

YAŞLILARDA KARIN AĞRISI

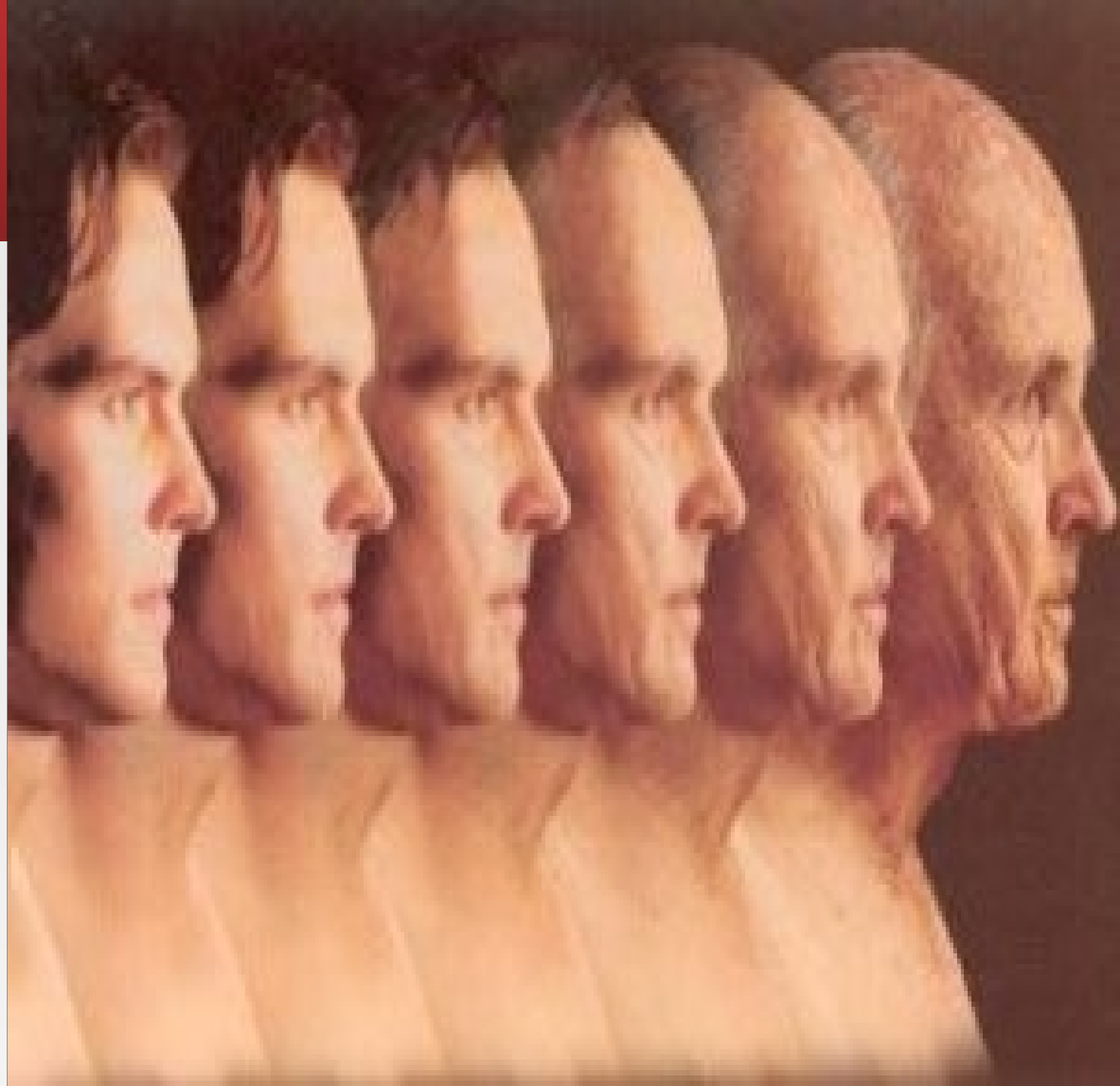
ABDOMINAL PAIN IN
GERIATRICS
DOÇ. DR. Yusuf

yürümez

AsOc. Prof. Yusuf Yurumez

Sakarya üniversitesi
tıp fakültesi

Sakarya univerSITY MEDICAL SCHOOL



SUNUM PLANI

- Giriş
- Epidemiyoloji
- Tanı
- Tedavi
- Sık karşılaşılan durumlar
- Algoritmik yaklaşım
- Özet

SUNUM PLANI



GİRİŞ – YAŞLI HASTA

- YAŞLI HASTA = 65 YAŞ ÜSTÜ
- Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de;
 - Yaşlı nüfusu
 - Acil servise başvuran yaşlı hasta sayısı



GİRİŞ – YAŞLI HASTA

- Acil servis başvurusundaki temel şikayeti karın ağrısı olanlar: %3-13.
- Doğru tanı oranları oldukça değişken % 40-82*
- Bazı yazarlara göre yanlış tanı oranı % 40**

* Samaras et al. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56(3):261-69.

** Chang et al. Acute abdominal pain in the elderly. *International Journal of Gerontology* 2007;1(2):77-82.

GİRİŞ – YAŞLI HASTA

- Karın ağrısı ile başvuran yaşlı hastaların;
- Yaklaşık % 50'si yatış gerektirir.
- Bunların en az üçte biri (% 30-40) cerrahi gerektirir.



GİRİŞ – YAŞLI HASTA

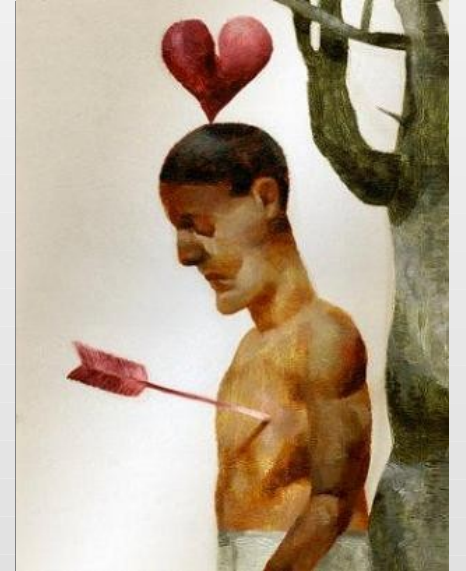
- Genç hastalar ile kıyaslandığında;
 - Mortalite oranları 6-8 kat ve cerrahi gereksinim ise 2 kat daha yüksektir.



* Samaras et al. Older Patients in the Emergency Department: A Review. *Annals of Emergency Medicine* 2010;56(3):261-69.

GİRİŞ – YAŞLI HASTA

- Tanısal gecikme mortaliteyi doğrudan artıran bir faktördür.
 - Doğru tanı sonrası mortalite % 8
 - Yanlış tanı sonrası mortalite %19



GİRİŞ – YAŞLI HASTA

- Sonuç olarak yaşlı ve karnı ağrıyan bir hastanın yönetimi ciddi şekilde zor.
- Acil servis hekimlerine göre (% 78).

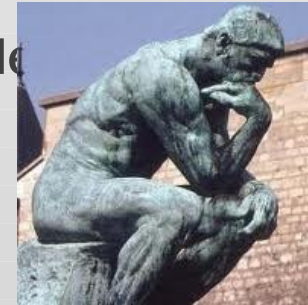
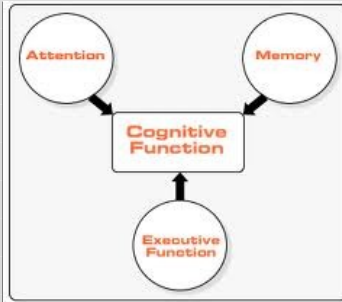




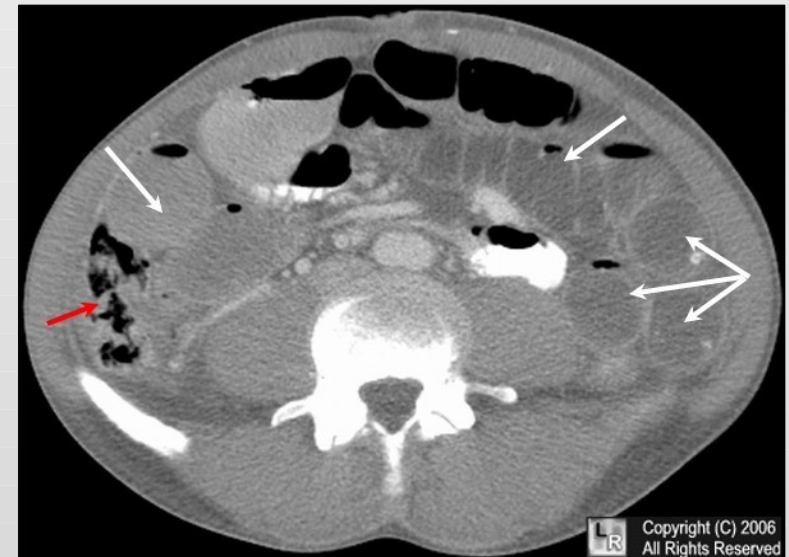
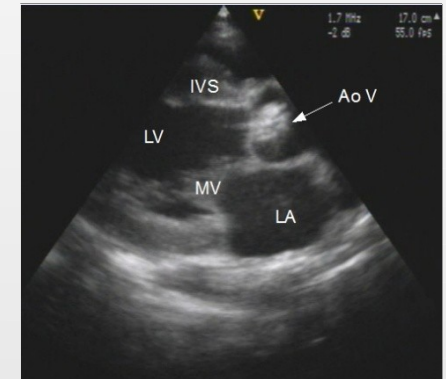
TANI

- Tanının zor konmasının nedenleri:

- Yaşlı hastalardaki semptom ve bulgular genellikle hafif ve aynı hastalığı olan genç erişkinlere göre daha az spesifiktir.
- Anamnez almak güçtür;
- İleri yaştan dolayı kognitif fonksiyonlar bozuktur.
- Duyma kaybı, demans veya psikiatrik bozukluklar nedeni ile anamnez alma süreci uzundur.



▪ an d ve ede uay lir.



TANI - Anamnez

- Detaylı olmalı (Ancak hasta çoğu zaman şikayetlerinin tam olarak tanımlayamaz. Bu nedenle aile üyeleri ve varsa bakıcısı unutulmamalıdır).



- **AĞRI**; Başlangıç ve süreci, lokalizasyonu ve şiddeti, başka bir yere yayılıp yayılmadığı, artıran veya presipite eden faktörler, önceki benzer ataklar, gaz veya gaita deşarjı ve ateş, iştahsızlık, bulantı, ishal, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, melena ve kusmada kahve telvesi benzeri görümün gibi **eşlik eden semptomlar** sorgulanmalıdır.
- **Ciddi hastalıklar ve ameliyatlar** sorgulanmalı.
- **Alkol ve sigara** kullanımı veya **allerjisi olup olmadığı** da öğrenilmelidir.

TANI - Fizik Muayene

- FM'de ilk aşamayı vital bulgular oluşturur.
 - **ATEŞ** – Ciddi intraabdominal hadiselerle rağmen yaşlı hastada normotermi hatta hipotermi dahi olabilir.
 - **NABİZ** - Taşikardi – Ağrı mı ? Sistemik başka bir hadise kaynaklı mı ?
 - **TANSİYON ARTERİYEL** - Hipotansiyon – Normal kan basıncı kronik hipertansif bir hastada hipotansiyonu akla getirir.
 - **SOLUNUM SAYISI** - Takipne – Ağrı kaynaklı olabiliceği gibi sepsis veya obstrüksiyona bağlı asidozun kompanzasyonundan da kaynaklanabilir.

TANI – Fizik Muayene

- Fizik muayene inspeksiyon ile başlamalı ve oskültasyon ile devam etmelidir.



- **DİKKAT !!!**
 - Genellikle karın duvarında kasların zayıf olması nedeni aşık peritonitte dahi defans ve rijiditeye rastlanmayabilir.
 - Herni var mı?
 - Rektal Muayene



- Fizik muayene yalnızca karın ile sınırlı kalmamalıdır.
 - Konjunktivalar – Solgun mu ?
 - Kardiyak muayane çok önemlidir.
 - Pnömoni, Konjestif kalp yetmezliği, Perikardit veya Pulmoner emboli ???
 - Atrial fibrilasyon – Akut Mezenterik İskemi ???
 - Ekstremiteler – Periferik Emboliler ???
 - Nörolojik Muayene – SVO ???

- Standart olarak istenmesi gereken laboratuvar tetkikleri:
 - Tam Kan Sayımı
 - İdrar Analizi
 - Gaita İncelemesi
 - Serum Biyokimyası



- Laboratuvar tetkiklerinde isteme eşiği düşük olmalıdır. Ancak normal gelen değerlerin etkisinde de kalınmamalıdır.
- Cerrahi durumlarda dahi değerler normal gelebilir.

- Lökositozis veya lökopeni
 - Normalde - İnfeksiyon veya inflamasyona işaret eder.
 - Ancak - İmmun suprese hastada ve aşırı yaşlılarda normal olabilir ve şiddetli enfeksiyonun belirtisidir.
- KCFT biliyer sistem enfeksiyonlarında dahi normal olabilir.
- UNUTMAMAMIZ GEREKEN;

LABORATUVARI DEĞİL HASTAYI TEDAVİ EDİYORUZ.

EKG unutulmamalıdır.



TANI – Görüntüleme

- **DİREKT GRAFİ**
 - Maliyet açısından ucuz
 - Ciddi hastalıklar için ipucu verebilir.



TANI – Görüntüleme

- **ULTRASONOGRAFİ**

- Yatak başı uygulanabilme kolaylığı vardır.
- Acil hekimleri için steteskop niteliğindedir.
- Abdominal aort, biliyer sistem ve pelvik hastalıklar değerlendirilebilir.



- **BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ**

- Klinisyenin kararını doğrudan etkileyebilecek bir tetkik.
- 2004 yılında yapılmış bir çalışmada BT'nin;
 - % 45 oranında klinisyenin tanısında değişikliğe neden olduğu
 - % 25'inde yatış kararına etkili olduğu
 - % 15'inde antibiyotik kullanılmasına neden olduğu

- %12'sinde de cerrahi uygulanmasına neden olduğu bulunmuştur

- **BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ**

- Perforasyon

- AAA

- Apandisit

- Akut Mezenterik İskemi (Altın standart olmasına rağmen anjiyografi daha faydalıdır)

TANI



SIK KARŞILAŞILAN DURUMLAR

- Yaklaşık olarak vakaların %25'inden biliyer sistem sorumludur. Bunları:
 - Nonspesifik karın ağrısı
 - Malignensi
 - Barsak obstrüksiyonu
 - Komplike peptik ülser
 - İnkersere herni takip eder.

SIK KARŞILAŞILAN DURUMLAR

- Akut apandisit, pankreatit ve divertikülit nadirdir ancak önemlidir. Genellikle aşikar hale gelmeleri geciktiğinden MORTALİTE ve MORBİDİTELERİ YÜKSEKTİR.
- Abdominal vasküler hastalıklar da (AAA ve mezenterik iskemi) ayırıcı tanıda unutulmamalıdır.

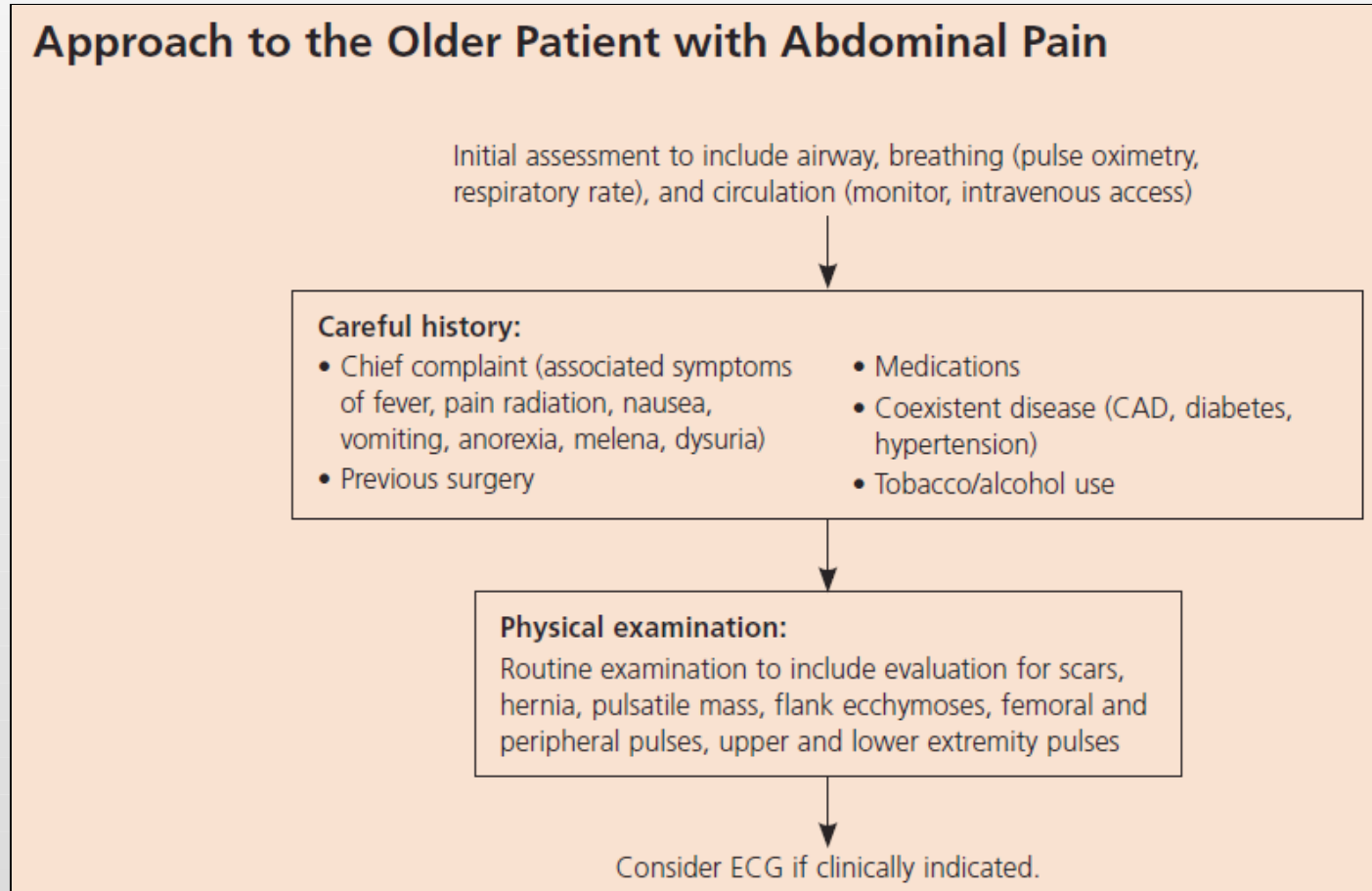
- Vital bulgular, mental durum ve solunum yakından takip edilmelidir.
- IV damar yolu – NS veya RL
- İntravasküler volüm durumu takip edilmelidir. Bunun için;
 - Kan basıncı
 - Kalp hızı
 - İdrar çıkışı

- Ciddi şekilde hasta olan yaşlılarda kardiyak monitörizasyon ve pulse oksimetre ile oksijen desteği yapılmalıdır.
- Hastalar cerrahi patolojiler dışlanıncaya kadar oral almamalıdır.
- Ağrı kesiciler - önerilir. Fakat böbrek fonksiyon testlerinde bozulmaya neden olabileceklerinden NSAID'lar yerine opioidler tercih edilmelidir.
- Biliyer sistem veya pankreatit şüphesinde opioidler yerine meperidin tercih edilmelidir.

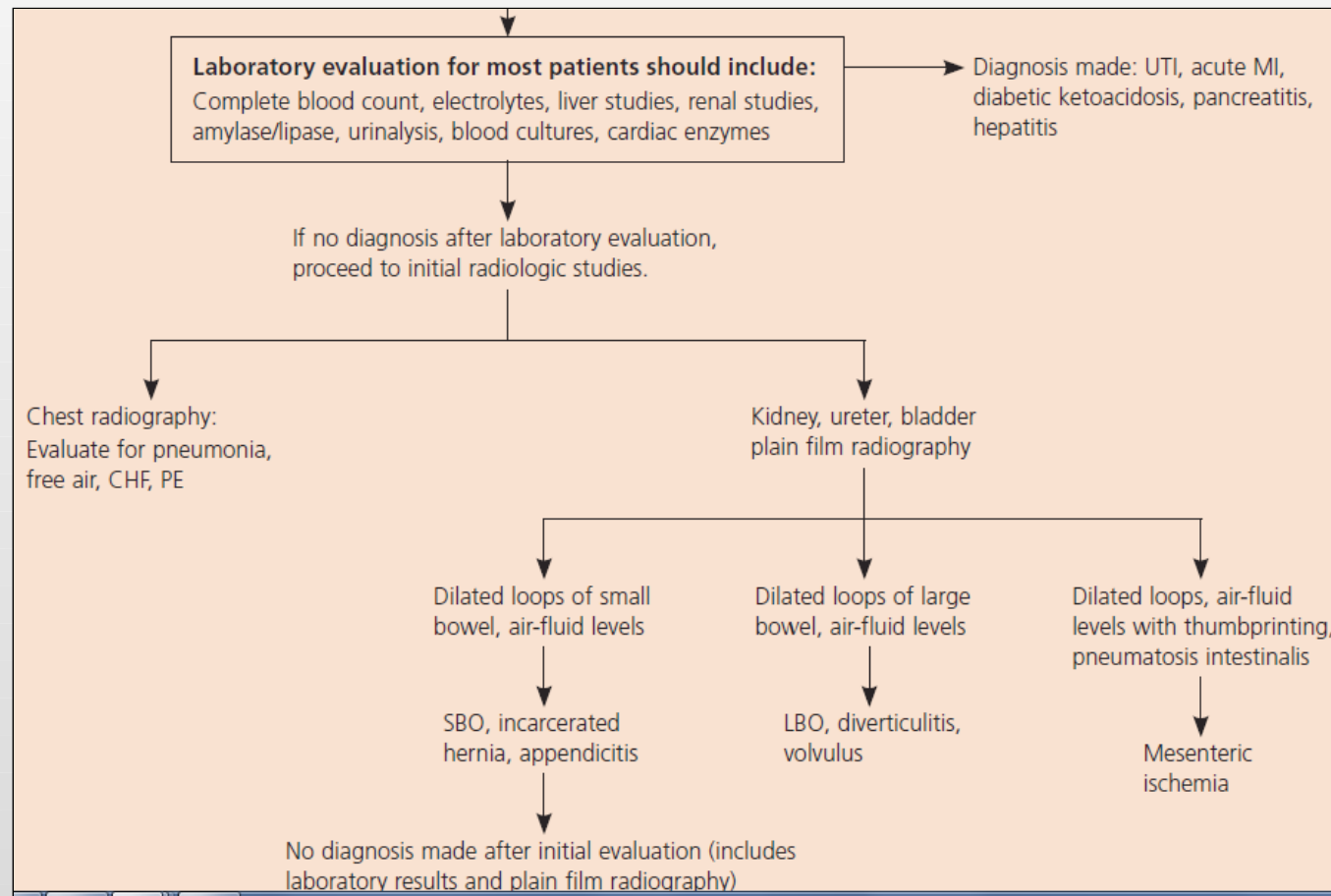
- Erken cerrahi konsültasyon önerilir.



ALGORİTMİK YAKLAŞIM



ALGORİTMİK YAKLAŞIM



Carol Lyon et al. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients. *American Family Physician* 2006;74:1538-44.

ALGORİTMİK YAKLAŞIM

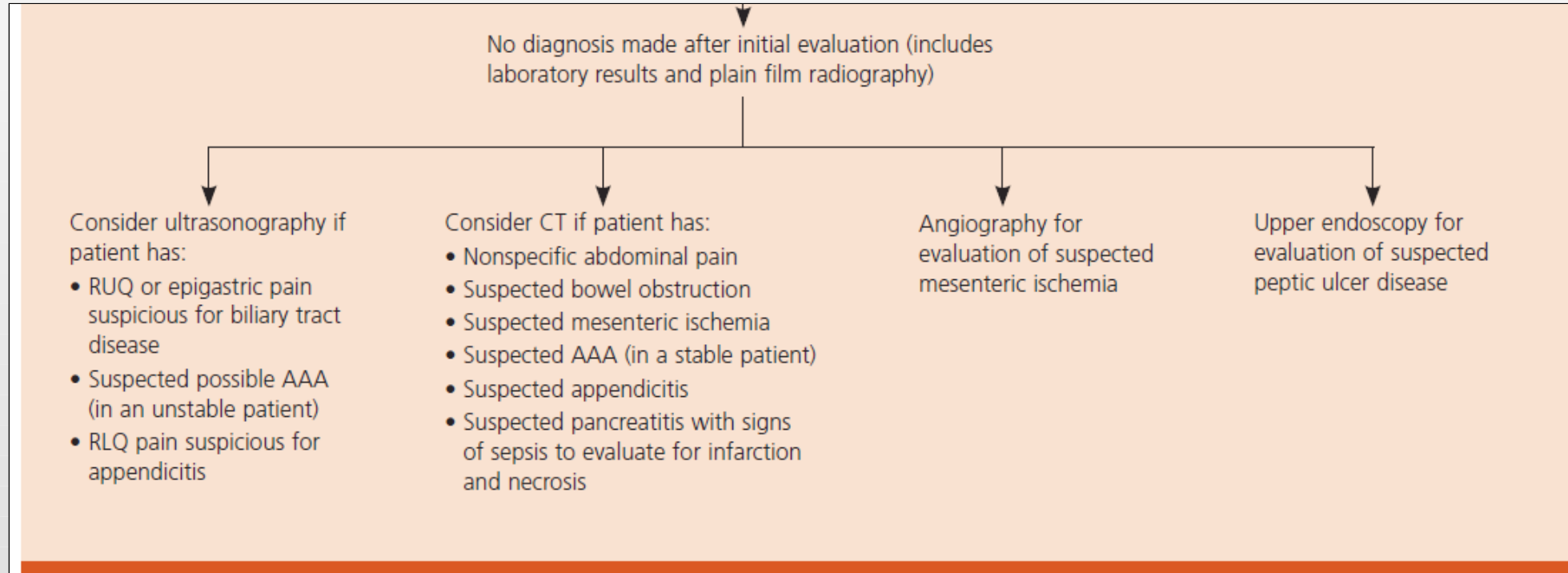


Figure 3. Algorithm for evaluating the older patient with acute abdominal pain. (CAD = coronary artery disease; ECG = electrocardiography; UTI = urinary tract infection; MI = myocardial infarction; CHF = congestive heart failure; PE = pulmonary embolism; SBO = small bowel obstruction; LBO = large bowel obstruction; RUQ = right upper quadrant; AAA = abdominal aortic aneurysm; RLQ = right lower quadrant; CT = computed tomography.)

