silik olabilir (ağrı şiddeti ile fizik muayene uyumsuzdur).

Ağrıyı azaltan/arttıran nedenler; Ağrıyı azaltan/arttıran nedenlerin tespiti önemli tanısız bilgiler sağlayabilmektedir. Ağrının yemeklerle, defekasyon, pozisyon, hareket, sıcak kompresyon ve medikal tedavi ile değişiklikleri hastaya yaklaşımda değerli ipuçları sağlayacaktır. Yemekler ile birlikte ağrıda değişiklik ağrının kaynağının üst gastrointestinal, defekasyon ile değişiklikte alt gastrointestinal kaynaklı olduğunu düşündürür. Antiasit, asid süpresyon tedavi-

si peptik ülser ve reflü özofajitine bağlı ağrıyı azaltır. Süt ve yemekler duodenal ülser ağrısını azaltabilir. Bunun aksine süt ve süt ürünleri laktaz eksikliğine bağlı laktaz intoleransında ağrıya neden olabilir. İntestinal obstrüksiyon, intestinal iskemi (intestinal anjina), safra kesesi ve pankreas hastalıklarında ağrı yemeklerle artabilir. Pankreatitlere bağlı ağrı sırt üstü yatarken fazlalaşabilir, öne eğilmek ile azalabilir (retoperitonun inflame yapılardan uzaklaştırması nedeni ile). Yaygın peritonitte yada lokalize peritonitte hasta mümkün olduğunca hareket etmeden yatar pozisyonunda yatar. Çünkü hareket anında inflame doku parietal peritona temas ederek ağrıya neden olur. Hatta hastalar solunumla dahi karın hareket ettirmez (karın solunuma katılmaz). Renal kolikte ise hasta sürekli hareketlidir, ağrıyı rahatlatmaya çalışır ancak pozisyon ile ağrıda değişiklik olmaz. Fonksiyonel dispepsi, iritabl bağırsak hastalığı (İBS) gibi fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarda stres ile ağrı artabilir. İBS de gaz, gaita çıkışı ile ağrı azalır, stres ve yemek ile ağrı artabilir. Akut gastroenteritte defekasyonla ağrı azalma olabilir. Ağrıya sıklıkla bulantı ve kusmada eşlik eder. İntestinal obstrüksiyonda kusma ile ağrı kısmen azalırken, pankreatit ve kolesistide kusma ile ağrıda değişiklik olmaz. Disk hernisi ve kas-iskelet sistemine ait hastalıklarda ağrı hareket ile artar, NSAİ ile azalır. Kolik tarzında ağrılarda sıcak kompresyon, antikolinergik ilaçlar ile ağrı azalır.

Ağrı ile birlikte olan bulgular; Ağrı ile birlikte olan şikayetler ve bulgular, hekime ağrının kaynağı olan organlara ya da sistemlere yönlendirmesi açısından oldukça değerlidir. Örneğin sarılık ile birlikte olan karın ağrısı biliyer, karaciğer veya pankreas hastalıklarını, rektal kanama ile birlikte olan karın ağrısı kolon Ca, iskemik kolon, enfeksiyöz kolitler, inflamatuvar barsak hastalığı gibi kolon hastalıklarını düşündürür. Dizüri, pallaküri, noktüri, hematüri ile birlikte olan karın ağrısı nefralitiazis, sistit gibi üriner sistem hastalıklarını, vajinal akıntı, menometroraji, sekonder amenore ile birlikte olan karın ağrısı pelvik inflamatuvar hastalığı, over kisti, ektopik gebelik gibi genital sistem hastalıklarını akla getirmelidir. Öksürük, yan ağrısı, pürülan balgam, hemoptizi ile birlikte olan karın ağrısı pulmoner emboli, pnömoni, pnomotoraks, plevral efüzyon gibi solunum sistemi hastalıklarına yönlendirmelidir. Karın ağrısı ile birlikte ateş yüksekliği pnömoni, kolanjit, piyelonefrit, salpenjit, pelvik inflamatuvar hastalık, gastroenterit, inflamatuvar barsak hastalığı, divertikülit, apandisit, kolesistit, pankreatit gibi inflamatuvar bir hastalığı düşündürür. Ağrının erken döneminde olan ateş yüksekliği (ağrı ile birlikte yükselen ateş) pnömoni, kolanjit, piyelonefrit, gastroenteriti düşündürürken, geç yükselen ateş (ağrıdan saatler sonra yükselen ateş) divertikülit, apandisit, kolesistit gibi lokalize hastalıkları düşündürmelidir. İştahsızlık (yemek yeme isteği) inflamatuvar du-

rumlarda görülür bu neden ile iştahsızlık ve kilo kaybı inflamatuvar veya maling hastalıkları düşündürmelidir. Genellikle cerrahi müdahale gerektiren ağrı bulantıya yol açarken, cerrahi gerektirmeyen karın ağrısı öncesi bulantı mevcuttur. İshal tipik olarak cerrahi gerektirmeyen gastroenterit gibi hastalıkları düşündürür. Gaz gaita çıkarılmaması (obstasyon) obstrüksiyona işaret eder. Mide içeriğinin kusulması, yarı sindirilmiş gıdaların kusulması mide çıkış obstrüksiyonunu düşündürürken, fekaloid kusma ince veya kalın barsak da obstrüksiyon olduğunu düşündürür.

Öz/soy geçmişi; Karın ağrısı olan bir hastada bazen öz/soy geçmişteki bir hikaye tanıya götürebilir. Bu nedenle öz geçmiş ve soy geçmiş ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Uzun zaman önce geçirilmiş intraabdominal bir ameliyat ve tekrarlayan karın ağrısı atakları, intraabdominal yapışıklığa bağlı subileus veya ileusu, bir biliyer cerrahi öyküsü biliyer sitriktür düşündürür. Yakın zamanda geçirilmiş biliyer cerrahi öyküsü koledokta rezüdü taşı, koledok yaralanmasını akla getirmelidir. Daha önce benzer şekilde yaygın karın ağrısı atağı olanlarda, kolesistektomi, apendektomi (sıklıkla daha önceki ataklarda kolesistit ve apandisit zannedilerek opere edilir) öyküsü de mevcut ise, ailesinde de benzer karın ağrısı atakları ya da ailevi Akdeniz ateşi (FMF) mevcut ise, hastada FMF düşünülmelidir. Özgeçmişinde sigara kullanımı maligniteler ve mesenter iskemisi için birer risk faktörüdür. Atherosklerozu olan veya geçirilmiş serebrovasküler olay, miyokard enfaktüsü ve periferik arter hastalığı gibi atheroskleroz ile ilişkili hastalık geçirmiş olanlarda mezenter anjinası ve iskemik kolit akla gelmelidir. Yine kolojen doku hastalığı olanlarda, vaskülit tanısı olanlarda ve kokain kullananlarda mesenter iskemisi düşünülmelidir. Kronik alkol kullanım öyküsü akut pankreatit, siroz ve komplikasyonlar ile ilişkili karın ağrısını düşündürür. İlaç kullanım hikayesi karın ağrısı olanlarda çok önemlidir. NSAİİ'ler peptik ülser ile ilişkili olabilir. Birçok ilaç pankreatit nedeni olabilir ve bu klinik durum klinik pratikte sıklıkla görülür. İmmünoşüpresif ilaç kullanımı nötroopenik enteropati, sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu gibi fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilir. Diyabetes mellitus, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, siroz gibi kronik hastalık hikayesi önemli tanısal ipuçları sağlar. Diyabetes mellitus tanısı ile takip edilenlerde birçok neden karın ağrısına yol açabilir. Ancak diyabetik ketoasidoz özellikle yaygın karın ağrısı olanlarda ilk akla gelmesi gereken tanılardan biri olmalıdır. Diyabetik ketoasidozdaki derin dehidrasyon periton zarların kurummasına ve birbirleri üzerinde sürtünmesine neden olarak ağrı oluşturur, dolayısı ile sadece hidrasyon ile ağrı geçer. Diyabetik radikülopati, mesenter iskemisi, safra kesesi taşı ve komplikasyonları, fırsatçı enfeksiyonlar diyabetik hastalarda diğer ka-

rın ağrısı yapan nedenler arasında sayılabilir. Siroz ve asit enfeksiyonu, hepatosellüler kanser, portal ven trombozuna sekonder gelişen mezenter iskemisi gibi siroza bağlı komplikasyonlar karın ağrısı nedeni olabilir. Safra taşları ve peptik ülser sirotik hastalarda, sirozu olmayanlara göre daha sık görülür. Periton diyalizine giren kronik böbrek yetmezliğinde peritonitler ilk akla gelmesi gerekir. Bu hastalarda da peptik ülser olmayanlara göre daha sık görülür. Akciğer hastalıkları sağ ve sol üst kadrana yansıyan ağrılara neden olabilir. Sağ ya da sol alt toraksı ilgilendiren pnömoni, ampiyem, pulmoner emboli, pnömotoraks, plörodiria o taraf üst kadrana yansıyabilir. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı sağ kalp yetmezliğine neden olarak karaciğerde konjesyona ve sağ üst kadranda ağrıya neden olabilir. Konjestif kalp yetmezliği, konstrüktif perikardit de karaciğerde konjesyona neden olabilir. İnférieur miyokard infaktüsü sadece epigastriumda ağrı neden olabilir, bu neden ile epigastriumda akut ağrı ile başvuran ve atheroskleroz için risk faktörü bulunanlar da (geçirilmiş Mİ, SVO, obezite, metabolik sendrom, sigara kullanımı, aile hikayesi, erkek cinsiyet) ilk düşünülmesi gereken tanıdır. Perikarditlerde epigastriumda ağrı nedeni olabilir. Gebelik sırasında karın ağrısı apandisit, piyelonefrit, kolelitiazis, pankreatit, adneksiyal hastalıklara ikincil gelişebilir. Yaşlı, diabetes mellitusu olan, immünoşüpresif, ilaç ve alkol almış (NSAİİ, steroid, morfin ve narkotik analjezik), gebe ve assiti olanlarda akut karın bulguları sili-lik olabileceği her zaman akılda tutulmalıdır.

Fizik Muayene

Özellikle akut karın ağrısı olanlarda ve acil servise başvuranlarda öncelikle vital bulgular, şuur ve genel durum hızlıca değerlendirilmelidir. Şuur bulanıklığı ve şok tablosunda (hipotansiyon sistolik < 90 mmHg, nabız > 100 dk) olan hastalara hızlıca müdahale edilmeli ve Mİ, aort anevrizma rüptürü, aort diseksiyonu, ektopik gebelik rüptürü, travmatik hastalarda dalak ve karaciğer rüptürü, yaygın peritonit (genellikle gecikilmiş vakadır), septik şok gibi klinik tabloya yol açan nedenler hızla gözden geçirilmelidir. Hipotansiyon ve taşikardiye terleme, anksiyete, periferde soğukluk (hastanın nabızı dinlendiğinde elleri soğuktur ve hasta soğuk terliyordur, bu bulgular sempatik hiperaktivitenin olduğunu gösterir) eşlik ediyorsa klinik tablo ağır ve ciddi demektir. Hastanın genel görünümü de tanısal ipuçları sağlayabilir. Hasta sürekli hareketli ve ağrıyı azaltmak için pozisyon değiştiriyor ise daha çok kolik tarzında (renal kolik, intestinal kolik) ağrı düşündürür. Ancak hareket etmekten itina eden ve sırt üstü yatan hastalarda peritonit düşünülmelidir.

Karın ağrısı olanlarda ateş varlığı başta enfeksiyonlar olmak üzere inflamatuvar bir hastalığı düşündürür. Sklerada ikter karaciğer ve safra yolları ile ilgili bir hastalığa yönlendirir.

dirir. Karının inspeksiyonunda karında ameliyat skar doku- su karın içi yapışıklıkları (bridler) düşündürür. Karın deri- sinde ekimoz daha çok koagülasyon bozukluğunda görülür ama karın ağrısı olanlarda intaraabdominal hemorajisinde bulgusu olabilir. Akut pankreatite sekonder gelişen intarab- dominal hemoraji (hemoperitonium) sonrası görülen lum- bal bölgedeki ekimozla Grey Turner belirtisi, periumblikal bölgede olana Cullen belirtisi denir. Belirgin bir distansiy- on intestinal obstrüksiyonun bir bulgusu olabilir. İnspek- siyonda karının soluna katılmaması peritoniti düşündürür. Karın ağrısı ile gelen bir hastada karının oskültasyon çok önemlidir. Barsak seslerinin alınamayışı (4 kadranda en az 3 er dakika dinlemeye rağmen barsak seslerinin duyulama- ması) mezar sessizliği olarak tanımlanmıştır. Çünkü bu has- talar peritonitin geç bulgusu olarak paralitik ileus geçiren hastalar olduğundan eskiden kurtulma şansı olmazmış. Günümüzde dahi gecikilmiş bu tablonun mortalitesi %50'dir. Hipopotasemi gibi diğer paralitik ileus yapan nedenlerde de mezar sessizliği saptanır. Barsak seslerinde artmış olması metalik çınlama ya da yukardan dökülen suyun şakırtısına benzeyen karakterde duyulması mekanik ileusu düşündür- rür. Palpasyon da karın ağrısı olanlarda değerli bilgiler sağ- lar. Palpasyona ağrının en uzağından ve yüzel palpasyon ile başlanmalıdır. Hasta karın ağrısının artması endişesi ile pal- pasyon sırasında karın kaslarını kasma yanlılıkla defans olarak algılanır. İstemi defanstan istemsiz defansı ayırt edil- melidir. Peritonitlerde inflamayona sekonder tüm karın kas- larında belirgin kontraksiyon gelişir. Bu tablo tahta karın ola- rak adlandırılır. Gerçekten taş veya tahtaya dokunulmuş gibi hissedilir. Hastanın dikkati başka taraflara çekmek, so- lumum ve pozisyon ile defansta azalma olmaz. Bu bulgu da peritonitin geç bulgusudur. Palpasyonda rebound mevcudi- yeti peritonit olduğunu gösteren değerlendirmesi kolay gü- venilir muayene bulgusudur. Perküsyonda eğer karın için- de hava varsa (pnömoperitonium) yaygın timpanizm alınır. Karaciğerin matitesi kaybolur. Meteorizmde (intestinal obs- trüksiyonda olduğu gibi gazın bağırsaklar içinde aşırı olma- sı) de yaygın timpanizm alınır ancak burada karaciğer ma- titesi kaybolmaz. Genital ve rektal muayene karın ağrısı olan her hastada değerlendirilmelidir. Kadınlarda jinekolojik has- talıklar dışlanmalıdır.

2. Karın Ağrısı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

Sağ üst kadranda ağrı nedenleri; Sağ üst kadranda bulu- nan organlar olan karaciğer, safra kesesi, hepatik fleksura, transvers kolonun proksimali, sağ böbrek, sağ diyaframdan kaynaklanan ağrılar genellikle sağ üst kadranda lokalize ağrı şeklinde hissedilir. Ayrıca sağ taroksin diyafragm ile kom- şu plevra ve akciğer parankiminden kaynaklanan ağrılarda bu- raya yansiyabilir. Kolesistit/kolanjit, hepatit, karaciğer kon-

jesyonu (budd-chari send, KKY), karaciğerde bening yada ma- ling kitleler, hepatik fleksura tümörleri, sağ perinefritik abse, sağ subdiyafragmatik abse, sağ-alt toraksı ilgilendiren pnö- moni, ampiyem, pulmoner emboli, pnömotoraks, plörodinia belli başlı hastalıklardır. Bazen yüksek retroçekal apandisit- de lokalize sağ üst kadranda ağrısı yapabilir.

Biliyer kolik genellikle safra kesesi içindeki taşın sis- tik kanalı tıkanması sonucu gelişir. Obstrüksiyonu yenmek için safra kesesi düz kaslarının şiddetli kontraksiyonu ve kese basıncının artışı sonucu oluşur. Ağrı duvar kasları için- de bulunan mekenoreseptörler tarafından algılanır. Adın- da kolik olmasına rağmen asında kolik (sancı) ağrıdan zi- yade sürekli künt bir ağrı olarak tarif edilir. Başlangıçtan itibaren yaklaşık 1 saat içinde giderek artarak en üst düze- ye ulaşır. Genellikle sağ üst kadranda ve epigastrik bölgede hissedilir. Yemeklerden sonra başlama eğilimindedir. Bi- liyer kolik genellikle 4 saat içinde geriler. Dört saten uzun süren ağrı genellikle kolesistit ile komplike olduğunu dü- şündürür. Obstrüksiyon aşılmayınca düz kaslara kontrak- siyonlar durur (tabiri caz ise yorulur). Kese giderek şişer ve kese duvarında ödem, iskemi, mukozada ülserasyon ge- lişir ve enfekte olur (kolesistit). Bu dönemde şişen kese pa- riyetal peritonu teması ağırlı uyarana neden olur, Murphy noktasında (midklaviklar hattın arkus kostaryumu kestiği nokta) keskin sürekli hissedilen bir ağrı şeklinde hissedil- lir. Beraberinde ateş de eşlik eder. Akut kolesiste sarılık pek beklenmez ancak bazen 5 mg/dl ye geçmeyen hiperbilüri- binemi gözlenebilir. Belirgin sarılık, sağ üst kadranda ağrı- sı, ateş (charcot triadı) kolanjiti düşündürür. Kolanjit acil bir durumdur çünkü hızla sepsise neden olarak, bilinç du- rumunda kötüleşme ve hipotansiyona yol açar. Bu beş bulgu (sarılık, üst kadranda ağrısı, ateş, hipotansiyon, bilinç bula- nıklığı) reynold'un petadı olarak isimlendirilir. Karaciğer parankiminde ağrı duysunu algılayan bir reseptör yoktur. Karaciğer kapsülünün gerilmesi ağrı uyandırır. Akut hepa- titler karaciğerde ödeme ve kapsülün gerilmesine neden ola- rak sağ üst kadranda hepatomegali ve künt bir ağrıya ne- den olabilir. Yine karaciğerde konjesyona neden olan sağ kalp yetmezliği, budd-chiari sendromu veya venooklüziv hastalık karaciğerin şişmesine ve kapsülün gerilmesine, do- layısı ile hepatomegali ve sağ üst kadranda ağrı nedeni ola- bilir. Hastanın hikayesinde kronik obstrüktif akciğer has- talık hikayesi, kalp yetmezliği hikayesi sağ kalp yetmez- liğine bağlı karaciğerde konjesyon olduğunu düşündürür. Fizik muayenede venöz dolgunluk ve hepatojüğüler reflü pozitifdir. Abdominal USG'de hepatik venlerin geniş ol- ması konjesyonu düşündürür. Bunun aksine hepatik ven- lerin izlenmemesi budd-chiari sendromu düşündürür. Her hepatomegali ağrıya neden olmaz. Özellikle uzun sürede gelişen ve kapsülün adaptasyonua izin veren yağı karaci-

ğer, Wilson hastalığı, hemokromatozis gibi hastalıklar ağrı nedeni olmaz. Karaciğerde kitleler de genellikle yavaş büyüdüklerinden ağrı oluşturmazlar. Çok büyük boyutlara ulaştığında (metastatik kitleler ya da hepatosellüler kanser gibi) ya da kitlenin ani büyümesine neden olan içine kanama, enfekte olması durumunda ağrı nedeni olur. Ek olarak kitlenin karaciğer kapsülünü invaze etmesi, koledoğa bası yapması durumunda ağrı nedeni olabilir. Abdominal USG karaciğer kitlelerin gösterilmesi açısından oldukça yüksek duyarlıktadır. Ayırıcı tanı için dinamik Abdominal BT ve dinamik MR gerekebilir. Defekasyon ile değişen sağ üst kadranda ağrıları, ağrının kolonun sağ tarafında yer alan hepatik fleksura ve transvers kolon proksimalinden kaynaklandığını düşündürür. Defekasyon alışkanlığındaki değişiklik, anemi, kilo kaybı kolon kanserini düşündürür. Kolon içindeki gazlar daha çok sağ (hepatik fleksura) ya da sol (splenik fleksurada) köşede birikerek sağ/sol üst kadranda ağrı (genellikle batıcı tarzda) nedeni olabilir. Abdomende yer değiştiren ağrılar, ağrı ile birlikte başlayan defekasyon alışkanlığında değişiklik, defekasyon ile ağrı azalma, stres altında artan ağrılar daha çok iritabl barsak sendromunu düşündürür. Miksiyon anormalliklerin eşlik ettiği (pollaküri, disüri, hematüri), sağ kostovertebral bölgede ağrı ve ateş, piyelonefrit veya perinefritik abse düşündürür. Böbrek kaynaklı tümörler yine kostavertebral bölgede ağrı nedenidir. Sağ üst kadranda ağrısı ile birlikte olan öksürük balgam yüksek ateş yan ağrısı (hasta derin nefes almak ile birlikte yan tarafta batıcı tarzda ağrı, bazen nefes almayı dahi durdurur) pnömoniyi akla getirir. Ağrı ile birlikte olan nefes darlığı akciğer (pnömotorks, pulmoner emboli, plörodinia gibi) veya kardiyovasküler hastalıkları (sağ kalp yetmezliği, perikardit, konjestif kalp yetmezliği gibi) toraks hastalıklarını düşündürür.

Sol Üst Kadranda Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

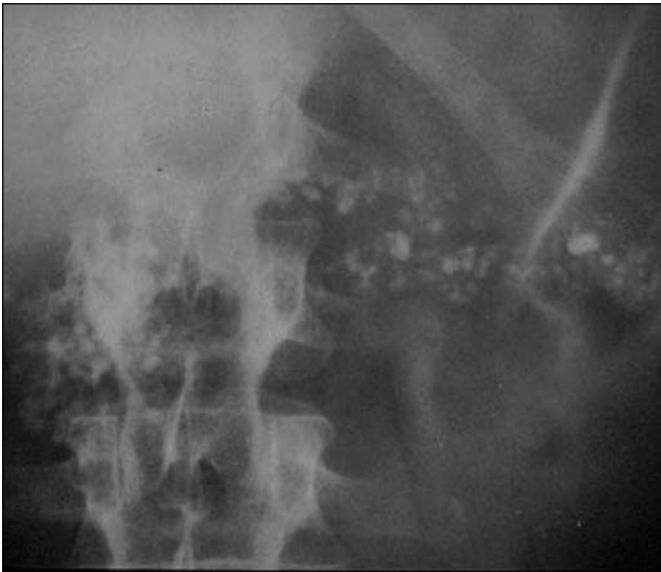
Sol üst kadranda bulunan organlar olan dalak, pankreas, mide (özellikle büyük kurvatura tarafı) splenik fleksura, transvers kolonun distali, sol böbrek, sol diyaframdan kaynaklanan ağrılar genellikle sol üst kadranda lokalize ağrı şeklinde hissedilir. Ayrıca sol toraksın diyafram ile komşu plevra ve akciğer parankiminden kaynaklanan ağrılarda buraya yansiyabilir (sağ üst kadranda ağrısında olduğu gibi). Dalak infaktı, dalak absesi, dalak travması sonrası gelişen subkapsüler hematoma, akut veya kronik pankreatit, pankretik kitleler, transvers kolonun distali ve splenik fleksura (sağ üst kadranda ağrısında olduğu gibi, farklı olarak kolonun splenik fleksura ve inen kolon kolleteral dolaşım açısından kolonun diğer bölgelerinden daha fakirdir ve iskemik kolit kolonun bu alanında en sık görülür, aterosklerozu alan yaş-

lı, daha önce serobrovasküler olay geçirmiş, atrial fibrilasyonlu hastalarda, bulantı kusma, genellikle az miktarda olan rektal kanama ile birlikte sol üst veya sol alt kadranda başlayan ağrı iskemik koliti düşündürmelidir), mide hastalıkları (Gastrit/gastrik ülser, özellikle büyük kurvaturayı ilgilendiren), sol böbrekten kaynaklanan hastalıklar (sağ üst kadranda olduğu gibi).

Dalağı ilgilendiren hastalıklar genellikle ağrısızdır. Splenomegali çoğunlukla herhangi bir şikayete neden olmaz, ancak bazen alt ucu pelvise kadar uzanacak kadar çok büyür. Bu durumda sol üst kadranda sürekli künt bir ağrıya neden olabilir. Dalağın ani büyümesine neden olan splenik ven trombozunda ağrılı bir splenomegali vardır. Aynı karaciğer hastalıklarında olduğu gibi dalağa ait kitlelerde genellikle ağrısızdır ancak ani büyümeleri (kanama), enfekte olması veya kapsül invazyonu ağrı oluşturur. Orak hücreli anemilerde, vaskülitlerde görülen dalak infaktüsünde de sol üst kadranda ağrı oluşur. Travma sonrası subkapsüler hematoma ve dalak rüptürü ciddi akut karın yapan nedenlerdir ve künt travma sonrası her hastada düşünülmelidir. Abdominal USG, Abdominal BT ve MRI tanı için kullanılır.

Sol üst kadranda ağrı yapan en önemli nedenler pankreas hastalıkları ile ilgili olmaktadır. Akut pankreatitte, sol üst kadranda ve epigastriumda olan, sırta ve sağ üst kadrana yayılabilen (kuşak tarzında), künt tarzda, oturmak ile azalan (retroperiton ile temas azaltılmış olur), ateş, şiddetli bulantı-kusmanın eşlik ettiği tablodur. Ağrı başlangıcı ile birlikte giderek artarak yaklaşık 1 saat içinde maksimum düzeye ulaşır ve azalmadan devam eder, ancak pankreatit süreci iyileşmeye başlayınca azalır. Akut pankreatitin en sık nedeni kolekdokolitiazis ve alkol olması nedeniyle hikaye de safra kesesi taşı ve alkol hikayesi, yakın zamanda geçirilmiş biliyer cerrahi hikayesi olanlarda ilk akla gelmesi gereken hastalıklardan biridir. İlaç kullanımı, enfeksiyonlar, hiperlipidemi, hiperkalsemi, iatrojenik (endoskopik retrograde kolanjiopankreatografi, otoimmün pankreatit, herediter ve idiyopatik diğer başlıca akut pankreatit yapan nedenlerdir. Sol üst kadranda ve epigastriumda ağrısı olanlarda akut pankreatit tanısını düşünmek ve koymak çok önemlidir. Çünkü acil bir durumdur, ani ölüme neden olabilir (hastalık başlangıcından itibaren ilk 24 saat içinde ölüm gerçekleşiyor ise ani ölüm, "sudden death" olarak tanımlanır) ve ilk basamakta etkin tedavi ile (hidrasyon, ağrının kesilmesi) komplikasyonların gelişimi belirgin şekilde azaltılır. Tanı uygun klinik tablosu olanlarda laboratuvar olarak amilaz normal üst düzeyinin üç katından ya da lipaz düzeyinin üç katından daha fazla artışı veya görüntüleme yöntemleri (İV kontrastlı abdominal BT nekrozu da değerlendirmesi açısından en uygun görüntüleme yöntemidir, abdominal USG daha çok etiyolojik açıdan safra kesesi ve safra yollarının değerlendirilmesi için

daha uygundur) ile akut pankreatit ile uyumlu bulguların tespiti ile konur. Tanı için uygun klinik, laboratuvar ve görüntüle yöntemlerin en az ikisinin akut pankreatit ile uyumlu olması gereklidir. Kronik pankreatit, tekrarlayan akut pankreatit atakları sonucu pankreasın endokrin (daha çok insülin salgısı azalarak diabetes mellitus gelişir) ve ekzokrin (başlıca yağ sindirimi etkilenecek steatoreye neden olur) fonksiyon kaybı ile karakterize klinik tablo oluşur. Ağrı akut pankreatite benzer ancak şiddeti daha azdır. En sık neden alkol olması nedeniyle hikaye de alkol kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır. Otoimmün pankreatit, hipertrigliseridemi, hiperkalsemi ve idyopatik nedenler diğer nadir nedenlerdir. Ayakta direkt batın grafisinde pankreas lojunda kalsifikasyon olması kronik pankreatiti düşündürür (resim 5) ancak geç bir bulgudur. Kronik pankreatit yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Fonksiyonel (ekzokrin ve endokrin) ve yapısal (kenar kontur düzensizliği, belirgin dilate pankreatik kanal, diffüz pankreatik kalsifikasyon, pankreatik atrofi) değişikliklerin ortaya çıkması uzun yıllar alabilir. Erken evre hastalığın tanınması zordur. Hormonal stimülasyon testleri hariç fonksiyon bozukluklarını gösteren testler genellikle kısıtlı sayıdadır ve ancak ileri dönemde gelişen ekzokrin yetmezlik oluştuğunda bize bilgi verebilir. Tanıda gerçek altın standart yöntem biyopsidir; bu şekilde pankreatik inflamasyon, fibrosis, asinar dokuda yıkım ve kanal içinde tıkaçlar ve çökeltiler tesbit edilebilir. Ancak klinik pratikte uygulanması zordur ve biyopsi rutin uygulanan bir yöntem değildir. Sıklıkla diğer tanı yöntemlerine başvurulur. Fonksiyonel testler ve yapısal özellikleri gösteren görüntüleme yöntemleri mevcuttur. Fekal yağ tayini ve açlık kan glukoz düzeyleri ancak ilerlemiş vakalarda anormal hale gelir. Sekretin stimülasyon testi en hassas ve en erken anormalleşen testtir ancak invaziv bir yöntemdir. İV sekretin verilmesi sonrası duodenumdan pankreas sekresyonunun toplanıp analiz edilmesi esa-



Resim 5. Kronik pankreatitte pankreas lojunda görülen kalsifikasyonlar

sına dayalıdır. Fekal elastaz, kimotripsin testi gaitada tespit edilen ancak her yerde bulunmayan noninvaziv hassas bir testtir. Klinik pratikte artık daha yaygın kullanılmaya başlanmıştır. Yapısal değişiklikleri gösteren görüntüleme yöntemleri düz karın grafisi, abdominal USG, abdominal tomografi, manyetik rezonans görüntüleme (MRI), MR kolanjiopankreatografi, endoskopik ultrasonografidir. Son iki görüntüleme yöntemi diğerlerinden yapısal değişiklikleri göstermesi açısından daha üstündür. Diğer sol üst kadranda ağrı yapan pankreas hastalığı malignitelerdir. En sık adenokanser görülür. Pankreas başında olması (pankreas başı Ca) durumunda koledoğa yakın komşuluğu nedeniyle, daha çok büyümeden koledoğa bası/invazyon nedeniyle sarılık şikayetine neden olur. Ağrı daha çok sol üst kadranda epigastrium bölgesinde görülür. Ancak pankreasın gövde ve kuyruk kesiminde olan tümörler genellikle kitle çok büyüyene kadar şikayete neden olmaz. Sol üst kadranda sırta yayılan ağrı, iştahsızlık, kilo kaybı şikayetlerine neden olabilir. İleri yaşlarda (5-6 dekat sonrası) bu şikayetlerin olması halinde ilk akla gelmesi gereken hastalık Panreas Ca olmalıdır. Tanıda en hassas yöntem ince kesitli pankreas BT ve endosonografidir. Tümör markerları ve pozitron emisyon tomografisi (PET CT) tanıdan çok metastaz ve takip için kullanılmalıdır. Pankreasın kistik tümörleri genellikle asemptomatikdir. Eğer çok büyürler ise ağrı nedeni olabilirler.

Sağ Alt Kadranda Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

İleum çekum, apendiks sağ üreter, sağ over ve tuba uterinlere ait hastalıklar burada ağrı yapabilir.

Akut apandisit, akut karının es sık nedenlerinden olup, apendiks orifisinin fekalitler, lenfoid hiperplazisi veya gıdasal taşlanmış artıklar tarafından tıkanması sonucu gelişir. Başlangıçta obstrüksiyonun gerisinde gelişen distansiyon sonrası apendiks duvarının gerilmesi periumblikal bölgede künt (visseral ağrı) bir ağrıya neden olur. İştahsızlık ve bulantı hastalığın erken dönemlerinde görülür. Apendiksin duvarının gerilmesi, öncelikle venöz dolaşımı engelleyerek beslenme bozukluğuna ve ödeme neden olur. Ödemde bir kısır döngü ile hem venöz dönüşü hem de arteriyel beslenmeyi (iskemiye) bozar. İskemiden ilk etkilenen alan mukozada ve submukozadır çünkü kapiller sistemin en uç noktasındadır. İskemi mukozada erozyonlara ve bu erozyonlarda duvarın enfekte olmasına, enfeksiyon da ödemin artışına ve iskeminin daha da artmasına neden olur. Bu süreç yaklaşık 6-8 saat kadar sürer. Şişen ve enfekte olan apendiks peritona temas etmeye başladığında hastanın ağrısı sağ alt kadrana Mc Burney noktasına hissetmeye başlar (parietal ağrı). Bu dönemde hastalığa yüksek ateş ve kusmada eşlik edebilir. Fizik muayende rebound alınır. Laboratuvar olarak lökosi-

toz CRP artışı ve sedim yüksekliği saptanır. Tanı ultrasonografik bulgular ile koyulur. Eğer ayırıcı tanı yapılamıyor ise Abdominal BT yapılabilir.

Crohn hastalığı, intestinal tüberküloz, lenfoma sıklıkla terminal ileumu tutan hastalıklardır. Sağ alt kadranda ağrı, ishal, kilo kaybı, ateş, gece terlemesi üç hastalıkta da görülebilir ve ayırıcı tanı yapılması gerekir.

Crohn hastalığı ağızdan anüse kadar gastrointestinal trak-tüsün herhangi bir yerini tutabilen, segmenter (aralıklı), transmural (barsak duvarının tüm katlarını), remisyon ve alevlenmeler ile seyreden, ekstraintestinal bulgulara da neden olabilen, kazeifikasyon nekrozu göstermeyen granülomatöz (biyopsilerde ancak %10 mevcuttur) iltihab ile karakterize, kronik inflamatuvar barsak hastalığıdır. İnflamatuvar barsak hastalığı, genetik olarak duyarlı kişilerde (genetik), intestinal antijenlerin (çevresel faktörler) tetiklediği, aşırı ve kontrol edilemeyen immün cevap (immün disregülasyonu) sonucu gelişen inflamasyonun, barsak duvarında hasar oluşturması ile meydana gelir. En sık ileokolonik tutulum mevcuttur. Hastanın yarısına yakınında ileumda ve çekumda derin uzunlamasına ülserler mevcuttur. Bazen ileçekal valvi deferme eder ve darlığa yol açar. Bu durumda hastada özellikle yemeklerden 15-30 dakika sonra olan sağ alt kadranda kolik tarzında ağrıya neden olur. Bazen ateş bulantı kusmada eşlik edebilir. Özellikle daha önce tanı koyulmamış hastalarda sıklıkla akut apandisit zannedilerek opere edilir. Operasyon sonrası yara iyileşmesi gecikir hatta fistüller gelişebilir. Crohn hastalığının davranış karakteri olarak üç tipi vardır; inflamatuvar, stenozan ve penetran. Hastaların başlangıçta çoğunluğu inflamatuvar karakterde olup (lüminal hastalık olarak da tanımlanır, mukoza ülser erozyonlar, ishal rektal kanama karın ağrısı, akut faz reaktanlarında artış ile karakterizedir) zamanla penetran (fistüller ve abse ile karakterize) ya da stenozan (darlıklar, ileus subileus tablosu ile karakterize) tipe progreyon olur. Hastaların yarısında perianal hastalık (fistül, fissür, hemoroid, perirektal abse) mevcuttur. Hastaların nadir olmayan bir kısmı ilgili uzman hekime aylarla ifade edilen sağ alt kadranda ağrı şikayeti olması nedeniyle yapılan abdominal USG veya abdominal BT de terminal ileumda duvar kalınlaşması, mesenterde kirlenme, komşuluğunda lenfadenopati, bazen abse bulguları ile başvururlar. Cohn tanısını koyacak spesifik bir bulgu yoktur. Tanı ancak klinik, laboratuvar, görüntüleme, endoskopik, patolojik bulgular ile hatta klinik seyir takip edilerek koyulur.

İntestinal tüberküloz (Tbc) en çok terminal ileumu ve çekumu tutar. Klinik olarak crohn hastalığından ayırmak çok güçtür. Bazen tüm tetkiklere rağmen ayırım yapılamaz. Birlikte akciğer tüberkülozunun olması tanıyı destekler. Ancak primer intestinal tüberküloz da olabilir. Tbc'lu bir has-

ta ile temas hikayesi mutlaka sorgulanmalıdır. PA akciğer grafisi, PPD testi, BCG aşısından etkilenmeyen quantiferon testi, biyopside kazeifikasyon nekrou içeren granülom (nadiren tespit edilir), ülserlerden tbc için kültür alınması, biyopsi materyalinde Tbc genomunun PCR ile tespiti ile tanı koyulabilir. Çekum tbc dışında diğer enfeksiyonlar çok nadiren görülür. Çekum aktinomikozu immünsüpresiflerde nadiren görülür Etkeni aktinomiçes israelidir. Sağ alt kadranda kitle nedeni olabilir Karın duvarına fistülleşebilir. Sarı granüler içeren akıntı tipiktir. Yine nadiren amebiyazisin yol açtığı amebomalar sağ alt kadranda kitle ve ağrı nedeni olabilir. Sağ kolondaki divertiküllerde divertikülit kolay gelişmez çünkü buradaki divertiküllerin ağzı genellikle geniştir ve gaita sıvı kıvamdadır, dolayısı ile ağzı genellikle tıkanmaz. Ancak nadiren de olsa divertikülitte bağlı sağ alt kadranda ağrı ve abse gelişebilir.

Lenfoma, terminal ileumu tutar, klinik olarak crohn hastalığına çok benzer. Endoskopide çekumu ve çıkan kolonu tutmaması, abdominal LAP'lerin belirgin büyük olması veya konglomera LAP ve biyopside malign lenfoid hücrelerin tespiti ile tanı koyulur.

Kolon kanseride çekumda ve çıkan kolonda ülserler yapar, genellikle endoskopik görünümü ülserojetan kitle şeklindedir ve genellikle crohn ülseri ile karışmaz. Klinikte anemi, barsak alışkanlığında değişiklik (ishal ya da kabızlık) mevcuttur. Sıklıkla gizli kanama şeklinde kan kaybına neden olur. Bazen alt ciddi alt gastrointestinal kanamaya neden olur. Eğer kitle çok büyür ise karın ağrısına ve obstrüksiyona neden olur (çekumda lümen geniş ve gaita nisbeten sıvı kıvamda olması nedeni ile obstrüksiyon kolaylıkla gelişmez) Biyopside malign hücrelerin görülmesi ile tanı koyulur.

Hem sağ alt kadranda hem sol alt kadranda genitoüriner sistem ile ilişkili hastalıklar oldukça sık görülür. Gastrointestinal dışında en sık sağ alt kadranda ağrı nedeni kadınlar da görülen tuba uterin enfeksiyonu salpenjit ya da over tuba uterin ve endometrium enfekte olduğu pelvik inflamatuvar hastalığıdır (PIH). Akut apandisit ile en sık karışan hastalıktır. Bu nedenle sağ alt kadranda ağrısı ile gelen ve vajinal akıntısı olanlarda mutlaka PIH düşünülmeli ve jinekolojik muayene tam yapılmalıdır. Sağ/sol alt kadranda ingüinal fıtıklar açısından dikkatle sorgulanmalıdır. Fıtıklar kronik ağrılara neden olduğu gibi içerisinde barsak ansının düğümlenmesi ve dolaşımın bozulması (inkansere olması) sonucu karın ağrısı ve ileus gelişebilir. Klinik ve abdominal USG ile kolaylıkla tanı koyulur. Miksiyon anormallikleri olan hastalarda üreterde taş akla gelmelidir. Direk grafilerde üreter trasesinde kalsifiye taşlar (%90'nı oluşturur) izlenebilir. Genellikle Abdominal USG ve Abd BT ile tanı koyulur. Kriptorşitizm (inmemiş testis) ağrı nedeni olabilir ve ultrasonografi ile kolaylıkla tanı koyulur.

Sol Alt Kadran Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

Sol alt kadranda inen kolon sigmoid kolon rektum hastalıkları ve sağ alt kadranda olduğu gibi genitoüriner sistemden kayanaklanan hastalıklar ağrı nedeni olabilir.

Kolon ile ilgili hastalıklar başlıca enfeksiyöz kolitler, iritabl barsak sendromu, ülseratif kolit, divertikülit ve iskemik kolittir. Enfeksiyöz kolitler sıklıkla akut başlangıçlı sol alt kadranda olan, defekasyon ile gerileyen, kanlı veya kansız ishal ile birlikte görülen klinik tabloya yol açar. Kültür ile tanı koyulur. Kinik tablo genellikle 4 haftadan kısa bir süre içinde tedavi ile geçer veya kendini sınırlar.

İritabl barsak sendromunda (İBS) karın ağrısı tekrarlayan ve kronik tiptedir. Lokalizasyonu genellikle tüm karında ve gezici tarzdadır. Ağrı ile birlikte defekasyon alışkanlığında ishal ya da kabızlık şeklinde değişiklik olur. Defekasyon ile ağrı azalır. Tanı tetkiklerde anormal bulgunun olmaması ve roma III kriterlerine (tablo 3) göre koyulur.

Divertikül iştiraki lümen ile kesilmemiş barsak duvarından barsak duvarından dışarı doğru uzanan çıkıntı olarak tanımlanabilir. Bu çıkıntıyı oluşturan yapı tüm barsak duvarından oluşuyor ise gerçek, sadece mukozaya ve submukozadan oluşuyor ise yalancı (psödodivertikül) divertikül olarak tanımlanır. Yaşla birlikte sıklığı artar. En sık sigmoid kolonda olmak üzere kolonda proksimale gittikçe görülme oranı düşer. Rektumda (kas katmanı oldukça güçlü olması nedeniyle) divertikül görümez. Divertikül ağzının tıkanması sonrası aynı apandiks de olduğu gibi fizyopatolojik mekanizmalar divertikülit gelişimine neden olur. Yaşlı kişilerde sol alt kadranda olan akut ağrıya akla gelmelidir. Bazen sol alt kadranda palpe edilebilen abse formasyonuna (aslında kapalı bir perforasyondur) neden olabilir. Nadiren sınırlama olmadan direk periton içine perforasyon olarak yaygın peritonite de neden olabilir. Ultrasonografi ile kolaylıkla tanısı koyulur hatta tedavi takibi de yapılabilir. Bazen BT ile de tanımı teyit etmek gerekir.

Gastrointestinal traktın iskemiyeye en duyarlı alanı splenik fleksura ve çevresindeki kolon segmentidir, çünkü bu bölgede kolleteral akım zayıftır. Bu nedenle intestinal iskeminin en sık rastlanan formu iskemik kolittir. Rektumun internal ilak arterden de kanlanması olduğundan ve kolleteral dolaşımı oldukça iyi olduğundan iskemiyeye dirençlidir. Rektum

Tablo 3. İritabl barsak sendromu tanısı için roma III kriterleri

Şikayetlerin en az 6 aydır olmalı, son üç ayda, ayda en az üç kez karında ağrı, rahatsızlık hissi ile birlikte aşağıdakilerden ikisi

* Defekasyon ile ağrının geçmesi

* Şikayetlerin başlaması ile defekasyon alışkanlığında değişiklik

* Şikayetlerin başlaması ile gaita şeklinin değişmesi

mukozasının sağlam olması tanı ve ayırıcı tanı için önemlidir. İskemik kolit vasküler yatakta tıkanmadan (emboli, trombus) ziyade kan akımının azalmasından kaynaklanır. Risk faktörü olanlarda (yaşlı, dehidratasyonu veya hemodinamik insitabilitesi olanlarda) sol üst ya da alt kadranda başlayan akut kolik veya sürekli tarzda karın ağrısı olanlarda akla gelmelidir. Beraberinde bulantı kusma ve rektal kanama (genellikle az miktarda), distansiyon ve ateş olabilir. Sıklıkla hemodinamik insitabilitenin düzelmesi sonrası hastalık kendi kendini sınırlar. Tanıda anjiografinin yeri yoktur. Tanı, uygun klinik tabloda endoskopik olarak sağlam rektum mukozasına eşlik eden splenik fleksura inen kolon ve sigmoid kolonda mukozada hiperemi, ödem, konjesyon ve ülserasyonlar görülmesi, patolojide konjesyon, submukozal hemoroji, ödem ve intravasküler trombus saptanması ile konur. Kronik iskemide transmural fibrozis, hemosiderin pigmenti, kronik inflamasyon ve mukozal atrofi tanısaldır.

Genitoüriner sistemden kayanaklanan hastalıklar sağ alt kadranda olduğu gibidir.

Epigastriumda Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

Epigastrium bölgesi alt kenarı arkus kostaryumların en alt uçlarını birleştiren yatay çizgi, üst kenarı arkus kostaryum ve ksifoid çıkıntı, kenarlarını ise sağ-sol midklavikular çizgilerin oluşturduğu daha küçük ve spesifik orta hatta olan bir alandır (fonksiyonel hastalıkları değerlendirilirken epigastrik bölge olarak alt sınırdan geçen hat, umblikus düzeyinden geçen yatay hat olarak tanımlanmıştır, Romo III kriterleri, dolayısı fonksiyonel hastalıkları değerlendirilirken epigastrik bölge biraz daha genişletilmiştir). Orta hatta olması nedeni ile üst abdomende bulunan organların visseral ağrısının hissedildiği alandır. Ayrıca özofagusun intarabdominal parçasını ilgilendiren özofajit, özofagus Ca, darlıklar, distal özofagus rüptürüne (boherhave sendromu) bağlı gelişen ağrılar epigastriumda hissedilebilir. Akut ya da kronik pankreatitler, pankreatik kitleler, biliyer kolik, kolesistit, kolanjit, koledokolitiazis, kolanjiyosellüler Ca, peptik ülser, gastrit, mide kanseri, peptik ülser perforasyonu, mide volvulusu, mide çıkış obstrüksiyonu başlıca epigastriumda ağrı nedeni olabilecek gastrointestinal hastalıklardır. Ayrıca epigastriumda toraksa ait yansıyan ağrılarda sıklıkla görülür. İnferyor miyokard enfaktisine (MI) bağlı ağrılar, göğüsde ağrı olmadan sadece epigastriumda hissedilebilir. Bu nedenle epigastriumda ağrısı olan herkeste Mİ düşünülmalıdır. Ayrıca kardiovasküler olarak perikardit, aort anevrizması da epigastriumda ağrı nedeni olabilir. Plevra ve akciğere ait pnömoni, pulmoner emboli, plörit de epigastriumda lokalize ağrı nedeni olabilir.

Periumbilikal Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

İnce bağırsak ve sağ kolon (çekum, çıkan kolon) ve apendiks in visseral ağrıları orta hatta hissedilir (Resim 2). Gastroenteritler, mesenter iskemisi, aort anevrizması ve diseksiyonu, intestinal obstrüksiyona bağlı ağrılar burada lokalize olabilen başlıca ağrı nedenleridir.

Hipogastrik Ağrı Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

Sağ kolon dışında kalan kolon ve genitoüriner sistem organlarına ait visseral tip ağrılar burada hissedilir (Resim 2). Hipogastrik bölgedeki ağrılar genellikle jenekolojik ve ürogenital patolojilere bağlıdır.

Yaygın Karın Ağrısı Yapan Nedenleri ve Tanısal Özellikleri

Tüm kadrantlarda hissedilen ağrılar akut başlangıçlı ise hekimin çok dikkatli olmasını gerektirir, çünkü genellikle ciddi hayati tehdit eden bir hastalık olduğunu işaret eder. Bazen koeksistit, apendisit gibi lokalize inflamatuvar hastalığa tanı koyulmasında gecikmeler sonrası gelişen yaygın peritonitin bulgusu olarak görülür. Genellikle bu hastalarda yüksek ateş, taşikardi ve hipotansiyon ve şok tablosu eşlik eder. Mesenter iskemisi ve intestinal obstrüksiyona bağlı olarak gelişen karın ağrıları genellikle yaygındır. Mesenter iskemisinde ağrı çok şiddetli hissedilir ancak fizik muayene bulguları çok önde değildir (Ağrı ile korele olmayan FM bulguları mevcuttur). Sürekli bir ağrı tarif eder hasta. Özellikle yaşlı atreskleroz sahip daha önce serebrovasküler olay geçiren, miyokard enfaktüsü geçiren, arial fibrilasyonu olan hastalarda, gençlerde ise kolojen doku hastalığı veya vaskülitli olanlarda, nar-

kotik ajan kullananlarda özellikle mesenter iskemisi düşünülmelidir. İntestinal obstrüksiyona sekonder gelişen karın ağrıları kolik (sancı) tarzında olup, distansiyon bulantı kusama (bazen fekaloid kusma) ve gaz gaita çıkışının olmaması ile karakterizdir, özellikle 24 saatten daha uzun bir süre gaz çıkışının olmaması klinik olarak daha anlamlıdır. Fizik muayenede saptanan hiperaktif barsak sesleri ve ayada direk batın grafisinde tespit edilen üç den fazla hava sıvı seviyesi bulgusu ile tanı koyulur. Daha önce benzer şekilde yaygın karın ağrısı atağı olanlarda, kolesistektomi, apendektomi (sıklıkla daha önceki ataklarda kolesistit ve apandisit zannedilerek opere edilir) öyküsü de mevcut ise, ailesinde de benzer karın ağrısı atakları ya da ailevi Akdeniz ateşi (FMF) mevcut ise, hastada FMF düşünülmelidir. Özgeçmişinde 4-6 hafta önce geçirilmiş üst solum yolu hikayesi olanlarda ani başlayan karın ağrısı, hematüri, rektal kanama, karın alt kısmında ve bacaklarda olan palpabl purpura (trombositopeni olmaksızın) lökositoklastik vaskülit (henoch schönlein purpurası) için neredeyse tanı koydurucudur.

Kaynaklar

1. Penner MR, Fishman MB. Evaluation of the adult with abdominal pain. In: Aurbach AD, Aronson MD. Up to date 2016.
2. Fishman MB, Aronson MD, Chacko MR. Chronic abdominal pain in children and adolescents: Approach to the evaluation. In: Middleman AB, Ferry GD. Up to date 2016.
3. Penner MR. Causes of abdominal pain in adults. In: Aurbach AD, Aronson MD, Up to date 2016.
4. Millham FH. Acute Abdominal Pain. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Volume 1. Philadelphia: PA 19103-2899. Printed in Canada; 2015. P.161-174.
5. Yarze JC, Friedman. Chronic Abdominal Pain. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ, eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Volume 1. Philadelphia: PA 19103-2899. Printed in Canada; 2015. P.175-184.