

Bölüm 26

Akut Abdominal Ağrı

Dr. Metin ŞENTÜRK

Akut pelvik ağrı hızlı başlangıçlıdır, genellikle değişken vital bulgularla ve fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmede belirgin anormalliklerle ilişkilidir. Yanlış tanı önemli morbidite ve hatta mortalite ile sonuçlanabilir.

Organ sistemleri (üreme, gastrointestinal, üriner) ve patolojik sınıflama kategorisine göre zamanında ve doğru değerlendirme, enfeksiyon, obstrüksiyon, iskemi (torsiyon), iritan maddelerin sızıntısı (organ veya kist rüptürü), neoplazi veya gebelikle ilişkili ağrının etkili tanı ve yönetimini sağlayacaktır.

Kronik pelvik ağrı çok yönlü, pelvik organları, somatik organları, spinal kord ve beyini çevreleyen, afferent sinyallerin işleminde değişikliklerle karakterize bir rahatsızlıktır. Pelvik yapıların ortak olan torakolomber ve sakral innervasyonu ve santral sinir sisteminde nöral girdilerin up-regülasyon süreci, kronik pelvik ağrısı olan kadınlar tarafından yaşanan somatik ve fizyolojik semptomların çeşitliliğini açıklamaktadır.

Hem kronik hem de akut ağrının başarılı yönetiminde ayrıntılı bir hikaye ve fizik muayene önemlidir. Yardımcı laboratuvar ve tanısal prosedürler, akut, yaşa tehdit eden durumların, kronik ağrı durumlarından ayrımını değerlendirmekte uygulanır. Kronik pelvik ağrı hem tanı hem de yönetimde multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir.

Tanımlar

Akut ağrı şiddetlidir ve ani başlangıçlı, keskin artış ve kısa süre ile karakterizedir. Siklik ağrı,

menstrüel siklusla ilişkili olan ağrı, anlamına gelir. Dismenore, veya ağrılı menstrüasyon, en yaygın siklik ağrı olayıdır ve ilgili anatomik patolojiye göre primer ya da sekonder olarak sınıflandırılmaktadır (1). Kronik pelvik ağrı 6 aydan daha uzun süren ağrı olarak tanımlanır, anatomik pelvise lokalizedir ve fonksiyonel yetersizliğe neden olacak ya da, tıbbi yardım gerektirecek kadar şiddetlidir (2).

Akut ağrı genellikle bulantı, kusma, terleme, fekal hissi gibi otonomik refleks yanıtları ile ilişkilirken, kronik pelvik ağrısı olan kadınlarda bu gibi otonomik refleks yanıtlar mevcut değildir. Akut ağrı, ateş ve lökositoz gibi inflamasyon veya enfeksiyon işaretleri ile birlikteyken, kronik ağrı durumunda bunlar bulunmaz. Akut pelvik ağrının patofizyolojisi, enfeksiyon, iskemi veya kimyasal irritasyon sonucunda yüksek konsantrasyonda bulunan inflamasyon mediyatörleri içermektedir. Tersine, kronik pelvik ağrı etyolojisi sıklıkla normalde ağrısız uyarıların modülasyonunu ve düzenlemesini içerir. Ağrı doku hasarının derecesine bağlı değildir (3). Kronik pelvik ağrı bu nedenle, akut ağrı ile ilişkili olanlardan farklı olarak, fizyolojik, duygusal ve davranışsal tepkiler ile karakterizedir (4). Dahası, genetik predispozisyon, olumsuz çevresel baskılar ve hormonal ortamın, kronik ağrı bozuklukları için yatkınlığı ve predispozisyonu artırdığını düşündürmektedir (5).

Akut Ağrı

Akut abdominal ağrının ayırıcı tanısı ana hatlarıyla Tablo 1'de verilmiştir. Ağrının karakterini değerlendirmek, ayırıcı tanıda yardımcı olur. Ağrının

yardımcı olur. BT retroperitoneal kitlelerin ya da gastrointestinal sisteme ait apselerin değerlendirilmesinde faydalıdır. Şayet pelvik ultrasonografi bir kitlenin uterin ya da adneksiya kaynak olup olmadığını belirleyemiyorsa, pelvik MR tanısal olabilir. Tanısal laparoskopi sebebi belli olmayan akut batin olan hastalarda, belirsiz şüpheli adneksiya kitlenin nedenini ortaya çıkarmak veya gebeliğin intrauterin ya da ekstrauterin olup olmadığını ortaya koymak için (ultrasonografi ve B-hCG sonuçları belirsiz ise) kullanılır. Tanısal laparoskopi büyük bir pelvik kitle (>12cm) için uygulandığında görüntüleme engellenmektedir ve peritonit, şiddetli ileus veya barsak obstrüksiyonu olan hastalarda rölâtif olarak kontrendikedir. Bu durumlarda laparotomi tercih edilir. Pelvik ağrısı ve normal pelvik ultrasonografisi olan hastaların büyük bir kısmında konservatif tedavi ile semptomlarda düzelme sağlanır ve cerrahi girişim gerektirmez (25).

Kaynaklar

1. Dawood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol* 1990;3:168-178.
2. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003;101:594-611.
3. Wesselmann U. Neurogenic inflammation and chronic pelvic pain. *World J Urol* 2001;19:180-185.
4. Nijenhuis ER, van Dyck R, ter Kuile MM, et al. Evidence for associations among somatoform dissociation, psychological dissociation and reported trauma in patients with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2003;24:87-98.
5. Diatchenko L, Nackley AG, Slade GD, et al. Idiopathic pain disorders pathways of vulnerability. *Pain* 2006;123:226-230.
6. Woolf CJ. Central sensitization: implications for diagnosis and treatment of pain. *Pain* 2011;152:S2-S15.
7. Winnard KP, Dmitrieva N, Berkley KJ. Cross-organ interactions between reproductive, gastrointestinal, and urinary tracts: modulation by estrous stage and involvement of the hypogastric nerve. *Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol* 2006;291:R1592-R1601.
8. Howard FM. The role of laparoscopy in the chronic pelvic pain patient. *Clin Obstet Gynecol* 2003;4:749-766.
9. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;150:8-12.
10. Oltmann SC, Fischer A, Barber R, et al. Cannot exclude torsion-a 15-year review. *J Pediatr Surg* 2009;44:1212.
11. Oelsner G, Cohen S, Soriano D, et al. Minimal surgery for the twisted ischaemic adnexa can preserve ovarian function. *Human Reprod* 2003;18:2599-2602.
12. Ness RB, Hillier SL, Kipp K, et al. Bacterial vaginosis and risk of pelvic inflammatory disease. *Obstet Gynecol* 2004;104:761-769.
13. Hiller N, Sella T, Lev-Sagi A, et al. Computed tomographic features of tuboovarian abscess. *J Reprod Med* 2005;50:203-21.
14. Landers DV, Sweet RL. Tubo-ovarian abscess: contemporary approach to management. *Rev Infect Dis* 1983;5:876-884.
15. Reed SD, Landers DV, Sweet RL. Antibiotic treatment of tuboovarian abscess: comparison of broad-spectrum beta-lactam agents versus clindamycin-containing regimens. *Am J Obstet Gynecol* 1991;164:1556.
16. Gjelland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1323.
17. Krivak TC, Cooksey C, Propst A. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management. *Compr Ther* 2004;30:93-100.
18. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, et al. Uterine myomas, dyspareunia, and sexual function. *Fertil Steril* 2006;86:1504.
19. Lippman SA, Warner M, Samuels S, et al. Uterine fibroids and gynecologic pain symptoms in a population-based study. *Fertil Steril* 2003;80:1488-1494.
20. Dueholm M, Lundorf E, Hansen ES, et al. Accuracy magnetic resonance imaging and transvaginal ultrasonography in the diagnosis, mapping, and measurement of uterine myomas. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:409-415.
21. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, et al. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990;132:910-925.
22. Rao PM, Rhea JT. Colonic diverticulitis: evaluation of the arrow-head sign and the inflamed diverticulum for CT diagnosis. *Radiology* 1998;209:775-779.
23. Echols RM, Tosiello RL, Haverstock DC, et al. Demographic, clinical, and treatment parameters influencing the outcome of acute cystitis. *Clin Infect Dis* 1999;29:113-119.
24. Takahashi S, Hirose T, Satoh T, et al. Efficacy of a 14-day course of oral ciprofloxacin therapy for acute uncomplicated pyelonephritis. *J Infect Chemother* 2001;7:255-257.
25. Harris RD, Holtzman SR, Poppe AM. Clinical outcome in female patients with pelvic pain and normal pelvic US findings. *Radiology* 2000;216:440-443.