

Analysis of Patients Presenting to the Emergency Department with Acute Abdominal Pain

Akut Karın Ağrısıyla Acil Servise Başvuran Hastaların Analizi

Selman Yeniocak¹, Süha Türkmen², Özlem Uzun³, Yunus Karaca⁴, Özgür Tatlı⁴, Süleyman Türedi², Abdülkadir Gündüz²

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

³Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Abstract

Objective: Acute abdominal pain is a common cause of admission to the emergency department. Differential diagnosis of abdominal pain is not easy for the emergency physician. In this study, the results of physical examination, blood biochemical analysis and radiological imaging in patients presenting to the emergency department with abdominal pain were evaluated. These findings were compared with the literature.

Material and Methods: This study was designed as a cross-sectional descriptive study. One hundred and sixty-six patients were included. Patient physical examination findings, amylase, D-dimer and leukocyte values and radiological and surgical findings were evaluated.

Results: All patients had abdominal physical examination findings. Seventy-two (43.4%) patients had only abdominal sensitivity, 33 (28%) patients showed gall bladder pathology by ultrasound and no pathology was found in 36 patients (30.7%). A mass was determined in three (8.1%) of 37 (22.3%) patients, appendicitis in four (10.8%), gall bladder pathology in three (8.1%), ileus-volvulus in four (10.8%) and mesenteric ischemia in six (16.2%) patients who were examined by abdominal tomography.

Conclusion: Despite advances in imaging and laboratory techniques, the great majority of cases with acute abdominal pain cannot be definitively diagnosed, as in this study, and are evaluated as non-specific abdominal pain. The fact that selected cases are transferred to the center where the investigation is performed may create a discrepancy with the literature. In this study, the frequency of gall duct-related diseases was higher than in the literature and cases of acute appendicitis were much less frequent. (*JAEM 2012; 11:212-5*)

Key words: Acute abdominal pain, acute abdomen, cholecystitis, appendicitis, mesenteric ischemia

Özet

Amaç: Akut karın ağrısı acil servise sık başvuru nedenlerindedir. Karın ağrısının ayırıcı tanısı acil hekimi için kolay değildir. Bu çalışmada acile akut karın ağrısı ile başvuran hastaların muayene bulguları, biyokimyasal değerleri ve radyolojik bulguları değerlendirildi. Bu bulgular literatür ile karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntemler: Çalışma kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya toplam 166 hasta dahil edildi. Hastaların fizik muayene bulguları, amilaz, D-dimer, lökosit değerleri, radyolojik bulguları ve operasyon bulguları değerlendirilmeye alındı.

Bulgular: Hastaların tamamında karında fizik muayene bulgusu vardı. Sadece hassasiyet bulgusu olan hasta sayısı 72 (%43.4) idi. Ultrasonografi yapılan hastalardan 33'ünde (%28.0) safra kesesi patolojisi tespit edilirken, 36 (%30.7) hastada herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Karın tomografisi çekilen 37 (%22.3) hastanın 3'ünde (%8.1) kitle, 4'ünde (%10.8) apandisit, 3'ünde (%8.1) safra kesesi patolojisi, 4'ünde (%10.8) ileus-volvulus ve 6'sında (%16.2) mezenter iskemisi tespit edildi.

Sonuç: Görüntüleme ve laboratuvar yöntemlerindeki gelişmelere rağmen akut karın ağrısı olgularının büyük bir kısmı bu çalışmada da olduğu gibi non spesifik karın ağrısı olarak değerlendirilmekte, kesin tanı konulamamaktadır. Çalışma yapılan merkeze seçilmiş vakaların sevk ediliyor olması literatürle uyumsuzluk yaratabilmektedir. Bu çalışmada safra yollarına bağlı hastalıklar literatüre göre yüksek, akut apandisit olguları ise literatüre göre çok düşük bulundu. (*JAEM 2012; 11:212-5*)

Anahtar kelimeler: Akut karın ağrısı, akut karın, kolesistit, apandisit, mezenter iskemisi

Giriş

Bir haftadan daha az süregelen ağrıya akut ağrı denir. Bu tip hastaların hızlı bir şekilde değerlendirilip, tanılarının konulması gereklidir. Her zaman akut karın sendromu şüphesi acil cerrahi yaklaşım gerektirmez. Akut karın ağrılı hastaların %40'ında bilinen karın ağrısı

formlarına uymayan, çoğu kez izlem altında tutulurken ağrılarını kendiliğinden geçen karın ağrısı bulunur (1, 2).

Karın ağrılı hastalar acil serviste sık karşılaşılan bir grubu oluşturur. Bu semptom ile başvuran hastaların ayırıcı tanısı büyük önem arzeder. Acil cerrahi ihtiyacı olanların belirlenmesi, acil cerrahi ihtiyacı olmayanların ise takip süreleri acil hekimleri için çeşitli zorluklar

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Süha Türkmen, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye
Phone: +90 532 709 00 89 e-mail: drsuhaturkmen@hotmail.com

Received / Geliş Tarihi: 12.11.2011 **Accepted / Kabul Tarihi:** 06.03.2012

©Copyright 2012 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.akademikaciltip.com
©Telif Hakkı 2012 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.akademikaciltip.com web sayfasından ulaşılabilir.
doi:10.5152/jaem.2012.033



barındırır. Hastanın hikayesi, fizik muayenenin yanında serum laboratuvar tetkikleri, Ultrasonografi (USG), bilgisayarlı tomografi (BT) gibi tanı metodları hekime bu yönde olumlu katkılar sağlamaktadır. Karın ağrılı hastanın ayırıcı tanısında kullanılmak üzere literatürde bazı belirteçlerin kullanılabilmesi vurgulanmaktadır (3). Yapılan çalışmalarda özellikle cerrahi gerektiren akut karın ağrılı hastaların birbirinden ayrılması amacıyla yönelik D-dimer, CRP gibi bazı biyokimyasal belirteçler üzerinde çalışılmış ve bu parametrelerin tanısı koyulmamış akut karın ağrılı hastalarda cerrahi ihtiyacının bir belirleyicisi olabileceği belirtilmiştir (4).

Bu çalışmada, akut karın ağrısı ile acile başvuran hastaların fizik muayene, laboratuvar ve radyolojik bulgularından elde edilen sonuçları analiz edildi, bu bulgular literatürle karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntemler

Çalışma tek merkezli, prospektif ve kesitsel bir çalışma olarak planlandı. Bu çalışmada acil servise nontravmatik akut karın ağrısı ile müracaat eden hastalar incelendi. Hasta grubundaki olguların; amilaz, D-dimer, lökosit, fizik muayene bulguları ile radyolojik bulguları incelendi.

Etik kurul onayı alındıktan sonra Acil Tıp, Genel Cerrahi ve Biyokimya Anabilim Dalı ile beraber çalışıldı. Acil servise ağrısı son 24 saat içinde başlamış, nontravmatik akut karın ağrısı ile müracaat eden 166 hasta çalışmaya dahil edildi. Bilgilendirilmiş hasta onamı alınan hastanın hikayesi, fizik muayene bulguları, operasyon bulguları, laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları oluşturulan çalışma formlarına kaydedildi. Elde edilen veriler, SPSS 10.0 paket programı ile analiz edilerek, veriler aritmetik ortalama standart sapma, sayı (%) olarak sunulmuştur.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 166 hastanın 97'si kadın (%58.4), 69'u erkek (%41.6) idi. Hastaların yaşları en düşük 18 yıl, en yüksek 92 yıl olup, ortalaması 52.02 (± 20.072) yıl olarak tespit edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların ağrı lokalizasyonlarına göre dağılımı; epigastrik ağrı 11 (%6.6), sağ alt kadran ağrısı 19 (%11.4), sağ üst kadran ağrısı 30 (%18.1) ve yaygın ağrı 106 (%63.9) idi (Tablo 1). Hastaların ek şikayetlerine göre sınıflandırıldıklarında bulantı-kusma ve ishal birlikteliği 4 (%2.4), ishal 6 (%3.6), şikayeti olmayan 74 (%44.6) ve sadece bulantı-kusma 82 (%49.4) olarak bulundu.

Hastaların tamamının fizik muayenesinde hassasiyet mevcuttu. 72'sinde (%43.4) ise tek fizik muayene bulgusu olarak hassasiyet vardı. Karındaki diğer fizik muayene bulguları hassasiyetle birlikte, birden fazla muayene bulgusu ile birliktelik gösterdi (Tablo 2). Hastaların lökosit değerleri ortalama 11.359 ± 5.29084 mm³, D-dimer değeri ortalama 3.0955 ± 5.88847 µg/mL, amilaz değeri ortalama 215.67 ± 519.889 u/L olarak bulundu (Tablo 3). Çalışmaya dahil edilen 166 hastanın 162'sine (%97.6) ayakta direk karın grafisi çekildi. Üz almış iki hastanın 129'ünde (%77.7) ayakta direk karın grafisinde her-

hangi bir patoloji görülmez iken, 33'ünde (%19.9) hava-sıvı seviyesi tespit edildi. Dört (%2.4) hastaya ayakta duramama veya hamilelik nedeni ile grafi çekilemedi.

Hastaların 118'ine (%71.1) USG çekildi. Bu hasta grubundaki 33 (%28.0) hastada safra kesesi patolojisi (taşlı kolesistit, taşsız kolesistit, safra kesesi perforasyonu), 14'ünde (%11.9) apandisit tespit edilirken, 36 (%30.5) hastada herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Tanısı klinik, laboratuvar ve ultrasonografi ile net olarak konamayan hastalara BT çekildi. BT çekilen 37 (%22.3) hastanın 3'ünde (%8.1) kitle, 4'ünde (%10.8) apandisit, 3'ünde (%8.1) safra kesesi patolojisi, 4'ünde (%10.8) ileus-volvulus ve 6'sında (%16.2) mezenter iskemi tespit edildi. On iki hastada (%32.4) ise herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Çalışmaya dahil edilen hastaların tanı sınıflaması (operasyon tanısı, görüntüleme yöntemleri, fizik muayene ve laboratuvar bulguları) değerlendirildiğinde en büyük grubu 51 (%30.7) hasta ile nonspesifik karın ağrısı oluştururken, ikinci grup 27 (%16.3) hasta ile safra kesesi hastalıkları ve üçüncü grup 16 (%9.6) hasta ile ileus-volvulus olarak tespit edildi (Tablo 4). Çalışmaya dahil edilen hastalar opere olup olmamalarına göre sınıflandırıldığında ön tanıya göre en fazla opere olan (%83.3) ile apandisit grubu idi (Tablo 5). Çalışmadaki 166 hastadan 24'ü (%14.5) tanı aldıktan sonra acil servisten operasyona alındı. Operasyona alınma zamanı ortalama 9.04 ± 5.805 saat olarak tespit edildi. Opere olan hastalarda en büyük grubu 7 kişi (%37.3) ile akut apandisitli hasta oluşturdu (Tablo 6).

Tablo 1. Hastaların acil servise müracaatındaki ağrı lokalizasyonlarının sınıflaması

Karın ağrısının lokalizasyonu	n (hasta sayısı)	Yüzdesi (%)
Epigastrik	11	6.6
Sağ alt kadran	19	11.4
Sağ üst kadran	30	18.1
Yaygın	106	63.9
Toplam	166	100

Tablo 2. Hastaların acil servise müracaatında tespit edilen fizik muayene bulgularının sınıflaması

Fizik muayene bulguları	n (hasta sayısı)	Yüzdesi (%)
Hassasiyet	72	43.4
Hassasiyet, defans	36	21.7
Hassasiyet, rebound	7	4.2
Hassasiyet, diğer	1	0.6
Hassasiyet, defans, rebound	14	8.4
Hassasiyet, defans, diğer	2	1.2
Hassasiyet, rebound, diğer	3	1.8
Hassasiyet, defans, rebound, diğer	31	18.7

Tablo 3. Hastaların acil servise müracaatı sonucu çalışılan laboratuvar değerleri

Labratuar parametreleri	n (Hasta sayısı)	Minimum	Maksimum	Ortalama değer	Standart sapma
Lökosit (mm ³)	166	2.90	42.30	11.3590	5.29084
D. Dimer (µg/mL)	166	0.22	49.48	3.0955	5.88847
Amilaz (u/L)	166	8	3446	215.67	519.889

Tartışma

Acil serviste akut karın ağrısı ile başvuran hastaların ayırıcı tanısını yapmak bu hastaların genel karakteristikleri hakkında önceden bilgi ve tecrübe sahibi olmakla kolaylaşabilir. Bu çalışmaya dahil edilen 166 hastanın 97'si kadın (%58.4), 69'u erkek (%41.6) di. Hastaların yaşları en düşük 18 en yüksek 92 olup, ortalaması 52.02 (± 22.072) olarak tespit edildi. Onur ve arkadaşlarının yapmış olduğu benzer çalışmada; erkeklerde ortalama yaş 43 (± 8) yıl, kadınlar için 51 (± 7) yıl olarak belirlenmişti (5). Çalışkan ve arkadaşlarının çalışmasında; karın ağrısı ile başvuran 957 hastanın 384'u (%40.1) erkek ve 573'u (%59.9) kadın olup, hastaların yaşları 16 ile 93 arasında değişmekte ve yaş ortalaması 38.66 yıl bulundu (6).

Çalışmamızda hastalar karın ağrısı ile acil servise müracaatında ek şikayetlerine göre sınıflandırıldıklarında; bulantı-kusma ve ishal 4 (%2.4), ishal 6 (%3.6), bulantı-kusma 82 (%49.4) olarak bulundu. Yetmiş dört hastada (%44.4) ise karın ağrısına eşlik eden herhangi bir şikayet yoktu. Yine Çalışkan ve arkadaşlarının (6) yaptıkları çalışmada değerlendirilen 957 karın ağrılı hastanın karın ağrısına ek olarak 649 (%67.8) hastanın bulantı, 529 (%55.3) hastanın iştahsızlık ve 313 (%32.7) hastanın kusma şikayetleri vardı. Karın ağrısı olan bir çok hastada eşlik eden semptom bulunmamaktadır. Bulantı-kusma ise en sık eşlik eden semptomdur. İshal karın ağrısı nedeniyle hastaneye müracaat eden hastalarda nadir görülen bir şikayettir.

Karın ağrısının ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken nedenlerin arasında metabolik nedenler, ilaca bağlı sebepler veya üriner sistem patolojileri de olabilir. Bunlardan başka diabetik ketoasidoz, hipoglisemi, porfiri, akut adrenal yetmezlik, salisilat zehirlenmesi, kurşun zehirlenmesi, Ailevi Akdeniz Ateşi gibi olasılıklar teşhisi daha da zorlaştırabilmektedir. Herhangi bir neden bulunmayan akut karın hastalarının nihai tanımı nonspesifik karın ağrısıdır. Ağrıya sebep olabilecek tüm nedenler elendiğinde nonspesifik karın ağrısı tanısı konur (7, 8). Çeşitli çalışmalarda nonspesifik karın ağrısı oranı %34-53 arasında rapor edilmiştir (9). Çalışmamızdaki 166 hastanın 51'i (%29.8) karın ağrısını açıklayabilecek bir tanı konamadan taburcu edilmiş ve bu rakamlar literatür bulgularına benzerlik göstermiştir.

Akut karın ayırıcı tanısında çok sayıda etiyoloji olması nedeni ile acile başvuran hastalardan hangisinde cerrahi patoloji olduğu kararının verilmesi ile ilgili araştırmalar öteden beri ilgi odağı olmuştur. Konuyla ilgili en kapsamlı çalışmalar arasında 26 farklı merkezden alınan verilerle 10320 hasta üzerinde elde edilen OMGE çalışması verileri idi (10). Aynı zamanda Irvin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ile Wilson ve arkadaşlarının çalışmaları da bize bu noktada yol gösterici olabilir (11, 12). Bu çalışmaların verilerine göre sırası ile akut apandisit %18, %16.8, %15.6; akut kolesistit %9.7, %5.1, %5.8; ince bağırsak obstrüksiyonu %4.1, %14.8, %2.6; akut jinekolojik hastalıklar %4, %1.1, %4; akut pankreatit %2.9, %2.4, %1.3; ürolojik aciller %2.9, %5.9, %4.7; perfore peptik ülser %2.5, %2.5, %2.3; kanser %1.5, %3, %0; divertiküler hastalık ise %1.5, %3.9, %1.1 oranlarında bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ise 27 hasta (%16.3) safra kesesi ve hastalıkları, 16 hasta (%9.6) ileus-volvulus, 15 hasta (9.0) kitle, 14 hasta (8.4) pankreatit, 12 hasta (%7.2) akut apandisit, 7 hasta (%4.2) mezenter iskemi, 6 hasta (%3.6) over hastalıkları, 4 hasta (%2.4) herni, 2 hasta (%1.2) gastrit-peptik ülser, 1 hasta (%0.6) perforasyon tanıları aldı. Çalışmamıza dahil edilen hastaların tanı oranları yukarıdaki çalışmadaki bulgularla karşılaştırıldığında bizim çalışmada safra kesesi hastalıkları ve pankreatit oranları fazla, akut apandisit oranı ise düşük olarak izlendi. Çalışmamızdaki safra kesesi hastalıkları ve pankreatit oranlarının fazla oluş nedeni, safra kanallarında taş mevcut olan has-

Tablo 4. Hastaların tanılarının sınıflaması

Hastalık tanısı	n (hasta sayısı)	Yüzdesi (%)
Nonspesifik karın ağrısı	51	30.7
Safra kesesi hastalıkları	27	16.3
İleus-volvulus	16	9.6
Kitle	15	9.0
Pankreatit	14	8.4
Apandisit	12	7.6
Ürolitiazis-nefrolitiazis	11	6.6
Mezenter iskemi	7	4.2
Over hastalıkları	6	3.6
Herni	4	2.4
Gastrit-peptik ülser	2	1.2
Perforasyon	1	0.6
Toplam	166	100

Tablo 5. Hastaların opere olup olmamalarına göre sınıflaması

Hastalık tanıları	Opere olmayan	Opere olan	Toplam
Nonspesifik karın ağrısı	51	0	51
Apandisit	2	10	12
Safra kesesi hastalıkları	14	13	27
İleus-volvulus	10	6	16
Pankreatit	12	2	14
Mezenter iskemi	0	7	7
Over hastalıkları	5	1	6
Kitle	12	3	15
Gastrit-peptik ülser	2	0	2
Ürolitiazis-nefrolitiazis	10	1	11
Herni	1	3	4
Perforasyon	0	1	1
Toplam	119 (%71.3)	47 (%28.7)	166 (%100)

Tablo 6. Acilden operasyona alınan hastaların tanı sınıflaması

Hastalık tanısı	n (hasta sayısı)	Yüzdesi (%)
Apandisit	9	37.3
Mezenter iskemi	6	25.0
Safra kesesi hastalıkları	3	12.5
Herni	3	12.5
Ürolitiazis-nefrolitiazis	1	4.2
İleus-volvulus	1	4.2
Perforasyon	1	4.2
Toplam	24	100

aların endoskopik retrograd kolanjiopankreatikografi (ERCP) yapılmak üzere tarafımıza sevkini fazla oluşu ve acilimize akut karın ağrısı şikayetiyle müracaat edip, çalışmaya dahil olmalarından kaynaklanmış olabilir. Akut apandisit oranının daha düşük oluşunun nedeni ise periferde bulunan hastanelerden bir üst kurum olan hastanemize sevk gereksiniminin az olması olabilir.

Çalışmaya dahil edilen 166 hastanın tamamında (%100) fizik muayenede hassasiyet vardı. Yetmiş iki hastada (%43.4) ise tek fizik muayene bulgusu karında hassasiyet olmasıydı. Karın muayenesindeki defans ve rebound gibi diğer muayene bulguları genellikle hassasiyetle birliktelik gösterdi. Çalışkan ve arkadaşlarının (6) yaptıkları çalışmada 957 karın ağrılı hastanın 948'inde (%99.1) karında hassasiyet, 244'ünde (%25.5) defans ve 146'sında (%15.3) rebound mevcuttu.

Karın grafisi, karın ağrısı için en çok kullanılan radyolojik yöntemdir. Olası tanı için ek bilgi vermese bile ayırıcı tanıda diğer hastalıkları ekarte etmek için kullanılmaktadır. Serbest havayı gösterebilir, hava-sıvı seviyelerini ortaya koyabilir. Çalışmamızdaki 166 hastanın 162'sine (%97.6) ayakta direkt karın grafisi çekildi. Yüz altmış iki hastanın 129'unda (%77.7) ayakta direkt karın grafisinde herhangi bir patoloji görülmez iken, 33'ünde (%19.9) hava-sıvı seviyesi tespit edildi. Yapılan bazı çalışmalarda karın grafisi ince barsak obstrüksiyonu şüpheli hastaların yaklaşık %60'ında tanısal bulunmuştur (12). Düşük dereceli obstrüksiyonlarda sensitivitesi daha düşük gösterilmiştir (13). Flasar M.H. ve arkadaşlarının (14) yapmış oldukları çalışmada perfore barsakta olduğu gibi büyük hacimdeki havanın ortaya çıktığı durumlar için karın grafisinin sensitivitesi %100 gibi yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların 118'ine (%71.1) USG çekildi ve bu hasta grubundaki 33 (%28.0) hastada safra kesesi patolojisi (taşlı kolesistit, taşsız kolesistit, safra kesesi perforasyonu), 14'ünde (%11.9) apandisit tespit edilirken, 36 (%30.5) hastada herhangi bir patolojiye rastlanmadı. Klother ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada klinik muayeneye ultrasonografi ilave edildiğinde apandisit tanısı %90'ı geçmiş ve negatif laparotomi oranı düşük bulunmuştur (15). Ohmann ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise akut karında doğru tanı, USG kullanılmadığında %62-87, kullanıldığında ise %83-90 civarındadır (16).

Bilgisayarlı tomografi karın ağrısının ciddi ve cerrahi bir nedenden kaynaklandığı düşünülen ancak klinik bulgular, laboratuvar ve USG gibi yöntemlerle tanısı netleştirilemeyen ve takip süresi uzayan hastalara çekilmektedir. Urban B. A. ve arkadaşlarının (17) akut abdominal ağrılı olgularda BT'nin tedaviye etkisi ile ilgili yaptıkları çalışmada olguların % 33'ünde BT'nin daha önce planlanan tedaviyi değiştirdiği, %24'ünde hastanede yatış süresini azalttığı, %11 olguda cerrahiye zaman kazandırdığı, %26 olguda ise olası tanıları dışlayıp yeni alternatif tanılarına yönlendirdiği rapor edilmiştir. Çalışmamıza dahil edilen hastaların 37'sine BT çekildi ve 4'ünde (%10.8) apandisit, 3'ünde (%8.1) safra kesesi patolojisi, 4'ünde (%10.8) ileus-volvulus, 2'sinde (%5.4) pankreatit, 6'sında (%16.2) mezenter iskemik, 2'sinde (%5.4) over patolojileri, 3'ünde (%8.1) kitle ve 1'inde (%2.7) ürolitiazis-nefrolitiazis tespit edildi. 12 hastada (%32.4) ise herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Hastaların acil servise müracaatı sonucu çalışılan laboratuvar değerleri incelendiğinde lökosit $11359 \pm 5291 \text{ mm}^3$, D-dimer $3.096 \pm 5.888 \text{ } \mu\text{g/mL}$, amilaz $215.67 \pm 519.889 \text{ u/L}$ olarak tespit edildi. Akyıldız ve arkadaşlarının (18) yaptıkları çalışmada travmaya bağlı olmayan akut karın ağrısı nedeniyle acil servise müracaat eden 225 hasta değerlendirilmiş ve bu hastaların tanısında lökosit sayısının ve D-dimer testinin doğruluğu karşılaştırılmış. D-dimer seviyesi ve lökosit sayısı arasında pozitif bir korelasyon bulunmuş. Ek olarak, acil laparotomi gereken hastalarda bu testin duyarlılığı %95.7 iken, lökosit sayısının ise %74.8 olarak saptanmış. Akut karın ağrılı bir hastada

D-dimer testi lökosit sayısına güçlü bir alternatif veya yardımcı olabileceği sonucuna varılmış. Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak acil servise karın ağrısı ile başvuranlarda D-dimer seviyeleri lökosit değerleri ile paralel olarak yüksek bulunmuştur.

Sonuç

Görüntüleme ve laboratuvar yöntemlerindeki gelişmelere rağmen akut karın ağrısı olgularının büyük bir kısmı bu çalışmada da olduğu gibi non spesifik karın ağrısı olarak değerlendirilmekte ve kesin tanı konulamamaktadır. Çalışma yapılan merkeze seçilmiş vakaların sevk ediliyor olması literatürle uyumsuzluk yaratabilmektedir. Bu çalışmada da safra yollarına bağlı hastalıklar literatüre göre yüksek, akut apandisit olguları ise literatüre göre çok düşük bulunmuştur.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. İliçin G, Biberoğlu K, Süleymanlar G, Ünal S. İç Hastalıkları Cilt 1. s: 1479. 2003
2. Graff LG, Robinson D. Abdominal pain and emergency department evaluation. *Emerg Med Clin North Am* 2001; 19: 123-36. [Crossref]
3. Meisner M. Pathobiochemistry and clinical use of procalcitonin. *Clinica Chimica Acta* 2002; 323: 17-29. [Crossref]
4. Akyıldız H, Akcan A, Öztürk A, Sozuer E, Kucuk C, Yucel A. D-dimer as a predictor of the need for laparotomy in patients with unclear nontraumatic acute abdomen. A preliminary study. *The Scan J Clin Lab Invest* 2008; 68: 612-7. [Crossref]
5. Onur ÖE, Ünlüer EE, Denizbaşı A, Güneysel Ö. *Marmara Medical Journal* 2009; 22: 97-103.
6. Çalışkan M, Coşkun A, Acar A, Atak İ, Kalcan S, Şişik A, et al. Multivariate prospective evaluation of patients admitted with acute abdominal pain in emergency surgery clinics. *JAEM* 2010; 9: 75-82.
7. LeungA KC, Sigalet DL. Acute abdominal pain in children. *Am Fam Physician* 2003; 67: 2321-6.
8. Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with nonspecific abdominal pain. *Br J Surg* 1994; 81: 1216-8. [Crossref]
9. Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In:Tintinalli JE, Ruiz E.Emergency medicine :a comprehensive study guide. 4th ed.New York:McGraw-Hill Companies Inc;1996. p.217-221
10. de Dombal FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. *Scand J Gastroenterol* 1988; 144: 35-42.
11. Irvin TT. Abdominal pain a surgical audit of 1190 emergency admissions. *Br J Surg* 1989; 76: 1121-5 [Crossref]
12. Wilson DH, Wilson PD, Walmsley RG, Horrocks JC, De Dombal FT. Prognosis of acute abdominal pain in accident and emergency department. *Br J Surg* 1977; 64: 250-4. [Crossref]
13. Maglente DD, Balthazar EJ, Kelvin FM, Megibow AJ. The role of radiography in the diagnosis of small bowel obstruction. *AJR Am J Roentgenol* 1997; 168: 1171-80.
14. Flasar MH, Goldberg E. Acute Abdominal Pain. *Med Clin N Am* 2006; 90: 481-503. [Crossref]
15. Klotter HJ, Zielke A, Nies C, Sitter H, Rothmund M. Sonography in acute abdominal emergency. *Chirurg* 1992; 63: 597-605.
16. Ohmann C, Kraemer M, Jäger S, Sitter H, Pohl C, Stadelmayer B, et al. Acute abdominal pain--standardized findings as diagnostic support. Results of a prospective multicenter intervention study and testing of a computer-assisted diagnosis system. *Chirurg* 1992; 63: 113-22.
17. Urban BA, Fishman EK. Tailored helical CT evaluation of acute abdomen. *Radiographics* 2000; 20: 725-49.
18. Akyıldız HY, Sozuer E, Akcan A, Kucuk C, Artis T, Biri I, et al. The value of D-dimer test in the diagnosis of patients with nontraumatic acute abdomen. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2010; 16: 22-6.