

Çocuklarda Akut Batın

İrfan Kırıştıoğlu

Uludađ Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Doç.Dr.

Akut batın, ani başlayan karın ağrısı, bulantı, kusma ve diğer şikayetlerin eşlik ettiği, çoğunlukla intraperitoneal bölgedeki inflamatuvar ve cerrahi patolojilerin rol oynadığı hastalıkların ortak klinik semptom ve bulgularını tanımlayan bir terimdir. Özellikle bebekler ve küçük çocuklar ağrının karakterini tam olarak tanımlayamadıklarından ve karın içi hacimleri de erişkinlere göre küçük olduğundan ve erişkinde pelvik yerleşimli olan çoğu organ bu yaş grubunda batında yer aldığından (mesane, uterus, over, vs) bu yaş grubunda akut batın tablosunun değerlendirilmesi zordur.

Çocuklarda akut batına yol açan hastalıkları mutlaka cerrahi tedavi gerektirenler, başlangıçta cerrahi tedavinin gerekli olmadığı ancak bazen kaçınılmadığı hastalıklar ve cerrahi müdahalenin yerinin olmadığı hastalıklar olarak üç sınıfta değerlendirmek mümkündür. Bu sınıflamaya giren hastalıklar Tablo 1'de gösterilmiştir (1).

Bu yazıda bu hastalıklar üzerinde ayrı ayrı durulmayacaktır. Özellikle akut apendisit detaylı olarak incelenecek ve ayırıcı tanıda gerekli olan bilgiler çok kısa olarak ifade edilecektir.

Akut Apendisit

Akut apendisit, apendiksin lümeninin her hangi bir nedenle tıkanması sonucu başlayan inflamatuvar bir süreçtir. Bu inflamatuvar süreç spontan veya antibiyotik tedavisi ile gerileyebileceği gibi, çoğunlukla da ilerleyerek akut apendisit tablosunu ve takibende apendiks perforasyonu sonucu lokalize veya yaygın peritonit ve sepsisi oluşturabilir. Genel popülasyonda apendisit insidansı % 7'dir. Çocuklarda erişkinlere nazaran daha sık görülür ve 6-12 yaşlar arasında, yani okul çocukluğu döneminde pik yapar (1,2,3).

Patofizyoloji: Apendiks lümeninin herhangi bir sebeple tıkanması (Tablo 2) bu organın inflamasyonunu başlatır. Çocuklarda lümen tıkanıklığı oluşturan en önemli sebep sistemik enfeksiyonlar (viral, bakteriyel) esnasında oluşan submukozal lenfoid hiperplazidir. Bilindiđi gibi apendiks lenfoid doku bakımından zengin bir organdır. Apendiks lümeninin tıkanması, Goblet hücreleri tarafından salınan müküsün apendiks lümeni içinde birikmesine ve birkaç saat içinde intraluminal basıncın apendiks duvarındaki kan basıncını bozacak kadar artmasına yol açar. Bu staz sonucu lümende bakteri sayısı artmaya başlar. Hastalığın ilerlemesiyle intraluminal basınç kapiller basıncın üzerine çıkınca apendiks duvarında geçirgenlik artar ve nihayetinde perforasyon oluşur. Perforasyon olguların % 80'inde ilk 48 saat içinde gelişir ve çocuklarda tanı konulduğunda perforasyon oranı yaklaşık % 30-45 arasında bulunmuştur. Batın içinde enfeksiyonu sınırlamakla gö-

revli mekanizmalardan omentum ve komşu barsak ansları perforasyon olan bölgeyi sınırlarlar. Apendiksdeki perforasyon karın içi savunma mekanizmaları ile sınırlandırıldığı durumlarda plastron veya periçekal abse, sınırlandırılmadığı durumlarda ise yaygın peritonitle sonuçlanır. Plastron olguların yaklaşık % 5'inde görülür (1-4).

Semptom ve Bulgular: Apendisit tanısı esas olarak hastanın hikayesine ve klinik bulgularına dayanır. Akut apendisitli çocuğun yüz ifadesi sıkıntılıdır. Hastalık genellikle göbek çevresine duyulan, tam olarak tanımlanamayan hafif ve başlangıçta kolik tarzında bir ağrı ile başlar. Hastaların yarısından çoğunda iştahsızlık vardır. Çocukların % 80'inde ağrı ile birlikte kusma da vardır. Kusma ağrının başlamasından kısa bir süre sonra başlar. Ağrının başlamasından saatler önce bulantı ve kusması olan olgular da mevcuttur. Ağrı başlangıcından yaklaşık 6-12 saat sonra sağ alt kadrana lokalize olur. Ağrının göbek çevresinden sağ alt kadrana lokalize olması akut apendisit tanısı için tipik kabul edilir. Hasta bu ağrılı evrede batın içi basıncını artıran hareketlerden kaçınır (öksürme, ıkınma). Ağrıdan korunmak için bacaklarını karnına çekerek yatar. Ağrının başlamasının ardından peritoneal irritasyona bağlı mukoid ishal, tenesmus, sık idrara gitme ve idrara yaparken yanma görülebilir. Akut apendisitte ateş, 38-38.5 derece civarındadır. Daha yüksek ateş, komplike apendisitte veya batın dışı inflamatuvar sebeplerle oluşur (1-4).

Akut batınla başvurmuş bir çocuğun muayenesi çocukla sohbet edilerek ve dikkati başka yönlere çekilerek yapılır. Karın muayenesine ağrısız bölgeden, çoğunlukla sol alt kadrandan başlanır. Akut apendisitin tipik muayene bulgusu sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyetin saptanmasıdır. Direkt veya indirekt ribaund bulgusu pozitifdir. Sol alt kadranın muayenesinde barsak anslarının sağa doğru yer değiştirmesi ile sağ alt kadranda ağrı duyulabilir (Rovsing). Retroçekal apendisit olgularında hassasiyeti ortaya koymak için yapılan psoas ve obturator testlerinin tanı değeri çocuklarda düşüktür. Barsak seslerinin akut apendisit tanısında fazla bir önemi yoktur. Ancak komplike olmuş vakalarda barsak seslerinin azalması, gastroenteritlerde ise artmış olması klinik takipde önemli bulgulardır. Muayene rektal tuşe ile tamamlanır. Rektal tuşenin akut apendisit tanısına katkısı azdır. Normal çocukların yarısında rektal tuşe ağrılıdır. Bu muayene akut apendisitin ayırıcı tanısının yapılması ve diğer patolojilerin ortaya konulması açısından gereklidir. Akut apendisit düşünülen olgularda sadece batın muayenesinin yapılması, hastanın tam olarak değerlendirilmemesi hekimi yanlış tanıya götürür. Bu bakımdan tam bir fizik muayene mutlaka yapılmalıdır.

Akut apendisit tanısında laboratuvar çalışmaları hastalığı destekleyebilir ama asla ekarte ettirmez. Tam kan sayımında, lökosit sayısı perforasyon olmayan olgularda 11.000-15.000/mm³ civarındadır. Perforasyon olmadan lökosit sayısının 20.000/ mm³'ün üzerine çıkması sık görülen bir durum değildir. Periferik yaymada parçalılar hakimdir. İdrar tahlili akut apendisit tanısında yol gösterici değildir. Ancak idrarda lökosit ve bakteri görülmesi pyelonefrit bulgusu olarak değerlendirilir (1,2,5).

Akut apendisit tanısında çeşitli radyolojik yöntemler tanıya yardımcıdır. Bunlar aşağıda sıralanmıştır.

Ayakta direkt batın grafisi: Akut apendisitin ayakta direkt batın grafisinde saptanacak patognomonik bir bulgusu yoktur. Başlangıç safhasındaki bir akut apendisit olgusunda ilk saptanacak bulgu fekalit yani taşlaşmış gaitadır. Bu bulgu sağ alt kadranda iliak kemik üzerinde silik bir kalsifikasyon olarak görülür. Çocuklarda ayakta direkt batın grafisinde fekalit saptanma oranı % 10-20 arasında değişmektedir. İlerlemiş olgularda sağ alt kadranda bir iki hava-sıvı seviyesi ve ağrı nedeniyle oluşmuş sağa doğru bir skoloz görülebilir. Bu bahsedilen bulguların yanında akut apendisit olgularında ayakta direkt batın grafisinde saptanan diğer göreceki radyolojik bulgular Tablo 3'de özetlenmiştir (1,3).

Ultrasonografi: Son zamanlarda yaygın olarak kullanılan bir tanı yöntemi olup, ayakta direkt batın grafisi ile beraber hatta

onun yerine kullanılabilir hale gelmiştir.

Ultrasonografi ile akut apendisit tanısı yanında, akut apendisitin safhasının ortaya konması ve diğer akut batın yapan hastalıklarla ayırıcı tanısının yapılması mümkün olabilmektedir. Ayrıca periçekal sıvı, apse, plastron gibi tanıların konması kolaylıkla yapılabilmektedir. Ultrasonografide akut apendisit tanısında peristaltizmi olmayan, bir ucu kapalı bir tubuler oluşum ve ultrason probu ile yapılan kompresyona rağmen bu tubuler oluşumun çapının 6 mm'den büyük olması yeterlidir. Ayrıca ultrasonografik olarak apendiks içten dışa doğru hipoekoik, ekojenik, hipoekoik ve ekojenik olmak üzere 4 tabaka gösterir. İç ekojenik bölge histopatolojik olarak submukozal bölgeye eşdeğerdir. Bu bölgedeki ultrasonografik bulgulara göre apendisiti I-IV arası, yani erken dönemden gangrenöz safhaya kadar sınıflamak mümkün olmuştur. Ultrasonografi ile negatif apendektomi oranlarının düştüğü ve ultrasonun tanısal doğruluk oranının % 88 olduğu bildirilmiştir. Akut apendisitte ultrasonografik bulgular Tablo 4'de özetlenmiştir (1,2,6).

Abdominal tomografi: Rutin uygulamada yeri yoktur. Ancak şuuru kapalı hastalarda, immün yetmezliği veya aşırı şişman olan çocuklarda diğer yöntemlerle tanı konulamadığı durumlarda endikedir. Abdominal tomografi bulguları Tablo 5'de gösterilmektedir (2,3).

Klinik hikaye, fizik muayene ve ultrasonografik bulgulara göre akut apendisit tanısında kullanılabilecek bir akış şeması Tablo 6'da verilmiştir (5).

Sonuç olarak, fizik muayene sonunda çocuğun akut apendisit olabileceği konusunda küçük bir tereddüdün olmaması gerek-

Tablo 1: Çocuklarda akut batın tablosuna yol açan hastalıklar.

<p>A. Cerrahi müdahalenin gerekli olduğu grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut apandisit • Meckel divertikülü • İnvaginasyon • İçi boş organ perforasyonları • Over, testis ve omentum major torsiyonları • İnternal herni ve barsak adezyonları • Safra kesesi hastalıkları
<p>B. Başlangıçta cerrahi müdahalenin gerekli olmadığı ancak bazen kaçınılamadığı grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut pankreatit • Henoch-Shönlein purpurası • Primer peritonit • Hemolitik üremik sendrom • Kawasaki hastalığı • A. granülatöz ileitis
<p>C. Cerrahi müdahalenin yerinin olmadığı grup</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastroenterit • Parazitozlar • Üriner enfeksiyon • Akut romatizmal ateş • Sağ alt lob pnömonisi • Mezenter lenfadenit • Hemofili

Tablo 2: Akut apendisitte lümen tıkanıklığına yol açan sebepler.

<p>Parazit Yabancı cisim Submukozal lenfoid hiperplazi * Fekalit Karsinoid</p>
<p>* Çocuklarda en sık</p>

Tablo 3: Akut apendisitte ayakta direkt batın grafisinde saptanan bulgular.

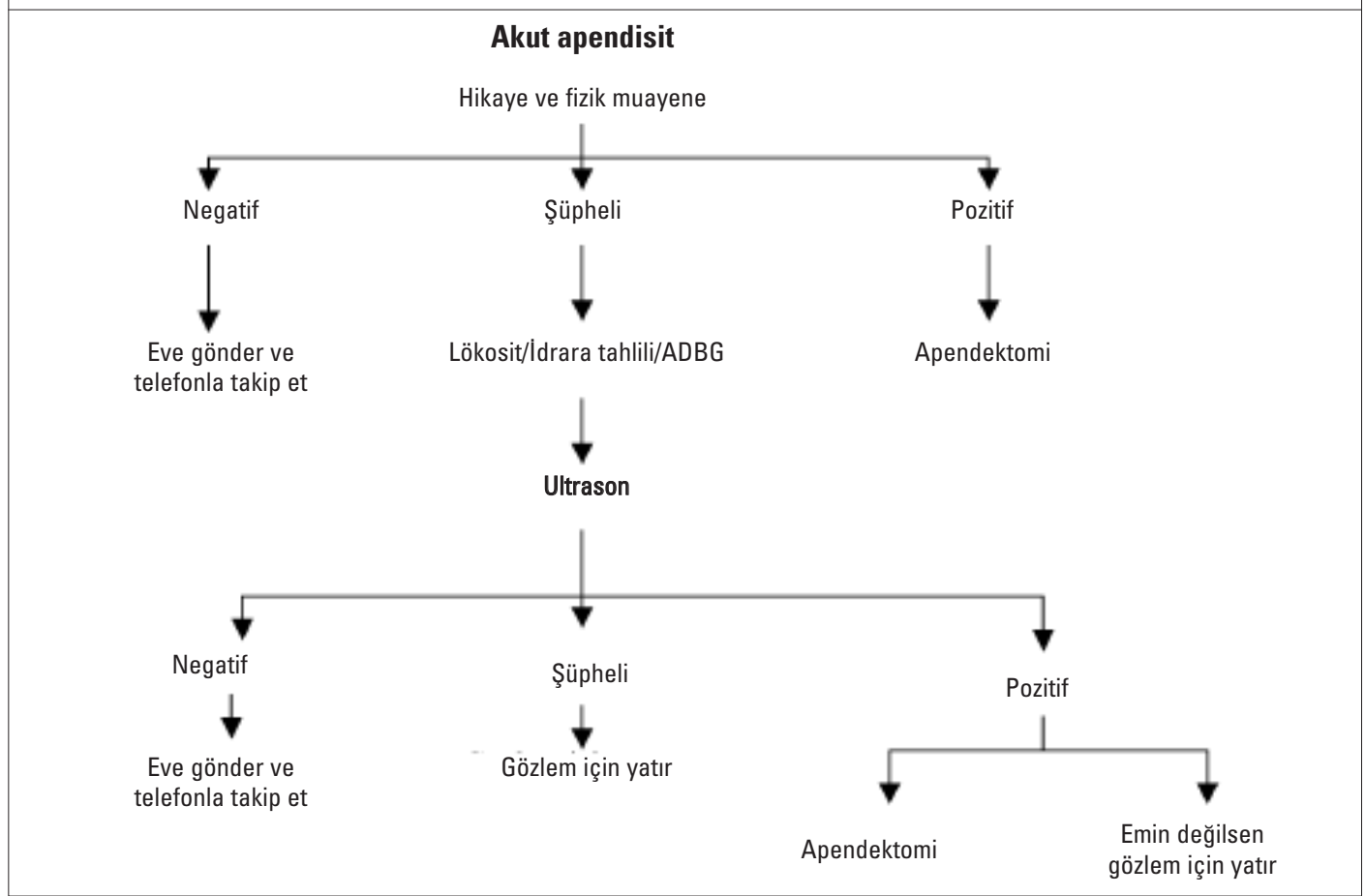
<p>Hava sıvı seviyesi Lomber skoloz Fekalit</p>
<p>Preperitoneal yağ hattının silinmesi Psoas kas sınırının silinmesi Pelvik yumuşak doku dansitesinde artma Çekumun preperitoneal yağ dokusundan uzaklaşması Sakroiliak eklemin silik görülmesi</p>
<p>İnce barsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri Kalın barsak düzeyinde hava sıvı seviyeleri Serbest hava Apendiks içerisinde gaz</p>

Tablo 4: Akut apendisit tanısında ultrasonografi bulguları.

<p>Komprese edilemeyen apendiks 6 mm' den büyük çap Fekalit Periçekal sıvı Çekal duvar kalınlaşması Diğer patolojilerin gösterilmesi</p>
--

Tablo 5: Akut apendisitte abdominal tomografi bulguları.

<p>Yoğunluk ve çap artımı (4-15 mm) Kontrast tutulumunda artma Fekalit Lümente sıvı Mezenterik yağ dokusunda dens çizgilenmeler</p>

Tablo 6: Akut apendisit tanısında akış şeması

mektedir. Tanı konulamayan şüpheli olguların hastaneye yatırılarak veya ayaktan gözlenmesi, yani 6 saat arayla fizik muayenelerinin gerekirse de laboratuvar ve radyolojik tetkiklerin yapılması zorunludur. Bu muayenelerde akut batın bulguları belirginleşen olgulara apendektomi yapılmalıdır. Apendektomi açık cerrahi metotla veya laparoskopik olarak yapılabilir. (2,3,7).

Akut apendisitin önemli komplikasyonlarından biri perforasyona sekonder plastron oluşmasıdır. Sağ alt kadranda kitle, ateş şikayetleri olan olgularda düşünülmelidir. Tanı fizik muayene yanında ultrasonografi ile konur. Tedavide geniş spektrumlu antibiyotik verilerek hasta izlenir. Klinik cevabına göre ya konservatif olarak izlenir ve geciktirilmiş apendektomi yapılır. Yada abse formasyonu hızlı geliyorsa drene edilebilir (2,3).

Günümüzde apendisitin mortalitesi % 0.1-1 arasındadır. Akut veya perfore tüm apendisitlerde komplikasyon oranı % 4-5 arasındadır (1,3). Kronik veya rekürren apendisit tanısı ile ilgili tartışmalar halen devam etmektedir.

Kaynaklar

1. Başaklar CA.Çocuklarda travma ve akut karın. Palme yayıncılık, Ankara, 1994, sayfa: 215-25.
2. Stewenson R.Appendicitis. In: Ziegler MM, Azizkhan RG, Weber TR (ed). Operative pediatric surgery, London, McGraw-Hill; 2003. p. 671-89.
3. Anderson KD, Parry RL: Appendicitis. In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsurd EW, Coran AG (ed) . Pediatric Surgery 5th ed., London, Mosby; 1998. p. 1369-79.
4. Graham JM, Pokorny WJ, Harberg FJ: Acute appendicitis in preschool age children. Am J Surg 1980;139:247-50.
5. Schwartz M, Bulas D.Acute abdomen, Laboratory evaluation and imaging. Seminars Ped Surg 1997;6:65-73.
6. Kaneko K, Tauda M.Ultrasound –based decision making in the treatment of acute appendicitis in children. J Ped Surg 2004;39:1316-20.
7. Lobe TE.Acute abdomen, The role of laparoscopy. Seminars Ped Surg 1997;6:81-7.