

Akut nonspesifik karın ağrılı olguların bir yıllık prognozları, semptom ve bulgularının tanısal doğruluğu

Diagnostic accuracy of symptoms, signs and one-year prognosis of patients with acute non-specific abdominal pain: prospective survey

Halil ÖZGÜÇ,¹ Nurşen ÇAKIN,² Uğur DUMAN¹

AMAÇ

Nonspesifik karın ağrılı hastaların ayrımında, hastalık hikayesi, klinik bulgular, basit laboratuvar değerlendirmelerinin tanısal değerini belirlemek ve bu hastaların uzun süreli takiplerini analiz etmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı Acil Servisi'nde Kasım 2001 ile Kasım 2002 tarihleri arasında prospektif gözlem çalışması gerçekleştirildi. Altı yüz on karın ağrılı hasta, spesifik karın ağrısı (501 hasta) ve nonspesifik karın ağrısı (109 hasta) olarak gruplandırıldı. Nonspesifik karın ağrılı hastalar 24 saat sonra takip değerlendirmesi için çağrıldılar; 8., 15., 30. günler ile 1 yıl sonunda olmak üzere 4 takip görüşmesi için tekrar çağrıldılar. İki grubun bulguları arasında istatistiksel değerlendirme yapıldı.

BULGULAR

Lojistik regresyon analizinde daha önce benzer bir ağrı hikayesi varlığı (odds oranı 1,88; p=0,009), bulantı (odds oranı 0,46; p=0,001), defans (odds oranı 0,24; p=0,024), ateş $\leq 36,6^{\circ}\text{C}$ (odds oranı 1,66; p=0,037), lökosit sayımı ≤ 8700 (odds oranı 1,85; p=0,011), yaş ≤ 39 (odds oranı 1,85; p=0,018), solunum hızı ≤ 15 (odds ratio 3,19; p=0,00) anlamlı bağımsız tanısal faktörlerdi. Bir yıllık takip sürecinde hiçbir malinite saptanmadı.

SONUÇ

Acil servise akut karın ağrısı nedeniyle başvuran olgularda başvuru esnasında daha önce benzer bir ağrı hikayesi, bulantı, defans, ateş $>36,6^{\circ}\text{C}$, lökosit sayımı >8700 , yaş >39 , solunum hızı >15 olan ve taburculuk sonrası 24 saatte kalıcı-devamlı ağrısı olan hastalarda spesifik bir neden olasılığı yüksektir.

Anahtar Sözcükler: Fiziksel inceleme bulguları, nonspesifik karın ağrısı; karın ağrısı, bulgu; tanısal değerlendirme; takip çalışması.

BACKGROUND

The aims of this study were to determine the diagnostic value of elements of the disease history, the clinical findings and basic laboratory examinations in differential diagnosis of the patients with nonspecific abdominal pain and to analyze the long-term survey of these patients.

METHODS

A prospective observational study was performed at the Department of General Surgery Medicine Faculty of Uludağ University between November 2001 to November 2002. Based on the diagnosis reasons for abdominal pain, 610 patients were classified as being of specific abdominal pain (n=501) versus nonspecific abdominal pain (n=109). Patients with nonspecific abdominal pain were invited to a follow-up examination 24 hours later and 4 follow-up interviews were conducted on days 8, 15, 30 and at the end of 1 year. Statistical analyses were performed between findings of two groups.

RESULTS

In logistic regression analysis, presence of a history of similar pain (odds ratio 1.88; p=0.009), nausea (odds ratio 0.46; p=0.001), rigidity (odds ratio 0.24; p=0.024), fever $\leq 36.6^{\circ}\text{C}$ (odds ratio 1.66; p=0.037), leukocyte count ≤ 8700 (odds ratio 1.85; p=0.011), age ≤ 39 years (odds ratio 1.85; p=0.018), respiratory rate ≤ 15 (odds ratio 3.19; p=0.00..) were significantly independent diagnostic factors. There was no malignancy during one-year follow-up period.

CONCLUSION

The possibility of a specific cause is higher in patients with history of a similar pain, nausea, rigidity, fever $>36.6^{\circ}\text{C}$, leukocyte count >8700 , age >39 years, respiratory rate >15 in admission and persistent pain 24 hours after discharge.

Key Words: Diagnostic evaluation; follow-up study; non-specific abdominal pain; symptoms; physical signs.

Karın ağrısı olan hastalar tüm acil servis uygulamalarının %5'ini oluşturur. Bu hastaların %34-53'ünde önemli bir neden bulunamaz ve nihai tanı nonspesifik karın ağrısıdır (NSKA).^[1,2]

Kesin bir tanımlama bulunmamasına rağmen bir haftadan daha kısa süreli yakınmaları olan hastada, ağrıyı açıklayan bir neden bulunamadığında ve diğer nedenler elendiğinde NSKA tanısı konur.^[3-5]

Bazı hastaların gerçekten NSKA kategorisinde olup olmadığına karar vermek güçtür. İki soru cevaplanmayı beklemektedir:

1) "Bu akut karının bir belirtisi midir?" Doğru tanı zamanla konur; ancak gecikmeler mortalite ve morbiditeyi etkileyecek uygunsuz bir şekilde sonuçlanabilir. Bazen hekimler gereksiz radyolojik inceleme ve laboratuvar testleri isteyebilir. Hatta bazı çalışmalar NSKA'lı hastalarda spesifik nedeni ortaya koyabilmek için bilgisayarlı tomografi (BT) ve laparoskopinin rutin kullanımını önermişlerdir. Bir diğer yaklaşım ise taburculuk sonrası 24 saatlik takip değerlendirmesidir. Eğer ağrı 24 saat süresince devam ederse, takip değerlendirmesinde tanı değişikliğe uğrayabilir. Tüm bu yöntemler NSKA'nın kesin tanısını daha erken koyabilmek amacıyla. Erken tanı konulması ve hastalar taburcu edilebilirse, hasta maliyetleri düşebilecektir.

2) "Bu karın ağrısı malinite gibi altta yatan bir durumun belirtisi midir?" De Dombal ve arkadaşları^[6] 50 yaş üzeri NSKA ile başvuran hastaların %10'unda daha sonra gastrointestinal malinite geliştiğini bildirmişlerdir. Başka bir çalışmada ise NSKA için başvurudan 10 ay sonra sadece bir olgu malinite tanısı almıştır.^[7]

Az sayıda çalışma NSKA'nın uzun süreli takibi neye sonuçlanmış olmasına rağmen sonuçlar tartışmalıdır. Sonuç olarak, hekimler hem ilk tanılarında güvenmek, hem de NSKA tanılı hastaları uzun süre takip etmek konusunda kararsız kalabilmektedir. Yeni çalışmalardan elde edilecek veriler bu karmaşanın çözümü için yararlı olabilir.

Bu prospektif takip çalışması, NSKA'yı spesifik karın ağrısından (SKA) ayırt edebilmek için hasta hikayesi, klinik bulgular ve basit laboratuvar testlerinin yararlılığını değerlendirmek için planlandı. NSKA'lı hastaların uzun dönemli takipleri ayrıca değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma dizaynı

Prospektif gözlem çalışması Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi'nde Kasım 2001-Kasım 2002 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Altı yüz on ardışık hasta çalışmaya dahil edildi. Bu hastaların 109'u aşağıda tanımlanan NSKA ölçütlerine, 501'i ise SKA kriterlerine uygundu. Etik kurul onayı alındı (Etik kurul 2002-4-11). Bilgilendirilmiş onam alınan ve 15 yaşın üstünde olan hastalar çalışmaya dahil edildi. Sepsis tanılı hastalar, hamile olanlar, hipovolemisi olan hastalar ve başka bir merkezde tanı almış olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Hasta değerlendirmesi

Tüm hastalara standart bir protokole göre acil tıp hekimleri tarafından rutin hasta hikayesi ile fiziksel inceleme değerlendirmeleri yapıldı ve bulgular standardize edilmiş bir form kullanılarak kaydedildi. Hemoglobün ve lökosit seviyeleri gibi basit biyokimyasal testler tüm hastalarda yapıldı. İleri tanısallık testler, bir tanıya ulaşmak için faydalı olması beklendiği halde istendi. Gerekli olan durumlarda konsültasyonlar gerçekleştirildi. Tüm hasta çizelgeleri ve tanıları mevcut acil tıp uzmanı hekim tarafından değerlendirildi ve kontrol edildi. Şüpheli tanıları olan hastalar acil tıp uzmanı tarafından tekrar değerlendirildi. Bir hastanın tanısı hakkında ortak tanıya varılamadığında veya hasta kayıtları yetersiz görüldüğünde, hasta çalışma dışı bırakıldı. Kesin tanı acil tıp uzmanı tarafından belirlendi ve hastalar SKA ve NSKA olmak üzere gruplandırıldı. NSKA tanısı şu kriterlere göre belirlendi:

1. Hikaye, fiziksel inceleme, laboratuvar veya radyolojik bulgularla medikal veya cerrahi bir etyolojinin dışlanması,
2. Hikaye, fiziksel inceleme, laboratuvar ve radyoloji sonuçlarında nonspesifik bulgular olması,
3. Taburculuktan 24 saat yapılan kontrolde patolojik bulguların olmaması,
4. Taburculuk sırasında karın ağrısının iyileşmesi veya en aza gerilemesi.

Konan tanı ile uyumlu hikaye, fiziksel inceleme ve laboratuvar bulguları olan hastalarda; acil serviste belirlenmiş tanıya yönelik verilen tedaviye cevap alınmış hastalarda ve tanısı patolojik incelemelerle teyit edilmiş hastalarda SKA tanısı konuldu.

Takip

Nonspesifik karın ağrılı hastalar 24 saat sonra takip değerlendirmesine çağrıldı; bir acil tıp uzmanı ve/veya fakülte genel cerrahi bölümü üyesi tarafından değerlendirildi. Eğer hekimler NSKA tanısında hemfikir oldu ise, 4 adet takip telefon görüşmesi 8. gün, 15. gün, 30. gün ve 1. yılın sonunda gerçekleştirildi. Telefon görüşmelerinde hastalar, ağrının tekrarı, ağrının değişimi, ileri değerlendirmeler, araya giren tedaviler, aynı ağrıya bağlı olarak başka bir hastaneye başvuru ve karın ağrısı için olası başka bir tanı için sorgulandı.

Eğer hastalar daha sonra başka bir merkezde SKA tanısı almış ve tedaviye cevap vermiş ise hastane kayıtları bu tanıyı onaylamak veya reddetmek için değerlendirildi. Eğer gerekli ise kontrol değerlendirmeleri hastanemizde tekrar yapıldı. Hastane kayıtları bulunamayan ve telefon numaralarındaki kayıt hatasına bağlı olarak takipte ulaşılamayan hastalar değerlendirme dışında bırakıldı.

Spesifik karın ağrısı olguları 24 saat için takip edildi ve bu süre sonunda araştırmaya dahil edildi.

İstatistiksel değerlendirme

Nonspesifik karın ağrısı tanısında fiziksel inceleme bulgularının ve laboratuvar sonuçlarının etkinliğini değerlendirmek için istatistiksel değerlendirme yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, tıbbi hikayesi, fiziksel inceleme, vital bulguları, laboratuvar değerleri (lökosit değeri, hemoglobin düzeyini içeren) ve sonuçları Microsoft Excel® çalışma sayfasında toplandı. Yaş, lökosit sayımı, kalp hızı, ateş, solunum hızını iki grupta sınıflandırmak için Receiver Operational Characteristics (ROC) eğrileri kullanılarak en uygun eşik değerler saptandı. Tek yönlü analiz her faktörün anlamlılığını belirlemek için kullanıldı. Lojistik regresyon analizi NSKA tanısında araştırılan faktörlerle en güçlü ilişkiyi belirlemek için kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede SPSS for Windows version 11.5 (SPSS, Chicago, IL, USA) kullanıldı. $p=0,05$ değeri istatistiksel anlamlılık seviyesi olarak kabul edildi.

BULGULAR

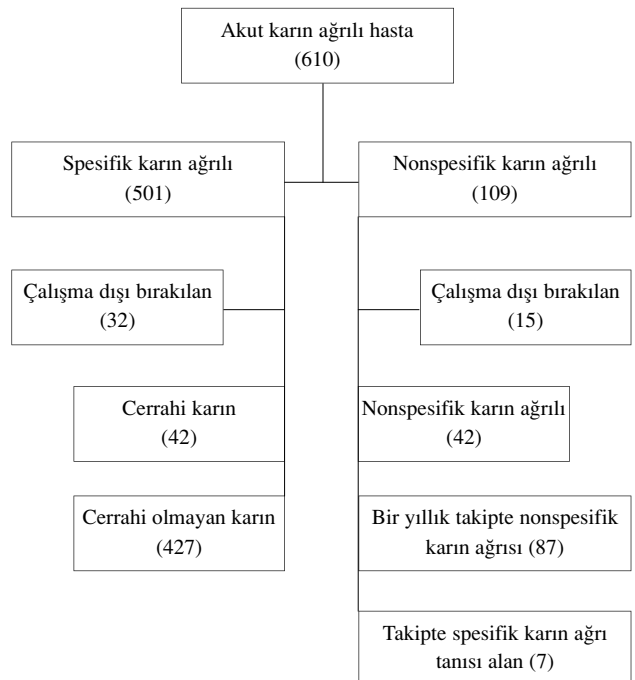
Karın ağrısı ile başvuran 610 hastanın 501'inde (%82,1) spesifik bir medikal veya cerrahi patoloji belirlendi ve kalan 109 hastada (%17,9) NSKA için tanımlanmış ölçütlere uygun olarak NSKA tanısı kondu. On beş hasta 24 saat sonra takip değerlendirilmediği veya telefonla ulaşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Yedi hasta daha sonra SKA tanısı aldığından NSKA grubunun değerlendirmeleri 87 hasta üzerinde gerçekleştirildi. SKA tanısı alan hastaların 32'si, takip bulguları ilk tanıları desteklemediği ve patolojik bulguları tanıyı teyit etmediği için çalışma dışı bırakıldı. Bu nedenle bu grubun değerlendirmeleri 469 hasta üzerinden yapıldı. Hastaların tanıya göre sınıflandırması Şekil 1'de gösterilmiştir. Tablo 1 karın ağrısı ile acil servise başvuran hastaların ilk tanıları göstermektedir.

dirmesine katılmadığı veya telefonla ulaşılamadığı için çalışma dışı bırakıldı. Yedi hasta daha sonra SKA tanısı aldığından NSKA grubunun değerlendirilmeleri 87 hasta üzerinde gerçekleştirildi. SKA tanısı alan hastaların 32'si, takip bulguları ilk tanıları desteklemediği ve patolojik bulguları tanıyı teyit etmediği için çalışma dışı bırakıldı. Bu nedenle bu grubun değerlendirmeleri 469 hasta üzerinden yapıldı. Hastaların tanıya göre sınıflandırması Şekil 1'de gösterilmiştir. Tablo 1 karın ağrısı ile acil servise başvuran hastaların ilk tanıları göstermektedir.

Tanısal faktörlerin değerlendirilmesi

Yaş, kalp hızı, lökosit sayısı, solunum hızı ve ateş için ROC eğrileri Şekil 2'de gösterilmektedir. Eşik değerler yaş için 39 (eğri altında kalan alan (EAA)=0,607), kalp hızı için 81 (EAA=0,547), lökosit sayımı için 8700 (EAA=0,605), ateş için 36,6 (EAA=0,612), solunum hızı için 15 (EAA=0,705) olarak belirlendi. NSKA tanısında etkili faktörler değerlendirildiğinde, ROC eğrisi altında en geniş alana sahip olan solunum hızı en hassas parametre olarak saptandı ($p<0,05$).

Tek yönlü analiz lökosit sayımı, kalp hızı, solunum hızı, ateş, yaş, hikayede aynı ağrının varlığı, bulantı varlığı, karın cerrahi hikayesi varlığı, ağrı yan-

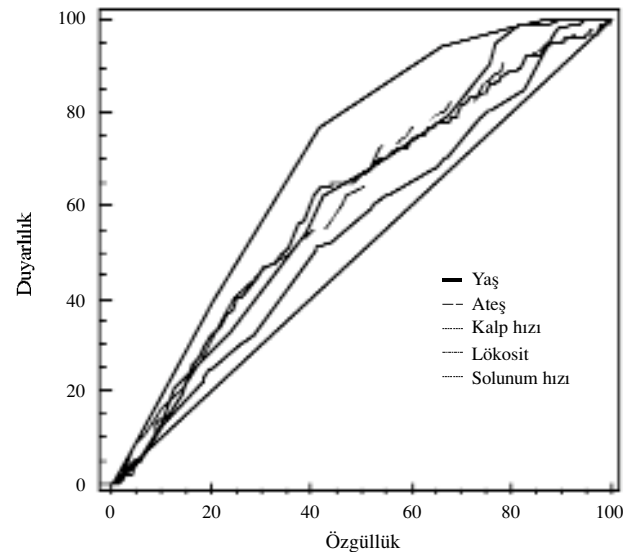


Şekil 1. Karın ağrılı olguların tanılarına göre dağılımı.

Tablo 1. Acil servise karın ağrısı ile başvuran hastalarda ilk tanılar

Tanı	Sayı	Yüzde
Peptik ülser, non-ülser dispepsi, fonksiyonel gastrointestinal bozukluk	123	20,4
Nonspesifik karın ağrısı	109	18,1
Üriner enfeksiyon	57	9,4
Jinekolojik patoloji	48	7,9
Ürolityazis	46	7,6
Akut apandisit	39	6,4
Gastroenterit	39	6,4
Diğer nedenler	140	23,2

sıması ve rijidite varlığının NSKA tanısı ile anlamlı olarak ilişkili faktörler olduğunu gösterdi ($p<0,005$) (Tablo 2). Lojistik regresyon analizinde hikayede aynı ağrının varlığı (odds oranı 1,88; $p=0,009$), bulantı (odds oranı 0,46; $p=0,001$), rijidite (odds oranı 0,24; $p=0,024$), ateş $\leq 36,6$ (odds oranı 1,66; $p=0,037$), lökosit ≤ 8700 (odds oranı 1,85; $p=0,011$), yaş ≤ 39 (odds oranı 1,85; $p=0,0118$), solunum hızı ≤ 15 (odds oranı 3,19; $p=0,000...$) olması bağımsız tanisal faktörler olarak bulundu (Tablo 3).



Şekil 2. Yaş, kalp hızı, lökosit sayısı, solunum hızı ve ateş için Receiver Operating Characteristic (ROC) eğrileri sunulmuştur. Eşik değerleri yaş için 39 (Eğri altı alan (EAA)=0,607), kalp hızı için 81 (EAA=0,547), lökosit için 8700 (EAA=0,605), ateş için (EAA=0,612) ve solunum hızı için 15 (EAA=0,705). Solunum hızı en büyük EAA sahip faktör olarak en hassas parametre olarak bulunmuştur ($p<0,05$).

Tablo 2. Nonspesifik karın ağrısı tanısında istatistiksel anlamlı faktörlerin univaryans analiz sonuçları

Faktör	SKA (n=469)	NSKA (n=87)	p
*Solunum hızı	16,2±2,48	14,8±1,06	0,000.
*Lökosit sayısı	10193±4214	9005±3488	0,002
*Yaş	39,6±18	33,2±15	0,006
*Ateş	36,8±5,8	36,6±3,18	0,000.
*Kalp hızı	85,9±14	83,3±11	0,043
Öyküde aynı ağrı	259 (55,2)	33 (37,9)	0,002
Yaygın ağrı	262 (55,8)	35 (40,2)	0,047
Hassasiyet varlığı	68 (14,4)	3 (3,4)	0,004
Bulantı varlığı	322 (68,6)	44 (50,5)	0,004

* Değerler ortalama ± standart sapma olarak verilmiştir; SKA: Spesifik karın ağrısı; NSKA: Nonspesifik karın ağrısı.

NSKA'lı hastaların takibi

Nonspesifik karın ağrılı 94 hasta taburcu edildi; 24. saatteki takip değerlendirilmesinde 25'inde kalıcı-devamlı ağrı ve klinik bulgular mevcuttu. Bununla birlikte 24. saatte hiçbirinde SKA tanısı konmadı. SKA tanısı daha sonraki takip değerlendirmelerinde yedi hastada kondu. NSKA tanısını takip eden 1 yılda hiçbir malinite belirlenmedi. Böylece ilk değerlendirmede NSKA tanısı alan hastalarda kesin tanı oranı uzun dönem takip sonuçları ile beraber değerlendirildiğinde %92,5'ti. Spesifik tanı oranı taburculuk sonrası ilk 24 saatte kalıcı-devamlı ağrısı olan hastalarda daha yüksek olarak bulundu (5/24 ve 2/70; $p=0,013$). SKA nedenleri ve tanı zamanları Tablo 4'te gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Karın ağrılı bir olguda NSKA ve SKA tanısı ayırımında hikayede aynı varlığı, bulantı, rijidite, ateş $\leq 36,6^{\circ}\text{C}$, lökosit sayısı ≤ 8700 , yaş ≤ 39 , solunum hızı ≤ 15 olması istatistiksel olarak anlamlı faktörlerdi. Takip eden yıl içinde hiçbir malinite saptanmadı. Acil servisten NSKA tanısı ile taburcu edilip SKA tanısı alan hastaların oranı %7,4'tür. İlk 24 saat kontrolünde ağrısı devam eden NSKA hastalarında SKA tanısı oranı daha yüksektir.

Tanısız faktörlerin değerlendirilmesi

Bu çalışmada literatür verilerine göre NSKA sıklığı daha düşüktür.^[1-5] Bu durum şehir merkezinden uzak olan 3. basamak bir sağlık merkezinde tanı için katı kriterler kullanılmasından kaynaklanı-

Tablo 3. Lojistik regresyon analizi sonuçları

Faktör	p	Odds oranı	%95 GA
Sabit	–	–	–
Benzer ağrı (+)	0,009	1,88	1,16 - 3,02
Bulantı (+)	0,001	0,46	0,29 - 0,74
Hassasiyet (+)	0,024	0,24	0,070 - 0,831
Ateş ≤36,6	0,037	1,66	1,03 - 2,67
Lökosit ≤8700	0,011	1,85	1,15 - 2,97
Yaş ≤39 yıl	0,018	1,85	1,11 - 3,08
Solunum hızı ≤15	0,000	3,19	1,90 - 5,35

bilir. Diğer olası nedenler coğrafi değişiklikler kadar merkezlerin organizasyon ve çalışmalarının farklı ülkelerde değişik olması olabilir.

Genç erişkinler NSKA olgularının çoğunluğunu oluşturur.^[4,7] Kraemer ve arkadaşlarının^[8] çalışmasında karın ağrısı olan hastalarda NSKA oranı 50 yaş altında hastaların %32'si ve 50 yaş üstünde %10'u olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ROC analizi kullanılarak bu limit 39 yaş olarak bulundu. Bu bulgunun nedeni bizim hasta nüfusunda yaş ortalamasının daha düşük olması olabilir.

Yapılan çalışmalarda akut karın ağrısı ile başvuran hastada karın hassasiyet varlığı SKA tanısı için önemli bir ölçüt olarak belirlenmiştir.^[9,10] Bizim çalışmamızda da SKA tanısı için karın hassasiyet varlığı önemli bir ölçüt olarak bulundu. Bulantı, kusma ve iştah kaybı NSKA'lı hastalarda en sık eşlik eden semptomlardır.^[2,5,11] Bulantı NSKA olgularının yarısında gözlenmiştir. Bulantı varlığı NSKA tanısını ekarte etmemesine rağmen, SKA tanılı olgularda daha sık gözlenen bir bulgudur. Hikaye ve fiziksel inceleme bulgularına eşlik ettiğinde lökosit sayısının artışının önemli olduğu genel olarak kabul edilir; ancak düşük özgüllük ve duyarlılığa sahiptir ve

Tablo 4. Takip değerlendirmesi yapılan hastaların spesifik karın ağrısı nedenleri ve tanı zamanları

Tanı	Sayı	Tanı zamanı
Ailevi Akdeniz ateşi	1	8 gün
Genital sistem enfeksiyonu	1	8 gün
Gastrointestinal kanama	1	8 gün
Kolesistit	2	15 gün, 1 yıl
Premenstrual sendrom	1	30 gün
Hemorajik over kisti	1	1 yıl

tek bir değere göre seri ölçümler daha önemlidir.^[12,13] Van Den Broek ve arkadaşlarının pediyatrik hastalarda gerçekleştirdikleri bir çalışmada, apandisit şüpheli olgularda lökosit sayımı ileri tanısal araştırmalara başvurmak için bir araç olarak kullanılmış ve rebound olmayan, lökosit sayımı <10,10⁹/L olan olgularda gözlemin yeterli olacağı öne sürülmüştür.^[14] Bizim çalışmamızda yüksek lökosit sayımı SKA tanısı için önemli bir ölçüt olarak bulunmuştur. Bu konudaki diğer çalışmalardan farklı olarak, solunum sayısı araştırılan ölçütler içine dahil edilmiş ve SKA-NSKA ayırımında önemli bir ölçüt olarak bulunmuştur. Bir çalışmada acil servise karın ağrısı ile başvuran hastalarda, acil servisten evine gönderilen hastalarla gözleme alınanlar arasında solunum hızı bakımından bir farklılık bulunmadığı gösterilmiştir.^[15] Bununla birlikte bu çalışma da SKA-NSKA ayırımı yapılmamıştır.

Klinisyenlerin çoğunun düşüncesi hastaneye karın ağrısıyla başvuran bir hastada detaylı hikaye, fiziksel inceleme ve iyi seçilmiş bazı tetkiklerle ağrının nedeninin gösterileceği yönündedir. Hastaların çoğunda bu doğru olsa bile küçük bir kesiminde tüm tanı girişimleri başarısız olmaktadır. Raheja ve arkadaşları^[7] NSKA'nın "pahalı gizem" olarak isimlendirilebileceğini söylemiştir. Sheridan ve arkadaşlarının^[16] çalışmasında her NSKA olgusunun ortalama maliyeti 807 pound (£) olarak hesaplanmıştır ve bu maliyetin çoğunluğu hastanede kalış süresine bağlıdır. Yapılan birçok çalışma sonuçlarında BT ve laparoskopi kullanımını önerilmiştir. Farklı çalışmalar erken BT çekilmesinin potansiyel cerrahi durumların uygun şekilde ayırımında yararlı olduğunu, hastanede kalış süresini kısaltabileceğini ve mortaliteyi azaltabileceğini bildirmiştir.^[17-19] BT'nin en büyük dezavantajı her zaman ve her yer-

de bulunmaması, kontrast madde kullanımı, radyasyon dozu ve maliyettir. NSKA'lı hastalarda bir diğer yaklaşım ise erken laparoskopi uygulamasıdır. Decadt ve arkadaşları^[20] NSKA'lı hastalarda klasik "bekle ve gör" politikası ile erken laparoskopi uygulamasının etkinliğini araştırmışlardır. Bu çalışma erken laparoskopinin yüksek bir tanısallık doğruluğuna sahip olduğunu ve hastaların yaşam kalitesini arttırdığını göstermiştir. Bu çalışmada NSKA tanısı oranı takip grubunda laparoskopi grubuna göre daha yüksektir. Mortalite ve morbidite oranları, hastanede kalış süresi ve yeniden başvuru oranlarında iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bizim bulgularımız NSKA'lı hastalarda tanıda katı kriterler kullanımı ile karşılaştırıldığında BT ve laparoskopi kullanımının oldukça agresif ve pahalı bir yaklaşım olduğunu düşündürmektedir.

Takip

De Dombal ve arkadaşları^[6] NSKA olan 50 yaş üstündeki hastaların %10'unda daha sonra gastrointestinal malinite geliştiğini bildirmişlerdir. Elli yaşın üzerindeki yedi hasta içinde bir hastada çekum kanseri saptanmıştır. Champault ve arkadaşlarının^[21] çalışmasında NSKA olgularında başvuruyu takibeden 10 ay içinde bir hastada skuamöz karsinom içeren bir ovarian teratoma saptanmıştır. Champault ve arkadaşları nedeni bilinmeyen akut karın ağrısı için başvuru sonrasında ilk bir yılda ağrı nüks insidansının %10 olduğunu, hasta başvurusunda yapılan tetkiklerin üç yıl için ciddi hastalıkları ekarte ettiğini, gerçek apandisit atlanması riskinin küçük (%2,5) ve prognostik olarak anlamsız olduğunu öne sürmüşlerdir. Onların sonuçlarına göre nedeni bilinmeyen karın ağrısının sonuçlarını değerlendirmek için bir yıllık takip yeterlidir. Smyth ve arkadaşları^[22] yaşlı hastalarda NSKA'nın zararsız olduğunun düşünülmemesi gerektiğini bildirmişlerdir. Bu retrospektif kohort çalışmasında NSKA'nın cerrahiye göre medikal nedenleri olabileceği bildirilmiştir. Bizim çalışmamız bir yıllık takip esnasında spesifik bir tanının sıklığının düşük olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın sonuçları, Champault ile Smyth ve arkadaşlarının çalışmalarının sonuçları ile uyumludur.

Çalışmamızın çeşitli eksiklikleri de vardır. Öncelikle karın muayenesi oldukça subjektif olabilir. Bir çalışmada karın hassasiyeti üzerinde hekimler arası fikir birliği orta derecede (κ değeri: 0,42) olarak belirlenmiştir.^[23] Çalışmamızda bu olasılığı

azaltmak için tüm kayıtlar ve bulgular iki uzman tarafından tekrar gözden geçirilmiş, şüpheli olgular ve bulgular bu kişiler tarafından değerlendirilmiştir. İkinci sorunlu konu ise çalışmamızın NSKA tanısında diğer yöntemlerle karşılaştırma yapmamasıdır. Ancak çalışmamız hikaye, fiziksel inceleme, basit laboratuvar tetkiklerinin tanıya katkısını ve klasik "bekle ve gör" politikalarının etkinliğini araştırmıştır. Çalışmamızdan elde edilen sonuçların spesifik gruplar üzerinde ve BT, laparoskopi gibi yöntemlerle karşılaştıracak ileri araştırmalar bu sonuçları daha değerli yapacaktır.

Bizim bulgularımız akut NSKA'nın ileri değerlendirme ve kontrol gerektirmeyecek şekilde zararsız olduğunu düşündürmektedir. Hekimlerin karın ağrılı hastayı değerlendirirken karar vermek için bu bulguları rehber olarak uygulayabileceğini düşünüyoruz. Bu veriler kullanılarak karın ağrılı hastalar acil görüntüleme olmaksızın SKA tanısı için düşük veya yüksek riskli olarak sınıflandırılabilir. Bu sonuçların prospektif uygulamaları ideal olacaktır.

Bu çalışmanın yazarları gelecek çalışmalarda bu sonuçlardan yola çıkarak NSKA'nı ayırt etmede kullanılmak üzere yeni bir skorlama geliştirmek ve bu sonuçların istatistiksel analizini daha ileri götürmeyi planlamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Fales WD, Overton DT. Abdominal pain. In: Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 4th ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 1996. p. 217-21.
2. Gallenger EJ. Gastrointestinal emergency: acute abdominal pain. In: Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS, editors. Emergency medicine: a comprehensive study guide. 5th ed. New York: McGraw-Hill Companies Inc; 2000. p. 356-6.
3. Doshi M, Heaton KW. Irritable bowel syndrome in patients discharged from surgical wards with non-specific abdominal pain. Br J Surg 1994;81:1216-8.
4. Lukens TW, Emerman C, Effron D. The natural history and clinical findings in undifferentiated abdominal pain. Ann Emerg Med 1993;22:690-6.
5. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J, et al. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. A prospective study. Am J Surg 1982;144:338-40.
6. de Dombal FT. The OMGE acute abdominal pain survey. Progress report, 1986. Scand J Gastroenterol Suppl 1988;144:35-42.
7. Raheja SK, McDonald PJ, Taylor I. Non-specific abdominal pain--an expensive mystery. J R Soc Med

- 1990;83:10-1.
8. Kraemer M, Franke C, Ohmann C, Yang Q; Acute Abdominal Pain Study Group. Acute appendicitis in late adulthood: incidence, presentation, and outcome. Results of a prospective multicenter acute abdominal pain study and a review of the literature. *Langenbecks Arch Surg* 2000;385:470-81.
 9. Gray DW, Dixon JM, Seabrook G, Collin J. Is abdominal wall tenderness a useful sign in the diagnosis of non-specific abdominal pain? *Ann R Coll Surg Engl* 1988;70:233-4.
 10. Martina B, Bucheli B, Stotz M, Battegay E, Gyr N. First clinical judgment by primary care physicians distinguishes well between nonorganic and organic causes of abdominal or chest pain. *J Gen Intern Med* 1997;12:459-65.
 11. Muris JW, Starmans R, Fijten GH, Knottnerus JA. One-year prognosis of abdominal complaints in general practice: a prospective study of patients in whom no organic cause is found. *Br J Gen Pract* 1996;46:715-9.
 12. Thompson MM, Underwood MJ, Dookeran KA, Lloyd DM, Bell PR. Role of sequential leucocyte counts and C-reactive protein measurements in acute appendicitis. *Br J Surg* 1992;79:822-4.
 13. Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nyström PO, et al. Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. *World J Surg* 1999;23:133-40.
 14. van den Broek WT, van der Ende ED, Bijnen AB, Breslau PJ, Gouma DJ. Which children could benefit from additional diagnostic tools in case of suspected appendicitis? *J Pediatr Surg* 2004;39:570-4.
 15. Nagurney JT, Brown DF, Chang Y, Sane S, Wang AC, Weiner JB. Use of diagnostic testing in the emergency department for patients presenting with non-traumatic abdominal pain. *J Emerg Med* 2003;25:363-71.
 16. Sheridan WG, White AT, Havard T, Crosby DL. Non-specific abdominal pain: the resource implications. *Ann R Coll Surg Engl* 1992;74:181-5.
 17. Rosen MP, Sands DZ, Longmaid HE 3rd, Reynolds KF, Wagner M, Raptopoulos V. Impact of abdominal CT on the management of patients presenting to the emergency department with acute abdominal pain. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:1391-6.
 18. Gwynn LK. The diagnosis of acute appendicitis: clinical assessment versus computed tomography evaluation. *J Emerg Med* 2001;21:119-23.
 19. Ng CS, Watson CJ, Palmer CR, See TC, Beharry NA, Housden BA, et al. Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ* 2002;325(7377):1387.
 20. Decadt B, Sussman L, Lewis MP, Secker A, Cohen L, Rogers C, et al. Randomized clinical trial of early laparoscopy in the management of acute non-specific abdominal pain. *Br J Surg* 1999;86:1383-6.
 21. Champault G, Lauroy J, Guillon P, Benoit J, Rizk N, Boutelier P. What are abdominal painful syndromes of unexplained origin? Prospective study: 99 patients followed for three years. [Article in French] *Ann Chir* 1996;50:258-62. [Abstract]
 22. Smyth E, Stonebridge PA, Freeland P, Macleod DA. Prognosis of elderly patients with non-specific abdominal pain. *J Accid Emerg Med* 1996;13:44-5.
 23. Pines J, Uscher Pines L, Hall A, Hunter J, Srinivasan R, Ghaemmaghami C. The interrater variation of ED abdominal examination findings in patients with acute abdominal pain. *Am J Emerg Med* 2005;23:483-7.