



Ölümcül Abdominal Hastalıklar (Pankreatit, kolanjit, mezenter iskemi, dış gebelik rüptürü)

Doç. Dr. Cemil KAVALCI

Başkent ÜTF Acil Tıp AD, Ankara

Hedefler-Sunum Akışı

- Akut karın ağrısı tanımı
- Ağrı fizyopatoloji, tipleri
- Nedenleri
 - Karın nedenli
 - Karın dışı nedenli
- Ölümcül abdominal hastalıklar
 - Pankreatit,
 - Kolanjit,
 - Mezenter iskemi,
 - Dış gebelik rüptürü

Vaka 1

- 55 yaşında erkek hasta dün akşam, epigastriumdan başlayan ve her iki böğürden bele doğru yayılan ağrı şikayeti ile acile geliyor. Bulantı, kusma, iştahsızlık şikayeti var. FM'de epigastrik hassasiyet, göbek etrafında ekimoz mevcut. Serum amilazı >1000 IU

Vaka 2

45 yaşında erkek hasta ateş, idrarında sararma ve karın ağrısı şikayeti ile acil servise geliyor. FM'de skleralar ikterik, sağ üst kadranda hassasiyet +, defans, rebound yok, Lab'da AST, ALT, GGT direk bilirubin artmış, lökosit 21000,

Vaka 3

- 65 yaşında bayan hasta aniden başlayan şiddetli, lokalize edemediği karın ağrısı, kusma ve kanlı ishal ile acile geliyor. Ağrı devamlı karakterdeymiş. Özgeçmişinde Atrial fibrilasyon mevcut. FM'de barsak sesleri azalmış, defans -,rebound -. Lökosit 15.000, kan gazında metebolik asidoz

Vaka 4

- 35 yaşında bayan hasta şiddetli karın ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile acil servise geliyor. Ağrının sağ alt kadrana lokalize olduğu öğreniliyor. RIA kullanıyor. FM'de sağ adneksiyal bölgede kitle ele geliyor.



Maketa gölü

Akut Karın Ağrısı

Non-travmatik nedenlerle ortaya çıkmış



1 haftadan daha kısa süredir var olan



**Belirti ve bulguların karın bölgesinde
yoğunlaştığı karın ağrısıdır**

Epidemiyoloji

- En sık başvurulardan: % 5 – 10
- Hikaye, vital bulgular ve fizik muayene ile tanı konulamayabilir ve laboratuvar sıklıkla yardımcı değildir

Epidemiyoloji

- Etiyoloji çoğunda belirsiz: % 42
- Cerrahi neden % 15-40
- Yatış: % 20 - 40
- Yaşlılarda yatış: % 60
- >65 yaş hastalarda hayatı tehdit eden durumlar daha sık.
 - Örnek: divertikülit, abdominal aort rüptürü, mezenter iskemi

Ağrı Mekanizmaları

- Visseral Ağrı
- Somatik Ağrı
- Yansıyan Ağrı

Visseral Ağrı (otonomik)

- Karın orta hattında, periumblikal bölgede bazen yaygın olarak hissedilir
- Tam lokalize edilemez, künt ağrı modelidir.
- Hastalığın hafif olduğu başlangıç evrelerinde ortaya çıkar. (ör: akut apandisit başlangıç evresi)
- Embriyonejik orijinle ilgili.
- Beyinde Talamusda yorumlanır.
- Ağrı var, bulgu yok.



Embriyonik orijin	Organlar	Visseral ağrı lokalizasyonu
Foregut	Mide, duodenumun 1. ve 2. parçası, KC, safra kesesi, pankreas	Epigastrik bölge
Midgut	Duodenumun 3. ve 4. parçası, jejunum, ileum, çekum, apendiks, çıkan kolon, transfer kolonun ilk 2/3	Periumbilikal bölge
Hindgut	Transfer kolonun son 1/3 ü, inen kolon, sigmoid kolon, rektum, intra periteneal GÜ organlar	Suprapubik bölge

Somatik Ağrı (paryetal)

- Enflamasyon parietal peritona ulaşınca
- Daha keskin, şiddetli
- İyi lokalize edilir, lokalize hassasiyet
- Sürekli olma eğilimi
- Altta yatan hastalık ilerledikçe visseral ağrı yerini hassasiyet ve defansa yol açan parietal ağrı bulgularına bırakır
- Beyinde kortekste yorumlanır.



Yansıyan Ağrı

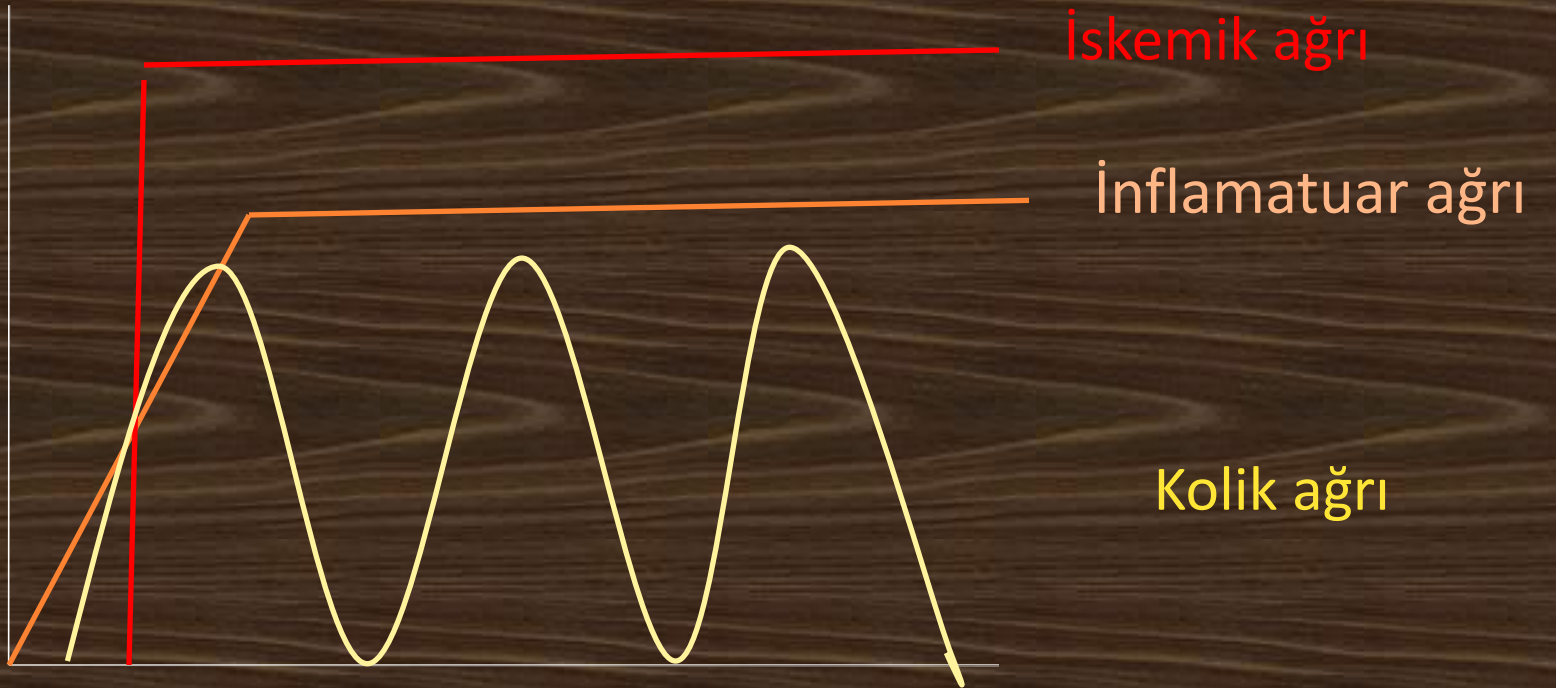
- Hem visseral, hem de somatik ağrının özelliklerini taşır
- Uyarının başladığı yerden çok uzakta bulunan hastalıklı organla aynı nöral segmentten innerve olan alanda hissedilir
- Kehr belirtisi: C4 frenik sinir (omuzda ağrı)
- Safra kesesi: T9 (sağ scapula altı)



Büyük İskender, Makedonya

Ağrı Karakterine

- İnflamatuvar Ağrı
 - Sürekli, akut karın patolojilerin % 80 bu tipte ağrı var.
- A.Apandisit, A.kolesistit
- Kolik Ağrı
 - İçi boş organların ağrısı
 - Mekanik barsak tıkanması, böbrek kolığı ...
- İskemik Ağrı
 - En şiddetli ağrı tipi
 - Ani ve şiddetli başlar.
 - Fizik muayene bulguları silik olabilir.
 - Akut mezenter iskemi



Diffüz ağrı

- Erken apendisit
- Aort anevrizması
- **Aort disseksiyonu**
- Barsak obstriksüyonu
- FMF
- Gastroenterit
- Ağır metal zehirlenmesi
- Sıtma
- **Mezenterik iskemi**
- Metabolik bozukluklar
- Narkotik geri çekilmesi
- Pankreatit
- Perfore barsak
- Peritonit
- Orak hücre krizi
- Volvulus

Apendisit (retroçekal)

Bilier kolik

Kolanjit

Kolesistit

Hepatit

KC apsesi

KC konjesyonu

Herpes zoster

Myokard iskemisi

Perfore duodenum ülseri

Pnömoni

Gastrik ülser

Gastrit

Herpes zoster

Miyokard iskemisi

Pankreatit

Pnömoni

PTE

**Dalak rüptürü/
distansiyonu**

**SAĞ ÜST
KADRAN**

**SOL ÜST
KADRAN**

Alt Kadran Ağrısı

• Sağ alt kadran ağrısı

- Aort anevrizması
- Apendisit
- Crohn
- Divertikülit(çekum)
- Ektopik gebelik
- Endometriyozis
- Herpes zoster
- İnguinal herni
- İskemik kolit
- Meckel divertikülüti
- Mittelschmerz
- Over kist rüptürü
- Over torsiyonu
- PID
- Psoas absesi
- Testis torsiyonu

• Sol alt kadran ağrısı

- **Aort anevrizması**
- **Divertikülit (sigmoid)**
- **Ektopik gebelik**
- Endometriyozis
- Herpes zoster
- İnguinal herni
- İskemik kolit
- Mittelschmerz
- Over kist rüptürü
- Over torsiyonu
- PID
- Psoas absesi
- Testis torsiyonu

Tanımlamalara Dikkat

Non-spesifik Karın Ağrısı (NSKA)

Akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda tüm incelemelere rağmen kesin tanının konulamadığı gruptur. Gastrit, gastroenterit, üriner enf. bu tanıma girmez.

- “Tanısı Konmamış Karın Ağrısı”

Akut Karın Ağrısının En Sık Nedenleri

- Nonspesifik karın ağrısı...%34
- Apandisit...%28
- Safra yolu hast...%10
- Barsak obs...% 4
- Jinekolojik hast...% 4
- Pankreatit...% 3
- Renal kolik...% 3
- Peptik ülser perforasyon...% 3
- Malignite...% 2
- Divertiküler hast...% 2
- Diğer...% 6

Cerrahi Karın Ağrısı Nedenleri

- GIS Nedenleri

- A. Apandisit
- Divertikülit
- Barsak Tıkanması
- A. Kolesistit
- **A. Pankreatit**
- KC absesi
- Kist hidatik rüptürü
- Gastrik Volvulus
- **A. Kolanjit**
- Dalak apsesi
- Spontan dalak rüptürü

- Jinekolojik Nedenler

- Over Kist Torsiyonu
- Over kist rüptürü
- **Dış Gebelik rüptürü**

- Vasküler

- Aort anevrizma rüptürü
- Aort disseksiyonu
- **İskemik Barsak Hastalığı**

- Karın duvarı

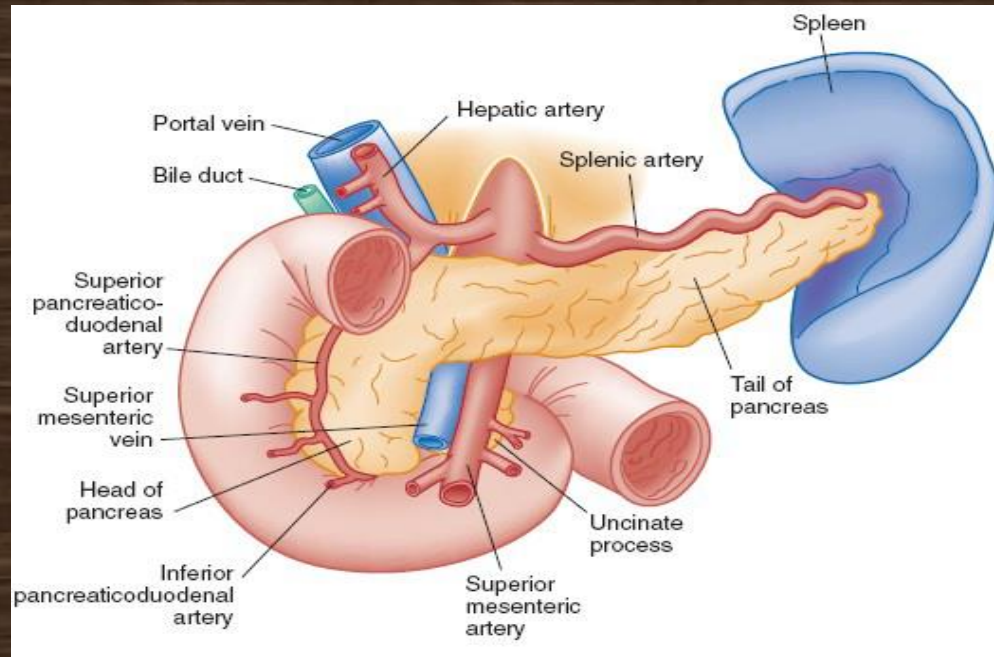
- Rectus Hematomu
- Boğulmuş Fıtık



Firtına deresi, Rize

Akut Pankreatit

- L1- L2 seviyesi, retroperitoneal yerleşim
- Duodenum, vena cava inferior, vena porta, aort, sol vena renalis ve sol surrenal bez ile komşu



Anatomi ve fonksiyonlar

- Endokrin fonksiyonlar
 - İnsülin
 - Glukagon
 - Somatostatin

- Ekzokrin fonksiyonlar
 - Tripsinojen
 - Kemotripsinojen
 - Karboksipeptidaz
 - Elastaz
 - Lipaz
 - Amilaz
 - Maltaz
 - Laktaz
 - Sükaraz



Tanım



- Pankreasın komşu organlar ve uzak sistemleri de etkileyebilen akut inflamasyonu

Epidemiyoloji

- Akut pankreatit görülme sıklığı populasyonlara göre değişir
- 100.000'de 40 - 1000'de 5
- > 50 yaş kadınlar (safra taşları)
- 35 – 45 yaş arası erkekler (alkol)

Patofizyoloji

- Çeşitli nedenlerle pankreatik kanallar tıkanır



- Kanal içi basıncı artar



- Asiner parçalanma ve adacık harabiyeti



- Pankreatik enzimler ortama dökülür

Toxic

Alcohol, methanol
Drugs
Scorpion bites (In Trinidad)

Metabolic

Hypercalcemia (often from hyperparathyroid)
Hyperlipidemia and hypertriglyceridemia (triglyceride levels
>1000 mg/dL)

Obstructive

Biliary tract disease
Ampullary tumors
Pancreas divisum with obstruction of the accessory duct
Periampullary duodenal diverticula
ERCP and postpancreatography
Pancreatic neuroendocrine tumors
Pancreatic carcinoma
Sphincter of Oddi fibrosis, stricture, tumor, or hypertension

Infectious**Viral**

Adenovirus
Coxsackievirus
CMV
EBV
Echovirus
Hepatitis A, B, C viruses
HIV
Varicella
Rubella

Cryptococcus
Cryptosporidium
Dysentery
MAI
Mumps
Mycobacterium TB
Mycoplasma species
Legionella species
Leptospirosis
Salmonella typhimurium
Scarlet fever
Streptococcal food poisoning
Toxoplasma infection
Tuberculosis
Ascariasis

Other Causative Disorders/Conditions

Diabetic mellitus, DKA
Crohn's disease
Cystic fibrosis
Emboli (atherosclerotic)
Hemochromatosis
Hereditary pancreatitis
Hypothermia
Vasculitis
Lupus
Polyarteritis nodosa, malignant hypertension
Ischemia from hypoperfusion
Perforated ulcer
Postoperative

Klinik

- Epigastriumdan başlayan ve her iki böğürden bele doğru yayılan ağrı (*kuşak tarzında ağrı*)
- Hasta sırt üstü yattığında ağrı artar
- Omza yayılabilir

Klinik

- % 90 olguda **bulantı, kusma**
- Hasta kusma ile rahatlamaz
- Diafragma irritasyonu sonucu **hıçkırık**
- Paralitik ileus
- %25 olguda subikter/ikter
- Ateş, taşikardi, takipne

- %30 olguda akciğer patolojisi (*atelektazi, emboli, effüzyon*)
- Alveolar ventilasyon/ pulmoner kapiller akım bozulmuştur
- Kan yeterince oksijene edilemez
- Vazoaktif aminler akciğer ödeme yol açar
- Karın distansiyonu

- AP' de muayene bulguları belirgin değildir
 - epigastrik hassasiyet
 - ciddi bir defans tespit edilemez
 - ateş, taşikardi, takipne
 - sol CVAH
- Grey-Turner belirtisi (geç dönem)
- Cullen belirtisi (geç dönem)
- sistemik belirtiler





Tanı – Serum Amilaz Değeri



- AP'in erken döneminde (2-12 saat) 3 katına çıkabilir ve 48-72 saat sonra normale dönmeye başlar
- > 1000 iU olması tanısıl

Amilaz

- Serum amilazının bir kısmı idrarla atılır
- Hastaların 1/3'ünde ≤ 200 iU
- 1/3'ünde > 500 iU
- Amilaz düzeyi ile AP şiddeti arasında bir korelasyon yoktur

Amilazı arttıran diğer nedenler

- Kronik pankreatit
- Pankreatik travma
- Pankreatik kanser
- Pankreatik apse
- Pankreas psödokisti
- Akut kolesistit, kolanjit
- Ülser perforasyonu
- İntestinal obstruksiyon
- Divertikulit, Crohn
- AAA rüptürü
- Parotis hastalıkları
- Akut apandisit
- Mezenter iskemi
- Over tümörü, PID

Lipaz

- Esasen pankreasta, az miktarda mide, karaciğer ve barsak mukozasında bulunur
- Kan seviyesi daha uzun süre yüksek kalır
- Lipaz seviyesindeki ileri derece artış AP için patognomik
- Amilazdan daha spesifik
- Lipaz/amilaz oranı alkolik pankreatitin ayırıcı tanısında

Tripsinojen

- AP'de serum ve idrar tripsinojen düzeyi birkaç saat içinde artar
- 3 gün yüksek kalır sonra düşmeye başlar

Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery
Original Article



Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2010;16 (2):125-129
Klinik Çalışma

The role of urine trypsinogen-2 test in the differential diagnosis of acute pancreatitis in the Emergency Department

Acil serviste akut pankreatit ayırıcı tanısında idrar tripsinojen-2 testinin yeri

Yunsur ÇEVİK,¹ Cemil KAVALCI,² Mehmet ÖZER,³ Murat DAŞ,¹
Gülten KIYAK,³ Mehmet ÖZDOĞAN³

Tanı - Laboratuvar

- İL- 6, İL- 8
- Prokalsitonin
- Karboksipeptidaz
- Elastaz
- Amiloid – A
- Araştırılıyor, kullanımı yaygın değil

Tanı - Laboratuvar

- Serum kalsiyum değeri < 8 mg/dl kötü prognoz
- %20 olguda hiperglisemi
- %25 olguda bilirubin artışı
- Lökositoz
- EKG'de ST çökmesi görülebilir

Tanı – Radyoloji*

- USG ve BT'de
 - peripankreatik sıvı birikimi
 - pankreas dokusunda ödem
 - karın içi serbest sıvı
 - kitlesel yağ nekrozları
 - pankreastaki kist ve apse oluşumları
 - safra yolu patolojileri

Tanı - Radyoloji

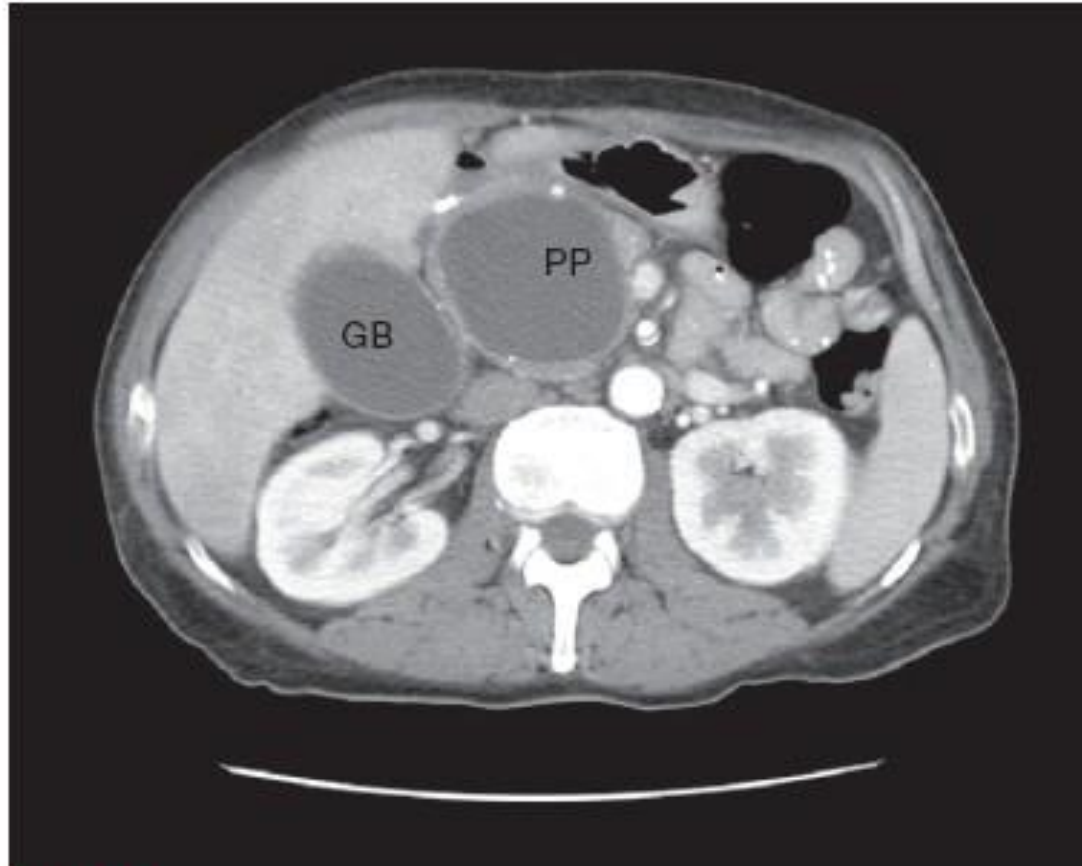


Figure 89-2. CT scan showing pancreatic pseudocyst (PP). In this patient, the pseudocyst was so large as to compress the common bile duct, causing obstructive jaundice. GB, gallbladder.

Hastalık Şiddeti ve Prognoz

- Genellikle kendini sınırlar
- %20 oranında mortalite/morbidite riski
- Sistemik tutulum mevcut ise prognoz kötü
- Hastalık şiddetini belirlemek için çok sayıda skorlama sistemleri

BOX 89-3

RANSON'S CRITERIA FOR PANCREATITIS-ASSOCIATED MORTALITY

At Admission

Age >55 years
WBC >16,000/mm³
Glucose >200 mg/dL
LDH >350 IU/L
AST >250 SF units

Within 48 Hours of Admission

Hematocrit fall >10%
BUN rise >5 mg/dL
Calcium <8 mg/dL
Po₂ <60 mm Hg
Base deficit >4 mEq/L
Fluid sequestration >6 L

Substitute if Gallstone Induced Admission:

Age >70 years
WBC >18,000/mm³
Glucose >220 mg/dL
LDH >400 IU/L
AST >250 SF units

Within 48 Hours of Admission

Hematocrit fall >10%
BUN rise >2 mg/dL
Calcium <8 mg/dL
Base deficit >5 mEq/L
Fluid sequestration >4 L

Add the Total Number of Signs at 48 Hours:

Number

0-3
3-4
5-6
>7

Associated Mortality Rate

1%
15%
40%
100%

Criteria for severe acute pancreatitis—one or more of the following:

1. Ranson score 3 or higher on admission (or during the first 48 hours)
2. APACHE II score 8 or higher at any time during course
3. Presence of organ failure
 - Shock (systolic blood pressure less than 90 mm Hg) or
 - Pulmonary insufficiency (Pao_2 60 mm Hg or less on room air) or
 - Renal failure (serum creatinine >2 mg/dL after fluid resuscitation)
4. Systemic complications
 - DIC (thrombocytopenia and hypofibrinogenemia and fibrin split products) or
 - Metabolic complications (serum calcium 7.5 mg/dL or less) or
5. Presence of one or more local complications (pancreatic necrosis, pancreatic abscess, pancreatic pseudocyst)

İmrie Kriterleri

- *İlk 48 saat için değerlendirilir*
- $PO_2 < 80 \text{ mmHg}$
- $Ca < 2 \text{ mmol/Lt}$
- $Albumin < 3,2 \text{ gr/Lt}$
- $Glikoz > 10 \text{ mmol/Lt}$
- $Ure > 16 \text{ mmol/Lt}$
- $LDH > 600$
- $AST > 200$
- $Lökositöz > 15.000$

Baltazar sınıflaması

Table 82-5 CT Severity Index for Acute Pancreatitis

Grade of Acute Pancreatitis		Score
Normal pancreas		0
Pancreatic enlargement		1
Inflammation involving pancreas and peripancreatic fat		2
Single fluid collection or phlegmon		3
Two or more fluid collections or phlegmons		4
Degree of Pancreatic Necrosis		Score
No necrosis		0
Necrosis of one third of pancreas		2
Necrosis of one half of pancreas		4
Necrosis of more than one half of pancreas		6
Interpretation (minimum score = 0 and maximum score = 10)		
Severity Index	Mortality (%)	Complications (%)
0-1	0	0
2-3	3	8
4-6	6	35
7-10	17	92

Table 82-3 Complications of Acute Pancreatitis

Local	Systemic
Pancreatic necrosis	Cardiovascular
Sterile	Hypotension
Infected	Hypovolemia
Pancreatic fluid collection	Myocardial depression
Pancreatic abscess	Pericardial effusion
Pancreatic pseudocyst	Pulmonary
Pleural effusion and fistula	Hypoxemia
Pancreatic ascites	Atelectasis
Involvement of peripancreatic tissues with necrosis	Pleural effusion
	Pulmonary infiltrates
Hemorrhage	Acute respiratory distress syndrome
Pancreatic pseudocyst	Respiratory failure
Pseudoaneurysm	Hematologic
Thrombosis—splenic vein, portal vein	Disseminated intravascular coagulation
Bowel infarction	GI
Biliary obstruction with jaundice	Peptic ulcer disease/erosive gastritis
	GI perforation

Abdominal Disorders

Perforated viscus
Peptic ulcer disease
Cholecystitis, gallbladder colic
Cholangitis
Gastroenteritis
Nephrolithiasis or pyelonephritis
Bowel obstruction
Mesenteric ischemia
Abdominal aortic aneurysm
Ectopic pregnancy

Cardiopulmonary Disorders

Myocardial infarction
Pericarditis
Pneumonia
ARDS
Pleural effusion

Systemic Disease

Sickle cell crisis

Tedavi

- Temel hedef pankreatik ekzokrin salgıyı azaltmak ve organı dinlenmeye almaktır
 - ilk tedavi medikal
 - ağrı kontrolü
 - organın istirahate sevk edilmesi
 - gereken olgularda ERCP/cerrahi

Tedavi

- Vital bulguların stabilizasyonu (3. boşluk)
- Sıvı-elektrolit tedavisi
- Hemoglobin takibi
- Ca replasmanı, kan şekeri takibi
- Ağrı kontrolü (oddi sfinkter spazmını çözen ilaçlar)

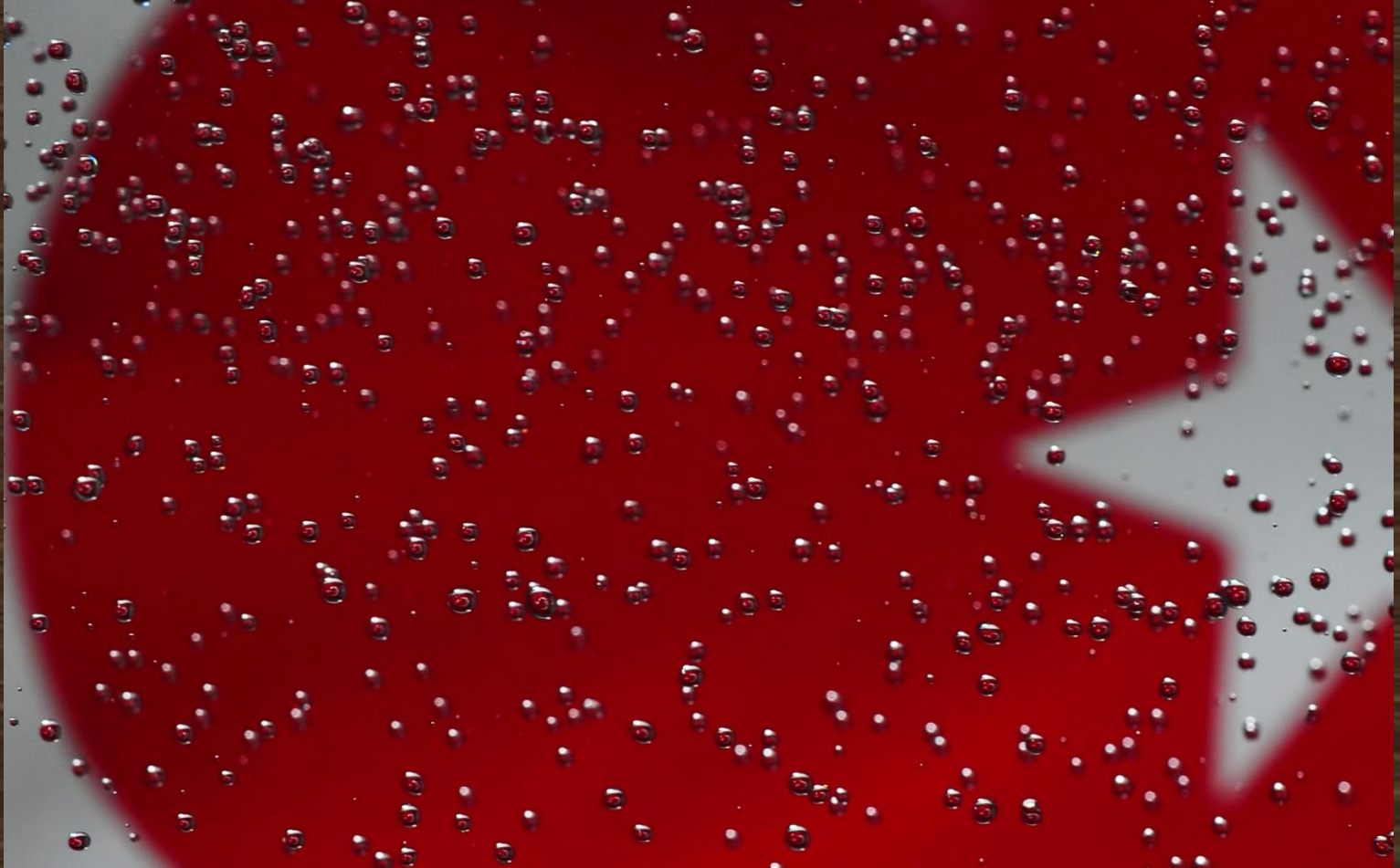
Tedavi

- Pankreası dinlenmeye almak için
 - oral alım kesilir
 - N/G dekompresyon
 - mide asit salgısı inhibisyonu

Taburculuk ve Yatış

- Sistemik komplikasyon yok
 - Etiyolojik faktör safra yolları değil
 - Oral sıvı alımı yeterli
 - Ağrı kontrolü sağlanan hastalar
-
- Diğer hastalar yatırılmalı

Taburcu,
erken
kontrol



Akut KOLANJİT

- İntrahepatik veya ekstrahepatik safra yolları tıkanıklığı, safra stazı ve infeksiyonun birlikte görüldüğü lokal veya sistemik patolojik değişiklikler

Patofizyoloji

- Safra yollarında tıkanıklık
- Safra yolu basınç artışı
- Bakteriyel kolonizasyon
- Bakteriyemi

Etyoloji

- Safra yollarında taş (*koledokolitiyazis*)
- Striktür, malignite, anastomoz darlıkları
- Nonoperatif biliyer girişimler

Klinik

- Hafif – ağır olgular
- Karın ağrısı, sarılık, ateş (*Charcot triadı, %50-70*)
- Karın ağrısı, sarılık, ateş, hipotansiyon, bilinç bozukluğu (*Reynold pentadı, %30*)



Klinik - Laboratuvar



- Lökositoz
- CRP artışı
- KCFT artışı (*ALT, AST,*
- *AP, GGT*)
- Bilirubin artışı
- Kan kültürü
- Amilaz
- Böbrek fonksiyonları
- Trombosit sayısı ↓
- PT

Tanı

- Safra yolları hastalığı öyküsü, geçirilmiş safra yolları girişimi tanıyı destekler
- Görüntüleme yöntemleri:
 - USG ve BT safra yollarında tıkanma olup olmadığı ve tıkanmanın seviyesini gösterir
 - Birbirlerine üstünlükleri yoktur. Birbirini tamamlayan iki yöntem

Dilate intrahepatik safra yolları



Kolelitiyazis



Koledokolitiazis





Ayırıcı Tanı



- Akut kolesistit
- Peptik ülser
- Akut pankreatit
- Akut hepatit
- Diğer sepsis nedenleri

Tedavi

- Erken tanı
- Sepsis ile mücadele
- Oral alım kesilir
- Sıvı – elektrolit resusitasyonu
- Antibiyoterapi (*piperacilin+tazobactam, mezlocilin, imipenem vb*)
- Gereken hastalara erken dekompresyon



Zilkale, Rize

Akut Mezenter İskemi

- Barsakları besleyen vasküler yapının tıkanması veya daralması sonucu gelişen barsak iskemisi
- Tüm GIS hastalıklarının % 1-2
- > 50 yaş, 2/3 kadınlar
- Özellikle aterosklerotik, hipertansif, kardiyovasküler hastalık (*AF, geçirilmiş MI, periferik/serebral emboli, yapay kapak, dijital kullanımı*) öyküsü olanlar

Patofizyoloji

4 mekanizma

- Kalp veya torasik aortadan kaynaklı emboli
- Aterosklerotik darlığı olan arterin trombozu
- Proksimal barsak arterlerinde tıkanıklık olmaksızın periferik arterlerde gelişen nonokluziv mezenter iskemi
- Akut mezenterik venöz tromboz

Etyoloji - Patofizyoloji

- SMA Embolisi, % 50
- SMA trombozu, % 25
- Non okluziv mezenter iskemi, % 20
- Venöz tromboz, % 10-15

Patofizyoloji

- Etyoloji ne olursa olsun
 - *iskeminin süresi*
 - *mezenter tıkanmanın seviyesi*
 - *kollateral akım oranı*

barsak hasarını dolayısıyla prognozu belirler

- Lokalize olmayan şiddetli karın ağrısı (*bazen periumblikal*)
- Karın muayenesi ile korele olmayan ağrı
- Kusma
- % 25 olguda kanlı ishal
- İskemi ilerleyince peritoneal irritasyon bulguları
- Azalmış barsak sesleri

Klinik

- Vital bulgular başlangıçta normal
- Taşikardi, takipne, hipotansiyon, terleme
- Tüm sistemik muayene yapılmalı
- Etyolojiye ait öykü ve muayene araştırılmalı

Tanı

- Klinik şüphe, erken tanısal inceleme
- Olguların yarısında lökositoz (> 20.000)
- Amilaz, LDH, ALP artışı (*geç dönem, nonspesifik*)
- % 25 olguda serum fosfor düzeyi artmış
- Metabolik asidoz, prerenal azotemi

Tanı

- Mezenter iskemide D – Laktat seviyesi anlamlı olarak yüksek bulunmuştur
- D – Laktat ve D- Dimerin yüksek NPD vardır
- İntestinal yağ asidi bağlayıcı proteinin incelendiği çalışmalar yapılıyor

Tanı

- Doppler USG
 - *kolon ve ince barsak duvarında kalınlaşma*
 - *SMV içinde hava*
 - SMA çıkışındaki darlık veya tıkanmayı gösterebilir

Tanı

- İv kontrastlı BT
 - *dilate barsak ansları*
 - *mezenterik ödem*
 - *barsak duvarında gaz*
 - *portal vende gaz*
 - *SMA'nın kontrast madde ile dolmaması*
 - *SMV içindeki trombüs (%90-100 saptanır)*

Tanı

- Mezenterik anjiyografi gold standart
 - *tıkanmanın lokalizasyonu*
 - *tromboz*
 - *emboli*
 - *NOMİ ayrımı yapılabilir*

Tanı

- Mezenter anjiyografi ile erken tanı ve aynı seansta tedavi şansı
- Vazodilatör ve fibrinolizis uygulanabilir

Tedavi

- Sıvı – elektrolit replasmanı
- Asit baz dengesinin sağlanması
- Kateterizasyon (*santral, iv, N/G, idrar*)
- Geniş spektrumlu antibiyotik
- Antikoagülasyon (*iv heparin*)
- Vazokonstrüktör ajanlardan kaçınılır
- Destek tedavisi, yoğun bakım

Tedavi

- Hemodinamik stabilizasyon sağlandıktan sonra
 - *anjiyografik kateterizasyon*
 - *fibrinolizis*
 - *trombektomi*
 - *laparotomi*
- NOMİ (*heparin, kateter yoluyla vazodilatör*)



Poseidon , Batum

Ektopik Gebelik

- Fertilize ovumun endometriyal kavite dışında bir alana yerleşmesi
- İlk trimesterde görülen ölümlerin en önemli nedeni

Epidemiyoloji

- Görülme sıklığı giderek artmaktadır
- Mortalite ve morbidite azalmaktadır (*tanı ve tedavide gelişmeler*)
- 20 – 40 yaş arası, gelişmiş sosyoekonomik seviye
- Tüm gebeliklerin % 0.5- 2 de görülür

Patofizyoloji

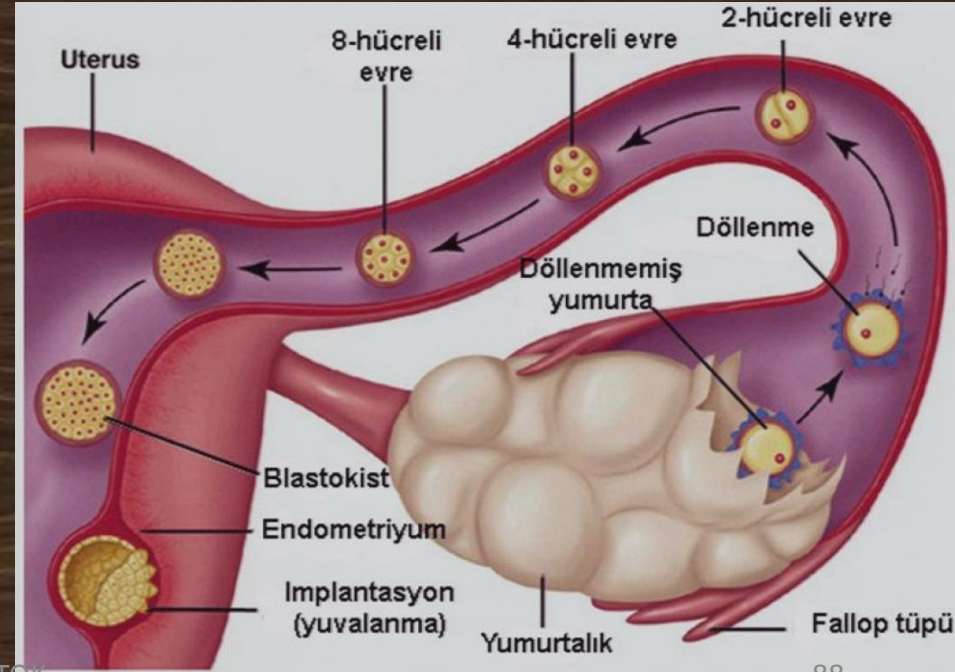
- Fallop tüplerinde tıkanıklık
- Fallop tüplerinde hareket kısıtlılığı (*ovum transportunda gecikme ve ektopik gebelik riski*)

Patofizyoloji

- Geçirilmiş ektopik gebelik
- Geçirilmiş PID
- Geçirilmiş tubal operasyonlar
- İntrauterin araç kullanımı
- Konjenital anomaliler
- Ovulasyon indüksiyonu
- Sadece progesteron içeren OK kullanımı
- İleri yaş, sigara kullanımı

Patofizyoloji

- En önemli risk faktörü geçirilmiş ektopik gebelik (*risk %30*)
- En sık fallop tüplerine yerleşir (*sağ, ampullar, istmus, infundubular*)
- Abdominal yerleşim
- Ovaryan yerleşim
- Servikal yerleşim



- Ağrı
- Vaginal kanama
- Adnekte kitle
- Amenore (*mens. gecikmesi olan cinsel aktif bir kadında karın ağrısı ve/veya düzensiz vaginal kanama varsa aksi ispat edilene kadar ektopik gebelik*)

Klinik

- *Amenore, karın ağrısı ve vaginal kanama normal gebelik abortusunda da görülür*
- % 90 olguda karın ağrısı
- % 50-80 olguda vaginal kanama
- Hipovolemi, şok bulguları
- Pelvik ağrı, gerginlik, Kehr belirtisi

- Düzenli mens. kanaması olan kadınlarda da ektopik gebelik görülebilir
- % 70 olguda mens. gecikmiştir, düzensizdir
- Erken gebelik belirtileri görülebilir
- Fizik muayene çok yardımcı değil
- Karın muayenesinde lokal veya diffüz ağrı/hassasiyet
- Pelvik muayenede adneksiyel kitle, duyarlılık, servikal renk değişikliği, vaginada kan

Tanı

- Günümüzde tanı transvaginal USG ve serum β HCG düzeyinin birlikte kullanılması ile konulur
- β HCG, kanda > 10 u/ml
- β HCG, idrarda > 20 u/ml konsantrasyona ulaştığında saptanabilir
- İki günde bir % 66'lık artışlar genellikle sağlıklı bir normal gebeliği gösterir
- Ektopik gebeliğin başlangıç döneminde β HCG artışları normal gebeliği taklit edebilir (*implantasyon sahası embriyonun beslenmesi için yeterli olabileceğinden*)

Tanı

- Transvaginal USG pelvis içinde 1 cm küçük yapıları bile gösterir
- Adnekslerde hiperekojen halka şeklinde gebelik kesesinin görülmesi değerli bir bulgu
- Uterus dışında gözlenen fetal kardiyak aktivite
- Ekojenik adneksiyal kitle ve/veya serbest pelvik sıvı
- Ekstrauterin gestasyonel kese

Tanı

- β HCG düzeyi 1500 IU/ml olmasına rağmen transvaginal USG'de uterus içinde gebelik kesesinin görülememesi ektopik gebelik tanısını kesin olarak koydurur
- Son yıllarda invitro fertilizasyon ve ovulasyon indüksiyonu için kullanılan ilaçlarla birlikte heterotopik gebelik insidansı artmıştır
- USG ile tanı mümkün

Tanı

- MR (*ulaşım zor, pahalı*)
- Kuldosentez (*spesifitesi düşük, invaziv, yaygın değil*)
- D&C (*elde edilen doku villus içermiyor ve gebelik testi pozitif ise ektopik gebelik tanısı alır*)
- Laparoscopi (*tanı ve tedavi*)

Ayırıcı Tanı

Tüm hastalar

- Apandisit
- PID
- Over kist/torsiyon
- İnf. Barsak Hast.
- Endometriozis
- Seksüel travma
- Üriner infeksiyon/kolik

Gebe Hastalar

- Normal gebelik
- Düşük tehdidi
- Molar gebelik
- İmplantasyon kanaması
- Korpus luteum kisti
- Heterotopik gebelik



Tedavi



- Gözlem
- Medikal tedavi
- Cerrahi tedavi

(hastanın hemodinamik durumu belirler)

Tedavi

- Rüptüre olmamış stabil ektopik gebelik metotreksat kullanılabilir
- Metotreksat bařlamadan önce rüptür ekarte edilmelidir (*trofoblastik aktiviteyi inhibe eder*)
- Metotreksatın kendisi de karın ağrısı yapabilir
- KHD konsültasyonu



Eve götürülecekler



- Hastanızın karnı ağrıyorsa dikkatli olun sizin başınız ağrıyabilir
- Öykü ve fizik muayene önemli
- Aklınıza takılıyorsa BT'ye kadar tüm tahlilleri yaptırın



- Sabrınız için teşekkürler.....
- cemkavalci@yahoo.com