

KARIN AĞRISI

Prof.Dr.Ahmet Dobrucalı

Karın ağrısı gastrointestinal sistem hastalıklarında en sık görülen ve hastanın hekime başvurmaya yol açan başlıca yakınmadır. Tersinden bakıldığında gastrointestinal sistem hastalıklarında karın ağrısının en sık görülen sebebi olup (%60) bunu ürolojik (%15) ve jinekolojik (%7) nedenler takip etmektedir. Karın ağrısının dikkatle değerlendirilmesi hastalığın teşhisine büyük ölçüde yardımcı olur. Bu nedenle haber verici ve uyarıcı yönü ile hastalıkların farkına varılmasında ağrının faydalı bir işlevi olduğu düşünülebilir. Batı dilinde ağrı anlamına gelen **pain** sözcüğü latince **poena (ceza)** kökünden gelmektedir ve eski çağlarda ağrının tanrısal bir cezalandırmanın sonucunda ortaya çıktığına olan inancı göstermektedir.

Karın ağrısının nöroanatomik ve fizyolojik özellikleri

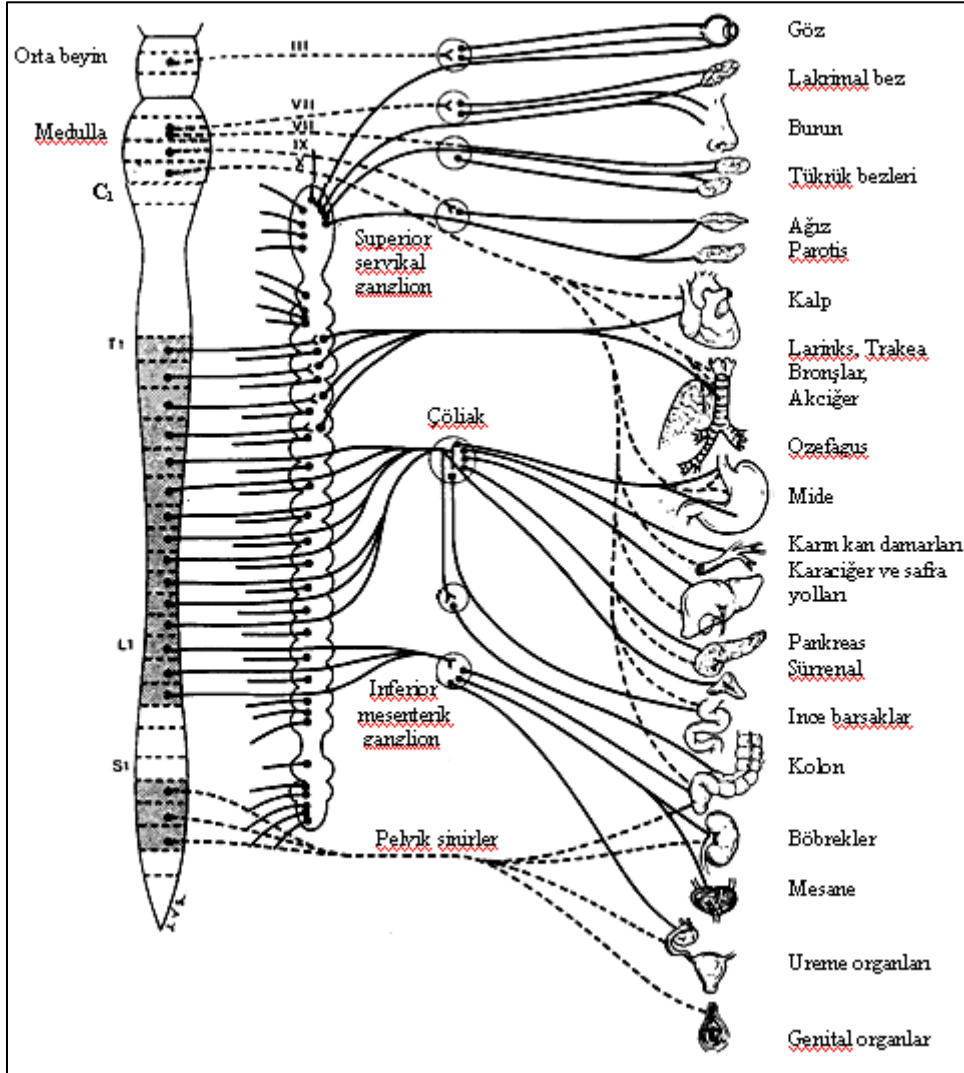
Karın içi organlar hem parasempatik (vagal) hem de sempatik (spinal) inervasyona sahiptir. Her iki nöron gurubu da viseral ağrının iletilmesinde rol oynar. Viseral nosiseptif uyarı (ağrılı uyarı) iletimi üç basamakta gerçekleşir;

- 1- Viseral aferent nöronların gövdeleri dorsal kök ganglionlarında bulunur. Viseral organdaki nosiseptörlerden kalkan ağrılı uyarı aferent splanik sinir lifleri ve beyaz ramus communicanslar aracılığı ile medulla spinalisdeki dorsal boynuza ulaşır.
- 2- Dorsal boynuzdaki sinapslar sonrasında başlayan nöronlar ağrılı uyarıyı çapraz yollar aracılığı ile spinotalamik ve spinoretiküler yollara ileterek bu yollar vasıtasıyla orta beyin ve medulladaki retiküler formasyona veya talamik nukleusa ulaştırırlar.
- 3- Talamik nukleustaki hücreler ağrı uyarılarını somatosensoriel kortekse (parietal lobdaki postsentral girus) ve limbik sisteme ileterek ağrının hissedilmesini ve hipotalamusun stimülasyonu ile emosyonel, otonomik ve humoral cevabın oluşmasını sağlarlar (Şekil-1 ve 2).

Karın ağrıları üç grupta incelenir;

Viseral ağrı (splanik ağrı): Viseral ağrı, ağrı oluşturan uyarıların sensoriyel sinir uçlarını (nosiseptör) uyardığında oluşur. Viseral ağrı esas olarak az miyelinize ince C lifleri aracılığı ile iletilir. Genellikle iyi lokalize edilemez ve karının orta kısımlarında künt veya kramp tarzında bir ağrı, acı veya rahatsızlık hissi şeklinde tarif edilir. Terleme, yorgunluk, bulantı ve kusma gibi otonomik semptomlar ağrıya eşlik edebilir. Embriyolojik gelişime bağlı olarak gastrointestinal sistemi oluşturan bir çok organ iki taraflı (bilateral) simetrik nöral inervasyona sahip olduğundan bu organlara ait viseral ağrı karının orta kısımlarında hissedilir (midline pain). Ağrının karının bir tarafında hissedilmesi (lateralizasyon) ağrının böbrek, üreter veya over gibi tek taraflı (unilateral) inervasyona sahip organlardan kaynaklandığını düşündürmelidir. Bir splanik sinirin farklı organlardan gelen nöron liflerini de taşıması ve bir organdan gelen sinir liflerinin birden fazla spinal segment seviyesinde medulla spinalise ulaşması nedeniyle viseral ağrı iyi lokalize edilemeyen bir ağrıdır.

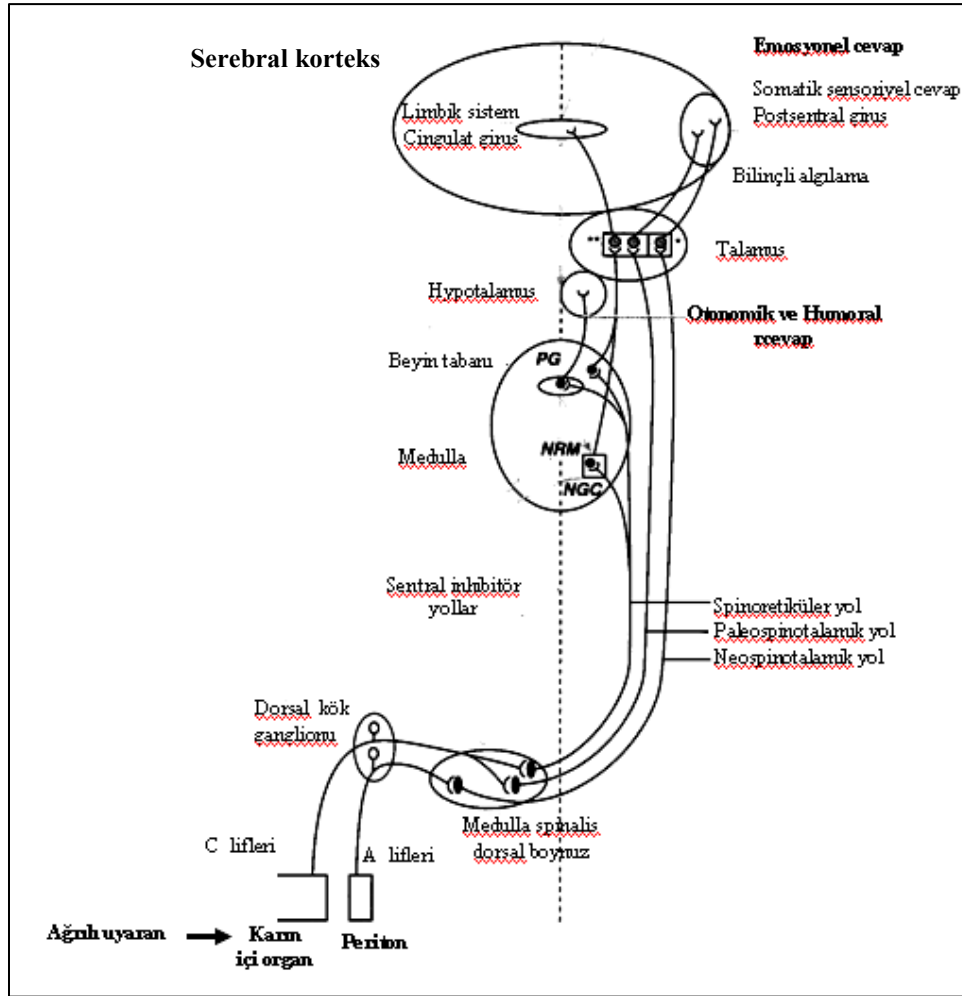
Parietal ağrı (somatik veya somatoparietal ağrı): Parietal veya somatik ağrı iyi lokalize edilebilen ve daha keskin bir ağrı şeklinde tarif edilir. Parietal peritondaki nosiseptörlerin uyarılması ile oluşur. Genellikle lezyon bölgesinde viseral ağrıya göre daha şiddetli ve daha



Şekil-1: Çeşitli organlara dağılan otonom sinir sistemi diagramı. Noktalı çizgiler sempatik, düz çizgiler ise parasempatik sinirleri göstermektedir (2,5).

iyi lokalize edilebilen bir ağrıdır. Kısa sürede ortaya çıkar ve maksimum seviyesine ulaşır. Hareketle ve öksürme ile artabilir. Parietal ağrı hem C hem de daha kalın ve daha iyi myelinize olmuş olan A lifleri ile iletilir. Somatik aferent lifler belirli dermatomlara göre düzenlenmiş olup en çok bir veya iki segment düzeyinde medulla spinalise girdiğinden ağrının lokalizasyonu daha keskin sınırlarla yapılabilmektedir.

Yansıyan ağrı: Yansıyan ağrı, hastalıktan etkilenen karın içi organın bulunduğu bölgeden farklı bir bölgede ağrı hissedilmesidir. Yansıyan ağrı deride veya dokuların daha derin kısımlarında hissedilebilir ve iyi lokalize edilebilir. Barsaklarda hava veya sıvı ile gerilme bu tip ağrıya neden olur. Yansıyan ağrının hissedildiği dermatomu inerve eden somatik aferent sinir liflerinin etkilenmiş olan karın içi organı inerve eden viseral aferent liflerle aynı seviyede medulla spinalise ulaşması nedeniyle oluşur. Yansıyan ağrıda bazen ağrı ile birlikte hiperestezi de bulunur.



Şekil-2: Abdominal ağrının algılanmasında viseral aferent yollar, (PG=Periakvaduktal gri cevher, NRM= Nukleus raphe magnus, NGC=Nukleus gigantosellülaris), metne bakınız (1,2).

Karın ağrısının oluşmasına yol açan uyaranlar

Ağrıyı algılayan reseptörler (nosiseptörler) barsak gibi içi boş organların kas tabakasında, karaciğer gibi solid organların ise kapsülünde bulunur. Karın içi organlar (abdominal viscerler – abdominal viscera) ve mezenter normalde deride ağrı uyandırabilecek kesme, ezme veya yırtma gibi uyarılara duyarsızdır. Karın içi organlardaki nosiseptörleri uyaran üç tür uyarı bulunur; **1-** İç organ duvarlarının gerilmesi veya çekilmesi, **2-** İnflamasyon (bradikinin, serotonin, lökotrien ve prostoglandinler gibi inflamasyon bölgesinde ortaya çıkan kimyasal mediatörler aracılığı ve ödem nedeniyle), **3-** İskemi (metabolitlerin ve kimyasal mediatörlerin dokuda birikmesi nedeniyle),(Tablo-1).

Viseral periton (seroza), karaciğer parenkimi ve omentum majus ağrıya duyarsızdır. Parietal peritonda kimyasal maddeler ve bakterilerin neden olduğu inflamasyon önemli bir ağrı nedenidir. Dokulardaki iltihap ve ödem ağrı eşiğini düşürür. Karın ağrısına neden olabilen diğer iki önemli sebep de neoplazik oluşumların veya fibrotik dokuların sinir köklerine yaptığı basıdır.

I- İntraabdominal ağrılar

A- Yaygın peritonit

- 1-Organ perforasyonları
- 2-Primer bakteriyel peritonit
- 3-Nobakteriyel peritonit
- 4-Ailevi akdeniz ateşi

B- Lokalize peritonit

- 1-Apandisit
- 2-Kolesistit
- 3-Kolon divertikülit
- 4-Pankreatit

C- Organların genişlemesine bağlı ağrılar

- 1-İntestinal obstrüksiyon
- 2-İrritabl barsak hastalığı
- 3-Safra yollarının obstrüksiyonu
- 4-Üreter obstrüksiyonu
- 5-Karaciğer kapsülünde gerilme
(Akut hepatit, sağ kalp yetersizliği,
Budd-Chiari sendromu)
- 6-Renal kapsülün gerilmesi
(Üreter obstrüksiyonu)
- 7-Aort anevrizması

D- İskemi

- 1-İntestinal anjina veya infarktüs
- 2-Splenik infarktüs
- 3-Torsiyon (Safra kesesi, over, dalak,
omentum, mide vb.)
- 4-Tümör nekrozu (Hepatoma)

E- Retroperitoneal tümörler

F- Metabolik

- 1-Üremik
- 2-Diabetes mellitus
- 3-Porfiria
- 4-Akut sürenal yetmezlik

G- Toksinler

- 1-Aşırı duyarlılık reaksiyonları
(Böcek sokması vb.)
- 2-İlaçlar ve kimyasalmaddeler
(Kurşun vb.)

H-Diğer

Adele zedelenmeleri, hematom
ve tümörler

II- Ekstraabdominal ağrılar

A-Toraksik

- 1-Pnömoni
- 2-Pulmoner emboli
- 3-Pnömotoraks
- 4-Ampiyem
- 5-Koroner kalp hastalığı
- 6-Myokardit
- 7-Özofajit
- 8-Özefagus rüptürü

B-Nörojenik

- 1-Radikülit
- 2-Tabes dorsalis
- 3-Abdominal epilepsi

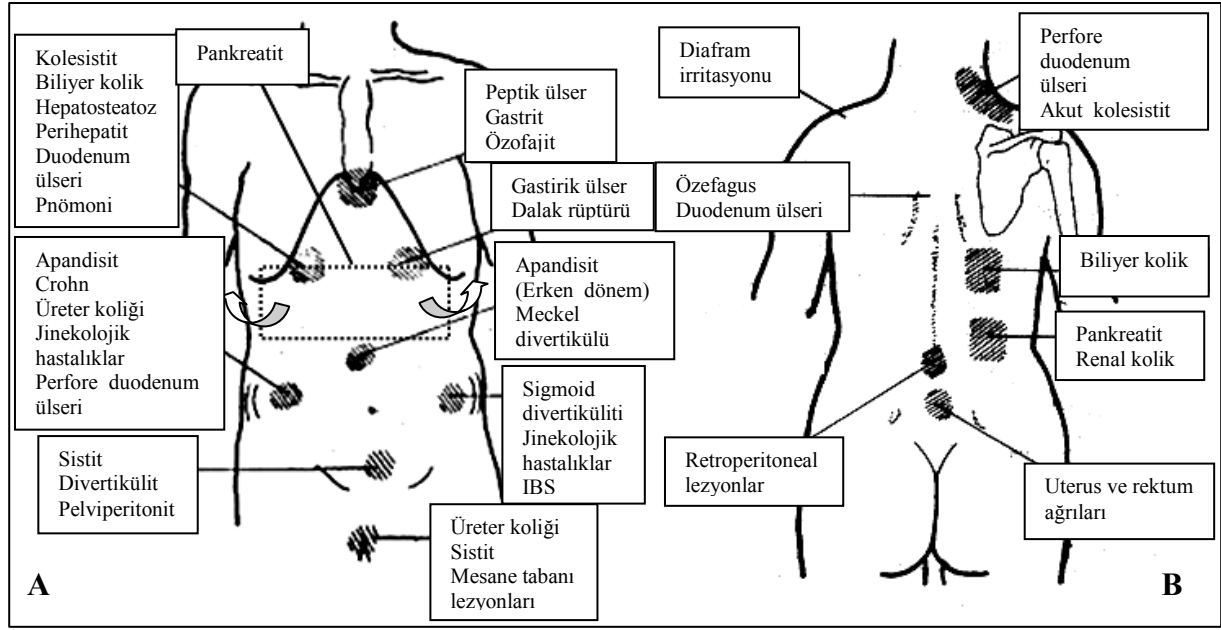
Tablo-1: Karın ağrısının sebepleri (4)

Karın ağrısının değerlendirilmesi

Ağrının yeri

Ağrının önemli bir özelliğidir. Örneğin mide ve duodenumdan kaynaklanan ağrılar xiphoid ile göbek arasında, genellikle orta çizgide, bazen de biraz daha sağda hissedilir. Bulber ülser ağrısı daha yukarıda, duodenum 2. ve 3. kısmına ait ağrılar ise göbeğe daha yakındır ve ağrı sırta, iki kürek kemiği arasına vurabilir. Treitz ligamanından terminal ileuma kadar olan ince barsaklardan kaynaklanan ağrı göbekte ve/veya göbek çevresindeki alanda duyulur. Terminal ileumdaki lezyonlardan kaynaklanan ağrı ise göbek çevresi ile birlikte veya sadece sağ alt kadranda hissedilebilir. Çekum ağrıları da benzer özellik gösterir. Kolonun değişik kısımlarındaki hastalıklardan kaynaklanan ağrılar değişik bölgelerde duyulur. Sağ ve sol kolon ağrıları sırasıyla sağ ve sol kolik bölgelerde hissedilirken sigmoid kolondan kaynaklanan ağrılar daha çok hipogastrik (suprapubik) bölgede tarif edilir. Splenik ve hepatik fleksuradaki hastalıklar ve gerilmelerde ağrı sol ve sağ hipokondriumda hissedilir ve göğüse yayılım gösterebilir (Machella sendromu). Rektumun gerilmesi sakrum üzerinde, rektosigmoid bölgenin gerilmesi ise pubis üzerinde ağrı hissedilmesine neden olur. Appendix kaynaklı ağrı inflamasyonun erken dönemlerinde göbek çevresinde hissedilirken parietal periton inflamasyonunun başlaması ile ağrı sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. Safra kesesi ve ekstrahepatik safra yollarına ait ağrılar sağ hipokondrium ve/veya epigastriumda hissedilirler ve frenik sinir komşuluğu söz konusu olduğunda omuza veya sırta, sağ skapula altına yayılım

gösterebilirler. Pankreastan kaynaklanan ağrılar epigastrium veya umbilikal bölgede hissedilir ve kuşak tarzında yayılım göstererek sırta vurabilir. Pankreasın baş ve korpus bölümünden kaynaklanan ağrılar orta hatta veya orta hattın biraz sağında veya solunda duyulurken pankreasın kuyruk kısmına ait ağrılar genellikle orta hattın solunda ve bazen de sol kolik bölgede hissedilir. Mesaneden kaynaklanan ağrılar pubik bölgede, mesane tabanından kaynaklanan ağrılar ise penisde hissedilebilir. Üreterlerden orjin alan ağrılar umbilikal bölgenin lateralinde, böbreklerden kaynaklanan ağrılar ise arkada kostovertebral açı ve çevresinde duyulur ve kolik ve inguinal bölgelere veya genital bölgeye yayılım gösterebilir (Şekil- 3).



Şekil-3: Abdominal / retroperitoneal ağrılarının (A) ve çeşitli yansıyan ağrılarının (B) lokalizasyonları (4).

Ağrının şiddeti ve karakteri

Ağrının şiddeti ile altta yatan hastalığın şiddeti arasında her zaman doğru bir ilişki yoktur. Ağrı eşiği ve ağrıya karşı gösterilen reaksiyon farklı olabilir. Bununla birlikte ülser perforasyonu, akut kolesistit, biliyer kolik, akut pankreatit, mekanik ileus ve peritonit varlığında karında hissedilen ağrı hemen daima şiddetlidir.

Ağrının karakterinin sorgulanması da tanıda yardımcı olabilir. Örneğin mide-duodenum ülseri ağrısı genellikle künt veya kazınma-kemirilme şeklinde bir ağrı olarak tarif edilirken intestinal obstrüksiyon varlığında tekrarlayan kolik veya kramp tarzında bir ağrı söz konusudur. Ülser perforasyonunda ağrı hastalar tarafından bıçak saplanır şeklinde tanımlanan ve aniden başlayan şiddetli bir ağrı şeklindedir ve birkaç saat içinde tüm karına yayılması ve yaygın peritonit bulgularının ortaya çıkması tipiktir. Akut kolesistitte ağrı sanıldığı aksine kolik tarzında olmayıp bir kaç saat içinde en şiddetli seviyesine ulaşır ve saatlerce aynı şiddette kalabilir. Apandisitte ağrı göbek çevresinde künt bir ağrı veya rahatsızlık hissi şeklinde başlayıp ilerleyen saatlerde sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. Pankreatitte ise ağrı genellikle birkaç saat içinde en şiddetli haline gelir ve genellikle devamlı karakterdedir. Aniden ortaya çıkan şiddetli karın ağrısı varlığında aşağıdaki olasılıkların düşünülmesi uygun olur (Tablo-2);

- Ülser perforasyonu
- Abdominal organların infarktüsü
- Karın içi apse veya hematomların rüptürü
- Aort anevrizması diseksiyonu
- Özefagus rüptürü
- Dış gebelik rüptürü

Ağrıya eşlik eden semptomlar

Ağrı ile birlikte ishal veya rektal kanama bulunması barsaklara ait bir hastalığı, ikter bulunması safra yolları ve karaciğere ait bir hastalığı, gaz ve dışkı çıkaramama ve bulantı ve kusmanın eşlik etmesi barsak tıkanmasını düşündürür. Karın ağrısı ile birlikte yağlı ishal varlığı malabsorpsiyon veya kronik pankreatitin bulgusu olabilir. Karın ağrısı ile birlikte kusmanın belirgin olması kolesistit, kolanjit, pilor kanalı ülseri, pankreatit, apendisit, ileus veya renal koliği akla getirmelidir. Ağrı ve bulantıyı takiben 8-10 saat önce yenilen gıdaların çıkarılması peptik ülserle ait mide çıkışı darlığını düşündürür. Üşüme ve titremenin eşlik etmesi bir karın içi enfeksiyonun belirtisidir. Kolanjit varlığında üşüme ve titreme ile birlikte epigastrium ve/veya sağ hipokondriumda hissedilen ağrı ve ikter tipiktir (Charcot triadı).

Ağrıyı artıran ve azaltan etkenler

İrritabl barsak hastalığında bazı gıdaların alınması, soğukta kalma ve emosyonel bozukluklar ağrıyı başlatabilir. Peptik ülser ağrısı aç kalma ile artıp gıda veya antasit alımı ile veya kusma ile hafifleyebilir, ağrı mevsimsel ilişki gösterebilir. Aç kalmak duodenum ülseri ağrısını artırırken gastrik ülserlerde gıda alımı ağrıyı şiddetlendirebilir. Antiromatizmal ilaçların kullanılmasını takiben ortaya çıkan epigastrik ağrı mide ve/veya duodenumda ortaya çıkan bir hasarlanmanın bulgusudur. Yaşlı bir hastada gıda alımından ½-1 saat sonra başlayıp 1-3 saat sürdükten sonra geçen karın ağrısı kronik mezenterik iskemiye (abdominal angina) akla getirmelidir. Adet dönemleri ile uyumlu şekilde periyodik karakter gösteren karın ağrısının varlığı endometriozisi düşündürür. Kolitlerde gastrokolik refleks şiddetlenmiş olduğundan gıda alımı sonrasında karın ağrısı ve ishalde şiddetlenme belirgindir. Kalın barsak kaynaklı ağrılarda genellikle dışkılama sonrasında ağrı şiddetinde azalma görülür. Karına sıcak tatbiki ile geçen veya hafifleyen ağrılar fonksiyonel veya organik nedenlere bağlı düz kas spazmını düşündürür. Pankreastan kaynaklanan ağrılar sırt üstü yatmakla şiddetlenip öne bükülme ile hafifleyebilir. Akut pankreatitte ağrı yüksek kalorili ve genellikle alkol içeren bir öğünden 6-7 saat sonra ortaya çıkar. Kronik pankreatitte ağrı yemek sonrasında ve alkol alımını takiben başlayabilir veya şiddetlenebilir. Yağlı gıdaların alınması biliyer ağrıyı provoke edebilir. Peritonit geliştiğinde öksürme ve merdiven inme veya zıplama gibi vücut hareketleri ile karın ağrısının şiddetlenmesi tipiktir.

Hastanın tıbbi özgeçmişi

Dikkatli bir anamnez karın ağrısının ardındaki etyolojinin ortaya çıkarılmasında yardımcı olur. Geçirilmiş cerrahi girişim olan hastalarda şiddetli karın ağrısı bir brid ileusu olasılığını akla getirir. Akut myokard infarktüsü, pnömoni ve pulmoner emboli karın ağrısını taklit edebilir. Tıkalı damar hastalığı, vaskülit veya atrial fibrilasyon öyküsü olan bir hastada karın ağrısından mezenterik iskemi sorumlu olabilir. Ailesinde tekrarlayan karın ağrısı öyküsü olan genç hastalarda ailevi akdeniz ateşi (FMF) ve orak hücreli anemi akla gelmelidir. Diabetik keto asidoz, akut adrenal yetersizliği, porfiri ve vaskülitler karın ağrısına sebep olabilecek diğer metabolik ve sistemik hastalıklardır.

Beden muayenesi ve laboratuvar incelemeleri

Dikkatli bir beden muayenesi ağrının sebebi hakkında önemli ipuçları verebilir. Örneğin peritonitli hasta kıpırdamadan yatmaya özen gösterirken iç organlara bağlı ağrılarda hasta ağrıyı hafifletmek için sık, sık pozisyon değiştirir. Karın inspeksiyonunda aşırı distandü karın, karın duvarında görünür peristaltizm, geçirilmiş cerrahi girişimlere bağlı inzisyon izleri, herni, fistül vb. bulunması tanıda yardımcı olabilecek bulgulardır. Batın palpasyonu ve/veya perküsyonunda hastanın aşırı ağrı hissetmesi, karın duvarında lokal veya yaygın sertleşme (defans) tutulan organdaki inflamasyonun belirgin olduğunun veya peritonitin bulgusudur. Rebound bulgusunun bulunması (hassas bölgeye yavaşça ve derine doğru yapılan baskıdan sonra ellerin aniden çekilmesi ile ağrı oluşması) parietal peritonun olaya katıldığına göstergesidir. Şiddetli karın ağrısına rağmen karın muayenesinde belirgin hassasiyet olmayan hastalarda pankreatit veya erken dönemde akut mezenterik iskemi akla gelmelidir. Barsak seslerinin alınmaması paralitik ileusu düşündürürken hiperaktif ve metalik tınlama ile birlikte olan barsak sesleri mekanik ileusun bulgusu olabilir. Kronik karın ağrısı ve aneminin birlikte bulunması gastrointestinal kanaldan kan kaybına sebep olabilecek bir patolojiyi akla getirmelidir. Epigastrium ve/veya sağ hipokondriumda ağrı ile birlikte ikteri olan hastada hepatobiliyer sistemle ilgili bir patoloji düşünülür. Muayene sırasında karın duvarında görülecek bir herni barsak obstrüksiyonunun nedeni olabilir. Beden muayenesi sırasında dijital rektal muayene ihmal edilmemelidir. Özellikle pelvik patolojilerde karın muayenesinde belirgin bir bulgu yokken rektal muayenede hassasiyet saptanabilir.

Karın ağrısı olan bir hastada rutin laboratuvar incelemeleri tam kan sayımı, serum elektrolitleri, glukoz, kreatinin, amilaz, karaciğer enzimleri ve tam idrar tahlillerini içermelidir. Doğurganlık döneminde olan kadınlarda şüpheli durumlarda gebelik testi istenmelidir. Direkt batın grafisi kolay ve ucuz bir görüntüleme yöntemidir ve karın ağrılı hastada tanıda yardımcı olabilir. Akut batın tablosu ile gelen hastaların yaklaşık %40'ında direkt batın grafisinde bir patolojik bulgu saptanabilmektedir. Ultrasonografi radyasyon içermemesi ve hemen her yerde yapılabilmesi bakımından kullanılabilecek diğer bir noninvaziv testtir. Özellikle hepatobiliyer sistem, pankreas, üriner sistem ve pelvik patolojilerin araştırılmasında çok yardımcı olabilir. Kompüterize tomografi (CT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), anjiyografi ve baryumlu radyolojik incelemeler tanı ve ayırıcı tanıda yardımcı olabilecek diğer görüntüleme yöntemleridir.

Akut karın ağrısı (Akut karın)

Akut karın (akut batın) kısa sürede gelişen ve cerrahi girişim gerektirebilecek non-travmatik bir durumu belirtir. Erken teşhis ve tedavi hayati önem taşır. Tanı her zaman kolay olmayabilir. Akut karın ağrısı ile acil servislere başvuran hastaların yarısına yakınında ağrılar akut karınla ilgili olmayıp gastroenterit, menstrual rahatsızlıklar veya irritabl barsak hastalığı gibi sebeplere bağlıdır. En sık görülen akut karın sebepleri akut apendisit, akut kolesistit, divertikülit, barsak obstrüksiyonu, akut pankreatit ve ülser perforasyonudur. Akut karın vakalarında bulguları ortadan kaldırması ve tanıyı geciktirmesi nedeniyle analjezik kullanılması tavsiye edilmez, ancak klinik ve laboratuvar bulguları ile tanı kesinleştikten sonra pankreatit gibi ağrının çok şiddetli olduğu vakalarda etkin analjezi sağlanmalıdır (Tablo-2).

Akut karında dikkatli bir anemnez ve beden muayenesi tanıda oldukça yardımcıdır. Ağrının başlama şekli (ani, hızlı veya kademeli artış vb.), ağrının yeri, ağrı şiddetini değiştiren faktörler ve birlikte bulunabilecek diğer semptomlar (sarılık, ateş, iştahsızlık, kusma, hematemez, melena, rektal kanama, kaşıntı vb.) araştırılmalı, daha önce geçirilmiş veya halen mevcut olan diğer hastalıklar, kullanılmakta olan ilaçlar ve aile öyküsü sorgulanmalıdır.

Akut karıntablosu olan hastada rektal muayene mutlaka yapılmalı, teşhiste yardımcı olabilecek gerekli laboratuvar testleri ve radyolojik incelemeler istenmelidir.

Hastalık	Ağrının başlama şekli	Ağrının yeri ve karakteri	Ağrının yayılımı	Ağrının şiddeti
Apandisit	Hafif başlayıp saatler içinde giderek artar	Erken dönemde periumbilikal bölgede, geç dönemde sağ alt kadranda hissedilir. Erken dönemde yaygın, geç dönemde lokalize ağrı	Sağ alt kadranda, sağ kasık, sağ uyluk	++
Kolesistit	Birkaç saat içinde artarak şiddetlenir	Sağ hipokondrium ve/veya epigastriumda sıkıştıncı tarzda lokalize ağrı	Skapula, sırt ve sağ omuz	++
Pankreatit	Birkaç saat içinde artarak şiddetlenir	Epigastrium ve sırta hissedilen ve nisbeten geniş bir alana lokalize şiddetli ağrı	Kuşak tarzında yayılım, sırta vurabilir	++ / +++
Divertikülit	Hafif başlayıp saatler veya birkaç gün içinde giderek artar	Sol alt kadranda lokalize batıcı, yarıncı tarzda veya künt ağrı	Yok	+ / ++
Pepitik ülser perforasyonu	Bıçak saplanır tarzda aniden ve başlar	Başlangıçta epigastriumda hissedilen ve saatler içinde tüm karına dağılan ağrı	Yok	+++
İnce barsak obstrüksiyonu	Birkaç saat içinde artarak şiddetlenir	Periumbilikal bölgede geniş bir alanda hissedilen kramp tarzında ağrı	Yok	++
Mezenterik iskemi / infarkt	Ani başlayıp birkaç saat içinde şiddetlenir	Periumbilikal bölgede hissedilen şiddetli ağrı	Yok	+++
Aort anevrizması rüptürü	Ani başlayıp dakikalar içinde şiddetlenir	Karında, lomber bölgelerde veya sırta geniş bir alanda hissedilen ve yutılma hissi uyandıran şiddetli ağrı	Sırta ve lomber bölgelere yayılabilir	+++
Pelvik inflamasyon (PID)	Hafif başlayıp saatler veya birkaç gün içinde giderek artar	Alt kadranda ve pelvik bölgede hissedilen rahatsız edici lokalize ağrı	Bele ve her iki uyluk bölgesine yayılabilir	++
Dış gebelik rüptürü	Ani başlayıp dakikalar içinde şiddetlenir	Alt kadranda ve pelvik bölgede hissedilen lokalize ağrı	Yok	++
Gastroenterit	Hafif başlayıp saatler içinde giderek artar	Periumbilikal bölgede geniş bir alanda hissedilen kolik tarzında ağrı	Yok	+ / ++

Tablo-2: Akut karına yol açabilecek nedenler ve ağrının özellikleri (2).

Hastalık	Klinik bulgular
Organ perforasyonu	Sert karın, defans ve rijidite (Tahta karın), geç dönemde barsak seslerinde kaybolma, karaciğer matitesinde azalma veya kaybolma
Peritonit	Hareketsiz karın, defans, rijidite, rebound, hafif perküsyon, öksürük ve hareketle ağrı, barsak seslerinde kaybolma
İltihaplı kitle ve apse	Abdominal, pelvik veya rektal ağnılı kitle, Murphy, psoas ve/veya obturator testi pozitifliği, ateş, üşüme, titreme vb.
İntestinal obstrüksiyon	Karında distansiyon, fekaloid kusma, görünür peristaltizm, erken dönemde barsak seslerinde artış, metalik tınlama sesi, geç dönemde sessiz karın, rebound vermeyen diffüz ağrı, herni veya rektal kitle varlığı
Paralitik ileus	Distansiyon, barsak seslerinde azalma, lokalize edilemeyen hassasiyet olabilir
İskemik veya strangüle barsak	Geç dönemde distansiyon olabilir, barsak sesleri artmış veya azalmış olabilir, karın ağrısı şiddetli olduğu halde erken dönemde karında hassasiyet yoktur, rektal kanama olabilir.
Kanama	Solukluk, hipotansiyon, taşikardi, ortostatik semptomlar, hematemez ve/veya melena, hematokezi, pulsatil (anevrizma) veya hassas kitle (ektopik gebelik gibi)

Tablo-3: Akut karına yol açabilecek nedenler ve ağrının özellikleri (2).

Sık rastlanan akut karın nedenleri ve ağrının özellikleri tablo-2 ve 3 de görülmektedir. Akut karın ağrısı karın dışı bazı sistemik hastalıklardan da kaynaklanabilir. Bu tür ağrılarda cerrahi tedaviye çok nadiren ve genellikle ayırıcı tanı amacıyla gerek duyulur (Tablo-4).

Kardiak Myokard iskemisi ve infarktüsü Miyokardit Endokardit Konjestif kalp yetersizliği	Henoch-Schönlein purpurası Akut lösemi
Metabolik Üremi Diabetes mellitus Porfiri Akut adrenal yetersizliği Hiperlipidemi Hiperparatiroidi	Toksinler Hipersensitivite reaksiyonu Böcek ve sürüngen sokması Kurşun zehirlenmesi
Torasik Pnömoni Plörodini (Bornholm hastalığı) Pulmoner emboli Ampiyem Özofajit Özofagialspazm Özofagial rüptür	İnfeksiyonlar Herpes zoster Osteomyelit Tifoid ateş
Hematolojik Orak hücreli anemi	Nörolojik Radikülit Spinal kord veya periferik sinir tümörleri Kolumna vertebralisin dejeneratif hastalıkları Abdominal epilepsi Tabes dorsalis
	Diğer nedenler Narkotik madde bağımlılığı Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) Psikiyatrik hastalıklar

Tablo-4: Akut karın ağrısına sebep olabilecek abdomen dışı hastalıklar (2,4,5).

KAYNAKLAR

- 1-Golstein PE, Askenasi R,Cremer M. Abdominal pain. In:Gastroenterology and hepatology. Eds:Cremer M,Krejs G,Ramadori G,Madson JR. McGraw-Hill, London, 1999,pp: 35-47.
- 2-Glasgow RE,Mulvihill SJ.Acute abdominal pain. In: Gastrointestinal and liver disease.Eds:Feldman M, Friedman L, Sleisenger MH. 8'th edition,Vol-1, Saunders, Philadelphia,2007,pp:90-98.
- 3-Battle EH,Yeaton P. Abdominal pain, In: Clinical Practice of Gastroenterology Ed: Brandt LJ. Churchill Livingstone,Philadelphia,1999,S: 210-214.
- 4-Aktan H.Abdominal ağrı. Gastroenteroloji. Ed: Aktan H. Makro yayıncılık. Ankara, 1988,s:1-11.
- 5-Kapıcıoğlu S. Karın ağrısı ve akut karın.Gastroenteroloji. Ed:Telatar H, Şimşek H. Hekimler yayın birliği,1993,s:23-39.